

Les représentations de la « dépression » en Minganie. Une histoire de sang et de sens

Mario Bélanger

Volume 26, numéro 2, automne 2001

Les doubles diagnostics

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/014535ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/014535ar>

[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

Bélanger, M. (2001). Les représentations de la « dépression » en Minganie. Une histoire de sang et de sens. *Santé mentale au Québec*, 26(2), 267–282. <https://doi.org/10.7202/014535ar>



Communication brève

Les représentations de la « dépression » en Minganie. Une histoire de sang et de sens

Mario Bélanger*

Gâce au développement de courants interprétatifs en anthropologie et en psychologie sociale, un éclairage différent aura été jeté sur le rôle des représentations socioculturelles dans les processus d'interprétation que les individus déploient pour donner un sens à leurs expériences et fournir une orientation à leurs actions. La culture y est envisagée comme un univers de sens où se construisent des modèles d'interprétation où les réalités sociales, matérielles et psychosociales, entre autres, deviennent intelligibles (Jodelet, 1997 ; Sahlins, 1980, 1989 ; Geertz, 1973, 1986). Partagées, ces intelligibilités permettent aux membres de groupes ou de communautés de comprendre les phénomènes qui ponctuent leur existence et d'agir à leur égard tout en étant légitimés ou à tout le moins compris par leurs congénères (Jodelet, 1989, 1993 ; Herzlich, Pierret, 1991 ; Augé, Herzlich, 1991 ; Sahlins, 1980, 1989).

Parmi ces phénomènes, la maladie pourrait ici être considérée comme une forme d'événement dont les manifestations font l'objet d'une interprétation culturelle. Cette conceptualisation du rapport entre la culture et la maladie a constitué un postulat-clé pour l'anthropologie médicale américaine (principalement avec Good et Kleinman) mais aussi pour l'anthropologie française de la maladie (dont Augé et Laplantine ont été les principaux représentants), la psychiatrie transculturelle (avec en tête Kleinman, Kirmayer et Collignon) et la psychologie sociale française (par les travaux de Jodelet, Pierret et Herzlich). Tous semblent avoir fait consensus au moins sur l'idée que la maladie ne se réduit pas à des symptômes empiriquement observables qui seraient la manifestation de désordres sous-jacents, mais qu'elle n'est accessible aux acteurs qu'à travers une médiation culturelle ; sur l'idée, donc, que la maladie est une réalité non pas appréhendée empiriquement.

* M. Bélanger, t.s., Ph.D., est professeur au Département des sciences humaines de l'Université du Québec à Chicoutimi. Il présente ici une note de recherche.

riquement, mais interprétée ou construite culturellement et socialement :

... elle (la maladie) n'est jamais que cela : elle n'est pas seulement l'ensemble des symptômes qui nous amènent chez le médecin. Elle demeure toujours un événement malheureux exigeant une interprétation [...] collective partagée par les membres d'un même groupe social. La dimension sociale de la maladie, c'est alors [...] le fait qu'elle fonctionne comme signifiant, support de sens de notre rapport au social. (Augé et Herzlich, 1991, 22)

Cette position à l'intérieur des courants interprétatifs a incité certains chercheurs à accorder une plus grande importance au récit des acteurs sur leur expérience de la maladie. Ce discours pouvait être analysé de manière à en faire ressortir la trame selon laquelle la maladie était expliquée par le malade, ses proches et leur groupe de référence, à partir de signifiants puisés à même leurs dynamiques culturelles et sociales. Qu'on parle de « modèles d'interprétation » (Kleinman), de « réseaux sémantiques » (Good et Good) ou de « logiques symboliques de référence » (Augé), ces conclusions ont amené à considérer l'importance du niveau supranarratif du récit. C'est là que réside le sens de la maladie, celui que les acteurs lui donnent et qui réfère à un contexte plus large : leur vision du monde.

Au Québec, forte des avancées de l'anthropologie médicale interprétative et de la nouvelle psychiatrie transculturelle, l'équipe dirigée par Corin et Bibeau a développé une sémiologie anthropologique des maladies mentales. Celle-ci devait être enchâssée dans une théorie élargie de la signification :

Retenant de l'anthropologie médicale interprétative l'importance d'un ancrage supranarratif des éléments du discours et, de la nouvelle psychiatrie transculturelle, une attention pour la modulation culturelle des modes d'expression des problèmes de santé mentale, nous voulons proposer une théorie élargie de la signification qui permette de rendre compte davantage de la manière dont culture et structure sociale traversent de part en part l'expérience des problèmes de santé mentale (Corin et al., 1993, 128).

La sémiologie de ces auteurs s'est attachée à faire ressortir la structure de sens implicite qui est sous-jacente à la manière dont les acteurs décrivent la maladie mentale, l'interprètent et y réagissent ainsi qu'à la façon dont ses symptômes se construisent et s'expriment. Leurs nombreux travaux ont ajouté au consensus sur la nécessité de développer en santé mentale des approches qui tiennent compte des ancrages culturels et sociaux des formes d'expression et d'interprétation de la maladie. Du même coup, ils ont joint leurs voix à celles qui, prenant le contre-pied des orientations actuelles de la psychiatrie, s'opposent à une vision biomédi-

cale et universalisante de cette maladie. Cependant, leur sémiologie n'a pas encore tiré des conclusions immédiatement opérationnalisables pour la construction d'espaces cliniques. Néanmoins, ils ont bien balisé le terrain. Grâce à eux, nous savons que les signifiants qui servent à construire les systèmes de sens agissent aussi en guise de repères qui rendent l'action possible. Sans être absolument systématique, cette action s'inscrit donc dans un continuum avec d'autres systèmes, qui structurent l'identification, la description et l'interprétation de cette maladie par les acteurs :

Nous avançons l'hypothèse que l'organisation des perceptions, interprétations et réactions à des problèmes de santé mentale possède une certaine cohérence, même si la présence de discordances et de fractures est aussi importante à repérer et à comprendre que ce qui organise la cohérence du système (Corin et al., 1992, 200).

Mais cette hypothèse comporte une mise en garde : il y a des discordances et des ruptures. La pratique des acteurs n'est pas en continuité immédiate avec les systèmes d'interprétation.

La nature réelle d'un éventuel lien de continuité nous est définie de manière très pertinente par Augé et Herzlich. Selon eux, les signes servant à l'identification et à la dénomination des troubles, de même que les schèmes de causalité et les pratiques thérapeutiques des acteurs ne forment pas un système a priori, selon un regard mécaniste. Leur cohérence est implicite et réfère plutôt à une logique symbolique de référence (Augé et Herzlich, 1991, 14).

Cette logique devrait contribuer largement à structurer l'espace clinique qui se construira entre l'intervenant et les acteurs de la maladie mentale, si l'on veut que l'intervention soit intelligible pour ces derniers.

La recherche des conditions de mise en place d'un espace clinique sémantico-praxéologique

Le terme « sémantico-praxéologique » réfère ici à l'idée de la présence du sens à toutes les étapes d'un processus d'intervention. Cela dit, la réalisation de ce type de processus nous semble d'abord consécutive à la compréhension, dans un contexte culturel et social donné, du mode de construction du sens, à chaque fois, dans chaque histoire, autour de l'expérience de la maladie mentale. Il nous semble également important de saisir comment cette construction structure aussi les démarches engagées par les acteurs de la maladie dans le but de trouver une solution. Enfin, cela étant compris, il reste à voir comment cette structure de signification peut être utilisée dans la mise en place d'un espace clinique qui sera le lieu de l'élucidation des représentations de la maladie. Un tel processus incarne l'idée que les pratiques cliniques ne prennent leur

sens que si elles renvoient à un contexte culturel, à une « vision du monde », celle du malade et de son groupe de référence.

Cet article fait état des résultats de la première phase d'une recherche menée entre 1996 et 1998¹. Dans la ligne de pensée de l'anthropologie médicale interprétative, la démarche préconisée avait pour but de mettre à jour la structure du système de représentations de la maladie mentale dans une sous-aire culturelle du Québec. Cette étape s'inscrivait dans une recherche sur les conditions d'actualisation d'une pratique sémantico-praxéologique en travail social. L'objectif général consistait à déterminer dans quelle mesure les environnements paradigmatiques systémique et bio-psycho-social qui alimentent largement cette discipline peuvent, par leur sensibilité au contexte social des problèmes vécus par les individus, permettre d'élaborer un espace clinique d'intervention sociale prenant appui, comme logique de référence, sur les représentations sociales et culturelles des acteurs de la maladie et sur les espaces thérapeutiques (systèmes d'action) qu'ils construisent.

La quête du sens

La sous-aire culturelle visée a été la Minganie dans la région de la Moyenne-Côte-Nord du Saint-Laurent, au Québec. Deux villages d'environ 500 habitants chacun y avaient été ciblés, l'un en Minganie de l'Est et l'autre en Minganie de l'Ouest. Pour les besoins de la recherche, ces villages ont été nommés Grandes-Marées et L'Anse-aux-Moyacs. Ces deux communautés blanches relativement fermées ne sont reliées par la route au reste du Québec que depuis 1976 dans un cas et 1996 dans l'autre. Leurs populations sont plutôt homogènes ; les familles qui composent actuellement ces deux villages descendent en majorité des premiers couples venus s'y établir il y a environ 150 ans. Peu d'étrangers y résident et les habitudes de mariage y sont significativement endogames (Loiselle, 1996). Enfin, le travail y est en majeure partie saisonnier puisqu'il est lié à la pêche et à l'industrie touristique. L'hiver, la grande majorité y vit de prestations de l'assurance-emploi.

De façon à bien saisir la nature des représentations des acteurs de la maladie mentale, il est apparu important de comprendre d'abord comment les membres de ces communautés en reconnaissent l'occurrence, qu'ils appellent « dépression² » de manière indifférenciée ; comment ils l'interprètent, notamment en matière de causalité³ ; enfin, comment ils réagissent et pensent devoir intervenir pour aider la personne malade.

Plusieurs heures d'entrevue ont été menées avec six informateurs-clés dans chacune des deux communautés⁴. Il s'agissait de six hommes et six femmes répartis dans les tranches d'âge suivantes : 20-34 ans, 35-

54 ans, 55 ans et plus. Ils étaient réputés pour la pertinence des témoignages qu'ils livrent sur leur village et aussi pour leur représentativité comme membres de leur communauté. Ils avaient également été choisis pour avoir connu de près des villageois atteints de maladie mentale. On a demandé à chacun de raconter, le plus en détail possible, la vie et les péripéties d'un de ces malades. À cette étape, une approche directe des malades n'a pas été préconisée car, dans ces petites communautés, elle reste délicate, pour des raisons qui seront invoquées plus loin.

Une analyse sémiotique de ces entretiens a été menée. Leurs transcriptions avaient été préalablement codées de manière à isoler les signes par lesquels les interlocuteurs identifient et décrivent la maladie, déterminent ses causes, réagissent à son égard et planifient l'intervention qu'elle nécessitera. Le tableau ci-dessous présente avec plus de détail le système de codage utilisé. Il s'inspire assez largement du système utilisé par l'équipe de Corin et Bibeau.

Tableau 1
Système de codage des retranscriptions d'entrevues
SYSTÈME DE CODAGE

SIGNES NOSOLOGIQUES

S.P. : signe précurseur
S.D. : signe diagnostique
S.A. : signe d'aggravation

RÉACTIONS

A. : acceptation
H. : honte
Im. : sentiment d'impuissance
In. : indifférence
M. : sentiment de malaise
N. : négation
P. : peur
Pi. : pitié
Po. : potins, préjugés
R. : rejet
V. : violence

SIGNES ÉTIOLOGIQUES

P.A. : prédisposition atavique
C.C. : cause circonstancielle
C.S. : cause structurelle
C.O. : cause organique
ACTIONS
A.N. : aide naturelle
A.P. : aide professionnelle
A.R. : aide religieuse
R.D. : retarde la demande d'aide
S. : support moral

SIGNES PRONOSTIQUES

Gd. : guérit difficilement
Gf. : guérit facilement
Gl. : guérit lentement
Gr. : guérit rapidement
I. : incurable
Re. : rechutes
Rv. : réversible

L'analyse sémiotique à laquelle nous avons procédé comporte deux étapes, généralement évoquées par les sémioticiens.

La première, de l'ordre de l'analyse sémantique, a consisté à mettre à jour les grands thèmes qui organisent le discours des informateurs. La seconde étape, de l'ordre de l'analyse sémiologique, a consisté à re-lire ces signes de manière à découvrir le « pattern » des interactions qu'ils entretiennent entre eux. Cela a mené à la compréhension de la structure et de l'articulation logique du discours, à son niveau supranarratif.

La « dépression », une histoire de lignage et une question de sang

À l'Anse-aux-Moyacs et à Grandes-Marées, les gens décrivent la maladie en utilisant trois ordres de signes nosologiques : des signes pré-curseurs ou annonciateurs de la crise, des signes diagnostiques proprement dits et des signes d'aggravation.

Les signes précurseurs sont peu nombreux, mais en revanche ils se sont avérés d'une grande constance d'un discours à l'autre. Chez le sujet qui prépare une « crise de dépression », l'on va noter une propension à se décourager plus facilement et à « prendre tout à coeur », une tendance plus marquée à s'isoler et à ressasser les mêmes pensées (jongler), une certaine inclination à développer des craintes injustifiées, enfin, des périodes d'insomnie de plus en plus rapprochées. Toutefois, les informateurs auront en majorité pris soin de préciser que ces comportements apparaissent chez des personnes qui y sont *prédisposées* et sont reconnues pour leur moral généralement bas et leur manque de motivation, sinon leur désœuvrement :

« C'est du monde au départ que ça l'a pas de moral d'avance ; ça se décourage pour la moindre petite affaire ; ça s'en fait trop. Pis ça sait pas quoi faire de sa vie. Mais là après on voit venir ça. La personne dort de moins en moins bien, elle est plus jongleuse pis à chercher à rester tout le temps toute seule sans parler à personne. »

Les signes diagnostiques sont ceux par lesquels les informateurs décrivent la maladie bien installée. En général on nous a parlé d'insomnie, de fatigue constante et non justifiée par un effort quelconque, d'agissements bizarres, de perte d'appétit, de regard étrange, d'idées fixes et bizarres, de retrait plus prononcé accompagné de mutisme, de tristesse, d'indifférence à tout, d'agressivité et parfois de violence.

« Lui on le voyait dans sa vue (regard) que ça n'allait pas ; y'avait l'air bizarre, pis y s'imaginait des affaires pas possibles, lui c'était l'argent qu'on voulait lui voler. Mais y'était malin (agressif, violent), lui si doux d'habitude y cherchait rien que de se battre. Y'était de longues périodes sans sortir et sans parler à personne ; à la fin, y parlait plus en toute. »

« Elle était comme abattue, tout le temps fatiguée, pourtant elle faisait pas grand chose. Moins elle en faisait, plus elle jonglait à ses misères, plus elle était fatiguée et découragée de toute. Elle est venue qu'à dormait quasiment pas, à mangeait presque pas ; c'était rien que la tristesse pis la peur. Elle avait arrêté de parler pis à sortait presque plus. Des fois, si ça avait pas été de son air triste, on aurait dit que rien y faisait rien. »

Les signes d'aggravation sont ceux à l'aide desquels les informateurs décrivent l'état d'un malade qui se détériore et pour qui il faut faire quelque chose. Généralement cela se produit chez des personnes qui n'ont pu être aidées pour diverses raisons. Dans ces cas, la maladie s'est compliquée et elle sera plus difficile à guérir. On voit aussi apparaître des hallucinations, des « idées de suicide », un retrait et un mutisme total, ainsi que de la violence.

« À la fin y'était devenu malin-fou ; y'a fallu l'hospitaliser à Sept-Îles avec la camisole de force pis toute à net. Y voyait pis y'entendait des affaires. Y'onvaient été le chercher chez-eux ; y sortait pus, y parlait pus. Y'en a qui sont dangereux pour se tuer eux-autres mêmes, mais lui y'était dangereux pour les autres ; y'a voulu battre son frère avec une barre (pied-de-biche). Y'avait les yeux fous. »

Les signes que nous venons de voir servent plus à décrire la « dépression » qu'à l'identifier formellement. C'est plutôt à l'aide de signes étiologiques que les gens de l'Anse-aux-Moyacs et de Grande-Marée identifient cette maladie et la distinguent des autres. Nous avons, en effet, perçu deux zones distinctes de compréhension. Pour eux, deux éventualités sont possibles : la vraie « dépression », et la « déprime » qui, elle, est une réaction normale et compréhensible à des problèmes circonstanciels ou structureaux.

Dans le cas de la véritable maladie mentale, nos informateurs ont presque unanimement identifié « la cause ». Il s'agit d'une forme de tare héréditaire qui frappe une lignée de gens sur plusieurs générations. On parlera alors de gens ayant le « sang faible ».

« Lui, y'avait un frère pis un cousin qu'y'onvaient la même chose ; y'onvaient pas de moral c'te monde-là. Y'a eu des tentatives de suicides dans c'te gang-là. J'me souviens que le grand-père, jeune, c'était malin-fou (violent) ça. Y faisait des crises de persécution qu'on appelle. Une fois, y'est parti, y s'est sauvé dans le bois (la forêt). Ouais, dans c'te gang-là⁵ y'ont toute quelque chose ; c'est comme si y'ont le sang faible à quelque part. »

Par contre, si l'on ne peut retracer d'accès de « dépression » ailleurs dans la famille, dans la parenté ou chez les ancêtres de la personne, c'est que nous ne sommes pas en présence de cette maladie, nonobstant l'observation de signes nosologiques tels qu'évoqués plus haut. Dans le cas

des problèmes de simple « déprime », la cause peut être circonstancielle ou structurelle. Il s'agira essentiellement d'une personne qui doit faire face à une dure épreuve, deuil, divorce, maladie chez un proche, faillite personnelle, etc. Parfois, cela se compliquera du fait qu'elle ne reçoit pas de support de sa famille ou qu'elle a eu une enfance difficile et carencée la rendant moins apte à faire face à de gros problèmes.

« Elle, c'était suite à une grossesse et un accouchement difficiles. Elle a eu de la misère à se relever; elle pleurait tout le temps. Mais c'était pas pareil à une dépression; elle c'est que son mari était tout le temps parti dans les chantiers, pis sa famille à elle c'étaient pas des aideux. Elle a été toute seule pour traverser ça, pas de support de parsonne. »

La maladie mentale ou, au contraire, la « déprime » ayant été bien identifiée, les populations de l'Anse-aux-Moyacs et de Grande-Marée recourent à des signes qui permettent de valider le diagnostic en dernière instance. Il s'agit de signes que l'on pourrait appeler praxéologiques; ils réfèrent à une compréhension de la maladie en regard de la réaction du malade aux différentes étapes de son traitement. Ici, la « dépression » se confirme ou s'infirme selon les gestes qu'il a fallu poser pour l'aider et selon le temps pris pour la remettre sur pieds. Selon une majorité d'informateurs, la « vraie personne en dépression » n'aura pas uniquement besoin de l'aide de son entourage; il faudra une aide professionnelle et souvent dans le cadre d'une hospitalisation prolongée. Par contre, dans un cas de « déprime », la personne se remet rapidement sur pieds avec le support des siens.

« Dans son cas à lui y'a fallu l'hospitaliser, pis y'a vu toutes sortes de docteurs. Pis ça été long; presque huit mois à Saint-Michel-Archange. Lui, y faut croire qu'y réagissait pas bien aux traitements; ça s'améliorait un peu, pis ça retombait, pis des fois y fallait qu'y'était attaché. Moé j'dis qu'y'est jamais revenu à cent pour cent. »

« Elle a arrêté de brailler pis de ravauder (rôder, faire la navette) la nuitte d'un châssis (fenêtre) à l'autre quand son mari a laissé les chantiers pis qui s'est trouvé une job alentour. »

En résumé, la façon dont on reconnaît la maladie mentale à l'Anse-aux-Moyacs et à Grande-Marée ne repose que très peu sur l'utilisation de signes nosographiques. Cette opération s'appuie, par contre, sur des signes étiologiques. Ceux-ci délimitent un contenu presque uniquement centré sur des questions de lignage et de sang. Selon nos informateurs, la « dépression » ou la maladie mentale survient régulièrement à l'intérieur de « gangs » (lignages) qui ont le « sang faible ». Pour eux, quand on regarde de près l'histoire d'une personne « en dépression », on constate que dans son lignage il y a toujours, presque à chaque génération,

quelques individus qui « vont de travers ». Ces gens seraient prédisposés naturellement à développer la maladie, même en l'absence de grosses épreuves ou de « tracas ». Ils seraient plutôt enclins à se « casser la tête » pour des riens et c'est souvent un incident de peu d'importance qui déclencherait la crise. Dans les représentations des gens de l'Anse-aux-Moyacs et de Grandes-Marées, la « dépression » est une maladie incurable. La personne atteinte peut être remise temporairement sur pieds, mais sa récupération sera lente, difficile et elle-même ne redeviendra jamais comme avant. De plus, elle fera des rechutes tout au long de sa vie, malgré le support des siens. Par ailleurs, une personne normale peut avoir des problèmes, traverser des épreuves difficiles à surmonter, se « tracasser ». On dira qu'elle « fait une déprime⁶ ». Si elle peut être aidée, si son entourage peut lui être de quelque secours, cette personne va se remettre sur pieds rapidement, facilement et définitivement.

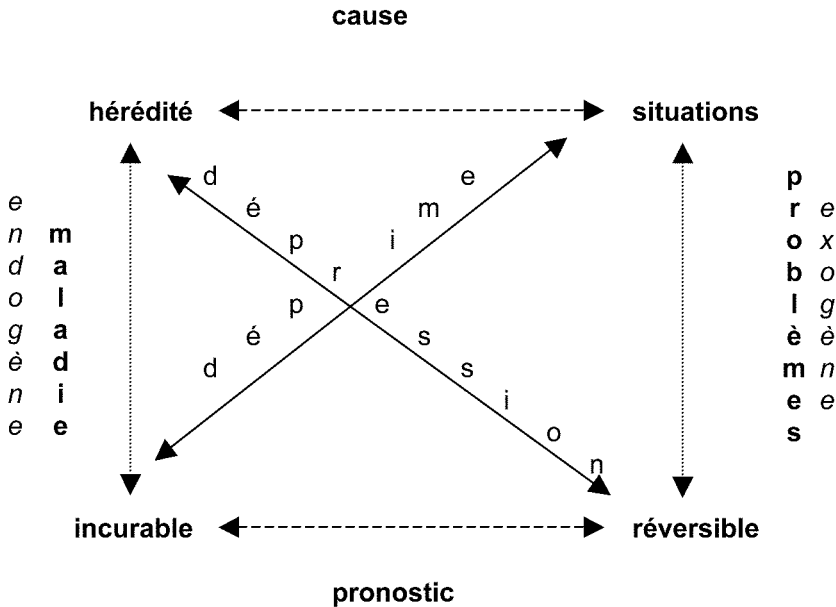
L'analyse de l'organisation de ces signes dans le discours en tant que système de significations nous a permis de modéliser, en quelque sorte, la représentation de la « dépression » qui est typique de ces communautés.

S'opposent ici des catégories paradigmatiques de signes :

maladie/problèmes
incurable/réversible
hérédité/situations
dépression/déprime

Ces paradigmes s'articulent les uns aux autres selon une logique que l'on peut schématiser comme suit :

Figure 1
La représentation de la dépression en Minganie



Légende:

- ←——→ relation entre contradictoires
- ←- - - -> relation entre contraires
- ←...→ relation d'implication

Schème organisateur: le sang

Médiateur sémantique: la force / faiblesse

Nous sommes en présence d'une logique de référence dont le schème organisateur n'aura sans doute pas échappé au lecteur: il s'agit du *sang*. Tantôt fort, tantôt faible, celui-ci stigmatisera des lignages entiers. Cela ne sera pas sans effets sur les démarches qu'entreprendront les acteurs, sachant qu'aux yeux de leurs convillageois ils peuvent être taxés d'appartenance à « une gang au sang faible ».

La poursuite de l'analyse sémiotique révèle, enfin, de quelle manière s'opère la continuité qui permet au sens de se prolonger jusque dans l'action. Les différents temps et les différents espaces qui président à l'identification de la maladie, à sa description, aux réactions qu'elle

suscite et aux efforts pour la dissimuler et la contrer en même temps, ne sont pas reliés selon un plan linéaire ni continu. Leurs références à une logique commune s'opèrent à l'aide d'interfaces que l'on nommera médiateurs sémantiques et qui sont des signes permettant au sens de prévaloir d'une situation à l'autre.

La *force* et la *faiblesse*, jouent, dans ce cas-ci, ce rôle de passeurs d'un terme initial à un terme final⁷. Leur participation à la construction du sens lors de la confirmation ou de l'infirmité de la maladie est assez évidente.

La place qu'ils occupent, par ailleurs, dans le pronostic que posent les acteurs de la maladie mentale dans ces deux communautés montre la mécanique par laquelle des plans en apparence fragmentés sont reliés. Un sang faible n'augure rien de bon et le malade ne s'en sortira pas indemne. Un sang fort, s'il met à l'abri de la « dépression », n'assure pas contre une douloureuse « déprime ». Dans ce cas, c'est la force de caractère qui opère le départage. Le dépressif au sang faible n'est pas doté de cette force de caractère ; tous sont unanimes, c'est un atavisme. Quant au déprimé, il en a manqué pour des raisons conjoncturelles mais cet état n'est pas irréversible. Avec le support des siens (une gang forte) et s'il se reprend en main, il s'en sortira rapidement et sans séquelles.

Les gestes posés par l'entourage d'une personne en détresse dépendront de la force de cohésion du groupe (une gang qui se tient). Dans le cas de la maladie mentale, le groupe tentera de cacher le problème le plus longtemps possible, pour ensuite tenter de minimiser la crise (refuser d'être étiqueté *sang faible*). Il faut, dit-on, faire front devant l'adversité et se montrer fort malgré les « méchantes langues ». Ce n'est qu'en présence de signes d'aggravation de l'état du malade que l'on consentira enfin à demander de l'aide. Dans le cas de la « déprime », la force de cohésion du groupe sera déterminante. Un groupe fort se mobilise rapidement et apporte son soutien à ses membres en détresse. Chez eux, dit-on, il n'y a pas de « dépression » et même la « déprime » est rare car ils ont « du caractère ». Si, pour diverses raisons, la famille immédiate vient à faire défaut, c'est la parenté élargie (les membres du lignage) qui assure la relève. Ici, la force de caractère, la force de cohésion du groupe familial ou lignager et la force du sang se combinent pour expliquer la relative brièveté et la bénignité de la crise, en même temps que l'efficacité de l'action.

La faiblesse et la force sur l'horizon des tensions villageoises intergroupes

L'un des apports de l'anthropologie médicale française a été de préciser que la maladie est une interprétation collective qui parle des rapports au social. Dans les communautés de la Minganie, la *force/faiblesse* est un véritable signe. Il s'agit d'un support de sens du rapport au social qu'entretiennent ces populations. En tant que médiateur sémantique, il fait intervenir les représentations du groupe, de la communauté et des rapports sociaux dans l'interprétation de la maladie.

« La gang », comme on le dit en Minganie, est le lieu de la proximité affective, du don, du partage de secrets, de l'entraide et de la prise en charge des problèmes, enfin, le lieu de la sécurité, la zone du familial. Ces groupes interagissent en recomposant périodiquement l'espace villageois où ils sont les acteurs d'alliances, de coalitions et de ruptures. Les sentiments qu'éprouveront les membres de ces groupes à l'égard de ceux d'autres groupes seront largement conditionnés par la carte plus ou moins permanente des rapports « politiques » entre gangs. On passera ainsi de la confiance à la méfiance, de la bienveillance à la malveillance, de la solidarité à la rivalité, de l'ouverture accueillante à la froide et parfois hostile fermeture⁸. Parmi les armes de cette « guerre froide », celles qu'on craint le plus restent la désinformation, la rumeur, le discrédit et la stigmatisation. On le comprend, l'enjeu est de conserver une position forte, en coalition avec les groupes les plus en vue. Quant à la réputation de faiblesse sous toute ses formes (tares, avarice, convoitise, malhonnêteté, paresse, immoralité, duplicité), elle ne pardonne pas. Un groupe ainsi taxé, s'il n'a pas d'alliés forts, sera stigmatisé et marginalisé.

« On peut dire ils sont toujours en dépression cette gang-là, ils sont fragiles. Par contre, si ça va bien ensuite, on a tendance à oublier. »

« Si la dépression peut être considérée comme une faiblesse, on peut l'utiliser pour nuire les relations. Si on en a besoin comme argument pour dire que cette famille-là il faudrait pas l'avoir dans notre groupe, ça peut être une arme. »

Lorsque la « dépression » frappe un individu, c'est son groupe domestique et son groupe lignager qui risquent d'être étiquetés avec lui. La première démarche des proches consistera donc à nier le problème ou à le minimiser. On invoquera des causes comme un surcroît de travail, des ennuis financiers ou des problèmes avec les enfants. On s'empressera aussi d'évoquer la force de caractère du sujet et des membres de ce groupe et de prédire à la cantonade un retour rapide à la normale. Les groupes coalisés, pour leur part, reprendront le même discours, mais leur fidélité dans certains cas risque d'être liée à la force du consensus villageois.

Quant aux groupes rivaux, ils tenteront d'ébruiter le problème en ayant l'air de plaindre les personnes frappées par cette « épreuve », mais en insistant sur certains traits partagés dans « cette gang » comme la faiblesse du sang, du moral ou du courage. Plus ils amèneront de gens à partager leur interprétation, plus ils fragiliseront la position du groupe touché.

Le moment où les acteurs de la maladie mentale devront se rendre à l'évidence et demander une aide professionnelle sera un moment critique dont ils connaissent les enjeux. Ils continueront de nier le problème ou d'être très vagues au sujet des diagnostics posés par les professionnels, même dans l'éventualité d'une hospitalisation. Ainsi, les barbarismes « déprime » ou « burn-out » sont souvent venus au secours de bien des groupes. Pour les villageois, ces termes ne sont pas menaçants et réfèrent à une catégorie de réactions normales à des situations douloureuses mais transitoires (non pas à des maladies).

Conclusion

Les résultats de cette première phase de recherche montrent comment se structurent les représentations de la maladie mentale dans deux communautés de la Minganie. Donnant une certaine prééminence au niveau supranarratif du récit des acteurs sur leur expérience de la maladie, nous avons pu traduire leur discours en termes de « chaîne de significations ».

Ces réseaux sémantiques comportent des points de repères, que l'on peut appeler des points d'ancrage du sens, des schèmes ou des signes qui organisent l'interprétation et rendent l'action possible. Leur mise à jour aura permis de saisir la structure de l'organisation logique du sens qui prévaut à tous les niveaux du vécu des acteurs : de l'identification à l'action, en passant par l'interprétation.

Pour les gens de la Minganie, la « dépression » s'est révélée en tant que transmission « par le sang » d'un profil faible à l'intérieur de lignages. Compte tenu de la prégnance des signes *force/faiblesse* dans ces communautés, il n'aura pas été surprenant de constater que les premières réactions des proches des malades auront été la gêne, la honte, la crainte d'être stigmatisés, et que l'action se sera organisée spontanément autour de la nécessité de faire corps et de projeter une image de force. Cela exclut, dans l'immédiat, l'utilisation des services sociosanitaires.

Toutefois, si elle est envisagée en dernier recours parce qu'elle constitue un moment crucial et fragilisant, la demande d'aide professionnelle n'en demeure pas moins importante pour ces populations.

C'est la dernière d'une série de tentatives ayant pour but d'aider l'un des leurs. Cette démarche devrait toutefois pouvoir s'inscrire dans leur propre logique de référence si l'on veut qu'elle représente, non un simple pis-aller, mais une issue sensée, honorable et efficace. C'est là qu'intervient l'espace clinique sémantico-praxéologique.

La recherche doit se poursuivre et permettre de préciser le contenu de cet espace clinique à construire. La deuxième phase, qui est terminée, devait permettre de connaître l'ampleur des écarts entre les représentations des acteurs de la « dépression » et celles d'intervenantes psychosociales travaillant sur le territoire de la Minganie. Nous sommes actuellement en mesure de visualiser la nature des zones d'incompréhension et des zones d'interface entre ces deux logiques de référence. Ainsi nous pouvons déjà mettre de l'avant un certain nombre de conclusions relativement aux conditions d'actualisation d'une pratique sémantico-praxéologique. Une note de recherche sur cette deuxième phase est en voie de publication.

La troisième phase est en cours ; nous sommes à recueillir les récits d'aidantes naturelles issues des deux communautés étudiées. Ces analyses devraient nous en apprendre davantage sur la nature de la continuité de sens qui prévaut au sein de la logique de référence commune qui relie la représentation de la maladie à l'espace thérapeutique construit par les acteurs. Cela devrait permettre de confirmer les paramètres d'un espace clinique qui pourra s'inscrire dans la même continuité de sens.

Notes

1. Ce projet a été subventionné grâce à un programme d'aide institutionnelle à la recherche.
2. L'usage des guillemets s'impose puisque pour les populations de la Minganie le terme dépression ne fait pas référence au syndrome dépressif décrit dans la littérature psychiatrique, mais à l'ensemble des manifestations de diverses maladies mentales dont ils ont eu connaissance et qu'ils appellent aussi « folie ».
3. Selon Bibeau, Corin, Uchoa et Koumaré (1992), c'est dans cette sphère particulière du discours sur la maladie que l'on voit le mieux l'articulation logique du sens auquel les gens se réfèrent pour interpréter cette contrainte. On parlera dès lors de signes étiologiques.
4. Nous tenons à remercier Monique Loiseau pour la qualité de son travail de terrain dans ce projet. Elle a mené toutes les entrevues avec les informateurs clés des deux villages.

5. Dans le langage de la Minganie, « gang » est féminin et peut désigner selon le contexte : un segment de parentèle composé de germains (frères, soeurs, cousins) et d'alliés (beaux-frères, belles-soeurs) ou un lignage. Pour en savoir plus, le lecteur est prié de consulter la thèse de doctorat de M. Bélanger sur les populations paspéïas de l'Ouest Minganie (cf. bibliographie).
6. Depuis un peu plus d'un an, l'expression « burn-out » tend à s'installer chez les villageois dans le même sens que « déprime ». Ici, le terme ne fait toutefois pas référence à l'épuisement professionnel.
7. Cette interprétation, provisoire, fait encore l'objet de discussions à notre laboratoire de recherche en anthropologie rituelle et symbolique (LE-RARS).
8. Ces rapports peuvent donner au tissu social de ces communautés un aspect discontinu, morcelé, voire désorganisé. C'est d'ailleurs dans ces termes que les services communautaires avaient décrit certains villages de la Minganie à des équipes d'anthropologues, dont la nôtre. Ce genre d'interprétation est téméraire ; lorsque l'on connaît bien ces communautés, on constate au contraire que ces tensions intergroupe constituent un moteur de développement plutôt qu'un indice de désorganisation sociale généralisée. Pour en savoir plus sur cette question, le lecteur est invité à lire « L'anthropologie au-delà du diagnostic » et « Le contexte social et culturel des problèmes socio-sanitaires en Moyenne-Côte-Nord » (cf. bibliographie).

RÉFÉRENCES

- AUGÉ, M., HERZLICH, C., 1991, *Le sens du mal*, Paris, Éditions des Archives Contemporaines.
- BARTHES, R., 1985, *L'aventure sémiologique*, Paris, Seuil.
- BÉLANGER, M., 1994, *L'Anse-aux-Moyacs en Minganie de l'Ouest ; les Paspéïas du bout de la route*, thèse de doctorat en anthropologie, Université de Montréal.
- BÉLANGER, M., 1997, L'anthropologie au-delà du diagnostic ; deux communautés de la Moyenne-Côte-Nord revisitées, *Anthropologie et Sociétés*, 21, 1, 73-83.
- COLLIGNON, R., 1989, Pour un retour sur les culture-bond syndromes en psychiatrie transculturelle, *Santé, Culture, Health*, 6, 2, 149-162.
- CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J. C., SACHEL, A., 1985, *Le contexte social et culturel des problèmes socio-sanitaires en Moyenne-Côte-Nord*, Havre-Saint-Pierre, GIRAME.

- CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J.C., LAPLANTE, R., 1990, *Comprendre pour soigner autrement*, Montréal, PUM.
- CORIN, E., UCHOA, M.E., BIBEAU, G., KOUMARÉ, B., 1992, Articulation et variations des systèmes de signes, de sens et d'action, *Psychopathologie africaine*, 14, 2, 183-204.
- CORIN, E., BIBEAU, G., UCHOA, M. E., 1993, Éléments d'une sémiologie anthropologique des troubles psychiques, *Anthropologie et Sociétés*, 17, 1-2, 125-156.
- DURAND, G., 1969, *Les structures anthropologiques de l'imaginaire*, Paris, Bordas.
- GEERTZ, C., 1986, *Savoir local, savoir global : les lieux du savoir*, Paris, P.U.F.
- GEERTZ, C., 1973, *The Interpretation of Cultures*, New York, Basics Books.
- GOOD, B. J., D.-GOOD, M.-J., 1984, Toward a meaning centered analysis of popular illness categories in Marsella, A.J., White, G.M., édés., *Cultural Conceptions of Mental Health and Therapy*, Dordrecht, Reidel.
- HERZLICH, C., PIERRET, J., 1991, *Malades d'hier, malades d'aujourd'hui*, Paris, Payot.
- JODELET, D., 1989, *Folies et représentations sociales*, Paris, P.U.F.
- JODELET, D., 1993, *Les représentations sociales*, Paris, P.U.F.
- KIRMAYER, L. J., 1992, The body's insistence on meaning : Metaphore as presentation and representation in illness experience, *Medical Anthropology Quarterly*, 6, 4, 323-346.
- KLEINMAN, A., 1988, *Rethinking Psychiatry : From Cultural Category to Personal Experience*, New York, The Free Press.
- KLEINMAN, A., 1980, *Patients and Healers in the Context of Culture*, Berkeley, University of California Press.
- LAPLANTINE, F., 1986, *Anthropologie de la maladie*, Paris, Payot.
- LOISELLE, M., 1996, *L'Anse-aux-Moyacs en Minganie de l'Ouest ; à la recherche de l'étranger-familier*, Mémoire de maîtrise en études régionales, Université du Québec à Chicoutimi.
- MASSÉ, R., 1995, *Culture et santé publique*, Montréal, Gaëtan Morin.
- SAHLINS, M., 1989, *Des îles dans l'histoire*, Paris, Le Seuil.
- SAHLINS, M., 1980, *Au cœur des sociétés*, Paris, Gallimard.