

De l'étiologie sociale aux implications politiques?

Michel Tousignant

Volume 20, Number 2, Fall 1995

L'étiologie psychosociale en santé mentale

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/032350ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/032350ar>

[See table of contents](#)

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)

1708-3923 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Tousignant, M. (1995). De l'étiologie sociale aux implications politiques? *Santé mentale au Québec*, 20(2), 7–14. <https://doi.org/10.7202/032350ar>



ÉDITORIAL

De l'étiologie sociale aux implications politiques?

Michel Tousignant*

La médecine grecque dont nous avons porté l'héritage jusqu'au 19^e siècle est demeurée plutôt muette sur l'origine sociale des maux de l'âme. L'Occident depuis Hyppocrate privilégie les fluides internes, les fibres nerveuses ou la moralité de l'acteur comme cause immédiate.

Rappels historiques

Il faudra attendre l'élaboration d'une psychologie scientifique pour établir des liens avec le contexte social. Les philosophes de la sensation tels Locke, Berkeley et Hume permettent alors de concevoir l'être humain comme un organisme construit par son environnement. Ils prépareront la psychiatrie du 19^e siècle, d'emblée sociale et, à l'occasion, critique. C'est l'époque de la hantise des hordes urbaines et du dérèglement des mœurs, source des déséquilibres psychiques. Le dépressif retrouvera dans la paix et le calme de la campagne les vertus de la cure. Une Angleterre déprimée, la plus riche du moins, transhume en Italie pour retrouver le soleil et la joie de vivre. À la fin de ce siècle, Durkheim (1898) viendra articuler dans son étude sur le suicide une pensée sociale conservatrice, davantage morale que sociopsychologique. Sa position est à contre-courant du romantisme de Rousseau chez qui le sauvage perd son innocence au contact avec le social. Pour Durkheim, l'être humain naît avec une sorte de tare, livré à des propensions égoïstes. Le social lui procurera dès lors la capacité de structuration psychique dont, seul, il serait incapable, étant trop déterminé à travers ses instincts par une nature elle-même chaotique. C'est pourquoi Durkheim n'est au fond nullement intéressé par l'origine sociale du désordre psychique; il l'assume au point de départ.

Quelques courants promouvaient au tournant du siècle les thèses psychosociales. La psychanalyse s'insère dans ce mouvement avec une position malgré tout ambivalente – en deux versions successives – sur

* L'auteur travaille au Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale de l'Université du Québec à Montréal.

l'origine des névroses. Le concept de trauma permet de ramener l'origine du désordre à des scénarios d'événements troublants survenus au cours de la petite enfance, davantage de caractère sexuel et, après le virage de 1905, plus souvent de nature imaginaire que réelle. Il y a donc en premier lieu une percée théorique qui met en cause l'asymétrie des relations adultes-enfants et l'abus de pouvoir dans un acte de nature sexuelle, puis une retraite vers des thèses plus timides en regard de la part du social. La critique de *Malaises et civilisation* de Freud demeurera néanmoins un jalon important et largement diffusé qui soulignera la fonction répressive de la société.

L'ère moderne

La figure dominante qui viendra rendre possible un véritable dialogue avec l'épidémiologie sociale sera John Bowlby (1980). À partir d'observations et de réflexions sur le développement de l'attachement, il montre comment la nature des premiers liens avec les parents peut déterminer le caractère des relations intimes ultérieures, et entraîner une vulnérabilité au stade adulte. À sa façon, Bowlby a su remettre les relations infantiles à l'ordre du jour des chercheurs en faisant l'économie des concepts d'inconscient et d'imaginaire. L'autre figure de proue est Adolph Meyer (Lumsden, 1992-93), un psychiatre américain d'origine allemande, qui a régné en maître sur sa profession jusque bien après la Seconde guerre mondiale. On lui doit en particulier l'intérêt pour les événements de vie. Les recherches de l'équipe de George Brown (1978, 1989) viendront ensuite fournir un modèle théorique de la causalité des troubles affectifs et psychosomatiques. Ce modèle opère une distinction importante entre les agents provocateurs et les facteurs de vulnérabilité dont certains remontent à la qualité des soins reçus au cours de l'enfance. Il reconnaît également un parallélisme, d'autres diront une synergie, entre les facteurs externes et les dimensions psychologiques au cours du développement. Enfin, pour ne s'en tenir qu'aux points saillants, les dernières années ont permis de mettre en lumière le rôle des événements tenus pour de nouveaux départs dans la vie (Brown et al., 1992) comme autant de facteurs de rémission, et d'élaborer davantage sur les éléments de rejet et de captivité associés aux pertes qui provoquent des dépressions (Brown et al., 1994).

Le biologique: complice ou ennemi?

Après avoir connu son âge d'or entre 1950 et 1970, la psychopathologie sociale se heurte de plus en plus au modèle biologique, qui devient dominant en psychiatrie, au Québec comme ailleurs. Lors d'une

rencontre organisée en mai 1995 par le Fonds de recherche en santé du Québec sur les travaux des équipes formant les divers axes des équipes de santé mentale, on faisait facilement la démonstration du poids énorme de la tendance biologique. La force des compagnies pharmaceutiques, l'engouement de la population elle-même pour les psychotropes, le vernis de la scientificité, tous ces facteurs donnent vigueur aux thèses biologiques. Les chercheurs qui se retrouvent du côté du social doivent construire une réponse raisonnée à cette tendance. Car il est tentant de s'apitoyer sur son sort ou de vitupérer contre le soi-disant anti-intellectualisme endémique au monde médical. Pendant ce temps, le social et le biologique demeurent deux parcours parallèles et les efforts d'arrimage sont plutôt timides en cette ère de sur-spécialisation. Pourtant, des tentatives en ce sens sont nécessaires pour comprendre la complexité de certains comportements pathologiques. Une récente conférence tenue à Chicago sur la psychologie génétique et la personnalité¹ concluait que ce domaine n'avait pas comme tâche principale d'identifier des génomes ou d'améliorer l'eugénique des populations. Ces chercheurs voulaient surtout isoler des facteurs génétiques afin de mieux comprendre comment le social s'insère dans le développement de divers comportements déviants et pathologiques. Dans le domaine du suicide, il serait intellectuellement malhonnête d'évacuer toute compréhension du rôle des désordres psychiques, et probablement de la vulnérabilité génétique, dans l'origine de ce geste. Il sera dès lors plus facile d'identifier les types d'adversité auxquels le suicidaire est plus sensible, et de voir à les éliminer de son expérience ou à en amoindrir le choc s'ils ont à survenir. Pensons à une vulnérabilité au rejet qui pourrait être en partie contrecarée par une attention spéciale lors d'une séparation maritale par exemple.

Mieux identifier notre objet

Considérons maintenant les progrès en cours dans le champ de l'épidémiologie sociale ainsi que les orientations pour l'avenir. L'un des progrès marquants a certes été réalisé dans le domaine de la standardisation des diagnostics. Certaines approches comme le *Diagnostic Interview Schedule* reposent encore sur une technique trop mécanique qui n'incorpore pas suffisamment d'éléments véritablement cliniques pour permettre d'apprécier la gravité des symptômes. Mais c'est déjà un pas en avant. La possibilité de dater le début d'un épisode et d'en évaluer la durée est un atout majeur pour en connaître les conditions immédiates d'apparition. Si on peut désormais mieux cibler les syndromes, on s'aperçoit en même temps que la situation se complique du fait que

beaucoup de personnes qui sont positives à un diagnostic en présentent un second: trouble d'anxiété doublé d'un trouble dépressif, par exemple, ou trouble de personnalité accompagné par une dépendance aux drogues ou à l'alcool. Plus le trouble est sérieux, plus les pathologies s'additionnent, ce qui complique la recherche étiologique.

Leçons méthodologiques

La multiplication des recherches ne conduit pas toujours à une accumulation du savoir. On connaît les vices de l'empirisme nord-américain: trop d'études partielles, répétitions du même sujet, manque de substance théorique. D'autre part, les études sur de très grands échantillons, avec une méthode transversale et des échelles standardisées peuvent être utiles pour décrire les caractéristiques d'une population, mais contribuent rarement à enrichir notre compréhension de l'étiologie. Ma préférence va aux échantillons de taille moyenne avec groupe témoin, comptant entre 75 et 200 informateurs dans chaque groupe. Ces études compréhensives exigent idéalement le concours de plusieurs chercheurs seniors. Si les informateurs sont bien préparés, ils pourront participer à plusieurs heures d'entrevues, jusqu'à une dizaine si nécessaire dans certains cas. Avec de petits groupes, il est préférable d'avoir recours à des entrevues semi-standardisées plutôt qu'à des questionnaires. Le questionnaire fermé donne trop de liberté. Le sujet répond comme il l'entend sans jamais avoir à défendre sa position. Par ailleurs, nous ne pourrions jamais épuiser toutes les situations de vie avec des questionnaires fermés et en sonder les éléments contextuels (Brown, 1990). Or, la science doit reproduire la nature pour la comprendre, non simplement la réduire. L'entrevue semi-standardisée permet également à l'interviewé de nous faire pénétrer de nouvelles pistes insoupçonnées. Il m'est ainsi arrivé de reprendre l'analyse de toute une étude pour mesurer le rejet parental alors que cette mesure n'était pas prévue au départ. Les personnes que nous interviewons vivent dans leurs problèmes 24 heures par jour et on doit tirer parti des observations qu'elles peuvent opérer sur elles-mêmes et sur leur environnement. La découverte de l'association libre ou de la localisation du site cérébral du bégaiement ont été permises par l'écoute de ce que les patients avaient à dire.

La cause ou la conjoncture des malheurs

Dans notre domaine, il n'y a pas de cause unique. Les journalistes me demandent souvent d'identifier la cause du suicide et ils ne comprennent pas ma perplexité à une question aussi transparente. De plus en plus, en effet, on comprend qu'il n'y a pas de responsable unique du suicide, de la délinquance ou de la dépression. On s'aperçoit aussi qu'on

ne s'improvise pas pour ainsi dire suicidaire, délinquant ou déprimé. C'est un processus de plusieurs années. Il y a évidemment l'étincelle, la mauvaise influence ou le mauvais sort. Si Watson prétendait pouvoir façonner n'importe qui en n'importe quoi, il n'a pas précisé le nombre d'années requis. Il faut généralement que l'estime de soi soit durement entamée, que les conditions de vie familiale n'aient pas permis un épanouissement minimal, qu'on soit tombé sur un mauvais quartier, que l'on se soit embarqué dans une mauvaise relation maritale pour «casser» en un point donné. Le bon côté, c'est qu'avec juste un peu de chance, on passe à côté et on s'en sort. La somme des adversités qui s'accumulent sur la tête de ceux qui lâchent est telle parfois qu'on se surprend qu'il n'y ait pas plus de gens en mauvaise santé mentale en un moment donné. Le total de la population américaine qui a un diagnostic est d'environ 15 % en incluant les abus aux drogues et à l'alcool (Regier et al., 1980). Somme toute, l'être humain est fait d'une matière assez résistante pour s'accommoder de conditions sociales qui sont loin d'être optimales.

Le capital social

Nous sommes essentiellement construits de solidarités dont les mesures de soutien social ne vont pas toujours chercher l'essentiel. Les plus grandes épreuves de la vie sont les séparations maritales, les échecs qui nous diminuent aux yeux de notre entourage et l'exclusion sociale et professionnelle. Le meilleur rempart contre les contrariétés de la vie est d'être bien entouré et de posséder un capital social. Les personnes qui s'en tirent mal sont principalement en conflit avec des personnes chères de leur entourage ou vivent dans un carcan social – patron hargneux, membre du foyer en proie à une maladie chronique ou terminale – auquel elles ne peuvent échapper. Certaines n'arrivent pas à développer de véritables relations empathiques à cause de problèmes d'attachement vécus au cours de l'enfance. Mais comment l'entourage peut-il provoquer de la psychopathologie? Il y a quelque chose qui relève essentiellement du respect reçu de l'autre, d'une confiance inébranlable dans son appui. Bronfenbrenner ne disait-il pas que chaque enfant doit avoir au moins un parent qui l'aime de façon irrationnelle. Markman, un spécialiste des relations de couple, affirme être en mesure de déceler un divorce prochain lorsque les conflits dégénèrent dans un manque de respect.

L'homicide psychologique

Plus que le manque de soutien social ou la solitude, c'est la violence psychologique de l'entourage qui m'apparaît l'ingrédient le

plus susceptible de mener au déséquilibre affectif. La violence psychologique se présente sous plusieurs couleurs. Ce peut être un acte de dévalorisation qui se traduit par des paroles dures qui attaquent l'être dans son cœur, ce sont aussi des actes de terrorisme qui font que l'autre se sent comme un jouet, sans contrôle sur ses actes. Une autre manifestation importante est le rejet. Dans une étude récente auprès d'adolescents de familles de réfugiés, nous avons été surpris de constater comment les enfants peuvent résister aux adversités familiales si les parents ne donnent pas l'impression qu'ils favorisent un enfant au détriment d'un autre, ce qui est une forme de rejet et de dévalorisation (Tousignant et al., 1993).

L'établissement d'un ordre moral fondé sur la dignité dans chacun des micro-systèmes où nous évoluons quotidiennement est un facteur de protection déterminant. Un système peut éventuellement être dur, exigeant; s'il sait se gagner l'assentiment volontaire, il ne créera pas de tensions insupportables. Après avoir vécu dans les villages les plus reculés du Chiapas et parcouru des pays comme le Rwanda, l'Équateur et le Pérou, je n'ai jamais été autant bouleversé que par la déprime qui régnait en Roumanie, deux ans à peine après le renversement de la dictature (Tousignant, 1995). Si les gens étaient en partie libérés du communisme, ils ne l'étaient pas encore de ses fantômes. Ce qui faisait défaut était la capacité de faire confiance à son voisin, à ses collègues de travail, peut-être même à son partenaire amoureux. Les tables d'écoute dans les chambres à coucher, la délation de proches, les arrestations sans fondement, l'obligation de se prostituer au parti pour la survie professionnelle, l'affadissement de la vie quotidienne par l'égalisation vers le bas, avaient irrémédiablement miné la confiance de la population et enlevé leur dignité aux citoyens.

Considérations politiques

Enfin la pauvreté, si fréquemment associée à une mauvaise santé mentale dans les enquêtes épidémiologiques auprès d'adultes (Tousignant, 1992). Nous sommes maintenant moins naïfs que dans les années 50, époque où certains proposaient l'accessibilité de tous à la thérapie afin de rétablir un certain équilibre social, donner aux pauvres les ressources psychologiques nécessaires pour s'en sortir. Il faut tout de même faire le constat d'un étiolement de la fibre morale de la société occidentale et de la démission de l'élite aussi bien politique qu'économique et professionnelle envers les plus défavorisés. L'écart des revenus entre les plus nantis et ceux qui traînent au bas de l'échelle sociale s'agrandit en même temps que l'écart entre le respect que l'on accorde

aux uns et aux autres. La banlieue a vidé des quartiers entiers de leur élite locale; une frange de la population devient carrément nomade; une autre fuit l'école avant d'obtenir les outils de base pour affronter la vie; les mères monoparentales sans pension alimentaire doivent se replier dans les zones de pauvreté. Bref, il ne s'agit plus simplement de temps durs qui exigent de se serrer les coudes, mais de confiance minimale dans un contrat social pour les plus déshérités, et de dignité pour les exclus.

Le plus grand défi de la psychopathologie sociale est de démontrer comment les changements dans le macro-système se répercutent au niveau de la santé mentale des citoyens, et comment la violence envers les enfants, les conflits de couple, les séparations maritales, les démotivations scolaires, sont déterminées par ce qui se déroule dans des enceintes de décision capitonnées. Il existe des difficultés méthodologiques de taille à surmonter. Les corrélations de nature écologique, les corrélations de séries temporelles à la Brenner qui démontrent à l'occasion des associations entre des changements socio-économiques et des chutes dans des indices de santé ou de suicide, ne convainquent qu'à moitié parce que nous ne connaissons pas l'enchaînement des causes. Or, nous avons un urgent besoin de travaux en ce sens pour contrarier les thèses dangereuses qui attribuent le mauvais sort des classes pauvres au fait d'être né sous la mauvaise étoile (en d'autres mots, de reproduire leurs gènes tarés) et qui proposent une plus grande concentration des cadeaux de l'État dans les poches de ceux qui sauront mieux les faire profiter.

L'intérêt pour l'étiologie sociale n'est donc pas une simple préoccupation académique. Nous avons besoin de ces connaissances pour mieux lire notre réalité sociale et ensuite influencer les politiques sociales et le politique au sens large. Notre rôle est d'augmenter la qualité de vie et d'améliorer la civilisation, c'est-à-dire le rapport des citoyens entre eux. Ces préoccupations doivent nous obséder autant que l'endettement des gouvernements ou le produit national brut.

NOTE

1. Festschrift in honor of Daniel G. Freedman, University de Chicago, 27 au 29 octobre 1995.

RÉFÉRENCES

- BOWLBY, J., 1980, *Attachment and Loss, Sadness and Depression*, vol. 3, Basic Books, New York.

- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1978, *The Social Origins of Depression*, Tavistock, London.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., 1989, *Life Events and Illness*, Guilford, New York.
- BROWN, G.W., 1990, What about the real world? Hassles and Richard Lazarus, *Psychological Inquiry*, 1, 1, 15-16.
- BROWN, G.W., HARRIS, T.O., HEPWORTH, C., Loss, Humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison, *Psychological Medicine*, [sous presse].
- BROWN, G.W., LEMYRE, L., BIFULCO, A., 1992, Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: A test of the specificity, *British Journal of Psychiatry*, 161, 44-54.
- DURKHEIM, É., 1898, *Le suicide*, Alcan, Paris.
- LUMSDEN, D.P., 1992-93, Professional godfather: The role of Adolf Meyer and his students in Canadian and Chinese psychiatry, *Santé Culture/Culture Health*, 9, 2, 217-252.
- REGIER, D.A., BOYD, J.H., BURKE, J.D., 1988, One-month prevalence of mental disorders in the United States, *Archives of General Psychiatry*, 45, 977-986.
- TOUSIGNANT, M., 1995, Voyage posthume de Victor Turner en Roumanie, in Tessier, R., ed., *La Roumanie en transition*, Presses de l'Université du Québec, Ste-Foy, 301-308.
- TOUSIGNANT, M., 1992, *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Presses Universitaires de France, (col. Psychiatrie ouverte), Paris.
- TOUSIGNANT, M., HABIMANA, E., BRAULT, M. BENDRIS, SIDOLI-LEBLANC, E., 1993, Les rapports entre générations dans les familles de réfugiés au Québec, *Revue Internationale des Études Canadiennes*, No hors série, 171-181.