

Les multiples facettes de la médicalisation du social

Johanne Collin et Amnon Jacob Suissa

Volume 19, numéro 2, printemps 2007

Le phénomène de la médicalisation du social : enjeux et pistes d'intervention

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/016048ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/016048ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Université du Québec à Montréal

ISSN

0843-4468 (imprimé)

1703-9312 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Collin, J. & Suissa, A. J. (2007). Les multiples facettes de la médicalisation du social. *Nouvelles pratiques sociales*, 19(2), 25–33.
<https://doi.org/10.7202/016048ar>

LE PHÉNOMÈNE DE LA MÉDICALISATION DU SOCIAL : ENJEUX ET PISTES D'INTERVENTION

Les multiples facettes de la médicalisation du social

Johanne COLLIN
Faculté de pharmacie
Université de Montréal

Amnon J. SUISSA
École de travail social
Université du Québec à Montréal

Comment s'effectue le passage d'une condition sociale ou d'un comportement individuel au statut de maladie, de pathologie? Sur quelles bases scientifiques et idéologiques s'appuient les discours qui permettent la transposition du social vers le médical et la rendent acceptable, voire désirable, aux yeux de la société? Y a-t-il des pratiques sociales qui s'inscrivent en faux par rapport à la médicalisation des problèmes

NPS



DOSSIER

sociaux et qui proposent des avenues innovatrices dans le sens d'une participation citoyenne ? En réponse à ces questions de fond, et à partir d'analyses critiques, ce numéro thématique porte sur la médicalisation du social et interroge les modalités par lesquelles se traduit le phénomène.

Le concept de médicalisation existe de longue date et a suscité l'intérêt des chercheurs en sciences sociales dès les années 1950, moment où la médecine elle-même est devenue l'un des objets phares de la sociologie des professions (Parsons, 1951 ; Becker *et al.*, 1961 ; Freidson, 1970). À cette période faste, qui correspondait à une véritable révolution thérapeutique (antibiothérapie, hormonothérapie, vaccins) et au triomphe de l'industrie pharmaceutique (Sournia, 1992), a succédé, avec les années 1970, une période de désenchantement et de critique radicale de la profession médicale et de l'industrie pharmaceutique (Illich, 1977). La critique du médical s'inscrit alors dans un contexte social où les revendications de changements plus structurels aux rapports sociaux inégalitaires sont à leur apogée. S'inspirant grandement d'une lecture marxiste dans le champ des sciences sociales, ces critiques trouvent écho dans les mouvements sociaux qui se multiplient à l'époque dans les sociétés occidentales contemporaines (Nye, 2003).

Si nous assistons aujourd'hui à une pathologisation de l'existence (Gori et Volgo, 2005), le constat n'est pas nouveau (Zola, 1972). L'histoire de la médecine et de son rôle central dans la médicalisation des comportements est bien démontrée par Di Vittorio (2005) qui nous rappelle que la professionnalisation des médecins s'est produite dans le cadre d'une politique de santé publique au moment où se posait l'exigence d'un appareil technique de gestion du corps social. Dans un essai remarquable sur l'œuvre de Foucault, Di Vittorio démontre qu'au nom de l'hygiène publique, un savoir « médico-administratif » de la médecine s'est développé pour gérer le danger social comme risque pathologique. Dans la mesure où le discours a été axé sur la dangerosité, cette science du danger social a été le tremplin de la médicalisation ou, comme dirait Castel (1983), le contrôle social de comportements indésirables.

Ainsi, la médecine et la psychiatrie, par exemple, participent activement, au nom de la santé publique, à la définition d'une norme de comportement dans tous les aspects de l'existence. À ce titre, on peut penser aux comportements et/ou conditions tels que le tabagisme, l'hyperactivité avec ou sans déficit d'attention, la ménopause, les phases de la naissance et de la mort, les relations sexuelles, les dépendances aux psychotropes, au jeu, affectives et amoureuses, cyberdépendances, achat compulsif, troubles de l'humeur, etc. Soumises à un ordre néolibéral économique du consumérisme où le manque d'être se transforme en manque d'avoir, les conditions principale-

ment sociales se retrouvent de plus en plus incluses dans le DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) comme des déviations au sens parsonien du terme.

Toutefois, nous assistons, selon Conrad, à un processus de médicalisation qui repose désormais sur un complexe largement pharmaco-industriel (Conrad, 2005). Comme modalité de contrôle social, la médicalisation serait désormais de nature beaucoup plus diffuse qu'antérieurement, puisqu'une diversité d'agents, non plus uniquement des médecins, mais aussi des acteurs relais/moteurs (industrie pharmaceutique, compagnies d'assurances, groupes de patients, État) agissent dans l'acceptation idéologique des valeurs qui sous-tendent le processus de médicalisation. De plus en plus, le médical et le social en viennent en fait à se recouvrir l'un et l'autre, non pas superposés, mais étroitement imbriqués. Il y aurait, en effet, lieu de distinguer deux processus de fond comme le fait Conrad : celui de la médicalisation comme basculement d'enjeux sociaux et moraux dans le champ du médical et celui de la sanitarisation (*healthicization*), qui agirait en concomitance, à travers la transposition de problèmes médicaux ou de santé publique, en enjeux moraux et sociaux (Lupton, 1995).

Si l'un et l'autre de ces mouvements de fond se recouvrent et s'englobent, c'est largement à travers des dispositifs qui influencent, d'une part, les raisonnements médicaux et les valeurs morales qui les sous-tendent et, d'autre part, qui alimentent, chez les profanes et dans l'ensemble de la société, des aspirations convergentes jusqu'à un certain point avec cette quête de la santé parfaite. Comme le souligne avec justesse Nye (2003), l'objectif de la santé parfaite – et, ce faisant, de corps naturels et non médicalisés – ne peut être envisagé que dans un contexte où il y aurait intériorisation totale, par les individus, de la norme médicale : « *The irony of this development is that the goal of a perfectly healthy population – bodies that are “natural” and unmedicalized – can only be achieved by the individual internalization of a totally medicalized view of life* » (Nye, 2003 : 119).

À la notion de médicalisation se trouve étroitement liée celle de médication, donc de recours aux médicaments dans la gestion des problèmes sociaux. Il convient cependant de distinguer médication et médicalisation. En effet, il serait absurde de nier que le médicament puisse constituer une solution adéquate à des problèmes de santé physique et mentale. Tout dépend en fait de la définition étiologique de ces problèmes, celle-ci étant largement tributaire des contextes dans lesquels ils émergent. Il n'en demeure pas moins que le recours au médicament constitue un élément majeur de la médicalisation lorsque définie comme processus d'extension du médical sur le social. En fait, parce qu'il incarne bien davantage qu'une simple biotechnologie, le recours au médicament dans nos sociétés occidentales s'inscrit dans

des logiques qui débordent largement le champ du médical (Collin, Otero et Monnais, 2006). Ces logiques diverses (hédonistes, productivistes, commercialistes, cosmétiques ou idéologiques) sont, en bonne partie, responsables de la médicalisation de notre quotidien (Cohen *et al.*, 2001). La transformation des catégories psychiatriques du DSM au cours des dernières décennies et l'accroissement du recours aux médicaments psychotropes comme démarche thérapeutique privilégiée témoignent de façon éloquente d'une réduction du seuil de tolérance, dans nos sociétés occidentales, aux dysfonctionnements sociaux et à la souffrance psychique. Dans cette mouvance, l'identification et la médicalisation de nouvelles dépendances (*addictions*) touchant aux sphères de la vie sociale méritent également qu'on s'y attarde pour mieux comprendre les modalités de la médicalisation du social. Médicalisation et médicament concernent donc directement notre rapport au corps, corps physique, mais aussi social.

L'article de Nicolas Moreau et Florence Vinit met en exergue le primat de la dimension temporelle dans les *modalités normatives de contrôle du corps* dans nos sociétés occidentales contemporaines, et de la généalogie de cette nouvelle déclinaison du phénomène de médicalisation. Posant la médicalisation comme un investissement toujours plus poussé du corps objet et se référant à plusieurs domaines d'interventions médicales, ces auteurs avancent que le phénomène de la médicalisation s'inscrit actuellement dans un changement de paradigme en passant d'un investissement de l'espace du corps à une modification de ses balises temporelles. La corporéité, comme lieu privilégié d'inscription du social, se décline désormais de plus en plus selon une hybridation du corps et de la technique, une logique des corps modifiés, voire surnuméraires, mais, plus encore, selon une inscription inédite de ceux-ci dans les paramètres d'un contrôle du temps biologique. Les auteurs avancent en effet qu'une médicalisation des bornes de l'existence (naissance, mort, reproduction) est bel et bien à l'œuvre. De la congélation d'embryons surnuméraires jusqu'aux dispositifs pour maintenir artificiellement la vie en passant par les anovulants, il y a là un recours à des technologies qui accélèrent, ralentissent ou suspendent le cours de la vie biologique de diverses manières. Le contrôle du temps biologique serait également manifeste en regard des modalités de gestion et de prise en charge de la dépression, dont la prévalence élevée est emblématique de cette obsession du temps dans nos sociétés occidentales contemporaines. Dans la perspective foucauldienne du biopouvoir, le médicament figurerait, en somme, comme une nouvelle forme de discipline du corps. Moreau et Vinit mettent ainsi de l'avant l'étroite imbrication de la culture thérapeutique et de la culture consumériste qui sous-tendent et soutiennent le processus de la médicalisation.

S'inspirant de la réflexion approfondie et stimulante de Conrad et Potter (2004) sur la médicalisation et les hormones de croissance, Christine Thoër-Fabre et Joseph Levy s'intéressent au rôle des médicaments dans le processus de médicalisation. Ils explorent le phénomène de l'hormonothérapie de remplacement à travers une comparaison : celle du rapport au corps et au vieillissement chez les hommes et chez les femmes. En se penchant tout particulièrement sur trois fonctions attribuées aux traitements pharmacologiques dans les écrits : celles de réparation, de normalisation et d'extension des capacités corporelles et psychiques (Conrad et Potter, 2004), ces auteurs soulignent que la distinction entre le naturel et l'artificiel se décline d'une façon particulièrement insistante en regard du médicament, du fait de la capacité des molécules à se fondre dans le corps. À partir d'un objet différent de celui de Moreau et Vinit, Thoër-Fabre et Levy empruntent une trajectoire de pensée similaire en soulevant la question de la technologisation des corps (Haraway, 1991). Ce phénomène qui, selon les scénarios les plus optimistes, permettrait de s'affranchir des limites inhérentes à la corporéité des individus, actualise, selon les perspectives les plus pessimistes, la disciplinarisation et la normalisation des corps. C'est notamment le cas à travers la pharmacologisation.

Après le corps, ce sont *les comportements et les pratiques* que scrutent les auteurs de ce numéro, sous l'angle de la médicalisation. Se profile alors, au fil des différents articles, bien davantage qu'une simple remise en question de la nosographie consignée dans le manuel de référence de la psychiatrie nord-américaine qu'est le DSM-IV. Trois articles examinent ainsi, chacun selon un angle d'approche qui lui est propre, la normativité contemporaine et la codification des déviations selon certaines catégories du DSM. C'est en effet sur la définition même des catégories nosographiques et de leurs contours que se fonde la différenciation entre le normal et le pathologique et que prend ancrage le processus de médicalisation.

Dans un article portant sur *les troubles du comportement des enfants et adolescents*, Denis Lafortune fait l'autopsie d'un rapport publié récemment en France par l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2005) et illustrant, selon lui, le choc des cultures scientifiques française et nord-américaine dans le champ de la pédopsychiatrie. Le document aura suscité la critique virulente des experts concernant la notion de susceptibilité génétique sur laquelle il se fonde ainsi que par rapport au dépistage qu'il préconise des comportements déviants dès la petite enfance. Le rapport s'inscrit en effet dans un processus de rédaction d'un projet de loi sur la prévention de la délinquance. Taxé de réductionnisme dans l'explication de l'interaction entre facteurs environnementaux et génétiques, le rapport aura suscité la mobilisation de divers acteurs autour de la dénonciation d'un

biologisme et d'un comportementalisme aveugles aux dimensions sociales et culturelles si chères à une pédopsychiatrie française encore largement d'inspiration psychanalytique. Il faut voir, comme le souligne Lafortune, que les thérapies cognitivo-comportementales et la prescription de psychostimulants préconisées par la psychiatrie nord-américaine sont plutôt tièdement accueillies par les psychiatres français. Une brève revue de la littérature scientifique internationale réalisée par Lafortune n'en permet pas moins de conclure que le paradigme biopsychologique domine largement la littérature scientifique internationale, et ce, depuis plusieurs années. La dominance d'un tel paradigme se traduit en définitive par la redéfinition des troubles du comportement en «trouble des conduites» et soulève d'emblée de nombreux enjeux pour l'intervention.

L'évolution des conceptions de l'itinérance est au cœur du propos de Mario Poirier. L'auteur souligne que l'on confond trop souvent itinérance et maladie mentale, ce qui conduit à évacuer d'emblée les dimensions sociales sous-jacentes à la condition d'itinérant. En fait, la prévalence de troubles mentaux réels (c'est-à-dire correspondant à l'un des diagnostics du DSM-IV) serait relativement faible parmi les itinérants, soit entre 10 % et 30 % selon les études citées par l'auteur, lorsqu'on exclut les problèmes de toxicomanie. Si les troubles psychotiques sont indéniablement plus nombreux dans la rue que dans l'ensemble de la population, ils ne le sont pas suffisamment pour être érigés au rang des caractéristiques constitutives de l'itinérance. Conditions de vie, pauvreté, isolement, absence de soutien familial, voilà ce qui exacerberait, selon Poirier, les troubles psychotiques et autres problèmes de santé mentale des itinérants. Cela expliquerait également une prise en charge nettement plus radicale et spectaculaire (hospitalisations soudaines et judiciarisation) de ces problèmes chez les itinérants que chez les individus ayant un statut socioéconomique plus favorable. La question du lien de causalité entre problèmes de santé mentale et itinérance se pose néanmoins et si la métaphore de l'œuf et de la poule semble s'imposer, l'auteur avance une détérioration nette de la santé mentale liée aux conditions de vie extrêmement dures qui caractérisent la rue. À des catégories nosologiques non adaptées à la réalité sociale et matérielle de l'itinérance s'ajoutent des instruments de mesure inadéquats pour capter la réalité de ce problème avant tout social. Pour sortir de cette logique de médicalisation, il faudra rompre avec une approche médicale objectivante qui ne tient pas compte de la relativité des contextes. La clinique devra chercher davantage à s'adapter, de conclure Poirier, aux particularités de la clientèle itinérante.

C'est à la *médicalisation des comportements liés aux dépendances* que s'attaque l'article de Amnon J. Suissa, en avançant qu'il s'est opéré, depuis quelques années, une extension de la définition de «dépendance»

pour englober, au-delà de celle liée aux substances, de nouvelles formes d'activités impliquant une interaction avec des humains ou des machines (Griffiths, 1999). Il en est ainsi de la dépendance au jeu, aux achats, aux sectes, aux thérapies, à la chirurgie esthétique, au cyberspace, etc. L'auteur soulève dès lors la question de savoir comment s'effectue le passage d'un comportement de dépendance à un statut de maladie. Passant en revue différentes définitions du phénomène de médicalisation, Suissa pose d'emblée la médicalisation comme forme de contrôle social, et ce, à trois niveaux : interactionnel, conceptuel et institutionnel. Les nouvelles formes de dépendance sur lesquelles se penche plus spécifiquement l'auteur concernent le jeu et la chirurgie plastique. L'une et l'autre occupent une place grandissante dans la réalité des sociétés occidentales contemporaines et méritent qu'on s'y attarde. La définition de la dépendance n'est pas neutre, affirme Suissa, d'où les multiples controverses qui caractérisent le discours sur cette problématique. S'en dégage néanmoins la mise en veilleuse des facteurs macrocontextuels de type politique, historique, culturel et social ; un constat qui s'avère récurrent dans l'ensemble des articles de ce numéro, alors que la société, par son fonctionnement et sa structure, agit comme principal mécanisme de production des nouvelles dépendances. Posant finalement un regard critique sur les mouvements anonymes d'entraide, Suissa y voit une vaste entreprise de déculpabilisation morale et sociale dans la mesure où ces mouvements adhèrent aux explications biologisantes et biodéterministes qui caractérisent la conception médicale de la dépendance (*addiction*). Il suggère, dans le cadre de débats citoyens sur les causes de la dépendance, de déplacer le regard du médical vers les institutions sociales qui en permettent l'émergence et en perpétuent l'usage. Enfin, il propose quelques pistes d'intervention visant un transfert de pouvoir aux personnes et à leurs réseaux familiaux et sociaux.

Après avoir abordé les nouvelles formes de médicalisation, ce numéro traite finalement des nouvelles formes de pratiques sociales susceptibles de contrer le processus de médicalisation à l'œuvre. Ces nouvelles formes privilégient une participation citoyenne et des interventions sociales alternatives au modèle de la médicalisation via l'*empowerment* des personnes, des familles et de leurs réseaux. À cause de contraintes organisationnelles et/ou institutionnelles, rares sont en fait les pratiques qui incorporent les réseaux familiaux et sociaux dans le processus d'intervention. Ainsi, les problèmes sociaux conçus comme problèmes individuels plutôt que collectifs posent la question de la participation citoyenne. On peut dès lors se demander quel chemin pourrait emprunter le citoyen pour participer à cet enjeu social important. La création de divers groupes de pression correspond à un type

de participation citoyenne en émergence qui se situe en marge des modes plus traditionnels de revendications des droits qui les lient aux pouvoirs et aux gouvernances.

À ce sujet, l'article de Lourdes Rodriguez del Barrio et Marie-Laurence Poirel expose, pour clore ce numéro, l'expérience de gestion autonome de la médication (GAM) de personnes souffrant de troubles mentaux et illustre, par là, les possibilités de transférer un pouvoir (*empowerment*) aux citoyens dans le processus de prise en charge. La GAM comme espace de parole et d'action transforme les plaintes individuelles en prise de parole collective autour du recours aux médicaments psychotropes. Dans ce contexte, le modèle biomédical vient uniformiser et réduire la manière d'interpréter et de prendre en charge les problèmes de santé mentale. L'article vise à rendre compte de l'origine et du développement de la GAM et se fonde sur les résultats d'une recherche-action. Suscitant un discours collectif critique au sujet des tendances dominantes de la psychiatrie nord-américaine, la GAM procure un espace où les divers acteurs s'expriment librement sur les traitements médicaux et leur rôle dans un cheminement plus vaste. Les auteures soulignent ainsi dans cet article la nécessité de prendre en compte les savoirs pluriels sur la médication psychotrope ; savoirs constitués à travers l'expérience singulière des individus et de leurs proches ainsi que du recours aux systèmes référentiels des profanes. Devant l'impossibilité, maintes fois exprimée par les personnes aux prises avec une médication psychiatrique, d'ouvrir des espaces de négociation dans leurs rapports avec les médecins prescripteurs, les ressources alternatives en santé mentale constatent le peu d'ouverture que procurent des politiques sociales limitatives et la prégnance du paradigme biopsychiatrique au sein du système de santé. L'approche de GAM met en évidence l'importance de poursuivre le travail de réflexion et d'action autour de la place des médicaments psychotropes dans le traitement des problèmes de santé mentale et la nécessité de mobiliser le secteur public à l'égard de ces enjeux. Elle met également en lumière deux faits essentiels : 1) le savoir psychiatrique et biomédical est le produit d'une construction sociale où les définitions d'une condition changent selon un contexte et des rapports sociaux de pouvoir donnés ; 2) les personnes souffrant de santé mentale peuvent dans plusieurs cas exercer un certain contrôle sur leur vie et sur le processus de médication quand elles sont accompagnées et valorisées dans leurs compétences respectives plutôt que psychiatisées comme des « corps à médicaliser » souvent sur une base permanente.

BIBLIOGRAPHIE

- ASSOCIATION AMÉRICAINE DE PSYCHIATRIE (2004). *Manuel de diagnostic et statistiques des troubles mentaux – Quatrième édition (DSM-IV)*, Washington DC, Association américaine de psychiatrie.
- BECKER, H., GEER, B., HUGHES, E., et A. STRAUSS (1961). *The Boys in White: Student Culture in Medical School*, Chicago, University of Chicago Press.
- CASTEL, R. (1983). «De la dangerosité au risque», *Actes de recherche en sciences sociales*, vol. 47-48, 119-127.
- COHEN D., MCCUBBIN, M., COLLIN, J. et G. PÉRODEAU (2001). «Medications as Social Phenomena», *Health: An Interdisciplinary Journal for the Study of Health, Illness, and Medicine*, vol. 5, n° 4, 441-469.
- COLLIN, J., OTERO, M. et L. MONNAIS (dir.) (2006). *Le médicament au cœur de la société contemporaine. Regards croisés sur un objet complexe*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- CONRAD, P. (2005). «The Shifting Engines of Medicalization», *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, n°1, 3-14.
- CONRAD, P. et D. POTTER (2004). «Human Growth Hormone and the Temptations of Biomedical Enhancement», *Sociology of Health and Illness*, vol. 26, n° 2, 184-215.
- DI VITTORIO, P. (2005). «De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire», dans A. BEAULIEU (dir.), *Michel Foucault et le contrôle social*, Québec, Presses de L'Université Laval, 91-123.
- FREIDSON, E. (1970). *Profession of Medicine*, New York, DoddMead.
- GORI, R. et M.J. VOLGO (2005). *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël.
- GRIFFITHS, M.D. (1999). «Does Internet and Computer “Addiction” Exist? Some Case Study Evidence», *CyberPsychology and Behavior*, n° 3, 211-218.
- HARAWAY, D. (1991). «A Cyborg Manifesto: Science, Technology and Socialist-Feminism in the Late Twentieth Century», dans D. HARAWAY, *Simians, Cyborgs and Women: The Reinvention*, New York, Routledge, 149-181.
- ILLICH, I. (1977). *The Limits of Medicine, Medical Nemesis. The Expropriation of Health*, Harmondsworth (UK), Penguin.
- INSERM (2005). *Trouble des conduites chez l'enfant et l'adolescent*, Paris, INSERM.
- LUPTON, D. (1995). *The Imperative of Health. Public Health and the Regulated Body*, Londres et New Delhi, Sage.
- NYE, R. (2003). «The Evolution of the Concept of Medicalization in the Late Twentieth», *Journal of History of the Behavioral Sciences*, vol. 39, n° 2, 115-129.
- PARSONS, T. (1951). *The Social System*, Londres, Routledge et Kegan Paul.
- SOURNIA, J.-C. (1992). *Histoire de la médecine*, Paris, La Découverte.
- ZOLA, I.K. (1972). «Medicine as an Institution of Social Control», *Sociological Review*, n° 20, 487-504.