

Étiologie sociale et facteurs de rémission Social etiology and factors of remission

Louise Lemyre

Volume 20, numéro 2, automne 1995

L'étiologie psychosociale en santé mentale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032353ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032353ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Lemyre, L. (1995). Étiologie sociale et facteurs de rémission. *Santé mentale au Québec*, 20(2), 59–76. <https://doi.org/10.7202/032353ar>

Résumé de l'article

Selon la thèse de l'étiologie sociale de la maladie mentale, certains désordres sont causés ou précipités par l'occurrence de stressseurs sévères ou l'existence de difficultés de vie majeures. Ce modèle a été appuyé dans le cas de la dépression et de l'anxiété. La proposition réciproque veut que les conditions de vie, lorsqu'elles comportent des aspects positifs, puissent aussi entraîner des périodes de rémission. L'analyse de 404 dossiers de suivis cliniques sur trois ans permet de documenter le rôle d'événements de vie positifs et de dégrèvement de difficultés dans la rémission totale ou partielle de femmes dépressives ou anxieuses. Les dimensions d'ancrage et de renouveau des événements semblent jouer un rôle spécifique selon le type de désordre. Le dégrèvement de difficultés chroniques, lui, fournit un contexte propice à l'efficacité des facteurs de rémission.



Étiologie sociale et facteurs de rémission

Louise Lemyre*

Selon la thèse de l'étiologie sociale de la maladie mentale, certains désordres sont causés ou précipités par l'occurrence de stressseurs sévères ou l'existence de difficultés de vie majeures. Ce modèle a été appuyé dans le cas de la dépression et de l'anxiété. La proposition réciproque veut que les conditions de vie, lorsqu'elles comportent des aspects positifs, puissent aussi entraîner des périodes de rémission. L'analyse de 404 dossiers de suivis cliniques sur trois ans permet de documenter le rôle d'événements de vie positifs et de dégrèvement de difficultés dans la rémission totale ou partielle de femmes dépressives ou anxieuses. Les dimensions d'*ancrage* et de *renouveau* des événements semblent jouer un rôle spécifique selon le type de désordre. Le *dégrèvement* de difficultés chroniques, lui, fournit un contexte propice à l'efficacité des facteurs de rémission.

Selon la thèse de l'étiologie sociale de la maladie, certains désordres physiques et mentaux sont causés par l'occurrence de stressseurs sévères ou par l'existence de difficultés de vie majeures. Les travaux de George Brown et de ses collègues ont appuyé de façon empirique ce modèle dans le cas de la dépression et de l'anxiété. Si des études démontrent que les événements et difficultés de vie peuvent être responsables d'épisodes de troubles psychiatriques, la proposition réciproque suggère que les conditions de vie peuvent aussi entraîner des périodes de rémission. Cet article tente de documenter à partir de l'analyse de dossiers cliniques le rôle d'événements de vie positifs et de dégrèvement de difficultés dans la rémission totale ou partielle de femmes dépressives ou anxieuses.

* Ph.D. en psychologie et professeure agrégée à l'École de psychologie de l'Université d'Ottawa.

Cet article découle de travaux réalisés en collaboration avec George Brown, Antonia Bifulco et Tirril Harris du *MRC Social Research Unit*, Department of Social Policy and Social Science, de l'Université de Londres, que l'auteure remercie chaleureusement. Il s'inscrit dans la suite de la publication de Brown, G.W., Lemyre, L., Bifulco, A., 1992, Social factors and recovery from anxiety and depressive disorders: A test of specificity, *British Journal of Psychiatry*, 161, 44-54. L'auteure remercie le Conseil de recherche en sciences humaines du Canada pour son soutien financier.

Un rappel

De façon générique, la thèse de l'étiologie sociale n'est pas nouvelle. Depuis Hippocrate, on soupçonne que des éléments sociaux-environnementaux puissent être liés à l'incidence de maladies. Plus récemment, la documentation scientifique sur le stress et la santé mentale a développé de façon consistante une argumentation sur le rôle des événements de vie négatifs comme facteurs précipitants de la maladie physique et mentale, notamment la dépression (Bakal, 1992; Brown et Harris, 1989; Dohrenwend et Dohrenwend, 1974; Holmes et Rahe, 1967; Thoits, 1983). Bien que les études empiriques comportent certains problèmes méthodologiques, l'ensemble des données soutient une relation significative entre les conditions de vie et la maladie mentale (Tennen et al., 1995). En effet, la présence de stressseurs est associée à une augmentation des troubles psychologiques, pour environ 10 à 16 % de variance commune (Kessler et al., 1985; Zimmerman, 1983). De plus, bien que ces liens ne soient pas toujours facilement interprétables, les statistiques socio-économiques semblent reliées à la prévalence de désordres mentaux (Tousignant, 1992).

Des études visant à préciser le rôle de l'adversité dans la maladie mentale ont détaillé divers aspects, soit des modérateurs, tels le statut d'emploi, la scolarité, le revenu, le genre, ou l'existence de ressources physiques, financières, professionnelles, communautaires, et services ou programmes sociaux; soit des médiateurs, tels le soutien social intime ou élargi, les capacités et habiletés de gestion, le recours à l'aide, etc. (Holahan et al., 1995; Taylor, 1991). D'autres efforts pour soutenir la thèse de l'étiologie sociale ont porté sur des développements méthodologiques afin de contrer les critiques relevant surtout de la circularité et de la contamination (Tennen et al., 1995). Les études en milieu naturel sont essentiellement corrélationnelles, ce qui fait mettre en doute la direction de la causalité: est-ce l'adversité sociale qui amène des troubles mentaux, ou est-ce de la présence de maladie mentale que découlent ces conditions de vie négatives? Se pose aussi le problème de la contamination: jusqu'à quel point le récit même des incidents négatifs est-il affecté par les malaises psychologiques investigués, et peut-on se fier alors à la mesure des événements de vie?

Appuis empiriques

Les travaux de George Brown et de son équipe ont attaqué directement le problème de circularité et de contamination dans leur tentative de démontrer le rôle causal de l'adversité psychosociale dans les désordres cliniques de dépression et d'anxiété (Brown et Harris, 1978, 1989;

Lemyre, 1989; Nadeau, 1989). Leur schème de recherche repose essentiellement sur des éléments factuels contextuels évalués par des juges indépendants qui ignorent l'état mental des participants et leurs réactions émotionnelles aux événements de vie. Le devis de recherche exige une datation minutieuse de la séquence des événements afin que la chronologie du récit de vie établisse le plus clairement possible l'occurrence de l'adversité eu égard au début des symptômes dépressifs et anxieux. Bien que la méthodologie ne soit pas parfaitement étanche et exempte de biais, il s'agit là d'un des efforts les plus articulés et des mieux outillés pour démontrer le rôle des événements de vie et des difficultés de vie chroniques dans l'apparition de troubles cliniques (Tennen et al., 1995).

À l'aide de cette méthodologie que constitue le *Life Event and Difficulty Schedule* (LEDS), Brown et ses collègues ont montré que 65 % des nouvelles incidences de dépression clinique étaient précédées, dans les neuf semaines antérieures, d'un événement de vie négatif sévère; lorsque cet événement ponctuel était associé à une difficulté majeure chronique (circonstances de vie tangibles difficiles pour au moins un mois), le risque de dépression triplait. Près de 89 % des cas de dépression présentaient l'un de ces facteurs de risque. Les événements de vie négatifs sévères précipitants comportaient des éléments de perte dans 88 % des instances. Il s'agissait soit de pertes pécuniaires ou matérielles, soit de pertes relationnelles, affectives ou symboliques. Par ailleurs, des éléments circonstanciels de soutien lors de crise ainsi que des facteurs de vulnérabilité précoce, notamment au plan des relations affectives intimes en bas âge ou à l'adolescence, multipliaient le potentiel dépressif des événements négatifs (Brown et al., 1986; Brown et al., 1987; Harris et al., 1986, 1987).

À l'aide du même outil méthodologique, Finlay-Jones (1989) a établi un rôle similaire pour les événements de vie négatifs dans l'étiologie de l'anxiété clinique. En effet, ses données rapportent une proportion significative (66 %) d'événements de vie sévères dans les 12 semaines antécédentes à l'apparition du désordre anxieux. Ces événements de vie présentent dans 89 % des cas des éléments prédominants de danger, danger pour la vie, pour la sécurité personnelle ou pour la sécurité affective.

D'autres travaux ont également conclu à une étiologie sociale des événements et difficultés de vie pour d'autres désordres psychologiques ou physiques (Brown et Harris, 1989). L'ensemble des résultats a permis à George Brown de préciser un modèle structural et psychologique de l'étiologie sociale de la dépression.

Un modèle psycho-social à double trame

Depuis *Social Origins of Depression* (1978), Brown et ses collègues ont complexifié leur modèle étiologique de la dépression. Ce modèle comporte deux trames psychosociales (Lemyre, 1989). L'une, structurale, se réfère au contexte socio-environnemental, dont la situation familiale primaire, le réseau relationnel, le statut d'emploi et le statut civil. Elle débute dès la naissance avec les agents responsables des soins primaires (mère ou institution), inclut la structure familiale pendant l'enfance, les expériences de violence, abus ou négligence, les grossesses et mariages précoces alors plus fréquents, et les lie à un suivi de relations intimes multiples, de faible scolarisation, de chômage chronique, de pauvreté, de violence conjugale, d'instabilité et insalubrité résidentielles (Brown et al., 1987; Harris et al., 1986, 1987). Cette chaîne socio-environnementale mène à un haut taux d'adversité: un nombre élevé d'événements de vie négatifs et de difficultés chroniques. Parallèlement, le modèle comporte une trame psycho-affective qui, à partir d'une base d'attachement insécure, d'abus ou de négligence, nourrit une estime de soi faible ou négative, le sentiment d'impuissance et d'incompétence ainsi que le pessimisme ou le désespoir face au futur (Brown et al., 1990; Brown et al., 1990; Brown et Harris, 1993). Quand des conditions de vie connectent ces voies socio-environnementale et psycho-affective, le risque de dépression ou d'anxiété augmente dramatiquement (Brown et al., 1993). Les zones de vulnérabilité structurale ou psychologique servent de terrain fertile l'une à l'autre, et par effet d'interaction, lors de l'occurrence d'un nouvel incident de la vie, la conjoncture provoque l'apparition d'un syndrome pathologique.

Le modèle à double trame structurale et psychoaffective est développé pour rendre compte de l'étiologie sociale des désordres mentaux. Il suggère donc que les éléments socio-environnementaux génèrent des vulnérabilités psychologiques, qui s'entremêlent ou se succèdent dans une chaîne relativement prévisible de conditions défavorables, et que la survenue des événements de vie négatifs dans ce contexte de difficultés chroniques vient multiplier le risque de désordres. Qu'en est-il, à l'inverse, des événements positifs? Ont-ils le pouvoir, en certaines conjonctures, de conjurer la cristallisation du trouble psychiatrique, de prévenir l'apparition d'une pathologie, voire d'initier une rémission?

Réciproque pour la rémission

Les travaux empiriques sur les événements positifs ont généralement été peu concluants. Dans les grandes enquêtes sur des populations dites normales, les liens entre la santé, physique ou mentale, et les

événements de vie désirables n'ont pas été significatifs. Ceci a d'ailleurs amené la plupart des chercheurs à se concentrer sur les événements négatifs de vie et à laisser tomber les aspects positifs. Cependant, des problèmes méthodologiques peuvent avoir obscurci le potentiel des événements positifs. L'identification et la qualification des événements de vie positifs sont difficiles à établir, surtout par les systèmes de liste à cocher qui n'offrent aucune description des incidents ni de leur contexte et ne permet donc pas de juger de leur positivité absolue ou relative. Puis, ces études et enquêtes sont généralement réalisées sur des échantillons de participants relativement en santé. Alors, soit la variance dans l'état mental n'est pas assez grande pour justifier des relations significatives, soit le rôle bénéfique des événements positifs ne se manifeste que dans un état initialement morbide. Si les événements positifs ne semblent pas d'efficaces facteurs de protection, néanmoins sont-ils peut-être des facteurs de rémission.

La thèse de l'étiologie sociale qui soutient que les conditions de vie influencent la santé mentale, suggère, en toute logique, que si les événements négatifs peuvent nuire à la santé mentale, réciproquement, les événements positifs, eux, doivent pouvoir l'aider.

Facteurs de rémission pour la dépression et l'anxiété

Il nous apparaît pertinent de vérifier si, à partir d'un état morbide, les événements positifs peuvent restaurer la santé mentale. Cela peut exiger une conjoncture de dégrèvement de difficultés chroniques, comme c'est le cas pour l'apparition de désordres : les difficultés potentialisent, par effet d'interaction, le pouvoir des événements de vie. Par ailleurs, cela requiert d'examiner une population déjà atteinte de trouble mental. Il s'agit ici d'étudier les facteurs de rémission et non pas des facteurs de protection ou de prévention.

De plus, comme il est établi pour l'étiologie des troubles mentaux, la dimension qualitative des événements de vie joue un rôle prépondérant. Pour la dépression, les éléments de *perte* semblent déterminants, alors que dans l'anxiété, les aspects de *danger* apparaissent centraux (Barlow, 1988; Beck, 1967; Brown et Harris, 1978; Finlay-Jones, 1989). De façon similaire et réciproquement, les événements positifs liés à la restitution de perte, à l'apport de nouveaux buts, apport de relations, apport d'espoir devraient être associés davantage à la rémission de la dépression, alors que les événements qui augmentent la sécurité physique, financière ou affective, et la prévisibilité, ou qui sont liés à l'expérience passée de maîtrise, devraient être associés davantage à la rémission de l'anxiété. Les dimensions de *renouveau* et d'*ancrage*

seraient donc les qualités plus particulières à examiner. Enfin, réciproquement au rôle aggravant des difficultés chroniques d'argent, d'emploi, de relations ou de santé dans l'étiologie de la dépression et de l'anxiété, le dégrèvement de difficultés chroniques devrait interagir avec l'occurrence d'événements positifs et jouer un rôle potentialisant.

Le prochain exercice empirique a donc pour but d'établir l'occurrence d'événements de vie positifs antérieurs à des périodes de rémission chez des personnes atteintes de troubles cliniques de dépression et d'anxiété. Il s'agit aussi de vérifier la spécificité de la dimension qualitative de ces événements, à savoir le *renouveau* pour se rétablir de la dépression et l'*ancrage* pour alléger l'anxiété. Finalement, l'hypothèse veut également que la réduction du niveau de difficultés chroniques participe à la rémission.

Méthode

Participant

Provenant de l'étude de Islington, un quartier ouvrier de Londres, 404 femmes ayant au moins un enfant ont été interrogées lors d'un premier contact à domicile (Brown et al., 1985). Puis, 353 d'entre elles ont été revues un an plus tard, et 286 une troisième fois lors d'un autre suivi annuel. Pour toutes ces femmes, un dossier a été constitué incluant chacun des temps de mesure recueilli. C'est de l'analyse de ces 404 dossiers qu'il s'agit ici.

Ces femmes ont entre 18 et 50 ans. Toutes ont charge d'un enfant de moins de 18 ans. Elles sont de classe socio-économique défavorisée, étant monoparentales ou ayant un conjoint travailleur manuel. Elles ne possèdent pas plus d'un des trois indicateurs suivants : avoir une voiture, être propriétaire, ou détenir une formation spécialisée (Brown et al., 1985).

Instruments

Les dossiers sont constitués à partir de deux instruments principaux, l'un établissant la santé mentale de la personne, l'autre décrivant son contexte de vie.

Present State Examination (PSE). La version courte du PSE utilisée (Brown et Harris, 1978; Wing et al., 1974) consiste en une entrevue réalisée par des juges entraînés pour établir la présence et la datation de 48 symptômes psychiatriques dans les douze derniers mois. La constitution de regroupement standardisé de symptômes permet de poser des diagnostics cliniques, de façon comparable avec le DSM américain. Une humeur dépressive associée à au moins quatre autres symptômes durant

au moins quatre semaines justifie une cote de Cas dépressif sévère (4). Cette humeur associée à trois autres manifestations est codée Cas dépressif intermédiaire-fort (3); associée à deux, elle est codée Cas dépressif intermédiaire-moyen (2), et associée à un seul autre symptôme pendant au moins un mois, elle est classifiée Cas dépressif faible (1). Les états dits normaux ou sains sont cotés 0. Similairement pour l'anxiété, selon le nombre et le type de symptômes (anxiété généralisée, phobies, évitement, somatisation, attaques de panique, etc.) cinq catégories sont identifiées.

Pour être inclus dans les analyses rapportées ici, l'état morbide initial doit être au moins de cote 3 (intermédiaire-fort) pour une période minimale de 20 semaines (5 mois). Les rémissions rapportées dans cet article comprennent, quant à elles, les «guérisons» totales de cote 0 ou les améliorations d'au moins deux niveaux. Les classifications du PSE permettent aussi de traiter de la comorbidité, fréquente entre la dépression et l'anxiété.

Life-Event and Difficulty Schedule (LEDS). Le LEDS (Brown et Harris, 1978; Nadeau, 1989) consiste en un système d'analyse des stressors évalués par les chercheurs plutôt que par les répondants. Une entrevue semi-structurée sert à relever de façon systématique l'occurrence d'une série d'événements de vie et de conditions de vie, pour lesquels une gamme de questions secondaires établit le contexte factuel ainsi que la datation. En fonction d'un ensemble de critères et de normes répertoriés dans un manuel et dans un dictionnaire contenant des milliers d'exemples, la grille d'analyse du LEDS permet d'identifier et de qualifier deux types d'unité: les événements ponctuels et les difficultés chroniques. Les premiers sont circonscrits dans le temps, et la survenue de l'incident particulier peut être datée. Les difficultés chroniques, elles, correspondent à un ensemble d'éléments et de circonstances tangibles difficiles, d'une durée d'au moins quatre semaines, tels un logement insalubre, une arthrite limitant les activités, un endettement marqué. Les événements et difficultés de vie sont cotés par une équipe de juges, sur une variété de dimensions dont les plus pertinentes ici sont la sévérité, la perte, le danger ainsi que les dimensions positives récemment développées, positivité, renouveau et ancrage. Ces cotations «objectives» ne proviennent pas de l'évaluation de la répondante ou de sa réaction émotionnelle (contaminée par son état), mais sont évaluées selon un consensus de trois juges externes, sur la base d'éléments factuels liés à l'événement lui-même.

La cote de positivité (de 1 à 4) repose sur une évaluation globale selon laquelle l'événement comporte, de façon factuelle, des aspects

positifs dans le contexte où il survient. Cette cote peut coexister avec celle de *menace* dont elle est théoriquement indépendante. Ainsi, un gain de 1 million \$ à la loterie recevra une cote forte. Un diagnostic d'infertilité par problème anovulatoire, tout en générant une cote de menace, représentera aussi une cote positive puisqu'il permettra de passer à une phase de traitement généralement efficace.

La dimension de *renouveau* (codée 1 à 4) implique que l'événement de vie apporte des éléments factuels nouveaux qui sont promoteurs de changements positifs pour la moyenne des gens. Ainsi, le retour à l'école chez une femme monoparentale sans emploi justifierait une cote de renouveau, de même le décret d'une pension alimentaire ou le début d'une nouvelle relation amoureuse dont les caractéristiques contextuelles factuelles sont positives (pas d'histoire de promiscuité ou de violence passées, ni de toxicomanie ou de criminalité, etc.). Les cotes élevées (1 ou 2) sont retenues pour identifier des événements de renouveau. L'entente interjuge sur la cotation résulte en un indice kappa de 0,82.

La dimension d'*ancrage* (1 à 4) décrit des événements qui diminuent l'incertitude quant aux conditions de vie de la personne, augmente la prévisibilité du futur à moyen terme, ou contribue au sens d'identité personnelle. Par exemple, l'obtention d'une accréditation, certification ou diplôme se reflète dans un certain niveau d'ancrage (2 ou 3 selon le contexte). Le début d'un emploi constitue un ancrage, suivant la durée prévue et le niveau de spécialisation. Un mariage représente habituellement une cote forte (1); des fiançailles, une cote moyenne (2); le début de fréquentations soutenues, une cote faible (3). L'achat d'une maison (en contexte financier adéquat) serait une cote forte alors que le déménagement dans un quartier paisible et un logement salubre comporterait une cote moyenne. Les deux cotes supérieures sont retenues pour identifier des événements d'ancrage, et l'indice d'accord interjuge kappa se situe à 0,81.

Un *dégrèvement de difficulté chronique*, dans notre analyse des dossiers, implique soit une amélioration d'au moins deux niveaux, pendant au moins un mois, de la cote de sévérité d'une difficulté préexistante, soit une cote 1 ou 2 sur la dimension *soulagement* d'un événement. Un événement comporte du soulagement s'il améliore les circonstances factuelles (dette annulée), s'il évite un risque documenté (résultat bénin à un test de tumeur), s'il allège un fardeau (arrêt des soins quotidiens à un parent âgé incontinent). Quant aux difficultés chroniques, subdivisées selon les catégories de finances, travail, santé, logement, relation intime, autres relations, elles sont codifiées par les chercheurs si leur durée est d'au moins quatre semaines et regroupent

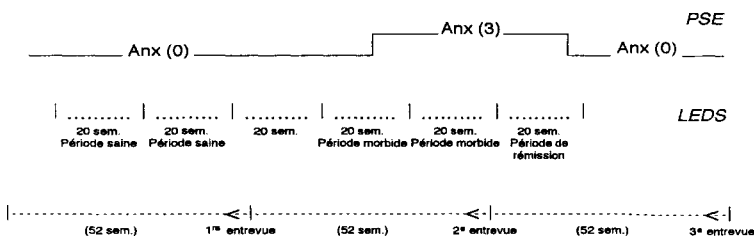
suffisamment d'éléments factuels pour justifier une cote variant de 1 à 7. Un Manuel de critères et normes ainsi qu'un Dictionnaire d'exemples permettent de maintenir une qualification stable et « objective » de ces conditions de vie, avec un kappa de 0,78.

Procédure

Les entrevues initialement réalisées dans les années 80 couvrent chacune le récit des douze derniers mois. Pour la majorité des participantes, rencontrées pendant trois années, 156 semaines sont documentées. Les dossiers présentent la séquence des événements de vie sous forme de calendrier. Ils comportent également le tracé des difficultés chroniques et de leurs niveaux. De plus, le profil au PSE permet d'y juxtaposer le développement du statut psychiatrique en fonction du temps.

Chacun des 404 dossiers décrivant un épisode psychiatrique de niveau Cas intermédiaire fort ou sévère (cotes 3 et 4) d'au moins 20 semaines est retenu, de façon non mutuellement exclusive selon les cas, pour les groupes dépression et anxiété. Puis chacun de ces cas cliniques est catégorisé selon qu'il y a eu rémission (d'au moins deux cotes au PSE) soutenue pendant au moins 20 semaines. Puis, le calendrier des événements de vie antérieurs à la rémission est subdivisé en sections de 20 semaines, dont la première section jouxtant la rémission est donc notre « période cible », *pré-rémission* chaque autre section de 20 semaines se trouve caractérisée de *période saine* ou de *période de morbidité chronique*. Chacune est alors analysée pour savoir si elle couvre des événements positifs de renouveau, d'ancrage ou de dégrèvement de difficulté.

Figure 1



Exemple d'un diagramme de schéma d'analyse : au haut, axe temporel de l'état mental selon le PSE ; au centre, axe temporel des conditions de vie selon le LEDS ; au bas, axe temporel des prises de mesures

Résultats

Tableau clinique

Tout d'abord, comme l'indique le Tableau 1, l'analyse révèle que des 404 participantes, 67 souffrent de dépression clinique de niveau sévère ou intermédiaire-fort (16,6 %) et 92 présentent une anxiété clinique (22,8 %) dont environ 60 % de type phobique et 40 % d'anxiété généralisée. De ces 115 femmes, 44 montrent une comorbidité des deux troubles de façon mixte.

Tableau 1
Nombre de dossiers avec morbidité et rémission

Statut psychiatrique	Nombre de cas (3 ans)	Nombre de rémission (3 ans)
Anxiété	92 (22,8 %)	33 (35,9 %)
Dépression	67 (16,6 %)	49 (73,1 %)
Comorbidité anxiété-dépression	44 (10,9 %)	8 (18,1 %)
État normal	289 (71,5 %)	s.o.

Sur un total de 404 dossiers.

Des 92 cas d'anxiété clinique, 33 bénéficient d'une rémission au cours des trois années du suivi, alors que 49 des 67 femmes dépressives connaissent une rémission totale ou partielle, permanente ou temporaire, d'au moins 20 semaines. Les rémissions demeurent stables pour l'anxiété; une seule femme connaît une rechute pendant la période à l'étude (3 %). Pour la dépression, 16 % rechuteront à l'intérieur du calendrier examiné, mais les rémissions considérées auront toutes duré au moins 20 semaines.

Présence d'événements de vie positifs prédicteurs de rémission

Pour chaque rémission, les 20 semaines précédentes définissent la *période pré-rémission*, alors que les autres blocs antérieurs de 20 semaines constituent des *périodes de morbidité*, anxieuse ou dépressive selon le cas. Des blocs de 20 semaines d'état normal sont appelés *périodes saines*. Ainsi, sur l'ensemble des trois temps d'entrevue possibles et en tenant compte seulement des blocs complets de 20 semaines, l'étude des 404 dossiers permet d'identifier 49 périodes de rémission de dépression, 33 de rémission d'anxiété, 105 de morbidité dépressive, 248 de morbidité anxieuse et 232 périodes saines. Certaines femmes vivent plus d'un changement de statut psychiatrique, et à cause de l'attrition de la co-

horte, l'information n'est pas toujours disponible aux trois temps de mesure pour toutes les femmes. Le nombre de périodes considérées peut donc varier selon les circonstances.

Le Tableau 2 décrit le pourcentage d'événements positifs contenus dans les périodes de rémission et de morbidité.

Tableau 2
Pourcentages d'événements positifs selon le type de périodes

Événements avec...	en période morbide anxieuse n=270	en période pré-rémission d'anxiété n=49		en période morbide dépressive n=179	en période pré-rémission de dépression n=98	
Positivité	9 %	35 %	p<001	11 %	21 %	p<03
Renouveau	2 %	4 %	n.s.	3 %	10 %	p<02
Ancrage	2 %	24 %	p<001	5 %	13 %	p<03
Dégrèvement	3 %	16 %	p<01	3 %	16 %	p<001

On observe que les divers éléments positifs se retrouvent significativement plus souvent dans les périodes précédant les rémissions. De plus, on peut noter que, singulièrement, l'occurrence d'événements globalement positifs est relativement forte (environ 10 %) en période morbide sans paraître pour autant avoir amené de rémission. Par contraste, l'incidence d'éléments spécifiques de renouveau et d'ancrage est très basse (autour de 3 %) tant que se maintient la période morbide.

Pour procéder à une analyse plus spécifique et conforme à la thèse de l'étiologie sociale proposée par Brown, chaque période de normalité, de morbidité ou de rémission est caractérisée selon qu'elle contient un événement comportant de la positivité, du renouveau, de l'ancrage ou du dégrèvement. Considérer l'unité d'analyse comme une période plutôt que comme un événement ponctuel permet d'intégrer la notion de temps de latence; elle évite aussi de confondre la présence de positivité avec le cumul ou la quantité de positivité. Le critère d'une durée de 20 semaines est choisi pour éviter les biais de contamination, par conservatisme eu égard aux imprécisions dans la datation des symptômes et des événements, et par souci de comparaison avec des résultats antérieurs. L'analyse porte ici sur des périodes cibles plutôt que sur le décompte d'événements ponctuels.

Le Tableau 3 met en évidence que les périodes pré-rémission apportent significativement plus d'événements à caractère positif que les périodes morbides, voire que les périodes saines. Particulièrement, il faut noter que les événements d'ancrage se produisent 8,4 fois plus souvent dans les semaines précédant la rémission que pendant les semai-

nes d'anxiété. Similairement, chez des femmes dépressives qui se rétabliront, des événements amenant de la nouveauté sont 13 fois plus fréquents que le niveau de base.

Tableau 3
Pourcentages selon l'état de santé mentale des périodes
temporelles ayant des éléments positifs

	Positivité	Renouveau	Ancrage	Dégrèvement
Anxiété clinique				
(a) Périodes pré-rémission (n=26)	58 %	15 %	42 %	27 %
(b) Périodes morbides (n=152)	15 %	5 %	5 %	5 %
(c) Périodes saines (n=111)	20 %	6 %	11 %	6 %
(a) vs (b): ratio a/b	3,9 **	3,0 n.s.	8,4 ***	5,4 **
(a) vs (c): ratio a/c	2,9 **	2,5 n.s.	3,8 **	4,5 **
Dépression clinique				
(a) Périodes pré-rémission (n=42)43 %	26 %	26 %	38 %	
(b) Périodes morbides (n=106)	17 %	8 %	8 %	7 %
(c) Périodes saines (n=121)	20 %	2 %	9 %	6 %
(a) vs (b): ratio a/b	2,5 *	3,3 **	3,3 **	5,4***
(a) vs (c): ratio a/c	2,2 *	13 ***	2,9 **	6,3***

Tests de proportion: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$.

Spécificité des facteurs de rémission

Le Tableau 4 distingue les cas de comorbidité et les troubles simples. Il sépare aussi les éléments positifs de nature mixte ou unique. Ainsi, on peut noter que 38 % des rémissions d'anxiété sont liées à de l'ancrage, comparativement à 10 % liées à du renouveau. Et 51 % des rémissions de dépression sont précédées de renouveau, comparativement à 30 %, qui le sont de périodes d'ancrage. Par ailleurs, pour contourner la nature multidimensionnelle des événements, les caractéristiques les plus prédictives de chaque type de rémission sont isolées. Si on ne tient compte que des cas où la période est caractérisée par une dimension unique, on obtient un patron de résultats qui suggère une spécificité des facteurs de rémission: dimension d'ancrage pour l'anxiété, et de renouveau, pour la dépression.

Tableau 4
Spécificité de la rémission et taux différentiel d'éléments positifs

	Rémission d'anxiété pure	Rémission de dépression pure	Rémission d'anx.-dép. mixte
Période de pré-rémission avec...			
Ancrage (avec ou sans renouveau)	38 %	30 %	45 %
Renouveau (avec ou sans ancrage)	10 %	51 %	54 %
Ancrage seulement	33 %	0 %	0 %
Renouveau seulement	5 %	21 %	9 %
Ancrage et renouveau	12 %	22 %	50 %

Quant à la comorbidité, en examinant les rémissions mixtes, on peut apprécier la nécessité du rôle conjugué de chaque type de positivité, documentant ainsi, indirectement, la question de la spécificité.

Dégrèvement de difficultés

Par ailleurs, tel que décrits aux tableaux 2 et 3, le dégrèvement de difficultés – constitué soit d'un événement de soulagement, soit d'une baisse factuelle de sévérité d'une condition chronique – accompagne 38 % des rémissions de dépression et 27 % des rémissions d'anxiété. Cependant, ce facteur semble se confondre aux caractéristiques d'ancrage et de renouveau des événements de rémission. En effet, selon l'analyse des cotations multiple (dégrèvement ou ancrage ou renouveau) et simple (dégrèvement seulement), il ne reste que 9 % des rémissions de dépression qui soient précédées exclusivement de dégrèvement et 14 % des rémissions d'anxiété, alors que le taux de base d'occurrence de dégrèvement en période saine est de 6 %. Le dégrèvement à lui seul n'entraîne pas de rémission significative.

Il faut cependant savoir qu'en période de pré-rémission, 59 % des événements positifs sont appariés à l'existence antérieure, en période morbide, d'une difficulté chronique dans le même domaine de vie. Les dégrèvements apparaissent donc comme des agents d'efficacité pour la rémission, comme les difficultés chroniques sont des facteurs de vulnérabilité sujets à des effets d'interaction.

Domaines d'événements liés aux rémissions

Finalement, il est intéressant de décrire le genre d'événements associés aux rémissions. Comme le présente le Tableau 5, les domaines du logement et de l'emploi fournissent les plus grands pourcentages d'événements à dimension d'ancrage et de renouveau.

Tableau 5
Répartition par domaine des événements d'ancrage et de
renouveau reliés à des rémissions

	Logement	Emploi	Relation amoureuse	Enfant	Autres relations
Ancrage	43 %	29 %	14 %	14 %	0 %
Renouveau	22 %	27 %	32 %	11 %	8 %

Discussion

L'analyse des 404 dossiers cliniques soutient la thèse de l'étiologie sociale et de sa réciproque pour la rémission. Les données indiquent des proportions significativement plus élevées d'événements positifs précédant les rémissions d'anxiété et de dépression clinique. Plus spécifiquement, des périodes impliquant de l'ancrage sont significativement associées à la rémission de troubles anxieux, alors que des périodes caractérisées par des éléments de renouveau précèdent plus souvent des rémissions de désordres dépressifs. Le dégrèvement de difficulté chronique, seul, ne semble pas suffire à ouvrir une période de rémission, cependant le soulagement semble potentialiser le bénéfice des événements positifs et ainsi contribuer à leur efficacité à induire une rémission.

Il appert donc que des améliorations dans les conditions de vie socio-environnementales puissent amorcer des rémissions. Cela soutient, par la réciproque, la thèse de l'étiologie sociale de la maladie mentale, puisque l'inverse des facteurs de risque constitue des facteurs de rémission. Ainsi l'ancrage qui augmente le sentiment de sécurité, la prévisibilité, et la confirmation de sa compétence, dénoue les troubles d'anxiété, que d'autres études avaient souvent liés à des événements caractérisés par le danger, la menace et l'imprévisibilité de l'adversité potentielle. Le renouveau, qui apporte l'espoir d'un nouveau contexte de vie, semble contrecarrer la dépression, que de nombreux auteurs ont décrit comme étant précipitée par la survenue de pertes diverses, tangibles ou symboliques. Les dimensions-miroirs amèneraient donc, de façon réciproque, les effets inverses.

Évidemment, puisque l'analyse est essentiellement de nature descriptive et corrélationnelle, elle ne démontre pas le rôle causal des événements positifs dans la rémission. Elle ne fait que soutenir la faisabilité de la thèse et sa plausibilité. Les périodes précédant les rémissions contiennent plus d'événements d'ancrage et de renouveau que les périodes de maintien de la morbidité ou même que les périodes

normales de santé mentale. Si on peut reprocher à la ré-analyse de ces dossiers de surexploiter les données et d'augmenter indûment l'erreur alpha, on peut se sécuriser par ailleurs, le devis quasi-expérimental initial et la cueillette d'informations ayant été réalisés tout à fait à l'aveugle des hypothèses testées ici. Les cotations des événements ont été réalisées à l'aveugle de la connaissance des états mentaux ; de plus, des durées de 20 semaines entre les périodes permettent de minimiser les biais de contamination et de circularité. Bien sûr, des biais de sélection limitent la généralisation des résultats.

Pour mieux établir le rôle des facteurs de rémissions, il faudrait certes encore mieux isoler la séquence temporelle. La datation comporte dans cet essai *post-hoc* des incertitudes non négligeables. Bien que l'instrument ne soit pas tout à fait exempt de biais liés au rapport subjectif des participantes, le LEDS demeure néanmoins, avec sa datation et sa cotation contextuelle factuelle « objective » selon un consensus de juges, parmi les méthodologies les plus appropriées et efficaces pour démontrer des effets non circulaires dans des études naturelles « sur le terrain ». De plus, il faudrait mieux désarticuler la nature multidimensionnelle des événements, mais la complexité des cotations reflète la complexité des circonstances de la vie elles-mêmes. Des outils statistiques plus sophistiqués sur des occurrences beaucoup plus nombreuses pourraient venir isoler les dimensions cruciales. Quant à la question de la comorbidité, elle demande aussi un examen plus fin. Des réplications sont donc essentielles, de même que des contrevalidations utilisant d'autres désordres. Quant au rôle médiateur possible d'autres facteurs issus de la trame psychoaffective, telle la reconstruction de l'estime de soi, c'est une autre zone prometteuse à explorer, en interaction avec les éléments socio-environnementaux.

Finalement, cette démonstration empirique indique des avenues prometteuses pour diriger des interventions psychosociales visant à initier des rémissions. En effet, les données suggèrent que des programmes visant l'ancrage par la consolidation de la compétence individuelle, la diminution de l'incertitude, la confirmation de l'identité personnelle et sociale, peuvent renverser des désordres anxieux, et que la restauration de pertes et l'apport de possibilités de développement du genre *nouveaux départs* (Fresh-start: Brown et al., 1988) peuvent dégaier les troubles dépressifs marqués, surtout s'ils sont couplés à des dégrèvements de zones chargées de difficultés chroniques. Il est intéressant de noter que les événements positifs liés aux relations amoureuses, souvent associés au *renouveau*, le sont singulièrement moins à l'*ancrage*. Ces événements interpersonnels comportent une bonne part d'in-

certitude et se révèlent souvent de *faux-départs* plutôt que de *nouveaux départs*. Leur efficacité pour des rémissions stables n'est pas établie. Par contre, logement et emploi semblent particulièrement appropriés pour initier des interventions concrètes et tangibles. Il serait heureux que les milieux politiques et du développement social soient sensibles à pareilles données.

RÉFÉRENCES

- BAKAL, D.A., 1992, *Psychology and Health*, Springer, New York.
- BARLOW, D. H., 1988, *Anxiety and its Disorders*, Guilford, New York.
- BECK, A. T., 1967, *Depression*, Staples Press, Londres.
- BROWN, G.W., ADLER, S., BIFULCO, A., 1988, Life-events, difficulties and recovery from chronic depression, *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-498.
- BROWN, G. W., ANDREWS, B., BIFULCO, A., VEIEL, H., 1990, Self-esteem and depression. 1. Measurement issues and prediction of onset, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 200-209.
- BROWN, G. W., ANDREWS, B., HARRIS, T., ADLER, Z., BRIDGE, L., 1986, Social support, self-esteem and depression, *Psychological Medicine*, 16, 813-831.
- BROWN, G. W., BIFULCO, A., ANDREWS, B., 1990, Self-esteem and depression. III. Aetiological issues, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 25, 233-245.
- BROWN, G. W., BIFULCO, A., HARRIS, T., 1987, Life-events, vulnerability and onset of chronic depression, *British Journal of Psychiatry*, 150, 30-42.
- BROWN, G. W., BIFULCO, A., HARRIS, T., BRIDGE, L., 1986, Life stress, chronic subclinical symptoms and vulnerability to clinical depression, *Journal of Affective Disorders*, 11, 1-19.
- BROWN, G.W., CRAIG, T.K.J., HARRIS, T., 1985, Depression: Distress or Disease? Some epidemiological consideration, *British Journal of Psychiatry*, 147, 612-622.
- BROWN, G.W., HARRIS, T., 1978, *Social Origins of Depression*, Tavistock, Londres.
- BROWN, G.W., HARRIS, T., 1989, *Life Events and Illness*, Guilford, New York.
- BROWN, G.W., HARRIS, T., 1993, Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity, *Psychological Medicine*, 23, 143-154.
- BROWN, G.W., HARRIS, T., EALES, M. J., 1993, Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 2. Comorbidity and adversity, *Psychological Medicine*, 23, 155-165.

- DOHRENWEND, B.S., DOHRENWEND, B. P., 1974, *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, Wiley, New York.
- FINLAY-JONES, R., 1989, Anxiety, in Brown, G.W., Harris, T., eds., *Life Events and Illness*, Chap. 3., Guilford, New York.
- HARRIS, T., BROWN, G. W., BIFULCO, A., 1986, Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: The role of lack of adequate parental care, *Psychological Medicine*, 16, 641-659.
- HARRIS, T., BROWN, G. W., BIFULCO, A., 1987, Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: The role of lack of social class position and premarital pregnancy, *Psychological Medicine*, 17, 163-183.
- HOLAHAN, C. J., MOOS, R. H., HOLAHAN, C. K., BRENNAN, P. L., 1995, Social support, coping, and depressive symptoms in a late-middle aged sample of patients reporting cardiac illness, *Health Psychology*, 14, 152-163.
- HOLMES, T. H., RAHE, R. H., 1967, The Social Readjustment Rating Scale, *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-218.
- KESSLER, R., C., PRICE, R. H., WORTMAN, C. B., 1985, Social factors in psychopathology: Stress, social support and coping processes, *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- LEMYRE, L., 1989, Stresseurs et santé mentale: analyse contextuelle de la pauvreté, *Santé mentale au Québec*, 14, 2, 120-127.
- NADEAU, L., 1989, La mesure des événements et difficultés de vie: un cas particulier des problèmes méthodologiques liés à l'étude de l'étiologie sociale des troubles mentaux, *Santé mentale au Québec*, 14, 1, 121-131.
- TAYLOR, S.E., 1991, Health psychology: The science and the field, in Monat, A., Lazarus, R., eds, *Stress and Coping: An Anthology*, Third Edition, Columbia University Press, New York.
- TENNEN, H., HALL, J.A., AFFLECK, G., 1995, Depression research methodologies in the Journal of Personality and Social Psychology: A review and critique, *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 870-884.
- THOITS, P. A., 1983, Dimensions of life events that influence psychological distress: An evaluation and synthesis of the literature, in Kaplan, H.B., ed., *Psychosocial stress: Trends in Theory and Research*, Academic Press, New York, 33-103.
- TOUSIGNANT, M., 1992, *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Presses Universitaires de France, Paris.
- WING, J. K., COOPER, J. E., SATORIUS, N., 1974, *Measurement and Classification of Psychiatric Symptom: An Instruction Manual for The Present State Examination and CATEGO Program*, Cambridge University Press, Cambridge.
- ZIMMERMAN, M., 1983, Methodological issues in the assessment of life-events: A review of issues and research, *Clinical Psychology Review*, 3, 339-370.

ABSTRACT**Social etiology and factors of remission**

According to the social etiology thesis of mental illness, disorders may be caused or precipitated by severe stressors or major life difficulties. The model has been supported for onset of depression and anxiety disorders. The reciprocal proposition stands that occurrence of positive life conditions may bring about remission. The analysis of 404 clinical files following up a community sample of mothers demonstrated the role of positive life events and of relief from chronic difficulties in the total or partial recovery of depressed or anxious women. Dimensions of Anchoring and of Fresh-start in life-events showed a specific and differential role according to disorders. Relief from chronic difficulties seemed to provide a beneficial interaction for remission factors.