

Michel TOUSIGNANT

Professeur de psychologie et chercheur au CRISE,
le Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQÀM.

(1992)

Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel: jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web: <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Michel Tousignant

Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques

Paris : Les Presses universitaires de France, 1992, 252 pp.
Collection : Psychiatrie ouverte.

Le 28 août 2006, M. Michel Tousignant, chercheur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQAM, a accordé aux Classiques des sciences sociales l'autorisation de diffuser toutes ses publications.



Courriel : tousignant.michel@uqam.ca

http://www.crise.ca/fr/mb_pub_liste.asp?usager=tousignantm§ion=membres
http://www.crise.ca/fr/mb_details.asp?section=membres&usager=tousignantm

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 27 mars 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



L'auteur

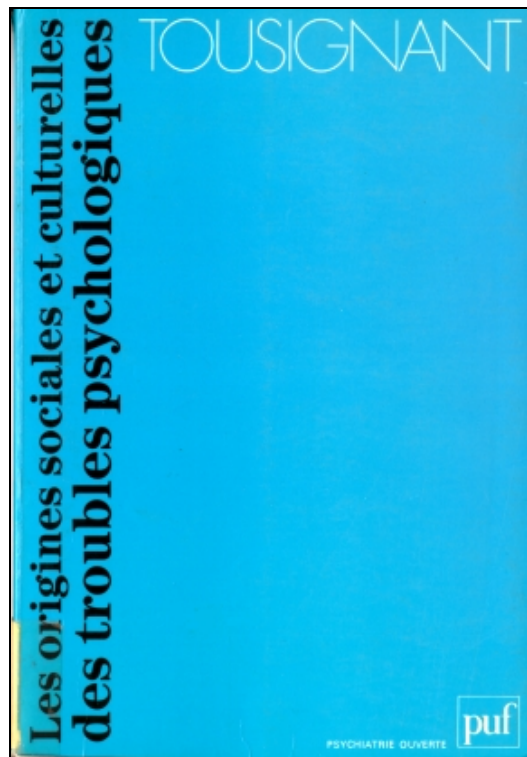


Michel Tousignant

Professeur au département de psychologie de l'UQÀM et chercheur au Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie (CRISE), UQÀM.

Michel Tousignant
Centre de recherche et d'intervention sur le suicide
et l'euthanasie, UQÀM.

Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques



Paris: Les Presses universitaires de France, 1992, 252 pp. Collection: Psychiatrie ouverte.

Table des matières

[Présentation du livre et de l'auteur](#) (quatrième de couverture)

[Remerciements](#)

[Introduction](#)

Chapitre I.

L'épidémiologie psychiatrique

[L'objet de l'épidémiologie en santé mentale.](#) - [Les buts.](#) - [Quelques repères historiques.](#) - [Les méthodes de recherche.](#) - [Méthodes complémentaire.](#) - [Représentativité des échantillons de population.](#) - [La question de la spécificité.](#)

Chapitre II.

Les événements stressants et les conditions de vie

[Quelques repères historiques.](#) - [Nature de l'événement.](#) - [Importance des événements.](#) - [Le contexte de l'événement.](#) - [Les tracas et les bons moments du quotidien.](#) - [Les contraintes de rôle.](#) - [L'approche socioclinique de Brown et Harris.](#) - [Le modèle de Dohrenwend.](#) - [Les nouveaux départs.](#) - [Spécificité étiologique des événements.](#) - [Conclusion.](#)

Chapitre III.

Le soutien social

[Origines historiques.](#) - [La nature du soutien social.](#) - [Les fonctions du soutien.](#) - [Les patients observés en consultation psychiatrique.](#) - [Le soutien social gage de meilleure santé mentale.](#) - [Le soutien social comme effet tampon.](#) - [Influence de l'événement sur le réseau.](#) - [Effets paradoxaux du soutien social.](#) - [Le cas spécial du confident.](#) - [Vaut-il mieux être soutenu avant qu'après ?](#) - [Les gens vivant seuls.](#) - [Les raisons de l'efficacité du soutien.](#) - [Conclusion.](#)

Chapitre IV.

Influence de l'enfance

Les thèses de la psychanalyse. - Le deuil et la séparation des parents. - La perte d'un parent : dépression et séquelles. - Psychopathologie des parents. - La part de la famille dans les conduites suicidaires des jeunes.

Chapitre V.

Sexe, couple et famille

Les femmes, en moins bonne santé mentale ?. - Justifications du surplus de dépression chez les femmes. - Le mariage, facteur de protection ou d'aggravation ? - La fin du mariage. - Les tensions du mariage. - Le cumul des rôles. - Similarités entre les membres du couple.

Chapitre VI.

Facteurs économiques et pauvreté

Les données épidémiologiques. - Les régions pauvres comme source des problèmes. - Les explications. - Le chômage.

Chapitre VII.

L'environnement social.

- Mobilité géographique. - Villes et campagnes. - Les bruits de la ville. - Le phénomène d'agglomération.

Chapitre VIII.

La culture

Variations interculturelles. - L'approche intraculturelle. - Changements historiques et culturels. - Somatisation. - Le syndrome culturel. - Conclusion.

Chapitre IX.

L'immigration

Santé mentale. - Conclusion.
Références bibliographiques

Présentation du livre et de l'auteur

(Quatrième de couverture)

[Retour à la table des matières](#)

Notre équilibre psychologique est affecté par les expériences et les difficultés de la vie quotidienne. Cet ouvrage essaie de dégager les facteurs et les circonstances qui, à ces deux niveaux, favorisent l'apparition de troubles psychologiques tout en considérant l'importance de la période infantile. L'auteur résume les grandes conclusions de la littérature empirique, particulièrement de source anglo-saxonne, qui demeure peu accessible en milieu francophone. Certains thèmes reçoivent une attention particulière comme l'entourage social, le mariage et la vie de couple, la pauvreté et le chômage, l'environnement urbain et moderne, la culture et l'expérience de l'immigration.

Michel Tousignant est professeur de psychologie à l'Université du Québec à Montréal. Après des recherches anthropologiques au Mexique et en Équateur, il poursuit des travaux sur les comportements suicidaires chez les jeunes et sur les adolescents immigrants.

Remerciements

[Retour à la table des matières](#)

Un tel ouvrage ne s'écrit pas sans la contribution de multiples collaborations. Le principal instigateur fut le regretté H.B.M. Murphy qui m'a encouragé à demander une subvention au Conseil québécois de recherche sociale pour entreprendre un tel projet. Ce qui ne devait être au départ que la mise en forme de notes de cours s'est avéré un beaucoup plus long parcours qui n'aurait probablement pu être complété sous cette forme sans la venue d'une année sabbatique.

Beaucoup de chercheurs ont prêté leur assistance dans la quête de documents. Ce sont Viviane Kovess, Jean Beaudry, Claire Malo et Danielle Blanchard. D'autres ont relu et commenté certains chapitres ; ce sont Luciano Bozzini, Jean-Pierre Valla, Viviane Kovess et Alain Pidolle. Une mention spéciale s'adresse également à l'équipe du Bedford College, soit George Brown, Tirril Harris et Antonia Bifulco, qui m'ont permis l'accès à leurs derniers manuscrits et ont bien voulu m'accorder l'hospitalité pour discuter de leurs instruments et de quelques points plus obscurs de leur modèle. J'espère en contrepartie que cet ouvrage permettra la diffusion de leurs riches travaux dans le monde francophone. Merci également à Marc Selva, mon premier guide dans ce domaine.

Les services offerts par le centre de documentation du Laboratoire de recherche en écologie humaine et social- ont été d'une grande valeur. Encore ici, il est nécessaire de mentionner Les noms en particulier de Monique Perreault et de Normand Péladeau. Raymond Masson a offert sa patiente assistance pour l'entrée des corrections et la mise en page du manuscrit. Jacqueline Vandycke a revu le style du manuscrit.

Je ne saurais passer sous silence l'accueil chaleureux fait par les gens de Robion (Vaucluse) élu comme lieu de retraite pour la rédaction finale.

Je tiens à remercier tout particulièrement le Conseil québécois de la recherche sociale qui a financé les coûts reliés à la rédaction et à la préparation du manuscrit. La politique dont s'est doté cet organisme a énormément contribué au développement de la recherche dans le domaine des aspects sociaux de la santé mentale.

Une version antérieure du chapitre III a été publiée dans *Sciences sociales et santé* et une autre du chapitre VI dans *Santé mentale au Québec*.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Introduction

Je n'avais pas pour but de vulgaires études de milieu. Seulement une certitude : que la vie ou une tranche de vie d'un individu ne pouvait se comprendre en dehors de leur contexte. Les humains sont liés entre eux et même avec d'autres êtres par un rapport symbiotique. Ils se touchent, s'approchent, s'attachent l'un à l'autre. C'est bel et bien une réalité que cette symbiose avec les autres ainsi qu'avec les logements, Les maisons, les rues, les places. C'est pour moi vérité assurée, quoique obscure. Si j'extrait un individu de son milieu, c'est comme si j'observais une feuille ou une phalange et que je veuille en décrire La nature et le développement. Ce qui est impossible ; la branche et l'arbre, la main et l'animal doivent aussi figurer dans la description.

A. Döblin, dans l'épilogue de *L'empoisonnement*, p. 105.

[Retour à la table des matières](#)

Départager le rôle du social dans l'étiologie des troubles psychiques c'est se lancer à la quête d'un objet fuyant. La définition donnée ici au social n'est certes pas celle que les sociologues ou les anthropologues y prêteraient. Une tradition empirique en psychiatrie a implicitement défini le social de façon à répondre aux besoins d'un certain type de recherche plutôt qu'à tenter de comprendre ce fait global. Pour Durkheim, l'épidémiologie était un détour pour saisir les rouages de la société alors que dans les textes épidémiologiques, le social est plutôt conçu comme un outil pour éclairer le fait pathologique.

Le social dont il est question ne se confond pas avec la société bouc émissaire à laquelle renvoie le discours moraliste toujours prompt à pren-

dre à partie une espèce d'esprit diabolique incarné dans le concept de société. Ces démonstrations souvent faciles et bien reçues remplissent les mêmes fonctions que la presse des faits divers : rassurer la bonne foi des petites gens et les convaincre de la pureté de leurs bonnes mœurs. Le social dans ce texte désignera un entourage plus compact plus quotidien, une société plus atomisée ; il désignera davantage l'agrégat de personnes dont les peines, les colères et les joies règlent nos humeurs quotidiennes. Une telle matière, convenons-en, livre peu de matière à la science politique. Mais domestiquer ainsi les conflits psychiques n'est-il pas aussi ridicule que de les psychologiser ? Pointer le doigt sur les petits drames de la vie et sur l'entourage immédiat de l'infortune de tout un chacun sert-il en définitive à occulter les contradictions de la société dans laquelle se débat l'être humain ? Durkheim n'avait-il pas pourtant prétendu au siècle passé que le suicide obéissait à des lois sociales et que le désordre de l'esprit ne constituait qu'un épiphénomène ? Ne faut-il pas procéder à une démarche déductive dans laquelle les drames personnels viennent simplement témoigner de la topologie des fractures de la société ?

Il est clair que la psychiatrie sociale et la sociologie des troubles mentaux ont suivi la voie inverse. D'abord sensible au fait clinique dont elle veut rendre compte dans sa totalité, la psychiatrie sociale gravit péniblement les marches qui de l'écoute des délires et des angoisses mènent à une compréhension de plus en plus inclusive de la psychopathologie par la mise en cause d'une écologie sociale. La biographie des patients sert avant tout à observer les rapports sociaux. Cette méthode veut éviter de se laisser tenter par le vocabulaire des inclinations et des tendances car « la plupart de ces interprétations psychologiques ne sont que fables romanesques » (Döblin, 1988, p. 104). C'est en suivant la trajectoire du trouble mental, en remontant le courant qui y a conduit, que l'on arrivera à dégager la conjonction des éléments qui l'ont formé. Comme dans toute entreprise scientifique, il faut simplifier, savoir reconnaître les éléments clés, faire même violence jusqu'à la limite du permis à la confusion des faits bruts afin de dégager quelques lois et montrer l'utilité de certains concepts de base. C'est la patiente démarche de l'induction, moins spectaculaire, mais à la longue plus efficace.

Des cliniciens comme Le Guillant et Döblin, inclinant à penser en fonction du bourreau qui a amené certaines victimes de troubles mentaux à poser des actes sordides, ont admirablement su rendre dans leurs textes

la déroutante intrication du social et du pathologique tout en reconnaissant la nature du poids de l'hérédité et l'impact des injures de la vie. Le premier a repris l'affaire des soeurs Papin, domestiques dans une famille du Mans, dont le meurtre abominable perpétré contre leur maîtresse et sa fille était à la fois l'aboutissement d'une paranoïa, à laquelle Lacan d'ailleurs a consacré l'une de ses premières oeuvres, et une révolte contre une bourgeoisie devenue insupportable. Döblin raconte pour sa part les péripéties du drame d'une jeune fille de province, Elli Link, vite prise dans les rets d'un pauvre ouvrier qui à son mariage n'avait pour tout bagage que son costume. Le déchaînement progressif de sa violence, puis de son sadisme décideront finalement sa femme à l'empoisonner, non sans la complicité encore une fois d'une autre femme, la Bende, dont le désespoir similaire aura mené à une relation symbiotique à caractère homosexuel et au courage d'en finir avec l'ennemi. Si nous ne reviendrons pas sur de tels récits, la dette que nous devons aux auteurs qui en ont fait l'analyse est indéniable.

Il y a deux déterminants avec lesquels l'épidémiologie se sent mal à l'aise, soit l'hérédité et l'inconscient. Une approche scientifique de la psychopathologie ne peut évacuer a priori les déterminants héréditaires et biologiques dans le processus étiologique. Le jour où des indices biochimiques permettront un diagnostic, la datation de son début et le cours de son évolution sera bienvenu pour l'épidémiologie toujours aux prises avec des instruments ouverts à la critique et pénibles à administrer. Mais ce n'est certes pas pour demain. Il reste un long chemin à parcourir avant de dénouer tous les mystères des tissus cérébraux. Quant aux facteurs héréditaires, s'ils semblent jouer un rôle dans l'apparition de la schizophrénie et de la psychose maniaco-dépressive, leur contribution est moins évidente dans les troubles affectifs et dans ceux de l'anxiété. Si leur importance était en revanche plus grande que prévu, rien n'empêche de concevoir que les facteurs sociaux jouent un rôle de premier plan dans la formation du phénotype. Personne après tout n'a jamais eu à se plaindre du rhume des foins en plein désert.

On peut aussi reprocher aux épidémiologues de ne jamais avoir eu d'insomnie à cause de l'inconscient. Leur méthode impose un principe d'économie qui oblige à partir du plus contemporain et à regarder vers le social, depuis l'endosystème jusqu'au mésosystème. Ce n'est que récemment que l'épidémiologie est parvenue à saisir l'importance de l'histoire

individuelle, à retracer l'enchaînement des événements et des situations qui se succèdent tout au long de la petite enfance et de l'adolescence pour augmenter la vulnérabilité à la période adulte. Mais quel que soit le poids du refoulé, il y a dans l'approche épidémiologique un préjugé nettement favorable, trop peut-être, à l'égard du contemporain.

La somme de la présente synthèse risque de créer une certaine frustration chez ceux qui s'intéressent davantage aux effets des grands cataclysmes sociaux, des crises économiques, des déboires du capitalisme, de l'absurdité du socialisme, du despotisme des dirigeants, de la menace du nucléaire, de la fin des idéologies et de la dégradation de l'environnement sur le bien-être de l'individu. Non pas que de tels phénomènes n'aient pas des répercussions réelles et profondes, mais l'histoire récente de l'Occident, depuis que la tradition de l'épidémiologie sociale est née, a connu un calme relatif face aux guerres, aux famines et aux fluctuations économiques en dents de scie qui ont marqué le début du siècle ou les siècles passés. Le sol est toujours resté relativement solide sous nos pieds malgré les remous occasionnels. Par ailleurs, comme tous ces facteurs interagissent en même temps, il demeure à peu près impossible de mesurer l'ampleur de leurs conséquences sur la santé mentale. Nous ne saurions même pas répondre avec certitude à une question beaucoup plus simple, celle de savoir si la santé mentale s'est améliorée ou détériorée depuis trente ans, principalement à cause des différences d'échantillon et de méthodes d'évaluation.

La série de questions peut s'allonger indéfiniment. La trépidation des grandes villes affecte-t-elle le niveau de nervosité de la population ? L'insécurité de certains quartiers emprisonne-t-elle les vieillards dans leur domicile au point de les rendre solitaires et déprimés ? Le temps passé devant la télévision - quatre à cinq heures par jour pour la moyenne de la population - ne finit-il pas par ankyloser les ressources personnelles ? Tout cet ensemble d'interrogations méritent des efforts de recherche et de réflexion, mais il faut bien dire que les chercheurs sont lents à procurer une opinion scientifique instantanée. Un immense progrès s'est opéré depuis 1975, au point que l'on pourrait facilement avancer que les connaissances ont doublé et même triplé par rapport à la période antérieure, plus encore dans le domaine du soutien social ou des événements de vie. Néanmoins, d'importantes questions n'ont pas encore reçu de réponse.

L'épidémiologie en santé mentale suscite de plus en plus d'intérêt parmi les dirigeants de la société. L'idéologie du bonheur tient lieu de guide dans bien des décisions qui se prennent en haut lieu. Dans leur vocation de protecteurs du bien-être, les dirigeants veulent savoir où se cachent la veuve et l'orphelin de même qu'ils veulent pouvoir évaluer le coût psychique de telle ou telle politique. L'épidémiologie est aussi indéniablement une des cours de justice les plus redoutables. Comment peut-on dire que tel peuple supporte le système politique qu'on lui impose en opérant le décompte des alcooliques qui jonchent les lieux publics ? Les dépressifs et les anxieux, heureusement pour les politiciens de chez nous, se dénombrent moins facilement et n'encombrent pas les places publiques avec leurs angoisses. Mais malheur à la société qui affichera les plus hauts taux de suicide, elle ne réussira pas bien longtemps à vanter les mérites de son système socio-politique. La Suède a dû goûter l'amère médecine du président américain Eisenhower dans les années 50 et battre sa coulpe pour avoir créé une société égalitaire qui brimait la liberté. Bien sûr, le président a eu à ravalier ses commentaires lorsqu'on a remarqué que les taux de suicide dans ce pays battaient les records aussi bien pour la période du capitalisme sauvage que pour celle de la répression sanglante des grèves. Cet incident doit ramener à la prudence et à l'humilité intellectuelle. Avant de brandir des statistiques de santé mentale pour usage politique, il faut savoir interpréter ce type de données. Cela n'empêche point de constituer des dossiers qui à la longue risquent fort d'avoir des répercussions sur la politique. Seule cependant une patiente analyse des problèmes, à l'abri des passions trop véhémentes, risque de produire un changement salutaire.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre I.

L'épidémiologie psychiatrique

L'OBJET DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE EN SANTÉ MENTALE

[Retour à la table des matières](#)

L'épidémiologie en santé mentale est devenue au fil des ans un champ très ramifié, avec une méthodologie complexe et un cadre conceptuel qui va bien au-delà des objectifs descriptifs des premières enquêtes. La majorité de celles-là visaient avant tout à recenser les cas pathologiques, si possible en fonction de diagnostics spécifiques, ou à évaluer le pourcentage de la population affectée par une incapacité reliée à des problèmes psychiatriques et susceptible de profiter d'un traitement. Mais comme les troubles psychiques sont aussi considérés comme un épiphénomène des tensions de la macrostructure sociale, des spécialistes appartenant à des disciplines comme la sociologie, l'économie, la psychologie sociale et même l'anthropologie ont conçu un vif intérêt pour cet objet d'étude et ont offert une variété de modèles d'explication de l'étiologie sociale et culturelle.

La convergence de disciplines si différentes a contribué à élargir considérablement les conceptions que l'on pouvait se faire de la santé

mentale. La tendance médicale a eu comme principal intérêt l'identification de cas *cliniques* et la détection de personnes dans la communauté dont la description des comportements et des états psychiques se rapprochait le plus possible de leurs observations quotidiennes auprès de patients. Les chercheurs appartenant aux sciences sociales ont préféré de leur côté prendre leurs distances par rapport à cette vision médicale et s'inspirer davantage des méthodes psychométriques, perçues comme mieux standardisées, plus économiques, ne recourant pas à l'expérience du psychiatre et, surtout, englobant des réactions de détresse qui ne se confondaient pas avec la nosologie psychiatrique. Le traitement statistique des scores obtenus selon ces échelles de santé mentale permettait également l'application d'analyses multivariées pour valider des modèles étiologiques complexes alors que les distributions par dichotomie interdisaient habituellement une telle liberté avec les chiffres.

LES BUTS

[Retour à la table des matières](#)

La perspective d'une étude épidémiologique est toujours la poursuite d'objectifs précis. L'usage le plus courant d'une telle étude est de décrire l'état de santé mentale d'une population. Les résultats servent alors de références de base et peuvent donner lieu à des comparaisons avec la même population à différentes périodes, ou avec d'autres pays. L'étude Santé Canada avait été mise sur pied pour cette raison. Elle devait informer sur l'évolution de la santé physique et mentale de la population canadienne, mais n'a pu être poursuivie pour des raisons d'ordre financier.

Les études de ce type sont aussi souvent commandées ou encouragées par des organismes gouvernementaux qui veulent ainsi mieux planifier leur système de soins. Cependant, la recherche épidémiologique doit, pour répondre à ce besoin, inclure d'autres types de renseignements qu'un simple étalement de taux de morbidité. La détection des groupes présentant des problèmes particuliers ne suffit pas quand il s'agit de situer des priorités. Il est en effet souhaitable d'obtenir des informations supplémentaires sur l'impact que peut avoir l'état de santé mentale d'un individu sur l'accomplissement de ses rôles sociaux. Quels sont, par exemple, les pro-

blèmes psychologiques nuisibles ? C'est habituellement lorsqu'une personne n'arrive plus ou n'arrive qu'avec peine à assumer ses responsabilités qu'elle commence à définir sa situation comme un état de maladie. La baisse dans le rendement au travail, l'incapacité à établir une relation satisfaisante à l'intérieur du mariage, la difficulté à supporter les enfants sont en effet des motifs très fréquents de demande de consultation. Aussi, afin de pouvoir comparer les personnes présentant de hauts scores sur les échelles de santé mentale aux populations en traitement, il se révèle nécessaire de constater l'impact de l'état psychologique de l'individu sur son comportement dans la vie quotidienne. C'est l'un des critères qui permettront d'affirmer que les gens qui sont identifiés comme « cas » dans la communauté présentent vraiment des besoins d'intervention.

Les études épidémiologiques servent également à des fins politiques, même si ces fins ne sont pas partagées par les auteurs et qu'il s'agit le plus souvent d'une conséquence indirecte. Ainsi, les études qui témoignent de l'ampleur des problèmes de santé mentale dans les populations défavorisées ont certainement contribué à conscientiser un certain nombre d'intervenants et à donner des arguments au mouvement de la santé mentale communautaire aux États-Unis. La croisade de la guerre contre la pauvreté, amorcée sous le mandat du président Johnson, a contribué par la suite à faire ouvrir des centres de santé mentale au coeur des ghettos avec le raisonnement suivant, typique de l'idéalisme des croisades américaines : si l'on améliorait la condition psychologique des résidants, on leur donnerait de meilleurs outils pour participer à la vie sociale et se sortir de leur état de pauvreté.

Enfin, les instruments épidémiologiques sont utilisés pour vérifier des hypothèses théoriques. Les études de Dooley et Catalano (1980) sur les variations de l'état de santé mentale qui seraient fonction des fluctuations économiques mesurées par l'évolution du produit national brut ou par le taux de chômage constituent un bon exemple. Beaucoup d'autres études ont traité des conséquences du bris de la relation de couple ou de celles du double rôle d'épouse et de travailleuse des femmes mariées. Plus récemment, on tente de vérifier comment le soutien social arrive à immuniser contre le stress (Pearlin et Schooler, 1978). Plusieurs études s'intéressent également aux conséquences des événements critiques sur le niveau de santé mentale et peuvent permettre de construire des théories étiologiques. En ce sens, l'épidémiologie va actuellement bien au-delà des objec-

tifs descriptifs qui la caractérisaient à ses débuts. Les recherches qui identifiaient simplement les catégories de la population selon leur taux de problèmes sans fournir d'autres renseignements donnaient lieu à certaines frustrations car aucun modèle explicatif ne pouvait être appliqué. Les recherches permettent maintenant d'isoler davantage les événements et les conditions de vie particulières qui caractérisent les populations à risque. Les travaux de Brown et Harris (1978) sur l'origine sociale de la dépression chez les femmes constituent un classique dans ce domaine. Les résultats montrent que la perte d'un proche prédispose fortement à la dépression si les facteurs de vulnérabilité suivants sont présents : perte de la mère avant l'âge de onze ans, absence d'un confident dans l'entourage, absence de travail à l'extérieur avec charge d'enfants à la maison.

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

[Retour à la table des matières](#)

Une des premières études classiques est celle de Farris et Dunham (1939) qui analyse la distribution des cas de schizophrénie traités dans les divers districts de Chicago. La conclusion fait voir clairement que le nombre des cas augmente à mesure que le niveau socio-économique diminue. Dunham (1965) fait valoir un peu plus tard que le surplus de cas en milieu défavorisé dans la ville de Detroit s'explique par la mobilité sociale descendante ou par la dérive (*drifting*) des personnes psychiatriquées vers les zones défavorisées. Une étude ultérieure de Levy et Rowitz (1970) à Chicago divise les dossiers en fonction des nouveaux cas relevés au cours de la dernière année et des cas de réadmission. On en déduit que les taux de nouveaux cas de schizophrénie, qui constituent une mesure de l'incidence, ne varient pas en fonction des zones socio-économiques. Ce sont les cas admis depuis plus d'un an qui expliquent le taux supérieur d'hospitalisation dans les zones défavorisées. D'où l'importance de distinguer nettement entre les taux *d'incidence* à partir desquels on peut inférer sur le processus de causalité et les taux de *prévalence* (nouveaux cas + anciens cas) qui ne permettent pas de telles extrapolations.

L'enquête de Hollingshead et Redlich (1958) est un autre repère important. Elle porte sur les cas traités de la population de New Haven aussi

bien dans les institutions publiques et privées que dans les cabinets de consultation. La variable centrale est la classe sociale, et les résultats révèlent une plus grande fréquence de troubles névrotiques chez les plus riches et de problèmes psychotiques chez ceux qui se situent au bas de l'échelle sociale.

Les études de populations générales ont été nombreuses depuis la Première Guerre mondiale. Elles procèdent soit par l'accumulation d'informations de type clinique à partir d'une entrevue, soit par le recours à des questionnaires, soit par une combinaison de ces deux techniques. Les informations sont recueillies par des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des enquêteurs. Le répondant fournit directement les informations voulues sur la base de la perception qu'il a de son état. Il peut arriver que l'on complète ces données à partir d'informations fournies par des tierces personnes comme des informateurs clés ou des médecins pratiquant dans la communauté.

Le livre de Plunkett et Gordon publié en 1960 repère déjà treize études importantes aux Etats-Unis seulement. La première, celle de Rosenoff, remonte à 1916. Elle s'inscrit dans un cadre de travail social et consiste à évaluer les difficultés d'adaptation des individus. L'enquête de Leighton et coll. (1963) en Nouvelle-Écosse est l'une des études les plus complètes et peut-être la seule qui mérite l'appellation de multidisciplinaire. Elle couvre une série de villages d'une région rurale et recueille des informations sur la population totale à partir d'instruments épidémiologiques et d'entrevues auprès des médecins traitants et auprès d'informateurs. L'objectif principal est vraiment de nature sociale ; il consiste à vérifier les caractéristiques des villages où les troubles psychologiques sont les plus fréquents. Les résultats indiquent que ces troubles se présentent plus fréquemment dans les villages à faible *intégration*, où il n'existe pas d'organisations sociales, où les leaders sont absents ou faibles et où les valeurs religieuses sont moins présentes. Les problèmes relevés sont nombreux, comme l'indiquent les résultats suivants : 30,5% de la population est considérée comme ayant « presque certainement » un problème psychiatrique, et 24,5% comme ayant « probablement » un problème psychiatrique, ce qui signifie que plus de la moitié de la population est considérée comme plutôt pathologique qu'en bonne santé mentale.

L'étude de Mid-Manhattan (Srole et coll., 1962) à New York recourt également à des instruments standardisés et au jugement clinique de professionnels. Les responsables font appel à des enquêteurs qui vont dans les foyers recueillir des informations sur un échantillon choisi au hasard à partir d'un questionnaire. Au retour, des psychiatres se penchent sur le matériel et fournissent une opinion sur la probabilité selon laquelle on se trouve en présence d'un cas psychiatrique. La conclusion affirme que 23,3% de l'échantillon est psychologiquement handicapé.

On peut être surpris de ce que les premières grandes enquêtes de population évitent l'emploi du diagnostic. Weissman et Klerman (1978) font valoir que les doutes qui règnent au sujet de la validité des diagnostics en Amérique du Nord n'encouragent pas les chercheurs à les utiliser. Les écoles de médecine sont très nombreuses ; il n'y a pas de véritable grand maître à penser ni de classification nosologique unanimement acceptée. On préfère donc évaluer le handicap psychiatrique, correspondant généralement au nombre de symptômes déclarés. De plus, peu de gens croient que chaque diagnostic ait une étiologie spécifique. Ce qui importe, c'est de voir comment le stress de nature psychosociale contribue à la dégradation de la santé mentale en général. Plus récemment, le développement de la psychopharmacologie a entraîné un raffinement des instruments de recherche : on voulait savoir quels états répondaient le mieux à tel médicament spécifique, en particulier les antidépresseurs. C'est certainement un des facteurs qui ont contribué au développement d'entrevues diagnostiques. Dans le domaine des recherches plus fondamentales en biologie, il y a également le besoin de valider les marqueurs biologiques comme ceux de la dépression par exemple, par la présence de manifestations psychiques.

LES MÉTHODES DE RECHERCHE

Les registres hospitaliers

[Retour à la table des matières](#)

Les statistiques des hôpitaux constituent des sources d'information sur les diagnostics des cas de patients hospitalisés et traités en clinique externe. Plusieurs personnes contestent cependant la validité de ces statistiques pour les diagnostics autres que les psychoses et la schizophrénie. En milieu occidental, une forte proportion des psychotiques finissent par consulter un psychiatre un jour ou l'autre et par figurer sur ces archives. Si celles-ci fournissent probablement le meilleur moyen d'évaluer leur distribution, ce n'est pas sans restrictions. En effet, on ne rejoindra pas ces personnes dans la communauté si elles sont hospitalisées et les entrevues qui forment la base des enquêtes à domicile ne sont pas nécessairement applicables si la maladie est trop avancée. Ces registres hospitaliers offrent un moyen utile d'évaluer les nouveaux cas, mais non le nombre de cas à un moment donné puisque certains de ces malades peuvent passer des mois et des années sans traitement. Autre limitation de cette méthode, la première consultation n'a parfois lieu qu'après une évolution de la maladie de plusieurs années. Si, entre 18 et 24 ans, le taux de diagnostic de schizophrénie est sensiblement égal pour les hommes et pour les femmes, soit autour de 0,7% aux Etats-Unis, les hommes sont hospitalisés à un âge beaucoup plus précoce. Les rapports des hôpitaux canadiens révèlent en effet que, entre 15 et 24 ans, il y a deux fois plus d'hommes que de femmes hospitalisés avec un tel diagnostic (Tousignant, 1985). L'étude de Yarrow et coll. (1955) illustre également le fait que les épouses des hommes développant une psychose nient malgré l'évidence les premières manifestations des délires, et ce n'est qu'après quatre ou cinq années, souvent lorsque le comportement menace de devenir violent, qu'elles se résignent à recourir à un traitement.

Plusieurs autres facteurs affectent les statistiques hospitalières : la distance géographique par rapport au lieu de traitement, l'attitude culturelle du patient à l'égard de la psychiatrie, la disposition des médecins de fa-

mille ou des leaders de la communauté à collaborer avec la psychiatrie, le degré de tolérance du voisinage ou les dimensions du logement. Il y a donc lieu d'être à même d'évaluer l'influence possible de ces facteurs lorsque l'on procède à des comparaisons entre des groupes.

Les enquêtes de communauté

Les enquêtes auprès d'échantillons de la communauté sont certainement le moyen le plus adéquat d'obtenir une représentation valable. Ces enquêtes utilisent trois catégories d'instruments : 1. les échelles de santé mentale auto-administrées, composées à partir d'une série de symptômes et construites sur le modèle des échelles psychologiques ; 2. les échelles de santé mentale positive qui font le bilan des émotions, des humeurs et des mécanismes d'adaptation ; 3. les entrevues qui permettent de produire une évaluation psychiatrique à partir des critères d'une classification sanctionnée, comme le *Diagnostic Statistical Manual*, version III, ou la classification internationale des maladies.

Les échelles de santé mentale

Plusieurs échelles de santé mentale sont en usage et l'économie de leur emploi les a rendues très populaires. Les plus connues sont le Health Opinion Survey, le Langner's 22-items, de même que le Hopkins Symptoms Distress Checklist dont une version abrégée, Psychiatric Symptoms Distress Checklist (Ilfeld, 1978), a été utilisée dans l'enquête Santé Québec.

L'origine de ces instruments remonte à la Seconde Guerre mondiale, époque où l'on avait besoin de détecter rapidement les personnes inaptes au service militaire (Star, 1959). Les questions, dont le contenu ne varie pas significativement d'un instrument à l'autre, reprennent une variété de symptômes présentés en contexte clinique et censés traduire des états névrotiques. Les symptômes recherchés sont ordinairement les suivants : l'humeur générale, en particulier le sentiment de tristesse, la perte d'intérêt en général et l'envie de mourir ; les dysfonctions du système physiologique tels l'amaigrissement, les troubles du sommeil et la perte de l'appétit sexuel ; le niveau d'énergie, évalué entre autres par la difficulté à se lever ou à se mettre en marche le matin, ainsi que la conscience de ce niveau d'énergie ; l'anxiété évaluée par la présence de cauchemars, le trem-

blement des mains et la transpiration en dehors de tout effort physique. Certains auteurs considèrent que ces instruments sont un bon révélateur des problèmes psychiatriques mineurs ou modérés tels les psychonévroses et les malaises somatiques psychogènes. D'autres auteurs (Link et Dohrenwend, 1980) préfèrent ne faire aucun rapport avec les diagnostics psychiatriques et proposent de considérer ces échelles comme des indices de démoralisation, c'est-à-dire comme un baromètre du degré de détresse psychologique. Cette opinion semble partagée actuellement par l'ensemble des chercheurs. De nombreuses études recourent à ces échelles pour mesurer le stress et évaluer l'effet sur les individus de certains événements ou conditions de vie, sans faire aucune référence à la psychopathologie. On dira alors que les personnes dont le taux de symptômes est élevé sont à risque et nécessitent davantage d'attention thérapeutique.

L'étude du Stirling County a donné un essor important au Health Opinion Survey (Tousignant, Denis et Lachapelle, 1974) repris dans l'enquête Santé Canada de même que l'étude de MidManhattan a servi à populariser le Langner (Seiler, 1973). Ces échelles n'évaluent qu'une dimension unique comme le prouvent les analyses factorielles. D'autres instruments comme le Ilfeld ou le Hopkins, davantage utilisés ces dernières années, permettent d'évaluer divers facteurs comme la dépression, l'anxiété, l'agressivité et les problèmes cognitifs. Il existe aussi toute une série d'échelles construites sur ce modèle et qui mesurent des aspects plus spécifiques, comme la dépression (Beck, 1961 ; Radloff, 1977) et l'anxiété (Spielberger, 1983).

Ces échelles s'auto-administrent en quelques minutes et on peut même les faire passer par voie téléphonique. Pour l'analyse des données, on utilise soit le score global obtenu par l'addition des points des items positifs, soit une dichotomie établie sur la base d'un score jugé pathologique ou d'un nombre de symptômes positifs. Ces seuils discriminent généralement assez bien les populations normales et les populations en traitement.

L'ensemble de ces instruments possède un niveau de validité acceptable tout en laissant une certaine insatisfaction sur le plan conceptuel. Il est difficile de connaître clairement ce qui est mesuré. L'un des principaux problèmes est de savoir si le nombre de symptômes entraîne ou non un handicap important dans les rôles de la vie quotidienne. Ne suffirait-il pas de présenter un ou deux symptômes graves pour atteindre le seuil pa-

thologique ? Il y a également le problème des faux positifs, ou des gens considérés comme en détresse alors que leur état ne mériterait pas une telle appellation. La critique porte sur le fait que si la plupart des névrotiques en traitement présentent un nombre appréciable des symptômes des échelles de santé mentale, à l'inverse, il n'est pas nécessairement vrai que toutes les personnes qui souffrent de ces symptômes soient névrotiques.

La collaboration du répondant est un atout nécessaire, ce qui ne va pas sans causer de sérieux problèmes même si la bonne volonté est présente. Des résistances peuvent intervenir, ou encore certaines personnes peuvent être plus attentives à leurs malaises que d'autres. Des études expérimentales révèlent que les gens qui n'ont pas beaucoup de stimulations deviennent plus conscients de leurs sensations intéroceptives (Pennebaker, 1982). Par exemple, les personnes qui se livrent à un exercice violent et qui n'entendent que le bruit de leur respiration rapportent être plus fatiguées que celles qui s'adonnent aux mêmes exercices tout en étant exposées aux bruits de la rue. Il se peut ainsi que les chômeurs en état d'oisiveté forcée deviennent plus attentifs à leurs états internes et rapportent plus de symptômes.

Le biais relié à la tendance à nous présenter sous notre meilleur jour et à ne pas déclarer des symptômes qui pourraient nous faire apparaître quelque peu déséquilibrés, est dangereusement présent dans ce type d'instrument (Clancy, 1971), bien qu'il ne semble généralement pas affecter les comparaisons entre les groupes (Clancy et Gove, 1974). D'autre part, certains groupes culturels comme les Portoricains ont en général tendance à répondre par l'affirmative, surtout à des enquêteurs qui représentent une figure d'autorité, ce qui peut augmenter passablement le nombre de leurs symptômes (Dohrenwend, 1969). Par ailleurs, les répondants ont des conceptions différentes de ce qui constitue un symptôme. Dans une étude menée auprès de 400 personnes dans l'est de Montréal, le degré de gravité d'un symptôme déclaré varie sensiblement d'une personne à l'autre si on le vérifie avec des sous-questions (Tousignant et coll., 1987). L'une des questions posées porte sur la présence de cauchemars. Or, au moins les deux tiers des gens qui répondent affirmativement à la question ne croient pas que ces rêves troublent leur sommeil ou leurs activités. Ce n'est donc qu'une minorité qui se réveillent et qui ont ensuite de la difficulté à s'endormir. De la même façon, la majorité des gens qui disent avoir perdu l'appétit n'en mangent pour autant pas moins que d'habitude.

De plus, la plupart des répondants disent que le symptôme qu'ils rapportent ne nuit que « peu » à leurs activités, qu'ils s'arrangent assez facilement pour ne pas y penser et qu'ils ne croient pas que cela exige un traitement. On peut donc conclure qu'une bonne partie des répondants manifestant de nombreux symptômes se situent à un niveau « préclinique ». Le résultat le plus surprenant de cette enquête est la stabilité et la longévité de ces symptômes. La plupart des gens en souffrent depuis au moins deux ans, de façon continue ou intermittente, ce qui signifie que ces échelles permettent d'identifier des états relativement chroniques. Une autre étude montréalaise comparant des femmes d'un quartier de classe moyenne avec des femmes du centre-ville constate contre toute attente que les premières déclarent plus de symptômes que les secondes (Murphy, 1978). La raison de cette différence dépendrait moins de l'état de santé mentale réel que de l'idéal que l'on se fait d'une bonne santé mentale ; les femmes qui ont une conception plus exigeante de la définition d'une bonne santé se percevraient comme plus malades et seraient aussi plus enclines à déclarer des symptômes.

Quelques-uns des symptômes des échelles de santé mentale font partie du tableau clinique de certains états somatiques comme les maladies coronariennes. Les auteurs demandent parfois au répondant si les symptômes déclarés sont attribuables à une maladie de ce type et, si oui, les éliminent. Ce n'est cependant pas le cas dans l'ensemble des enquêtes. Il est dès lors difficile de distinguer entre le tableau clinique d'une maladie physique et les effets psychologiques ou somatiques produits par cette maladie.

Il est évident que la définition, souvent très arbitraire, du seuil de pathologie ne rend d'aucune façon ces échelles aptes à évaluer le taux de cas psychiatriques dans une population. L'un des usages est de considérer comme seuil de détresse psychologique le cinquième supérieur, soit 20% de la population, et de comparer les sous-groupes d'un échantillon sur cette base. C'est la solution privilégiée dans l'enquête Santé Québec. Il y a un bon argument pour établir un seuil et diviser l'échantillon selon une dichotomie, surtout dans les études de prédiction. Brown (1988) rappelle à cet effet que, dans les équations de régression des études longitudinales qui partent de scores continus, le score d'une échelle de santé mentale au temps 1 est le meilleur révélateur du score au temps 2. Cela devient évident lorsque nous considérons que la plupart des gens ne déclarent que

très peu de symptômes dans les deux occasions, ce qui contribue grandement à cette association un peu factice. Mais si on dichotomise les scores, on peut faire disparaître ce type d'association. Brown démontre également que les facteurs de vulnérabilité (ou de protection) ne peuvent prédire qui sera un cas limite (juste en deçà du seuil), mais seulement qui sera un cas définitif ; c'est pourquoi il favorise la dichotomie à partir d'un seuil pathologique. Un bon exemple est celui d'un homme de 40 ans ne manifestant aucun signe de dépression qui perd sa femme à la suite d'une courte maladie. Il peut s'appuyer sur le soutien de parents et d'enfants qui soulageront sa douleur. Cela ne l'empêche pas de souffrir de troubles du sommeil et d'un manque d'intérêt pour son travail sans pour autant présenter d'autres manifestations comme une perte de poids ou des idéations suicidaires. Il se classe donc comme un cas limite de dépression sans atteindre le niveau clinique. Un tel exemple risque cependant de venir infirmer l'hypothèse voulant que le soutien social soit efficace si on utilise l'échelle continue puisque quelques symptômes apparaissent. En opérant une dichotomie, cet homme demeure dans la catégorie « non clinique », et il contribue à étayer l'hypothèse du soutien social.

La santé mentale positive

L'état de santé mentale peut aussi se définir par son *pôle positif*. On se réfère alors au sentiment de bien-être ou à la présence de ressources psychologiques. Il n'existe ici aucun consensus sur les critères à retenir, et la plupart des auteurs seraient embarrassés de définir précisément le concept sous-jacent à ces échelles (Pollack, 1975). Jahoda (1958) laisse entendre que l'état d'indépendance est la principale composante de cette santé mentale positive en conclusion à une synthèse sur la question, mais la coloration culturelle ou idéologique d'une telle proposition est évidente. Et les constructeurs d'échelle n'ont pas tenu compte de ces considérations dans leur élaboration. Un bon exemple de ce type d'instrument est le Affect Balance Scale de Bradburn utilisé dans l'enquête Santé Canada (Statistiques Canada, 1981), qui vérifie la présence d'une série d'affects positifs ou négatifs chez le répondant. La preuve est assez bien établie que les affects positifs ne constituent pas simplement l'envers des affects négatifs et qu'ils pourraient équivaloir à ce que nous essayons de traduire par *santé psychologique* (Derogatis, 1982), mais de meilleurs appuis empiriques sont souhaitables. Malgré tout, les nombreuses études laissent croire que la qualité des affects a des effets bénéfiques sur le système immunitaire et

sur le cours des maladies, ce qui peut promettre un bon avenir à ce type d'instrument.

L'entrevue de type psychiatrique

Face aux limitations des échelles de santé mentale conçues pour évaluer la présence de troubles psychiques et en identifier les facteurs étiologiques, les chercheurs ont développé des instruments construits à la suite d'un long entretien en vue de reproduire grâce à un schéma standardisé l'examen généralement conduit par le psychiatre lors de la visite initiale d'un patient. Les questions sont ordonnées selon la technique de l'entonnoir : du plus général au plus particulier. Les questions d'entrée, assez larges, permettent de juger si un symptôme risque ou non d'être présent. Le répondant est ensuite invité à préciser ses réponses à l'aide de sous-questions posées de façon peu menaçante. Le Present State Examination (Wing et coll., 1974) fut le premier instrument développé dans cette perspective, et l'essor de son développement provint de l'International Pilot Study of Schizophrenia commanditée par l'Organisation mondiale de la santé (WHO, 1973). Comme le fait remarquer Brown (1988), la validité de l'instrument dépend de l'habileté de l'interviewer à faire évoquer des malaises même si la première réaction du répondant est de répondre par la négative. À cet égard, une mauvaise compréhension de la question ne constitue pas un obstacle insurmontable si le répondant a la latitude de décrire son état en long et en large. Une telle approche exige donc un temps assez long, et aucune mesure ne peut abrégé significativement la passation sans introduire de biais. L'instrument, dans sa forme originale, recherche la présence de 140 symptômes ; une version abrégée est restreinte aux troubles mineurs. Il est préférable que l'interviewer possède une très bonne formation, sans nécessairement être clinicien, car il lui est demandé d'enquêter en profondeur, au gré de son intuition clinique, afin de vérifier la présence véritable d'un symptôme. Le manuel contient pour chacun de ces symptômes une définition précise et l'interviewer doit s'assurer que la description obtenue du répondant correspond aux critères stricts établis avant de coder le symptôme comme positif. Ainsi, si la personne se dit préoccupée, on codera la limitation comme modérée si la qualité du rendement au travail est affectée, et comme grave si les tâches usuelles ne peuvent être accomplies. L'enregistrement de l'entrevue permet généralement de revenir sur une décision ou d'obtenir un codage ul-

térieur d'une personne indépendante. Par la suite, l'application d'un système d'algorithmes complexe baptisé CATEGO permet de classifier ces symptômes en catégories ou sous-catégories diagnostiques en se fondant à la fois sur la nature des symptômes et sur leur degré de gravité. L'équipe de Brown à Londres a retouché quelques aspects du PSE pour un usage plus spécifique à l'analyse de l'étiologie sociale de la dépression. Cette version modifiée introduit en plus les notions de cas limite de dépression et de cas limite d'anxiété pour identifier les personnes qui ont certains symptômes d'une entité nosologique sans pouvoir rencontrer les critères diagnostiques. Il permet également de situer les périodes exactes pendant lesquelles le répondant remplit les conditions nécessaires à un diagnostic ; ce point est d'une importance capitale pour les fins d'une étude étiologique. A cet égard, le facteur rappel sur la période d'une année ne conduit pas à une plus haute incidence pour les mois les plus récents que pour les mois les plus lointains.

Le SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia), développé pour des fins de recherche aux Etats-Unis, est un instrument similaire au PSE (Endicott et Spitzer, 1978). Bien qu'une enquête en profondeur soit préconisée de la part des interviewers, les consignes pour la codification de la présence des symptômes ne sont pas aussi bien définies que dans le cas du PSE, et les critères d'inclusion sont plus larges. Aussi, on recommande que l'interviewer ait reçu au préalable une très bonne formation clinique. Ce sont les travaux faits à partir de cet instrument qui ont amené l'Association américaine des psychiatres à réviser ses critères de classification des diagnostics en remplaçant la version *DSM-II*, proposée en 1968 et fortement influencée par le courant psychanalytique, par le *DSM-III* dont les critères sont beaucoup plus opérationnels.

L'adoption du *DSM-III* a par la suite favorisé le développement d'un instrument diagnostique standardisé, le Diagnostic Interview Schedule ou DIS (Robins et coll., 1981), dont une version existe également à l'intention de la population infantile. Cet instrument dont l'utilisation exige également une durée assez longue, repose moins sur la formation clinique de l'interviewer, et il peut être utilisé par un non-professionnel qui a reçu la formation adéquate. La formulation des questions (« Est-ce qu'il vous est déjà arrivé de... ? ») est davantage orientée vers l'identification d'un diagnostic portant sur toute la vie. Cependant, décision pour le moins controversée, un diagnostic est jugé valable pour le mois précédent si au

moins un des symptômes qui y conduit s'est manifesté au cours de cette période. On examine aussi si le changement provoqué par le symptôme dans la vie quotidienne ou dans le comportement est significatif sur le plan clinique et s'il n'est pas uniquement associé à une maladie physique ou à l'usage de drogues et d'alcool. Les consignes permettant de juger de la présence d'un symptôme sont cependant moins développées que dans le cas des instruments décrits plus haut. Les premiers utilisateurs du *Dis* ont appliqué les consignes du *DSM-III* qui opère une hiérarchie entre les diagnostics, celui de la dépression majeure ayant préséance par exemple sur celui de l'anxiété, quel que soit l'ordre d'apparition. La controverse qui a suivi cette décision a amené plusieurs auteurs à considérer au même niveau deux diagnostics lorsqu'ils sont présents simultanément cas fréquent en psychiatrie où la dépression en particulier est associée à beaucoup d'autres états comme l'anxiété et la toxicomanie.

Brown (1988) rassemble plusieurs arguments valables pour défendre l'approche du PSE et sa formulation révisée par l'équipe du Bedford College. L'avantage de cette approche pour l'épidémiologie est la plus grande précision de la nature des symptômes et du moment de leur présence. À cause du manque de précision sur la datation des symptômes et sa question d'entrée un peu trop générale à laquelle on doit répondre par un oui ou un non, le DIS est susceptible de se tromper sur des cas de dépression identifiés comme tels en pratique clinique. L'instrument peut aussi avoir l'inconvénient inverse d'inclure à l'occasion des faux positifs puisqu'un seul symptôme présent au cours du dernier mois est suffisant pour diagnostiquer une dépression dans le cas où le sujet a déjà répondu par le passé aux critères complets de la dépression. Enfin, les critères du Bedford pour la dépression sont relativement plus stricts que ceux du PSE ou du SADS puisque, selon une étude comparative menée à Edinbourg, son utilisation indique seulement 3,2% de cas comparativement à 5,9% avec le PSE et 8,7 avec le SADS.

Si l'on compare maintenant le pourcentage de cas identifiés par le DIS sur une période d'un mois aux Etats-Unis, il se rapproche sensiblement des taux obtenus avec le PSE dans diverses études à travers le monde. Sur la base de cinq échantillons régionaux totalisant 18 571 répondants et si l'on applique les corrections d'usage pour représenter de façon approximative la population américaine, cet instrument identifie 15,4% de la population comme souffrant d'un problème psychiatrique. Ce pourcen-

tage diminue à 11,2% si l'on exclut les diagnostics non compris dans le PSE, soit les handicaps cognitifs, l'abus d'alcool et de drogues ainsi que la personnalité antisociale. Les taux du PSE, obtenus avec des échantillons plus restreints, varient entre 10,9% à Londres, 9,0% en Australie, 16,0% à Athènes et 25,3% en Ouganda (Regier et coll., 1988). La différence énorme entre les pourcentages en Grèce et en Afrique et ceux des autres lieux étudiés, s'explique en très grande partie par le nombre élevé de troubles affectifs et d'anxiété, considérés comme troubles mineurs.

La prévalence sur une période de six mois s'élève au-dessus de 19% aux Etats-Unis, et la plupart des auteurs sont d'accord pour dire qu'il s'agit d'une sous-estimation. Les échelles de santé mentale, avec leur seuil de pathologie plus arbitraire, arrivent à des taux de prévalence avoisinant 20%, ce qui est supérieur au DIS étant donné la gamme moins étendue des pathologies en cause. La différence peut s'expliquer de plusieurs façons, et il serait important de poursuivre l'étude de la question vu l'usage fréquent qui continuera d'être fait de ces échelles dans le futur. Voici quelques hypothèses pour expliquer le taux élevé des échelles de santé mentale. Certains répondants peuvent avoir beaucoup de symptômes disparates sans qu'on puisse en arriver à un diagnostic, ou ne les présenter que lors d'une réaction passagère (Boyd et coll., 1982) ; la faible fréquence de la catégorie somatisation dans l'enquête du DIS (0,1%) laisse croire que plusieurs états psychosomatiques ne sont pas considérés alors qu'ils sont susceptibles de recevoir des scores élevés sur les échelles de santé mentale.

Les études du DIS aux Etats-Unis font voir des tableaux différents de ceux qui sortent des dossiers de la psychopathologie. Nous savons que les taux d'hospitalisation pour schizophrénie étaient plus élevés chez les hommes que chez les femmes de moins de 25 ans et qu'ils convergeaient après cet âge (Tousignant 1985). Nous ne savons pas si cet écart était attribuable à une plus grande tolérance sociale envers la schizophrénie en ce qui concerne les jeunes femmes ou si la maladie prenait cours plus tard chez les femmes. Les données montrent assez clairement que c'est la première hypothèse qui doit être retenue car les taux des maladies de type schizophrénique sont égaux pour les deux sexes dans la catégorie des 18-24 ans. Par ailleurs, alors que les cliniciens croyaient que les troubles obsessionnels-compulsifs étaient relativement rares, l'enquête américaine découvre des taux à vie de cas simples, c'est-à-dire non associés avec d'autres

diagnostics, de 1,2% à 2,4%, soit de 25 à 60 fois les estimations faites à partir de populations cliniques (Karno et coll., 1988).

Le rapport des taux femmes/hommes pour l'ensemble des diagnostics, qui s'étend de 1,6 à 2,6 dans les études du PSE, est réduit à 1,2 dans la série d'enquêtes utilisant le DIS à cause de l'inclusion de l'abus de drogues et d'alcool et de la personnalité antisociale. Les femmes souffrent beaucoup plus de troubles affectifs et de troubles d'anxiété, alors que les hommes ont des taux supérieurs dans ces deux catégories. En ce qui concerne l'âge, les moins de 45 ans comptent un tiers de plus de cas que les plus de 45 ans. Les raisons peuvent être attribuées à la mortalité précoce des personnes présentant des troubles mentaux ou à la diminution des difficultés de vie et des événements majeurs une fois que l'avenir professionnel est assuré et que les responsabilités familiales sont plus restreintes.

Malgré les progrès immenses obtenus dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique, tous les instruments demeurent ouverts à des modifications. Il y a place pour l'exploration de nouvelles idées et pour l'inclusion de symptômes qu'un chercheur pourra croire pertinents pour le but de sa recherche. On peut tester les hypothèses en variant quelque peu les éléments d'un diagnostic afin de vérifier si la valeur de prédiction des facteurs étiologiques est augmentée. On ne doit pas non plus se sentir contraint par certains dictats de la nosologie reposant sur des arguments faibles comme la préséance du diagnostic de dépression majeure. Les diagnostics du *DSM-III* reposent sur un consensus de base auquel se sont ralliés par vote la majorité des psychiatres américains, et non sur des constatations empiriques comme pourrait le laisser croire la référence aux statistiques dans le titre.

En conclusion, quel instrument choisir dans le cadre d'une recherche ? Le PSE présente actuellement des avantages certains dans le cadre de la vérification d'hypothèses, et il faudra attendre des révisions en profondeur de la part du DIS avant de le recommander. Les trois avantages sont : la capacité d'établir des diagnostics différentiels, ce qui permet de dégager la spécificité des facteurs étiologiques ; la différenciation entre cas cliniques et cas limites ; et la datation exacte de la présence d'une maladie. Les avantages ressortent particulièrement dans les analyses longitudinales.

Les échelles de santé mentale ont encore leur place dans le cadre d'études exploratoires (Boyd et coll., 1982) ou lorsque le budget et le manque de formation des interviewers ne permettent pas les longues entrevues. On ne peut pas en effet songer à utiliser le DIS ou le PSE dans le cadre d'études descriptives générales sur de très vastes échantillons comme l'enquête Santé Québec. Cependant, il pourrait être possible d'adapter ces instruments pour en faire des questionnaires auto-administrés. Bien sûr, ce n'est pas avec une trentaine de courts items que l'on atteindra à la qualité des entrevues. L'une des solutions consisterait à notre avis à proposer, pour chaque symptôme, une série de trois descriptions qui correspondraient à trois niveaux de gravité, de telle sorte qu'il serait possible d'apprécier le degré de gravité du symptôme. Une autre question pourrait permettre d'apprécier la fréquence et la datation du symptôme. L'application d'une série d'algorithmes aux données permettrait enfin d'établir des diagnostics. Une telle approche risque de ne pas être adaptée aux cas de pathologie grave comme les psychoses, mais elle pourrait convenir aux cas mineurs tels ceux qui sont observés en clinique externe ou par des omnipraticiens.

MÉTHODES COMPLÉMENTAIRES

La méthode des tiers

[Retour à la table des matières](#)

On peut recourir à la méthode dite d'un tiers parti pour identifier des problèmes qui risquent de ne pas être révélés spontanément au cours d'enquêtes (Murphy et coll., 1979 ; Tousignant et Murphy, 1981). C'est le cas par exemple pour l'alcoolisme ou pour les problèmes de personnalité antisociale où la validité des réponses demeure suspecte à cause des dénégations du répondant. La procédure de cette méthode consiste à demander à l'informateur de dresser une liste de personnes qu'il connaît en veillant à ce que le processus de sélection s'étende à une vaste quantité de personnes. Dans l'enquête Santé Québec, le répondant choisit au hasard quelques descripteurs inscrits sur des cartes. Une des cartes mentionne par exemple une femme non mariée entre 18 et 25 ans. L'informateur doit

ensuite écrire sur une liste le nom d'une personne parmi ses connaissances qui correspond à cette description. Ensuite, on demande au répondant de préciser si les personnes de cette liste souffrent d'une série de problèmes, à l'aide d'un court résumé d'un cas type, et, dans le cas d'une réponse positive, de fournir des détails supplémentaires. Voyons à titre d'exemple le descripteur proposé pour la personnalité antisociale : « ... le genre de personne qui ne garde jamais son emploi et qu'on peut considérer comme une personne violente, qui se bat et a des problèmes avec la police à cause de cette violence ». Les résultats montrent qu'il y a 1,3% des Québécois qui présentent les traits d'une personnalité antisociale, soit 2% d'hommes et 0,6% de femmes, ce qui est bien supérieur au taux de 0,5% relevé par le DIS aux Etats-Unis (Regier et coll., 1988). Le nombre de personnes identifiées comme ayant des problèmes d'alcool selon la méthode des tiers est de 6,3%, ce qui est exactement le même pourcentage (6,3%) que pour les répondants de l'auto-questionnaire qui présentent les éléments nécessaires au diagnostic *DSM-III* de dépendance à l'alcool. La même méthode, utilisée à Cornwall auparavant (Tousignant et Murphy, 1981), avait permis d'évaluer avec la même exactitude le nombre de personnes ayant été hospitalisées pour raison d'alcoolisme. Cette méthode propose une solution de complémentarité plutôt que de remplacement. Elle peut être utilisée soit pour aborder les problèmes où la désirabilité sociale risque d'invalider les réponses, soit pour évaluer la prévalence d'un problème peu fréquent sans avoir recours à un grand échantillon, soit encore dans des pays du tiers monde qui veulent établir d'une façon économique la fréquence de problèmes psychiatriques graves à haute visibilité.

La méthode des tiers identifie des cas qui échappent aux échelles de santé mentale. L'enquête pilote Santé Québec demandait ainsi à l'adulte répondant pour le ménage des informations sur la santé mentale des autres adultes de la même résidence. Les résultats révèlent qu'une portion significative des personnes identifiées comme ayant un problème de santé mentale par un tiers et chez qui est diagnostiquée par la suite à partir du Diagnostic Interview Schedule une dépression majeure, ne déclarent pas suffisamment de symptômes dans le questionnaire auto-administré pour permettre un diagnostic de dépression majeure (Murphy et coll., 1989). Les personnes identifiées par un tiers sont également plus handicapées dans leur vie quotidienne pour des motifs psychiatriques que cel-

les qui déclarent plusieurs symptômes de dépression dans leurs réponses au questionnaire.

Les handicaps dans les rôles

Les troubles psychiques causent un état de souffrance morale et d'anxiété souvent aussi difficile à supporter que la douleur physique produite par la maladie ; ils empêchent aussi les gens de jouir pleinement de leur travail, de leur vie sociale et familiale et d'y participer, abaissant ainsi considérablement le niveau de leur qualité de vie ; enfin, ils constituent un poids non négligeable pour l'entourage et entraînent des coûts qu'il vaudrait la peine d'évaluer avec précision, que ce soit en termes de jours de travail perdus, des tensions familiales et des divorces qui en sont les effets, de fréquence de consultations médicales ou de rendement professionnel. Les coûts de ces maladies sont également très élevés dans le tiers monde. Les observations d'Habimana (1988) au Rwanda montrent que les états de psychose chronique entraînent des dépenses énormes en milieu rural tels les frais de voyage pour consulter des guérisseurs et les pertes dues à la négligence des récoltes.

L'analyse des handicaps associés aux troubles psychiques a des chances d'intéresser davantage les administrateurs qui doivent décider des priorités en matière de santé. Mais ce n'est pas uniquement pour cette raison qu'il faut apporter une attention particulière aux handicaps. Certaines personnes expriment des doutes sur les besoins réels des cas identifiés dans la communauté. Est-ce un luxe que de vouloir s'occuper de leur sort surtout s'ils ne se soucient pas de recevoir des traitements psychiatriques ? Ces gens sont-ils significativement affectés dans leur vie quotidienne ? L'étude longitudinale de Vaillant et Schnurr (1988) portant sur une cohorte de 188 hommes suivis tous les deux ans entre 1940 et 1984 fournit quelques éléments de réponse. Ce sont tous au départ des collégiens ; ils forment donc un groupe relativement sélect. En plus, les sujets sont choisis sur la base de l'absence de problèmes physiques ou mentaux. Malgré cette sélection, plus de 24% des sujets (45/188) présentent suffisamment de symptômes au cours de leur vie pour se qualifier pour un diagnostic du DSM-III. Les résultats montrent qu'une mesure de handicap psychiatrique, le Global Assessment Scale de Endicott et coll. (1976), de même qu'un indice composite d'adaptation intégrant des mesures sur la

réussite professionnelle, les longs congés de maladie ainsi que la satisfaction professionnelle et maritale sont étroitement associés à la présence d'un diagnostic DSM-III. Les corrélations atteignent 0,48 et 0,64 respectivement. Les auteurs mettent donc en doute l'opinion de Dohrenwend pour qui les niveaux d'activités quotidiennes et de rendement au travail ne sont pas reliés à la psychopathologie dans la population générale en rappelant la maxime de Freud sur les signes d'une bonne santé mentale qui se résument à aimer et à travailler. Il y aurait lieu de vérifier cependant si la forte corrélation entre une évaluation objective de santé physique et l'état psychiatrique n'a pas un impact significatif sur les handicaps reliés aux rôles. Une autre étude conduite à Munich auprès d'une population générale de personnes mariées pour lesquelles la distribution du statut socio-économique se regroupe autour de la catégorie médiane de l'échelle de Hollingshead et Redlich montre également que les gens qui obtiennent un diagnostic *DSM-III* ont plus de problèmes de comportement social (Hecht et Wittchen, 1988). L'écart avec le groupe « normal » est très élevé pour les troubles affectifs, mais beaucoup moins pour les troubles d'anxiété pure. Les domaines à problèmes sont le travail et les relations avec la famille ; on note aussi plus souvent l'absence d'un partenaire. L'enquête Santé Québec révèle également une forte association entre un score élevé de détresse psychologique et l'insatisfaction à propos de sa vie sociale. Quarante-neuf pour cent des insatisfaits sont dans la catégorie de détresse contre seulement 10% chez les très satisfaits. Les gens qui souffrent d'une incapacité reliée à la santé comptent aussi trois fois plus de répondants (47%) avec un score de détresse élevé que les répondants sans incapacité ou maladie chronique (16%).

Autres indices indirects de santé mentale

Si l'on inclut dans le concept de santé mentale tout ce qui a trait au bien-être psychologique, l'extension de la définition amène à considérer tout un ensemble de phénomènes associés sans que l'on soit nécessairement en présence d'une maladie psychiatrique. Ainsi, Kessler et McRae (1983) utilisent les statistiques sur les tentatives de suicide afin de prouver que l'écart entre les sexes du point de vue de la santé mentale a récemment diminué dans les grandes villes du nord-est des États-Unis. Durkheim (1897) avait aussi considéré le suicide réussi au siècle dernier comme une sorte de dérèglement individuel dont le déterminisme était à rechercher dans le relâchement des contraintes sociales. Que nous soyons

ou non d'accord avec Durkheim pour refuser de voir dans le suicide un phénomène sociologique sui *generis*, il n'en reste pas moins que beaucoup de personnes qui se suicident ont fréquenté le système de soins psychiatriques ou recevraient une étiquette du *DSM-III* en consultation. Le taux de morbidité psychiatrique chez les victimes de suicide atteint 92% chez les moins de 30 ans dans une enquête menée à San Diego (Californie) sur la base des dossiers et des témoignages de l'entourage (Rich et coll., 1986). Ce résultat n'empêche pas que les problèmes existentiels jouent un rôle majeur et irrévocable dans la décision de se donner la mort (Rich et coll., 1988). Si le comportement suicidaire est par ailleurs une forme de manifestation de la détresse psychologique, il faut éviter l'erreur de le considérer indépendamment d'autres indices. La décision du suicide peut être déterminée par la culture ou par des facteurs étiologiques spécifiques ; rien n'empêche la détresse psychologique de se manifester sous d'autres formes dans un contexte différent.

La consommation abusive d'alcool et de drogues est une autre forme de problème de santé mentale. Murphy (1982) y consacre un chapitre entier dans son traité *Comparative Psychiatry*, et le *DSM-III* en fait une entité diagnostique. Encore une fois, l'alcoolisme est un trait fréquent dans la clientèle psychiatrique, et le nombre de suicides au sein de cette population est nettement supérieur à celui de la population de référence, souvent de cinq fois ou même bien davantage (Tousignant et Hanigan, 1989). Dans l'étude de San Diego (Rich et coll., 1986), les deux tiers des suicidaires de moins de trente ans ont abusé de drogues ou d'alcool, selon les tests sanguins. Nadeau (1988) a pour sa part montré que le début d'une consommation abusive d'alcool chez les femmes est lié à des événements majeurs récents, comme c'est le cas pour la dépression.

Les comportements agressifs et destructeurs représentent un autre versant d'un mauvais fonctionnement psychologique. Ils doivent être considérés ainsi non pas tant parce qu'ils sont déviants du point de vue des autorités ou de la population, mais plutôt parce qu'ils dénotent un état de détresse personnelle et de frustration dont les réactions sont devenues difficiles à contrôler. La preuve en est que ces manifestations sont souvent associées à l'alcoolisme et aux toxicomanies, aux gestes suicidaires ou aux conduites dangereuses et ordaliques. Les états émotifs liés à ces comportements alternent entre des sentiments de vide et d'ennui dans les moments d'accalmie et des accès de rage et d'acting-out. Bien des cas de

violence grave peuvent être considérés comme le produit de ces états psychologiques dont l'étiologie sociale serait à construire. Les personnes qui abusent de leurs enfants ou qui battent leur conjoint entrent souvent dans cette catégorie. Certains actes de délinquance, certains homicides ou autres manifestations d'agressivité plus ou moins gratuite (que ce soit dans les sports ou dans les relations de travail, par exemple) en sont également des exemples. Cette longue liste n'a évidemment pas pour but de ramener tous les problèmes de la vie courante à une dimension psychologique ou de réduire des actes de rébellion compréhensibles à des conflits intrapsychiques. Elle est simplement une illustration de la complexité du jugement à porter sur la santé mentale d'une société et de l'impossibilité de le réduire à un seul élément.

Dans un même ordre d'idées, on peut se demander si le fait d'être parfois victime d'accidents de la route ou de travail ne constitue pas une autre conséquence de la détresse psychologique. Le manque d'attention ou encore des pulsions autodestructrices inconscientes pourraient être à la source de ces accidents. Une étude menée en Norvège auprès des victimes hospitalisées à la suite de tels accidents, à l'exception des cas de lésions cérébrales qui empêchent l'examen psychiatrique, n'appuie que partiellement une telle hypothèse (Malt et coll., 1987). Si on retrouve dans cet échantillon (N = 112) un pourcentage supérieur de cas psychiatriques, soit 37% au lieu des 15 à 20% habituels, cela est principalement attribuable aux cas d'abus d'alcool et de drogues chez ces accidentés. L'intérêt spécifique de cette étude est que la tendance à ce type d'abus est présente dans les accidents domestiques. De plus, la plupart des personnes manifestant des signes d'abus présentent aussi des troubles de la personnalité de caractère antisocial. Enfin, contrairement à l'adage populaire voulant qu'il y ait un bon dieu pour les gens ivres, le bras de la providence est particulièrement absent pour ce sous-groupe puisque la coexistence de la toxicomanie et de troubles de la personnalité est associée à un degré plus grave de blessure.

Si les repères servant à la définition de la santé mentale sont devenus de plus en plus larges au cours des dernières années (Jahoda, 1958), il n'en reste pas moins que les manifestations somatiques ont toujours eu une position ambiguë, à l'exception des manifestations corporelles de l'anxiété et de la fatigue bien représentées sur les échelles de santé mentale. La raison en est que la population de référence pour construire ces

échelles est celle qui vient en consultation psychiatrique ou psychologique. De plus en plus, on se rend compte cependant qu'il n'existe pas de ligne de partage claire entre les manifestations psychiques et les manifestations somatiques. Les conditions de vie influent sur ces deux plans, et on commence même à soupçonner que les difficultés psychosociales pourraient somme toute avoir plus de répercussions sur le soma que sur la psyché (Kirmayer, 1984). Les migraines et les maux de dos par exemple sont deux affections dont certaines manifestations concomitantes sont fort apparentées à la dépression. Une bonne proportion des patients présentant ces malaises réagissent positivement aux antidépresseurs, mais il ne faut pas oublier que ces médicaments n'ont pas nécessairement un effet spécifique sur la dépression. Cela amène donc les épidémiologues à se demander quelle place accorder à ces problèmes de santé dans leurs enquêtes et comment départager ce qui est d'origine psychosociale et ce qui est d'origine organique lorsque les médecins eux-mêmes arrivent difficilement à trancher la question de l'origine au sujet de ces cas frontières. Doit-on définir la santé mentale en la restreignant aux types de problèmes observés en consultation psychiatrique ou à partir d'une position théorique qui la définirait comme la somme des manifestations psychiques ou somatiques dont l'étiologie est psychosociale ? On retrouve ici le vieux problème de la dépression qui sous-tend des malaises somatiques comme les maux de dos chroniques (Katon, Kleinman et Rosen, 1982). Les études de Kleinman (1982) en Chine ont également démontré que les patients neurasthéniques qui se plaignent de fatigue chronique connaissent aussi un état de dépression majeure. Les circonstances de vie de ces personnes sont similaires à celles que décrivent les histoires de vie de dépressifs.

Il n'y a peut-être pas nécessité d'établir une catégorie indépendante pour ces troubles somatiques s'ils présentent les traits de la dépression majeure, car ils seront identifiés par les instruments psychiatriques, mais la question demeure ouverte. Ces observations indiquent par ailleurs l'importance des études de population car les personnes en cause se retrouveront bien plus fréquemment dans le cabinet d'un généraliste que dans celui d'un psychiatre. On doit aussi être sensibilisé au fait que les gens qui ont des problèmes de santé mentale ont beaucoup plus de problèmes somatiques, ce qui a des répercussions évidentes sur leur incapacité générale. Ainsi, les personnes affichant un score de détresse psychologique élevé dans l'enquête Santé Québec ont consulté presque deux fois

plus souvent un professionnel de la santé au cours des deux dernières semaines que ceux qui ont un score faible (31,1% versus 18,2%).

Ces exemples de dépression masquée ne sont qu'un exemple parmi d'autres de la façon dont opèrent les tensions résultant de conflits sociaux ou personnels. L'étiologie sociale de toute une gamme de maladies physiques est à construire (Brown et Harris, 1989). Les maladies coronariennes et le cancer (celui-ci davantage dans son pronostic que dans son étiologie) suscitent beaucoup d'intérêt alors que les ulcères, si préoccupants dans les années soixante, n'occupent plus l'avant-scène. Toute une série d'études associent par exemple les maladies coronariennes à la mobilité socioculturelle. Ces maladies sont deux fois plus élevées chez ceux qui déménagent ou changent souvent d'emploi et trois fois plus élevées chez les migrants des fermes qui viennent à la ville pour chercher des emplois de bureau plutôt que des emplois d'ouvriers ; l'immigration et l'acculturation sont aussi des facteurs de risque pour les maladies coronariennes (Syme, 1984 in Gentry). Il ne faut toutefois pas tenter un procès à la mobilité ascendante puisque plusieurs études obtiennent des résultats ambigus ; il est nécessaire de se rappeler que tout changement n'est un facteur de stress qu'à condition de rencontrer un terrain inhospitalier.

Il y a également lieu de croire que les maladies considérées comme purement somatiques sont sujettes aux mêmes vicissitudes. Ainsi, Murphy (1978) a trouvé que les étudiants universitaires de Singapour et de McGill qui poursuivent un programme d'études où leur sexe est minoritaire (ingénierie pour les femmes) ont plus de probabilités d'être atteints d'une crise d'appendicite que ceux qui poursuivent un programme où leur sexe est en majorité.

Une série d'études montrent que les patients psychiatriques ont de deux à quatre fois plus de chances de mourir que la population générale. Le taux de décès résultant de causes non naturelles est en général plus élevé chez les gens qui souffrent d'une maladie psychiatrique (Tsuang et Simpson, 1985). Selon les éléments recueillis au cours d'observations longitudinales, « l'angoisse et le découragement caractérisent le suicide à venir, tandis que l'irresponsabilité et l'insouciance sont la marque de celui qui décédera dans un accident » (Paffenbarger, cité dans Murphy et coll., 1987). L'évidence est moins claire en ce qui concerne les décès attribuables à des causes prétendument naturelles. L'étude canadienne de Koranyi

(1977) auprès d'une clientèle psychiatrique à 69% francophone, même si elle a pour seule prétention de détecter les causes de mortalité sujettes à prévention, n'en établit pas moins que la clientèle psychiatrique vit vingt ans de moins que l'âge d'espérance de vie de la population générale et que son taux de mortalité est double. Les causes naturelles de décès sont relativement bien documentées dans cette recherche. La plupart des 13 patients ainsi décédés avaient été recommandés peu de temps avant leur décès à un médecin, ce qui contribue à fausser quelque peu les statistiques. Le résultat le plus intéressant ici est la mauvaise combinaison de médicaments soupçonnée dans cinq des cas. L'étude longitudinale de Vaillant et Schnurr (1988) révèle un taux nettement supérieur de décès avant 65 ans chez les gens qui présentent une dépression majeure durant leur vie, mais l'analyse ne permet pas d'apprécier dans quelle mesure. Une étude longitudinale s'étendant entre 1952 et 1970 à partir de l'échantillon du Stirling County est encore plus concluante (Murphy et coll., 1987). Les sujets qui présentent au départ un taux élevé de problèmes affectifs, identifiés par l'application d'un algorithme aux questions du Health Opinion Survey, ont une fois et demie plus de chances de décéder, cela compte tenu à la fois de l'âge, du sexe et des maladies physiques. Les deux études précédentes trouvent aussi que la mortalité est associée aux troubles d'anxiété. En conclusion, on peut avancer avec prudence qu'il y a un plus grand nombre de décès attribuables à des causes naturelles et aux autres causes chez les gens présentant des troubles psychiques. Nous devrions donc nous attendre à ce que, toutes proportions gardées, les taux de morbidité psychiatrique et d'alcoolisme soient plus faibles chez les groupes plus âgés.

REPRÉSENTATIVITÉ DES ÉCHANTILLONS DE POPULATION

[Retour à la table des matières](#)

Les taux de participation aux enquêtes de santé mentale sont généralement élevés malgré la nature des sujets abordés. Les répondants sont très sensibilisés à l'amélioration des connaissances dans ce domaine. Il n'est pas rare que les taux de participation atteignent plus de 80% bien que dans des grandes villes comme Los Angeles, le taux se limite aux

deux tiers de la population. C'est beaucoup mieux que les taux de participation aux élections nationales de la plupart des démocraties occidentales. Les gens très mobiles ou souvent absents de la maison comme les jeunes risquent d'être moins bien représentés. Pour obtenir un tableau complet, il faudrait également ajouter les personnes qui vivent en institution, les pensionnaires des centres de détention ou des centres hospitaliers, psychiatriques ou généraux. À ces groupes, il faut joindre d'autres catégories comme les soldats, les travailleurs à l'étranger ou les personnes en villégiature. Il y a un autre groupe oublié fort important, celui des personnes sans abri fixe que l'on retrouve dans les gares, les maisons pour itinérants et les logis inoccupés. Le taux de problèmes psychiatriques s'élève à plus de 50% dans ce groupe.

Les études de population exigent donc de grands efforts ; on en vient à se demander s'il ne serait pas préférable de se concentrer sur les clientèles en traitement pour enquêter sur les facteurs d'étiologie sociale. Les personnes tenues ainsi captives dans un centre de traitement acceptent facilement de prêter leur collaboration et les déplacements des interviewers sont réduits au minimum. Une telle approche se révèle toutefois dangereuse dans la mesure où les cas en traitement diffèrent de ceux qui ne le sont pas sur plusieurs points importants. Dans l'étude de Brown et Harris (1978) à Camberwell (Londres), les cas de femmes en dépression identifiées dans la population et ayant consulté un psychiatre sont différents des cas de celles qui n'en ont pas consulté. Les premières présentent davantage de conduites autodestructives et ont tendance à abuser des drogues et de l'alcool. Les cas traités ne manifestent pas pour autant un degré de gravité supérieur de telle sorte qu'il est faux de penser que ce sont les cas les plus bénins qui échappent aux mailles de la psychiatrie. Les auteurs en ont conclu que les cas de femmes qui avaient consulté un spécialiste l'avaient fait sous l'influence de leur entourage ou de leur médecin de famille moins à cause de leurs symptômes de dépression que des soucis que leur comportement causait à l'entourage.

LA QUESTION DE LA SPÉCIFICITÉ

[Retour à la table des matières](#)

Comme nous le remarquons plus haut, peu de chercheurs se sont demandé quelles avenues du champ social pouvaient mener à tel ou tel problème spécifique de santé mentale. La position dominante est certainement celle de la non-spécificité, c'est-à-dire qu'on reconnaît indistinctement à une série de facteurs généraux le pouvoir de provoquer la plupart des manifestations de détresse psychologique. Les événements critiques et le manque de soutien social ont joué un rôle dans un nombre assez impressionnant de maladies et d'états psychologiques de toutes sortes. Les hypothèses à l'emblème de la spécificité ont perdu beaucoup de faveur principalement à la suite des tentatives infructueuses de la psychosomatique de relier des maladies particulières à des types de personnalités ou d'attitudes bien identifiés (Krantz et Grass, 1984 in Gentry), en considérant trop naïvement la maladie comme métaphore d'une manière d'être-au-monde dans la tradition de la psychologie existentielle. C'est ainsi que l'acné a été associé à la volonté de la personne atteinte d'être laissée en paix ou que les douleurs de la région des vertèbres inférieures ont été présentées comme le lot de personnes qui veulent s'éviter une situation pénible, qui « plient l'échine » en d'autres mots.

Les positions d'Engel et de Schmale (voir Krantz et Grass, 1984) sont au contraire favorables au fait de relier tout un ensemble d'états divers au manque de ressources personnelles qui épuisent et augmentent la vulnérabilité aux maladies. Cette position rejoint par ailleurs d'assez près la théorie de Selye sur le stress, celui-là étant conçu comme un syndrome général d'adaptation déclenché par un ensemble relativement hétéroclite de stimulus. L'impuissance et la tendance à abandonner la lutte en sont des signes révélateurs.

La thèse de la spécificité pourrait cependant refaire surface. Les travaux effectués autour du type de personnalité A ont permis une renaissance relative de cette théorie malgré un désenchantement partiel causé par la nécessité de préciser les traits et les comportements associés à ce

type de personnalité. En effet, les types A, fort répandus dans notre civilisation occidentale, ne sont pas tous à risque pour les maladies coronariennes.

Il serait en définitive regrettable que l'état actuel des connaissances conduise à un rejet de tout effort pour redorer le blason de la thèse de la spécificité. Il est quasi universellement reconnu, que ce soit dans les études épidémiologiques (Brown et Harris, 1978) ou même parmi certaines théories indigènes (Tousignant, 1984), que les événements associés à une perte, pour autant qu'il y ait des conditions qui y prédisposent (voir chap. 11), augmentent les chances de dépression. De même, si un événement implique un affaiblissement du système de protection sociale (mort du père pour la femme dans les îles écossaises), les états phobiques sont plus prévalents à moyen terme. Les suicides, qui sont apparentés aux dépressions par plusieurs aspects, répondent à une dynamique sociale similaire en ce qui concerne les pertes. Les blessures d'honneur sont particulièrement mises en cause dans l'étiologie du suicide pour certaines régions d'Afrique et d'Asie (Tousignant et Mishara, 1981) où le statut social fonde la valeur d'une personne. L'alcoolisme des hommes répondrait pour sa part à une stratégie de revivre en fantaisie une perte de pouvoir (McClelland et coll., 1972).

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre II.

Les événements stressants et les conditions de vie

*Des yeux ont veillé et des yeux ont dormi
Pour des choses qui sont, ou bien qui ne sont pas. Bannis
de ton esprit les soucis,
Car les soucis sont porteurs de folie*

N. Mahfouz, in *Dérives sur le Nil*, p. 95.

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

[Retour à la table des matières](#)

Le livre de Masson (1984) met en doute les fondements épistémologiques d'une décision déchirante de Freud à la source d'un point tournant stratégique dans le développement de la psychanalyse. Une étude attentive de la correspondance non publiée entre Freud et Wilhelm Fliess illustre les tiraillements qui ont contraint Freud à abandonner la théorie originale des névroses, attribuant leur origine à une séduction de la part d'adultes de l'entourage, au profit d'une position qui accorde désormais une importance capitale aux scènes oniriques vécues en bas âge et dont l'effet latent ne se déploierait que bien des années plus tard dans l'écllosion de l'hystérie. Était-ce une retraite théorique politiquement intentionnée pour couvrir la bourgeoisie de l'époque qui n'apprécie guère que des

souçons d'abus sexuel pèsent sur la famille aussitôt qu'un des membres entre en traitement ou manifeste des symptômes hystériques difficiles à cacher ? Quoi qu'il en soit de la pureté épistémologique de cette coupure avec la théorie de la séduction, on sait ce qui s'est passé par la suite. Les fouilles de l'inconscient ont réquisitionné tous les efforts dont certains auraient pu être déployés dans un ratissage de la réalité et de tous ces épisodes de vie, présents et passés, qui tissent la mémoire et déterminent le futur.

Si des cliniciens comme Horney et Freud lui-même n'ont pas été tendres envers les maux de la civilisation, source de répression et de nervosité, si d'autres analystes en position de rupture comme Adler ou Sullivan ont évoqué l'importance de la biographie individuelle, tout un domaine restait en friche pour élucider l'agencement de ces rouages sociaux qui mènent inexorablement à la psychopathologie. Tout est demeuré en plan en ce qui concerne l'analyse de la trame des événements tragiques et des conditions de vie insoutenables qui en constituent la toile de fond. C'est justement à ce travail que s'est livrée une certaine épidémiologie psychiatrique sociale que les mécanismes de production des troubles mentaux intéressaient davantage que le travail superficiel de décompte et d'identification des modes de distribution de ces troubles dans la population. Représenter le fonctionnement de la vie, puisque c'est bien de cela qu'il s'agit en définitive, peut aboutir à une avalanche de facteurs et de statistiques qui, comme un soleil trop aveuglant, ne laissent rien voir à force de trop éclairer. Or le travail de la science consiste à simplifier des phénomènes complexes sans perdre l'essentiel. Son mode d'appréhension prend comme point de départ le plus proche et le plus contemporain dans la biographie de l'individu pour reculer ensuite vers le plus lointain et le moins saisissable par l'observation objective. Nous commencerons donc par introduire le concept d'événement ou d'épisode de vie autour duquel se structure la problématique de cette causalité.

NATURE DE L'ÉVÉNEMENT

[Retour à la table des matières](#)

L'approche moderne rend compte du chemin parcouru depuis la Première Guerre mondiale lorsqu'on croyait que les symptômes consécutifs à un trauma psychique sur le champ de bataille étaient causés par l'éclatement de minuscules vaisseaux sanguins dans le cerveau. Au tournant du siècle, le dédommagement aux victimes d'accidents de chemin de fer qui présentaient des séquelles psychiques sans marques corporelles apparentes posait un problème de taille aux neuropsychiatres et aux compagnies d'assurances et les névroses traumatiques occupaient alors une place de choix dans les recherches diagnostiques. La réflexion sur ces sujets n'avance guère jusque vers 1950, période à laquelle l'événement, de quelque nature qu'il fût, remplaçait l'accident comme centre d'intérêt. On s'intéresse désormais à des questions plus prosaïques et plus privées que les grands cataclysmes qui font la une des quotidiens. Adolph Meyer ouvre la voie en publiant ses observations médicales sur l'accumulation d'épisodes marquants dans les semaines qui précèdent l'apparition des maladies physiques. Dès lors, le coup d'envoi d'une abondante littérature est donné, surtout en Amérique où le behaviorisme avait préparé les esprits à privilégier la part de l'environnement dans l'explication du comportement.

Peu d'auteurs divergent à propos de la définition de la nature de l'événement, bien que les dissensions apparaissent dès que l'on touche à l'extension du concept et qu'il ne soit pas rare de voir se glisser dans les listes d'événements des descripteurs qui se ramènent sans doute à des difficultés chroniques. Un événement c'est en quelque sorte toute expérience de vie qui exige une adaptation ou entraîne un changement important ; c'est, en d'autres mots, une discontinuité, une rupture un peu brutale dans le fil de la vie quotidienne. Un événement a donc un caractère d'extériorité par rapport à la personne qui en fait l'expérience mais il doit en même temps prendre un sens dans l'histoire individuelle pour acquérir son caractère d'événement. Car pour comprendre l'événement, il convient de faire plus que de dérouler le film des péripéties ; il faut interroger un sujet et pouvoir décrire les innombrables dimensions subjectives et objectives

qui le structurent. L'événement, en bref, c'est un fait d'importance qui s'inscrit dans une biographie. À l'extrême, mais exceptionnellement, un événement pourrait être une prise de conscience radicale, une sorte de chemin de Damas, où la personne refait le point sur sa vie et la reconstruit par rapport à des paramètres entièrement différents. Brown et Harris (1978) fournissent l'exemple d'une femme qui se rend compte au retour de sa fille d'une colonie de vacances à quel point celle-ci lui a manqué et que son départ prochain causera un immense vide dans sa vie un peu solitaire.

IMPORTANCE DES ÉVÉNEMENTS

[Retour à la table des matières](#)

La délimitation exacte de l'événement est essentielle si l'on veut en évaluer la contribution dans la genèse des troubles psychiques. Il s'agissait à l'origine de rassembler les types d'épisodes rencontrés dans la vie récente des patients atteints de maladies physiques diverses. Les listes employées sont rapidement passées au nombre de 43 dans la version originale de Holmes et Rahe pour atteindre 102 dans le PERI (Psychiatric Epidemiology Research Interview), (B. Dohrenwend et coll., 1978). Des adaptations pour adolescents et autres groupes spéciaux existent également. Par ailleurs, ces listes d'événements ont été construites à partir de biographies d'adultes moyens, mais les jeunes adultes dont la vie est pleine de changements atteignent nécessairement de hauts scores.

Il n'y a rien de mal en soi à allonger les listes ou à les adapter à des populations particulières. Le malaise vient plutôt du fait qu'on a oublié ce qui devait constituer un événement et qu'on a introduit des faits parfois banals ou des difficultés de vie chroniques. La solution qui consiste à n'inclure que les événements jugés perturbateurs par les sujets ne fait en définitive qu'ajouter à la confusion puisque les personnes prédisposées aux troubles affectifs risquent d'être plus bouleversées par ce qui leur arrive et de fausser les résultats en jugeant tout ce qui leur arrive comme perturbant. Il est toutefois rassurant de rappeler à ce sujet que les évaluations subjectives faites par les sujets ne diffèrent pas des interprétations objectives faites par des juges externes. Par ailleurs, les dépressifs, re-

connus pour leur perception erronée de ce qui leur arrive, continuent après leur guérison d'accorder le même poids aux événements vécus qu'avant (Zimmerman, 1983).

Les limitations de l'emploi des listes sont faciles à mettre en évidence. Il serait d'ailleurs inutile de s'y attarder n'eût été l'usage répété de ce type d'instrument et son incapacité, due à une trop grande simplicité, à vérifier des hypothèses qui voulaient rendre compte d'une réalité complexe. Voyons d'abord comment se comptabilise ici le malheur du quotidien. Deux méthodes de calcul sont couramment utilisées. La première consiste à additionner les événements rapportés, tantôt les positifs et les négatifs, tantôt seulement les négatifs, pour établir un score global de stress. On se surprend à voir des expériences positives incluses. Il faut rappeler cependant que certains succès exigent une adaptation, comme le fait d'obtenir un nouvel emploi ou de gagner à la loterie. Dans l'exemple du gros lot, l'achat d'une maison dans un quartier huppé et l'intégration à une classe de nouveaux riches peuvent provoquer des jalousies parmi la famille et les amis. Mais quel que soit le type de sommation, celle-ci a le défaut de tout considérer sur un pied d'égalité ; la mort d'un enfant équivaut à une perte d'emploi. C'est afin de contrecarrer ces critiques que B. Dohrenwend et coll. (1978) demandent à des juges choisis dans le grand public d'accorder un poids relatif à chaque événement de leur liste. L'événement étalon est le manage, qui vaut 500 points par convention, et tous les autres événements doivent être ordonnés en conséquence. À partir de ce point repère, l'infidélité conjugale reçoit 558 points, un déménagement 437 et la mort d'un enfant 1036 points pour occuper le premier rang. Ce mode d'évaluation constitue un net progrès malgré les limites de ces énumérations puisque c'est le sujet qui a toute la latitude pour décider par lui-même de ce qui constitue un événement. En pratique, il ne semble pourtant pas nécessaire de se donner tant de peine car les deux types de compilation amènent sensiblement aux mêmes résultats (Zimmerman, 1983).

L'amélioration de la formulation des critères contribue néanmoins à améliorer les indices psychométriques car les coefficients de fidélité sont généralement faibles (Zimmerman, 1983). Il n'en demeure pas moins que les informateurs continuent d'oublier certains événements et que leur datation est imprécise de telle sorte que l'entrevue avec des personnes proches fait augmenter le nombre d'événements de 20 à 30%. La précision

de la datation est de toute évidence sujette à amélioration. L'informateur est la plupart du temps invité à identifier les événements vécus au cours des douze derniers mois. Or, il se peut que les événements qui remontent à plus de six mois déjà n'aient plus aucun effet au moment de l'entrevue et que le problème de santé mentale qui en a découlé ait eu le temps d'apparaître et de disparaître. Ces inconvénients risquent fort d'empêcher de confirmer des hypothèses vraies. Brown et Harris (1978) avancent à cet effet que ce sont les événements majeurs qui se produisent dans les trois semaines précédant le début de la maladie qui sont déterminants.

Par ailleurs, la difficulté de situer exactement à quel moment s'installe un problème psychopathologique dans les études de santé mentale est encore plus grande. Cette critique s'applique à la presque totalité des recherches. Dans le cas de la dépression par exemple, comment en effet situer la période où les symptômes deviennent suffisamment nombreux pour atteindre le nombre de quatre proposé par certaines définitions ? A partir de quel moment y a-t-il perte de poids ou véritable désespoir ? Le passage est-il graduel ou soudain ? Seule l'étude prospective peut déjouer cet écueil méthodologique de taille et encore faudrait-il communiquer avec les informateurs à des intervalles réguliers. À défaut d'une démarche aussi coûteuse, la seule solution est une analyse rétrospective très attentive à la date d'apparition et de disparition des épisodes dépressifs ou autres. Certaines variables comme les tentatives de suicide ou les idéations suicidaires sérieuses, parce qu'elles ne sont pas constituées par une configuration de plusieurs symptômes, présentent en ce sens de nets avantages, et il est possible de les dater avec une plus grande facilité (Tousignant et Hanigan, 1986).

L'une des questions qui portent le plus à controverse est celle de savoir si les événements sont réellement indépendants de la volonté ou des agissements du répondant (Rabkin et Struening, 1976). En d'autres termes, le sujet est-il totalement ou même partiellement responsable de ce qui lui arrive ? Par exemple, comment trancher que le divorce est cause de la dépression sans présumer que des propensions dépressives ont d'abord nui à l'union maritale. La position de Brown ¹ à cet égard n'est pas de rejeter les événements qui sont dépendants du sujet à un degré ou à un autre. Cela entraînerait tout d'abord la mise à l'écart d'un nombre

¹ Communication personnelle.

considérable d'événements majeurs depuis la naissance d'un enfant jusqu'à certains cas de pertes d'emploi. La question fondamentale est de savoir si un événement, quel que soit l'engagement du sujet, est en mesure de faire basculer une personne déjà vulnérable sur le plan psychologique dans un état pathologique. Par exemple, si une personne fait des gestes qui indisposent son partenaire et provoquent le divorce et un état de dépression chez elle, il est probable qu'elle n'aurait pas souffert d'une dépression sans ce divorce. Cela peut faire plusieurs années qu'elle est irritable mais la dépression surgit juste après le divorce. Le processus de causalité ne suit pas un simple mouvement de linéarité comme l'exigeraient certains puristes (Tennant et coll., 1978) ; il s'inscrit davantage dans un mouvement en spirale, et notre rôle est de décrire tous les méandres qui mènent aux troubles psychiques.

Aussi ne faut-il pas être surpris si, dans les études longitudinales comme celle de McFarlane et coll. (1983) et de la plupart de celles qui établissent des relations entre des scores d'échelles à deux périodes, on retrouve que ce sont les symptômes mesurés à la période initiale qui prédisent mieux que les autres variables les symptômes d'une période ultérieure de six mois, malgré une association claire entre les événements indépendants et indésirables et la santé mentale. Cela ne veut pas dire pour autant que l'état de santé mentale soit une caractéristique stable qui ne changerait que très peu en fonction des vicissitudes de la vie. Ces symptômes plus ou moins chroniques peuvent eux-mêmes être reliés à certaines situations de vie durables et il n'y a pas lieu de douter de l'importance de l'étiologie sociale en présence de telles observations. D'autre part la question importante est de prédire non pas le nombre de symptômes à un moment donné, mais les facteurs qui contribuent à créer un état d'incapacité relative chez une personne entre un moment A et un moment B. Le secteur de l'alcoolisme aidera à comprendre cette idée. Il est tout naturel de s'attendre à ce que les personnes qui consomment à une période déterminée soient celles qui ont déjà des habitudes de consommation plutôt que celles qui s'abstiennent totalement. Ce qu'il importe de connaître, ce sont les facteurs qui à un moment donné font basculer des buveurs moyens vers un type de consommation abusive.

L'enthousiasme qui a suivi la mode des études sur les événements de vie a vite été rafraîchi par des corrélations pour le moins modestes avec l'état de santé mentale. Seulement neuf pour cent (9%) de la variance des

états pathologiques est attribuable à ces événements (Rabkin et Struening, 1976), et la valeur de prédiction des événements n'a guère augmenté à la suite des améliorations apportées aux instruments (Kessler et coll., 1985). La même conclusion est partagée par Brown et Harris (1978), à savoir que la plupart des personnes qui passent à travers une épreuve sérieuse au cours d'une année ne tombent pas dans une dépression, ce qui, lorsqu'on y regarde de près, répond à l'observation du sens commun. Dans leur échantillon de Camberwell, 20% des femmes ayant vécu un événement sérieux ou une difficulté de vie majeure - et nous reviendrons sur cette notion de difficulté de vie un peu plus bas - commencent une dépression en cours d'année : c'est une minorité, mais c'est tout de même dix fois plus que dans le groupe n'ayant pas vécu de tels événements ou difficultés (2%). La proportion de 20% est tout de même impressionnante car si, par exemple, un pourcentage similaire de personnes tombaient gravement malades après avoir consommé un aliment quelconque alors que ceux qui n'en ont pas goûté continueraient d'être sains, on sait d'ores et déjà la nature de l'inquiétude provoquée par cet aliment. Il est clair cependant qu'il existe d'autres facteurs et que le seul effet d'un événement majeur n'est habituellement pas suffisant pour mener à la dépression. D'autre part, seulement un pour cent (1%) de la variance du cancer du poumon est attribuable au tabagisme malgré les preuves étiologiques indubitables ; c'est pourquoi il faut savoir adapter le choix des méthodes statistiques à l'agencement des données en présence (Cooke, 1987).

La contribution des événements est mieux établie dans le cas de la dépression que dans celui de la schizophrénie, et elle est probablement encore supérieure dans les cas de tentatives de suicide (Paykel, 1978). Elle est également confirmée pour plusieurs types de maladies physiques (Brown et Harris, 1989). L'important est de se rappeler que les événements doivent s'accompagner d'autres agents catalyseurs pour devenir d'efficaces agents déclencheurs. Ce modèle n'est pas sans évoquer le domaine des maladies virales où les théories récentes s'appuient de plus en plus sur l'hypothèse qu'un type donné de virus a besoin d'un autre virus complémentaire pour être activé et s'attaquer à l'organisme. Les événements agissent donc dans le cadre d'un modèle complexe.

Il ne faut pas non plus mettre sur le même pied tous les événements de la vie. Les grands bouleversements laissent des traces profondes chez leurs victimes, Entre 20% et 40% des gens ne se remettent pas de certai-

nes grandes crises de la vie avec le temps (Silver et Wortman, 1980). Par exemple, plus de 30% des veuves étudiées par Parkes présentent des troubles psychiques visibles plus de quatre ans après la perte de leur conjoint. Les deux cinquièmes des femmes soumises à une mastectomie auraient besoin d'aide psychiatrique après un an (Maguire et coll., 1978, cité dans Kessler et coll., 1985). Quant aux circonstances exceptionnellement traumatiques, elles n'épargnent à peu près personne. C'est le cas de l'explosion de la bombe nucléaire sur Hiroshima qui a laissé des traces psychologiques indélébiles sur l'ensemble des habitants de la région (Lifton, cité dans Baker et Chapman, 1962). Même après des décennies, la plupart des survivants rapportent des effets aberrants. Il y a comme une extinction psychique et une disparition quasi totale des sentiments, la mort devient un compagnon quotidien et on se conduit comme un zombi, sans compter les craintes à l'égard des effets à long terme des radiations. Des symptômes similaires sont observés chez les vétérans américains de la guerre du Viêt-nam qui ont été exposés au combat. Il y a une aliénation de la vie affective (*mental foxholes*) caractérisée par un regard hagard (*thousand-mile stare*) en plus de réactions de rage et de violence tout à fait hors de proportion avec les situations vécues. Un vétéran, en apprenant que son frère est pacifiste, l'a précipité en bas d'un escalier (Figley, 1978).

Les événements critiques ne doivent pas non plus être réduits à des agents destructeurs qui minent le moral et le système d'« immunisation psychique ». L'étude de Kobasa (1979) démontre bien que l'idéal n'est pas tant d'éviter les événements ou les situations de défi que de s'y exposer dans la mesure où on peut rencontrer ces défis. Dans cette recherche, les directeurs de grandes compagnies s'en tirent beaucoup mieux du point de vue de leur santé s'ils sont exposés au stress des changements. L'absence de stress empêche vraisemblablement l'épanouissement de leurs talents et amortit leur vigueur. En revanche, le processus est exactement inverse chez les militaires américains de carrière qui œuvrent dans une armée en temps de paix. Chez ces gens un peu pantouflards qui recherchent la sécurité de l'institution, il y a relation directe entre stress et pathologie.

L'événement peut également avoir un apport très positif dans le développement de la personne ; une crise qui aurait pu provoquer une sérieuse détérioration de la santé mentale peut produire l'acquisition d'une plus

grande sagesse et d'une plus grande sérénité. Les observations de Taylor (1983) sur des femmes de classe moyenne ayant fait l'expérience d'une mastectomie aboutissent à un tableau malgré tout réconfortant des conséquences de ce passage douloureux. Les informatrices rapportent en grande majorité que leur qualité de vie s'est considérablement améliorée après qu'elles ont eu fait l'expérience de leur finitude. Elles ne passent plus leurs journées à s'ennuyer devant les téléromans parce qu'elles découvrent mille choses plus importantes à accomplir. Chaque geste prend une consistance qu'il n'avait pas auparavant grâce à l'acquisition d'une plus grande maturité.

LE CONTEXTE DE L'ÉVÉNEMENT

[Retour à la table des matières](#)

Les événements jouent donc indubitablement un rôle dans l'étiologie des troubles psychologiques. Mais quelle est la nature du processus qui leur permet d'agir sur le psychisme ? Les explications sont nombreuses sans être nécessairement exclusives. L'ensemble des chercheurs s'accordent à dire que ces événements minent l'estime de soi parce que la victime a une occasion de prendre conscience des limites de la maîtrise qu'elle possède sur sa vie, surtout en cas d'échec des stratégies mises en oeuvre pour faire face à son malheur (Kessler et coll., 1985). Cet aspect de fatalisme a été observé dans une recherche menée sur les événements critiques entourant une crise suicidaire chez des collégiens (17-19 ans) de Montréal (Tousignant et Hanigan, 1986). Une maladie chronique grave comme la leucémie ou une peine d'amour font prendre conscience du peu de maîtrise par rapport à son destin. La baisse de l'estime de soi est probablement encore plus accentuée dans les circonstances où le sujet croit qu'il aurait pu agir, par exemple en empêchant qu'un ami le rejette ou en prévenant la séparation de ses parents. Dans le cas où l'événement va complètement à l'encontre des attentes normales, la confusion et la désorientation peuvent s'ensuivre. C'est le cas lorsque le fiancé retire son engagement alors que le mariage était entendu ou si l'étudiant rate un examen jugé facile.

L'événement provoque également toute une série de tracasseries dont l'accumulation peut être déterminante pour miner la santé mentale. La perte d'emploi, après la brève période de quasi-vacances qui nous arrache à la monotonie du travail, force à faire face à toute une série d'ennuis dont la somme devient à la longue bien difficile à supporter, tentatives infructueuses de retrouver un emploi, temps libres à profusion avec peu de ressources financières pour les occuper, irritation causée par l'augmentation du temps passé en compagnie du conjoint et des enfants, déséquilibre du rythme circadien parce que la journée n'est plus cadencée par l'horaire de travail et que les heures de coucher et de réveil deviennent très variables.

Les effets des événements peuvent se faire sentir au niveau du système immunitaire et provoquer de la fatigue ou des problèmes de santé physique qui tôt ou tard entraîneront des états dépressifs. Un tel modèle pourrait expliquer pourquoi les personnes déprimées dans l'enquête Santé Québec sont plus sujettes à rapporter des maladies physiques. On remarque ainsi que les gens qui déclarent avoir une excellente santé n'affichent un score de détresse psychologique élevé que dans une proportion de 10%, pourcentage qui augmente jusqu'à 71% chez ceux qui rapportent souffrir d'une mauvaise santé (Emond, 1988).

Les premiers écrits de la psychanalyse sont articulés autour de la conception du trauma. Freud insiste beaucoup sur l'aspect traumatique de l'événement comme facteur déclencheur de la psychopathologie ou comme facteur de vulnérabilité. Son modèle indique que le système nerveux n'est plus capable de diriger les influx nerveux qui lui parviennent. Et ce dépassement des capacités du système nerveux est produit moins par les circonstances actuelles de l'événement que par les souvenirs indésirables évoqués. En d'autres termes, les névrotiques souffrent principalement de leurs réminiscences (Mestrovic, 1985).

Thoits (1983) fait une excellente synthèse des dimensions des événements qui ont des effets spécifiques sur les états de santé physique et mentale. Tout d'abord, contrairement à ce qui est postulé dans la première phase des recherches, la quantité des changements provoqués est moins déterminante que le fait de ne pas désirer ces changements. De la myriade de travaux portant sur cette question, il ressort que c'est l'indésirabilité des événements qui est l'élément déterminant dans la santé mentale, cela quels que soient les types d'indices utilisés, que ce soient les diagnostics

traditionnels de dépression et de schizophrénie, les symptômes de détresse ou les comportements psychopathologiques.

La seconde dimension est le sentiment de maîtriser l'événement. On sait par exemple que de nombreuses recherches cliniques et de laboratoire s'appuyant sur la notion de l'impuissance acquise (*learned helplessness*) ont conclu que l'absence de maîtrise était déterminante dans le développement de troubles de type dépressif. Les recherches sur les événements critiques ont surtout analysé la dimension indépendance/non indépendance du sujet qui est quelque peu différente. Bien que les résultats soient ambigus, il semble assez évident que les événements indépendants interviennent davantage dans l'étiologie, en particulier pour la dépression. Cette conclusion est réconfortante puisqu'elle indique que la relation entre les événements et la psychopathologie n'est pas due principalement au fait que les patients rapportent plus d'événements simplement à cause des dispositions de leur personnalité. D'autre part, les études recensées par Thoits (1983) concernant une relation entre événements indépendants et dépression semblent utiliser un seuil pathologique très élevé.

L'anticipation est une autre dimension importante. La littérature démontre que les changements anticipés cycliques comme le mariage, la ménopause et la retraite ont moins de conséquences sur la santé mentale que les changements non normatifs comme le divorce, la maladie et le chômage.

LES TRACAS ET LES BONS MOMENTS DU QUOTIDIEN

[Retour à la table des matières](#)

Laissant de côté les grands drames de la vie, certains instruments plus récents s'intéressent davantage aux tracas et aux joies du quotidien. La logique invoquée, c'est que les tensions quotidiennes ont au moins autant d'importance pour la santé mentale des individus que les événements isolés, que leur accumulation finit par peser davantage dans la balance que des coups durs dont l'impact sera peu à peu résorbé par le temps. L'instrument proposé par Kanner et coll. (1981) pour évaluer ce poids com-

prend 117 exemples de tracas (*hassles*) et 135 de bons moments (*uplifts*). Les exemples suivants aideront à illustrer l'éventail de tracas offert par l'instrument : *Au cours du dernier mois, indiquez les tracas que vous avez eus : (voisins ennuyeux) ; (difficultés à vous détendre) ; (soins à votre animal domestique) ; (manque de sommeil)*. L'informateur doit également préciser sur une échelle en trois points le degré de gravité de ces contrariétés. Voici maintenant quelques exemples de la formulation de bons moments énumérés dans la seconde partie de l'instrument : *indiquez les faits et gestes qui vous ont fait vous sentir bien au cours du dernier mois : (admirer la nature) ; (faire un compliment) ; (cuisiner) ; (mettre vos talents à profit au travail) ; (prier)*. L'informateur doit aussi préciser la fréquence de ces bons moments.

Comme on peut s'y attendre, les tracas sont associés à la présence d'affects négatifs et les bons moments à des affects positifs, mais uniquement chez les femmes, car les hommes vivant de bons moments sont plutôt portés à manifester des affects négatifs ! Si, d'autre part, les tracas sont associés à l'échelle de symptômes névrotiques du Hopkins, chez les femmes, les bons moments provoquent également une augmentation de ces symptômes. Ce qu'il y a lieu de retenir, c'est que les tracas entraînent une plus forte variance de l'échelle de symptômes que les événements ou les bons moments. Une reproduction de cette recherche utilisant un schème longitudinal où la santé globale et une liste de symptômes somatiques sont les variables dépendantes conduit aux mêmes conclusions (De Longis et coll., 1982). Cette recherche inclut également une mesure du niveau d'énergie, et encore une fois les tracas et les bons moments expliquent 16% de la variance par rapport à 7% pour les événements.

Dohrenwend et coll. (1984) critiquent l'instrument de De Longis et coll. (1982) en alléguant que 37 exemples de tracas sont en fait des symptômes, et 57 autres des quasi-symptômes, selon un groupe de 371 cliniciens consultés, ce qui risque de gonfler artificiellement les corrélations à cause d'une confusion possible entre les variables de prédiction et les variables dépendantes. Ils proposent donc d'éliminer les exemples douteux et de contextualiser davantage les autres. La première équipe (Lazarus et coll., 1985) prend note de ces remarques et analyse une nouvelle fois ses données en classant les tracas en facteurs symptomatiques, facteurs douteux et facteurs non symptomatiques. Ces modifications ne changent rien par la suite aux corrélations obtenues avec l'échelle de Hopkins, c'est-à-

dire que les tracas demeurent fortement corrélés avec la liste de symptômes psychologiques. De plus, sept des huit facteurs isolés continuent de présenter des corrélations significatives quelle que soit la part relative de facteurs symptômes qu'elles contiennent. Dohrenwend et ShROUT (1985) reviennent cependant à la charge en laissant entendre qu'il y a un facteur général sous-jacent à tous ces facteurs indépendants qui serait le bouleversement vécu. En d'autres mots, ce ne serait pas parce que l'individu vit de véritables tracas qu'il coche souvent les items décrivant des tracas, mais à cause de ses dispositions affectives du moment.

L'introduction des tracas et des bons moments comme facteurs de la santé mentale est un apport théorique définitif, reconnu par ceux-là mêmes qui soulèvent des critiques sévères contre les instruments proposés. D'autre part, si l'univers des expériences couvertes par les tracas dépasse celui des contraintes de rôle, il resterait à vérifier si les tracas quotidiens peuvent encore avoir leur importance en l'absence de ce type de contraintes reliées au rôle. Une relative satisfaction protégera peut-être les adultes d'âge moyen fortement engagés dans des rôles professionnels et familiaux. C'est du côté des personnes qui n'ont pas de rôle ou n'ont qu'un seul rôle que ces tracas risquent d'être plus lourds de conséquences. Nous concluons en soulignant que ce n'est pas en confrontant les événements et les tracas que nous arriverons à une solution. Comme nous le verrons plus loin, l'effet interactif des tracas avec les événements impressionne autant que leur contribution propre. En somme, le concept de tracas ne possède pas encore d'assises théoriques suffisantes, et il y a lieu de réduire la part subjective du répondant dans les instruments proposés.

LES CONTRAINTES DE RÔLE

Leur nature

[Retour à la table des matières](#)

Le cadre trop restreint des analyses d'événements tend à laisser croire que la santé mentale serait liée aux accidents disparates de la vie et qu'il s'agirait d'un jeu de probabilités dans lequel les plus chanceux s'en tirent. Les corrélations tirées de grands échantillons n'offrent malheureusement

aucun éclairage sur les sujets qui sont aux prises avec ces changements et sur les façons dont ils les affrontent. Si la prise en considération des tracasseries est déjà une tentative dans la bonne direction, elle n'offre pas en retour la présence de concepts organisateurs. Le concept de contrainte de rôle mis en avant par Pearlin (1983) est conçu comme une invitation à considérer moins le changement en soi provoqué par l'événement que l'effet d'usure sur la capacité à remplir ses obligations et ses rôles dans la vie.

Pourquoi les rôles auraient-ils une si grande importance ? Tout d'abord à cause du grand investissement affectif dont ils sont la cible. On ne peut demeurer indifférent à ce qui ralentit l'atteinte des objectifs les plus centraux de notre vie ou y fait obstacle ; soit la survie économique ou le bonheur au sein du couple et de la famille. L'intérêt de la notion de rôle est aussi de voir comment les comportements des individus sont reliés aux grandes structures organisationnelles de la société et de considérer comment l'événement affecte non seulement l'individu mais le contexte social dans lequel il s'insère. En effet, si les bouleversements sociaux et économiques comme la récession, l'inflation, la crise du logement agissent sur les individus, c'est certes à travers des événements isolés qui font mal comme la perte d'emploi ou la faillite, mais surtout par les effets qu'ils exercent sur l'accomplissement des rôles en rendant plus difficile l'éducation des enfants ou l'entente conjugale.

Le concept de contrainte de rôle (*role strain*) se définit donc par « les difficultés, les défis, les conflits et les autres problèmes de même nature que les gens traversent avec le temps lorsqu'ils s'engagent dans les rôles sociaux de la vie » (Pearlin, 1983, p. 8). L'auteur en distingue six types particuliers :

1/ Contraintes de tâche. - Il s'agit ici de tous les aspects matériels des actions à accomplir, comme le bruit, les dangers ou le surcroît de travail. Les travailleurs habituellement situés aux deux extrêmes du champ occupationnel, dans les tâches répétitives ou les postes à responsabilité élevée, sont les plus affectés. La contrainte de tâche peut également être reliée à un revenu mal proportionné à l'effort à fournir ou aux talents exploités. Dans ces conditions, la motivation se perd et il faut plus d'énergie pour produire.

2/ *Conflits interpersonnels*. - Ce sont les conflits qui naissent entre deux personnes habituellement engagées dans les mêmes situations de rôle. Le mariage fournit le cas type. Les principales sources d'insatisfaction et de mésentente sont l'impression d'une absence de réciprocité en ce sens qu'un partenaire croit donner beaucoup plus qu'il ne reçoit ; la perception par un partenaire que l'autre lui manque de respect ou ne le reconnaît pas à sa juste valeur ; ou encore doute sur le fait que l'autre remplisse ses obligations ; et enfin, absence de renforcements affectifs ou sexuels. Dans le domaine de la famille, on doit ajouter tous les types de soucis causés par les enfants à leurs parents (drogue, insuccès scolaire, rejet de valeurs) et de soucis causés par les parents à leurs enfants (manque d'intérêt, surprotection, projection d'idéaux démesurés). Dans le domaine du travail, le conflit avec l'autorité qui entraîne une dévalorisation de soi et une dépersonnalisation risque d'invalider ce qu'on investit dans le travail. Il est bien entendu que la contrainte liée au rôle sera d'autant plus grande que l'individu sera plus engagé dans ce rôle. Un homme qui a fait son deuil de la réussite de son mariage sera beaucoup moins touché par les remontrances de sa conjointe que s'il faisait de la réussite de celui-ci un idéal romantique. Toutes ces relations sont bien sûr conditionnées par les attentes des acteurs.

3/ *Multiplicité des rôles et conflits interpersonnels*. - Les engagements pris dans un domaine sont souvent incompatibles ou en contradiction avec ceux que l'on prend dans un autre domaine et causent évidemment des dilemmes. Certaines grandes multinationales vont jusqu'à interviewer les femmes de leurs futurs cadres sous le couvert d'une rencontre sociale afin de vérifier si les valeurs du mariage chez ce couple ne risquent pas de perturber le désir d'ascension sociale et tous les sacrifices qui en sont le prix (déménagements à l'étranger, absences du foyer, socialisation par les loisirs dans un milieu d'affaires).

Ces conflits de rôle sont plus sujets à se produire chez les personnes qui n'ont pas la possibilité de reléguer temporairement l'un de leurs rôles à une place secondaire au profit de l'autre. C'est la situation vécue par les femmes qui sont plus sujettes à être déprimées que les hommes si leur travail entre en contradiction avec les impératifs du foyer (Pearlin, 1975). Ici, les travailleuses à revenus plus modestes sont souvent plus affectées par des conflits de rôle à cause des faibles moyens offerts par les institutions pour faire face à l'inattendu dans la famille (maladies des enfants,

urgences à la maison). À l'opposé, le professeur d'université, même celui qui porte de lourdes responsabilités sur les épaules, trouve de nombreux moyens de résoudre les conflits possibles (préparer son cours dans la salle d'attente du pédiatre, déplacer ses rendez-vous importants à la maison, profiter d'une conférence à l'étranger pour se reposer de la famille).

4/ Emprisonnement dans les rôles. - Ce champ est moins analysé mais peut fournir des éléments permettant de comprendre les situations de certaines personnes. Il s'agit de celles qui sont profondément insatisfaites du rôle dans lequel elles sont captives tels le retraité qui veut travailler, le père qui regrette son célibat ou la femme qui se sent à l'étroit au foyer. Ainsi, les femmes qui sont dans l'impossibilité d'accepter un emploi malgré leur désir de le faire sont plus dépressives que celles qui sont satisfaites de leur sort au foyer.

5/ Changements de rôles. - Entrer dans un rôle et en sortir (mariage, perte d'emploi) constituent en fait des événements critiques qui sont discutés sous une autre forme ailleurs.

6/ Restructuration des rôles. - Il arrive parfois dans la vie que nous changions de position dans la relation qui nous unit à une autre personne. Nous prenons soin de vieux parents qui nous ont éduqués, l'enfant d'une mère récemment divorcée est appelé à devenir prématurément son confident, les enfants des nouveaux immigrants sont maintenant ceux qui prennent l'initiative d'adapter la famille à la culture d'accueil, le chirurgien tombé gravement malade doit sagement se soumettre à l'équipe médicale. Tous ces exemples montrent que l'inhibition causée par des comportements appris et l'adoption de comportements contraires peut produire une tension très forte.

Comme le fait remarquer Pearlin, les ouvrages portant sur les contraintes de rôle s'adressent surtout à la population active qui travaille et élève une famille. Nous sommes beaucoup moins conscients des rôles qu'assument les personnes qui n'en ont apparemment pas ou guère comme les retraités, les chômeurs, les malades et les handicapés. De même, nous connaissons moins bien les conséquences d'autres rôles aussi importants que ceux de parents et de travailleurs. Il y a le rôle d'enfant et d'écolier, celui d'étudiant, celui de grand-parent ou celui de ceux qui vivent en collectivité comme les religieux ou les militaires.

Effets sur la santé

Les exemples de contraintes de rôles sont proposés surtout par les ouvrages portant sur la santé et le travail (Kasl, 1984). Dans l'étude de Kittel et coll. (1980 ; cité dans Kasl, 1984), deux groupes d'employés sont suivis durant 10 ans, l'un rattaché à une banque commerciale privée où les risques et les responsabilités sont élevés, l'autre appartenant à une banque d'épargne à caractère semi-public. Les maladies cardiovasculaires sont particulièrement plus élevées dans le premier groupe que dans le deuxième, du moins parmi le groupe qui présente des facteurs de risque somatiques élevés au départ. Des résultats similaires révèlent la situation plus favorable des professions plus paisibles comme celles de professeur ou d'homme de science de la NASA comparées aux professions où les contraintes quotidiennes sont plus fortes comme la médecine générale ou l'administration au sein de la NASA.

Thoits (1983) démontre pour sa part comment les événements en soi ne provoquent pas de bouleversements psychologiques sérieux s'ils ne sont pas accompagnés par des contraintes de rôle. Les enfants qui vivent des événements familiaux négatifs ne présentent pas de troubles de comportement si la famille ne vit pas de tension anormale durant cette période (discorde dans le mariage, problèmes économiques). De même, la perte d'emploi et le bris du mariage ne provoquent d'augmentation des symptômes que dans les cas où il y a intensification des problèmes de la vie quotidienne,

Un autre argument de taille soutient la contribution plus forte du stress chronique en rapport avec l'impact des événements. Les taux de maladies mentales et de problèmes psychologiques sont plus élevés dans les groupes économiquement défavorisés et chez les célibataires, mais les groupes à revenus élevés et les gens mariés rapportent un plus grand nombre d'événements (Thoits, 1983).

L'APPROCHE SOCIOCLINIQUE DE BROWN ET HARRIS

Concepts de base

[Retour à la table des matières](#)

Les travaux de l'équipe du Bedford College de Londres, formée principalement par George Brown, Tirril Harris et Antonia Bifulco, méritent une attention particulière à cause de la contribution exceptionnelle qu'ils apportent à l'épidémiologie psychiatrique. Le patient travail qu'ils ont mené depuis le début des années 1970 dans le domaine des origines sociales de la dépression chez les femmes propose une approche originale et beaucoup plus globale que ce qui est généralement offert par la littérature existante. Leur apport se situe à la fois au plan de la méthode et à celui de la conceptualisation. La panoplie d'instruments développés pour mesurer des concepts clés de leur modèle sont constitués par des entrevues de type clinique semi-dirigées. Leur temps de passation est relativement long et les interviewers ont la consigne de faire préciser tous les détails qui pourraient influencer la codification. Le corpus de référence pour la codification n'est pas restreint aux parties de l'entrevue portant sur les concepts mais est étendu à toutes les informations rassemblées pendant l'entrevue. Cette approche qualitative entraîne évidemment une certaine limitation en ce qui concerne le nombre d'informateurs qui peuvent être contactés, soit généralement entre 200 et 400. Aussi faut-il parfois prudemment attendre la répétition de certaines analyses avant d'obtenir des conclusions définitives. La longueur des recherches, par suite du type d'instruments qu'il a fallu mettre à l'épreuve, a également occasionné un délai important dans la publication, avec le résultat qu'une portion significative de ces analyses n'est connue que depuis 1985. Autre caractéristique méthodologique de cette approche, elle privilégie l'utilisation d'indices simples, la plupart du temps réduits à une forme dichotomique, malgré des explorations préliminaires menées à partir de plusieurs dizaines d'échelles pour représenter les diverses dimensions d'un seul concept tel celui d'événement. Celui-là a donné lieu à plus d'une quarantaine d'échelles représentant autant de dimensions (Brown et Harris, 1978). Si ce type de données gêne l'utilisation de méthodes statistiques multivariées, sans

les exclure nécessairement, il permet en revanche au lecteur techniquement moins bien préparé de suivre les étapes des démonstrations. Le modèle proposé se complexifie davantage à mesure qu'il cherche à intégrer les réflexions sur la notion de rôle en même temps que les variables de la petite enfance et la transmission de leur vulnérabilité jusqu'à l'âge adulte. Il est peu de variables de l'épidémiologie sociale que l'on ne reconnaisse dans ce modèle. Un effort particulier d'intégration permet d'évaluer chacun des aspects dans la chronologie de la chaîne étiologique. Par ailleurs, les protocoles de recherche renferment une foule de détails biographiques sur lesquels il est toujours loisible de revenir afin de vérifier les mécanismes en jeu dans les corrélations relevées ou les raisons pour lesquelles certains sujets dévient des hypothèses de départ. En ce sens, il s'agit d'une véritable épidémiologie clinique dont le réductionnisme ne fait jamais violence aux nuances des récits de vie.

Cette liberté laissée à l'informateur pour se raconter n'a pas pour intention de le rendre juge des interprétations de ce qui lui arrive, comme le font beaucoup d'échelles psychométriques soi-disant objectives. La méthode de codage est très stricte et donne lieu à l'élaboration de dictionnaires ² contenant une profusion d'exemples et de détails sur l'attribution des scores. Le recours aux instruments nécessite donc une formation d'un minimum de deux semaines. Chaque score est établi à partir d'informations les plus objectives possible ; c'est la façon de concevoir la situation de la part des codificateurs autant que les commentaires du sujet qui déterminent les décisions finales sur les cotes. Par exemple, si une jeune femme seule rapporte avoir donné naissance à un enfant alors qu'elle vivait dans un logement délabré avec pièce unique et toilettes partagées, ce sont ces précisions et non les sentiments que peut avoir l'informatrice à propos de son enfant ou de sa résidence qui déterminent la cote. Les corrélations inter-juges atteignent généralement le seuil d'un indice kappa minimal de 0,70 et les degrés d'accord peuvent même être de 100% à l'occasion. Cette prédilection pour les informations objectives permet donc de quali-

² On entend par dictionnaire la somme des exemples de codification qui aident à classer les réponses. Ceux-ci proviennent de discussions régulières par les membres de l'équipe dont font partie les interviewers. Chaque fois qu'un nouvel exemple pose problème, il est soumis à l'opinion de l'équipe qui soit rappelle les similarités avec des cas de jurisprudence antérieurs ou discute de la nature originale de l'information avant de décider sur sa classification finale.

fier l'approche de sociologique mais l'importance également accordée aux processus psychologiques nous la font qualifier de socioclinique.

Une troisième caractéristique définit la démarche de cette équipe. C'est la préoccupation constante de comprendre comment les relations s'opèrent entre les variables et comment ces processus sont reflétés dans la conscience du sujet. Aussi le concept de signification (*meaning*), c'est-à-dire de l'insertion d'un événement ou d'un facteur de vulnérabilité dans l'historicité du sujet avec toute la gamme des réactions émotives provoquées, occupe-t-il une place centrale dans la compréhension des chaînes causales entre les composantes des équations théoriques. Si le terme n'avait pas été si transformé par l'usage, nous nous risquerions à qualifier également leur approche de phénoménologique. La présentation d'un des instruments permettra de comprendre le mode de construction et d'application.

Le *Life Events and Difficulties Schedule* (LEDS) couvre les événements vécus par l'informateur au cours de la dernière année. Son principal avantage est d'aborder l'examen de chacun des secteurs de la vie (santé, vie conjugale, emploi) avec des questions ouvertes qui permettent de recueillir des événements peu fréquents ou absents des listes usuelles. Ainsi la question : *Est-ce que vous ou n'importe quel membre de votre famille avez eu des nouvelles inattendues à propos de quelque chose qui est arrivé ou qui allait arriver ?* permet d'identifier des événements disparates, mais de grande importance. Le LEDS peut ainsi recueillir des événements qui sont constitués par un changement cognitif soudain qui concerne un changement à venir.

L'une des dimensions les plus importantes de l'événement et sur laquelle on se base pour en mesurer la gravité est la menace à long terme. On entend par là un événement qui continue de causer normalement des soucis sérieux après plusieurs jours. Par exemple, être témoin d'un accident de circulation peut constituer un événement bouleversant, mais pas nécessairement pour un long laps de temps, par comparaison avec l'expérience d'une perte d'emploi ou de la mort d'un conjoint. La menace est en rapport avec l'historicité du sujet, c'est-à-dire avec ses buts, ses projets et ses intérêts. Une menace est donc quelque chose qui, au moins deux semaines après la production de l'événement, continuera de mettre en péril des intérêts importants pour la personne.

L'analyse du contexte d'ensemble permet également de juger un événement par rapport à d'autres survenus au cours de la même période. Ainsi, devenir enceinte quelques mois avant la séparation conjugale augmente l'anxiété à long terme et permet de classifier l'événement comme majeur. On se réfère également aux difficultés vécues dans les domaines qui y sont liés. Ainsi, perdre un emploi alors que les moyens de subsistance sont précaires augmente la gravité de l'événement comme en témoigne l'étude de Eales (1985, cité dans Brown et Harris, 1988). Au lieu de profiter de la disparition des contraintes quotidiennes du lever tôt et des tensions engendrées par la productivité, on sera obligé de trouver rapidement des revenus et de voir son pouvoir d'achat rongé rapidement par les besoins essentiels.

Certains (Tennant et coll., 1981) avancent que ce qui est en fait mesuré par cette méthode n'est pas un véritable événement mais une espèce d'indice de stress social puisque l'événement est jugé dans le contexte des circonstances qui l'entourent. Ce à quoi Brown et Harris (1986) répondent que leur projet est en définitive, au-delà des débats sur les concepts, non pas de cerner des notions épurées mais bien de reconstruire les situations qui prédisent avec le plus d'acuité les troubles psychiques. Leur démarche consiste donc à concevoir un mode de production sociale de la dépression, de le rendre opérationnel et de le vérifier empiriquement, et ensuite de dégager le modèle qui rend le mieux compte des résultats obtenus.

Le LEDS, ainsi qu'on l'a souligné, ne se contente pas de considérer les seuls événements ; il couvre toute une série de *difficultés de vie* dont la nature est plus chronique, c'est-à-dire qu'elles sont généralement marquées par une durée de plus de six mois. Ainsi, le contexte socio-économique (évincement d'un logement, espace inadéquat, revenus insuffisants) ou les démêlés avec un patron représentent autant de difficultés qui seront codées indépendamment dans le protocole. Là encore, une échelle en six points permet de départager les difficultés en fonction de leur gravité. Une analyse attentive des thèmes couverts permet de voir qu'ils englobent les éléments essentiels des tracas quotidiens et des problèmes de rôle. Le LEDS permet cependant de les rendre plus opérationnels grâce à l'élaboration d'un dictionnaire similaire à celui qui a été consacré aux événements et d'en apprécier la gravité à la suite d'une di-

chotomisation de l'échelle en six points séparant les difficultés majeures des difficultés mineures.

Le modèle implique donc la conjugaison des événements et des difficultés ; c'est là aussi l'une des constantes des résultats empiriques. Dans l'étude de Camberwell (Brown et Harris, 1978), 40% des événements sont considérés comme majeurs non pas à cause de leur impact propre, mais bien parce qu'ils sont associés à des difficultés sérieuses. Par ailleurs, un quart des événements majeurs produisent une difficulté sérieuse, c'est-à-dire que c'est autant leur impact que leurs conséquences à moyen ou à long terme qui les érigent en événements majeurs. Le fait d'isoler ces événements majeurs contribue à mettre en relief des distinctions que n'ont pas révélées d'autres instruments. Alors que d'autres études faites à partir de listes d'événements ne révèlent souvent pas de différences significatives entre les classes sociales, cette démarche permet de trouver, et par une bonne marge, un plus grand nombre d'événements majeurs dans la vie des femmes de classe ouvrière que dans celles des femmes de classe moyenne. Les premières en vivent 54% de plus que les autres alors qu'elles n'en auraient que 11% de plus si l'on ne tenait pas compte des difficultés associées. Ce sont les difficultés sérieuses, c'est-à-dire les trois degrés supérieurs de l'échelle en six points, indépendantes de l'état de santé et s'étendant sur deux ans qui contribuent le plus au risque supplémentaire de dépression. Le problème interprétatif souligné par les auteurs est de savoir pourquoi les difficultés ont un effet si tardif. Est-ce l'usure à long terme ou l'incidence d'un événement supplémentaire qui en fait finalement un détonateur ?

L'événement n'est pas au plan conceptuel radicalement différent de la difficulté de vie si ce n'est par son caractère plus restreint dans le temps. Le divorce, c'est aussi la solitude qu'il entraîne, la violence conjugale, c'est aussi une forme de menace difficile à oublier. Les deux concepts constituent des agents déclencheurs dans la terminologie du système de classification. On entend par là que la présence exclusive d'un événement majeur ou d'une difficulté sérieuse suffit à augmenter de façon significative la probabilité du début d'un épisode de dépression. Mais l'événement agit vite, et même très vite, souvent même avant l'instauration des difficultés à long terme. C'est généralement dans les trois semaines qui succèdent l'événement que la dépression risque le plus de prendre forme.

Le troisième axe de ce modèle est formé par les facteurs de vulnérabilité. La vulnérabilité est définie comme l'ensemble des caractéristiques de l'état d'une personne qui font augmenter les risques de pathologie en présence d'un agent déclencheur, c'est-à-dire un événement ou une difficulté. On pourrait utiliser l'image d'éléments qui affaiblissent le système d'« immunité psychologique » mais qui ne vont jamais jusqu'à provoquer un trouble psychique par leur seule présence. L'état d'anémie pourrait être un bon exemple dans le domaine de la santé physique.

L'étude menée auprès de femmes de milieux défavorisés du quartier de Camberwell à Londres (Brown et Harris, 1978) a permis de mettre en lumière quatre grands facteurs de vulnérabilité, soit l'absence d'un rapport intime avec un conjoint, la perte de la mère avant l'âge de 11 ans, la présence de trois enfants ou plus de moins de 14 ans à la maison et l'absence d'un emploi rémunéré. Ces facteurs ont un effet additif, c'est-à-dire que la probabilité de dépression s'accroît en fonction du nombre de facteurs de vulnérabilité pour autant, bien entendu, qu'il y ait présence d'un agent déclencheur. Même si ces quatre facteurs sont associés à l'incidence de la dépression, leur origine est plus ou moins éloignée de la situation du moment. La perte de la mère en bas âge est un facteur relié à la socialisation de la petite enfance tandis que les trois autres facteurs sont reliés aux rôles du moment. Le concept qui intègre tous ces facteurs de vulnérabilité est l'estime de soi. Le modèle implique en effet que le fait par exemple de ne pas partager de confidences ou d'être confinée à la maison diminue chez la femme la possibilité de se valoriser. La perte de la mère en bas âge pose un problème plus épineux, et nous y reviendrons dans un chapitre ultérieur. Il suffit de mentionner ici que la présence de parents substitués risque de diminuer sensiblement la qualité des soins, ce qui aura des effets négatifs sur l'estime de soi, et peut entraîner une baisse des moyens dont on dispose pour faire face aux tribulations de la vie, comme par exemple provoquer un sentiment général de désorientation et de désespoir face à l'adversité. Les facteurs de vulnérabilité se renforcent donc les uns les autres et tissent autour de la personne un filet qui ne lui laissera que peu d'espoir d'échapper aux agressions de la vie. La faible estime de soi par exemple n'est pas nécessairement permanente ; elle doit être entretenue par une situation objective extérieure qui, la plupart du temps, consiste en une absence de soutien social ou en relations négatives avec l'entourage.

Les facteurs de vulnérabilité identifiés ont en commun le fait de frustrer un besoin psychologique de base, soit un besoin de sécurité ou d'affection dans le cas du manque de soutien ou de la perte de la mère en bas âge, soit un besoin d'épanouissement dans le cas d'une femme prisonnière de son foyer. Le modèle implique ici que ces facteurs induisent des affects négatifs comme de la tristesse, de l'ennui ou de la colère, sans pour autant provoquer un trouble psychique. Il faut en quelque sorte une agression plus directe, un agent déclencheur, pour que la dépression soit accompagnée de la désorientation et du désespoir.

Il serait toutefois faux de concevoir un facteur de vulnérabilité comme une simple toile de fond agissant sur un mode passif. Le fait de se sentir mal aimé par exemple peut conduire un individu à chercher des solutions magiques qui causeront éventuellement sa perte. Ainsi, une adolescente rejetée par ses parents pourra chercher à se lier avec le premier venu et à mettre toute sa confiance en lui ; elle risque également d'arrêter son choix sur quelqu'un qui a ses propres problèmes dans la vie et qu'elle cherchera à tirer du mauvais pas afin de faire mieux que sa mère qui n'a jamais réussi à guérir son mari alcoolique. Des relations établies sur une base semblable risquent très tôt de conduire à de tristes lendemains. En ce sens, le facteur de vulnérabilité qu'est le manque d'attention de la part des parents au cours de l'enfance mène à une dynamique qui entraîne des situations productrices d'événements. Il peut même arriver que le même objet soit source de vulnérabilité et agent déclencheur. Un exemple de cela serait un mari qui pendant une certaine période n'accorderait pas à sa femme le soutien attendu et qui deviendrait la cause directe d'un événement majeur en frappant sa femme durement alors qu'il est ivre.

On demeure conscient que la nature des facteurs de vulnérabilité peut varier en fonction de la classe sociale ou du contexte urbain-rural. Des analyses portant sur d'autres populations laisseront probablement apparaître des facteurs différents. Nous n'en savons pas encore beaucoup sur les facteurs de vulnérabilité chez les hommes.

Importance des interactions

L'accumulation des recherches sur des échantillons de population au cours d'une période de dix années ne laisse plus aucun doute sur l'importance étiologique des événements majeurs et des difficultés de vie sérieu-

ses pour expliquer le début d'un épisode dépressif. Plus des deux tiers (68%) des femmes chez qui on décèle le début d'une dépression au cours d'une période de 6 à 12 mois rapportent au moins un événement majeur, près des deux cinquièmes (38%) présentent une difficulté de vie sérieuse, et un total de 84% ont connu soit un événement majeur, soit une difficulté sérieuse. C'est beaucoup moins que chez celles qui n'ont pas souffert d'un épisode dépressif et dont un tiers seulement rapportent l'un ou l'autre de ces agents déclencheurs. A partir d'une série d'échantillons qui totalisent maintenant environ deux mille sujets, on en arrive donc à déterminer un risque moyen attribuable à ces deux facteurs de 73% (Brown et Harris, 1986). Cela signifie que bien que 84% des nouveaux cas de dépression soient associés à un agent déclencheur, il n'y a en définitive qu'environ trois cas sur quatre ou 73% pour lesquels la dépression est réellement attribuable à l'agent déclencheur si l'on tient compte de l'effet de hasard calculé sur la base des associations négatives ou du pourcentage des cas sans dépression même s'il y a présence d'un agent. Dans les recherches conduites auprès de patients en psychiatrie, le pourcentage de ceux qui rapportent un événement avant un épisode varie entre 42 et 73%. Ce pourcentage, quoique inférieur à celui qui est obtenu auprès de la population, est appréciable compte tenu du fait que beaucoup des nouveaux épisodes ont comme toile de fond la réactivation d'une dépression chronique et que certains autres sont dus à des rechutes à la suite d'un changement de médication.

La recherche la plus récente conduite dans le quartier d'Islington à Londres fait faire un pas considérable dans la compréhension de l'impact de certains événements majeurs qui correspondent à des rôles ou à des difficultés. Il est important de mentionner que l'évaluation des rôles et des difficultés a été faite dans une première entrevue qui précédait d'une année celle qui portait sur les événements majeurs ou sur la dépression qui s'est ensuivie. On distingue d'abord les événements-E qui sont associés à un engagement profond dans l'un des cinq domaines suivants : les enfants, le mariage, le travail domestique, l'emploi ou les activités extérieures. Il n'est pas nécessaire que la personne soit heureuse dans cet aspect de son rôle ; ce qui est déterminant est la valeur, l'idéal investi dans ce domaine. La distinction se révèle très fructueuse sur le plan empirique car trois fois plus de femmes ayant vécu un événement-E (40%) entrent dans un épisode de dépression que de femmes qui ont vécu un événement non-E (14%). Ces résultats donnent donc raison à Pearlin et Schooler qui met-

tent en relief l'importance du rôle tout en précisant que c'est l'événement relié au rôle plus que la difficulté chronique qui est déterminante dans l'étiologie de la dépression.

Le deuxième type de correspondance provient de la conjugaison entre un événement majeur et une difficulté sous-jacente. Ce type d'événement est appelé événement-D. La difficulté doit s'étendre sur plus de six mois mais il n'est pas nécessaire qu'elle soit la cause de l'événement. L'exemple fourni est l'incidence d'une grossesse alors que le logement est inadéquat ; le foyer étant inconfortable, la grossesse devient tragique. Encore ici, les femmes qui accusent un événement-D ont trois fois plus de chances de devenir dépressives que celles qui ont vécu un événement majeur non-D (40% par rapport à 14%). Il est aussi à noter que chacun des deux types d'événements -E et -D contribue de manière indépendante à la dépression. Dans l'ensemble, les femmes qui ont vécu un événement soit -E, soit -D ont quatre fois et demie plus de chances d'entrer dans un épisode de dépression que celles qui ont vécu un événement majeur qui n'a pas cette caractéristique (37% par rapport à 8%). Enfin, seulement deux des 153 femmes qui ne présentent aucun agent déclencheur connaissent un épisode de dépression.

Qu'est-ce qui peut expliquer cet effet particulier des événements-D ? Une série d'analyses ultérieures permettent de déterminer en premier lieu que ces événements sont généralement plus graves que les non-D. Cependant, l'effet demeure encore présent, quoique plus faible, pour les événements-D de même niveau de gravité. La deuxième caractéristique est que les événements-D provoquent beaucoup plus fréquemment une réaction de désespoir. Cela est peut-être dû au fait que ces femmes ne voient pas comment leurs conditions de vie leur permettraient de se sortir de ce problème spécifique puisque la difficulté leur enlève les moyens précis auxquels elles devraient recourir pour affronter l'épreuve de l'événement.

Le troisième type de correspondance identifié est celui qui associe l'événement à un conflit de rôles (événement-R). Ce conflit peut aussi bien découler d'une tension entre deux rôles, celui de mère et celui de travailleuse, ou d'une tension à l'intérieur d'un même rôle. Dans ce dernier cas, on pourrait par exemple être très hostile à l'égard d'une personne proche tout en dépendant d'elle ; on parlerait de préférence d'une ambi-

guité de rôle. Les événements-R sont encore une fois étroitement reliés à la dépression mais leur effet recoupe à peu près entièrement celui des événements-D. Le principe d'économie demande donc qu'on laisse ce concept de côté à moins qu'il n'ait une contribution indépendante, ce qui est démontré dans la section suivante.

Le principe de sommation

Les utilisateurs des listes d'événements considèrent le stress comme égal à la somme des événements vécus. Il faut dire que les preuves de cette équation sont loin d'être convaincantes. Si Ingham et Miller (1979) réussissent à faire valoir que l'effet de sommation est présent, il est minime, et la variable dépendante est la variation de l'humeur dépressive plutôt que l'incidence d'un diagnostic. L'équipe du Bedford est toujours demeurée sceptique par rapport à cette position. Elle est plutôt d'avis qu'un seul événement majeur suffit à provoquer la dépression et que son effet n'a pas besoin d'être amplifié par un autre événement indépendant. Les analyses de l'échantillon d'Islington la confirment dans son opinion. La seule exception valable apparaît lorsque des événements majeurs sont liés entre eux et que l'un des trois types de correspondance dont nous avons parlé dans la section précédente est présent. Par ailleurs, aucun indice dans les résultats ne permet d'appuyer l'hypothèse d'un quelconque cumul entre les événements mineurs ou entre les difficultés.

Le principe de la sommation ne joue donc pas dans un sens strict. Cependant, plus un événement a de correspondances, plus il risque de mener à la dépression. Chez les femmes qui ont vécu un événement majeur, le taux de dépression est de 27% (14/52) s'il y a une correspondance, 50% (7/14) s'il y en a deux et 100% (4/4) s'il y en a trois ($p < 0,001$).

Par la suite, l'analyse regroupe les protocoles où on observe deux événements majeurs et propose un indice de lien (*link*) pour distinguer entre les événements qui ont une relation entre eux et ceux qui n'en ont pas. Certains cas du premier groupe ne présentent que deux facettes d'une même crise (mari hospitalisé pour crise cardiaque et qui meurt par la suite), tandis que la plupart des autres ont le même objet (fils qui abandonne les études, même fils qui se fait arrêter pour vol d'auto). La démarche suivante consiste à retenir les séries d'au moins trois événements majeurs ou celles qui en contiennent deux, mais séparés par plus de six

mois. Si la période est en effet trop courte comme dans le cas du mari victime d'une crise cardiaque qui meurt dans la semaine, il n'y a en fait qu'un seul événement. Les résultats confirment la contribution de cet indice de lien à la condition toutefois qu'il y ait présence d'une correspondance, particulièrement de type-D. Ainsi, au sein de l'échantillon où l'on observe un événement majeur, 58% (11/19) des femmes dont l'indice de lien avec au moins une correspondance est positif sont dépressives comparativement à 27% (14/51) de celles dont l'indice de lien est positif mais chez qui toute correspondance est absente. Mais la question de savoir si deux événements majeurs non reliés peuvent conduire à la dépression nécessite un autre type de comparaison. Les femmes ayant vécu deux événements majeurs non reliés (28%, 8/29) présentent un plus haut taux de dépression que les femmes qui n'en ont vécu qu'un seul (16%, 16/101). L'échantillon de Camberwell avait donné des taux de 36% (9/25) et de 9% (7/75) respectivement. La différence n'est que faiblement significative ($p < 0,05$), et dans la deuxième comparaison seulement. Par ailleurs, la présence d'un ou deux agents déclencheurs indépendants n'a pas d'effet sensible sur les taux de dépression. La question de savoir si deux événements non reliés peuvent combiner leurs effets n'est pas définitivement tranchée, mais on ne doit pas s'attendre à trouver là une des grandes contributions à la dépression. L'équipe du Bedford avoue, malgré sa position contraire au point de départ, qu'il pourrait y avoir un certain effet de sommation sans s'empêcher toutefois de citer Thomas Hardy pour qui « deux problèmes simultanés ne forment pas toujours un problème double »³ et qui évoque le fait qu'un souci peut en faire oublier un autre. Nous laisserons la question pendante en ce moment pour voir comment le tableau devient plus complexe lorsqu'on introduit dans le modèle les facteurs de vulnérabilité.

Vulnérabilité et agents déclencheurs

Le facteur de vulnérabilité est ni plus ni moins un catalyseur qui amplifie l'effet d'un agent déclencheur (événement majeur ou difficulté sérieuse) et qui n'est efficace qu'en conjonction avec celui-ci. Nous avons déjà donné quelques exemples de facteurs de vulnérabilité lors de l'introduction de ce concept. D'autres facteurs se sont ajoutés à cette configura-

³ « Two simultaneous troubles do not always make a double trouble », in *The Woodlanders*.

tion de vulnérabilité au fur et à mesure des nouvelles recherches. On a mis au point la mesure de l'estime de soi, qui avait fait l'objet de discussions sans jamais être intégrée dans les instruments de mesure, et celle du soutien qui se limitait au seul conjoint à Camberwell. L'élaboration d'un schème d'entrevue complexe qui fait un retour sur chacun des événements vécus a permis de mettre en lumière l'importance des relations négatives avec les personnages clés de l'entourage de même que l'importance de l'absence de soutien en temps de crise. L'intérêt accordé à la perte de la mère a par ailleurs été étendu à la carence des soins de la part des parents ou des adultes substitués. Enfin, on a voulu établir plus clairement la trajectoire entre le stade de l'enfance et celui de la période adulte en jugeant le poids de l'expérience marquante que représente la grossesse avant le mariage chez les femmes pour lesquelles la fatalité du dénouement dépend en partie de l'appartenance de classe qui conduit à une niche sociale sans perspective d'avenir. Tous ces facteurs n'ont pas été analysés simultanément. Les analyses livrées au fil des publications intègrent rarement plus de trois ou quatre facteurs à la fois. Nous laisserons en grande partie pour les chapitres ultérieurs les résultats qui concernent plus particulièrement l'enfance et le soutien social. Nous ne nous y référerons ici que pour les besoins d'une articulation minimale de certains éléments.

L'étude originale de Camberwell montrait que les facteurs de vulnérabilité analysés possédaient un effet cumulatif pour autant qu'ils soient conjugués à des agents. L'étude d'Islington permet de vérifier l'absence d'effet étiologique des facteurs de vulnérabilité tout en mettant en évidence leur effet d'interaction avec les agents déclencheurs (Brown, 1986). Les trois facteurs de vulnérabilité introduits dans cette étude sont la carence parentale pendant l'enfance ou l'adolescence, une faible estime de soi et soit une relation conjugale négative soit l'absence d'une relation intime dans le cas des mères seules. De plus, on ne considère que les événements et les difficultés non reliés au facteur de vulnérabilité de telle sorte qu'on ne confond pas le mari affectivement absent (vulnérabilité) avec le même mari qui flambe les revenus familiaux dans les paris (événement). Les résultats reproduisent la démonstration selon laquelle la dépression, du moins dans la communauté, se produit rarement sans circonstances spécifiques. En l'absence de facteur de vulnérabilité ou d'agent déclencheur, la dépression est à toutes fins utiles complètement absente ; on ne trouve qu'un cas sur 103. Situation à peu près identique si

un ou deux facteurs de vulnérabilité sont présents sans agent déclencheur pour les faire jouer ; un seul cas sur 68 femmes dans ces conditions. La présence d'un ou deux agents déclencheurs sans facteur de vulnérabilité pour les mettre en jeu conduit à un taux minime de 8% (4/49). En revanche, l'association d'un facteur de vulnérabilité à au moins un agent déclencheur fait augmenter sensiblement le taux de dépression. Celui-ci est de 20% (8/41) s'il y a un tel facteur de vulnérabilité, il passe à 35% (12/34) avec deux facteurs et culmine à 60% (6/10) avec trois. La conclusion principale à tirer de ce tableau est que les agents déclencheurs ou les facteurs de vulnérabilité ne produisent à peu près aucun effet sur l'incidence de la dépression lorsque leur action s'exerce indépendamment l'un de l'autre. Ce n'est que la conjugaison des deux éléments qui arrive à provoquer une augmentation sensible des taux.

Il est opportun de revenir ici au premier chapitre sur la question du critère à utiliser pour la variable dépendante : est-il préférable de ne retenir que le seul diagnostic de dépression ou également toute la gamme des états limites qui s'insèrent entre le normal et le pathologique ? À cet égard, la démonstration de l'effet d'interaction des facteurs de vulnérabilité risque d'aboutir à un cul-de-sac si on considère les cas limites de dépression en plus des cas diagnostiqués. Les données de l'étude des Hébrides mettent en évidence que les femmes chez qui on observe un agent déclencheur mais aucun facteur de vulnérabilité voient leurs symptômes augmenter sans jamais dépasser le seuil supérieur des cas limites (Brown et Harris, 1986). Une étude corrélative avec un score symptomatologique aurait donc artificiellement amplifié l'effet des agents déclencheurs isolés, puisque les scores d'une échelle de dépression auraient augmenté.

Les données d'Islington permettent également de mettre en lumière, à partir de l'analyse pas à pas, la manière dont les facteurs de vulnérabilité s'enchaînent les uns aux autres de façon diachronique (Brown, 1988). La carence parentale, premier maillon de la chaîne, sans être aucunement associée à la fréquence d'agents déclencheurs à l'âge adulte, est tout d'abord reliée au fait de ne pas pouvoir se procurer de soutien social ; en l'absence de soutien social, on risque davantage d'avoir une faible estime de soi, situation qui est elle-même productrice d'agents déclencheurs. On voit donc déjà se reproduire la trame selon laquelle ceux qui sont privés d'attention pendant l'enfance risquent de devenir ceux qui ont le moins de ressources psychologiques. Mais il ne s'agit pas simplement d'une sé-

quence réduite à un conflit familial intériorisé qui hanterait la personne pour la vie ou la mettrait en position de débilité psychologique. Selon le modèle, des conditions externes objectives continuent à accumuler constamment les obstacles sur le chemin de la personne.

L'étude du quartier de Walthamstow (Harris et coll., 1986 ; Brown, 1988) auprès de jeunes mères met particulièrement en lumière ce processus d'engrenage (*conveyor belt*) qui plonge presque inexorablement les jeunes filles qui ont vécu des carences familiales au cours de leur enfance dans un entonnoir menant tout droit à la dépression. Une enfance malheureuse pousse d'abord la jeune fille à chercher refuge et réconfort dans une relation romantique afin d'oublier les blessures narcissiques profondes. Puis, il y a le risque d'une grossesse, qui n'est pas, et loin de là, l'unique partage de ces filles un peu laissées pour compte pendant leur enfance, mais qui peut conduire à une voie sans issue. Le récit de vie de ces mères s'articule par la suite autour de quelques expériences qui forment un terrain propice à la dépression. Nous parlions précédemment de la classe sociale d'origine : c'est à ce moment qu'elle commence à opérer une sorte de clivage en défaveur des femmes provenant de la classe ouvrière. En cas de grossesse, celles-ci semblent moins bien préparées pour faire face à leur situation non prévue. L'amant ou le futur époux présente un comportement le plus souvent irresponsable, ce qui hypothèque passablement la vie familiale et la possibilité de bien élever un enfant. À moins qu'il n'y ait des événements et des difficultés majeurs, cette situation ne contribue qu'à augmenter la vulnérabilité. Cependant, on peut considérer que les personnes qui portent le poids d'une forte vulnérabilité sur une période s'étendant de trois à cinq ans sont quasi assurées d'entrer dans un épisode de dépression si l'on se rapporte au fait que, dans la seule enquête de Camberwell, les 220 femmes de l'échantillon rapportent 121 événements majeurs.

LE MODÈLE DE DOHRENWEND

[Retour à la table des matières](#)

À ce stade, nous ferons une brève présentation d'une typologie intéressante (Dohrenwend et ShROUT, 1985) qui identifie trois composantes du processus de stress, à savoir 1/ les événements récents, 2/ les circonstan-

ces de vie (les difficultés dans la terminologie de Brown et Harris) et 3/ les traits et dispositions de la personne. Selon la contribution relative de chacune des composantes, nous obtiendrions les cinq situations types suivantes qui génèrent un stress intense :

1/ *Catastrophe*. - Les auteurs appellent cette situation type victimisation mais nous lui préférons le nom de catastrophe à cause des publications sur la victimisation qui laissent penser que la victime est la source des drames qui lui arrivent. L'exemple d'Hiroshima est représentatif : l'individu n'a aucune possibilité d'intervenir sur l'événement et personne n'en ressort indemne. Pensons également aux déportations et aux camps de concentration. En d'autres termes, l'événement a des conséquences tellement désastreuses qu'il suffit à produire une détresse élevée.

2/ *Vulnérabilité*. - Cette catégorie correspond en fait à un événement-D chez Brown et Harris. Les événements, même graves, ne mènent pas à des réactions pathologiques à moins qu'ils ne soient accompagnés de difficultés de vie particulières. Une femme de 40 ans voit mourir sa mère ; elle aura une dépression si des circonstances ajoutent à son malheur comme le fait d'avoir un mari alcoolique. Ici, l'absence de l'appui du mari est liée à la perte de la mère parce que la mère offrait l'appui émotionnel que ne pouvait offrir le mari.

3/ *Fardeaux ajoutés*. - Dans ce cas, contrairement au modèle ci-dessus, il y a une relative indépendance entre l'événement et les circonstances de vie : il y a accumulation plutôt qu'interaction. C'est le cas d'un homme qui perd son emploi et auquel son fils adolescent cause des problèmes par ses crises d'autonomie continuelles. Les deux éléments ici sont faiblement reliés. Ces situations seraient supportables si elles étaient vécues une à la fois mais la perte d'emploi vient faire déborder le vase de la tension accumulée.

4/ *Fardeau chronique*. - Contrairement au modèle 1, il n'y a aucun événement particulier qui soit la véritable cause ; c'est plutôt l'accumulation des souffrances de la vie quotidienne qui devient à un moment donné carrément insupportable. C'est l'exemple de l'employé qui, après avoir mille fois courbé l'échine devant le patron, finit par s'effondrer.

5/ *Susceptibilité*. - C'est le cas de la personne qui, à cause de certaines prédispositions, construit son propre malheur. Elle est toujours victime d'accidents qu'elle a pour ainsi dire voulus ou qu'elle a provoqués de façon plus ou moins directe tels des peines d'amour à répétition ou des accidents de travail causés par la distraction. La psychanalyse privilégie ce modèle dans son interprétation des comportements pathologiques.

Cette typologie, utile pour qualifier certains types d'interaction, reprend sous d'autres formes et sans les définir deux des trois concepts clés des travaux du Bedford. Elle a la faiblesse de ne pas être diachronique et de personnaliser les situations en réduisant parfois les facteurs de vulnérabilité à des traits de personnalité. Elle ne dit pas non plus à partir de quel seuil l'événement ou les circonstances de vie engendrent une pathologie.

LES NOUVEAUX DÉPARTS

[Retour à la table des matières](#)

Si certains événements majeurs ne mènent pas à un trouble psychique, c'est que leur caractère est à double tranchant ou qu'ils peuvent même avoir des effets positifs sur le devenir de la personne. C'est encore une fois le grand mérite de l'équipe du Bedford College de faire la démonstration d'un tel phénomène et d'illustrer comment la rémission de la dépression, loin d'être toujours un phénomène spontané ou le résultat d'un traitement médical, obéit à certaines lois psychosociales (Brown, 1988). Leur test a porté davantage sur les cas chroniques dans la communauté, d'une durée supérieure à une année, parce que les cas temporaires ne durent habituellement pas plus d'un mois et que leur disparition est en grande partie attribuable au passage du temps. Parmi les 48 cas sélectionnés, 19 font une rémission tandis que sept autres améliorent leur sort suffisamment pour revenir juste en deçà du seuil (un à trois symptômes) diagnostique et descendre dans la catégorie des cas limites. Deux situations sont analysées dans la période qui précède afin que soit évalué leur lien avec la diminution ou la disparition de la dépression. Ce sont la baisse du niveau d'une difficulté, consécutive ou non à un événement, et l'événement appelé « nouveau départ » (*fresh start*), à ne pas confondre

avec un événement positif. Ce nouveau départ permet habituellement de refaire sa vie sur une base différente après une longue période de contrariétés ; trouver un logement convenable après avoir habité un taudis ou commencer à cohabiter avec un amant après cinq années de solitude en sont de bonnes illustrations. Il faut également qu'il y ait un aspect d'inattendu, de discontinuité ; les bonnes nouvelles qui suivent le cours des choses ne sont pas à considérer ici, comme par exemple, le fait d'accoucher du deuxième enfant souhaité dans des délais normaux. La construction de la preuve pèche plutôt par conservatisme dans cette recherche puisque seuls les trois mois précédents sont examinés dans la comptabilisation des situations pour les cas de rémission /amélioration alors que la période s'étend à deux ans s'il n'y a aucune amélioration.

Les résultats indiquent que 69% (18/26) des femmes soulagées en totalité ou en partie de leur dépression ont rapporté une diminution de difficulté ou un nouveau départ en comparaison avec seulement 36% (8/22) pour les cas demeurés chroniques. Il y a donc une influence assez nette de ces situations sur le processus de guérison. Les auteurs notent qu'un certain nombre de nouveaux départs ont un caractère négatif ou du moins éprouvant, comme une femme qui serait pressée d'accepter un règlement de divorce ou une autre qui déciderait de reprendre son fils handicapé à la maison. Ces occasions semblent cependant faire ressurgir une lueur d'espoir dans leur vie ou la possibilité de recouvrer quelque chose qui a été perdu. D'autres fois, la dépression prend fin lorsqu'on échappe à une menace comme le fait de sortir indemne d'une chirurgie à hauts risques dans une situation d'urgence. Recevoir à travers un dénouement heureux le signe qu'on est peut-être née sous la bonne étoile semble avoir pour certaines un effet régénérateur. Au moins l'un des récits des huit patientes qui ne rapportent pas un nouveau départ ou une réduction du niveau de difficulté révèle que le fait de pouvoir faire face à une situation pénible (*positive coping*) et de se découvrir plus compétente qu'on ne l'espérait peut aussi contribuer à une guérison. Nul doute qu'une évaluation de ce concept serait bienvenue dans les travaux futurs.

SPÉCIFICITÉ ÉTIOLOGIQUE DES ÉVÉNEMENTS

[Retour à la table des matières](#)

La perspective théorique implicite d'une grande partie des ouvrages publiés sur les événements de vie postule un effet non spécifique qui produit indifféremment une variété de troubles psychiques ou de maladies somatiques. Il y a eu en fait tellement d'échecs pour prouver empiriquement toute une série d'hypothèses formulées dans les années 50 et 60 sur les effets différentiels des types de personnalité, des dynamiques de vie familiale ou de modes de vie professionnelle sur les troubles psychosomatiques que les chercheurs sont devenus de plus en plus sceptiques au sujet de la validité scientifique de telles idées.

L'équipe du Bedford croit cependant à l'étiologie spécifique des troubles psychiques. Les premiers travaux de Brown avaient porté sur les émotions exprimées qui ont conduit à une impressionnante série d'autres travaux. Les conclusions révèlent que les rechutes des schizophrènes ré-intégrés dans leur foyer sont souvent attribuables au fait que les familles s'engagent trop émotivement dans la vie de l'ex-patient au lieu de conserver une certaine distance affective qui aurait l'avantage de le rassurer. Par la suite, Brown s'est particulièrement intéressé au problème de l'étiologie différentielle de la dépression. Ces travaux (Brown et Harris, 1978), de même que bien d'autres qui sont arrivés à des résultats similaires, mettent en évidence l'importance des pertes, de même que des expériences de désappointement et d'échec dans l'étiologie de la dépression. L'étude d'Islington révèle que la presque totalité de l'échantillon qui a commencé une période de dépression au cours de la deuxième année de l'étude, soit 29 cas sur 32, rapporte un événement de cette nature. Pour 12 de ces cas, il s'agit d'un malheur qui met en doute la compétence d'épouse ou de mère et sur lequel les victimes ont peu de prise dans l'immédiat. L'exemple donné est celui d'une femme dont le fils, vivant déjà en dehors du foyer, vient d'être arrêté et accusé d'un acte criminel. Pour huit autres femmes, l'événement les rend prisonnières d'une situation sans issue, ce qui augmente leur désespoir. Deux situations concernent une femme dont le mari devient physiquement handicapé, ce qui la cloue au foyer, et un

autre événement est constitué par une déception extra-conjugale personnelle alors que le mariage a cessé depuis longtemps d'être satisfaisant. La perte est vécue sous la forme d'un rejet pour six autres cas, à la suite d'une séparation ou d'une brouille de famille. Pour les trois autres, un décès provoque une mise en question de l'identité déjà défaillante du sujet. La perte, comprise dans un sens relativement large, puisqu'elle concerne à l'occasion une image ou un idéal que l'on se faisait de son rôle, est en quelque sorte la voie privilégiée vers la dépression. Il reste tout de même une faible proportion de femmes qui vivent un événement autre qu'une perte et qui deviennent déprimées (12%, 3/32). En revanche, fait plus important à noter, une faible proportion de femmes qui vivent une perte sérieuse entrent dans un épisode de dépression ; il n'y en a en effet que 27%, et on voit que la présence de facteurs de vulnérabilité est importante pour faire agir l'effet de la perte. Les événements qui par ailleurs impliquent une menace mènent davantage vers des états d'anxiété (Finley-Jones et Brown, 1981).

On peut affirmer que les événements majeurs, quels qu'ils soient, impliquent à peu près invariablement un élément de perte ou d'échec avec génération d'une réponse de désespoir. D'autres analyses plus subtiles permettront peut-être bientôt de fournir des conclusions plus précises sur les réactions affectives à ces diverses crises, ce qui permettra de mieux définir ce qu'est une perte. Il faut cependant rappeler que les états dépressifs sont les plus fréquemment rencontrés dans la population et qu'il ne serait donc pas surprenant qu'une large gamme d'événements y aboutissent. De plus plusieurs autres états comme l'alcoolisme et les états d'anxiété y sont associés (Nadeau, 1988).

L'étude de Camberwell auprès de patientes vient jeter un léger doute sur certaines idées reçues à propos d'une vieille distinction taxonomique en psychiatrie (Brown et Harris, 1978). On ne trouve en effet pas de différences significatives entre les dépressifs « endogènes » et « réactifs » du point de vue de l'étiologie sociale si ce n'est qu'il y a un léger écart entre les psychotiques du groupe des « endogènes » et les névrotiques du groupe des « réactifs ». Les deux tiers du premier groupe rapportent un événement ou une difficulté importante par rapport aux quatre cinquièmes du second groupe, différence très faible si l'on considère que le terme de dépression endogène est utilisé pour qualifier les épisodes qui ne s'expliquent habituellement pas à partir d'éléments biographiques ré-

cents. Ce sont les facteurs de vulnérabilité qui distingueraient davantage les deux groupes. Dans cet échantillon, les dépressifs les plus psychotiques rapportent relativement plus souvent l'événements de perte de la mère par décès que les dépressifs névrotiques, alors que ces derniers ont vécu plus souvent la perte par séparation. L'âge ne semble pas un facteur intermédiaire important - les psychotiques étant plus âgés - parce que la perte par décès s'est produite au cours de l'enfance, bien qu'un effet de cohorte ou de génération puisse intervenir en ce sens que devenir orphelin de mère durant la Seconde Guerre mondiale peut avoir des effets différents que de le devenir dans la période de l'après-guerre. Nous ne sommes donc pas en présence d'un facteur étiologique proprement dit, mais d'une condition de vie qui oriente l'interprétation des symptômes dans une certaine direction si les circonstances pour le déclenchement d'une dépression sont réunies.

Les recherches amènent toutefois à distinguer entre les dépressions survenant pendant une grossesse et les dépressions post-partum. Ces dernières ne sont pas reliées à des circonstances de vie (Martin et coll., 1988) contrairement aux premières où les problèmes sociaux sont beaucoup plus fréquents. La symptomatologie demeure par ailleurs similaire dans les deux cas.

La reprise de l'étude de Camberwell dans les îles Hébrides de North Uist et de Lewis, a produit des résultats fort intéressants (Prudo et coll., 1981). Ces territoires comprennent deux types de population dont seulement les femmes, ici encore, font l'objet. D'un côté, nous retrouvons les femmes habitant les fermes (*crofts*) et fortement imprégnées de la religion calviniste fondée sur la crainte de l'enfer et, de l'autre, les résidentes des villages, moins intégrées à la vie culturelle traditionnelle. Du point de vue de la classification psychiatrique, l'équipe du Bedford College a trouvé a posteriori une distinction entre les circonstances différentes qui mènent aux états dépressifs purs, aux états d'anxiété purs et aux états mixtes anxiété-dépression. Comme prévu dans le protocole de recherche, on retrouve une plus grande fréquence de cas de dépression chez les femmes des villages plus isolés culturellement que chez les femmes traditionnelles (18% versus 8%), ce qui ne demeure pas vrai pour les cas d'anxiété/ phobie, plus fréquents chez le sous-groupe des femmes vivant dans les fermes. On observe aussi que ces dernières entretiennent généralement des relations très étroites avec leur famille et que ce ne sont pas des

événements associés à une perte qui précèdent ces états d'anxiété/ phobie, mais davantage des incidents de diverses natures comme le fait d'avoir à prendre soin d'un vieillard ou d'un parent malade, des problèmes de santé, des accidents de la route et autres expériences aussi diverses. Il a fallu plusieurs mois pour commencer à comprendre la cause de la plus grande fréquence de cas d'anxiété/phobie chez la population agricole. Tout d'abord, ce sont les cas chroniques et non les nouveaux cas qui expliquent la différence entre les femmes traditionnelles et les femmes des villages. Autrement dit, une part à peu près égale de femmes fermières et villageoises expérimentent des états mixtes d'anxiété /dépression à la suite de circonstances diverses, mais les femmes originaires des fermes persistent plus longtemps dans leurs états d'anxiété. La particularité du tableau évolutif de ces femmes est que l'anxiété débute avec la mort d'un parent, tout comme avec l'autre groupe de femmes, mais qu'elle ne s'atténue pas dans les mois qui suivent. Les auteurs laissent entendre que les parents, dans cette culture, ont un rôle extrêmement important à jouer dans la protection de leur fille et ce, tout au cours de sa vie. Dans certains cas, celle-là peut même continuer de vivre avec eux pendant quelque temps après la cérémonie du mariage et, si des difficultés matrimoniales ou avec la belle-famille se présentent, la solution de revenir dans la maison paternelle demeure toujours ouverte. La disparition du père enlève donc définitivement la possibilité d'un refuge permanent, d'où éventuellement, la persistance des états d'anxiété.

Une série d'autres analyses comparatives sur cet échantillon écossais procède à une classification des événements en trois catégories : les *réguliers*, soit ceux qui sont associés avec le cycle normal de la vie (mariages, décès) ; les *irréguliers*, concernant des changements plutôt liés à certains parcours mais exigeant généralement des efforts d'adaptation moindres (perte d'emploi, déménagement) ; et les événements de *dérèglement social* comme un vol, un divorce ou un scandale dans l'entourage. Les événements de dérèglement social sont plus fréquents dans le groupe de Camberwell (quelle que soit la classe sociale) que dans le groupe des îles écossaises et, à l'intérieur de ce territoire, ils se retrouvent davantage chez les femmes des villages que chez les femmes traditionnelles. Ils seraient apparemment la cause du surplus des cas de dépression dans ces deux premiers sous-groupes.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

La littérature consacrée aux événements de vie courait le risque d'entrer dans un cul-de-sac théorique n'eût été la contribution remarquable de l'équipe du Bedford College qui a fourni les éléments indispensables à une approche globale du problème. Un tel échec dans une période où les théories biologiques sont en faveur eût été catastrophique pour l'ensemble des sciences sociales et des écoles thérapeutiques qui accordent une large part au social. Mais cette crédibilité acquise envers les thèses de l'étiologie sociale se conquiert de haute lutte par un effort qui doit faire place aux complexités de la réalité. Il faut au départ une théorie des mécanismes en jeu et une explication qui sache illustrer comment les facteurs sociaux, loin de demeurer simplement des bornes de relais d'un fluide corrélationnel, s'imbriquent dans des processus qui s'accordent avec la lecture détaillée des récits de vie et qui leur empruntent une signification autant qu'ils leur en apportent une.

Une telle entreprise implique donc une patiente recherche qui s'appuie sur des instruments qui différencient les populations où existe un facteur de vulnérabilité et celles chez qui il est absent. Y a-t-il vraiment eu failles graves dans l'éducation au cours de l'enfance et de l'adolescence ? Une difficulté est-elle réelle et chronique ? Quel est le contexte sur lequel se profile un drame humain ? Aucune de ces interrogations ne peut trouver de réponse par un rapide questionnaire où le sujet rassemble quelques perceptions furtives sans parfois comprendre le sens de certaines formulations et où il peut être gagné par l'ennui à mi-chemin. Les solutions exigeront des efforts prolongés autant de la part des investigateurs que des informateurs. Ces premiers auront besoin de concevoir des dictionnaires de codification sur plusieurs années parfois. La durée des entrevues couvrant parfois une demi-journée, les échantillons sont nécessairement restreints, dépassant rarement 250 sujets, et il faut attendre l'application des schèmes de recherche à d'autres échantillons avant de rendre des conclusions définitives. Les systèmes de codage doivent être également très stricts si l'on veut éviter que les hypothèses ne soient pas confirmées et

aussi parce que les regards sceptiques sont d'une sévérité étonnante à l'égard de tout ce qui est qualitatif malgré des précautions qui vont bien au-delà des quelques tests rapides et stéréotypés qui servent à valider les échelles à questions fermées et à procurer un faux sens de sécurité. La stabilité des réponses est à cet égard très prometteuse pour les entrevues semi-dirigées. Mais ce qui doit fournir le test final d'un modèle, c'est peut-être moins les qualités psychométriques des instruments, encore qu'elles soient essentielles, que le pouvoir de prédiction des variables indépendantes sur l'apparition des troubles psychiques. Et, encore plus important, le pouvoir d'explication. On aura beau construire une belle structure de corrélations, utilisant les méthodes multivariées au besoin, il faut à la fin comprendre pourquoi un facteur en influence un autre. L'analyse attentive des éléments étiologiques tels qu'ils se présentent dans les récits de vie permet de produire de telles conclusions à la condition évidente de pouvoir être reprise par des chercheurs indépendants qui ne partent pas obligatoirement des mêmes hypothèses. Le mérite des entrevues semi-dirigées est aussi d'être réanalysables à partir d'autres échelles développées ultérieurement sur la base d'intuitions obtenues en cours de recherche. Par exemple, quelques échelles de l'instrument concernant la carence de soins parentaux ont été élaborées a posteriori et appliquées après coup aux données. Autre avantage de l'instrument ouvert, c'est qu'il n'a pas à être adapté à diverses populations. C'est le système de codification qui a surtout besoin d'être remanié parce que les exemples seront différents comme dans le cas des adolescents ou des personnes âgées. Les changements mineurs apportés aux instruments permettent donc une accumulation des connaissances. Il est ainsi possible d'opérer une synthèse des travaux inspirés par le Bedford College alors que les autres efforts, portant sur des échantillons bien plus volumineux, donnent l'impression d'un émiettement de la recherche et de l'absence d'un fil conducteur qui va bien au-delà des simples différences d'instruments et qui touche davantage à l'absence de théorie au départ.

Les coûts des études qualitatives scientifiques qui font sourciller avec raison les bailleurs de fonds peuvent faire réaliser des économies d'échelle appréciables. Les diverses analyses du Bedford College n'ont pas touché plus de deux mille sujets en quinze ans si l'on excepte les travaux parallèles s'inspirant des mêmes méthodes. Pourtant, ils ont permis de répondre à de nombreuses questions fondamentales en étiologie sociale concernant les rapports complexes entre événements, difficultés et

facteurs de vulnérabilité, leur rôle dans la formation des symptômes, le difficile débat sur l'effet de sommation, le rôle des circonstances de vie de l'enfance, la place de l'estime de soi comme facteur intermédiaire entre certains facteurs de vulnérabilité, les événements majeurs et la dépression. Il faut bien sûr indiquer que toutes ces questions étaient à l'ordre du jour dans la conceptualisation des schèmes de recherche et qu'il ne faudra pas confondre l'encouragement à cette méthode avec un chèque en blanc fourni à des aventuriers dont l'enthousiasme n'a d'égal que l'aveuglement.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre III.

Le soutien social

ORIGINES HISTORIQUES

[Retour à la table des matières](#)

Le soutien social a pris une importance considérable dans les thèmes de recherche depuis 1975. Si Dean et Lin écrivaient à une date aussi tardive que 1977 que le soutien social est une composante négligée dans les études sur les événements critiques et les maladies, il y a lieu de croire que l'oubli a été largement corrigé depuis. Le thème a été reçu avec un enthousiasme parfois débordant et il a su conserver une place de choix dans les recherches. D'excellentes synthèses permettent de mesurer son apport sur la santé psychologique (Leavitt, 1983 ; Kessler, Price et Wortman, 1985 ; Mueller, 1980) et sur la santé physique (Bozzini et Tessier, 1985).

L'influence théorique de Bowlby et les travaux sur le deuil (Parkes, 1972) ont été déterminants dans les recherches anglaises et australiennes, en particulier chez Brown et Harris (1978) de même que chez Henderson (1981). L'accent est davantage mis sur les liens primaires caractérisés par une forte intensité affective que sur l'ensemble des liens offerts par le réseau social. Plusieurs courants des sciences sociales ont également

contribué aux recherches sur le réseau. L'anthropologie, avec les travaux de Bott (1957) en Angleterre sur la structure des réseaux de chacun des membres du couple en milieu ouvrier anglais et les études de Mitchell (1969) sur les migrants urbains en Afrique noire, présente les premières conceptualisations sur la structure des réseaux. En sociologie, aux Etats-Unis, tout le courant de psychopathologie sociale entre les deux guerres souligne l'importance de la désintégration sociale dans la genèse de la déviance en prenant tout particulièrement comme exemple la délinquance. Le mythe de la petite communauté rurale, bien ordonnée et consensuelle, a longtemps contribué dans ces écrits à servir de point de référence idéologique. La plupart des auteurs proviennent eux-mêmes de ces petites communautés dont ils ont conservé l'image nostalgique de la tribu protectrice de l'identité sociale (Mills, 1943). Par ailleurs, l'apport de la psychologie sociale est longtemps laissée de côté par les psychologues qui s'intéressent au réseau et oeuvrent dans le secteur de la psychologie communautaire. Ces derniers favorisent l'observation des groupes en milieu naturel et ne voient pas très bien comment les connaissances acquises du laboratoire peuvent les éclairer. Un rapprochement important commence cependant à s'opérer et on reconnaît maintenant la pertinence des recherches sur le groupe de référence de même que celles qui portent sur les concepts d'affiliation et de comparaison sociale dans la littérature sur les réseaux (Heller et Swindle, 1983).

Parallèlement à cette évolution, l'épidémiologie psychiatrique multiplie les résultats qui révèlent la piètre qualité du tissu social des agglomérations où se concentrent les taux les plus élevés de morbidité psychiatrique. Le travail exemplaire de l'équipe de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse représente un effort remarquable dans ce sens. A partir d'observations, d'entrevues et d'informations obtenues de médecins traitants et de leaders de la région, il a été possible d'affirmer que les cas psychiatriques (traités et non traités) au sein d'une grappe de villages situés en bordure de la baie de Fundy se concentrent dans les communautés dont l'organisation sociale est plus lâche. Les indices de désintégration sociale analysés sont les suivants : absence de valeurs religieuses, confusion des valeurs culturelles, augmentation des taux de familles séparées, faiblesse et petit nombre de leaders, fréquence de manifestations d'hostilité, d'agression, de crimes et de délinquance, diminution du nombre de groupes formels et informels, et, finalement, faiblesse et fragmentation du réseau de communications. On peut supposer que les deux derniers indices reflètent la

qualité des réseaux sociaux et des réseaux de soutien individuels dans ce milieu. Une autre étude classique, celle d'Hollingshead et Redlich (1958), conduite à New Haven (Connecticut), essaie également d'expliquer la plus grande fréquence de cas traités parmi les classes défavorisées en signalant les problèmes d'intégration à des réseaux d'appartenance dans ces groupes. Les traits des secteurs pauvres de l'époque sont le taux élevé de foyers désunis, la présence de minorités ethniques, l'instabilité d'emploi, les déménagements fréquents et la faible structuration des activités communautaires. Un autre apport de l'épidémiologie a été de faire ressortir l'importance de la densité relative d'un groupe social dans la loi du ratio. Selon cette loi, plus faible est la densité que possède un groupe par rapport à la population dans laquelle il vit, plus les risques de psychopathologie sont élevés. Par exemple, les problèmes psychologiques devraient s'observer davantage chez les groupes culturels minoritaires et dans les quartiers à composition raciale mixte. L'étude de Levy et Rowitz (1973), sur la base des archives hospitalières de la ville de Chicago, illustre assez bien que l'incidence de la schizophrénie (premières admissions) se rencontre davantage dans les secteurs où les Noirs sont mélangés aux Blancs que dans ceux qui sont homogènes au point de vue racial. Il faut noter que c'est moins la cohabitation des races que le fait que ces quartiers soient des plaques tournantes qui importe ici. Voici comment ces quartiers mixtes sont décrits : il existe des changements sociaux significatifs reflétés par les arrivées et les départs, les résidences transitoires, la rénovation urbaine, et une désorganisation signalée par une structure familiale et communautaire moins solidement établie. Seule une méthode longitudinale permettrait de vérifier si ces quartiers attirent des cas pathologiques à cause de leur anonymat plus élevé et si c'est l'absence de climat d'entraide qui explique ces perturbations mentales graves. Il serait aussi intéressant d'établir les mêmes comparaisons avec des indices de pathologie plus modérés que les taux de psychose.

Dans le domaine appliqué, les intervenants en prévention ont particulièrement fait valoir les mérites d'une approche qui s'appuie sur les réseaux sociaux. L'œuvre de référence de Caplan (1974) *Social Support Systems and Community Mental Health* a en quelque sorte cristallisé les efforts jusque-là épars et dirigé la réflexion sur le concept même de soutien social. Albee (1980) insiste de son côté sur le fait que la psychologie est passablement dépourvue lorsqu'il s'agit de modifier les origines socié-

tales ou les composantes de la personnalité, mais qu'on peut se montrer plus optimiste quand il s'agit de transformer l'entourage immédiat.

Il faut également reconnaître l'apport des théories systémiques et des écoles de thérapie familiale dans la promotion du réseau social. Ce mouvement a été influencé par des penseurs comme Bateson qui ont débuté en anthropologie et qui ont très tôt remarqué le rôle important des liens systémiques entre les individus sur le comportement (Di Nicola, 1985).

LA NATURE DU SOUTIEN SOCIAL

[Retour à la table des matières](#)

Les ouvrages consacrés à l'épidémiologie d'avant 1980 utilisèrent davantage le concept de réseau social (voir par exemple le titre de Mueller, 1980), et leurs auteurs s'intéressent davantage aux caractéristiques formelles du réseau comme le nombre, la densité, la multiplicité des fonctions des liens ou la réciprocité. Si ces caractéristiques formelles différencient bien les populations de la communauté de celles qui sont traitées par des consultants en psychiatrie, leur effet paraît moins évident quand vient le temps d'expliquer l'origine des problèmes de santé mentale de la vie courante. Aussi, on a voulu dès lors considérer davantage la qualité de l'interaction et les diverses fonctions du soutien en donnant un rôle secondaire aux éléments structurels.

Autant il était relativement facile de définir, de décrire et d'opérationnaliser les dimensions du réseau, autant il devient malaisé de saisir l'essence même du soutien social. Bozzini et Tessier (1985) proposent que le soutien (ou support) social recouvre une variété de *formes d'aide, c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie*. Les auteurs tracent une démarcation nette entre le terme de soutien et celui de participation ou d'intégration sociale puisque le soutien ne doit pas se rapporter à l'intégration de l'individu dans la société globale. Toute l'ambiguïté de cette définition vient du terme *utilisables*. Doit-on en effet juger les comportements d'aide de l'entourage en soi ou se demander si ceux-ci sont utilisables par l'individu ? Le principal danger est de définir le soutien selon les éléments perçus par l'utilisateur potentiel. Dans la

plupart des recherches, c'est presque toujours le bénéficiaire qui décrit les comportements d'aide de son entourage, et on se retrouve en présence d'une variable qui est davantage le soutien perçu que le soutien vu sous l'angle de l'observateur neutre. Dans ces circonstances, il y a risque de contamination entre les mesures de soutien perçu et de santé mentale. En effet, celui ou celle qui se sent doté d'un bon moral risque de percevoir comme positive l'aide reçue ; si le moral est mauvais, l'aide risque d'être niée ou dénigrée. D'où l'importance de considérer les comportements de soutien sans tenir compte des perceptions du receveur. En revanche, on a besoin d'études descriptives fondées sur les perceptions des bénéficiaires du soutien afin de comprendre quelles sont les caractéristiques d'un comportement de soutien, ce qui crée un cercle vicieux.

Une autre difficulté pour l'analyse vient du fait qu'un geste peut aider dans certaines circonstances mais non dans d'autres. Ainsi, le soutien affectif aide généralement l'endeuillé à sentir qu'il y a d'autres personnes qui lui sont profondément attachées dans la vie. Par contre, un soutien affectif trop prononcé risque de paralyser la personne qu'on aide en face d'une action à prendre et même à réduire son système d'immunité contre les maladies. Dans une étude menée auprès d'employés, ceux qui ont des problèmes de travail et qui reçoivent trop de marques d'apitoiement se retrouvent sans défense pour lutter et arriver à une solution de leurs difficultés ; de plus ils accroissent leurs problèmes de santé (Kobasa et Pucette, 1983).

L'offre de soutien n'est évidemment pas neutre. Les attitudes du donneur influencent beaucoup la façon dont le soutien sera perçu. Un conseil peut être offert avec condescendance, indifférence ou détachement, sentiments qui provoqueront des réactions bien différentes chez le receveur. Les significations symboliques attribuées aux personnes du réseau peuvent être surévaluées. On peut croire qu'un confident représente son meilleur ami sans que cette perception soit réciproque. Ce qui fait que ce n'est pas tant le soutien en soi que le soutien tel qu'il est perçu ou tel qu'il est rapporté dans le discours qui est évalué dans beaucoup de recherches.

La source du soutien est une autre dimension très importante dont il faut tenir compte. Le lien social avec celui qui donne joue un rôle primordial. On peut recevoir de l'affection d'un égal, mais moins bien un conseil qui nous mettra en situation d'infériorité. On préfère plutôt rece-

voir des conseils que de l'affection de la part de personnes plus distantes comme un patron ou l'ami d'un ami. Certaines démarches contraignantes entreprises par des organismes de bénévoles comme les Alcooliques anonymes remportent plus de succès que les efforts similaires de l'entourage. Dans son étude sur les personnes du troisième âge dans la région de Québec, Corin (1984) constate que celles qui vivent en région rurale où la visibilité sociale est forte préfèrent rechercher leur soutien auprès d'institutions. Le recours à des services formels permet en effet de sauvegarder une aire d'intimité ; cet aspect a échappé à beaucoup de chercheurs en milieu urbain pour qui le soutien de l'entourage est un mode privilégié de sauvegarde contre l'anonymat aliénant. On voit donc comment le réseau social n'est pas toujours l'équivalent d'un réseau de soutien (Shumaker et Brownell, 1984).

LES FONCTIONS DU SOUTIEN

[Retour à la table des matières](#)

La meilleure méthode à suivre pour comprendre la notion de soutien social est de l'analyser dans ses diverses dimensions ou fonctions. Dans l'esprit de Cobb (1976), l'un des pionniers dans ce domaine de recherche, le soutien social est essentiellement ce qui se passe au plan humain et affectif entre deux personnes ; c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment d'appartenance à un groupe. Cette vision pose comme postulat que si le moral est bien soutenu, la personne se sortira de toutes les situations malheureuses. Ce n'est qu'au moment où on se met à considérer les mécanismes véritablement utilisés pour faire face aux mauvais moments que l'on s'aperçoit qu'une personne n'a pas simplement à maîtriser ses émotions mais aussi à prendre des mesures concrètes, instrumentales, pour passer à travers ses expériences. Dans cette perspective, on découvre qu'il peut y avoir autant de catégories de soutien qu'il y a de types de mécanismes d'adaptation au sens de Lazarus et Folkman (1985). Gottlieb (1978) identifie pas moins de 26 types d'aide en répertoriant les comportements identifiés par les acteurs concernés. La classification de Barrera (1983) contient 6 catégories génériques qui semblent passablement représentatives et exhaustives par rapport à l'ensemble des listes proposées. On y retrouve l'aide matérielle, les services, les marques

d'affection, les conseils, les informations et la participation conjointe à des activités.

Les différents secteurs de la population nécessitent des types de soutien variant en fonction des problèmes vécus. Ainsi, dans une enquête menée parallèlement à Baltimore et à Milwaukee auprès de 400 informateurs provenant de quartiers composés de minorités culturelles, la santé mentale des gens plus âgés de même que celle des membres des minorités corrèle particulièrement avec le sentiment d'appartenance au quartier (Biegel et coll., 1980). On peut en déduire que la participation à des échanges avec l'environnement du quartier est importante pour cette catégorie. En revanche, chez les jeunes et les gens n'appartenant pas aux minorités, la satisfaction au travail est garante de santé mentale quand les choses vont bien alors que, si elles se détériorent, l'appui de la famille, le soutien des amis ou des collègues est un facteur déterminant.

Durant la transition entre l'adolescence et le début de l'âge adulte, le type de soutien le plus associé avec la santé mentale est celui qui consolide l'estime de soi et qui permet d'apprécier lucidement une situation (Cohen et Hoberman, 1983). On comprend bien que ce type de soutien correspond davantage aux besoins des personnes dont l'identité n'est pas encore tout à fait bien structurée.

LES PATIENTS OBSERVÉS EN CONSULTATION PSYCHIATRIQUE

[Retour à la table des matières](#)

Il serait hasardeux de croire, sur la base d'études synchroniques, que la pauvreté du réseau social des patients psychiatriques explique en grande partie la détérioration de leur état pathologique. Les études qui analysent les réseaux des patients ont en revanche le mérite d'indiquer certaines caractéristiques sociales d'une dynamique de maintien dans un état pathologique.

Les patients en consultation externe présentent un réseau de soutien social nettement déficient. Les pathologies lourdes, dites psychotiques,

sont désavantagées par rapport aux pathologies moins sérieuses, dites névrotiques, qui elles-mêmes sont moins favorisées que les groupes de comparaison provenant de la communauté. Les psychotiques ne comptent souvent pas plus de 4 ou 5 personnes dans leur réseau d'appartenance alors que la moyenne oscille entre 25 et 40 personnes au sein d'une population générale (Pattison, 1975). Les relations des psychotiques sont souvent asymétriques, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de réciprocité dans les rapports et qu'ils reçoivent plus qu'ils ne peuvent donner. Même lorsque le groupe témoin est très bien appareillé, comme par exemple entre un échantillon de locataires de chambre psychotiques et un échantillon de locataires de chambre non psychotiques à New York, la différence de grandeur du réseau est appréciable (Cohen et Sokolovsky, 1978). Une observation semblable est faite chez des anciens patients en provenance d'un milieu rural (Turner, 1981).

À une exception près (Tolsdorf, 1976), les psychotiques recherchent davantage leur soutien auprès de leurs amis qu'auprès de leurs parents (Mueller, 1978). Cette constatation ne signifie pas une complète hostilité vis-à-vis de la famille. Chez les Portoricains de New York par exemple, plus de 80% de l'échantillon reçoivent un certain soutien de la part de la famille sans toutefois participer au partage des repas, coutume presque quotidienne au sein de ce groupe culturel (Garrison, 1978). La distance du psychotique à l'égard de sa parenté peut s'expliquer par le fait que celui-ci a découragé sa famille immédiate par des demandes moralement trop lourdes à supporter (Leavitt, 1983) ou qu'il veut s'éloigner de ceux qu'il considère comme la source de ses maux.

L'étude de Tolsdorf (1976) permet de comprendre certains éléments de la dynamique relationnelle du psychotique avec son entourage. Le psychotique est souvent accaparé par des parents dominateurs et il ne se confie généralement pas suffisamment pour permettre à des aidants de remplir un rôle significatif. En fait, il préfère s'en remettre à ses propres ressources plutôt qu'à celles de son réseau. Une autre étude californienne en arrive à des conclusions similaires (Mitchell, 1980). Lorsque des patients sérieusement atteints et suivis en clinique externe proviennent d'une famille à forte cohésion, le nombre de contacts en dehors de la famille tend à être moins élevé, soit que le patient ressente moins le besoin de liens avec l'extérieur, soit qu'il ne reçoive pas d'encouragements à cet effet. Le patient perçoit également que le soutien de la famille est moins

dre si ses membres entretiennent plus de contacts avec leurs amis de l'extérieur. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les familles ayant à supporter un cas plus lourd cherchent davantage à s'aérer à l'extérieur du foyer.

Une étude de Garrison (1977) éclaire une dimension souvent ignorée ; c'est l'appartenance des psychotiques à des groupes religieux ou marginaux où ils trouvent une tolérance et un appui difficilement à leur portée en dehors de ce cadre. Ces groupes offrent également un système de représentation qui permet aux malades mentaux de réinterpréter leurs symptômes et d'avoir une emprise symbolique sur leur comportement tout en bénéficiant de rites thérapeutiques inspirés de cultes africains. Ce processus de socialisation rend les ex-patients plus semblables à des « normaux » qu'à des clients de clinique externe. D'autres recherches faites à Montréal par Corin et Lauzon (1988) notent chez des patients psychotiques cette même affinité avec les groupes religieux marginaux ou une préférence pour les lieux publics non menaçants comme les parcs et les centres commerciaux. Le milieu rural peut être perçu à cet égard comme dangereux pour le patient schizophrène car il ne peut s'y découper un espace sans avoir à s'engager. Une observation dans le département de la Moselle (nord-est de la France) montre que les jeunes patients s'expatrient vers les villes où ils retrouvent l'anonymat ou demeurent « simples spectateurs retranchés » de la vie sociale (Pidolle et Gautier, 1989).

Les réseaux des patients névrotiques hospitalisés sont à peine plus vastes que ceux des patients psychotiques ; leur étendue se situe entre 10 et 12 personnes, chiffre nettement inférieur à la norme de la population (Pattison, 1975). Le réseau du psychotique est aussi caractérisé par une faible densité, c'est-à-dire que les amis ou les parents de ces patients n'ont que de faibles contacts entre eux. On remarque aussi chez un groupe de patients de Dublin (Irlande) vus pour la première fois en clinique externe une faible sociabilité et un nombre élevé de conflits avec l'entourage (Brugha et coll., 1982). Ils passent moins de temps que les membres d'un groupe témoin avec la personne à laquelle ils sont le plus attachés (10 heures par rapport à 15 heures par semaine) ou en situation d'interaction sociale (46 heures par rapport à 60 heures). La grande différence est qu'ils passent quatre fois plus de temps dans des relations désagréables.

Si le réseau est une sorte de capital social qui s'accumule et se maintient grâce à un ensemble de ressources personnelles, la carence du psychotique sur ce plan peut être la source de sa relative isolation. L'incompétence ou le manque d'intérêt des principaux agents de socialisation peut aussi en être la raison.

Par ailleurs, même si les résultats accumulés laissent voir un lien entre soutien social et santé mentale, ce facteur de protection peut se révéler inefficace pour les schizophrènes. Une série d'études anglaises révèlent en effet que les patients qui retournent au foyer sont plus sujets à une rechute dans le cas où la famille ne respecte pas leur aire d'intimité affective (Brown et coll., 1962). C'est peut-être là la clef du succès de l'expérience de Cheel en Belgique flamande où des déficients sont pris en charge par des familles rurales, ce qui permet une distance optimale qui instaure un climat ni trop stimulant ni trop apathique. Une autre étude américaine confirme d'autre part (Grusky et coll., 1985) que l'attachement à la communauté et au monde du travail est plus important que l'attachement à la famille pour la réadaptation des malades mentaux chroniques.

LE SOUTIEN SOCIAL GAGE DE MEILLEURE SANTÉ MENTALE

[Retour à la table des matières](#)

Si les personnes qui peuvent compter sur un bon réseau de soutien social présentent moins de problèmes physiques et psychologiques que celles qui sont désavantagées sous ce rapport, on peut alors prudemment conclure, même sans connaître les éléments du processus causal, à la présence d'une fonction immunologique. Regardons d'abord le rapport avec les indices de mortalité en tenant compte des autres sources habituelles de variation comme la santé (Berkman et Syme, 1979). Même compte tenu de tous ces facteurs, la pauvreté du réseau social a un effet sur les taux de mortalité. Au cours des neuf premières années de cette enquête longitudinale, les hommes qui ont peu de contacts sociaux ont 2,3 fois plus de chances de décéder que ceux qui en ont beaucoup. Le rapport est sensiblement égal chez les femmes, soit 2,8.

Leavitt (1983) conclut sur la base de sept études longitudinales qu'il existe une certaine évidence empirique suffisante pour qu'on puisse parler d'un lien significatif, quoique faible, entre l'absence de soutien social et la présence de problèmes psychologiques. Les éléments de preuve sont d'ailleurs assez disparates puisque c'est la présence d'un confident qui est déterminante pour un groupe de personnes âgées (Lowenthal et Haven, 1968), le soutien en temps de crise dans une autre étude australienne (Andrews, 1978) et le sentiment d'appartenance au voisinage chez des minorités ethniques en milieu urbain américain. Une autre série d'études menées auprès d'étudiants confirment l'hypothèse générale d'un effet immunisateur relié au soutien social (Leavitt, 1983).

Barrera et Sandler (1980) spécifient cependant que ce n'est pas simplement le soutien, mais la qualité de celui-ci et la satisfaction qu'il procure qui sont les éléments influençant la santé mentale (voir aussi Holahan et Moos, 1981). Mais il y a danger que ces mesures subjectives de soutien invalident les données (danger de contamination). Toutes ces enquêtes mesurent-elles en effet le soutien social perçu ou celui qui est réellement reçu ? On peut imaginer par exemple qu'une personne fière ou orgueilleuse refuse d'avouer avoir reçu un soutien réellement offert et utilisé. Par ailleurs, on peut aussi penser qu'une personne bien portante aura tendance à percevoir son entourage comme source de soutien, et le contraire si son moral est bas. L'étude de Turner (1981), menée en Ontario auprès de mères volontaires ayant entre 20 et 30 ans, tente de répondre à ces questions. Les observations faites sur quatre groupes indiquent une corrélation modeste mais constante entre soutien social perçu et différentes mesures de santé mentale tirées du Hopkins. L'intérêt de cette étude est de montrer que les éléments de soutien social ne se rassemblent pas tous sous le même facteur que ceux des échelles psychologiques lorsque l'ensemble des instruments est soumis à une analyse factorielle, ce qui témoigne d'un certain degré d'indépendance entre les mesures de soutien social perçu et la santé mentale. Par ailleurs, la même étude révèle que le soutien social mesuré au temps I prédit aussi bien l'état psychologique au temps II que l'état psychologique au temps I prédit le soutien social au temps II. Ces résultats montrent qu'il y a un processus de causalité à double sens entre ces deux facteurs ; si on est en bonne santé mentale, on reçoit un meilleur soutien social, ce qui en retour garde en meilleure santé mentale.

Le sens commun nous dit que le fait d'avoir un vaste réseau procure un meilleur soutien et, par conséquent, un meilleur état de santé mentale. Certaines relations positives sont observées entre l'étendue du réseau et la santé psychologique mais sans que les résultats soient systématiquement concluants (Griffith, 1985). Dans une étude menée en Israël auprès d'un groupe de femmes en attente d'une biopsie, les caractéristiques structurales du réseau ne peuvent prédire les caractéristiques du concept de soi (Hobfoll et Walfisch, 1983).

Il semble donc assez bien établi jusqu'ici que le soutien social joue un rôle au moins modeste dans le maintien d'une bonne santé mentale. Mais de quelle façon ce facteur opère-t-il ? Permet-il d'amortir le choc des événements pénibles de la vie en les rendant plus supportables ou offre-t-il de meilleures ressources pour faire face aux conséquences ?

LE SOUTIEN SOCIAL COMME EFFET TAMPON

[Retour à la table des matières](#)

Le soutien social agit-il principalement comme un amortisseur contre les événements pénibles ou son effet sur la santé mentale est-il indépendant de la présence de ces événements ? Si c'est la première situation qui prévaut, on dira alors que le soutien agit surtout comme un tampon contre les chocs de la vie. Il est évident ici que seul le schème de recherche longitudinal peut trancher cette question.

L'étude de Nuckolls et coll. (1972) est l'une des premières à évoquer la présence de l'effet tampon. Des observations menées auprès de 170 femmes enceintes âgées de 18 à 29 ans montrent que ce ne sont ni les événements de vie, ni l'absence de soutien social, mais bien une combinaison des deux facteurs qui augmente le risque d'une complication de grossesse. House (1981) fait grand cas de l'étude de Cobb et Kasl (1977) pour construire la preuve de l'effet tampon. Les résultats de cette dernière étude indiquent clairement que, lors de la fermeture d'une usine, les employés qui jouissent d'un meilleur appui, en provenance de leur femme en grande partie, sont moins déprimés par l'anticipation de la période de chômage que les autres. Les plus déprimés se retrouvent parmi ceux qui

bénéficient d'un soutien moindre et qui n'arrivent pas à se trouver un emploi par la suite. L'étude de House (1981) par ailleurs observe que les ouvriers qui reçoivent peu de soutien et qui vivent beaucoup de stress (mesure subjective de stress relié au rôle) rapportent plus d'ulcères d'estomac et de symptômes névrotiques. Mais le schéma n'est pas longitudinal et les statistiques sont peu convaincantes ; seulement un nombre réduit de corrélations entre soutien et santé sont significatives à un seuil peu exigeant de 0,10.

Quelques rares études affirment véritablement l'existence de l'effet tampon (LaRocco et coll., 1980 ; Cohen et Hoberman, 1983), c'est-à-dire que le soutien social est déterminant pour faire diminuer la quantité des symptômes en présence d'événements stressants. Encore faut-il que l'événement à traverser exige une mobilisation du soutien social (LaRocco et coll., 1980). Les résultats révèlent que certains types de situations difficiles appellent certains types de soutien ; ainsi, les problèmes de travail se règlent de préférence sur les lieux du travail en interaction avec le concours du patron ou des collègues. D'autres conclusions appuient l'hypothèse de l'effet tampon, mais un certain nombre (voir Pilisuk et Froland, 1978 comme cas typique) prennent pour acquise une démonstration qui n'est pas très probante.

Parallèlement à ces études, il existe toute une série de cas négatifs. Thoits (1982), avec un échantillon de la communauté, et Billings et Moos (1984), avec un échantillon clinique de dépressifs, constatent que le soutien social est associé à moins de symptômes, mais pas en proportion du nombre d'événements critiques. Turner (1981) note d'autre part que le rapport entre soutien social et faible niveau de symptômes augmente en présence d'événements, mais non de façon significative.

En résumé, les textes de synthèse sur la question de l'effet tampon divergent, preuve que le débat est loin d'être clos. Kessler et McLeod (1985) rapportent des résultats partagés tout en constatant avec un brin d'optimisme que les recherches les mieux construites au plan méthodologique montrent que certains types de soutien, en particulier le soutien émotif et le fait de croire que l'on peut compter sur un soutien étendu si nécessaire, aident à maintenir une meilleure santé mentale. Mais il ne s'agit pas d'un effet tampon proprement dit. La revue de Turner (1983) conclut à une ambiguïté des preuves tout en prêtant foi à l'hypothèse de

l'effet tampon. Heller et Swindle (1983) sont plus réservés. Selon eux, seulement 6 des 14 études le plus souvent citées pour appuyer l'hypothèse de l'effet tampon fournissent un minimum de preuve de son existence. Williams, Ware et Donald (1981) élaborent une longue discussion pour faire apparaître l'absence de preuve. Selon eux, les événements et le soutien social possèdent un effet indépendant ou additionnel mais non interactif. Ils critiquent en particulier les valeurs inflationnistes des corrélations provenant d'analyses transversales et ils rappellent leur étude à grand échantillon auprès des bénéficiaires d'un plan d'assurance-santé prouvant que la santé mentale (échelle de Dupuy) au temps I prédit bien mieux que le soutien social ou la présence d'événements la santé mentale au temps II. Une telle preuve présente également des faiblesses (voir chap. II).

Voyons quels sont les divers problèmes posés par les études antérieures :

1. Il faut faire la distinction entre le soutien qui a un impact positif et celui qui a un impact négatif. L'absence d'un effet tampon peut être la résultante d'un équilibre entre ces deux forces contraires (LaRocco et coll., 1981).

2. Il y a lieu de distinguer, parmi les gens qui ne reçoivent pas d'aide, entre ceux qui sont autosuffisants et qui ne recherchent pas d'aide et ceux qui n'en reçoivent pas par manque d'initiative personnelle (Jung, 1984). Ces deux groupes « sans soutien » risquent d'avoir des taux de symptômes opposés.

3. On peut penser que les personnes qui possèdent beaucoup de ressources personnelles profitent relativement moins du soutien social à leur disposition que celles qui en sont dépourvues (Pearlin et coll., 1981). En d'autres mots, la présence ou l'absence de ce soutien n'altérera pas de façon significative le niveau de santé mentale des premières.

4. Au-delà d'un certain seuil de stress, le soutien social est incapable d'annuler l'effet de celui-là (Cutrona, 1984). Dans cette étude, les différents types de soutien social sont reliés à l'absence de dépression post-partum (période de huit semaines) seulement chez le groupe vivant peu de stress. Quand le stress est trop fort, le soutien social n'a plus d'effet.

5. Il faut s'assurer que la variable dépendante soit vraiment une mesure de mauvaise adaptation psychologique. Les instruments de santé mentale utilisés ne font souvent pas la différence entre les émotions qui sont normales dans la lutte contre un événement stressant et qui réquisitionnent les énergies de l'organisme de façon constructive et celles qui sont paralysantes (Kessler, Price et Wortman, 1985). Certaines études sur les périodes postopératoires en chirurgie révèlent que le sentiment de détresse suivant une intervention chirurgicale prédit une meilleure réhabilitation ou un plus grand taux de survie. Ainsi, les femmes qui restent stoïques après avoir subi une ablation du sein meurent davantage que celles qui veulent lutter (Lancet, 1985). D'un point de vue méthodologique, les changements psychologiques à long terme sont toujours plus probants que les difficultés temporaires malgré une forte association entre ces deux mesures.

6. La présence d'un soutien ou d'un confident aide davantage à traverser certains passages de la vie ; elle sera plus utile pour une première maternité que pour une maladie (Mitchell et coll., 1982). Peu d'adolescents croient qu'il est utile de confier une peine d'amour, certains parce qu'ils considèrent que les maux guériront avec le temps, d'autres parce qu'ils ne voient pas comment on peut les aider (Hanigan et Tousignant, 1986).

7. Certains événements négatifs comme les querelles conjugales peuvent être embarrassants, et la confiance peut être gênante (Mitchell et coll., 1982).

8. La mesure de la variable dépendante utilisée dans le test de l'effet tampon est presque toujours un indice de psychopathologie alors que le soutien pourrait avoir une influence plus marquée sur le sentiment de compétence ou un autre élément plus positif de l'état psychologique (Mitchell et coll., 1982).

À notre avis, le test de l'effet tampon a rarement pu être réalisé dans des conditions idéales qui tiennent compte de l'ensemble de ces remarques méthodologiques. D'autres failles, plus techniques puisqu'elles se rapportent aux tests statistiques et aux schémas de recherche, sont notées ailleurs (Alloway et Bebbington, 1987). Il est cependant permis de croire que le soutien peut avoir un effet certain sur les conséquences d'un évé-

nement, à tout le moins chez un certain groupe de personnes, si les types de soutien offerts sont adéquats et que la personne présente un minimum de réceptivité à l'aide offerte. Nous aborderons à nouveau cette question un peu plus loin.

INFLUENCE DE L'ÉVÉNEMENT SUR LE RÉSEAU

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons souligné dans la section précédente que l'influence du soutien social connaissait des limites dans les circonstances extrêmes. Souvent, l'entourage est encore plus profondément atteint que la victime elle-même, ce qui paralyse toute velléité d'aide. Que l'on se rappelle les mots d'Emma Ekstein à l'endroit de Freud au sortir d'une chirurgie nasale conduite par son collègue Fliess et qui s'était révélée une véritable boucherie : « C'est cela le sexe fort ! ». Le drame engendre la panique chez les proches qui peuvent alors tout faire tourner au vinaigre. Même dans les cas où l'entourage a appris à se sensibiliser à la situation par des jeux de rôle, la réalité est toujours différente de l'effet prévu (Kessler, Price et Wortman, 1985). Certains se sentent d'autant plus atteints personnellement qu'ils partagent ou risquent de partager des problèmes similaires à ceux de la victime. Dans une étude menée auprès de collégiens suicidaires, la moitié des réactions à l'expression d'une idéation suicidaire sont inadéquates et se traduisent par une surprise réprobatrice, de l'ironie, une négation manifeste ou un refus d'en parler davantage. Le réseau de soutien peut même, en dehors de tout conflit, devenir un obstacle dans la tentative de se remettre rapidement d'une expérience malheureuse. Une jeune femme qui avait presque réussi un suicide en s'enfonçant une arme blanche dans la région péricardique m'a confié que la plus grande difficulté pendant la convalescence avait été de devoir consoler ses parents passablement ébranlés par la tragédie.

Les nombreux ouvrages traitant de l'épuisement professionnel illustrent comment même les mieux préparés sont vulnérables au fardeau de venir en aide aux personnes en état de crise (Kessler, Price et Wortman, 1985). Les femmes représentent une population plus à risque à cause des demandes et attentes plus élevées qui s'adressent à elles (Belle, 1982).

Les soins à prodiguer aux jeunes enfants à la maison de même que les besoins des parents vieillissants sont deux responsabilités particulièrement ingrates de leur rôle. Belle conclut son texte sur cette citation de Miller : « Dans notre culture, “être au service des autres” c'est pour les pas bons (*losers*), c'est un travail de troisième ordre ».

Les épreuves personnelles chassent aussi les amis ou les font voir sous un autre jour. Un certain nombre d'études montrent que les personnes qui vivent plus d'événements rapportent des niveaux inférieurs de soutien social perçu malgré une augmentation dans certains cas des comportements d'aide de la part de l'entourage (Mitchell et Moos, 1984 ; Cutrona, 1984). Lors de la séparation d'un couple par exemple, le soutien des parents reçu par les femmes peut être dilué par des jugements qui nuisent à leur nouvel ajustement (Spanier et Hansen, 1981). Un événement comme la séparation pourra aussi provoquer un conflit qui divisera le réseau. La plupart des amis que l'on partage avec le conjoint ne sont plus revus (Malo, 1985). Dans le cas du veuvage, le cercle de couples fréquenté peut craindre que la nouvelle veuve ne devienne une menace de séduction à cause de sa liberté acquise (Walker et coll., 1977).

Ces remarques suffiront à atténuer l'engouement pour le réseau de soutien et à ne pas le considérer comme la solution magique à tous les maux en santé mentale. Il ne faut pas insister outre mesure sur ces exemples car le réseau constitue davantage un atout dans le bilan final. Le réseau possède aussi un effet sur l'événement au stade où le soutien procuré peut souvent amoindrir la menace qu'il représente (Mitchell et Moos, 1984 ; Cutrona, 1984). Les personnes qui disent compter sur beaucoup de soutien rapportent moins d'événements négatifs que celles qui en ont moins (Billings et Moos, 1982). Si cet effet est généralisé, on comprend pourquoi il est difficile de vérifier l'effet tampon. Il serait en effet vraisemblable de penser que les informateurs vivant une expérience malheureuse dont les conséquences sont très tôt neutralisées par l'entourage ne rapportent pas l'événement ; on ne pourra donc pas analyser l'influence de cet entourage dans la diminution du stress relié à l'événement puisque l'événement ne sera même pas rapporté.

EFFETS PARADOXAUX DU SOUTIEN SOCIAL

[Retour à la table des matières](#)

L'excellente revue de Fisher et coll. (1982) sur les réactions à l'aide offerte dans les travaux de psychologie sociale conclut que la principale de ces réactions est la baisse de l'estime de soi. Les personnes autonomes se sentent à cet égard plus menacées que les personnes dépendantes. L'aide semble aussi d'autant plus menaçante qu'elle provient d'une personne de position égale. Si elle provient d'une personne de position inférieure, elle menace moins l'estime de soi et, si elle est obtenue d'une personne de position supérieure, elle conduira davantage le bénéficiaire de cette aide à prendre l'initiative et à se débrouiller seul. Trois théories tentent d'expliquer les effets négatifs de l'aide. Selon la théorie de l'équité, le don entraîne un rapport d'inégalité entre les deux partenaires. La dette est perçue comme d'autant plus forte que l'aide est offerte sans arrière-pensée ou, pourrions-nous ajouter, sans possibilité de remboursement qui rétablirait l'estime de soi du receveur. Selon la théorie de Brehm, le don est aussi une atteinte à la liberté. Il force le bénéficiaire à se montrer gentil et à tenir compte à l'avenir des conseils offerts. Enfin, vu sous l'angle de la théorie de l'attribution, l'offre d'un service peut signifier l'incompétence de la personne qui le reçoit. Cette offre sera reçue plus positivement si la cause du désarroi est attribuée à la situation plutôt qu'au manque de ressources du receveur et si la personne peut reconnaître que « la plupart des gens ne peuvent s'en tirer seuls dans de telles circonstances » (voir dans Fisher et coll., 1982, et également dans Shumaker et Brownell, 1985, des tableaux élaborés de types d'intervention d'aide et des effets positifs ou négatifs attendus).

Le soutien demeure aussi pour d'autres raisons une arme à double tranchant. Recevoir une aide ou des encouragements force à répondre aux espoirs et aux attentes placés en nous. L'échec risque alors de culpabiliser le receveur. Les appuis provoqueront une émotion intense, peut-être même une paralysie, si l'enjeu est de taille. Certains adolescents pourront tout simplement abandonner leurs études si les parents investissent trop dans leur carrière et les étouffent par leurs conseils. Dans un domaine un

peu à part, soit celui du sport professionnel, l'appui du public qui est un atout déterminant dans les matchs normaux devient parfois un handicap dans les éliminatoires où les enjeux sont multipliés (*Psychology Today*, 1985).

Si le soutien prend la forme d'un apitoiement, il risque d'engourdir ceux qui ont à faire face à un problème plutôt que de les stimuler. Il peut par exemple aggraver un état dépressif (Coates et Wortman, 1979). Le soutien peut procurer chez les malades des avantages secondaires appréciables qui retardent la réintégration à la vie normale. Ou il peut carrément agacer s'il fait allusion à de faux espoirs de guérison. On peut évoquer ici toutes les horreurs entendues dans les salons funéraires en guise de consolation.

Un secours trop précipité peut également occasionner de la panique en laissant entendre que le cas est peut-être plus sérieux que prévu, ou bien la victime pensera qu'elle est vraiment dépourvue de ressources si trop de personnes accourent à son aide.

Dans certaines circonstances où un problème ne possède pas de solution ou bien où le type d'aide exigé ne peut être procuré par l'entourage immédiat, la recherche d'aide risque d'être frustrante et de mener à une plus grande détresse encore. Une enquête conduite auprès de 44 femmes dont le conjoint est atteint du syndrome d'Alzheimer illustre bien ce point (Fiore et coll., 1983). Ce groupe est particulièrement vulnérable à la dépression car plus de 19 sujets correspondent à la définition du Research Diagnostic Criteria. Elles vivent toutes simultanément un stress chronique, la perte d'un confident, en plus d'avoir un rôle très exigeant de garde-malade. Si le nombre de contacts avec le réseau va de pair avec une bonne santé mentale, la demande d'aide, principalement la quête d'information, va de pair pour sa part avec la dépression. L'hypothèse explicative est que les femmes qui croient que quelque chose peut être fait dans une situation que la médecine juge relativement désespérée se heurtent à un échec en ne se résignant pas. Dans cette situation bien spécifique, ce ne sont pas les personnes passives et Soumises qui sont vulnérables à la dépression mais bien celles qui tentent d'obtenir de l'aide. Nous avons rencontré une situation similaire auprès de collégiens venant de vivre une peine d'amour (Hanigan et coll., 1986). Les sujets non suicidaires et qui avaient les meilleures ressources personnelles ne recherchaient

pas d'aide parce qu'ils croyaient qu'il n'y avait rien à faire et que seul le temps pouvait soigner ces maux. Cela pose donc le problème de savoir si les personnes désirent avoir du soutien (Vaux, Burda et coll., 1986). L'étude d'Hobfoll et Lerman (1988) auprès de mères israéliennes laisse entendre que les dispositions personnelles sont associées au soutien reçu. Les personnes qui ne se sentent pas à l'aise pour aller chercher du soutien en reçoivent effectivement moins.

LE CAS SPÉCIAL DU CONFIDENT

[Retour à la table des matières](#)

Le conjoint jouit généralement d'une position particulière dans le réseau de soutien social. La présence d'un partenaire confident signifie aussi que la relation conjugale est harmonieuse et elle est de bon augure pour la santé mentale. La recherche de Brown et Harris (1978) en est l'exemple le plus probant. Les femmes de Camberwell (Londres) affectées par un événement sérieux et pouvant compter sur le soutien de leur mari comme confident reçoivent dix fois moins souvent le diagnostic d'une dépression clinique que les femmes connaissant une épreuve similaire qui ne comptent pas sur un tel confident. Des études ultérieures contiennent des résultats analogues ; la dépression du post-partum, par exemple, est associée à l'absence de soutien du conjoint (voir Leavy, 1983).

La présence d'un confident, conjoint ou autre, contribue aussi à atténuer le tableau clinique. Les dépressifs soutenus par un confident sont moins sujets à commettre une tentative de suicide que ceux qui ne le sont pas (voir Leavy, 1980). Par ailleurs, les personnes hospitalisées pour dépression s'en remettent plus rapidement avec la présence d'un confident, et cela d'autant plus qu'une situation anxigène persiste après l'admission (Surtees, 1980).

Au contraire, l'absence du conjoint pour des périodes plus ou moins longues reliées à son emploi ne fait pas augmenter le taux de cas psychiatriques chez les femmes. Les médecins généralistes, sur la base de quelques cas de femmes de militaires, de directeurs ou de marins, jettent souvent un cri d'alarme et croient que toute cette sous-population de « veu-

ves » vivent une situation désespérante ; c'est le phénomène de l'iceberg inversé où les cas apparents sont bien plus fréquents que les cas invisibles. À l'époque du boom pétrolier à Aberdeen (Écosse), les médecins de la ville étaient obsédés par le « syndrome du mari intermittent ». Les observations épidémiologiques ne purent cependant établir aucune différence entre les femmes des travailleurs en haute mer et celles des maris œuvrant sur la terre ferme (Taylor, 1983). Il y avait autour de 19% de cas psychiatriques dans le premier groupe, soit une proportion normale. En revanche, les femmes nouvellement mariées, avec de jeunes enfants et vivant l'expérience pour la première fois, sont plus vulnérables. À remarquer que les indices de stress (troubles de sommeil et anxiété), lorsqu'ils sont présents, se manifestent non seulement au cours de l'absence mais également lors du retour à cause de la nécessité de se réadapter à la vie à deux.

VAUT-IL MIEUX ÊTRE SOUTENU AVANT QU'APRÈS ?

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons fait allusion plus haut dans la section portant sur les fonctions du soutien au fait que plusieurs auteurs s'affrontent sur le fait de savoir si c'est le soutien en général ou sa présence dans les états de crise qui est déterminante dans la prévention des troubles psychiques. C'est en fait une autre façon d'aborder la question de l'effet tampon.

La première position, inspirée par les écrits des théoriciens cliniciens comme Cobb, Weiss et Bowlby, consiste à affirmer que c'est le sentiment ou l'expérience d'être soutenu, ou d'avoir des liens humains significatifs qui est important. Selon cette position, la satisfaction d'un besoin humain fondamental suffirait à délivrer la personne de l'effet du stress. La frustration de ce besoin entraîne au contraire des conséquences néfastes pour la santé mentale. Turner, Frankel et Levin (1983) s'identifient sans équivoque à cette tradition de chercheurs dont Henderson en Australie constitue un chef de file. Dans leur optique, le soutien social peut être considéré « comme une expérience personnelle plutôt que comme un ensemble de circonstances objectives ». Se rendant compte que la quantité de soutien reçu ne correspond pas toujours à la perception d'être soutenu, ils affi-

chent sans équivoque leur tendance à privilégier le soutien perçu. Suivant en cela des théoriciens comme Thomas et Ausubel, ils prennent parti pour la réalité perçue plutôt que pour la réalité objective puisque c'est cette première qui refléterait davantage la situation dans laquelle se trouve l'individu. Les dimensions de Cobb servant de base à un instrument construit par Turner sont définies par trois perceptions : la personne *croit* 1/ qu'elle est aimée et objet de soins ; 2/ qu'elle est estimée et évaluée ; 3/ qu'elle appartient à un réseau de communications et d'obligations mutuelles.

Les tests de validation révèlent que le soutien perçu, mesuré par l'instrument de Turner, est associé à des indices de présence et d'utilisation des ressources sociales tout en étant un concept empiriquement différent. En résumé, l'instrument de Turner ne mesure pas le soutien social au sens strict parce qu'il ne cherche pas à mesurer les circonstances objectives ou les processus interactionnels. C'est le soutien social subjectif qui est mesuré, et les auteurs ne s'en cachent pas dans leur conclusion, affirmant plutôt qu'il s'agit là d'une force de leur instrument. A notre avis, les dimensions sous-jacentes à l'instrument sont le soi social et le sentiment d'intégration sociale, en plus du soutien perçu.

Selon une deuxième position, le soutien social devrait se définir à partir de l'aide objective reçue dans des situations de stress. Ce n'est pas simplement l'accès à une aide, comme le mentionnent les définitions de Pearlin ou de Johnson et Sarason, mais « l'aide que les aidants fournissent » comme se plaît à le souligner Gottlieb. Selon Wellman et Gottlieb, les indices d'intimité sociale et d'intégration sociale ne donnent que peu d'informations utiles sur le soutien social. Selon eux, certains des liens d'un individu ne constituent pas nécessairement un soutien. Il est évident que, pour les partisans de cette deuxième position, ce qui est intéressant, ce n'est pas de mesurer la satisfaction d'un besoin fondamental, mais d'évaluer dans quelle mesure le soutien social défini objectivement est un facteur qui aide à affronter les épreuves de la vie. C'est donc l'effet tampon (*buffer effect*) qui se trouve au centre de leurs préoccupations. Il leur importe peu de savoir si les gens socialement intégrés ou qui croient avoir du soutien sont en meilleure santé mentale. Ils soutiennent que ce n'est que quand le véritable malheur s'abat qu'on peut reconnaître ses vrais amis.

Le long débat entre Henderson et Brown (1988), qui représentent respectivement la première et la deuxième position, révèle des arguments beaucoup plus solides dans le second camp. Les preuves de Brown proviennent de l'étude longitudinale qu'il a menée à Islington (Brown, Andrews et coll., 1986). Sa démarche consiste tout d'abord à opérer une distinction entre le soutien qui précède un événement majeur et celui qui aide à affronter la crise par la suite. Brown soutient que le premier type de soutien, bien qu'associé au second en pratique, n'y est pas assimilable. Il introduit la notion d'abandon (*let down*) qui est la résultante d'une situation dans laquelle une femme par exemple est apparemment bien appuyée par son mari pour découvrir que celui-ci la lâche ou se révèle complètement inutile au moment d'une crise. Parmi les femmes rapportant un événement majeur, celles qui bénéficient du soutien du mari avant et après la crise sont à toutes fins utiles prémunies contre la dépression, et leur taux n'est que de 4% (1/23) ; celles qui n'ont de soutien qu'avant ou après sans faire l'expérience d'un abandon, présentent un taux de dépression supérieur à 25% ; mais celles qui vivent un abandon présentent un taux de 40% (6/15), différence qui n'est pas suffisante pour permettre de tirer une conclusion définitive mais qui laisse présager la plus grande vulnérabilité de ce dernier groupe. Cette situation d'abandon est particulièrement le fait des femmes mariées puisque les mères de famille monoparentale font rarement cette expérience avec les gens qui les soutiennent.

Cette recherche pose tout le problème de la difficulté de vérifier l'effet tampon par des mesures trop générales. En effet, le soutien tel qu'il est évalué lors de la première mesure chez les femmes mariées ne prédit en rien la dépression si on ne tient pas compte des cas d'abandon observés par la suite. La critique possible, c'est que nous nous retrouvons encore une fois en présence d'une mesure rétrospective puisque l'abandon est noté à la phase 2 à propos d'événements vécus dans les semaines précédentes (Alloway et Bebbington, 1987).

Un instrument plus complexe pour mesurer l'évaluation de soi et le soutien social permet par ailleurs de rendre compte des divers aspects du soutien. Il couvre à la fois une enquête détaillée sur les moments de confiance et la perception du sujet à propos de la quantité de confidences échangées. Les résultats indiquent ici que ce sont les caractéristiques objectives des échanges rapportés plutôt que les perceptions de leur qualité qui prédisent la dépression.

Les problèmes de communication avec les intimes (époux, confidente), à condition toutefois qu'il y ait présence soit d'une mauvaise image de soi ou de certains symptômes préalables à l'événement, augmentent significativement la vulnérabilité s'il y a événement majeur ; cette accumulation de facteurs conduit à un très haut taux de dépression (48%). En l'absence de l'un de ces deux éléments, ou encore en l'absence d'un problème avec l'entourage immédiat, le taux de dépression n'est que de 6%. Les auteurs soulignent que la présence d'une tension dans la relation au cours de la phase 1 de l'étude peut indiquer, même sans que l'informatrice s'en rende compte, un événement grave en préparation comme une séparation ou un problème psychologique au stade prodromique chez le mari.

A l'étape suivante des analyses, on établit un Indice Conjoint qui doit remplir les conditions suivantes pour être positif : présence d'une relation négative avec un membre du noyau de l'entourage, et, soit une faible estime de soi, soit la présence de symptômes de dépression qui n'ont pas atteint le niveau d'un diagnostic. Cet Indice Conjoint est fortement associé à la production d'événements-D/-R, qui consistent, rappelons-le, à être reliés à une difficulté similaire ou à un conflit de rôle. Les résultats révèlent que cet Indice Conjoint positif, combiné aux événements-D/R, possède un effet interactif élevé dans l'apparition de la dépression. En effet, 55% des femmes rencontrant ces deux critères entrent dans un épisode de dépression comparativement à seulement 8% (1/12) des femmes qui ont connu un événement -D/-R mais en l'absence d'un Indice Conjoint positif. Par ailleurs, l'Indice Conjoint a le même effet sur les autres types d'événements majeurs à la différence cette fois qu'il n'en constitue pas la source. Sans Indice Conjoint positif, le taux de dépression est seulement de 5%, et il est de 77% (7/9) en sa présence.

L'Indice Conjoint ne touche évidemment qu'à des éléments mesurés antérieurement aux événements et à la dépression. Qu'en est-il alors du soutien reçu ou non reçu au cours de la crise ? Cet élément est si étroitement relié à l'Indice Conjoint qu'il ne modifie à peu près pas la chaîne des résultats présentée au paragraphe précédent car il n'y a en définitive que très peu de femmes qui ont un Indice Conjoint positif et qui reçoivent malgré tout du soutien lors de l'événement. Ces quelques femmes sont tout de même protégées contre la dépression, malgré leur forte vulnérabi-

lité antérieure, puisque seulement 17% (2/12) deviendront dépressives, ce qui est de loin inférieur au taux de 59% chez les femmes qui manifestent tous les facteurs de vulnérabilité. En somme, le soutien exclusivement reçu au cours de la crise et non antérieurement est théoriquement important mais il a une influence négligeable dans l'équation de prédiction à cause du faible nombre de personnes de ce groupe. Il faut noter enfin la force particulière de cet Indice Conjoint en termes de dépistage puisqu'il caractérise une majorité des femmes qui souffriront de dépression, soit 25 sur 32.

On peut se demander si des facteurs de personnalité ne viennent pas déterminer les relations négatives avec les membres importants de l'entourage (Andrews et Brown, 1988). Dans le cas des femmes mariées, une relation négative avec le mari ne semble pas être associée fortement avec leur capacité de mobiliser le reste de l'entourage en période de crise. Les résultats permettent cependant de penser que les mères célibataires qui ont une mauvaise relation avec une personne proche sont plus isolées socialement et réussissent moins bien à mobiliser l'entourage. Le soutien social pourrait également avoir pour effet de créer une certaine dépendance et une certaine vulnérabilité à la dépression comme le laisse entendre la théorie de l'impuissance acquise. Rien dans les données d'Islington ne conduit à une telle conclusion. La raison est attribuable en partie au fait que les femmes qui sont dépendantes à l'égard d'une relation sont mieux en mesure de mobiliser de l'aide au cours d'une crise et donc de s'en sortir.

La raison pour laquelle le manque de soutien est un facteur de vulnérabilité tient au fait qu'il a des répercussions sur la valeur que la personne s'attribue à elle-même. Le soutien social, dans ce modèle, est conçu comme l'aspect externe de l'estime de soi qui serait un reflet interne de cet aspect objectif. L'absence de soutien social et la faible estime de soi forment donc deux facettes d'un même processus qui mène à la dépression (Brown, Andrews et coll., 1986). La concordance entre ces deux facteurs n'est évidemment pas toujours parfaite. Dans ces cas, la présence du soutien social peut grandement diminuer le potentiel de vulnérabilité de la faible estime de soi comme en témoignent les données d'Islington (Henderson et Brown, 1988).

En guise de résumé, nous reprendrons deux des questions de base. D'abord un seul soutien solide est-il suffisant pour éviter l'effet de déclenchement d'un événement ? En deuxième lieu, est-ce le soutien en général ou celui que l'on reçoit en cas de crise qui est déterminant pour éviter un épisode pathologique ? Les résultats suffisent pour que l'on puisse avancer avec assez de certitude qu'un seul soutien important est suffisant. Quant à la deuxième question, elle pourrait présenter un faux problème puisque le soutien antérieur est fortement relié au soutien postérieur. Mais les résultats négatifs de la tentative de confirmer l'importance du soutien antérieur chez les femmes mariés et dus aux cas d'abandon montrent encore que c'est le soutien postérieur qui est le plus déterminant.

LES GENS VIVANT SEULS

[Retour à la table des matières](#)

Le phénomène des personnes vivant seules est particulier au contexte urbain moderne, et il va en augmentant avec les nouvelles formes de vie familiale et de mobilité géographique que nous connaissons. Ces faits paraissent inquiétants à plusieurs égards. En effet, l'épidémiologie psychiatrique n'a-t-elle pas maintes fois montré que l'isolement social est associé à de plus hauts taux de psychopathologie ? Depuis l'étude de Faris et Dunham (1939), on remarque que les cas psychotiques se retrouvent dans les régions urbaines ayant les plus fortes concentrations de personnes seules. Le facteur de sélection peut entrer en ligne de compte parce que les patients se concentrent dans les quartiers qui offrent des chambres à louer. L'étude de Kohn et Clausen (1955) montre également que les schizophrènes et les maniaco-dépressifs se trouvent déjà isolés socialement dès l'âge de 13 ou 14 ans. L'isolement social ici ne serait donc pas une cause mais un effet de la maladie dans les cas de pathologie grave.

Les états psychotiques ne sont pas les seuls pour lesquels l'association avec les logements d'un seul résidant est élevée. C'est également le cas pour le suicide et les tentatives de suicide. Une série d'études menées indépendamment dans les villes de Londres, de Chicago et de Mannheim présente des taux beaucoup plus fréquents dans les quartiers où il y a davantage de gens qui vivent seuls (Tousignant et Mishara, 1981). Hughes

et Gove (1981) rappellent que ces associations se retrouvent aussi dans les statistiques portant sur la mortalité, le crime et les traitements psychiatriques.

Il faut noter que les personnes vivant seules comprennent des célibataires, ainsi que des séparés, des veufs et des divorcés, catégories qui habituellement présentent de plus hauts taux de problèmes psychiatriques. Il ne serait pas pertinent de comparer cette catégorie avec la moyenne de la population parce que la variable de la situation conjugale viendrait confondre les résultats. Il est donc plus approprié de comparer la situation des personnes seules avec un échantillon de personnes de même situation conjugale comme cela est fait par Hughes et Gove (1981) à partir d'un échantillon national américain. Leurs résultats sont de plus standardisés en fonction de l'âge et de la situation socio-économique. Les chercheurs ont vérifié d'abord s'il y avait présence d'un facteur de sélection sous la forme de traits de personnalité indésirables forçant certaines personnes à vivre seules. On considère également le manque d'argent, une faible scolarisation, une enfance malheureuse et l'absence de perspectives d'ascension sociale. Aucun de ces facteurs ne distingue les personnes vivant seules du groupe témoin à propos de ces variables.

Quand on compare les gens qui vivent seuls à ceux qui vivent avec d'autres à l'intérieur des catégories de célibataires, de veufs, de séparés et de divorcés, les premiers présentent un meilleur tableau de santé mentale selon 21 des 36 mesures utilisées. Si on exclut la catégorie des veufs, les personnes vivant seules ne diffèrent même pas des gens mariés. Donc, le fait de vivre seul n'est pas un mauvais arrangement si l'on en juge d'après ces critères de santé mentale.

Le désavantage des non-mariés vivant avec une ou plusieurs autres personnes tiendrait aux exigences excessives de l'entourage et au manque d'intimité. Les veuves par exemple vivent souvent avec leurs enfants adultes, les divorcés avec de jeunes enfants (situation monoparentale), et les célibataires n'ont parfois pas quitté leurs parents qui bon an mal an continuent d'exercer un contrôle sur eux. Il est facile de concevoir que les personnes seules peuvent acquérir une certaine autonomie dans leurs relations sociales en se sentant plus libres d'accueillir qui elles veulent sans contrainte, ce qui rend leur isolement bien relatif.

Comment expliquer alors que les taux de suicide, d'hospitalisation psychiatrique et de mortalité soient plus élevés chez les gens seuls ? Hughes et Gove (1981) soulignent à cet égard que l'avantage de vivre avec d'autres (en dehors de l'intimité procurée par une relation de couple) tient moins à la disponibilité d'un soutien d'ordre émotif qu'à la présence d'une surveillance qui rend le suicide plus difficile, qui encourage le traitement s'il y a crise psychotique et qui fait pression pour que les maladies soient traitées précocement.

Ce type d'analyse peut expliquer le nombre peu élevé de suicides dans certaines régions du tiers monde comme l'Afrique noire. En milieu rural traditionnel, c'est peut-être moins l'absence de situations suicidogènes qui explique le faible taux de cas que le fait que la collectivité exerce une constante vigilance sur les mouvements de chacun.

LES RAISONS DE L'EFFICACITÉ DU SOUTIEN

[Retour à la table des matières](#)

Si les études anglaises et australiennes s'appuient sur la théorie de l'attachement de Bowlby, les fondements théoriques sont relativement absents des ouvrages traitant du soutien social. Mais qu'est-ce qui fait que le soutien contribue à une meilleure santé physique et mentale ? L'une des explications serait son action exercée sur l'événement lui-même pour en diminuer l'impact psychologique. Nous avons considéré cette hypothèse en analysant l'effet tampon. Voyons maintenant quelques autres explications possibles.

L'un des principaux effets de l'échange avec l'entourage se produit sur le plan de l'identité et de l'estime de soi qui sont des éléments centraux dans l'acquisition et le maintien de la santé mentale. A cet égard, le réseau peut agir de différentes manières. Ainsi, l'étude de Walker et coll. (1977) auprès de veuves illustre comment un réseau dense de personnes qui se connaissent bien permet de jouir d'un bon soutien émotif après le décès du conjoint. En revanche, les veuves bien entourées arrivent moins bien à oublier leur identité de veuves pour se refaire une autre image sociale mieux adaptée à la société urbaine moderne. C'est pourquoi les veu-

ves qui connaissent un réseau d'amis plus large et moins dense ont une plus grande facilité à se créer une image de non-veuves ; le réseau leur rappellera moins souvent cette situation. La nature de l'identité dépend donc du type de réseau auquel on appartient. Les femmes séparées qui préfèrent un rôle traditionnel sont mieux adaptées si elles resserrent leur réseau autour de la parenté tandis que les femmes moins conservatrices dans leurs attitudes s'accommodent mieux d'un réseau élargi qui leur ouvrira toutes sortes de nouveaux horizons (McLanahan et coll., 1981).

Plusieurs études révèlent également que le soutien social est relié à l'absence de liens affectifs négatifs.

Le soutien social permet également de mieux utiliser les stratégies d'adaptation que définissent Lazarus et Folkman (1985). Jung (1984) croit que le réseau soutient l'espoir et la foi, qu'il stimule, réduit l'anxiété, offre des possibilités de distraction et un point de référence sociale permettant de relativiser notre sort par rapport aux malheurs des autres.

Il importe ici de pousser plus avant la réflexion sur l'effet de stimulation du réseau social dans le contexte des recherches sur le rôle des émotions dans la guérison des maladies. Nous avons vu plus haut que les patients soumis à une chirurgie qui manifestent des émotions bénéficient d'un meilleur pronostic que ceux qui sont stoïques. Or, c'est peut-être là l'une des fonctions principales de l'entourage que de maintenir l'organisme en activité en y provoquant toute une gamme d'émotions qui auront un effet sur son système d'immunisation. Dans cette perspective, il y aurait lieu de ne pas réduire le processus du deuil à la rupture dramatique d'un attachement. Il y a aussi la perte d'une personne qui connaissait les moyens d'induire une série de réactions émotives qui ne sont plus déclenchées aussi fréquemment et aussi facilement après sa disparition. Selon cette hypothèse, l'organisme ensuite se déprimerait, au sens aussi bien physique que psychologique, entraînant l'affaiblissement des réponses immunitaires et la hausse de mortalité chez les veufs durant la première année suivant le décès de l'épouse. Cette perte serait d'autant plus prononcée que, durant la période de la vieillesse, il serait difficile pour une autre personne d'exercer cette fonction de stimulation parce que le temps ferait défaut pour la connaître aussi intimement.

Par ailleurs, on peut se demander si c'est ce qui se passe réellement entre deux personnes qui joue dans le soutien ou si ce ne seraient pas plutôt des aspects plus proprement symboliques de leur relation. Chez les collégiens, c'est souvent plus le fait de sentir une proximité qui est appréciée que les longs échanges (Hanigan et Tousignant, 1986). On veut se sentir aimé et compris et on ne va pas nécessairement vérifier si les gestes de l'autre sont authentiques. Dans cette situation, c'est l'aide perçue ou disponible qui est importante, autant et plus parfois que l'aide réellement donnée. Mais rien n'indique que ce soit ce type de relation qui ait un effet plus préventif.

Enfin, nous possédons encore peu de connaissances sur les milieux écologiques qui favorisent le soutien social. Le climat social d'une institution ou d'un quartier est fort important pour favoriser des milliers d'interactions quotidiennes qui auront des conséquences certaines. Ainsi, l'organisation sociale des écoles influence les rapports entre la direction et les professeurs ou entre les professeurs et les écoliers au point d'avoir des effets sur le taux de comportements déviants (Rutter, 1979). Dans les quartiers, Bouchard (1981) démontre comment les milieux où les gens ont des relations de bon voisinage présentent moins de comportements abusifs à l'égard d'enfants que les milieux plus isolés socialement, même si les conditions socio-économiques sont sensiblement égales.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Si le soutien social ne constitue pas le remède universel à tous les maux, il est certes un élément qui contribue à la bonne santé mentale. L'importance exacte de son rôle reste cependant à mesurer. Par exemple, est-ce que le soutien joue un aussi grand rôle s'il n'y a pas d'élément social aggravant dans le réseau ? Autrement dit, l'important ne serait pas tant de secourir les gens que d'éliminer dans leur réseau les personnes qui causent des torts.

Par ailleurs, le soutien n'est efficace qu'à des conditions bien spécifiques. Il faut qu'il corresponde au type de besoin ressenti, et il faut que le

receveur puisse avoir un sentiment d'interdépendance suffisamment développé pour pouvoir accepter une aide sans se sentir atteint dans son orgueil ou trop endetté moralement. C'est pourquoi les personnes qui possèdent les meilleures ressources psychologiques sont probablement celles qui sont les plus à même de profiter du soutien qui se présente. Cette réflexion amène à considérer que le soutien social peut être le produit des ressources psychologiques d'une personne. Une personne autonome, sûre d'elle-même, pleine d'entregent, saura accumuler ce capital social qui lui servira en temps et lieu.

Au plan de la recherche, il y a lieu d'analyser plus en profondeur le processus chronologique des rapports de soutien et de dépasser le stade des grandes analyses corrélationnelles auxquelles nous avons été habitués jusqu'à présent. Car à chaque étape d'une expérience difficile correspond une forme de soutien. Ainsi, certaines personnes ont besoin de solitude en début de crise afin de pouvoir se retrouver (Jung, 1984). Dans le cas du grand fumeur ou de l'homme aux prises avec un problème d'alcool, une forme contraignante de soutien peut être mal perçue au départ et considérée comme bienvenue plus tard par la victime parce que l'effort obstiné du partenaire signale en même temps une sympathie et une préoccupation authentique.

Mais ce qui fait défaut c'est une théorie susceptible d'orienter les travaux futurs. On tient pour acquis que le soutien social est un préalable à la santé mentale sans préciser pour quelles raisons. Forcer les chercheurs à comprendre le pourquoi aidera à poser les jalons de voies de recherche et de réflexion plus précises et à apporter une contribution plus riche aux praticiens.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre IV.

Influence de l'enfance

Toute souffrance psychologique est d'abord demande de ne rien changer, sauf précisément cette souffrance qui est la conséquence de ce que pourtant nous tenons à garder. Car tout changement ne se paie jamais que de l'abandon d'une part d'héritage. Et il est difficile à l'homme de renoncer aux certitudes d'une culpabilité qui l'attache imaginativement au passé, pour se risquer aux aléas d'une responsabilité qui le rende solidaire du présent.

[...]

Caïn ne célèbre pas sa faute, ni ne la nie, il en tire les conséquences. Façon de remettre le Surmoi à sa juste place. Ne se prenant pas pour un bouc, il n'en désigne pas non plus. Plutôt que de rêver de changements, il accepte de changer de rêves. Ceci lui permet d'en inscrire quelques-uns dans la réalité. On ne peut en dire autant d'Abel...

F. Martens, in *Jean-Marie gardien de son frère*.

LES THÈSES DE LA PSYCHANALYSE

[Retour à la table des matières](#)

À une époque récente où le modèle psychanalytique était dominant en psychopathologie, certains postulats de base comme l'influence déterminante de la petite enfance sur l'équilibre psychique à la période adulte étaient acceptés d'emblée. Toute cassure psychologique ultérieure au stade de l'Oedipe était conçue comme la résurgence du trauma original, tout conflit comme la réactivation d'un noeud de liens névrotiques. Même le courant humaniste inspiré de Rogers reprenait dans un vocabulaire plus

transparent une position qui donnait une place importante dans la genèse de la santé mentale à l'attitude d'acceptation inconditionnelle de la part des premiers agents de socialisation. Les efforts de confirmation empirique des postulats psychanalytiques, plutôt timides parmi les théoriciens et souvent cantonnés dans des descriptions de cas, exigeaient du lecteur plus de complicité intellectuelle que de logique cartésienne. Autant dire que ceux qui ne partageaient pas une certaine ferveur étaient suspects de mauvaise foi parce qu'ils exigeaient une opérationnalisation de concepts qui en définitive risquait de réduire en cendres toute l'échine de la pensée originale. Certaines parmi les tentatives les plus sérieuses de raccorder les théories aux faits furent l'œuvre d'équipes interdisciplinaires en anthropologie culturelle de laquelle jaillit le mouvement connu sous le nom de culture et personnalité. Le psychiatre et psychanalyste Abraham Kardiner (1935, 1945) réunit autour de lui durant les années quarante une équipe d'anthropologues autour de séminaires portant sur le rapport entre les méthodes de socialisation du jeune enfant spécifiques à une culture et la personnalité de base de la période adulte. Une série de monographies servirent à illustrer les liens fort complexes entre ces deux pôles sans prétention à une démonstration scientifique. Il fallut attendre la génération formée par ces théoriciens pour assister à la mise sur pied d'une imposante armada méthodologique conçue pour imposer les lois de la rigueur empirique à la démonstration d'hypothèses inspirées des théories freudiennes. À partir de l'analyse des textes ethnographiques, on essayait de reconnaître les similitudes de personnalité et de comportement dans des sociétés souvent fort distantes et sans contacts récents qui partageaient néanmoins certaines attitudes dans leur approche de l'enfant. Pour y arriver, on demandait à des juges de situer les différentes cultures sur une série d'échelles à partir d'extraits de textes ethnologiques, ce qui permettait d'opérationnaliser à la fois les variables dépendantes et les variables indépendantes. Malgré l'obtention de corrélations impressionnantes, ces travaux résistèrent mal à l'épreuve du temps et ils sont maintenant tombés dans un relatif oubli. Les psychanalystes les ignorèrent en premier lieu, jugeant la démarche naïve, non sans certaines raisons, ou n'ayant peut-être pas la même ouverture à l'exotique que Freud. Par ailleurs, des critiques démontrèrent que des corrélations aussi étonnantes que celles qu'avaient trouvées Whiting et Child (1953) pouvaient être obtenues pour des hypothèses concurrentes, que des traits anaux étaient aussi bien reliés que des traits oraux avec les mêmes aspects des moeurs d'un ensemble de cultures. Le grand problème épistémologique provenait de l'absence de

distinction entre le niveau de la culture et celui de la personnalité car les deux types de mesure étaient fondés sur des textes ethnographiques, ce qui ne pouvait que mener à un cul-de-sac.

LE DEUIL ET LA SÉPARATION DES PARENTS

[Retour à la table des matières](#)

La tradition anglaise a manifesté beaucoup plus d'enthousiasme pour les questions de la petite enfance. Le grand nombre d'enfants séparés de leur mère ou qui l'ont vue mourir au cours de la Seconde Guerre mondiale a sensibilisé les chercheurs au potentiel pathologique de ces circonstances. Par ailleurs, l'œuvre de Bowlby et ses réflexions sur le concept d'attachement dans un contexte interdisciplinaire ont su interpeller les épidémiologues et les rendre conscients de la vulnérabilité plus grande des personnes ayant vécu des pertes et des séparations familiales pendant leur enfance. Le défi qui se posait était évidemment de rendre compte de la chaîne causale entre des expériences de vie qui remontent loin en arrière et l'état de santé mentale actuel. L'épidémiologie, au-delà des simples corrélations, doit établir la trame qui conduit à la réactualisation de ces causes lointaines. Quel est l'enchaînement des circonstances qui engagent la vie d'un enfant dans un état de vulnérabilité en augmentant par la suite les probabilités de situations malheureuses qui déclenchent des troubles psychiques ? Car il faut bien que des facteurs continuent d'agir pour maintenir ces états de vulnérabilité, sans quoi leurs effets s'estomperaient au fil des ans à mesure que le destin s'acharnerait moins sur ces gens. Or, on observe malheureusement que le destin de certaines personnes est marqué sérieusement par leur enfance, autant sur le plan social que sur le plan psychologique.

Une série d'études historiques et transculturelles, même si elles ne se fondent pas toujours sur une méthodologie aussi rigoureuse qu'on le souhaiterait, ont en revanche eu le mérite de fournir une documentation tout à fait unique sur certains phénomènes plus accentués de séparation parentale. Une recension de Minde et Musisi (1984) rapporte quelques observations qui confirment généralement les hypothèses d'Ainsworth et Bowlby selon lesquels une lacune dans l'attachement à une figure adulte

entraînerait chez l'enfant un manque de sécurité, une réaction de deuil et une crainte d'explorer la nouveauté. Ces derniers auteurs avaient été fortement influencés par le fait que les enfants vivant dans des abris avec leurs parents à Londres lors de la Seconde Guerre mondiale s'en tiraient mieux du point de vue psychologique que ceux qui avaient été séparés de leurs parents pour être confiés à des garderies à l'extérieur de la ville afin de jouir d'une meilleure protection. Quelques faits montrent que ce n'est pas tant l'éloignement d'avec les parents qui perturbe l'enfant que la discontinuité avec le milieu de vie parce que celui-ci crée une familiarité, si vulnérable que soit l'enfant aux agressions externes. Ainsi, les orphelins du camp de concentration juif de Tereczin, élevés par des prisonnières, sont demeurés très attachés les uns aux autres et s'en sont bien tirés si Von en juge par les indices les plus élémentaires d'après lesquels on a pu les évaluer. En revanche, les cas de déracinement consécutifs aux guerres civiles livrent un sombre tableau des séquelles à moyen et à long termes. Les enfants arrachés à l'un de leurs parents pendant la période de violence politique en Argentine présentent des signes de crainte et de retrait dans une proportion de 75%, et cela trois ans après la séparation. Ces observations en rappellent d'autres similaires faites en Ouganda où les orphelins de la guerre civile continuent pendant longtemps à nourrir leur haine pour la tribu responsable de la mort de leurs parents. Même une séparation temporaire laisse une marque profonde dans ces cas de guerre civile. Ainsi, une étude d'Amnesty International menée au Danemark révèle une forte fréquence de symptômes chez des enfants chiliens à nouveau réunis à leurs parents plus de six ans après l'expérience de leur séparation.

Les séparations légitimées par la culture ne possèdent pas les mêmes effets catastrophiques. Une vieille pratique en Afrique et aux Antilles, longtemps répandue en Europe et au Canada français avant le XXe siècle, consiste à envoyer de très jeunes enfants chez des membres de la parenté pour des périodes parfois très longues. Ces pratiques, dont il est difficile de tracer le bilan, ne semblent pas perturber de façon significative les enfants ougandais qui y ont été soumis. Mais si ces transferts dévient des pratiques culturellement sanctionnées, elles provoquent souvent une pathologie (Minde et Musisi, 1984).

Les synthèses des travaux sur les conséquences à long terme sur l'enfant du deuil et de la séparation n'arrivent généralement pas à dégager un effet marquant de la perte (Brown, Harris et Bifulco, 1986). Il est vrai

que, dans beaucoup d'études, certains échantillons ne traduisent pas la distinction entre décès et séparation ou font état de séparations de très courte durée. S'il y a donc un effet, celui-ci n'est pas évident. La perte de la mère par décès subie à un très jeune âge a toutefois été mise en évidence à plusieurs occasions dans les biographies des dépressifs souffrant d'une forme sévère de cette maladie (Finkelstein, 1988), ce qui n'a été le cas que pour deux recherches portant sur le décès du père. À cet égard, si la mort du père devait avoir des effets, il devrait être plus facile de la mettre en relief parce que cet événement est plus fréquent que la mort de la mère. La mort d'un parent subie en bas âge a de plus été mise en évidence dans l'étiologie de l'alcoolisme. Finkelstein rapporte également une revue de Berlinsky et Biller (1982) qui établit une relation entre le décès du père ou de la mère subi en bas âge par l'enfant et un trouble psychique ultérieur de même qu'avec une disposition à des problèmes psychologiques qui se traduit par de la dépendance ou des déficits cognitifs. Comme tout malheur a son bon côté, la perte du père est en contrepartie trois fois plus fréquente que le hasard chez les personnes qui obtiennent un quotient intellectuel supérieur à 155, et elle est aussi supérieure à la moyenne chez les individus qui font le sujet d'un article de l'Encyclopedia Britannica ⁴.

LA PERTE D'UN PARENT : DÉPRESSION ET SÉQUELLES

La perte comme facteur de vulnérabilité à long terme

[Retour à la table des matières](#)

Les travaux du Bedford College ont réussi à dégager une trajectoire sociale particulière à certaines femmes ayant perdu leur mère et devenues ensuite dépressives à l'âge adulte. Les premières recherches de Camberwell avaient d'abord mis en évidence que la séparation d'avec la mère avant l'âge de 11 ans constituait un facteur important de vulnérabilité à la

⁴ Au cours d'une émission d'*Apostrophes*, Bernard Pivot remarquait que trois de ses quatre invités, soit John Irving, Jacques Attali et Robert Merle, avaient perdu leur père en bas âge.

dépression (Brown et Harris, 1978). Une série d'études ultérieures (Bifulco, Brown et Harris, 1987 ; Brown, 1988) confirmaient ce résultat en indiquant que la prévalence de la dépression était environ de deux fois supérieures chez les femmes qui avaient vécu une séparation que chez les autres. On entend généralement par séparation soit un éloignement d'avec la mère qui s'étend sur plus de douze mois, soit le décès de celle-ci.

La stratégie des dernières études a consisté à isoler des échantillons de femmes à hauts risques afin de mieux cerner les facteurs associés aux pertes. Celle d'Islington (Bifulco, Brown et Harris, 1987) comprend près de 400 femmes de 18 à 50 ans. Pour faire partie de l'échantillon, une femme doit soit être mère de famille monoparentale, soit être mariée à un homme ayant un métier manuel, et avoir au moins un enfant de moins de 18 ans à la maison. Le but de l'étude est de vérifier dans un premier temps si la perte de la mère est un facteur de vulnérabilité en soi ou si ce n'est pas surtout la présence de lacunes graves dans les soins prodigués à l'enfant par les parents substituts qui joue le rôle le plus important dans la genèse de la dépression au stade adulte. L'échantillon final inclut plus de 178 femmes ayant perdu au moins un parent et 120 ayant perdu leur mère, dont 21 à la suite d'un décès. Les taux de dépression pour les 12 mois précédant l'entrevue sont significativement plus élevés s'il y a eu séparation (26%) que s'il y a eu décès (14%) ou s'il n'y a eu aucune séparation (15%). Les séparations de type plus inusité comme l'abandon de la mère ne sont pas plus à risques que les séparations mieux acceptables socialement comme l'hospitalisation à long terme après une maladie, cela contrairement aux données obtenues à Walthamstow (Londres) auparavant.

*La qualité des soins est-elle plus importante
que la perte de la mère ?*

Il est nécessaire d'ouvrir ici une parenthèse afin d'analyser l'impact de l'abus et de la négligence sur la santé mentale avant d'examiner les études londoniennes sur les conséquences de la perte de la mère. Le dossier concernant les mauvais traitements est en somme très lourd. Les recherches tendent à démontrer que la négligence des parents ou des figures parentales possède des effets plus nuisibles encore que l'abus physique. Les comportements de négligence sont en effet plus chroniques et peuvent aller jusqu'à retarder l'acquisition du stade symbolique à la suite

d'une lacune dans l'interaction verbale parent-enfant. L'abus, surtout s'il est réactionnel à une situation pénible vécue par les parents, permet au moins à l'enfant de comprendre partiellement les motifs du comportement et même de prévoir le terme de l'épisode.

Une somme de recherches de plus en plus impressionnantes mettent en cause l'abus et la négligence dans l'étiologie de nombreuses pathologies chez les enfants et les adolescents, en particulier pour la délinquance où les effets des attitudes parentales sur l'estime de soi seraient particulièrement néfastes et durables. Une recherche récente et bien documentée, menée à Saint Louis à l'intérieur de la série ECA (Epidemiological Catchment Area) (Holmes et Robins, 1988) met bien en lumière d'autres influences parentales sur diverses pathologies infantiles. Le nombre des sujets est relativement élevé, l'échantillon est choisi au hasard et la psychopathologie est identifiée à partir du Diagnostic Interview Schedule. Les résultats mettent en évidence que les dépressifs et les alcooliques « purs », c'est-à-dire ceux qui ne présentent pas d'autres formes de pathologie, déclarent plus souvent que les sujets sans pathologie avoir été victimes de coups de poing, de coups de ceinture ou de bâton, ou avoir été enfermés plus d'une demi-journée même s'ils ne rapportent pas d'autres punitions corporelles en général. Par ailleurs, il n'y a pas de relation entre ces modes de répression fondées sur la violence physique et la classe sociale. Les auteurs concluent que les effets sur la pathologie sont non spécifiques en ce sens que ces pratiques mènent davantage à la dépression chez les femmes et à l'alcoolisme chez les hommes. La négligence et le contrôle sont aussi mis en cause dans l'étiologie de la dépression. Parker (1983) montre à l'aide du Parental Bonding Instrument que les patients atteints d'une dépression de type névrotique perçoivent leurs parents comme ayant été moins attentifs à leurs besoins ou plus surprotecteurs qu'un groupe témoin.

Étant donné ces constatations, l'impact de la perte d'un parent ne peut pas être analysé en dehors du contexte d'abus et de négligence qui peuvent survenir après la prise en charge par d'autres figures parentales sans que l'on rejette l'idée que l'abus et la négligence peuvent aussi être à l'origine de certaines séparations ou les précéder. Poursuivant cette voie de réflexion, l'équipe du Bedford (Harris, Brown et Bifulco, 1987a et b) a cherché à voir si la séparation d'avec la mère était le principal facteur en cause ou si la privation de soins coïncidant avec la séparation ne suffisait

pas à lui seul à expliquer la plus grande fréquence de dépressions. Tout en prenant note des comportements d'abus, ces études ont surtout été concentrées sur l'indifférence et le manque de contrôle. Il existe à cet effet une série de recherches qui illustrent que c'est bien plus la qualité de la relation parent(s)-enfant que la séparation en soi qui rend vulnérable aux troubles psychiques (Emery, 1982).

L'équipe de Brown a donc construit à cette fin une entrevue semi-structurée ⁵ portant sur la privation de soins dans trois domaines, dont

⁵ Trois échelles forment l'instrument, soit une portant sur l'indifférence des parents, une autre sur la discipline parentale et une troisième sur le degré de discorde dans la famille. Les questions sont semi-standardisées et l'interviewer est encouragé à procéder de façon clinique en demandant au sujet de produire le plus possible d'exemples concrets qui puissent permettre une classification juste. Ces exemples doivent être détaillés puisque c'est à partir des comportements et non des simples impressions du sujet que se fait la cotation. Les questions concernent à la fois les parents et les parents de remplacement. Chacune des périodes de l'enfance est couverte jusqu'à l'âge de 16 ans inclusivement.

La section consacrée à l'indifférence des parents couvre plusieurs thèmes comme la présence des parents à la maison, les encouragements et les félicitations, l'attention aux travaux scolaires, aux activités extérieures et à la carrière, les soins matériels tels que l'habillement et les repas, l'aide morale procurée lors des mauvais moments. Une cote d'indifférence élevée de 1 ou 2 témoigne de comportements qui ont une influence néfaste sur l'estime de soi de l'enfant. Ainsi, la réserve d'un père timide ou ses absences prolongées dus à son emploi ne constituent pas de l'indifférence grave à moins d'être accompagnées de remarques acerbes qui font comprendre à l'enfant qu'il n'a pas d'importance. Il faut donc une présence minimale de cruauté physique et mentale pour appliquer ces cotes.

L'échelle de discipline imposée par les parents porte sur la surveillance des parents ou de leurs remplaçants. Les questions couvrent la discipline à la maison, les sorties en soirée ou à l'extérieur et la liberté de prendre des décisions par soi-même. La cote est « élevée » si les parents exercent un contrôle extrême en se référant aux normes culturelles du groupe d'appartenance. Généralement, il y a présence d'un certain degré de sadisme ou d'insensibilité par rapport aux besoins de l'enfant. Ainsi, le fait d'insister de façon un peu compulsive sur les manières à table ne doit pas être jugé comme une manifestation de sévérité excessive. En revanche, le fait de forcer une adolescente de 16 ans à rentrer avant sept heures du soir pendant les vacances d'été est considéré comme une entrave à l'intégration normale au groupe de pairs. La cote « faible » s'applique dans les cas de laisser-faire. Il ne s'agit pas généralement de simple permissivité, mais d'une absence d'intervention dans le cas de transgressions graves ou d'une indifférence presque complète à l'égard des activités de l'enfant à l'extérieur. Un exemple en serait un

deux sont retenus pour les fins de cette analyse, soit l'indifférence des parents et l'absence de discipline. On évalue tous les arrangements familiaux dans lesquels le sujet a vécu pendant au moins douze mois entre 0 et 17 ans, ce qui signifie que l'on tient compte à la fois de la période précédant et de la période suivant la séparation. Les résultats montrent que plus du tiers des femmes déprimées ont été victimes de l'indifférence de leurs parents et, lorsqu'on intègre les deux facteurs de la séparation et de l'indifférence dans une équation de régression logistique, seul ce dernier facteur se révèle prémonitoire de la dépression ⁶. Si une femme a été séparée de sa mère et qu'elle n'a pas fait l'expérience de la privation de soins, ses chances d'avoir eu une dépression au cours de la dernière année ne sont que de 19%, comparativement à 45% si les deux circonstances sont présentes (4% et 36% respectivement pour ces deux groupes dans l'étude de Walthamstow). L'expérience de carence de soins est d'autre part très faible quand les deux parents sont continuellement présents, soit seulement chez 9% des sujets. Cependant, la vulnérabilité pour ce dernier groupe est élevée puisque, même en l'absence de séparation des parents, le taux de dépression s'élève néanmoins à 37% (7/19). Par ailleurs, il faut prendre note que la séparation d'avec le père est aussi fortement associée à un taux élevé de privation de soins (30%) et que le taux de dépression y est aussi très haut (23%). Mais encore là, ce n'est pas le départ du père qui est la cause de la vulnérabilité mais le manque d'attention dont a été victime l'enfant. Les conclusions établies auprès de ces deux échantillons londoniens rejoignent ainsi les constatations faites par Birtchnell et Kennard (1984) révélant que la qualité des relations avec les figures parentales avant et après la séparation influence l'incidence ultérieure de la dépression.

L'étude de Londres indique également que la séparation d'avec l'un des parents est présente dans un tiers des cas de dépression. Leur surre-

jeune garçon arrêté par la police pour vol d'auto et dont les parents ne se sentiraient pas du tout préoccupés lorsque les policiers viendraient reconduire l'enfant à la maison.

La section consacrée à la discorde familiale porte sur les conflits à l'intérieur du foyer. Si ces conflits sont fréquents ou violents, et surtout s'ils font participer l'enfant, il y a une cote de discorde grave. Les principaux exemples impliquent de la violence physique ou de la violence verbale. L'intervention de la police et la gravité des blessures sont des indices qui aident à la classification.

⁶ Les résultats obtenus avec l'échantillon de Walthamstow sont similaires.

présentation exige que l'on soit particulièrement attentif à connaître ce qui contribue à augmenter la vulnérabilité de ces cas, notamment en regard du facteur de privation de soins. Un autre facteur à explorer est la position sociale actuelle du sujet ainsi que celle de son père, de même que les types d'expériences marquantes de la biographie. C'est principalement à cette démarche qu'a été consacrée l'étude de Walthamstow (Harris et coll., 1987) dans laquelle on restreint l'échantillon de 18-65 ans aux seules femmes qui ont été privées d'un parent pendant au moins 12 mois avant 17 ans et en y ajoutant un petit groupe témoin n'ayant pas vécu une telle privation.

On retrouve ici comme dans plusieurs autres recherches que la dépression est plus répandue en milieu défavorisé que dans les classes moyennes. L'analyse prouve cependant que cette distribution différentielle n'est pas le fruit d'une reproduction sociale au sens strict, c'est-à-dire que les milieux ouvriers produiraient plus de dépression, mais bien de certaines circonstances qui rendent vulnérables certaines femmes de classe ouvrière et les empêchent d'accéder à la classe moyenne, alors que d'autres femmes de classe ouvrière entrent dans la classe moyenne tout en demeurant peu vulnérables. Les femmes dont le père est de classe moyenne ont en effet un taux de dépression similaire à celles dont le père appartient à la classe ouvrière (19% par rapport à 23%) au sein de cet échantillon. Une telle observation provient du fait que les facteurs de risque ne sont pas différents d'une classe à l'autre : ainsi, la privation de soins parentaux, contrairement à ce que certains préjugés de classe pourraient laisser supposer, n'est pas notoirement plus fréquente chez les familles ouvrières que chez les familles de classe moyenne (58% par rapport à 46%). Encore une fois, il est nécessaire de rappeler ici que le taux élevé est attribuable à la nature spécifique de l'échantillon où les personnes ayant été privées de la mère sont surreprésentés. Il existe cependant un clivage de classe en ce qui concerne le sous-groupe ayant séjourné en institution et qui comprend 29 des 139 cas de séparation. Ce phénomène est plus apparent dans la classe ouvrière que dans la classe moyenne. La grande majorité de ces 29 femmes, soit 83%, ont aussi relaté une expérience de privation de soins et elles tendent à souffrir davantage de dépression sans que

la différence d'avec les autres femmes ayant vécu une perte soit significative ⁷.

Tout commence à devenir plus complexe et en même temps à s'éclairer à mesure que l'on procède à des découpages plus fins. Le sous-groupe le plus vulnérable à la dépression est constitué par les femmes appartenant à la classe ouvrière au moment de l'entrevue et qui sont passées par une institution ; elles sont plus sujettes à la dépression que les autres femmes faisant actuellement partie de la classe ouvrière ayant vécu une expérience de perte (56% par rapport à 26%). Cependant il n'y a aucune différence entre les taux de dépression des femmes ayant été en institution et ceux de celles ne l'ayant pas été au sein du groupe appartenant actuellement à la classe moyenne (15% par rapport à 13%). Il faut donc regarder ce qui s'est produit chez ces femmes ayant connu le passage en institution et qui sont demeurées dans la classe ouvrière ou qui, dans une moindre mesure, ont vu baisser leur rang social. L'expérience marquante de ces femmes est la venue d'une grossesse préconjugale à un âge précoce qui a conduit à une impasse et qui a bloqué le processus de mobilité sociale ascendante. Des 29 femmes qui sont passées par une institution, 14 ou 48% ont eu une grossesse préconjugale par rapport à seulement 17% (19/110) de celles qui n'ont pas eu cette expérience et ont connu une perte de la mère. Cette différence, comme nous le verrons au paragraphe suivant, est très importante pour qui veut comprendre la genèse de la dépression.

L'expérience d'une grossesse préconjugale à un âge précoce est en effet l'un des éléments déterminants de l'augmentation de la vulnérabilité à la dépression. L'ensemble des femmes de ce groupe sont en effet à la fois plus susceptibles d'avoir vécu la perte de la mère (25% par rapport à 10% pour le groupe sans perte ou avec seulement perte du père) et d'être entrées dans une phase de dépression clinique au cours de l'année précédant l'entrevue (42% par rapport à 15%). Autre observation importante, les expériences qui habituellement projettent un peu trop rapidement les jeunes filles dans la vie adulte - comme par exemple l'abandon de l'école avant 16 ans, le mariage ou le premier enfant avant 20 ans, une liaison avec un homme marié, expériences qui peuvent nuire à un développe-

⁷ Cette absence est en partie attribuable au petit nombre de cas du sous-groupe ayant connu l'institution.

ment normal - ne sont pas reliées à la dépression si elles ne sont pas également accompagnées de l'expérience d'une grossesse préconjugale. C'est donc ce dernier élément qui joue le rôle d'un guet-apens duquel il est difficile de sortir à moins que des circonstances favorables puissent maintenir la femme dans la classe moyenne ou l'y faire accéder. Et le handicap est particulièrement grave si le père est de classe ouvrière. Malgré le fait que l'Angleterre ait connu une forte mobilité ascendante chez les femmes de cette génération, les trois quarts (17/23) de celles qui ont eu une grossesse préconjugale et dont le père était ouvrier sont demeurées dans cette classe alors que seulement 2 des 10 femmes dont le père est de classe moyenne et qui ont connu ce type de grossesse sont descendues de rang social. L'explication du sort malheureux du premier groupe tient à l'absence de solutions adéquates pour faire face à la grossesse. La plupart des femmes appartenant à la classe moyenne (71%) au moment de l'entrevue avaient réglé les problèmes occasionnés par leur grossesse soit en y mettant terme par un avortement, soit en épousant le père dans des circonstances où le mariage avait été préalablement fixé, soit encore en épousant un autre homme que le père alors que seulement 31% des femmes appartenant actuellement à la classe ouvrière ayant subi le même sort ont pu recourir à ces moyens. La presque totalité des femmes de ce dernier groupe (95%) ont épousé le père de l'enfant contre seulement la moitié pour le groupe de la classe moyenne. Il faut bien noter qu'il s'agit ici de la classe sociale actuelle car la classe sociale du père n'est pas reliée à l'emploi d'une bonne stratégie pour régler le problème d'une telle grossesse. Il s'avère donc que l'un des grands risques associé à la privation de la mère est la grossesse préconjugale qui, si elle mène à une voie sans issue, reléguera la femme dans la classe ouvrière. Mais les femmes d'origine ouvrière qui trouvent une solution à leur grossesse préconjugale suivront la majorité de celles qui n'ont pas connu une telle grossesse dans le processus de mobilité sociale.

D'autres éléments sont nécessaires à une complète compréhension du cheminement pré- et post-grossesse préconjugale. Celle-là s'inscrit fréquemment dans le prolongement d'une privation de soins de la part des parents. Un tiers des femmes ayant vécu ce type de grossesse ont souffert de privation contre seulement 13% de celles qui en ont été protégées. L'état de vulnérabilité s'accuse encore après la fin de la grossesse pour les femmes de classe ouvrière au moment de l'entrevue par le fait qu'elles partagent rarement une relation d'intimité avec un mari ou un concubin.

Plus de 74% d'entre elles ne peuvent compter sur ce type privilégié de relation contre seulement 28% pour le groupe n'ayant pas vécu de grossesse préconjugale ; il s'agit souvent plus que d'un simple manque de communication car 53% des femmes du premier groupe ont un mari non fiable qui présente des problèmes de comportement associés à la boisson, au jeu et à la violence. Il est intéressant de noter enfin que le filet se referme de façon encore plus serrée chez un certain nombre de ces femmes très tôt forcées par leur grossesse préconjugale à un mauvais mariage. On arrive en effet à isoler un petit groupe à très hauts risques de dix femmes constitué par celles qui ont trois enfants ou plus de moins de 15 ans à la maison : 60% d'entre elles ont eu une grossesse préconjugale et 80% ont été privées de soins parentaux.

On peut se demander à ce stade de la présentation pourquoi prêter tant d'attention à un groupe somme toute minoritaire de femmes qui ont été séparées de leur mère et qui ont fait l'expérience d'une grossesse préconjugale à un âge précoce. Tout d'abord, 24% des dépressives ont vécu une telle grossesse, ce qui n'est pas négligeable. Et, point extrêmement important à souligner, si ce groupe avec grossesse précoce est soustrait de l'ensemble, l'association entre classe sociale à l'âge adulte et dépression disparaît entièrement. C'est donc le facteur grossesse préconjugale et non celui de l'absence de mobilité sociale en soi qui est à l'origine des différences de classe sociale à l'âge adulte dans la distribution différentielle des taux de dépression. L'autre facteur de vulnérabilité associé est la perte de la mère durant l'enfance qui est rapportée par 10% de la population féminine adulte avec enfants. Ce n'est encore qu'une minorité, mais une minorité très importante comme cible des programmes de prévention. Il existe bien sûr d'autres facteurs présents, dont certains seront décrits ci-dessous, et il faut rappeler la nécessité de la présence d'agents déclencheurs pour provoquer une dépression.

Cet échantillon ne contient malheureusement que peu de cas où l'on observe uniquement la séparation d'avec le père à la suite du mode de sélection opéré. L'analyse considère ici uniquement les pertes subies avant 11 ans. Dans tous les cas où la perte est attribuable à un décès (N=20), on ne note aucun cas de dépression. En revanche, il y a 19% de cas de dépression (4/21) lorsqu'il y a séparation d'avec le père, ce qui est nettement au-dessus des 4% (2/45) observés dans les familles intactes. Les faibles échantillons commandent cependant la prudence.

En conclusion, la perte d'un ou des deux parents ne semble pas en soi déterminante pour la santé mentale des enfants. La plupart des études concluent que ce sont bien plus les conflits entre les parents que les conséquences de la séparation qui sont associés aux troubles de comportement chez les enfants (Emery, 1982 ; Angold, 1988). Des observations longitudinales commencent même à révéler que les comportements des enfants antérieurement au divorce sont similaires à ce qui est rapporté pour la période suivant le divorce, ce qui tend à renforcer l'idée que la séparation n'est souvent qu'un événement parmi d'autres au sein d'un climat familial chaotique (Block et coll., 1986).

Reproduction sociale des facteurs de vulnérabilité

Nous venons de voir que le fait d'être né dans la classe ouvrière n'augmente pas significativement le taux de dépression à l'âge adulte. Par contre, les analyses démographiques américaines (McLanahan et Bumpass, 1988) font voir que certains facteurs de vulnérabilité se reproduisent de génération en génération, quelle que soit la classe sociale. Les résultats obtenus à partir d'une enquête auprès d'un échantillon national de près de 8 000 femmes âgées de 15 à 44 ans fournissent des informations complémentaires intéressantes pour les enquêtes épidémiologiques. Les femmes qui ont vécu une situation monoparentale durant leur enfance ont 164% de plus de chances de connaître une grossesse préconjugale et 92% de plus de chances de voir leur mariage se briser que celles qui ont vécu au sein d'une famille nucléaire intacte. Elles ont aussi 46% de moins de chances de se remarier après un divorce dans la période de cinq années qui suit. Il faut cependant être prudent avant de conclure que tous les facteurs se reproduisent. Une enquête française montre que seulement 5% des enfants placés en institution ou en famille d'accueil proviennent de mères qui ont elles-mêmes été dans cette situation au cours de leur enfance (Assailly et coll., 1989). L'étude américaine rapporte une autre donnée importante dans le contexte des résultats de Walthamstow : une adolescente enceinte est moins sujette à se marier, donc à risquer un échec conjugal à plus ou moins long terme, si sa mère est à la maison pour aider aux soins de l'enfant. Par ailleurs, la mort du père a moins d'impact économique que son départ du foyer, ce qui pourrait en partie expliquer la faible fréquence des cas de troubles psychiques dus à la mort du père. Enfin, bien que les données n'incluent qu'un indice indirect de la

situation socio-économique, soit le niveau d'éducation des parents, il n'existe aucune relation entre cet indice et les variables analysées.

Les traits de personnalité

Il est légitime de se demander à ce stade si les femmes qui n'arrivent pas à prendre de décision adéquate dans le cas d'une grossesse préconjugale précoce ne possèdent pas des prédispositions personnelles qui expliquent leur échec. Les recherches démontrent à cet effet qu'il existe des traits de personnalité et des comportements sociaux communs aux femmes qui ont vécu en foyer et dont une grande partie vivront ce type de grossesse. Quinton et Rutter (1984a et b) rapportent qu'elles ont des fréquentations de courte durée avant le mariage, un taux supérieur de grossesse à l'adolescence et qu'elles présentent également des comportements déviants avant même d'avoir rencontré leur futur partenaire.

L'équipe du Bedford College (Harris et Bifulco, 1988) s'est également risquée à relier les déboires des grossesses vécues à l'adolescence avec certains traits de personnalité malgré les risques inhérents à la méthode du rappel à long terme pour une tentative de cet ordre. Des événements comme la grossesse ou les mauvais traitements sont rappelés périodiquement à la mémoire à l'occasion de retours sur soi ou de conversations, et ces souvenirs ne risquent pas d'être altérés par le temps même si les affects et les interprétations qui s'y rattachent risquent de l'être. Il en est tout autrement lorsqu'il s'agit de reconstituer l'évolution de la personnalité et plus spécifiquement de ces prédispositions que sont l'impuissance acquise ou la mauvaise estime de soi fréquemment observées chez les dépressifs. Mais un tel retour, si risqué soit-il, est nécessaire pour vérifier certaines intuitions de l'expérience clinique.

Deux grands théoriciens spécialisés dans la petite enfance accordent une importance primordiale aux événements qui accompagnent la perte de la mère parce qu'ils croient que ceux-là peuvent modifier les modes d'appréhension de soi-même et de l'environnement. Bowlby (1980), s'éloignant des hypothèses de ses premiers ouvrages sur le deuil subi par les enfants, considère que c'est moins l'effet du deuil qui handicape les enfants qui ont perdu leur mère que les biais cognitifs découlant d'un deuil perturbé. Ces perceptions, selon lui, contribuent ensuite à modeler leurs attitudes dans les relations sociales pour longtemps. Bowlby distin-

gue à cet égard trois catégories de relations à problèmes : il y a les relations de maternage compulsif que l'on retrouve en particulier chez ces personnes toujours à l'affût du secours à porter à la veuve et à l'orphelin, les relations ambivalentes et angoissées et celles qui sont teintées d'une indépendance rigide. Rutter (1981) émet pour sa part l'avis que la séparation d'avec la mère peut être précédée par l'échec de la tentative d'établir un lien avec elle, ce qui entraîne généralement de graves signes de dérangement psychique dans la vie relationnelle.

L'utilisation de l'échantillon de Walthamstow pour vérifier l'importance de certains biais cognitifs ou dispositions de la personnalité chez les femmes ayant subi la privation de leur mère ne pouvait évidemment conduire à retracer l'évolution des traits psychologiques depuis la petite enfance. L'enquête portait davantage sur la possibilité d'identifier des traits plus contemporains, antérieurs cependant à la dépression. On interroge sur la période précédant l'entrevue chaque sujet du groupe n'ayant jamais rapporté de dépression et, sinon, sur la période antérieure au premier épisode de dépression. Dans ce contexte les résultats ont surtout une valeur exploratoire à cause des biais possibles. Les traits investigués sont l'état d'impuissance (*helplessness*), l'hostilité, la dépendance, le maternage (*nurturing*) et la tendance à demeurer sur la défensive. L'état d'impuissance est préféré à l'estime de soi à cause des indices de comportements plus manifestes qui y sont associés comme les stratégies concrètes pour affronter la vie quotidienne. Il a également été possible de construire une évaluation de l'état d'impuissance couvrant la période de l'enfance.

Les résultats laissent voir un lien entre l'état d'impuissance manifesté durant l'enfance et celui de la période adulte, ce qui révèle une continuité des dispositions de personnalité probablement entretenue par les expériences vécues entre-temps. L'analyse de régression logistique révèle également que la mesure de l'impuissance durant l'enfance est associée à la grossesse préconjugale de même que, de façon indépendante, à la dépression durant la période adulte.

La perte de la mère par décès et par séparation est également reliée à l'impuissance. Ainsi, l'état d'impuissance est plus présent chez les femmes qui ont perdu leur mère par décès, mais avant l'âge de six ans seulement, et cela indépendamment de la privation de soins. Les auteurs émettent l'hypothèse qu'une certaine forme de vaccination s'opère après cet

âge en ce sens qu'un bon départ sur le plan psychologique immuniserait l'estime de soi contre un éventuel manque de soins postérieur. Dans le cas de la séparation, l'état d'impuissance est plus élevé, indépendamment de l'âge de l'enfant, ce qui laisse entendre qu'une séparation, même tardive, ne vient souvent que faire suite à un relâchement de la mère dans les soins à l'enfant.

Quelques données supplémentaires viennent éclairer ces associations. Dans le cas des femmes dont la mère est décédée avant qu'elles n'atteignent six ans, il y a lieu de vérifier de prime abord si des circonstances ont fait obstacle au processus de deuil. À cet effet, toute une série de mesures rétrospectives sur ces circonstances, et qui ne peuvent bien sûr qu'imparfaitement recréer les faits ou les émotions vécues, ne peuvent être mises en relation avec la dépression adulte. Un seul cas fait exception : les femmes qui rapportent ne pas avoir vu le corps de la mère ont une plus forte incidence de dépression que celles qui l'ont vu. Ce facteur n'explique cependant plus rien une fois que l'on tient compte de la privation des soins. Il demeure toutefois un troisième groupe de femmes qui n'arrivent pas à se rappeler avoir vu ou non le corps de leur mère. Et ces femmes souffrent davantage de dépression, indépendamment de la privation de soins. Le fait que ce n'est que sur cette expérience et non sur les autres expériences de l'enfance que la mémoire fasse défaut implique que ce n'est pas la détérioration de la mémoire du déprimé qui est le facteur en cause mais probablement des circonstances ayant entouré le deuil. Les auteurs remarquent fort astucieusement à ce propos une absence corrélative des frères et soeurs ainsi que du père pour ce dernier groupe pendant la période du deuil et ils avancent que ce trou de mémoire pourrait provenir, non d'une manoeuvre des mécanismes de défense, mais de l'absence d'un processus collectif d'interprétation de l'information, laissant le sujet dépourvu du schéma cognitif ou narratif qui permettrait de contrôler une expérience difficilement surmontable pour un enfant par ses propres moyens. Une telle lacune, extrêmement marquante puisqu'il s'agit de l'événement le plus bouleversant que puisse vivre un jeune enfant, rendrait la fille plus susceptible dans le futur de se laisser aller au désespoir dans les situations critiques puisqu'elle a fait l'expérience d'une crise qui ne s'est jamais dénouée dans son esprit. Le lecteur pourra demeurer fasciné ou sceptique devant une telle lecture des données empiriques, mais force est de reconnaître l'intérêt de l'effort pour lier les expériences subjectives et les faits objectifs dans la genèse de traits augmentant la vulné-

rabilité à la dépression. La méthode, encore au stade de l'exploration, montre quand même toute la richesse des possibilités à découvrir dans des analyses longitudinales dans le futur.

Une autre série de mesures évalue les modes d'attachement afin de vérifier certaines thèses de Bowlby. Les sujets sont distribués en fonction de leur style de relation. La première dimension est constituée par le pôle dépendance-indépendance. Nous retrouvons au premier extrême les femmes portées à trop compter sur leur entourage. Par exemple, ces femmes ont, trois fois plus que les autres, des amies de cinq années plus âgées. La deuxième dimension est celle du maternage compulsif ; les femmes au pôle élevé sont portées à donner plus d'elles-mêmes que les autres en tendant à trop s'oublier. Les deux dimensions suivantes sont l'inhabileté à amorcer une relation, généralement associée à l'absence d'amies et à la frustration, ainsi que l'hostilité. Quelques commentaires sont nécessaires

pour comprendre le mode de relation ambivalente. Le portrait typique est décrit comme étant celui d'une femme continuellement en train de critiquer son mari jusqu'au moment où celui-là part avec une autre femme ; dès lors, elle commence à prendre des mesures pour lui faire réintégrer le foyer. Les résultats montrent que les cinq modes d'attachement qui créent des problèmes sont plus fréquents chez les femmes qui ont vécu une perte de la mère que chez celles qui ne l'ont pas vécue et qu'ils sont aussi davantage associés à la dépression. Par ailleurs, les femmes qui n'adoptent aucun de ces modes d'attachement, ou encore celles qui expriment un certain détachement dans leurs relations, affichent les taux de dépression les moins élevés. C'est donc dire que les femmes qui manifestent une indépendance un peu exagérée en fonction des normes culturelles, mais sans être hostiles, et qui arrivent tout de même à établir des relations, sont relativement prémunies contre de la dépression.

Les auteurs remarquent par ailleurs que ce trait d'indépendance compulsive qui frappe si fortement l'attention des cliniciens dans leur pratique, et que cette mesure avait pour fonction de repérer, n'est peut-être pas aussi répandu qu'on ne le croit dans la population générale. Cela ne veut pas dire pour autant que ces femmes détachées sont en mesure de profiter de toute la richesse potentielle des relations interpersonnelles ; et il faut

hésiter à prendre comme exemple de santé mentale un modèle surtout utile pour prévenir la dépression.

Reste à savoir si les modes d'attachement sont indépendants de facteurs comme l'état d'impuissance ou encore des facteurs environnementaux comme la privation de soins et l'absence d'intimité dans les relations, ou si on ne mesure pas en réalité une seule et même dimension. Si les corrélations sont généralement élevées entre toutes ces variables, une part demeure associée au mode d'attachement dans l'étiologie de la dépression. Autre observation intéressante, les femmes caractérisées par un état d'impuissance marqué ne sont pas plus sujettes à la dépression que les femmes avec un état modéré si elles n'affichent pas un de ces modes d'attachement à hauts risques.

La recherche révèle un autre résultat intéressant. Une mesure de ressentiment/ hostilité, sans être reliée à la dépression, caractérise les femmes qui ont posé un geste suicidaire généralement de peu de gravité. Ce trait est particulièrement présent chez les femmes ayant été séparées d'un des deux parents indifféremment et pourrait signifier que leur tentative représente une stratégie de forme manipulatrice en vue de se venger.

Quelques réflexions s'imposent à la suite de la présentation du modèle fort complexe proposé par les études de Walthamstow et Islington. Celles-ci ont surtout le mérite de mettre en lumière les agencements entre les facteurs plus subjectifs et les facteurs environnementaux chez les personnes les plus à risques, c'est-à-dire les femmes qui ont vécu une séparation d'avec leur mère et qui sont de milieu ouvrier. Ces choix permettent la confirmation de certaines hypothèses à l'exclusion d'autres. Le modèle qui se dégage a certainement plus de pouvoir de généralisation que les deux échantillons de Londres. Il manque encore un échantillon plus étendu et représentatif de la classe moyenne. Ce n'est qu'à cette condition que l'on pourra voir si l'incidence d'une grossesse préconjugale mal résolue explique une grande partie des différences entre les classes sociales. Ce qu'il y a d'intéressant, c'est que le facteur de reproduction sociale de la dépression au sein de la classe ouvrière n'est pas mis en évidence et que des facteurs de caractère plus biographique, en partie liés à la classe sociale, viennent rendre plus complexe la chaîne causale. Il n'en reste pas moins, il faudrait doublement le souligner, que les personnes qui rencontrent toute une série de malchances qui bloquent leur développement

social durant l'enfance et l'adolescence, malchances qui continuent à survenir à l'âge adulte à cause d'une multiplication d'agents déclencheurs de la dépression, sont la plupart du temps originaires d'un milieu ouvrier dont elles n'arrivent pas à sortir. Il y a donc un processus de sélection dans la mobilité ascendante qui laisse les plus vulnérables dans la classe ouvrière et fait accéder les autres à la classe moyenne.

Il est aussi besoin de rappeler que les échantillons de Londres se distribuent sur un très vaste éventail d'âges. Les femmes qui avaient 40 ans et plus au moment des enquêtes, soit au début des années 1980, ont vécu la perte de la mère avant 1960, et même pendant la guerre pour les plus âgées. Les changements structuraux survenus au cours des vingt dernières années dans les sociétés occidentales, en particulier la multiplication des divorces et des séparations et le taux de décès en baisse des jeunes parents, font en sorte que les enfants et les adolescents d'aujourd'hui ne vivent probablement pas les expériences de séparation dans le même contexte qu'il y a vingt ou trente ans. Il reste que la séparation d'avec la mère demeure malgré tout un événement exceptionnel et que le fait de vivre en foyer, que ce soit dans une famille d'accueil ou dans une institution, augmente la probabilité d'une pathologie, soit que l'enfant soit déjà plus vulnérable avant la séparation, soit qu'il ait plus de chances de vivre une privation de soins occasionnée par les nouveaux arrangements de vie. La séparation d'avec la mère demeure donc un moyen efficace de repérer une sous-population à risques. Cependant, il ne faut pas considérer isolément la séparation physique et négliger la qualité des relations parents-enfants ou tuteurs-enfants. Il existe aussi de nombreux enfants de familles intactes qui n'ont jamais fait l'expérience d'un lien affectif stable ; une sortie vers un milieu plus sécurisant serait dans leur cas un facteur de protection psychologique.

PSYCHOPATHOLOGIE DES PARENTS

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons vu que les victimes de troubles psychiques se trouvent plus fréquemment parmi les adultes dont les parents se sont séparés, mais que le facteur séparation n'était pas aussi important qu'on aurait pu le croire si l'on tient compte de l'inadéquation des comportements des pa-

rents et des querelles familiales. La question suivante consiste à se demander si ce manque de compétence des parents n'est pas attribuable en grande partie à des problèmes relevant de la psychiatrie. Si c'était le cas, on ramènerait aussi dans le débat la question de l'hérédité biologique. Il est évident que beaucoup des conduites aberrantes des parents, surtout lorsqu'elles impliquent un désintérêt profond et chronique, des actes de sadisme et des agressions sexuelles, associées dans bien des cas à des toxicomanies, dont l'alcoolisme au premier chef, mériteraient dans bien des cas des diagnostics psychiatriques. Il n'est malheureusement pas toujours possible ou même éthique de relancer les parents au cours d'une enquête ; seul le taux de consultations psychiatriques rapporté par les sujets à propos de leurs parents pourrait fournir un indice de l'ampleur de ce facteur. L'approche la plus économique consiste à étudier l'état mental des enfants de parents ayant consulté un psychiatre. Ces échantillons ne sont évidemment pas représentatifs, puisque les parents les plus consciencieux pourraient souhaiter recevoir un traitement ou alors, à l'opposé, ceux qui connaissent les pires problèmes familiaux pourraient chercher une certaine consolation dans un traitement. Il n'est pas non plus impossible que ces deux facteurs de sélection jouent en même temps et s'annulent réciproquement.

L'hypothèse de la transmission biologique risque d'obtenir quelque faveur si l'une des deux conditions suivantes est remplie : que les enfants souffrent des mêmes symptômes ou syndromes que leurs parents ; ou que les troubles psychiques soient plus fréquents chez les enfants dont les parents sont malades sur le plan mental que chez les enfants dont les parents ont une maladie somatique ou affichent des comportements délinquants. Or, les recherches menées par Quinton et Rutter (1984) ne semblent pas confirmer l'une ou l'autre de ces affirmations. Ces auteurs ont examiné une cohorte de 84 parents ex-patients psychiatriques avec un groupe témoin pour produire un tableau comparé de leur progéniture. Les résultats indiquent que c'est moins l'existence même d'un diagnostic psychiatrique concernant les parents qui est en corrélation avec des problèmes chez l'enfant qu'un comportement interpersonnel déficient dans les trois domaines du travail, de la vie domestique et de la vie sociale. Les traits qui contribuent à poser un diagnostic comme les manifestations psychotiques et les symptômes affectifs sont moins actifs dans la production de troubles chez l'enfant que l'irritabilité, la violence et, surtout, l'hostilité. La qualité de la relation entre les parents est une variable clé

pour prédire les troubles de l'enfant ; a cet effet, 39% des ex-patients rapportent une mésentente conjugale contre seulement 8% chez le groupe témoin. Malgré cette différence, les troubles psychiques chez les enfants d'ex-patients ne sont pas beaucoup plus élevés que chez les enfants de la population avoisinante du quartier où les problèmes psychosociaux sont particulièrement nombreux. Le schème longitudinal de l'étude a également permis d'observer, comme d'ailleurs d'autres études antérieures, que la santé mentale des enfants ne suit pas un cours parallèle aux rémissions et rechutes des parents. Une politique de prévention en ce qui concerne les enfants doit donc être moins orientée sur le traitement des symptômes des adultes que sur les relations parents-enfants. Enfin, les auteurs notent que des améliorations mineures du climat familial ont peu de répercussions sur l'état de l'enfant si ces changements ne sont pas suffisants pour rétablir l'image de soi et la façon de penser de ces enfants.

L'étude de Holmes et Robins (1988) tire des conclusions un peu différentes. En demandant aux sujets adultes d'une enquête d'identifier la présence de psychopathologie chez leurs parents à partir de portraits de cas types, ils remarquent que les dépressifs rapportent beaucoup plus souvent que les alcooliques « pur » ou que les normaux (57%, 28% et 20%) avoir eu un parent souffrant de l'un des problèmes représentés dans les portraits. Il existe également dans cette étude un effet d'interaction entre les comportements abusifs et la pathologie des parents sur la pathologie des enfants au stade adulte.

Une autre étude compare des enfants de patients présentant des épisodes répétés de dépression avec des enfants dont la mère a dû être hospitalisée à plusieurs reprises à la suite d'épisodes aigus d'une maladie physique afin de vérifier si les expériences de dépression ne seraient pas plus fréquentes dans le premier groupe d'enfants (Hammen et coll., 1987). Malgré le faible volume des échantillons (entre 9 et 22 sujets) et le fait que les femmes dépressives aient été moins souvent mariées au moment de l'entrevue, il n'existe pas de différences entre les enfants des deux groupes. Les auteurs concluent donc que c'est le stress vécu dans la famille plus que la dépression en soi qui est à l'origine des problèmes psychologiques observés chez les enfants.

Malgré leurs divergences, ces trois études semblent néanmoins unanimes à conclure que c'est moins la maladie psychiatrique comme telle

des parents qui est dommageable au développement des enfants que des comportements ou des situations associés à cette psychopathologie.

LA PART DE LA FAMILLE DANS LES CONDUITES SUICIDAIRES DES JEUNES

[Retour à la table des matières](#)

Les ouvrages publiés sur les adolescents et les jeunes adultes suicidaires fournissent d'autres informations à propos de l'influence de la famille sur la santé mentale. Dans ces recherches, les conduites des parents peuvent représenter un facteur de vulnérabilité, si leur action remonte en arrière, ou un agent déclencheur sous la forme d'une difficulté de vie ou d'un événement. Que ce soit sous une forme ou sous une autre, le facteur familial est fortement en cause dans les idéations suicidaires sérieuses ou les tentatives de suicide des jeunes.

La perte d'un parent, surtout après une séparation, est parfois associée aux conduites suicidaires des adolescents. Si un certain nombre d'études vérifient cette hypothèse (Goldney, 1981 ; Schrut, 1968 ; Ross et coll., 1983 ; Pettifor et coll., 1983), et parfois avec des différences assez étonnantes, comme cette étude de Kosky (1983) qui rapporte quatre fois plus de séparations chez les parents de suicidaires consultant un psychiatre que chez ceux de la clientèle psychiatrique non suicidaire, une série d'autres études n'arrivent pas à trouver de différences (Stanley et Barter, 1970 ; Shafii et coll., 1985 ; Dorpat, 1965 ; Jacobs, 1967). L'une des meilleures études (Garfinkel et coll., 1982) porte sur une série de dossiers de jeunes suicidaires de plus de 14 ans admis dans un hôpital de Toronto. Seulement la moitié d'entre eux vivent au sein d'une famille intacte comparativement à 84% pour le groupe témoin. De plus, un quart des suicidaires vivent en institution ou en foyer nourricier, ce qui témoigne de la grande fragilité de ce sous-groupe. Une seule étude arrive à trouver une relation avec la perte par décès (Crook et Raskin, 1975).

Deux autres séries de travaux ont étudié l'effet conjoint de la perte d'un parent et de la détérioration du climat familial. Une première étude

montre que les idéations suicidaires sérieuses et les tentatives de suicide au sein d'une population étudiante de l'Université McGill à Montréal sont trois fois plus nombreuses chez ceux qui ont perdu un parent par séparation ou par décès (Adams et coll., 1982). En revanche, si le climat perturbé à la suite de la séparation revient à un niveau acceptable quelques mois après la séparation, cela suffit à protéger l'adolescent contre des tendances suicidaires. Nos propres travaux auprès de 700 étudiants des deux sexes âgés en moyenne de 18 ans montrent que la séparation des parents est associée aux tendances suicidaires, mais non pas le décès du père (Tousignant et coll., 1984). Ces mêmes résultats sont reproduits avec une population de 2 300 écoliers du secondaire (Tousignant et coll., 1988) et 700 jeunes adultes de 18 à 24 ans contactés par voie téléphonique. Mais une fois que l'on tient compte de la qualité des relations entre le père et l'enfant, l'effet de la séparation sur les tendances suicidaires, s'il demeure présent, est beaucoup moins important que celui de la relation avec les parents.

D'autres auteurs, oeuvrant avec des échantillons plus réduits ou des méthodes moins standardisées, mettent en cause le climat familial. L'une des études pionnières est celle de Jacobs (1967) qui conclut que le climat familial est bien plus important que la séparation dans la genèse des comportements suicidaires des jeunes. Farberow (1985), faisant une synthèse d'observations recueillies dans dix pays, identifie les traits suivants chez les parents des jeunes suicidaires : relations de couple chaotiques, violence et abus physiques, alcoolisme et comportements suicidaires. Beaucoup d'autres travaux apportent des observations similaires (Margolin et Teicher, 1968 ; Hawton et coll., 1982 ; Wright et coll., 1984 ; Brooksbank, 1985 ; Smith et Crawford, 1986). Cette atmosphère familiale semble de plus amplifier les autres déboires de la vie quotidienne des adolescents. Chabrol (1982) note ainsi que la peine d'amour et l'échec scolaire ne mènent à l'acte suicidaire que s'ils surviennent dans un climat familial perturbé.

Plusieurs raisons contribuent à expliquer comment le facteur familial agit sur le développement psychologique de l'enfant et de l'adolescent. Quelques auteurs rappellent que de telles expériences familiales empêchent l'enfant de se construire une image de soi positive (Brown, 1985 ; Farberow, 1985). Hendin (1963) croit que ces interactions provoquent un engourdissement de la vie émotive et un sentiment de dépersonnalisation

souvent à l'origine de conduites impulsives. Les travaux empiriques de Kaplan (1980) présentent une explication originale qui tient compte de l'aspect déviant de la conduite suicidaire. Selon son modèle, le jeune suicidaire veut se rebeller contre le rejet dont il a été victime au cours de son enfance, et le geste qu'il pose sert à lui fournir une identité par la négative un peu comme chez les délinquants qui s'affirment dans leurs délits. Les jeunes suicidaires seraient donc différents des déprimés en ce qu'ils refusent de se laisser aller à un sentiment d'impuissance et prennent leur vie en main, fût-ce en la mettant en danger. Plusieurs histoires de cas parmi les étudiants que nous avons interviewés confirment cette conclusion (Hanigan et coll., 1986).

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre V.

Sexe, couple et famille

Nous séparer, c'est nous qui l'avions décidé, l'estimant bon et sage :

Alors, pourquoi l'accomplissant, l'acte fut-il affreux comme un assassinat ?

Hölderlin, in *Hymnes, élégies et autres poèmes*, p. 35.

[Retour à la table des matières](#)

Les différences en matière de santé mentale entre les hommes et les femmes constituent un sujet délicat à traiter puisqu'il touche à des thèmes qui se situent au centre de débats sur les valeurs associées aux rôles sexuels et au mariage. Ce sujet aborde inévitablement tout le domaine de la vie de couple et de la famille, de même que celui de la double tâche au travail et au foyer pour les femmes. C'est pour cette raison que nous traiterons de tous ces points à la fois à l'intérieur d'un même chapitre.

Les relations entre les sexes se sont rapidement transformées depuis vingt ans au point que plusieurs proclament que l'institution du mariage est dans un état de crise profonde. À preuve les changements démographiques de taille observés pendant cette période. Le nombre de divorces aux Etats-Unis est passé de 1,1 million à 3,3 millions entre 1960 et 1979, et cette statistique exclut les séparations (Glick, 1979). D'autres phénomènes caractérisent cette évolution des moeurs, comme l'augmentation

des familles monoparentales et des remariages ; la cohabitation en dehors du mariage que ce soit chez les jeunes ou chez les personnes séparées ; l'augmentation de l'âge du premier mariage et du premier enfant ; l'avancement de l'âge des premières relations sexuelles ; l'augmentation des avortements ; le phénomène nouveau des grossesses planifiées sans partenaire permanent. Il faut donc situer chacune des enquêtes dans un contexte historique, ce qui réduit les possibilités de généralisations sur une longue période.

LES FEMMES, EN MOINS BONNE SANTÉ MENTALE ?

[Retour à la table des matières](#)

L'un des résultats les plus souvent observés dans les enquêtes de population utilisant des échelles de santé mentale est le nombre plus élevé de symptômes rapportés par les femmes que par les hommes. Lors d'un examen de 19 enquêtes, Gove et Tudor (1973) constatent que les femmes ne présentent jamais un meilleur tableau de santé mentale que les hommes. Une recension plus récente couvrant cette fois 46 études menées en Amérique du Nord et en Europe sur les névroses et les états affectifs arrive aux mêmes constatations (Dohrenwend et coll., 1980). Les femmes sont en général deux fois plus nombreuses dans la catégorie pathologique retenue. Quatre grandes études épidémiologiques menées au Québec indiquent que les femmes obtiennent constamment de plus hauts scores que les hommes (Engelsmann et coll., 1972 ; Denis et coll., 1973 ; Enquête Santé Canada, 1981 ; Tousignant et Kovess, 1985 ; Enquête Santé Québec, 1988). Il faut cependant noter quelques exceptions en Australie (Parker, 1979), au Missouri et au Maryland (Comstock et Helsing, 1976). Les différences de sexe sont également absentes chez une population de collégiens américains, donc plus jeune et à très grande majorité célibataire (Hammen et Padesky, 1977).

L'écart observé pour les troubles mineurs disparaît ordinairement quand il s'agit de troubles majeurs. Les affections plus sérieuses comme les psychoses, les schizophrénies de même que les troubles de personnalité se distribuent également entre les sexes. Et si l'on examine toute la gamme possible des psychopathologies, les différences entre les sexes ne

sont pas très importantes. La série d'enquêtes américaines à partir du Diagnostic Interview Schedule ne rapportent que peu de différences entre les sexes lorsqu'on prend en considération tous les diagnostics du *DSM-III* et qu'on inclut dans les psychopathologies l'abus d'alcool et de drogue ainsi que les troubles de personnalité antisociale (Regier et coll., 1988).

L'idée que les femmes ont plus de problèmes relevant de la psychiatrie que les hommes provient du fait que beaucoup d'enquêtes ont pris comme cible la dépression ou des états apparentés. Les statistiques provenant des archives des hôpitaux et des enquêtes communautaires sur les états dépressifs unipolaires font apparaître en effet une forte différence entre les sexes. Que ce soit aux Etats-Unis ou dans d'autres pays qui offrent des registres fiables, les femmes obtiennent en moyenne deux fois plus de diagnostics que les hommes pour les diverses catégories de dépression unipolaire (Nolen-Hoeksema, 1987). Les ratios entre les sexes dans les statistiques présentées par les pays occidentaux à l'Organisation mondiale de la santé pour l'ensemble des troubles affectifs sont similaires. Des exceptions notables et parfois même des ratios inverses sont obtenus dans certains pays du tiers monde, l'Inde et le Nigeria notamment, mais la cause en est facilement attribuable au fait que les hôpitaux de ces pays reçoivent en général trois à quatre fois plus de patients masculins, facteur de sélection qui condamne à l'avance toute généralisation à l'ensemble de la population. Du côté des enquêtes de population, Newman (1984) en compte au moins 11 où les femmes obtiennent des scores supérieurs aux hommes. Le ratio femmes/hommes varie autour de 2,0 dans la liste compilée par Nolen-Hoeksema (1987) qui couvre aussi bien les Etats-Unis que le reste du monde. Ces études utilisent des entrevues cliniques standardisées (DIS ou SADS) et des échelles de dépression (CES-D). Il existe cependant quelques exceptions où le ratio se rapproche de 1,0. Les groupes qui ont servi de base à ces observations sont les suivants : les étudiants universitaires américains, les personnes âgées et certaines communautés traditionnelles comme l'ordre Amish aux Etats-Unis, les Yoruba au Nigeria et l'Iran rural. Nolen-Hoeksema (1987) propose quelques hypothèses fondées sur le principe de sélection dans les mouvements migratoires pour expliquer l'absence de différences dans ces milieux ruraux puisqu'on retrouve les ratios habituels 2 : 1 en milieu non universitaire aux Etats-Unis et en milieu urbain dans les pays du tiers monde. A notre avis cependant, le facteur de sélection risque peu de jouer dans les pays du tiers monde où la femme a peu de responsabilité personnelle dans la

décision d'immigrer. Nous croyons plutôt que là où les rôles sont également valorisés, qu'ils soient similaires comme dans les universités ou très différenciés comme dans certaines sociétés traditionnelles, les écarts entre les taux de dépression s'amenuisent (Hammen et Padesky, 1977).

Chez les enfants, la tendance est complètement inversée : 22 études sur 25 rapportent un taux plus élevé de problèmes psychologiques chez les garçons que chez les filles bien qu'il n'y ait pas de différences en ce qui concerne les seuls troubles émotifs (Dohrenwend et coll., 1980). Le surplus chez les garçons est particulièrement évident pour les psychoses et les schizophrénies. La recension de Graham et Rutter (1977) sur les enquêtes de communauté et les populations cliniques note un surplus de problèmes chez les garçons jusqu'au seuil de l'adolescence. Une étude auprès d'élèves du secondaire à Montréal montre également une absence de différences à l'adolescence (Messier, 1980).

D'autres recherches ont recours à l'observation de l'état de l'enfant par les professeurs et les parents (AI-Issa, 1982). Les deux types de problèmes habituellement observés sont les troubles de comportement attribuables à une difficulté de maîtrise de soi comme la désobéissance, la recherche d'attention ou l'agitation motrice, ainsi que les problèmes de personnalité comme la timidité, le sentiment d'infériorité et l'anxiété. Les études fondées sur le jugement des professeurs témoignent d'un surplus des deux types de problèmes chez les garçons, du moins jusque vers 10 ans, âge où les filles commencent à manifester le même taux de problèmes de personnalité. Les études fondées sur le jugement des parents identifient plus de problèmes de conduite chez les garçons, plus de problèmes de personnalité chez les filles, et au total autant chez les deux sexes. Ce résultat surprend quelque peu lorsqu'on sait que les parents amènent trois fois plus de garçons que de filles en consultation pédopsychiatrique. Si les parents recourent plus aux services de cette nature pour leurs fils que pour leurs filles, c'est probablement à cause des conflits que le comportement des premiers entraîne avec les institutions sociales.

Les études spécifiques sur les peurs et les anxiétés des enfants aboutissent à peu de conclusions définitives. Ainsi, les peurs d'un lieu étrange sont plus fréquentes chez les filles à six mois et chez les garçons lors de leur début scolaire. La méthode du journal quotidien rédigé par les parents ne fait voir aucune différence selon le sexe. A l'adolescence en re-

vanche, les filles présentent globalement plus de peurs que les garçons, surtout sur le plan social et interpersonnel, cependant que ces derniers craignent davantage les échecs personnels.

La surreprésentation du sexe féminin en ce qui concerne les troubles affectifs et les troubles d'anxiété ne commence donc à apparaître que tard dans le développement, soit au tournant de l'adolescence. Le défaut de beaucoup d'enquêtes est de ne pas tenir compte suffisamment des variables socioculturelles et économiques par rapport auxquelles les hommes et les femmes se distribuent très différemment et qui pourraient expliquer certains écarts observés. On risque alors de conclure par des banalités à propos de la vulnérabilité du sexe féminin en omettant d'identifier les groupes plus à risques qui contribuent le plus aux différences. Une enquête anglaise menée dans le but de combler cette lacune en examinant de grands échantillons d'hommes et de femmes occupant des postes de statut similaire dans la fonction civile ne décèle aucune différence entre les sexes (Briscoe, 1982). Ce résultat montre que les femmes n'obtiennent pas de taux supérieurs aux hommes lorsqu'elles ont des conditions de vie similaires. Une standardisation en fonction de l'âge et du niveau de revenu fait également disparaître les différences hommes-femmes dans une étude menée auprès d'un échantillon représentant toute la ville de Los Angeles (Aneshensel, 1981). Ces différences sont donc dues en partie aux conditions d'existence plus défavorables des femmes. Un autre argument en faveur de cette hypothèse vient du fait que les différences de santé mentale entre les sexes vont en diminuant dans certaines régions des Etats-Unis à mesure que les femmes occupent une position sociale qui se rapproche de celle des hommes. Dans les grandes villes du Nord-Est au cours de la dernière décennie, les femmes voient leur score de santé mentale se rapprocher de celui des hommes ainsi que leurs taux de tentatives de suicide traitées dans les hôpitaux qui étaient traditionnellement plus haut (Kessler et McRae, 1983). Les différences concernant la dépression régressent aussi passablement d'après une étude menée à Boston en 1978 (Gore et Mangione, 1983).

Certains facteurs comme les biais psychométriques peuvent également désavantager les femmes dans les enquêtes (Tousignant et coll., 1987). Ces biais sont des tendances chez certaines personnes à répondre aux questions de manière à fausser la mesure. Ainsi, on peut répondre moins en fonction de ce qu'on croit être qu'en fonction d'une bonne image de soi

qu'on veut communiquer ; c'est le biais de la désirabilité sociale. D'autres personnes ont tendance à dire oui parce qu'elles considèrent la réponse négative comme impolie. La conclusion générale, c'est qu'il n'existe aucune preuve de l'existence de tels biais pour rendre compte des différences entre les sexes. Un autre facteur allégué est l'influence de la santé physique sur certaines échelles qui contiennent des questions décrivant des états somatiques. Il est à peu près certain que la santé physique, généralement moins bonne chez les femmes que chez les hommes à cause de la plus grande fréquence de problèmes mineurs ⁸, ne saurait expliquer à elle seule les différences entre les sexes (Phillips et Segal, 1969). Une autre hypothèse est que les points abordés dans les questionnaires seraient plus « féminins » en ce sens qu'ils contiendraient davantage de malaises propres aux femmes (Bertrand, 1979). Aucune preuve empirique n'existe pour appuyer une telle supposition. La seule certitude est que les échelles les plus répandues ont été construites à l'aide d'échantillons entièrement masculins, soit les contingents de soldats américains pendant la Seconde Guerre mondiale (Star, 1959). Un des moyens de répondre à cette question est d'identifier les groupes d'items où les femmes ont un score plus élevé que les hommes et de comparer leur contenu aux items qui ne conduisent à aucune différence ou à une différence en sens inverse. Une analyse portant sur les données de recherches québécoises ayant utilisé chacune un instrument différent ne permet pas de distinguer un secteur de la vie mentale qui désavantagerait particulièrement les femmes : celles-ci obtiennent des scores plus élevés sur presque tous les items (Fiset, 1978). La socialisation différentielle des sexes durant l'enfance est un autre facteur invoqué, plus spécifiquement l'encouragement de la tendance à adopter un rôle de malade pour se plaindre lorsqu'on se sent sous tension ou contrarié. Ce facteur ne s'accorde pas avec les données épidémiologiques rapportées plus haut en ce qui concerne les enfants puisque les différences entre les sexes n'apparaissent que tardivement. Si on encourageait les filles à jouer les malades, cette stratégie se traduirait par des malaises plus fréquents chez elles dès l'enfance. Et quand on regarde de plus près les interactions mère-enfant, on constate des faits contraires. Les mères amènent en effet un peu plus souvent leur garçon que leur fille (rapport de 1,09 : 1) chez le médecin (Lewis et coll.,

⁸ Les enquêtes de santé concluent souvent que ce sont les femmes qui sont malades mais les hommes qui meurent, l'espérance de vie étant beaucoup plus courte chez les hommes.

1977). Il est vrai que si la décision de consulter un médecin est laissée entièrement à l'enfant comme dans l'expérience conduite par l'équipe de Lewis en milieu primaire, les filles vont beaucoup plus souvent consulter un médecin de l'école que les garçons (rapport de 1 : 0,6). D'autres recherches révèlent aussi que les filles sont plus soucieuses de leur santé physique. Au début de l'adolescence, elles sont beaucoup plus portées à adopter des comportements de prévention que les garçons (Saucier et Steinberg, 1979).

Un autre artéfact des enquêtes pourrait être relié au fait que les femmes se plaignent davantage que les hommes pour des malaises d'égale intensité. Au cours d'une enquête à domicile portant sur la santé auprès de la population générale, on a vérifié à l'aide d'un test la présence d'une arthrite chronique au niveau de l'articulation du genou. Une bonne proportion de l'échantillon ignorait être victime d'un tel handicap au moment de l'entrevue. On a demandé aussi au cours de la rencontre de citer à l'aide d'une liste les symptômes dont on croyait souffrir, et certains d'entre eux étaient en rapport avec l'arthrite du genou. Or parmi le groupe diagnostiqué positivement, les femmes ne rapportaient pas plus de symptômes ou de douleurs reliés à cet état que les hommes ; la tendance allait même en sens inverse (Davis, 1981).

Une autre hypothèse, difficile à vérifier en réalité puisqu'il faudrait compter sur un diagnostic valide pour la confirmer, est que les femmes déclareraient plus de symptômes que les hommes pour une pathologie égale. Nous avons relevé dans une étude menée dans l'Est de Montréal en 1979-80 des éléments qui peuvent aller partiellement dans ce sens (Tousignant et coll., 1987). Les femmes mariées continuent d'obtenir un score plus élevé que les hommes mariés, mais elles ne se considèrent pas comme plus nerveuses en moyenne que leurs époux ; ce résultat donne une certaine valeur à l'hypothèse. En revanche, les hommes se considèrent comme tellement moins nerveux que leurs femmes que cela vient enlever un peu de force à la confirmation.

Le dernier argument serait que les femmes ont plus de facilité à exprimer ou à confier leurs états émotionnels. Les données sont ambiguës à ce sujet puisque les femmes rapportent plus d'émotions négatives au cours d'enquêtes que les hommes, mais non pas plus d'émotions positives (Briscoe, 1982). Dans notre étude menée dans l'Est de Montréal, les

femmes ne rapportent pas se confier plus que les hommes à leur conjoint mais elles se confient un peu plus à leur mère et à leur meilleure amie, sans que ces différences soient suffisantes cependant pour expliquer les variations entre les sexes sur les échelles de santé mentale. De plus, les femmes ne confient pas plus à leur entourage que les hommes les symptômes qu'elles rapportent à l'enquête. Il se pourrait enfin que les femmes aient tendance à rapporter des symptômes de peu de gravité en comparaison de ceux des hommes, ou survenus depuis une plus grande période de temps, ou moins handicapants. Notre analyse encore une fois ne peut absolument rien prouver en ce sens (Tousignant et coll., 1987).

Bien sûr, le débat n'est pas définitivement clos, et il demeure certaines avenues à explorer plus systématiquement. Est-ce que les non-répondants, plus nombreux chez les hommes que chez les femmes, ne risquent pas de souffrir davantage de problèmes psychologiques ? Est-ce que les femmes ne sont pas plus attentives aux stimulus internes de leur organisme que les hommes ? N'auraient-elles pas un idéal de santé mentale plus élevé ? Malgré l'absence de réponse à plusieurs questions, le poids des preuves renforce actuellement dans une large mesure l'opinion d'une absence de biais relié au sexe.

JUSTIFICATIONS DU SURPLUS DE DÉPRESSION CHEZ LES FEMMES

La socialisation différentielle

[Retour à la table des matières](#)

La théorie de l'impuissance acquise tente d'expliquer les différences entre les hommes et les femmes reliées à la dépression par le conditionnement des attitudes au cours de l'enfance. Dans sa première version, cette théorie stipule que si le comportement n'est pas rapidement sanctionné en fonction du résultat obtenu, c'est-à-dire avec des récompenses pour les succès et des punitions pour les échecs, la personne n'apprendra pas à ajuster son comportement puisqu'elle déduira que les messages de l'entourage sont le fruit du hasard (Seligman, 1975). Le résultat sera une diminution de l'estime de soi et une réaction de tristesse. Dans sa version

révisée, la théorie stipule que les personnes qui expliquent les événements fâcheux en les attribuant à des causes globales, persistantes et qui se rapportent à elles-mêmes seront plus vulnérables à la dépression que celles qui font le contraire (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978). Une série d'études confirment que les filles adoptent effectivement plus d'attitudes qui, en vertu de ces théories, les rendraient davantage vulnérables à la dépression que les garçons (voir Nolen-Hoeksema, 1987). Mais ces études ont été faites sur des populations d'enfants et d'étudiants universitaires où il n'existe pas de différences selon le sexe en ce qui concerne la dépression, ce qui affaiblit quelque peu l'argument.

La deuxième hypothèse a trait au fait que les garçons ont une attitude plus active quand ils sont déprimés : ils se livrent à des activités physiques, font du sport, prennent des drogues alors que les filles tendent à se replier sur elles-mêmes et à ruminer leur sort (Nolen-Hoeksema, 1987). La dernière attitude contribue à évoquer davantage les événements malheureux du passé pour expliquer la dépression et à nourrir les sentiments dépressifs aussi bien dans le présent que pour les occasions à venir. Encore une fois, cette explication est séduisante mais les populations où des écarts entre les sexes ont été observés sur ces variables ne présentent pas de différences en ce qui concerne la dépression.

Les événements critiques

Un deuxième facteur d'explication se rapporte aux événements de vie et aux façons d'y faire face. Il est très peu probable que ce soit le décompte des événements vécus qui explique la différence de santé mentale entre les sexes (Thoits, 1987). Il est nécessaire de considérer toutefois si des types d'événements comme les pertes ne sont pas plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, ou si ces événements, même s'ils ne sont pas plus fréquents chez l'un ou l'autre des deux sexes, peuvent néanmoins toucher un groupe plus durement que l'autre. Cette interprétation implique la possibilité que les deux sexes ne sont pas également vulnérables aux mêmes agents stressants ou qu'une certaine catégorie d'événements seraient plus souvent vécus par les femmes ou certains sous-groupes parmi les femmes. Cette hypothèse est confirmée par une étude américaine. Les femmes non seulement y rapportent plus d'événements reliés à leur réseau social que les hommes mais en sortent plus perturbées émotionnellement (Kessler et McLeod, 1984). La raison en est que la

demande et les attentes adressées aux femmes lors des urgences, comme la maladie d'un parent ou l'accident d'un enfant, seraient bien plus élevées que ce qui est exigé de l'homme. D'autres auteurs allèguent que les femmes, tout comme les personnes pauvres dont la position sociale est habituellement inférieure dans notre société, ne possèdent pas un sentiment de maîtrise de ce qui leur arrive (Thoits, 1987). La preuve reste à faire, et nous sommes plutôt portés à croire que ce facteur ne joue pas de façon significative puisque les différences entre les sexes disparaissent lorsque les conditions de vie sont similaires entre les deux groupes.

L'analyse par Thoits des données de l'étude de Chicago (Pearlin et Lieberman, 1979) permet de jeter un regard nouveau sur la contribution des événements stressants à la santé mentale des femmes (mesurée par l'échelle du Hopkins) et d'infirmier certaines idées mises en avant auparavant. Ainsi, contrairement à l'hypothèse formulée par Dohrenwend (1978), les femmes ne sont pas systématiquement plus exposées que les hommes à des événements personnels incontrôlables. De même, on ne retrouve pas les différences mentionnées plus haut concernant les événements reliés au réseau : aucune différence de ce type n'est notée chez les gens mariés ; chez les non-mariés, les femmes séparées et divorcées rapportent relativement plus d'événements reliés à leurs enfants, tandis que les hommes célibataires rapportent plus d'événements reliés à leurs parents ou à des déménagements d'amis et de membres de la famille. Mais, en général, les événements mettant en cause le réseau n'expliquent pas les scores de détresse plus élevés chez les femmes. Ce sont davantage les événements reliés à la santé qui les affectent. Par ailleurs, même si le sentiment de maîtrise sur sa destinée est inférieur chez les femmes et qu'il est généralement associé à la santé mentale, il n'arrive pas à expliquer les écarts de scores de santé mentale entre les sexes (aussi dans Lin, Dean et Ensel, 1986). Enfin, c'est au sein du groupe des gens mariés que les différences sont les plus intéressantes, et ce n'est d'ailleurs qu'au sein de ce groupe que des différences de santé mentale sont notées : les épouses sont plus vulnérables aux événements incontrôlables et aux événements du réseau, tandis que les époux sont plus vulnérables aux événements sur lesquels ils pourraient exercer un certain contrôle (problèmes avec le conjoint, avec l'entourage ou avec l'emploi). Bref, les hommes semblent plus sensibles à ce qui peut être interprété comme un échec personnel de leur sentiment de maîtrise. Il faut de plus considérer l'impact des événements sur l'identité. Ainsi, il existe des différences notables entre les

sexes au cours du processus de rupture du mariage. La période dite de séparation qui suit immédiatement la rupture produit deux fois plus de changements dans la vie des ex-épouses alors que la période pré-divorce est plus difficile pour les époux (Ensel, 1986). Mais ces résultats n'auront qu'une valeur d'exploration tant qu'une méthodologie plus robuste ne sera pas employée pour préciser les caractéristiques des événements.

Le soutien social

À première vue, il est difficile de prédire comment le soutien social peut agir sur les différences de santé mentale entre les sexes. N'est-il pas vrai en effet que les femmes investissent plus dans leurs relations sociales que les hommes et qu'elles devraient être avantagées de ce point de vue ? Mais justement parce qu'elles investissent plus, ne serait-il pas possible que les risques soient plus grands pour les femmes si l'appui venait à faire défaut, particulièrement de la part du conjoint ? D'autre part qu'en est-il de ceux qui ne vivent pas en couple ? C'est à ces questions que s'est attaquée une équipe de chercheurs d'Albany dans le centre de l'État de New York (Lin, Dean et Ensel, 1986) à la suite d'une étude longitudinale portant sur un échantillon de plus de 500 personnes avec l'échelle de dépression CES-D.

Les données de base sont les suivantes : les femmes sont plus déprimées que les hommes sauf dans le groupe des séparés ; le soutien social pour les deux sexes est à son niveau le plus élevé chez les gens mariés et le plus faible chez les divorcés. Les résultats rappellent encore une fois le fait que les différences disparaissent lorsque les conditions de vie se rapprochent. Il n'y a pas plus de dépression chez les femmes que chez les hommes lorsque les conditions sont également favorables, c'est-à-dire peu d'événements avec un soutien élevé et quel que soit la situation conjugale. Par contre, dans le cas où ces deux facteurs deviennent défavorables, ce qui veut dire beaucoup d'événements et peu de soutien, les femmes écoupent davantage que les hommes par une marge variant entre 35% chez les mariés et 73% chez les non-mariés. Aucun indice ne permet toutefois dans cette étude de connaître les raisons de cette différence de vulnérabilité.

L'enquête d'Albany révèle encore que les niveaux de dépression sont inférieurs chez ceux et celles qui ont un confident de l'autre sexe. Les

personnes qui entre les deux temps de l'enquête passent d'un confident du même sexe à un confident de l'autre sexe voient leur score de dépression diminuer, et on peut soupçonner fortement qu'il s'agit de l'établissement d'une relation de couple, ce qui malheureusement n'est pas précisé. Dans le cas contraire, le score de dépression s'élève, ce qui pourrait également correspondre à une rupture du mariage, et il n'est pas alors certain que le changement de confident soit la variable directement en cause dans le changement du score de dépression.

A travers toutes les catégories de statut marital, les hommes choisissent davantage une femme comme confidente, tandis que cela n'est vrai pour les femmes qu'à l'intérieur du mariage. Les différences sont relativement frappantes chez les divorcés où 50% des hommes choisissent une femme comme confidente alors que seulement 19% des femmes rapportent avoir un confident de l'autre sexe. Les pourcentages sont respectivement de 39% chez les hommes et de 6% chez les femmes dans la catégorie des jamais-mariés. À l'intérieur du mariage, c'est le choix du partenaire comme confident qui est l'élément qui protège contre la dépression. À l'extérieur du mariage et à l'exception des personnes récemment séparées, la relation avec une amante ou un membre de la famille est un élément protecteur en ce qui concerne la dépression chez les hommes alors que le facteur sexe du confident ne joue aucun rôle significatif pour les femmes. La relation avec un confident chez ces femmes était moins stable et apportait moins de confiance et de soutien. Chez les divorcés, c'est d'avoir un membre de la famille comme confident qui est important pour les femmes tandis que la catégorie de la personne cible n'a que peu d'importance pour les hommes. L'étude trouve également que les liens avec l'entourage sont moins forts lors de la rupture du mariage, ce qui fait que le soutien qui peut en être attendu est plus faible ; cette lacune est source de détresse émotionnelle. On acquiert certes de nouvelles connaissances mais les liens n'ont pas encore eu le temps de se consolider.

Cette étude, l'une des plus complètes qui soit sur le soutien social et la dépression en rapport avec le sexe et la condition conjugale, a de plus le mérite d'être longitudinale. Cependant, elle prête le flanc à quelques critiques qui nous font considérer ses résultats à un stade exploratoire. La nature du soutien n'est pas suffisamment détaillée et on utilise un score continu de dépression de préférence à une distribution dichotomique. C'est le type même de recherche qui peut donner lieu à beaucoup de ma-

nipulations statistiques sans que la nature des données permette de vider définitivement les débats.

LE MARIAGE : FACTEUR DE PROTECTION OU D'AGGRAVATION ?

[Retour à la table des matières](#)

L'étude de Mid-Manhattan (Srole et coll., 1962) a eu un impact énorme lorsqu'elle est arrivée à la conclusion que les hommes sont plus protégés par le mariage que les femmes sur la base des données suivantes : 1,5 plus de handicaps psychiatriques chez les hommes célibataires que chez les hommes mariés alors que le rapport est de 0,8 entre le taux des femmes célibataires et celui des femmes mariées. Eaton (1980) résume cinq autres comparaisons provenant d'études répondant à des critères scientifiques minimaux. Le fait d'être marié ou non n'affecte que très peu la santé mentale des femmes d'après ces études. Trois recherches corroborent d'autre part les résultats de Mid-Manhattan selon lesquels les hommes célibataires s'en tirent moins bien que les hommes mariés, alors que les deux autres révèlent que le mariage ne crée aucune différence significative. Selon l'étude québécoise citée plus haut (Denis et coll., 1973) et l'enquête Santé Québec, les célibataires ne diffèrent pas des gens mariés, mais aucun découpage n'est fait en fonction du sexe.

Certains auteurs se servent parfois imprudemment de données transversales pour tirer des conclusions à propos de l'effet du mariage sur la santé mentale. Dans cette perspective, il paraît évident que les hommes paraissent tirer plus de profit du mariage que les femmes. Cependant les éléments de preuve font encore défaut pour expliquer le moins bon état de santé mentale des femmes par le vilain sort que le mariage leur réserve en énumérant à l'appui la suite des maux qui y sont reliés pour elles : double rôle au foyer et au travail, surcharge de travail due au nombre des enfants, non-reconnaissance par la société de la valeur du travail domestique, absence de contacts avec la famille étendue, position de subordonnées à l'intérieur du couple, ou encore préparation inadéquate aux tâches du monde professionnel pendant le processus de socialisation (voir Eaton, 1980). Or, bien que les raisons militant en faveur de la libération et

de l'amélioration du sort de la femme mariée soient entièrement fondées en général, il n'en reste pas moins que les démonstrations ne sont pas toujours bien étayées. Les chiffres disent ceci : la femme se porte aussi bien (ou aussi mal !) qu'elle soit mariée ou célibataire. La différence d'état civil ne semble pas modifier fondamentalement son état de santé mentale. Si elle se porte en moyenne moins bien que l'homme, c'est du côté de son rôle de femme en soi et non de femme mariée qu'il faut regarder. Le plus probable, c'est qu'il y a chez certaines femmes, aussi bien au sein des célibataires que des femmes mariées, des situations peu enviables pour certains sous-groupes à hauts risques.

Considérons maintenant les statistiques concernant les hommes qui ont fait moins souvent l'objet d'analyses. Les chiffres laissent voir en surface qu'ils bénéficient beaucoup du mariage parce que cet état correspond à un meilleur état de santé mentale. Mais cela même peut être mis en doute en l'absence de données longitudinales. Le processus de sélection dans la formation des couples peut en effet éliminer du mariage certains hommes souffrant de problèmes psychologiques comme l'anxiété, la timidité, l'agressivité ou des problèmes de toxicomanie, alors que les femmes affectées par certains de ces troubles arriveraient tout de même à trouver un partenaire. Si certains hommes ne réussissent pas à se marier, c'est peut-être aussi parce que leurs ressources personnelles les empêchent d'être dans la course sur le marché de l'emploi stable et que leurs revenus sont insuffisants pour faire vivre une famille. On peut encore supposer que les femmes affublées d'un handicap similaire ne sont pas aussi facilement éliminées du mariage.

Toutes ces discussions qui ont alimenté les débats pendant une longue période risquent de perdre un peu de leur actualité en regard des résultats épidémiologiques plus récents obtenus avec des instruments diagnostiques et même des échelles de santé mentale. Autant les hommes que les femmes célibataires (taux de cas psychiatriques de 21 à 22%) sont passablement désavantagés par rapport aux hommes et aux femmes mariés (entre 10 et 13%) (Leaf et coll., 1984). Une autre enquête menée à partir d'échelles évaluant le bonheur, la satisfaction de la vie et les émotions positives reproduit les mêmes tendances sur la base d'un échantillon national américain (Gove, et coll., 1983). Dans cette recherche, les hommes s'en tirent toutefois un peu mieux que les femmes à l'intérieur du mariage. En guise d'explication, les auteurs se rabattent sur la vieille idéologie vic-

torienne (Stearns et Stearns, 1986) qui consacre la famille comme la protectrice de l'aire privée et comme gage de signification pour l'individu (sous-entendu contre la société anonyme et cannibale).

Il est difficile d'expliquer pourquoi l'état de célibataire devient paradoxalement moins enviable du point de vue de la santé mentale dans une période où l'institution du mariage traverse justement une crise profonde. L'hypothèse la plus plausible est que l'état de célibat n'est qu'une cause indirecte de ce nouveau profil de prévalence. Il faut ici rappeler que la plupart des célibataires sont des jeunes de moins de 25 ans et que cette catégorie a vu ses conditions de vie se détériorer au cours des dernières années : les jeunes sont davantage exposés au chômage, aux problèmes de séparation des parents et à la difficulté de se construire un avenir. Cette transformation de la vie des jeunes se reflète aussi probablement dans une nette augmentation des suicides pour cette catégorie d'âge. Il y a même un pourcentage de ces célibataires qui sont parents sans véritable sécurité économique ou perspective d'avenir. En définitive, seule une identification des sous-groupes contribuant à la hausse des taux chez les célibataires et de leurs conditions sociales permettrait une réponse adéquate à la question posée par les nouvelles données.

LA FIN DU MARIAGE

[Retour à la table des matières](#)

Les personnes qui perdent ou quittent un conjoint sont en général désavantagées par rapport aux gens mariés comme en témoignent plusieurs indices de santé mentale et physique, et cela même plusieurs années après la séparation (Bozzini et coll., 1986). La vulnérabilité des veufs est particulièrement manifeste durant la période critique de un à deux ans qui suit la mort de la conjointe. Le tableau 1 résume une série d'études analysant l'association entre la santé mentale et le statut conjugal.

Le tableau 1 illustre que les gens mariés ont un avantage généralement assez marqué par rapport aux personnes qui ont perdu ou quitté leur conjoint. Ces derniers peuvent présenter jusqu'à deux fois plus de problèmes psychologiques. À noter cependant que l'étude de Yale avec le

Dis de même que celle de Radloff (groupe des hommes seulement) ne rapportent aucune différence entre veufs et mariés. Ce sont les séparés/divorcés qui ont en général les dossiers les plus lourds.

Tableau 1. - Pourcentage de cas en fonction de l'état civil

[Retour à la table des matières](#)

LIEU (INSTRUMENT)	MARIÉS	SÉPARÉS /DIV.	VEUFS
États-Unis R.D.C., Myers & Weissman, 1984	16,30%	20,90%	21,70%
États-Unis (Langner) Srole et coll., 1962	28,90%	46,77%	31,70%
États-Unis (CES-D), Radloff, 1975			
Hommes	7,33%	12,80%	7,90%
Femmes	9,53%	10,33%	13,70%
Verdun-Rimouski (Ilfeld), Tousignant et Kovess, 1985	6- 8%	12-18%	12%
Estrie (HOS), Denis et coll., 1973	20%	38%	42%
États-Unis (satisfaction), Cove et coll., 1983			
Femmes	2,38%	2,07%	2,07%
New Haven (Dis), Leaf et coll., 1984	14,10%	26-27%	14,80%
Montréal (Bien-être), Bozzini, 1986			
Femmes	86,47%	86,34%	

Le mariage paraît surtout avantageux du point de vue de la santé mentale lorsque l'union est satisfaisante. Dans l'étude de Yale (Leaf et coll., 1984), les gens mariés qui ne s'entendent pas avec leur conjoint ont plus d'une chance sur deux d'avoir un diagnostic psychiatrique, alors que les probabilités pour l'échantillon sont de un sur six (voir aussi Zeiss et coll., 1980 ; Gove et coll., 1983). Il est même mathématiquement possible que la fin du mariage puisse avoir des effets bénéfiques sur l'équilibre psychologique puisque les séparés/divorcés présentent des taux bien moindres que les personnes mal à l'aise dans le mariage. D'autres données corroborent indirectement une telle hypothèse. Un certain nombre de femmes de milieux défavorisés s'estiment plus épanouies un certain temps après la séparation tout en reconnaissant avoir traversé une période noire dans la période suivant immédiatement cette séparation (Baker-Miller,

1982). Wilcox (1985) montre également que la santé mentale des femmes s'améliore de façon significative pendant les deux années qui suivent leur divorce. A remarquer également que l'étude du tableau 1 comparant les hommes et les femmes fait voir que, chez les hommes, on observe des écarts beaucoup plus grands entre le statut de mari et celui de divorcé. L'initiative du divorce provenant davantage des femmes aux Etats-Unis (Ritchie, 1980), celles-là considèrent probablement qu'elles ont moins à perdre que les hommes au point de départ et elles se préparent plus tôt à faire face aux conséquences. Dans un grand nombre de cas où la femme prend l'initiative de la séparation, c'est parce que le mari est violent, abuse de l'alcool ou se désintéresse manifestement des responsabilités familiales ; il est donc probable qu'il a commencé à présenter des signes de détérioration mentale avant même la séparation et que le taux élevé de symptômes chez les hommes séparés/divorcés n'est pas simplement le fait de la séparation.

La violence conjugale est une expérience de vie rapportée beaucoup plus fréquemment par les femmes séparées /divorcées que par les femmes mariées. Cette observation provient de l'étude d'Islington, qui utilise les critères de Strauss pour définir ce type de violence (Andrews et Brown, 1988). Ces critères comprennent entre autres le fait d'avoir reçu un coup de pied ou un coup de poing avec comme conséquence des marques visibles comme un œil au beurre noir ou des bleus. Dans les deux tiers des cas, cette violence est de caractère chronique. La fréquence de la violence conjugale, établie à 25%, est relativement élevée dans cet échantillon qui inclut beaucoup de femmes ayant perdu leur mère en bas âge. La femme en devient victime avant l'âge de 25 ans dans les trois quarts des cas. Il est intéressant de constater que ces actes sont commis également dans toutes les classes sociales. Les femmes séparées/divorcées rapportent cinq fois plus ce type d'expérience que les femmes mariées (53% versus 11%). Les femmes qui ont fait l'expérience de la violence conjugale ont également accumulé plus d'expériences négatives préalablement. Tout d'abord, un tiers d'entre elles se sont mariées ou ont cohabité avec un homme pendant l'adolescence ou encore sont devenues enceintes avant le mariage ; de plus, 40% d'entre elles ont souffert d'un manque d'intérêt grave de la part d'une figure parentale au cours de leur enfance. C'est donc dire qu'une forte proportion de femmes qui font face à la violence conjugale sont déjà marquées par un sort fait d'événements précoces qui

les ont empêchées de s'affirmer ou de se développer pendant leur enfance et les ont souvent rendues prisonnières d'une jeune famille.

Si la santé mentale des femmes séparées est conditionnée par leurs conditions de vie difficiles plutôt que par des facteurs psychopathologiques précédant la séparation ou même le mariage, elles devraient normalement retrouver un meilleur état de santé mentale dans le cas d'un remariage. L'analyse de Weingarten (1985) compare à cette fin des personnes mariées pour la première fois avec des personnes séparées/divorcées et remariées tout en tenant compte des facteurs de sexe et d'éducation. Son échantillon est de race blanche et il couvre tout le territoire des États-Unis. À peu près tous les indices (anxiété, consommation d'alcool et de médicaments, appréhension d'une dépression nerveuse) des remariés sont similaires à ceux des divorcés. Certaines observations ne confirment pas que ce sont nécessairement les prédispositions de personnalité des remariés qui sont en cause. Cette catégorie rapporte plus d'événements pénibles que ceux qui en sont à un premier mariage, ce qui pourrait être attribuable aux situations familiales complexes reliées aux arrangements concernant les enfants. Comme dans la plupart des enquêtes, les séparés/divorcés sont dans une position moins enviable par rapport à la catégorie premier mariage. En revanche, il n'y a pas de différences entre les trois catégories sur une échelle d'estime de soi, résultat très difficile à interpréter dans les circonstances puisque cette évaluation est en général fortement reliée aux autres indices psychopathologiques.

Comme on peut s'en rendre compte, les études corrélatives laisseront plusieurs points en suspens tant et aussi longtemps que leurs auteurs ne tenteront pas de distinguer entre les problèmes de santé mentale chroniques et transitoires en tenant compte également des conditions et des événements de vie qui accompagnent ces problèmes. Le fait de tenir pour constants certains facteurs comme l'éducation par des méthodes statistiques ne rend certainement pas les échantillons équivalents, et on voit aussi comment l'exploitation des banques de données nationales ne peut pallier l'absence de questions théoriques inscrites préalablement dans le schéma de recherche. Trop peu d'études analysent les fardeaux économiques et sociaux de la séparation, en particulier la charge des enfants, la mobilité vers le bas dans les domaines résidentiel et économique, la continuation des conflits avec l'ex-époux aggravés parfois par l'enjeu des

enfants, la diminution du temps consacrée aux contacts sociaux et la perte d'une fraction du réseau social.

Un certain nombre d'études ont analysé plus spécifiquement la situation des personnes en situation de famille monoparentale. Comme ce groupe est en grande partie inclus dans la catégorie séparés/divorcés, il est défavorisé du point de vue de la santé mentale (Blanchard, 1984). On y remarque plus de maladies coronariennes, de dépressions, de suicides, d'homicides, d'accidents d'automobile et d'alcoolisme que chez les gens mariés (Pilisuk et Froland, 1978). Les indices de malaises psychologiques - anxiété, impuissance acquise, ennui, solitude - y sont également plus élevés (Lamont et coll., 1980 ; Pett, 1982). Ces états sont chroniques, puisqu'ils perdurent au-delà d'une période de six ans, et ils ne sont pas la simple conséquence de la séparation (Smith, 1980). Pearlin et Johnson (1977) remarquent par ailleurs que les différences d'état de santé mentale selon les statuts conjugaux persistent, même si l'on tient compte du fait que les personnes sans conjoint vivent en général dans une situation socio-économique plus précaire.

LES TENSIONS DU MARIAGE

[Retour à la table des matières](#)

Nous venons de laisser entendre que les mariages insatisfaisants sont associés à une forte vulnérabilité psychologique. Plusieurs recherches appuient cette conclusion. Les données de Cove et coll. (1983) indiquent une corrélation très élevée entre la satisfaction à l'endroit du mariage et toute une série d'indices de santé mentale positive. La relation est aussi plus élevée pour les femmes que pour les hommes. L'insatisfaction à l'endroit du mariage est associée à des tensions provenant de plusieurs sources : événements perturbateurs de nature économique ou problèmes avec les enfants, emploi du mari dans une autre ville ou relations de travail difficiles pour celui-là, ou encore problèmes psychologiques antérieurs au mariage chez l'un ou les deux membres du couple. Cette dernière observation est confirmée par d'autres études montrant qu'une grande proportion des personnes qui consultent un psychiatre se séparent ou divorcent.

Une autre étude conduite à Los Angeles sur un échantillon de plus de 500 femmes avec l'échelle de dépression CES-D montre assez clairement que c'est le bon mariage qui est un facteur de protection (Aneshensel et coll., 1981). Les femmes qui ressentent une forte tension dans leur mariage, et elles sont environ 40% dans ce groupe, ont trois fois plus de chances de souffrir de dépression (score > 16) que celles qui rapportent une faible tension, et environ deux fois plus que celles qui ne sont pas mariées.

Ifeld (1982) soutient que ce sont davantage les tensions reliées à un rôle, et en particulier à la situation conjugale, plutôt que les événements dramatiques, qui mènent aux états dépressifs. L'évaluation de la vie de couple dans son échantillon de Chicago est effectivement davantage reliée à la dépression que les évaluations d'autres secteurs de vie comme l'emploi, l'état financier, les obligations paternelles ou maternelles ou celles de la vie domestique. Ces autres domaines ont aussi moins d'effets sur la santé mentale si la vie de couple est solide. L'enquête montre également que le statut de célibataire n'est pas en soi exempt de soucis spécifiques. Chez les employés masculins non mariés, les tensions les plus reliées à la dépression sont celles qui ont trait au statut de célibataire. Chez les femmes de même catégorie, les tensions reliées aux soucis financiers arrivent en première place suivies des tensions reliées au statut de célibataire. Les facteurs conjugaux de stress par ailleurs ne sont aucunement liés aux indices socio-démographiques reflétant la classe sociale (âge, éducation, origine sociale et ethnique) ou aux différences entre époux sur ces indices au moment du mariage. De même, les rôles de parents, les problèmes financiers ou professionnels et le voisinage sont très faiblement reliés aux facteurs conjugaux de stress puisqu'ils n'expliquent que 9% de la variance de ces facteurs stressants. Les traits de personnalité (estime de soi, tendance au déni de la réalité et à la franchise) le sont légèrement plus (19%). La plus grande partie de la variance des facteurs conjugaux de stress, soit 30%, est expliquée par des comportements comme les querelles, les mésententes, l'absence de dialogue et d'activités communes.

LE CUMUL DES RÔLES

[Retour à la table des matières](#)

Les raisons les plus souvent citées pour expliquer la moins bonne santé mentale des femmes dans les premières études faisaient allusion au fait que leur rôle était restreint au foyer et que leurs tâches étaient considérées comme de seconde importance par la société, d'où les faibles possibilités de gratification (Gove et Tudor, 1973). En revanche, les hommes investissaient à la fois dans leur vie professionnelle, qui leur offrait de nombreux contacts sociaux, et dans leur vie domestique, d'où les sources plus variées de gratification. Cette explication s'applique cependant à un nombre décroissant de femmes à mesure que celles-là accèdent au marché du travail puisque leur taux d'insertion atteint maintenant plus de 60% aux États-Unis. Plus récemment, l'intérêt des chercheurs a porté sur le cumul des rôles chez les femmes qui travaillent à l'extérieur du foyer parce qu'elles doivent continuer à assumer leurs lourdes responsabilités domestiques tout en se pliant aux contraintes du marché du travail.

Les situations familiales à risques sont davantage étudiées chez les femmes que chez les hommes. L'étude classique de Brown et Harris (1978) montre clairement que le fait d'être confiné à la maison avec trois enfants de moins de 14 ans et sans l'appui du mari comme confident constitue la constellation de facteurs de vulnérabilité la plus favorable à une dépression, du moins chez un groupe de femmes d'un quartier défavorisé de Londres. L'ensemble des études qui ont suivi confirment ce modèle, avec certaines variantes (Tennant, 1985). Les résultats de Gore et Mangione sur une échelle de dépression (1983) montrent également que les ménagères ayant un enfant âgé de 6 à 12 ans à la maison sont plus à risques. D'autres études menées quelques années plus tôt sur la côte est des États-Unis ou dans des régions rurales ne révélaient pas cependant que le travail était un apport positif pour les femmes mariées. Toutefois, dans ces études, les femmes au travail étaient minoritaires au sein du groupe des femmes mariées. Il est donc difficile de conclure que le fait d'avoir un emploi à l'extérieur améliore la santé mentale des femmes puisque la relation positive n'est pas observée dans la majorité des études.

Notre explication est que, lorsqu'un milieu encourage les femmes à travailler, il lui offre un soutien matériel et moral qui facilite l'accomplissement des tâches ménagères (participation du mari, garde des enfants par les voisins).

Les ouvrages traitant du cumul des rôles au cours des dernières années montrent que plus la femme est engagée dans divers domaines, meilleure est sa santé mentale. Le fait d'être mariée ou de cohabiter est associé à moins de symptômes physiques (Waldron, 1980) ou de symptômes de dépression (Kandel et coll., 1985) que le fait de vivre seule. Si en plus la femme travaille, la dépression est encore moins fréquente comme le corroborent au moins partiellement Aneshensel et coll. (1981). Et si la femme a des enfants, son sort, loin d'empirer, s'améliore encore. La femme la plus exposée aux symptômes dépressifs est la femme sans enfants, qu'elle cohabite avec un homme ou qu'elle soit célibataire, et sans emploi. Il est même largement préférable d'être chef de famille monoparentale que dans cette situation. Il est utile de rappeler que les échelles de bien-être ne produisent pas les mêmes associations et qu'elles mesurent vraisemblablement des dimensions différentes de la santé mentale (Campbell, 1981).

Il y a lieu de demeurer prudent dans l'interprétation de ces conclusions en l'absence de données plus précises sur les caractéristiques de l'emploi et de la provenance socio-économique de ces échantillons (Bozzini et coll., 1986), bien que les études de Kandel et coll. (1985) et de Aneshensel et coll. (1981) aient été conduites à partir d'échantillons représentatifs. Mais il semble probable que le facteur de sélection intervienne. Les femmes qui cumulent les rôles sont probablement celles qui possèdent des ressources de personnalité supérieures. Celles qui par exemple vont sur le marché du travail et s'en retirent volontairement parce que la tension est trop forte risquent d'être les plus déprimées et de faire augmenter les taux de pathologie des femmes au foyer. D'un autre côté, celles qui sont au foyer, qui se sentent fortes et qui ont une santé physique robuste seront les plus tentées, à situation économique égale, de s'engager dans d'autres responsabilités.

SIMILARITÉS ENTRE LES MEMBRES DU COUPLE

[Retour à la table des matières](#)

La démarche du choix d'un partenaire qui se fonde sur des traits de personnalité, la dynamique de la vie de couple de même que le partage des conditions de vie risquent de contribuer à ce que mari et femme aient des niveaux de santé mentale similaires sinon au début, du moins après un certain nombre d'années de vie commune. À cet égard, les conjoint(e)s d'ex-patients psychiatriques risquent davantage de souffrir de troubles psychiques que les conjoints d'un échantillon témoin selon une étude de Quinton et Rutter (1984) à Londres. Plus de 22% des conjoints d'un groupe de femmes consultant un psychiatre présentent un trouble de personnalité contre seulement 1% des conjoints pour le groupe témoin. D'autre part, une plus forte proportion des conjointes des ex-patients rapportent un nombre très élevé de symptômes (au moins sept) que celles du groupe témoin (42% par rapport à 22%). Il existe de plus un effet du cours de la maladie sur la santé mentale du conjoint. Les taux de problèmes psychiques sont doubles chez les personnes dont la maladie du conjoint persiste au lieu de se résorber. Une autre analyse porte sur les 24 conjointes de patients sans problème psychiatrique apparent au début de l'étude. Dix-neuf pour cent présentent plus tard un tel problème si le mari a une rémission contre 63% dans le cas où la condition du mari persiste. Ces états sont cependant de courte durée, quelques mois tout au plus, et semblent être davantage une réaction au stress provoqué par la maladie du mari. D'autres indices dans cette étude révèlent que les problèmes psychiatriques des hommes ont plus d'effets sur leur conjointe que le contraire. Aucune conclusion ferme ne peut évidemment être tirée concernant les effets de la sélection ou du stress de la vie conjugale sur les similarités d'état de santé mentale des conjoints. Il est certain cependant que la santé mentale d'un conjoint peut avoir des effets sur son partenaire, Peu d'indices laissent par ailleurs supposer que des personnes s'unissent à d'autres en partageant un même diagnostic psychiatrique. Les grandes différences de diagnostics en fonction du sexe ne contribuent d'ailleurs pas à favoriser une tel jumelage. Les femmes dépressives de même que les hommes psychopathes ont un bassin limité pour trouver

leur pareil chez l'autre sexe. S'il y a sélection, c'est plutôt dans le sens où des personnalité complémentaires s'associent. Le scénario d'une femme à tendance dépressive qui a une forte propension au maternage compulsif et qui s'unit avec un homme ayant des troubles de personnalité pour devenir franchement dépressive au bout de quelques années est bien connu des milieux cliniques, et les résultats de l'étude de Rutter et Quinton le confirment en partie. Un tel scénario met en évidence que les gens qui ont certaines prédispositions personnelles vivront plus de stress à l'intérieur du mariage.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre VI.

Facteurs économiques et pauvreté

Sage-fou, vilain-courtois : ces couples de vocables constituent la clé d'un système de valeurs construit effectivement sur une opposition entre la courtoisie et la vilénie.

G. Duby, in *Les trois ordres ou l'imaginaire du féodalisme*, p. 335.

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

[Retour à la table des matières](#)

L'une des constantes des études épidémiologiques est la relation très étroite entre le nombre de problèmes de santé mentale et la classe sociale (Liem et Liem 1978). Faris et Dunham (1939) constatent que les plus grandes concentrations de premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques de Chicago se situent dans les quartiers les plus pauvres. Les enquêtes de communauté reproduisent par la suite à maintes reprises la corrélation entre la santé mentale, définie généralement comme absence de symptômes, et la classe sociale. Une compilation qui date déjà (Dohrenwend, 1966) révèle que les problèmes de santé mentale se concentrent chez les plus défavorisés dans 19 des 25 enquêtes inventoriées. Les compilations fondées sur les archives de consultations cliniques présentent les mêmes différences. L'enquête de New Haven de Hollingshead et Redlich (1958) met particulièrement en évidence la concentration des

problèmes psychiatriques dans la classe V, c'est-à-dire celle qui comprend le cinquième le plus défavorisé de la population composé de travailleurs non spécialisés et de personnes sans emploi. Plus de 40% des consultations proviennent de cette classe, soit le double de sa représentation démographique. La classe 1, regroupant les gens les plus riches, comprend 3% de la population, mais compte pour seulement 1% de l'ensemble des consultations. Plus récemment, une étude épidémiologique conduite avec le Diagnostic Interview Schedule aux Etats-Unis (Connecticut) confirme la forte différence observée antérieurement entre les plus riches et les plus pauvres. Les répondants se situant au bas de l'échelle de revenus présentent environ 50% plus de problèmes faisant partie de la classification du DSM-III que les personnes à hauts revenus (20,4% par rapport à 13,7%) dans un échantillon du Connecticut (Leaf et coll., 1984).

Trois grandes études sur la santé mentale menées au Québec relèvent une corrélation avec la classe sociale. La première s'étend sur l'ensemble de l'Estrie, région située au sud-est du Québec (Denis et coll., 1973) et utilise le Health Opinion Survey avec une population de 1 158 répondants entre 25 et 64 ans. La relation avec le revenu *per capita* au sein de la famille est de nature linéaire, c'est-à-dire que les problèmes augmentent régulièrement à mesure que le revenu diminue. La région où l'on observe la moyenne la plus élevée de problèmes de santé mentale est la région de Thetford Mines-Lac Mégantic qui, à l'époque, est la plus défavorisée de l'Estrie. L'autre indice de position sociale est le niveau de scolarité ; il est nettement relié à la santé mentale : les gens ayant accompli cinq ans d'études supérieures sont quatre fois plus souvent au-dessus du seuil de pathologie que ceux qui possèdent au moins un diplôme collégial. La deuxième enquête est l'étude pilote de l'enquête Santé Québec qui couvre les territoires de Verdun et de Rimouski (Tousignant et Kovess, 1985). On y remarque deux fois plus de personnes ayant un seuil élevé de symptômes chez le groupe à faibles revenus en comparaison du groupe à revenus plus élevés. L'étude qui a suivi, portant sur toute la province, relève également le lien étroit rapporté par l'enquête Santé Canada : la proportion de personnes souffrant de détresse élevée est de 29% parmi les plus pauvres, comparativement à 17% chez les plus riches (Santé Québec, 1988).

LES RÉGIONS PAUVRES COMME SOURCE DES PROBLÈMES

[Retour à la table des matières](#)

Dans les régions économiquement les plus défavorisées on compte donc une plus grande quantité de personnes souffrant de problèmes de santé mentale que dans les autres régions. Faut-il en conclure qu'elles en produisent davantage ? Se pourrait-il que les mouvements de population que l'on observe entre les classes sociales soient le principal facteur de cette concentration de cas dans les milieux défavorisés ? On pourrait ainsi énoncer l'hypothèse suivante : les milieux pauvres seraient non pas tellement des milieux plus propices au stress, par suite des conditions de travail, de logement ou de problèmes familiaux, qui rendent les individus plus vulnérables aux aléas de la santé mentale, mais autant sinon plus des lieux de refuge pour les personnes à problèmes venues de toutes les classes sociales, grâce à une réserve de logements ou de maisons à prix modiques ou à une plus forte tolérance à l'égard des personnes souffrant de problèmes de comportement.

L'hypothèse de la sélection, c'est-à-dire de la mobilité descendante des cas psychiatriques a été assez bien établie pour les cas de psychotiques dans l'étude de Dunham (1965) à Detroit. On s'aperçoit que, si l'on ne tient pas compte des gens nouvellement arrivés dans le quartier, l'incidence des cas est similaire d'un secteur de la ville à l'autre. Un bon exemple de ce processus est fourni par les ex-patients psychiatriques qui viennent louer des chambres dans les immeubles des quartiers pauvres. Malheureusement, les études sur la mobilité sociale et les états psychiatriques mineurs font défaut. On aurait tort de penser cependant que le facteur de mobilité qui prive les classes défavorisées de leurs éléments les mieux pourvus en ressources psychologiques et vient y déposer des personnes plus dépourvues de ce point de vue issues des autres classes sociales puisse à lui seul rendre compte des différences somme toute énormes rapportées. Il y aurait lieu cependant de mieux apprécier l'importance de ce facteur qui exigerait que l'on fasse une histoire détaillée de la mobilité économique depuis la famille d'origine. Les travaux du Bedford College

examinés aux chapitres 2 et 4 révèlent la présence certaine d'un processus de sélection. Les femmes qui se défendent mieux après une grossesse préconjugale ont la chance d'échapper au sort de la classe défavorisée.

Selon une autre interprétation, les classes sociales défavorisées ne seraient pas nécessairement davantage génératrices de problèmes de santé mentale que les autres classes même si elles en contiennent plus. D'après ce modèle, l'incidence ou le nombre de nouveaux cas serait similaire d'une classe à l'autre, mais non les taux de rémission ou de rechute. Par exemple, la période de guérison pourrait être plus longue chez les gens pauvres si leurs conditions de vie les empêchent de reprendre le dessus ou favorisent les rechutes dans le cas d'une rémission. Cette hypothèse est assez clairement confirmée dans l'étude de Levy et Rowitz (1973) pour les cas psychotiques étudiés à Chicago. Si les classes défavorisées en comptent davantage, ce n'est pas parce qu'elles en génèrent plus mais bien plutôt parce que le processus de chronicité y est plus développé. Les données font défaut pour les problèmes de moindre gravité dans la communauté comme les troubles affectifs ou les troubles de personnalité. Les résultats des études élaborées sur le Diagnostic Interview Schedule promettent de répondre au moins partiellement à ces questions puisqu'elles évaluent leurs échantillons à deux dates bien précises espacées par une année.

LES EXPLICATIONS

[Retour à la table des matières](#)

Les facteurs de maintien et les facteurs étiologiques ne sont peut-être pas aussi fondamentalement différents en santé mentale qu'en santé physique ; c'est pour cette raison qu'il n'est pas nécessaire d'attendre une réponse définitive à la question posée plus haut pour tenter d'expliquer la plus grande fréquence de problèmes de santé mentale dans les classes défavorisées. Voici une série d'autres raisons proposées pour expliquer les écarts de santé mentale entre les classes sociales.

Les conditions de stress

Si les pauvres présentent un tableau plus négatif de santé mentale, serait-ce parce que leurs conditions de vie sont plus difficiles à supporter ou encore parce qu'ils vivent davantage d'événements pénibles et de difficultés de vie ? La recherche de Dohrenwend (1973) va dans le sens de cette hypothèse en avançant que les gens pauvres vivent davantage d'événements et surtout de ceux qui échappent au contrôle de la victime. Myers et coll. (1974) trouvent également que cette catégorie sociale rapporte davantage d'événements indésirables. Mais ce n'est pas tant la différence dans le nombre d'événements que le plus grand impact produit par ceux-là qui semble être la source du clivage des taux de santé mentale entre les classes sociales (Thoits, 1982). Les travaux de Brown et Harris (1978), en corrigeant certaines faiblesses de la méthodologie inspirée de Holmes et Rahe, illustrent à cet effet comment un même événement peut être source de joie chez des riches et source de soucis chez des pauvres. Les récits des événements illustrent comment la naissance d'un enfant représente une épreuve pour une femme qui vit dans une pièce unique et délabrée, sans salle de bains privée, alors qu'elle est accueillie avec joie par la femme qui jouit de l'essentiel au point de vue matériel. Ces auteurs trouvent également un nombre beaucoup plus élevé d'agents déclencheurs parmi la classe ouvrière que parmi la classe moyenne (voir chap. 2). D'autres travaux portant cette fois sur les conditions chroniques de stress confirment assez bien que ce type de fardeau est plus souvent rapporté par les individus à bas revenus que par les autres ; les principales menaces à la santé mentale sont la tension conjugale, les soucis financiers, la maladie chronique et les tensions subies au travail (Thoits, 1982). Et ce sont ces conditions, beaucoup plus que les événements dramatiques inéluctables, tels la mort ou les accidents, qui semblent faire la différence entre les classes sociales.

Soutien social

La santé mentale va souvent de pair avec le soutien social que l'on trouve autour de soi. Il est difficile de savoir toutefois si le soutien social protège les gens exposés à des risques ou si les gens vulnérables n'ont pas les ressources nécessaires pour mobiliser le soutien social autour d'eux.

La recherche de Schwab et Schwab (1973, citée dans Liem et Liem, 1978) établit que les contacts entre amis sont moins fréquents en milieu défavorisé. L'absence relative de soutien du mari chez les femmes de milieu défavorisé est également un facteur bien mis en lumière chez Brown et Harris (1978) pour expliquer le taux plus élevé de dépression chez ces femmes. Rainwater (1960) rapporte à cet effet que de nombreuses études américaines révèlent que l'instabilité conjugale touche davantage les classes défavorisées. Il y a plus de querelles, moins de dialogue, moins de temps passé ensemble parce que les membres du couple doivent travailler plus longtemps et plus fort. L'étude de Turner et Noh (citée par Thoits, 1982) signale aussi que lorsque les jeunes mères venant de milieu défavorisé reçoivent un bon soutien social et ont le sentiment d'avoir leur vie en main, elles présentent un aussi bon tableau de santé mentale que les jeunes mères issues d'autres milieux. Il ne faudrait pas déduire trop rapidement cependant que les milieux économiquement défavorisés présentent toujours plus de problèmes familiaux ou conjugaux. Une série d'observations récentes faites aux États-Unis et en Angleterre montrent que la violence conjugale ne semble pas être le fait d'une classe sociale ou d'une autre (voir chap. 5). À Montréal, le nombre de séparations et de divorces est même légèrement plus élevé parmi les groupes plus scolarisés (Tousignant et coll., 1988).

Il est également possible que certaines sous-régions défavorisées dont le tissu social est particulièrement disloqué expliquent à elles seules les taux plus élevés de problèmes psychologiques chez les pauvres. Sur un plan plus macro-social, la recherche de l'équipe de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse montre comment, dans une région rurale pauvre, les problèmes de santé mentale sont plus fréquents dans les villages désorganisés que dans ceux où l'on observe un leadership fort. Ces premiers, nous l'avons déjà vu, sont caractérisés par l'apathie, la pauvreté, le nombre de foyers brisés, la confusion autour des valeurs, le petit nombre d'associations régionales, les possibilités réduites de loisirs et de récréation, une plus haute fréquence d'actes hostiles, de crimes et de délinquance ainsi que des réseaux de communication faibles et fragmentés. Cette qualité de vie sociale de l'environnement est aussi reliée à la fréquence de déclarations d'abus commis sur des enfants, dont on peut penser qu'il sont un reflet de la santé mentale des parents sans pour autant être reliés directement à un diagnostic psychiatrique (Bouchard, 1981). Les quartiers où l'on compte le plus de ces déclarations sont pauvres, mais ils donnent

place à moins d'échanges sociaux entre les citoyens en comparaison avec des quartiers qui ont des moyennes de revenus similaires mais moins de cas signalés. Les quartiers pauvres culturellement hétérogènes sont également plus à risques que les quartiers pauvres culturellement homogènes (Levy et Rowitz, 1973). Ce sont les groupes qui se retrouvent en minorité dans un milieu qui présentent des taux supérieurs de problèmes ; les quartiers qui abritent des minorités hétérogènes, ayant peu de contacts entre elles, sont souvent les plus exposés. Wedmore et Freeman (1984) rappellent également que la pathologie sociale constituée par la délinquance n'est pas élevée dans les quartiers des villes anglaises les plus pauvres si ceux-là ont pu conserver le sens de leur appartenance culturelle. En résumé, la pauvreté ne conduit pas à une détérioration de la santé mentale si le tissu social demeure relativement intact et si une solidarité peut se maintenir à l'intérieur des réseaux. Malheureusement, les conséquences de l'éclatement culturel font généralement plus de dommages dans certains secteurs défavorisés que dans d'autres. Les transformations urbaines en sont une des causes principales (voir chap. 7).

Vulnérabilité psychologique

Plusieurs auteurs sont d'avis que l'estime de soi ou les ressources personnelles sont plus faibles en milieu défavorisé, ce qui expliquerait pourquoi les gens de ce milieu se sentiraient plus dépourvus en présence d'événements pénibles. Pearlin et Schooler (1978) remarquent à cet effet que les gens pauvres tendent à avoir recours à des stratégies inefficaces lorsqu'ils font face à des problèmes, recourant davantage à la résignation ou au déni. Ce mode d'agir peut constituer un comportement adéquat quand l'individu n'a pas de prise sur son environnement, mais il risque d'instaurer un cercle vicieux et de laisser les événements prendre le dessus quand ils seraient en mesure d'être maîtrisés. Une des rares études qui aient tenté d'évaluer une telle hypothèse, soit celle de Harris, Brown et Bifulco à Londres (voir chap. 4), l'a fait sur une population ayant des caractéristiques bien particulières, et elle ne dit pas que la classe sociale dont on est issu favorise la façon dont on va chercher à trouver des solutions positives à une grossesse préconjugale. On doit donc résumer en soulignant la carence d'études évaluant les stratégies d'adaptation différentielles entre les classes sociales.

Facteurs de socialisation

La relation avec les parents durant l'enfance et l'adolescence en milieu défavorisé peut expliquer également le plus grand nombre de conflits psychiques dans ce milieu. Des études qui commencent à dater quelque peu révèlent néanmoins de grandes différences entre les classes sociales. Waters (1964, cité dans Gleiss et coll., 1973) observe que les parents des classes pauvres s'occupent beaucoup moins de leurs enfants que ceux des classes moyennes. Les pères hésitent également à se proposer comme modèles d'identification en milieu défavorisé. Bronfenbrenner (1958) note pour sa part une plus grande restriction du développement de l'autonomie en milieu défavorisé et une tendance à la conformité dans l'éducation, ce qui amène l'individu à orienter son comportement en fonction des instances de punition extérieures plutôt que d'intérioriser les valeurs. Et lorsque les parents de ce milieu administrent des punitions, ils le font souvent au hasard, la même faute pouvant tantôt passer sous silence, tantôt être reçue avec une réprimande hors de proportion avec la faute. D'autre part, on signale dans le milieu montréalais plus de cas d'abus et de négligence d'enfant dans les quartiers pauvres même si le phénomène est loin d'être absent chez les plus fortunés (Bouchard et coll., 1981). Le seul lien qui concerne la classe sociale est établi par l'étude de Walthamstow (Harris, Brown et Bifulco, 1987). Mais l'échantillon est réduit aux personnes ayant été séparées de leur mère pour plus d'un an. Dans ce cas, si le père est ouvrier, il y a plus de probabilités que l'enfant soit placé en institution et qu'il ait fait l'expérience d'une carence de soins parentaux. Rien évidemment ne peut être applicable pour les autres structures familiales. Une autre étude montréalaise montre que la corrélation entre le score établi par le Parental Bonding Instrument de Parker qui examine l'intensité de l'intérêt des parents envers leurs enfants et le niveau d'éducation des parents est non significative (Tousignant et coll., 1988). Somme toute, il n'y a pas encore de preuve définitive pour invoquer la dynamique familiale dans l'explication de la plus haute fréquence de problèmes psychologiques en milieu défavorisé. Les résultats les plus concluants commencent à dater et les études plus récentes n'étaient guère cet argument.

LE CHÔMAGE

[Retour à la table des matières](#)

Comme nous venons de le vérifier, les indices socio-économiques correspondent amplement avec les indices de santé mentale. Mais ce sont souvent les personnes en chômage -temporaire ou continu - qui sont les plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale. Ce facteur mérite donc un traitement à part à cause de toute l'attention qu'il a reçue de la part des chercheurs.

La notion changeante du chômage

Il n'y a plus comme autrefois de distinction tranchée entre le monde des travailleurs actifs et celui des sans-emploi. Ceux qui travaillent, comme le révèle une recherche menée dans la région montréalaise de Maisonneuve-Rosemont, ont souvent été sans emploi ou s'attendent à entrer dans les rangs des chômeurs avant l'arrivée de leur retraite. Des secteurs traditionnellement considérés comme stables, tels l'industrie de la boulangerie, les compagnies pétrolières ou les grands fabricants d'automobiles, ferment ou menacent de fermer leurs portes. La plupart des employés sont donc préparés aux pires éventualités et amassent parfois des économies pour affronter les temps difficiles. Ils savent également qu'ils pourront compter pendant une période appréciable sur des revenus du gouvernement. L'alternance entre le chômage et le travail devient donc un mode de vie inscrit dans les attentes.

La définition du chômage reprise dans les enquêtes de Statistique Canada sur la population active a été arrêtée par les pays membres de l'OCDE. Elle ne correspond pas exactement à certains besoins de la recherche en santé mentale mais nous devons nous y conformer si nous voulons utiliser certaines archives. Ainsi, un étudiant à temps plein qui se cherche un travail à temps partiel est considéré comme chômeur mais non celui qui se cherche du travail à temps plein. Le paradoxe s'explique par le fait que la recherche d'un travail à temps plein est incompatible avec la condition d'étudiant à temps plein. Il faut ajouter que beaucoup de

personnes qui se croient en chômage ne sont pas considérées comme telles par les statistiques parce qu'elles acceptent de petits contrats temporaires.

Le chômage peut d'autre part soit être considéré comme un événement critique s'il est consécutif à une perte d'emploi, soit correspondre davantage à une condition et devenir en quelque sorte un style de vie. La perte d'emploi peut également être volontaire ou involontaire. Dans le cas d'une mise à pied massive, le caractère collectif de la démarche ne fait pas de doute et laisse peu de place à l'intervention de l'individu. Ce n'est pas le cas si la mise à pied ne touche qu'une seule personne. Autant les conditions économiques que la personnalité de l'employé peuvent avoir contribué au renvoi. Cette distinction entre chômage volontaire et involontaire est importante si l'on veut s'assurer que la perte d'emploi est indépendante de la volonté du sujet et qu'elle n'est pas due avant tout à la détérioration de sa santé mentale.

Santé mentale, chômage et récession

Si nous tenons compte des considérations énoncées plus haut, il va de soi que les études transversales sur la santé mentale des travailleurs actifs et des chômeurs ne peuvent expliquer le rôle joué par la perte d'emploi dans l'état psychologique. En effet, de nombreuses personnes peuvent être au chômage d'abord et avant tout parce qu'elles sont alcooliques, déprimées ou sans motivation. Seules les études longitudinales ont valeur explicative et elles sont malheureusement peu nombreuses et très difficiles à mener puisqu'il n'est pas facile d'identifier une cohorte de chômeurs dès le moment de la perte d'emploi. L'étude de Warr et de son équipe (1984) révèle cependant que les personnes qui perdent leur emploi présentent une série de symptômes sur l'échelle de Goldberg qui comprennent l'anxiété, la dépression et le manque de motivation. Environ de 25 à 30% de leur groupe voient leur condition psychologique se détériorer ; mais entre 5 et 10% avouent moins de symptômes et semblent soulagés d'être soustraits au stress du travail. L'étude de Finlay-Jones et Eckart (1981) montre également que presque la moitié des problèmes psychiatriques diagnostiqués qui surviennent après une perte d'emploi ne sont pas attribuables à d'autres causes qu'à cette perte d'emploi.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les effets négatifs directement reliés au chômage. Ceux qu'observe Warr (1984) sont les suivants : insécurité reliée à la réduction des revenus ; déstabilisation du rythme de vie (d'autres parleront du rythme circadien auquel les réactions dépressives sont fréquentes) et des périodes de sommeil ; disparition d'une série d'activités de tout genre directement reliées à l'emploi ; diminution des décisions à prendre à cause de la baisse des revenus ; et, finalement, exposition à des activités dégradantes pour l'image de soi comme celle d'avoir à chercher un emploi.

Une autre équipe a tenté de vérifier à l'aide de l'analyse de série temporelle si l'humeur dépressive était plus fréquente dans une population générale deux mois après une baisse d'emploi. L'étude a été conduite par deux fois (Catalano et Dooley, 1977 ; Dooley, Catalano, Jackson et Brownell, 1981), et l'hypothèse d'une relation directe a été confirmée la première fois mais non la deuxième.

Consultations en santé mentale

Les variations relatives au chômage sont reliées aux hospitalisations pour raisons psychiatriques dans la période de deux ou de quatre mois qui s'ensuit (Catalano, Dooley et Jackson, 1981). De deux autres études mentionnées par Warr (1984), l'une trouve une relation similaire tandis que l'autre n'y parvient pas. Il est à mentionner qu'on n'est pas encore arrivé à établir un lien entre le chômage et les consultations externes ; on devrait normalement s'attendre à ce que ce soient bien davantage ces services qui relèvent une augmentation causée par le chômage que les services offerts aux clientèles lourdes. La corrélation avec les hospitalisations demeure jusqu'ici bien difficile à établir.

Chômage et santé

Les analyses de Brenner publiées pour la plupart au cours des années 70 ont fortement attiré l'attention des hommes politiques américains. Elles portaient sur des relations établies à l'occasion de séries temporelles entre le chômage et d'autres indices de récession économique d'une part et des indices de mortalité, de morbidité (maladies cardio-vasculaires, cirrhoses du foie) ou de consommation de soins de santé d'autre part. Le résultat le plus probant révèle une relation entre le taux de chômage dans

l'État de New York et les nouvelles admissions dans un hôpital psychiatrique (Brenner, 1973). Ces calculs portaient sur la population dans son ensemble et non pas sur les citoyens qui en étaient directement victimes comme les chômeurs. Des corrélations ont aussi été établies avec les taux de mortalité infantile et de maladies cardiaques. Ces résultats ont été largement critiqués au cours des dernières années ; Warr (1984) résume ainsi les arguments qui jettent un doute sur la validité de ces conclusions malgré tout impressionnantes :

1. L'intervalle optimal pour établir une forte corrélation à partir de ces résultats se situe entre cinq et dix ans. Il se peut que soient en cause des événements économiques beaucoup plus récents que ceux indiqués par Brenner.

2. Les corrélations ne valent souvent qu'à l'intérieur d'une période définie et disparaissent en n'ajoutant que quelques années à la série. Plusieurs de ces corrélations risquent donc d'être attribuables à des artéfacts méthodologiques.

3. Ces relations dites de type écologique ne sont pas confirmées pour autant sur le plan individuel et ne se prêtent pas à des interprétations causales.

Une étude longitudinale conduite à Montréal est arrivée néanmoins à trouver que les gens qui tombent en chômage rapportent plus de problèmes de santé au cours des mois qui suivent qu'un groupe témoin (Roy, 1989).

Le chômage n'en demeure pas moins une épreuve qui laisse des empreintes sur la santé mentale. Les revues sur la question (Kelvin et Jarrett, 1985 ; Hayes et Nutman, 1981) reprennent les étapes qui ont été proposées (Harrison, 1976, cité dans Kelvin et Jarrett, 1965) pour décrire la trajectoire psychologique typique consécutive à la perte d'emploi involontaire. Il y aurait d'abord une période de choc qui se traduit par une baisse du moral ; peu de temps après vient une étape d'optimisme à laquelle fait suite une lente dégradation vers un plancher qui sera atteint quelque six mois après la mise à pied. Les soucis qui accentuent cette baisse de moral sont les problèmes financiers, l'ennui, la baisse de l'estime de soi et la dilution de l'espoir de retrouver du travail. Les princi-

paux effets sont la déstructuration du rythme de la vie quotidienne avec des périodes de sommeil plus longues, les contacts plus fréquents et les plus fortes probabilités de friction avec un partenaire conjugal et le besoin de se reconstruire une autre image à ses yeux. L'étude longitudinale de Parnes et King (1977) met d'autre part en relief le glissement de l'intérieur vers l'extérieur du centre subjectif de contrôle durant les deux premières années de chômage.

La perte d'emploi n'a pas toujours des conséquences aussi catastrophiques. Les premières semaines sont généralement libératrices, permettent d'échapper à un travail stressant et de s'occuper d'intérêts personnels qui, faute de temps, avaient été mis en veilleuse. Dans l'étude de Little (1976), la moitié des hommes mis à pied considèrent leur situation comme une occasion d'améliorer leur sort plutôt que comme une crise.

En résumé, il existe donc encore relativement peu d'études individuelles. Les résultats portent en majorité sur des agrégats, ce qui limite sensiblement leur pouvoir d'explication.

Emploi précaire et santé

Dans un monde où le marché du travail semble opérer un clivage entre ceux qui doivent utiliser des techniques de plus en plus développées et ceux dont les talents ne sont que très faiblement mis à profit, il est important de voir si ces dernières conditions ont un lien avec la santé mentale. Plusieurs recherches révèlent que le stress relié au travail et donc à la survie économique est un facteur très important dans l'étiologie des problèmes de santé mentale. Myers et Roberts (1959) illustrent comment le souci de garder un emploi, l'angoisse de le perdre et le sentiment d'être exploité varient en rapport inverse avec le niveau de la classe sociale et en rapport direct avec le degré de maladie psychique. De même, Cobb et coll. (1986) ainsi que Werner et Ross (1969) concluent qu'il existe beaucoup plus de réactions psychopathologiques et de prodromes de troubles psychiques chez ceux dont l'emploi est précaire. Culpin et Smith (1930, cités dans Gleis, 1973) insistent sur l'aliénation par rapport au produit du travail et sur l'appareil rigide de l'organisation qui ne laissent que peu d'espace à l'expression des traits individuels. Même constatation dans les travaux d'Alphen De Veers menés dans la grande industrie Phillips d'Eindhoven. La monotonie des activités, l'absence de place laissée aux

prises de décision et l'insécurité en matière d'emploi sont reliées au Cornell Medical Index. Si le travail précaire est souvent relié au travail répétitif, il y a lieu de s'attendre à une mauvaise santé mentale chez ceux qui sont ainsi employés. Les travaux de Kornhauser (1969) dans les usines de Detroit illustrent eux aussi le rôle que joue le travail répétitif sur les problèmes psychiques.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre VII.

L'environnement social

Les transformations de l'écologie sociale et humaine parfois sauvages apportées par la société urbaine du vingtième siècle contribuent à créer, pour le meilleur ou pour le pire, un nouveau type humain. Milieux de vie, styles de vie, presque rien n'a échappé au soi-disant « progrès ». Tous les acteurs n'en profitent évidemment pas de la même manière ; il y a des gagnants et des perdants. Par ailleurs, tous les aspects de la société nouvelle n'ont pas eu un impact sur la santé mentale ni ne se prêtent à une analyse de leurs conséquences. Nous en retiendrons quatre qui, bien qu'importants, sont loin d'épuiser l'ensemble du débat. Ils offrent au moins l'avantage d'avoir été relativement bien documentés, ce qui fut le motif premier de leur choix. Notre engagement dans des recherche touchant aux deux premiers thèmes n'est sans doute pas étranger au fait qu'il leur ait été accordé un rang.

MOBILITÉ GÉOGRAPHIQUE

[Retour à la table des matières](#)

Alors que le chapitre 9 aborde le processus d'immigration, le présent chapitre analyse les effets de la mobilité confinée dans des frontières nationales ou dans des séjours temporaires à l'étranger. Le terme de migration est ici employé pour les déménagements interrégionaux qui impliquent une plus longue distance.

Il va sans dire que les motifs qui sous-tendent le changement de logement, en fonction du découpage volontaire/ involontaire, affectent autant le sujet du déplacement que la distance parcourue ou le type de changement de milieu de vie. Le déménagement peut être volontaire ou normatif comme dans le cas des promotions d'emploi, de l'accession à la propriété, du choix d'un logement plus spacieux, mieux situé, d'un changement de milieu intellectuel pour les étudiants et les artistes, ou de la recherche d'un climat plus agréable pour les personnes âgées. Il peut également être involontaire comme dans le cas d'une éviction, d'un incendie, d'une séparation conjugale, ou dans le cas insolite d'une fuite de domicile pour échapper aux créanciers, par exemple. Le père est en général le plus consentant dans le cas des transferts professionnels, et les effets négatifs lui sont moins lourds car sa vie sociale s'exerce en grande partie à l'extérieur du foyer. Tout autre est le cas de l'épouse, surtout si elle est rivée au foyer et souffre de l'éloignement de sa famille, doit reconstituer son réseau social ou se recycler professionnellement. Les désagréments peuvent être encore plus élevés pour les enfants s'ils ont à changer d'école, et le déménagement est d'autant plus difficile à accepter que les relations sont tendues à l'intérieur du foyer.

Les pays industrialisés comme la Nouvelle-Zélande, l'Australie, le Canada et les Etats-Unis, souvent moins affectés par les problèmes de logement de l'après-guerre, sont le lieu d'une mobilité géographique intense. Environ un ménage sur cinq y change de logis chaque année (Herbert et Thomas, 1982). Un Américain déménage en moyenne 14 fois au cours de sa vie, ce qui signifie que l'Américain qui naît, vit et meurt dans le même domicile est devenu un objet de musée. Plus de 55% ne passent pas leur vie dans la région (État) où ils sont nés et migreront en moyenne trois ou quatre fois au cours d'une existence. Les pays européens connaissent une mobilité qui est de moitié moindre mais qui risque d'augmenter considérablement dans le contexte de l'Europe unie et du redéploiement des centres de production.

Le dossier le plus lourd est celui des personnes âgées. Si les bases de comparaison des recherches ont laissé à désirer à plusieurs moments parce que les personnes qui vont en institution viennent souvent de tomber malades (Heller, 1980), l'augmentation de la mortalité chez celles qui vont vivre en foyer en comparaison avec les personnes qui demeurent

simplement sur une liste d'attente est une preuve assez accablante du trauma d'un tel déracinement (Mishara et Riedel, 1984). Il s'agit sans aucun doute d'un sous-groupe plus fragile que celui des retraités qui déménagent vers des climats plus ensoleillés, mais on ignore les variables qui peuvent ainsi rapprocher la mort. On observe cependant chez ces personnes qui vont en institution une restriction des activités sociales et une présence plus fréquente de confusion mentale.

C'est au sein du monde ouvrier que les problèmes de transfert d'emploi semblent être à plus hauts risques pour la santé. Une recension de Stokols et Shumaker (1982) rapporte quelques études révélant entre autres une hausse des troubles gastro-intestinaux, des problèmes de dépression ainsi qu'une élévation des taux de maladies coronariennes au sein de cette population. Plusieurs études notent une augmentation en général des problèmes de santé physique et une plus grande utilisation des services médicaux chez les employés mutés (Heller, 1980). Cet auteur rapporte également qu'une étude menée auprès d'ingénieurs met en évidence que, cinq ans après leur déplacement, la moitié n'ont pas réussi à se faire de nouveaux amis ou n'y sont arrivés que très lentement. Ce handicap ne se révèle pas trop dramatique dans le cas où la vie familiale se porte bien, mais il risque d'être lourd de conséquences dans le cas contraire. Une étude avance en particulier que la moitié des épouses d'employés mutés réagissent en général assez mal à l'éventualité d'un changement d'environnement de ce type ; l'alcoolisme, l'abus de drogues, les états névrotiques et le sentiment d'isolation en sont les risques les plus courants. Il serait intéressant d'évaluer également dans ces cas l'effet de l'état de la santé de la mère sur le moral des enfants.

Tout compte fait, le déménagement n'est cependant pas une source importante de stress pour l'Américain moyen. Une étude longitudinale menée sur un échantillon national entre 1966 et 1969 ne détecte aucune détérioration d'ordre moral, psychologique ou de l'ordre de la santé chez ceux qui se déplacent (Butler et coll., 1973). Les réseaux sociaux sont conservés, que le déménagement soit volontaire ou non. En revanche, les gens mobiles appartiennent et participent à moins d'organisations comme telles que les gens stables. Les Américains de classe moyenne ont réussi à développer des mécanismes d'adaptation à la mobilité : capacité à se lier facilement avec les étrangers, tolérance à une gamme étendue de comportements chez les autres, et dépendance de la famille pour trouver

une source de satisfaction émotionnelle. Les personnes en mobilité ascendante sont aussi moins attachées à leur environnement (Fellman et Brandt, 1970) que les gens plus pauvres, ces derniers comptant davantage sur leur environnement immédiat comme source d'identification sociale.

Le contexte du changement de logis est d'une grande importance pour la santé mentale. Les déménagements liés à une expérience négative se traduisent par des symptômes de dépression à l'exemple des autres types de perte contrairement aux déménagements évoqués avec plus de bonheur qui ne produisent pas un tel effet (Newcomb, 1981). Stokols et Shumaker (1982) proposent d'examiner le concept d'adéquation personne-environnement pour comprendre les effets néfastes ou bénéfiques du déménagement. Selon de nombreuses études, les gens qui choisissent d'aller habiter à un endroit s'y attachent davantage que les gens qui y résident depuis longtemps ; mais, un bas niveau d'adéquation entre le logis et l'endroit où il est situé d'une part, et les besoins domestiques, professionnels ou de socialisation d'autre part, est associé à des problèmes de santé et de comportement. Dans une étude menée auprès d'employés d'une université californienne, les personnes peu mobiles, rivées à leur logement contre leur volonté, présentent plus d'épisodes de maladie et plus de jours de congé de maladie que les personnes plus mobiles ou disposant d'un choix plus large (Stokols et coll., 1983). L'ouverture d'esprit et la curiosité sont par ailleurs importantes pour les personnes à forte mobilité parce qu'elles sont en moins bonne santé si elles ne sont pas enclines à l'exploration. L'idéal du point de vue de la santé est d'être peu mobile tout en ayant la possibilité de déménager. La qualité du logement est aussi un facteur de premier ordre en ce qui concerne son appréciation. Une étude portant sur un échantillon national américain conclut à ce sujet que la qualité objective du logement est le facteur le plus fortement associé à la satisfaction en matière de logement (Fried, 1982).

Plusieurs indices montrent que le phénomène de migration ou de déménagement sur une longue distance aux États-Unis est relié à une détérioration de la santé mentale. Bon nombre d'études révèlent que les migrants sont plus souvent hospitalisés pour raisons psychiatriques que les non-migrants, mais les chiffres ne peuvent réfuter l'hypothèse de la sélection et de la dérive (*drifting*) (Giggs, 1984). Un autre élément du dossier est le fait que, pour la période comprise entre 1965 et 1970, les États du sud-ouest, dont les résidents déménagent le plus fréquemment, obtiennent

le plus mauvais score selon un indice composite de santé mentale (Smith, 1973). Ces corrélations sur des données d'agrégats doivent appeler à la prudence, car plusieurs autres facteurs peuvent intervenir, comme une plus forte urbanisation des zones de migration, une plus grande proportion de travailleurs sous-payés ou l'élection de ces lieux par les personnes ayant connu des problèmes existentiels antérieurement. D'autres enquêtes ne mentionnent pas d'effets négatifs reliés à la migration. L'une d'entre elles, menée à Cali en Colombie, n'arrive pas à conclure à un effet de la mobilité rurale-urbaine sur la santé mentale une fois que les variables socio-économiques sont prises en considération (Micklin et Leon, 1978). Dans le contexte particulier de ce pays, l'accès à la ville est souvent le moyen d'amorcer une mobilité ascendante. De plus, les forts mouvements d'urbanisation consécutifs à la violence qui a sévi dans les campagnes autour de 1950 dans ce pays et qui ne s'est jamais complètement apaisée sont attribuables à une recherche de la sécurité physique. La promotion d'emploi liée à la mutation dans une autre ville entraîne également l'obtention d'une position plus valorisée. Un tel type de transfert chez un groupe d'employés montréalais n'entraîne aucune différence sur une échelle de santé mentale par rapport à ceux qui demeurent sur place (Pihl et Caron, 1980). En revanche, les non-mobiles consultent davantage le médecin, alors que les mobiles ont une perception plus négative de leur vie de couple ($r = 0,28$), de leur vie sociale, de même que de la vie sociale et du travail scolaire des enfants ($r > 0,40$ pour les trois derniers domaines). Notre hypothèse est que ces désavantages n'ont pas de conséquences fâcheuses à moins d'événements majeurs, qui sont moins probables sur une courte période d'observation.

Les relocalisations à l'intérieur des grands centres urbains qui furent un des fers de lance de la lutte contre la pauvreté aux États-Unis ont connu des succès limités lorsqu'ils ont été mesurés à l'aune des indices de santé mentale. La revue de Heller (1980) rapporte une série d'expériences malheureuses relativement bien documentées comme celle du Stuyvesant Village à New York ou celle de la banlieue sud-est de Boston. Dans le premier cas, on a noté des hausses marquées de délinquance et de criminalité tandis que l'expérience se révéla tellement désastreuse à Boston que les immeubles demeurèrent inhabités.

Il est difficile a priori de prévoir les effets de la mobilité sur les enfants. S'il est vrai qu'ils sont moins directement concernés que les adultes

dans ce genre de décision et qu'ils peuvent en ressortir plus frustrés, ils peuvent néanmoins compter sur une faculté d'adaptation plus grande. Dans les classes plus favorisées des Etats-Unis et même chez les plus démunis, comme ce fut le cas dans la migration des Noirs vers le nord au cours des années 40, les déménagements sur de grandes distances font depuis longtemps partie des mœurs, et la culture encourage ces habitudes car le pays s'est construit à partir d'un processus de colonisation intérieur. Quand le changement s'établit comme une nonne, les risques sont moins élevés. Une étude menée à Louisville (Kentucky) auprès de 159 familles à revenus supérieurs comptant 318 enfants révèle que le déménagement sur une longue distance n'a pas de conséquences sur le comportement des enfants, cela même si le changement se produit en cours d'année scolaire (Barrett et Noble, 1973). Les familles rapportent que leurs enfants se font facilement des amis, avec un petit peu plus de difficultés chez les adolescents toutefois, et qu'ils ne sont pas trop dérangés par le changement d'école. Une autre étude conduite dans le nord de la Floride à partir d'un petit échantillon de 136 adolescents nous apprend que ni le nombre de déménagements, ni la distance d'avec le lieu d'origine ne se reflètent sur l'image de soi. Comme le rappelle Levine (1966), il n'est pas surprenant que les déménagements vers des endroits éloignés n'affectent pas les enfants puisqu'ils sont l'apanage des classes plus favorisées. Il signale en revanche que le taux de déménagements est plus élevé parmi les gens fortement affectés par des problèmes sociaux et des difficultés économiques. Les départs dans les écoles de milieux défavorisés sont de 49% par année, ce qui est nettement supérieur au taux des secteurs de milieux favorisés. Le recensement américain de 1960 montre que la proportion de ceux qui déménagent durant une période de cinq années est de 55% chez les plus pauvres comparativement à 29% chez les plus riches ; cet écart de classe fut noté pour la première fois à Chicago au tournant du siècle. L'étude classique de Rossi (1955) analyse pour sa part les événements, heureux et moins heureux, associés aux déménagements dans la ville de Baltimore. Les mouvements de population sont plus nombreux chez les familles séparées. Certains sont attribuables à la détresse économique et on s'y résigne pour fuir les percepteurs de comptes ou même les psychologues à la suite d'un signalement pour négligence parentale. La précipitation de beaucoup de déménagements est particulièrement frappante dans l'aire du centre-ville. On a l'impression que peu d'explications sont fournies aux enfants surtout en ce qui concerne le sort du père dans le cas où la mère cherche à fuir la violence du foyer. La recension de Levine

cite deux autres études qui relèvent, probablement pour les mêmes raisons, l'une un plus haut taux de consultations, l'autre plus de problèmes de comportement, chez les familles en mouvement.

Une seule étude analyse à notre connaissance l'effet du déménagement selon un schème longitudinal. À l'occasion d'une enquête menée dans le cadre plus large de l'effet d'événements stressants sur la santé de 2 287 adolescents de 14-16 ans dans la ville de Tampere (Finlande), Aro (1987) établit une relation significative mais modeste entre l'expérience d'un déménagement au cours des douze derniers mois et l'augmentation de symptômes psychosomatiques. L'impact est sensiblement le même que celui du décès d'un grand-parent, mais moins important que dans le cas d'événements majeurs tels le départ d'un frère ou d'une soeur de la maison, la maladie d'un proche ou un conflit entre les parents.

Certains types de déménagements font également plus souvent partie de la biographie des adolescents présentant des comportements suicidaires. Au moins les deux tiers d'un groupe de trente adolescents suicidaires dans des écoles secondaires de Montréal rapportent avoir vécu un déménagement qui implique au minimum un changement de ville, alors que seulement un tiers du groupe témoin rapporte une telle expérience (Hamel, Tousignant et Bastien, 1988). Les déménagements de ce type chez les suicidaires sont souvent reliés à des événements familiaux inattendus. Ainsi, une famille migre en pleine campagne à partir du centre-ville parce que les parents sont déprimés par la vie urbaine ; un garçon suit sa mère aux États-Unis parce qu'elle s'est mariée avec un homme rencontré sur la plage ; après la séparation, il accompagne encore sa mère en Éthiopie où elle veut se consacrer à combattre la famine et la pauvreté.

Indépendamment de l'effet direct sur la santé mentale, les jeunes paraissent plus troublés que leurs aînés par l'éventualité d'un déménagement. Une étude américaine conduite sur un échantillon scolaire de 60 adolescents vivant à 80 kilomètres d'une région métropolitaine révèle que ceux-ci conçoivent un déménagement éventuel comme beaucoup plus perturbateur que sont portés à le croire les professionnels qui les encadrent. Cet événement tient la septième place en importance dans une série de 36 événements, et il se situe dans le voisinage d'autres événements perçus comme majeurs tels la séparation des parents, le placement en foyer et la violence physique. Dans une autre étude faite à Los Angeles

sur un échantillon de plus de 1000 étudiants, le déménagement est perçu comme aussi important que le bris d'une relation amoureuse stable et bien plus qu'une maladie vénérienne (Newcomb et coll., 1986).

Le plus grand problème associé à la mobilité aux Etats-Unis est celui des enfants de travailleurs migrants qui sont souvent de souche latine. Les travaux de Coles montrent qu'il leur est difficile de prendre racine dans un système social. Les contremaîtres de leurs parents et la population d'accueil supportent mal leur venue. Certes, la présence de la famille nucléaire les protège, mais ils deviennent apathiques au bout de quelques années, convaincus peu à peu que leur sort n'intéresse personne.

En résumé, les recherches révèlent que la mobilité géographique exerce sur la santé mentale des effets qui sont loin d'être négligeables, surtout chez les pauvres, les femmes et les enfants. Il faut évidemment étudier toutes les facettes des déménagements car l'impact varie nettement en fonction des circonstances. C'est un secteur somme toute passablement négligé compte tenu des conséquences que la mobilité peut avoir sur l'identité sociale.

VILLES ET CAMPAGNES

[Retour à la table des matières](#)

Foucault rappelait dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* combien la campagne à l'époque du romantisme est considérée comme l'antidote des maux de la ville. Le calme et l'exercice en plein air sont recommandés aux femmes en particulier pour soigner leurs nerfs irrités par les désordres de la ville. Il est vrai qu'à cette époque l'industrialisation rapide, l'exploitation des ouvriers et l'insalubrité générale pouvaient sembler apocalyptiques. Le thème de la nostalgie de la vie campagnarde, souvent nourrie par certains récits anthropologiques, est reprise en refrain par maints prophètes sociologues de notre siècle. Qu'on se rappelle les mouvements de retour à la terre d'intellectuels inspirés par une idéologie

de vie commune il n'y a pas si longtemps⁹. Les sciences sociales aux États-Unis ont souvent cherché à renchérir sur un certain nombre de préjugés favorables à la vie rurale. Dans un article où il fait la sociologie des sociologues de la première moitié de ce siècle, C. Wright Mills décrit le cursus des auteurs de manuels de psychopathologie sociale qui pourfendent la morale de la ville et se complaisent à en décrire la décadence à l'aide des statistiques de criminalité en particulier. Ce sont pour la plupart des chercheurs originaires de petites villes dont le souvenir leur rappelle la simplicité des mœurs en comparaison de laquelle il est tellement ardu de débroussailler les phénomènes de la jungle urbaine. L'École de Chicago, en mettant en relief la délinquance de certains sous-groupes des grandes villes, n'a pas toujours été à l'abri de cette vague de moralisme comme le rappelle Webb (1984). L'œuvre de Durkheim sur les suicides, qui accuse la dégradation de la vie sociale dans les villes, son absence de normes et d'autorité, a continué à nourrir les préjugés défavorables au libéralisme bien qu'elle ait signalé, sans trop y insister cependant, les abus de la cohésion étouffante des petits groupes.

Les comparaisons urbain-rural prennent une importance moindre mais encore intéressante alors que plus de 70% de la population vit dans des villes. Quant à l'autre portion, ou elle se partage entre les petits centres satellites de grandes villes dont ils constituent les dortoirs au même titre que les banlieues, ou elle participe à des activités de production industrielle gravitant autour d'une usine, d'une mine ou d'un site de construction en milieu éloigné. Le manque de clarté dans la définition de ce qui est rural gêne beaucoup celui qui veut saisir ce que l'on compare. À quel seuil une ville de taille moyenne est-elle rurale, à quel moment se soustrait-elle à l'influence de la ville cosmopolite ? Les petits centres ont également des vocations de plus en plus spécialisées : les villages de montagne ou les cités balnéaires deviennent des refuges pour retraités urbains,

⁹ Ces mouvements ont souvent attiré les désabusés de la vie urbaine dont un certain nombre de personnes qui voulaient y trouver un baume à leur état dépressif. Nous avons, au cours d'une enquête, relevé quelques histoires familiales de parents ayant ainsi quitté la ville pour chercher refuge à la campagne. Or, la solitude est souvent néfaste à de telles tendances dépressives et ne sert souvent qu'à raviver les idées noires. Les voyages des riches Anglais en Italie pour guérir leur mélancolie ont connu peu de succès. La ville de Key West en Floride sert aujourd'hui de lieu de prédilection à des professionnels paumés qui gonflent les statistiques de troubles psychiques de centres de retraite de cette nature.

d'autres agglomérations se constituent autour d'un hôpital spécialisé en psychiatrie, ou de mégaprojets comme la construction de barrages, tandis que d'autres centres enfin ne renferment que les éléments oubliés sur place des grands mouvements d'afflux vers les villes. C'est la grande lacune de la plupart des études de ne pouvoir fournir de renseignements suffisamment précis sur la spécificité des zones rurales couvertes par leurs enquêtes.

Si les indices de santé physique sont habituellement fortement reliés à la santé mentale, du moins au niveau individuel, nul doute que les régions non urbaines sont assez nettement défavorisées du point de vue de la santé physique, même si l'on tient compte de toute une série de variables socio-démographiques (Webb, 1984). Il est à se demander si un niveau si bas de santé physique n'aurait pas un effet sur la santé mentale. Il demeure vrai toutefois que l'accès aux services peut être un facteur non négligeable dans les différences ville-campagne.

Beaucoup d'études révèlent une forte prévalence de maladies mentales en milieu rural. L'étude la plus complète (Leighton et coll., 1983) couvre une grappe de villages relativement peu peuplés de Nouvelle-Écosse situés en dehors des circuits des centres urbains ¹⁰. Plus du tiers de la population présente une difficulté de rôle attribuable à une maladie psychiatrique selon la norme utilisée. L'Irlande rurale (voir le chapitre 8) compte un taux impressionnant de personnes hospitalisées en psychiatrie (Walsh, 1968). Brunetti (1978) montre en comparant des régions de la France que la morbidité psychiatrique peut être tantôt faible, tantôt élevée en milieu rural. Une constatation similaire est faite par Brown et Prudo (1986) dans les îles Hébrides où les agents déclencheurs et la dépression sont plus répandus chez les femmes moins traditionnelles en comparaison avec celles qui vivent sur les fermes. Au total, les taux de dépression sont nettement plus élevés dans certains quartiers ouvriers de Londres que dans les îles Hébrides. Ces différences vont dans le même sens que les données obtenues par le Diagnostic Interview Schedule aux États-Unis. La région rurale (sous-échantillon de la Caroline du Sud) présente des taux de dé-

¹⁰ L'auteur a visité ces lieux anonymes sans savoir à l'époque qu'ils avaient constitué l'un des plus grands laboratoires d'épidémiologie psychiatrique. Le site est particulièrement attrayant et rien ne laisse croire plus d'un quart de siècle après qu'il s'agit d'une région à risque élevé.

pression majeure nettement inférieurs à ceux des autres régions, soit 1,1% alors que les taux des régions urbaines varient entre 2,4 et 3,8% (Blazer et coll., 1985). Cependant, les taux de désordres dus à l'anxiété pour l'ensemble de l'échantillon de la Caroline du Sud sont, à une exception près, dans une proportion double de celle de trois zones urbaines (Regier et coll., 1988). Les taux de prévalence sur une période d'un mois y sont parmi les plus élevés aux Etats-Unis. Au cours de la phase pilote de l'enquête Santé Québec, il a été possible de construire des diagnostics approximatifs de la dépression majeure et de la dysthymie en appliquant un algorithme à l'ensemble des questions des divers instruments (Kovess et coll., 1987). L'avantage de la région rurale pour ces diagnostics est encore observé bien que ce soit la ville de Rimouski, et non les campagnes éloignées, qui contribue le plus à l'abaissement des taux pour la zone dite rurale. Par exemple, il y a seulement 1,1% de dépressions majeures à Rimouski contre 2,9% dans le reste de la région rurale et 3,7% en zone urbaine. Même si l'on tient compte des états de dysthymie, une forme plus légère mais plus chronique de dépression, les différences demeurent élevées, quoique moindres. Les auteurs se sont demandé si le fait de se sentir isolé émotionnellement ou d'être insatisfait de son réseau social n'expliquerait pas ces différences, mais aucun indice n'a permis de vérifier cette hypothèse. Des analyses plus fines ont permis d'identifier deux groupes qui, dans les grandes villes, présentent des taux de dépression plus élevés qu'en zone rurale : ce sont les hommes sans emploi et les femmes sans partenaire. Par ailleurs, la morbidité psychiatrique est particulièrement élevée en milieu rural quand on écarte des statistiques les familles propriétaires d'exploitations agricoles (Wagenfeld, 1982).

Les études faites à partir d'enquêtes sur la santé mentale fournissent des résultats peu concluants sur les avantages respectifs de la ville ou de la campagne. Srole (1972) est d'opinion que la prévalence de cas est moins élevée à Manhattan que dans le Stirling County en Nouvelle-Écosse. L'étude très souvent citée des Dohrenwend (1974) conclut au contraire à un avantage des régions rurales sur les régions urbaines tandis que Webb (1984) fait remarquer avec à-propos que les régions urbaines dans ces comparaisons sont souvent représentées par des villes de moins de 100 000 habitants à l'époque de l'étude, comme Reykjavik en Islande ou Abeokuta au Nigeria. Une synthèse plus récente de Barquero et coll. (1982) montre que les zones rurales, évaluées sur la base des mêmes instruments que les zones urbaines, sont défavorisées du point de vue de la

santé mentale. L'enquête nationale de Veroff et coll. (1981) aux États-Unis rapporte que si les urbains sont un peu moins heureux dans l'ensemble, ils manifestent par ailleurs moins de symptômes d'anxiété que les ruraux.

Trois études conduites au Québec comparent, avec les mêmes instruments, des zones rurales à des zones urbanisées. L'enquête d'Engelsmann et coll. (1972) couvre 875 personnes dont un échantillon provenant des Laurentides, un autre du centre-ville de Montréal et un autre de la banlieue de Montréal. La région rurale obtient les scores les moins élevés et la banlieue les scores les plus élevés. Une autre étude contemporaine de la première (Denis et coll., 1973) porte sur la région sud-est de la province (Estrie). Des cinq secteurs, c'est Mégantic, le plus défavorisé et le plus rural, qui obtient la moyenne la plus élevée, alors que la ville de Sherbrooke, qui compte environ 100 000 habitants, se situe dans la moyenne de l'échantillon total. Plus récemment, une comparaison entre un territoire situé au sud-est de Montréal (ville + banlieue) (N = 1 213) et une région éloignée du Bas-Saint-Laurent (Rimouski) (N = 1737) avantage la région rurale (Tousignant et Kovess, 1985). Il ne faut cependant pas généraliser à l'ensemble des régions car l'échantillon couvre 11 secteurs et celui qui obtient la seconde place pour ce qui est de la moyenne est situé en zone rurale.

Le profil est similaire en ce qui concerne les taux de suicide réussis au Québec. Ils sont généralement plus élevés pour les zones métropolitaines que pour les zones excentriques, mais encore ici la prudence est de rigueur car la région de l'Abitibi-Témiscamingue, située dans les territoires éloignés du nord-ouest, présente par une bonne marge les taux les plus élevés de toute la province (Charron, 1981).

En conclusion, il est évident que les zones rurales sont loin d'être un havre de protection contre les troubles psychiques. Si les troubles dépressifs y sont en général moins fréquents, cela n'est pas vrai pour l'ensemble des troubles psychiques. Les ruraux ne sont pas épargnés sur le plan des épreuves de la vie et de la psychopathologie qui peut en résulter. Certains des préjugés sont fondés sur la croyance que le soutien social serait plus accessible ou plus spontané dans les campagnes que dans les villes. Cela n'est pas nécessairement vrai pour l'ensemble de la population. Il faudra donc à l'avenir savoir établir des différences plus subtiles sur la nature

des régions et des sous-régions étudiées, en s'appuyant de préférence sur des observations de type anthropologique, et identifier également les sous-groupes qui rendent compte des différences interrégionales. Enfin, dans les régions où des mouvements de population récents ont eu lieu, il faut évaluer la contribution du facteur sélection dans le processus de migration.

LES BRUITS DE LA VILLE

[Retour à la table des matières](#)

Les bruits engendrés par la civilisation urbaine rendent-ils les citoyens déprimés, anxieux, voire fous ? Même en faisant exception du haut degré de bruit associé à certaines industries, les bruits engendrés par les inventions modernes peuvent causer des torts à la santé physique aussi bien que mentale ¹¹. Nombre de personnes doivent faire l'expérience de bruits constants dans leur vie quotidienne : bruits des grands boulevards, des trains aériens, des constructions, des échos de la cour intérieure, du concert des appareils audiovisuels de tout un immeuble, des cours d'école, mais surtout des aéroports. À tel point que certains bénissent la vieillesse qui les rend sourds à toutes ces agressions. Ces bruits, aussi variables que leurs sources, créent des sensations différentes selon la signification attribuée ¹², la constance, la prévisibilité ou le conditionne-

¹¹ Encore une fois, la ville n'a pas nécessairement le monopole des symphonies de décibels. Certains lieux éloignés comme le Grand Nord du Québec sont le terrain d'expérimentation des vols supersoniques à basse altitude de l'OTAN. Il est trop tôt pour en connaître les effets sur le bien-être des habitants mais quelques enfants vivant dans ces régions ont déjà été victimes d'une rupture du tympan. Les autoroutes sont bruyantes, particulièrement en terrain montagneux. Dans les villages mexicains, les gens font jouer leur poste de radio à tue-tête. La proximité des carrières y fait entendre la détonation des explosions. Et si vous n'êtes pas encore convaincu de l'enfer des villages, demandez à ce qu'on attache un âne au coin de votre maison pendant la nuit.

¹² L'auteur se croit encore en droit d'introduire ici quelques éléments biographiques dont la valeur de généralisation est toujours à mettre entre parenthèses. Ayant vécu à Quito pendant six mois, dans une cuvette montagneuse, directement sous la route d'atterrissage des avions d'un point où les inscriptions numériques sont visibles, j'ai pu goûter de plus près à la musique du progrès. Dans un contexte où les

ment socioculturel qui les caractérisent. Il reste que la vie quotidienne est un milieu d'observation plus complexe que le laboratoire que peut représenter une usine de production et qu'il est bien difficile de déterminer la part du facteur bruit dans la santé mentale de la population.

Tarnopolsky et Clark (1984), qui ont plus spécifiquement étudié l'influence des aéroports, en particulier de celui de Heathrow à Londres, sur la santé mentale, exposent toute la complexité du problème dans leur très belle synthèse sur la question. Le bruit peut avoir des conséquences sur plus d'un plan. L'effet sur la santé mentale peut provenir par exemple de troubles conséquents à la surdité qui nuisent ensuite à la bonne communication et rendent frustrantes les relations avec autrui. A cet égard, la présence de symptômes de surdité chez les gens présentant des troubles psychiques est d'une fréquence insoupçonnée. Des enquêtes à grande échelle menées sur des patients psychiatriques montrent que ceux-là souffrent quatre fois plus souvent de perte de l'audition que la population générale. Les paranoïdes seraient parmi les plus sensibles à ce problème. Les sources en sont encore énigmatiques et exigent une analyse. La surdité peut en effet être d'origine génétique ou être liée aux systèmes de défense contre les hallucinations auditives ou contre les rapports sociaux.

Revenons aux bruits des villes. Les études sur l'effet des aéroports sont loin d'être totalement concluantes en ce qui concerne l'étiologie de troubles physiques ou psychiques. Cela n'empêche pas une détérioration considérable de la qualité de la vie chez les personnes exposées. En général, ces bruits affectent davantage un sous-groupe de personnes plus sensibles et vulnérables au départ. Si les effets sur le sommeil sont assez notoires lors de l'ouverture d'un nouvel aéroport, une certaine habitude s'installe progressivement dans les années suivantes comme le prouvent les observations faites à Paris-Roissy (Vallet et François, 1982). Nombre d'enquêtes qui établissent des relations troublantes entre le bruit et une symptomatologie croissante souffrent d'une erreur systématique en ne voilant pas suffisamment l'objet de leur investigation à une population sensibilisée aux effets censément néfastes de la pollution par le bruit. Les

moteurs faisaient trembler la terre, mais où les grands emblèmes des compagnies internationales rappelaient l'existence du reste de l'univers, ces vrombissements étaient certains jours bienvenus et faisaient oublier quelques moments le mal du pays dans une ville peu réputée pour ses extravagances sociales.

enquêtes qui prennent bien soin de se prémunir contre ce type d'erreur n'aboutissent pas aux mêmes conclusions que celles de Grandjean en Suisse (cité dans Tarnopolsky et Clark, 1984). Bien plus, nous pouvons être plus favorables aux bruits des aéroports à la suite d'une propagande dans ce sens, et nous en sommes d'autant moins affectés que notre gagne-pain y est relié.

Il est certain que la proximité des aéroports cause de l'inconfort. Ainsi la moitié de la population qui vit dans ces parages se plaint d'être « très ennuyée », ce qui est certes un passif dans le bilan de la qualité de vie. L'irritabilité aiguë est d'ailleurs fonction directe de l'intensité du bruit ambiant et de l'ennui causé par ce bruit. Mais, fait paradoxal, l'irritabilité chronique ne varie pas de la même façon en fonction de ces paramètres. Elle est à son paroxysme dans le groupe sujet à l'ennui dont nous parlions mais vivant dans une région où le bruit est réduit au minimum. Les gens les moins atteints par ce type d'irritabilité sont évidemment peu susceptibles d'être ennuyés par le bruit mais ils vivent dans une région de bruit intense. Ces données paradoxales peuvent s'expliquer par le fait que les personnes qui vivent à proximité des aéroports et qui sont les plus incommodées finissent tôt ou tard par déménager et que les autres se trouvent de bonnes raisons pour demeurer sur place.

Si les études de Heathrow n'établissent aucune relation entre la santé mentale mesurée par l'instrument de Coldberg et l'exposition au bruit, il y a en revanche un phénomène intéressant à observer : la corrélation est positive pour les gens de classe moyenne qui, tout en ne témoignant pas d'un degré supérieur de sensibilité au bruit, paraissent plus affectés par l'agression qu'il signifie ; il semble que ces derniers aient une conception qui leur est propre de ce qu'ils sont en droit d'obtenir de leur environnement. Par ailleurs, aucune recherche n'a établi que le bruit des aéroports avait un effet sur l'utilisation des services de santé ou de drogues psychotropes. De même, la plupart des auteurs de rapports qui ont relevé un effet sur les hospitalisations psychiatriques ont dû battre en retraite devant des analyses mieux contrôlées. Les recherches anglaises notent la possibilité d'un faible effet chez les personnes de plus de 45 ans.

Ces enquêtes peuvent laisser perplexes les gens friands de conclusions transparentes ou décevoir les écologistes dont certains pourront accuser les chercheurs d'avoir étouffé par leurs contorsions méthodologiques les

fragiles vérités qui appuient leur point de vue. L'épidémiologie ne fournit pas dans ce contexte des munitions d'artillerie lourde, mais elle isole tout de même l'existence d'un effet non négligeable parmi les classes moyennes et sur la qualité de vie en général. La leçon à retenir, et probablement à appliquer à toutes les autres études d'écologie humaine, c'est que les effets de stress environnementaux comme celui du bruit des aéroports sont souvent perdus dans une mer d'autres sources de variation à l'échelle des grands ensembles de population. Il y a de plus des effets de sélection : les personnes moins sensibles au bruit iront vivre près des aéroports pour profiter du moindre coût de l'immobilier ; celles qui savent le combat perdu d'avance resteront au loin ou auront déjà déménagé au moment de la visite des enquêteurs. Cependant, en concentrant l'analyse sur les personnes particulièrement sensibles au bruit, ce qui inclut environ 5% de la population ¹³, on perçoit des risques évidents et suffisants pour entreprendre des actions préventives ou palliatives.

LE PHÉNOMÈNE D'AGGLOMÉRATION

[Retour à la table des matières](#)

L'entassement de masses importantes de population dans des espaces restreints n'est pas nouveau. L'empereur Néron, pris de dégoût pour les quartiers populaires qui entouraient le forum romain, les purifia par le feu. La ville arabe et la ville médiévale dessinent des rues tellement étroites qu'elles donnent l'impression d'être souterraines. Un pape, irrité par l'irrévérence de Pérouse, trouva, pour la punir, plus facile de construire une autre ville dessus que de la détruire. Ces phénomènes d'entassement ne sont cependant pas comparables à ceux des grandes villes modernes qui se mirent à pousser littéralement vers le haut sous l'impulsion d'une nouvelle conception architecturale appliquée à l'habitat domestique. Dans un mouvement amorcé après 1914-1918 en Angleterre et qui s'étendit graduellement à tous les grands centres urbains du monde industrialisé,

¹³ Bien que la sensibilité au bruit soit un élément souvent inscrit dans des entrevues de détection de névrose - les fameuses réactions hystériques - il est certain qu'une portion appréciable des personnes sensibles au bruit sont tout à fait normales et davantage prédisposées à un tel traumatisme par leur bagage génétique.

les villes virent essaimer en leur sein des immeubles verticaux qui devaient pallier plusieurs maux engendrés par le problème du logement sans répondre toujours très bien aux espoirs. La fascination exercée par les espaces aériens, entretenue par la société technologique, n'est sans doute pas étrangère à cet engouement pour ces nouveaux types de foyer. De plus, la migration de masses de plus en plus importantes de gens vers les villes exigeait des solutions efficaces pour économiser à la fois sur l'espace, le temps de construction et les coûts. Les espoirs fondés sur les grands ensembles furent déçus sur ces trois plans et les nouveaux monstres créèrent davantage de visions de films d'horreur qu'une mutation adaptative de l'habitat. Non seulement ces types de concentration ne font gagner ni espace -sauf en de rares exceptions comme à Hong Kong - ni en coûts, ni en temps de construction, mais ils génèrent des maux mal évalués au départ : absence de supervision des espaces publics, disparition des espaces de jeu protégés pour les petits enfants, dégradation rapide des infrastructures de services et coût prohibitif des réparations, espaces extérieurs offrant parfois l'aspect d'un panorama lunaire, rencontres fortuites entre les occupants et faibles possibilités de socialisation, formation de tourbillons de vent fort gênants par temps froid. Certes, les projets qui desservent une clientèle aisée ont su offrir une solution viable et avantageuse aux personnes seules, très mobiles ou retraitées, pour lesquelles la rue prend moins d'importance. Elles ont souvent vue sur un panorama agréable, avec un plan d'eau ou un espace de verdure et elles comptent sur une force de police privée, comme l'illustre bien le projet du « gold mile » au nord du centre-ville de Chicago en bordure du lac Michigan.

Presque chaque grande ville aujourd'hui possède un exemple de ces ensembles chaotiques d'immeubles dont le coût pour la société s'est révélé exorbitant. Les devis d'évaluation sont bien construits mais ils ne peuvent tenir compte des facteurs de sélection qui jouent dans les mouvements de population vers ces grands ensembles. Les conclusions dressent un bilan assez négatif des grands, et parfois même des moins grands immeubles, autant du point de vue de la santé physique que de la santé mentale. Le dossier est plus accablant pour les femmes ayant de jeunes enfants que pour les hommes ou les personnes qui passent une grande partie de la journée à l'extérieur de leur foyer. Une étude allemande révèle qu'il y a 57% de plus de morbidité physique chez les gens vivant dans des appartements que chez ceux qui vivent dans des maisons indépendantes, et

la différence est plus marquée quand il s'agit de troubles respiratoires, qui peuvent refléter le manque d'exercice en plein air (Fanning, 1967). Freeman (1984) résume un groupe d'études menées pour la plupart en Angleterre ou dans des pays anglo-saxons et qui indiquent que les édifices en hauteur sont mauvais pour la santé mentale. Les problèmes sont plus fréquents chez les personnes moins habiles à entretenir des relations sociales. Ce handicap, dans les quartiers traditionnels formés par de petites rues, est compensé par la possibilité de nombreux contacts qui exigent un minimum d'initiative et qui apportent appui et réconfort. Les enfants sont également les grandes victimes de ce style de vie. Les mères craignent d'envoyer leurs enfants à l'extérieur et ceux-là sont appelés à vivre dans un univers concentrationnaire. La supervision des voisins qui peuvent prendre le relais des parents dans les espaces publics disparaît. Ce phénomène produit pour la première fois dans l'histoire de l'humanité une génération de mères qui doivent assumer complètement seules durant les vingt-quatre heures de la journée les soins aux enfants. Cela peut avoir comme conséquence le défoulement de leur frustration sur ces enfants ou l'emploi abusif du poste de télévision comme gardien et comme stimulant.

Certains ouvrages, très populaires dans la décennie 70, ont été consacrés à l'effet plus spécifique du surpeuplement. Comme les grands immeubles d'habitation sont souvent ceux qui offrent le moins de mètres carrés par personne ou la plus haute moyenne de personnes par pièce, le phénomène d'entassement est bien sûr étroitement associé au fait de vivre dans de grands ensembles. D'autre part, même si les études les mieux planifiées ont soigneusement évité de confondre le niveau socio-économique et le nombre de personnes par pièce, il demeure difficile de construire des échantillons de ménages avec sensiblement le même revenu, le même nombre de personnes et qui diffèrent en ce qui concerne la superficie par personne. L'autre considération est la composition des personnes du ménage : sont-elles étrangères ou membres de la même famille ? Quelle est la proportion d'enfants en bas âge ? La mère est-elle confinée à la maison ou non ? La dynamique propre à une famille nombreuse risque également d'être confondue avec le surpeuplement. Rutter et coll. (1975) observent par exemple que 27% des pères des familles de six personnes n'arrivent pas à parler au moins une fois par semaine à chacun de leurs enfants, alors que le taux est deux fois moindre chez les pères des familles moins nombreuses. Les taux de cette variable pour la

mère sont respectivement de 10% et 2%. Les enfants des familles nombreuses présentent conséquemment à ce manque de stimulation des problèmes de langage qui risquent de les handicaper à l'école ou de les mener vers la délinquance. Les probabilités d'événements majeurs sont également plus élevées lorsque le ménage comprend de nombreuses personnes.

La plupart des recherches ne peuvent bien sûr analyser que la variable socio-économique. Elles retrouvent néanmoins de fortes corrélations entre le surpeuplement et divers aspects de la santé. Kellett (1984), dans son étude sur les causes de la mortalité dans 33 arrondissements de Londres, établit des liens étroits entre le nombre de personnes par pièce et la fréquence de la plupart des causes de décès, en particulier ceux qui résultent de maladies vasculaires ou respiratoires. L'auteur attribue ce surplus de décès aux pressions émotionnelles reliées aux conditions de vie, mais il croit possible que l'usage du tabac joue un rôle dans ce tableau. A remarquer cependant que les pauvres ne fument pas proportionnellement plus en Angleterre, comme c'est le cas au Canada ou dans d'autres pays, à cause du prix relativement élevé du tabac. L'étude de Gove et coll. (1979) sur le surpeuplement et la santé mentale a l'avantage par rapport à celle de Kellett de reposer sur des entrevues individuelles plutôt que sur des archives concernant des données agrégées. Elle montre que l'indice formé par le nombre de personnes par pièce dans la ville de Chicago explique 60% de la variance des cas de dépression nerveuse au cours de la dernière année, de même que la plus forte proportion de la variance des autres indices de santé mentale parmi lesquels on retrouve une échelle de symptômes psychiatriques et la qualité de la relation conjugale. Le manque de sommeil pourrait être l'une des principales variables qui expliquent le rapport entre le surpeuplement et la santé mentale.

En résumé, il n'est pas possible de croire que le simple fait de vivre dans un immeuble à logements multiples ou de vivre dans des conditions de surpeuplement provoque une détérioration grave de la santé mentale. Une réponse définitive de l'effet de ces variables ne peut provenir que d'une étude qui tienne compte des événements et difficultés de vie qui sont le partage des gens qui y habitent. Comme le laissent entendre les travaux de l'équipe de G. Brown, et d'autres études recensées ici, ces variables de l'écologie n'agissent sur la santé mentale que comme facteurs d'amplification de certaines difficultés et non comme agents déclen-

cheurs. Mais une véritable élucidation de la question exigerait des schémas plus complexes que ceux qui sont employés. La mise à profit de grandes enquêtes en vue d'obtenir des données précises sur le logement permettrait par exemple de trouver des groupes de comparaison valables.

Il est nécessaire de rappeler que le surpeuplement est évidemment une caractéristique tant subjective que culturellement conditionnée. Dans la société occidentale où la disposition d'un espace propre est vue comme un droit et où la position hiérarchique s'estime bien souvent à partir des mètres carrés réservés à un employé, le facteur du surpeuplement peut jouer différemment qu'ailleurs. C'est peut-être pourquoi les comparaisons internationales (Kellett, 1984), fondées sur les données agrégées, ne font apparaître aucune corrélation entre la mortalité et le surpeuplement. Les habitants de Hong Kong et de Tokyo jouissent d'une assez bonne santé selon les indices d'espérance de vie malgré le fait que bien peu d'Occidentaux accepteraient de vivre dans une telle exigüité. On peut également faire observer que la comparaison des taux psychiatriques entre Manhattan et le Stirling County en Nouvelle-Écosse ne semble pas appuyer l'hypothèse du surpeuplement.

Même s'il est dangereux de réduire tous les phénomènes sociaux à des problèmes de santé mentale, il en est un qui se situe juste au seuil et qui mérite considération : c'est celui de la criminalité. Force est de reconnaître en effet que les conditions de vie urbaine peuvent engendrer des haïnes latentes, une incapacité d'empathie autant envers ses proches qu'envers les étrangers, des blessures à l'estime de soi, laquelle cherchera à se réhabiliter dans les sensations fortes que procurent les actes de délinquance.

La principale conséquence du crime étant l'insécurité engendrée dans l'environnement immédiat, le phénomène d'anxiété collective est particulièrement accentué dans les grandes villes nord-américaines. Le crime y est fréquemment perçu comme la priorité numéro un des politiciens et la principale cause de l'exode vers les banlieues. Wedmore et Freeman (1984) font une synthèse remarquable du problème de cette criminalité en rapport avec l'habitat et ils en révèlent les causes complexes que nous analyserons brièvement.

Les statistiques sur la criminalité prouvent au-delà de tout doute que « small is beautiful ». En France, le taux de criminalité en milieu urbain quadruple entre le niveau de 150 000 et de 500 000 habitants. Cette constatation a conduit le comité Peyrefitte en 1977 à recommander de faire plafonner à 200 000 habitants le développement des centres urbains. L'origine de cette criminalité comprend plusieurs racines et constitue un bel objet d'étude interdisciplinaire. L'architecture des immeubles verticaux y contribue pour beaucoup avec ses espaces mal protégés dont personne ne revendique l'appartenance tels les escaliers, les ascenseurs, les paliers et les entrées. Par ailleurs, la ville restitue le soir venu une grande partie de ses travailleurs à la banlieue, diminuant ainsi le nombre de citoyens qui pourraient surveiller certains quartiers par le seul fait de leur présence massive. Et le problème est loin d'être entièrement résolu s'ils y sont. Beaucoup d'expériences en psychologie sociale témoignent de l'indifférence des gens vivant en territoire anonyme pour le sort de leur prochain dans le besoin ou en danger (Milgram, 1970). Certains facteurs de structure familiale viennent s'ajouter à ces causes d'ordre architectural. C'est ainsi que Newman et Franck (cités par Wedmore et Freeman, 1984) constatent dans le rapport qu'ils ont soumis au ministère de la justice américain que la criminalité dans les centres urbains est due à trois facteurs principaux : la dimension des immeubles et leur accessibilité au tout venant ; la concentration des familles monoparentales et à faibles revenus ; la proportion élevée d'adolescents par rapport aux adultes. Ces chiffres laissent facilement percevoir le développement du scénario classique : un grand nombre de ces adolescents vivent sans leur père, et leur mère est vite dépassée par les problèmes de discipline ; par ailleurs, dès que l'adolescent franchit le seuil du foyer, les autres adultes ne peuvent plus appuyer le travail des parents, et les lieux publics finissent très tôt par appartenir aux adolescents qui font désormais la loi.

C'est donc la conjugaison des facteurs pauvreté et conception de l'habitat qui engendre la criminalité. Ni la pauvreté, ni la densité de la population comme telles ne sont à mettre en cause comme l'illustrent plusieurs exemples convaincants. Tout d'abord, la criminalité a diminué plutôt qu'augmenté pendant la grande dépression des années 30 ; des cités comme Los Angeles qui ont vu leur densité diminuer avec leur expansion vers les banlieues ont également vu leur taux de criminalité augmenter ; Hong Kong et Tokyo, villes à population extrêmement dense, sont loin d'atteindre le taux de criminalité de New York ou même de l'ensemble du

territoire américain. Wedmore et Freeman (1980) croient que c'est en définitive le sentiment d'appartenance à un lieu rendu possible par un certain type d'architecture urbaine qui constitue la clé du succès contre le crime. Le mélange de populations hétérogènes ainsi que les immenses zones de terrains vagues empêchent la démarcation des espaces et font en sorte que les citoyens n'ont aucun désir d'en prendre possession afin de les protéger et de les améliorer. Tant que les gens penseront de leur ville natale ce que Gertrude Stein disait à propos d'Oakland d'où elle était originaire : « Go back there, there is no *there* there »¹⁴, aucun espoir ne lui-ra à l'horizon.

Parallèlement à ce bourgeolement de grands immeubles, on a vu apparaître ces banlieues de cités-jardins, pour la plupart relativement éloignées du centre-ville, et où règnent la verdure et l'espace alors que les services multiples sont offerts au centre des villes grâce à la densité de population. Le mouvement a pris un tel essor qu'il en a détruit le tissu urbain original en maints endroits en abandonnant des quartiers entiers aux nouveaux arrivants, migrants ou immigrants pauvres. Ces villes-champignons n'ont pas gagné la sympathie des intellectuels, et l'anathème des chercheurs en sciences sociales n'a pas manqué de les frapper : qu'on se rappelle la célèbre boutade de Lewis Mumford : « asile pour la préservation des illusions ». Quoi qu'en pense l'intelligentsia de tout acabit qui a préféré investir les anciens quartiers situés à l'ombre des théâtres et des cinémas de répertoire, les habitants des cottages périphériques, souvent légèrement favorisés économiquement, ne s'en portent pas plus mal du point de vue de la santé mentale. Si quelques essais sur les « veuves de la banlieue » ont pu susciter des émois et que quelques études sont parvenues à alimenter certaines craintes, les travaux de Hare (1966) ou les conclusions de Kasl et Rosenfield (1980) ne donnent aucunement matière à sonner l'alarme. Il existe dans tous les milieux, que ce soit dans les banlieues, dans le centre des villes ou ailleurs, des gens névrosés qui projettent leur inconfort existentiel sur leurs conditions de logement et il ne faudrait pas prendre l'effet pour la cause.

En conclusion, le bilan de la ville verticale est plutôt sombre en ce qui concerne les sociétés occidentales. Cette conception architecturale issue d'abstractions détruit le tissu social et culturel et réduit au minimum les

¹⁴ « Retourner là, mais il n'y a pas de là là-bas. »

rapports sociaux et la vie communautaire. Ceux dont le foyer d'activités est ailleurs s'en accommodent facilement, ce qui n'est pas le cas en particulier des jeunes familles qui y trouvent rarement leur salut. L'architecture de la vie urbaine est un aspect sur lequel l'action directe est le plus facile à planifier : les raisons des erreurs les plus flagrantes sont claires et connues de tous et il reste seulement à en appliquer les leçons à l'avenir.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre VIII.

La culture

[...] Il est un principe propre à toute science qui est que lorsqu'on essaie de construire une loi universelle, l'un des premiers pas les plus essentiels est d'examiner les exceptions apparentes.

H.B.M. Murphy, *in Comparative Psychiatry*, p. 20.

[Retour à la table des matières](#)

La diversité des cultures offre un laboratoire naturel unique à qui veut comprendre l'origine sociale des troubles psychiques. Les recherches dans ce domaine n'ont pas été aussi nombreuses qu'elles l'auraient dû à cause des efforts considérables qu'elles exigeaient de leurs auteurs et des écueils à éviter : difficulté de respecter les groupes étudiés, risque de se voir accuser de racisme ou de préjugés ethnocentriques, même dans des situations où toutes les précautions de base auraient été prises ; efforts supplémentaires pour comprendre le mode de vie ou le vocabulaire des personnes interrogées, voire le langage même des symptômes ; adaptation des instruments d'investigation et maintien d'une continuité avec les recherches menées sur d'autres groupes ; mise sur pied d'équipes internationales disposant de cadres théoriques, de perspectives épistémologiques et de modes d'approche de la recherche ; statistiques de santé non comparables entre différents pays. Cette véritable course à obstacles qu'est la

recherche transculturelle offre pourtant à terme des avantages impossibles à obtenir autrement. Tout d'abord, comme le souligne H.B.M. Murphy (1982) dans l'impressionnant héritage qu'il nous a légué, ce n'est que par la comparaison des troubles mentaux à travers les cultures que l'on réussira à comprendre la part de certains facteurs socio-culturels. Mais culture ici n'est pas toujours synonyme de nation, dont l'image d'un bloc monolithique n'est souvent qu'un mirage pour ceux qui la regardent à distance.

Qu'est-ce alors que la culture ? C'est un terme bien plus spécifique que celui d'ethnicité. Cette dernière expression a des contours beaucoup plus flous dans la langue anglaise puisqu'elle réfère à la fois au mode de vie et aux traits génétiques que peuvent partager certains groupes ; l'ethnicité réfère aussi occasionnellement à des sous-groupes culturels. Il est donc préférable d'utiliser le terme de culture à cause de sa plus grande spécificité ; le profit en est double puisque beaucoup de groupes répugnent à entendre référer à leur ethnicité, souvent caricaturalement réduite à un mets national alors que la culture évoque une civilisation et une histoire. On entend généralement par culture en psychiatrie comparative, et en cela l'influence de Kluckhohn et de l'anthropologie culturelle américaine a été déterminante, les valeurs et les idéaux qui sont reproduits dans le processus de socialisation des enfants. Cette conception particulière de la culture a exercé un attrait certain sur ceux qui ont voulu appliquer le schéma psychanalytique à ces recherches. Ce mode d'éducation des enfants a été assimilé par Kardiner aux processus primaires qui façonnent la personnalité de base, c'est-à-dire l'organisation dynamique des désirs et des conflits partagés par l'ensemble des membres d'une culture. Si cependant il réfère à l'idée que le fonctionnement intellectuel et affectif d'un individu est grandement affecté par son milieu, le terme de personnalité de base n'est pas le plus heureux puisque c'est moins la personnalité en tant que configuration de traits psychologiques (agressivité, timidité) ou même d'une structuration de l'inconscient, comme l'ont montré les échecs des tentatives de confirmation avec les tests projectifs, qu'une certaine vision et un certain mode de relation au monde dont il est question ici et qui se refléteront davantage dans les stratégies d'adaptation et la structuration de réponses affectives que dans les dispositions de la personnalité.

Pratiquement, on peut dire que des groupes appartiennent à une même culture si les variations entre leurs comportements et leurs modes de pen-

sée sont nettement moins prononcées que les similarités. C'est pourquoi Kardiner par exemple, dans la tradition des psychiatres de la fin du siècle dernier attentifs surtout à analyser le clivage entre les peuples occidentaux et les sociétés traditionnelles, considère que les peuples européens ne forment qu'une seule et même culture. La comparaison entre des sociétés européennes peut néanmoins conduire à conclure à des différences majeures entre des groupes apparentés comme c'est le cas à l'intérieur du monde scandinave ¹⁵.

Le concept de culture couvre une réalité complexe, dont il est difficile d'extraire la contribution dans l'explication des données d'une enquête. Par ailleurs, divers facteurs, comme les cycles économiques, le climat ou la présence de maladies endémiques, peuvent expliquer des variations associées à une culture sans y être pour autant identifiées. Le facteur génétique est difficile à éliminer tout à fait comme dans le cas des études sur l'alcoolisme dans lesquelles certains auteurs présument que les races asiatiques sont plus vulnérables à l'effet psychotrope de ces produits. Il est courant dans toute l'Amérique andine et au Mexique de différencier la psychologie des peuples de la montagne et celle des plaines côtières. Les groupes vivant à basse altitude sont généralement plus extravertis tandis que les peuples de la montagne sont plus introvertis et plus discrets. En haute altitude, le mauvais caractère peut devenir un trait assez généralisé comme chez les Aymaras du lac Titicaca. Dans ce dernier cas, la multiplication des cas d'hypoglycémie ainsi que les manifestations plus fréquentes d'irritabilité semblent attribuables aux effets de la raréfaction de l'oxygène en terrain élevé (Bolton, 1973). La culture andine met l'accent sur le thème de la tristesse dans son folklore et ses théories médicales (Tousignant et Maldonado, 1989), et il ne serait pas surprenant que la dépression y soit plus fréquente également à cause du facteur altitude.

La culture est inexorablement liée aux changements sociaux rapides. Les comparaisons historiques peuvent refléter des transformations fondamentales de la dynamique familiale qui se sont étendues sur une période aussi restreinte qu'une trentaine d'années. Ces transformations sociales rapides sont observées à des degrés divers chez presque tous les groupes culturels puisque rares sont les sociétés qui ont pu y échapper ; celles qui n'ont pas encore connu l'industrialisation peuvent avoir en

¹⁵ Voir les réflexions de Jilek-Aal (1988) ci-dessous.

contrepartie connu les guerres civiles ou les famines. La désagrégation de la culture fait suite aux migrations massives vers les villes. Ce dernier phénomène pose parfois le paradoxe d'une culture plus vivante et mieux conservée parmi ceux qui vont travailler dans les industries urbaines que chez ceux qui continuent à vivre traditionnellement de l'agriculture ¹⁶.

La culture et l'écologie du mode de vie sont aussi en étroite symbiose. Ce qui se passe à l'intérieur des familles et des relations parents-enfants ne relève pas de normes arbitraires. Le développement de ces normes et de ces interactions s'opère dans un milieu précis qui englobe l'économie, et les modes de production ou de survie (agriculture, cueillette, chasse) qui se traduiront par un degré variable de sédentarisme ou de nomadisme (LeVine, 1973). Ainsi, la division du patrimoine familial au Québec n'obéit pas aux mêmes règles que celles qui prévalent en France à cause de l'immensité du territoire à défricher, ce qui transforme le rapport au père et enlève à celui-là au Québec un peu de l'autorité et de l'ascendant dont il jouira jusque tard au XXe siècle en France (Bouchard et de Pourbaix, 1987). La démographie est une autre composante centrale de l'écologie. Chez certains peuples exposés aux effets de la densité de population comme en Hollande, les fils de travailleurs ont été à une époque très tôt exposés à l'éventualité de l'immigration et la préparation psychologique dont ils ont été l'objet leur a épargné les difficultés d'adaptation qui en sont souvent le corollaire chez d'autres groupes (Murphy, 1987).

Comme la culture est aussi à la fois un réseau de significations résumé dans une grille de lecture appliquée aux événements quotidiens et une idéologie qui préside à l'organisation des faits sociaux, on ne pourrait en faire une variable au même titre que tous les facteurs sociaux habituellement alignés dans les analyses multivariées. Elle n'est pas une variable facilement isolable puisqu'elle détermine les rapports entre les sexes, entre les générations et entre les classes sociales, et qu'elle ne peut se différencier totalement de ces autres variables. Pour employer un langage expérimental, on peut dire que la culture agit habituellement en interaction avec d'autres facteurs comme vont d'ailleurs l'illustrer les exemples suivants.

¹⁶ Voir Segalen (1987) pour quelques exemples dans la société française.

VARIATIONS INTERCULTURELLES

Considérations méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

Les comparaisons entre pays ou entre groupes culturels ne doivent pas mener trop rapidement à la conclusion qu'une nation ou une culture jouit d'une certaine supériorité ou d'un avantage précis parce que le taux de troubles mentaux y semble moins élevé. Pour arriver à une telle conclusion, il faudrait comparer simultanément les cultures à partir de nombreux indices sur la fréquence des psychoses, des troubles affectifs, des troubles psychosomatiques, des suicides et des tentatives de suicide ou de la consommation de drogues et d'alcool. Or il est rare de pouvoir obtenir des données valables sur tous ces indices pour comparer simultanément plusieurs cultures, bien que l'utilisation récente du Diagnostic Interview Schedule sur des grands nombres puisse éventuellement permettre une telle comparaison interrégionale. Par ailleurs, la mise en relief d'un certain type de problème psychologique ne suffit pas à ce que l'on mette en cause la culture dans son ensemble. Des accidents historiques associés à l'économie sont parfois à l'origine de la persistance d'un trouble mental dans une société donnée.

La comparaison de la fréquence des psychoses constitue un dossier particulièrement bien documenté. Certains auteurs sont rebutés d'emblée par l'analyse sociale de ce type de pathologie parce qu'ils croient que l'influence socioculturelle est négligeable. Des textes sérieux et influents vont jusqu'à prétendre qu'un taux universel de 1% des psychoses serait la preuve irrémédiable du poids génétique (Freedman et coll., 1972). Tout d'abord une telle position ne tient pas compte du fait que les taux sont variables à travers le monde ; il convient de rappeler que même les traits à forte héritabilité exigent la présence d'une écologie spécifique pour produire la manifestation du phénotype. Ce raisonnement s'applique à plus forte raison à certains troubles comme la schizophrénie ou les psychoses maniaco-dépressives qui se développent dans des contextes familiaux, sociaux et culturels qui favorisent leur éclosion.

Les troubles majeurs

La première démonstration de l'impact culturel concerne les taux particulièrement élevés de schizophrénie observés sur plusieurs décennies auprès de deux populations distantes et n'ayant pas de relations étroites entre elles. Ces deux cas ont été longuement discutés par H.B.M. Murphy (1982). Les archives des hôpitaux indiquent que les Irlandais ont un taux de schizophrénie double de celui de leurs voisins les Anglais, et cela depuis 1911. Cette différence remonte fort probablement à la fin du XIXe siècle malgré le fait que l'Angleterre soit toujours demeurée plus industrialisée. Cette observation surprend quelque peu puisque la vie urbaine devrait faire augmenter les taux à cause d'un plus grand nombre d'hôpitaux et de la plus grande difficulté d'aider un tel malade dans une ville. Ces taux élevés observés en Irlande ne dépendent pas par ailleurs du départ des éléments les moins vulnérables pour l'étranger puisque les Irlandais viennent souvent en tête des statistiques de schizophrénie dans les pays où ils émigrent. Ni nécessairement du fait qu'ils sont plus enclins à faire hospitaliser leurs malades mentaux puisqu'on compte des schizophrènes en grand nombre dans la communauté (Scheper-Hughes, 1978). Dans cette monographie anthropologique, on fait largement état de l'attitude ambivalente de la mère qui s'amuse de ses enfants moins doués socialement de même que de la dynamique des débits de boisson où les joutes verbales ne sont pas toujours tendres à l'égard de ceux qui ne savent se défendre sur le plan social et dont font partie les personnes enclines à la schizophrénie.

La stratégie à laquelle recourt Murphy (1982) pour comprendre ce phénomène est de rechercher une autre population particulièrement affectée par de forts taux de schizophrénie afin d'essayer de tirer le commun dénominateur des deux situations socio-culturelles. Des observations remontant au début du XXe siècle montrent que les Croates des côtes de l'Istrie et de la Dalmatie font hospitaliser beaucoup de schizophrènes, ce que confirmera ultérieurement une étude comparative avec des populations voisines. Pas plus les Irlandais que les Croates n'ont été affectés par de sérieux problèmes d'endogamie mais ils présentent au point de vue historique la particularité d'avoir contribué largement aux vagues d'immigrants, caractéristique partagée néanmoins par bien d'autres groupes à

plus faible morbidité. Là où ces deux premiers groupes se ressemblent en faisant exception par rapport aux autres nations, c'est en ce que les membres de la famille manifestent une certaine jalousie et une certaine ambivalence à l'égard de ceux qui sont partis outre-mer ou de ceux qui ont choisi de migrer vers les villes. Il demeure donc chez eux une hésitation très forte devant le choix à opérer, rester ou partir, demeurer loyal à la famille ou chercher un meilleur sort matériel ailleurs - même si on contribue par son départ à améliorer le sort de ceux qui ne s'exilent pas. La bonne décision est potentiellement toujours la plus mauvaise. Cette situation conflictuelle teinte la relation mère-enfant et celle qui se dessine entre les générations dès le jeune âge. Elle conduit inévitablement à une décision délicate et difficile à la période du début de la vie adulte, et beaucoup de travaux révèlent à cet égard que les schizophrènes sont particulièrement incompétents dans l'accomplissement de tâches de cette nature.

Par contraste, les taux les plus bas et les moins sujets à caution sont observés dans des communautés moins vastes et plus stables, soit chez les Huttérites habitant les grandes prairies centrales de l'Amérique du Nord, les Tonga du Pacifique Sud et les peuples aborigènes de l'île de Taiwan. Ces populations ont en commun plusieurs traits qui les opposent aux Irlandais et aux Croates. L'orientation hiérarchisée et fortement communautaire de ces groupes peu vulnérables les protège contre l'éventualité de choix individuels déchirants. Leur situation, en marge de la société technologique avancée, de même que l'absence de pénurie de terres à cultiver peuvent jusqu'à un certain point les isoler par rapport au monde environnant. Certes, une telle protection contre des situations psychologiquement explosives ne peut s'acquérir qu'au prix d'une mise à l'écart des grands courants modernes, et ces solutions ne sont guère transposables à la plupart des autres sociétés. S'il y avait problème de densité démographique, les mêmes phénomènes qui sont observés dans les contextes de colonisation rapide se produiraient chez ces groupes. Il ne faut pas non plus croire que l'absence de certains phénomènes psychotiques graves chez certaines populations implique l'absence de tout phénomène de troubles psychiques. Chez les Huttérites, par exemple, il existe une forme de dépression assez courante caractérisée par des hallucinations ou des délires de nature religieuse vécus sous la forme de tentations diaboliques (Eaton et Weil, 1955).

La plus vaste entreprise de comparaison dans le domaine des psychoses a été menée par l'Organisation mondiale de la Santé (WHO, 1973) ; elle couvre neuf sites de pays très diversifiés au point de vue du développement socio-économique. Le fait que les observations ne portent que sur des populations hospitalisées limite grandement l'analyse des résultats, d'autant plus que ces groupes ne sont pas comparables au départ des points de vue de la durée de l'hospitalisation et des situations qui y conduisent. L'indice de reproductibilité du diagnostic de schizophrénie est également faible (Westermeyer, 1989). Néanmoins, les résultats corroborent d'autres observations menées ailleurs dans le monde et laissent entendre que le niveau d'industrialisation est associé à une chronicisation plus avancée et à des rémissions moins fréquentes. Mais la conclusion est fragile compte tenu du fait que les patients ne partagent pas au point de départ des caractéristiques similaires, comme l'a montré Murphy (1982). D'autres enquêtes menées au Laos révèlent en effet que la morbidité sociale associée à la psychose chronique y est élevée, données allant à l'encontre des résultats de l'enquête de l'OMS. (Westermeyer, 1980). Sans que la collecte des données ait été systématique, il a également été possible d'observer au Rwanda, petit pays montagneux situé au cœur de l'Afrique, un nombre important de cas de psychoses chroniques et à pronostic péjoratif. L'hôpital de Kigali, la capitale, ainsi que l'infirmerie de Butaré, comptent de nombreux cas de patients qui y séjournent depuis de nombreuses années et qui laissent entrevoir peu d'espoir de guérison (Habimana, 1989).

Les troubles mineurs

Si nous nous sommes attardés à des exemples de troubles majeurs, c'est parce que les comparaisons transculturelles de ces problèmes sont plus valides que celles qui ont porté sur les troubles mineurs. Il existe bien une quantité assez impressionnante de données d'enquêtes de communauté en provenance de plusieurs contextes culturels, mais l'utilisation d'échelles est sujette à toutes sortes de biais dont il est difficile de faire la part dans les données différentielles. Ces instruments offrent des données utiles pour les comparaisons qui portent sur des sous-groupes d'une même culture ou pour des comparaisons entre diverses périodes portant sur un même groupe culturel. Bien que les Québécois déclarent par exemple un plus grand taux de symptômes dans la version Ilfeld du Hopkins que dans l'échantillon original de Chicago, il serait imprudent d'en

conclure que les premiers souffrent de plus de troubles psychiques. Une étude montre par exemple comment les Portoricains sont portés à répondre davantage par l'affirmative dans les enquêtes et sont portés à déclarer plus de symptômes (Dohrenwend et Dohrenwend, 1969).

L'un des problèmes inévitables créés par les comparaisons est que les cultures expriment leur détresse de façons fort variées. Les échelles occidentales de santé mentale ont été construites sur la base des manifestations verbalisées par les patients des thérapeutes ; on en a retenu les plus fréquentes et les plus universelles. Une telle méthode appliquée à un contexte culturel africain aboutit à des items tout à fait exotiques de notre point de vue comme l'illustre le travail d'Ebigbo (1982) au Nigeria. Certains de ses items font référence à des sensations étranges comme des animaux qui se promènent dans le corps. Cet instrument n'est ni plus ni moins valable que les échelles utilisées dans les pays industrialisés. Il est en tout cas mieux adapté au vocabulaire des plaintes rapportées aux guérisseurs dans cette région de l'Afrique. Cependant, ces solutions ne permettent pas de comparaisons entre pays, et la science ne pourrait progresser sans instruments à cet effet. Ces instruments paraissent valables même s'ils laissent de côté toute une gamme de phénomènes pathologiques spécifiques à un contexte. C'est ainsi que Beiser et Fleming (1986) ont construit un instrument multidimensionnel de santé mentale à partir d'éléments empruntés à une enquête internationale et à une autre faite au Sénégal. L'analyse factorielle menée à partir d'un échantillon de réfugiés vietnamiens et d'un autre formé par les résidants de la ville de Vancouver conduit aux mêmes facteurs chez les deux groupes, soit la panique, la dépression, la somatisation et le bien-être. Les deux échantillons obtiennent également une moyenne similaire. Cette tentative prouve la faisabilité d'une telle entreprise, et le recours aux symptômes qui forment les communs dénominateurs est actuellement le seul moyen reconnu de tenter des comparaisons ¹⁷.

¹⁷ Il faut bien s'assurer que les significations des termes sont les mêmes, condition qui n'est pas toujours remplie par l'emploi de la double traduction comme processus de validation. Ainsi, le terme *depressed* sera spontanément traduit par déprimé et vice-versa, alors que les deux termes ont des définitions distinctes chez les francophones et chez les anglophones de Montréal. Tandis que le terme réfère chez ces derniers à une certaine tristesse, il correspond davantage à un état de fatigue physique chez les premiers. Les connotations ont pu évoluer depuis l'étude à la suite de la vulgarisation du vocabulaire psychologique spécialisé.

La dépression a été passablement étudiée à travers le monde. Malgré cela, il demeure difficile d'établir sa distribution exacte. Selon les recherches anglo-saxonnes qui ont utilisé le SADS, de 9 à 20% de la population souffrirait de dépression à un moment donné (Boyd et Weissman, 1981). Cette proportion diminue autour de 3 ou 4% avec les nouvelles entrevues de diagnostic (Kleinman, 1986). Assez curieusement, c'est en Afrique, plus particulièrement en Ouganda, que sont actuellement observés les taux les plus élevés (Orley et Wing, 1979) alors que cette maladie était considérée comme absente de ce continent il n'y pas tellement longtemps (Corin et Murphy, 1979).

L'une des rares comparaisons de deux groupes culturels à partir d'une entrevue diagnostique, en l'occurrence le Dis, a été établie à Los Angeles (Karno et coll., 1987) entre les Hispaniques et les Blancs non hispaniques. Cette étude révèle que les Hispaniques, en majorité de souche mexicaine, ne paraissent pas manifester de tendances à la dépression aussi importantes que celles qui ont été observées au cours d'autres études rapportées par Murphy (1982). La prévalence des diagnostics de dépression majeure est en effet de 10,0% chez les Blancs non hispaniques alors qu'elle n'est que de 6,3% chez les Hispaniques. Cette différence peut être attribuée au grand nombre de toxicomanes dans la sous-population blanche de Los Angeles.

Selon Good et Kleinman (1983), il serait toutefois dangereux de ne s'en tenir qu'à des instruments qui se fondent sur les comportements universels et qui risquent à toutes fins utiles de surreprésenter les types de symptômes observés en contexte occidental. Pour chaque contexte culturel spécifique, il y aurait lieu d'adapter des instruments standardisés de sorte à y inclure les comportements plus typiques d'un milieu. La présence de la pathologie serait induite à partir des handicaps de telle sorte qu'on éviterait d'utiliser les symptômes comme points de repère obligés.

Il existe en effet des configurations de symptômes propres à certaines cultures. Leur description est très précise et obéit aux critères occidentaux. Deux formes de neurasthénie sont rapportées au Japon et en Chine avec des particularités propres (Good et Kleinman, 1983). La première forme est le *shinkeishitsu* analysé au Japon par le thérapeute Morita (Reynolds, 1976). Les personnes affectées par cette névrose sont habituelle-

ment atteintes par une préoccupation de nature somatique comme la phobie de rougir en public, la présence d'un mal de tête ou d'une constipation qui en vient tellement à occuper l'attention et à empoisonner la vie sociale que la victime se retire de la vie publique. Ce n'est pas de l'agoraphobie au sens strict puisque cette phobie ne se développe pas sur les places publiques, mais une forme d'anthropophobie. Dans sa forme neurasthénique, les principales manifestations sont des plaintes de nature hypochondriaque, une difficulté à se concentrer, de même que de la timidité et un sentiment d'infériorité. Ces données proviennent en grande partie de clients de cliniques privées qui sont habituellement ambitieux et perfectionnistes ; on ignore donc comment le phénomène est réparti dans le reste de la société nipponne. Une variante d'une autre forme de neurasthénie a été observée à Taiwan et en Chine continentale ; elle est appelée là-bas *shenjing shuairuo* ou faiblesse neurologique (Kleinman, 1982). Cet état est associé à des maux somatiques polymorphes comme les maux de tête, l'insomnie, la perte d'énergie, une sensation de gonflement dans la tête ou le cou et quelques marques d'anxiété somatoforme. La grande majorité de ces patients vivent un stress professionnel important, et plus de la moitié (57%) résident à un très grande distance du foyer avec peu de possibilités de visites. On voit dans ces deux situations un tableau clinique d'anxiété qui voisine très souvent avec des traits d'anxiété-phobie prononcés. Dans ce dernier cas, on possède également des indices d'étiologie sociale. Il est certain qu'une étude comparative entre un pays d'Occident et l'un de ces deux pays nécessiterait que l'on tienne compte de ces phénomènes de neurasthénie.

L'APPROCHE INTRACULTURELLE

[Retour à la table des matières](#)

La culture joue un rôle central dans le rapport avec la maladie et avec les significations qui y sont attribuées comme cela a été abondamment illustré dans le cas de la dépression. Les contributions de la collection *Culture and Depression* (Kleinman et Good, 1985), particulièrement celles de Good et coll. et de Obeyesekere, montrent assez bien comment les Iraniens et les Sri Lankais peuvent vivre une dépression en l'investissant d'un sens religieux qui peut faire paraître comme secondaire le côté psy-

chopathologique ou dysfonctionnel de certains symptômes. Ainsi, les Iraniens rencontrés par Good en milieu clinique reconnaissent que les souffrances de la dépression méritent une attention thérapeutique, mais ils les vivent en s'identifiant aux martyrs de la foi chiite. Si la dépression se présente toutefois dans ce groupe comme en rupture avec l'expérience quotidienne, il n'en va pas ainsi au Sri Lanka où la religion bouddhiste enseigne que le corps doit redevenir nourriture. Les sentiments dépressifs y sont alors davantage perçus comme faisant partie du lot de la nature humaine. Une attitude similaire, mais dans un contexte culturel bien différent, est observée en Équateur (Tousignant, 1989). La tristesse représente en effet un thème fréquent dans le discours des Amérindiens des Andes. Toute une idéologie tend à faire accepter comme naturel le fait d'être déprimé puisque la vie est considérée comme une série de calamités à affronter.

Une seconde perspective intraculturelle consiste à analyser les facteurs qui président à la distribution différentielle des symptômes à l'intérieur d'une culture pour en saisir les points de tension. Une étude menée dans le centre du Mexique révèle que la position sociale des jeunes femmes mariées est porteuse de stress comme dans bien d'autres sociétés traditionnelles à mariage patrilocal (Dressler et coll., 1986). On mesure le stress ici à la tension artérielle. Pour les hommes, le soutien perçu provenant de quatre sources différentes est relié à une basse tension artérielle. Pour les jeunes femmes cependant, le soutien obtenu de leurs parents et amis est relié à une tension élevée alors que les femmes plus âgées se conforment au profil des hommes. Ces résultats confirment une impression familière à ceux qui ont travaillé dans ces milieux : les jeunes femmes qui vont vivre dans une famille étrangère doivent lui prouver leur allégeance. Dans ce cadre, rechercher de l'aide à l'extérieur de ce cercle risque de mettre mal à l'aise la belle-famille et d'augmenter un stress qui se traduit par une tension plus élevée.

CHANGEMENTS HISTORIQUES ET CULTURELS

[Retour à la table des matières](#)

La nosologie psychiatrique occidentale laisse entendre implicitement que les catégories diagnostiques sont universelles. Cet énoncé n'est que très partiellement avéré car on sait que les troubles psychiques ne se présentent pas sous les mêmes formes à toutes les latitudes. On doit reconnaître que les conditions sociales qui varient historiquement contribuent largement à modifier la présentation de symptômes. De plus, le discours social ou médical, quand ces deux formes de discours n'en font souvent qu'une, privilégient certains phénomènes pathologiques aux dépens de certains autres.

Du point de vue historique, les observations cliniques faites durant les guerres constituent l'une des meilleures sources permettant d'évaluer l'évolution de certains phénomènes psychopathologiques (Murphy, 1982). La guerre civile américaine (1861-1865) a laissé un certain nombre de rapports d'un tableau de nostalgie affectant principalement les jeunes recrues, tableau caractérisé entre autres par un moral très bas, des pleurs hystériques et une perte prononcée de la vitalité. On ne peut déterminer évidemment si ces états ressemblant au mal du pays déjà noté autrefois chez les soldats suisses à l'étranger sont des produits de la guerre ou de l'éloignement. La Première Guerre mondiale a donné lieu pour sa part à d'abondantes descriptions du « trauma de l'obus » aussi bien chez les Allemands que chez les Anglais et les Français, sans que les systèmes psychiatriques parfois fort différents aient été disposés a priori à utiliser ce type de diagnostic. Le principal élément de déclenchement est le fait d'être projeté ou à demi enterré par la déflagration d'un obus. Les traits cliniques s'apparentent à un trauma confusionnel où le manque de concentration et les cauchemars récurrents sont mis en évidence. Un certain nombre de réactions somatiques sont également notées, comme la surdité ou le mutisme sans cause organique ; ce phénomène est davantage le lot des forces tchèques du côté allemand. La Seconde Guerre mondiale a certes continué à fournir son contingent de réactions post-traumatiques avec toutefois la quasi-disparition des réactions dissociatives hystériques.

Mais durant les dernières années de cette longue guerre, on voit apparaître à tous les niveaux de la hiérarchie militaire un syndrome de réaction mixte d'anxiété-dépression chez des gens apparemment peu prédisposés à ce genre d'affection. Les signes prodromaux sont la crainte, la perte de confiance et d'efficacité et un sentiment de culpabilité subséquent qui oblige ces gens à vouloir demeurer au front malgré leur état mental. Si l'épuisement peut être une cause vraisemblable, il est à remarquer que ces soldats appartiennent souvent à des unités qui ont été largement décimées au fil du conflit. Ce tableau clinique peut refléter selon Murphy l'introduction d'une nouvelle valeur durant cette guerre, soit l'attachement et la confiance envers les compagnons, alors que les générations de soldats précédentes avaient été conditionnées à être indépendantes vis-à-vis des compagnons et à obéir à l'autorité. Ayant été lui-même médecin au front, il remarque que la nouvelle stratégie militaire, délaissant les attaques massives, favorise l'interprétation et l'application de consignes générales par de petites unités appelées à s'organiser elles-mêmes sur une longue période sans contact avec le centre de commandement, d'où l'interdépendance accrue entre les membres de ces unités. Murphy fait également observer, à partir d'archives diverses, que la morbidité psychiatrique est beaucoup plus élevée dans les périodes de combats intenses, et cela dans la plupart des groupes ethniques qui ont participé aux opérations.

L'hystérie est un autre phénomène qui a grandement évolué au cours de ce siècle. Les réactions hystériques classiques observées chez les patientes en psychanalyse ont presque disparu des bureaux de consultation comme en témoigne une enquête faite auprès de thérapeutes montréalais (Dumas, 1978). Pourtant, certaines formes d'hystérie de conversion et de dissociation ont été observées jusqu'à tout récemment dans les sociétés occidentales, et en plus grand nombre dans les pays du tiers monde, généralement chez les femmes et dans les couches les moins éduquées de la population. À ce sujet, Murphy (1982) a élaboré une hypothèse explicative du phénomène à partir de l'observation du *latah* en Malaisie et il l'a appliquée à d'autres phénomènes hystériques à travers le monde. Le *latah* est une attaque d'écholalie et d'échopraxie accompagnée à l'occasion de tonalités agressives. Ce phénomène, bien que rapporté pour d'autres aires géographiques, s'est culturellement structuré en Malaisie et à Java. Il se retrouve surtout chez des employées domestiques soumises au stress et travaillant dans un milieu de classe différente dont elles ne comprennent pas bien les mœurs et les modes de communication. Ces femmes, une

fois atteintes par le mal, se mettent à reproduire compulsivement les moindres détails des comportements de leurs maîtres. Murphy émet l'hypothèse que ce phénomène est le propre d'un milieu où l'éducation est rigide et fondée sur l'apprentissage par imitation de règles complexes plutôt que sur la compréhension. L'employée domestique, déracinée de son milieu et parachutée dans des cercles dont elle ne connaît pas et ne saisit pas bien les manières, connaît un état de tension, et c'est en imitant plus ou moins gauchement et involontairement dans un moment de crise les manières de la nouvelle société dans laquelle elle est transplantée qu'elle échappe au besoin d'obtempérer aux autres règles de conduite apprises au cours de l'enfance. Murphy rappelle à cet effet que les phénomènes dissociatifs sont davantage rencontrés en Inde, où la femme doit apprendre toute une série de préceptes religieux dont elle ne connaît pas les raisons, que chez les populations amérindiennes du Mexique ou de l'Amérique centrale, région où les femmes, bien que participant d'une culture dont l'éthique consacre la supériorité de l'homme, ne sont pas soumises à une socialisation très rigide du point de vue religieux ou social. Par ailleurs, les phénomènes de conversion, très répandus dans la plupart des armées au cours de la Première Guerre mondiale, ne sont plus observés désormais que dans l'armée française au cours de la Seconde Guerre mondiale sans que la différence en soit imputable aux pratiques diagnostiques des psychiatres de cette nation. Or, l'armée française était probablement la moins bien préparée à ce nouveau style de guerre décrit plus haut où le rapport avec le commandement prenait un sens nouveau.

Si l'on se borne au cas de l'Occident, il y a eu de nombreuses transformations dans les types de cas traités en clinique au cours des trente dernières années. La dépression a pris pour ainsi dire le relais de l'hystérie dans la nosologie contemporaine, et ses formes les plus bénignes occupent maintenant de larges créneaux dans la classification officielle. Qui plus est, elle devient un problème majeur chez certaines populations comme celle des adolescents alors qu'on les croyait prémunis contre elle il n'y a pas plus d'un quart de siècle (Angold, 1989). Il y a de même une remontée fulgurante des cas d'anorexie mentale dont peu étaient diagnostiqués il n'y a pas encore si longtemps. Que dire également du développement de la théorie et des observations empiriques sur les problèmes de personnalité souvent accompagnés de narcissisme, et de l'utilisation beaucoup plus courante, autant en Europe qu'aux Etats-Unis, du diagnostic d'état-limite. Toute une série de phénomènes de violence domestique

ou de crimes apparemment gratuits entrent aussi maintenant dans le domaine clinique.

Dans le monde du travail, particulièrement chez les professionnels et les semi-professionnels plus attentifs aux risques psychologiques de leur vocation, le discours des médias de même que les réflexions des médecins privilégient des syndromes différents avec les années. Alors que, dans les années soixante, l'attention était dirigée sur les ulcères et les syndromes des administrateurs, le regard se porte plus récemment sur le phénomène de l'épuisement professionnel. Cette structuration culturelle des phénomènes psychologiques est au coeur même du projet moderne de la médecine et des sciences sociales.

SOMATISATION

[Retour à la table des matières](#)

Nous avons déjà fait allusion dans le premier chapitre à la difficulté d'établir une différence stricte entre les troubles de santé mentale et le domaine de la somatisation, c'est-à-dire de ces maladies que sont les maux de tête, les maux de dos ou la fatigue chronique, dont la pathologie organique ne peut être certifiée ou qui constituent l'exagération d'une pathologie organique identifiée (Katon et coll., 1982). A ces troubles est consacrée aussi une partie importante du temps de consultation en médecine générale, et ils accaparent une part impressionnante du budget de la santé. Une proportion considérable de ces malaises proviennent de sources diverses comme les mauvaises postures au travail, un régime mal équilibré, un rythme circadien constamment interrompu, la pollution de l'air à l'intérieur des aires de travail à système de ventilation clos ou simplement la surcharge de travail. Très souvent cependant, ces malaises sont accompagnés de manifestations qui ressemblent passablement aux problèmes dépressifs. Ils en partagent souvent l'étiologie et sont atténués par les médicaments antidépresseurs. Les traits de dysphorie et les symptômes typiques de la dépression majeure sont parfois observés.

Si ces troubles somatiques sont fréquents dans les sociétés industrialisées, principalement parmi les classes plus défavorisées qui fréquentent

moins les psychothérapeutes ou les cliniques externes de psychiatrie pour des troubles mineurs, ils constituent certainement dans les pays du tiers monde ou chez les groupes culturels récemment immigrés dans les pays industrialisés l'une des principales manifestations de problèmes psychiques. Les maux de tête sont par exemple l'une des principales manifestations de la dépression en Équateur (Tousignant, 1985) ou en Chine (Kleinman, 1986). La somatisation est également fréquente en milieu occidental. Les troubles abdominaux sont un effet courant des troubles interactionnels comme l'a montré une équipe médico-anthropologique d'Anvers d'après un échantillon flamand (Devisch et Gailly, 1985). Corin, dans cette même collection de textes sur l'espace-temps corporel, fait remarquer que les personnes âgées au Québec préfèrent attirer l'attention sur les manifestations somatiques de leur détresse que sur les signes psychologiques de peur qu'on évoque la dégénérescence de leurs facultés intellectuelles. Beaucoup d'autres cultures reconnaissent aussi que les signes de dysfonction corporelle sont un véritable miroir de la psyché. Que ce soit chez les Quichuas (Tousignant et Maldonado, 1989), les Mayas du Mexique (Tousignant, 1979) ou chez les femmes qui habitent la région montagnaise située à l'est de Naples (Pandolfi, 1987), la perception de l'état du sang est le signe par excellence de l'état de l'âme dans ces cultures.

Une longue tradition cartésienne nous a conditionnés depuis longtemps à faire une dichotomie nette et tranchée entre le domaine du corps et celui de l'esprit. Ce clivage entre psyché et soma remonte probablement au Moyen Âge où l'idéologie religieuse fondée sur un ordre trifonctionnel, soit le clergé, la noblesse et la paysannerie, assignait au dernier groupe, perçu comme inférieur, les tâches manuelles du travail et la vocation de la reproduction de la race (Duby, 1978). Le clergé, étant plus près des anges, devait pratiquer la continence sexuelle de même que ceux qui voulaient se rapprocher de Dieu. Le code de l'amour courtois de la chevalerie avait pour but de sublimer les basses passions sexuelles trop apparentées au vilain corps.

Plusieurs raisons peuvent expliquer cette difficulté à manifester à un niveau psychologique les problèmes de santé mentale chez plusieurs groupes culturels ou à l'intérieur de certains sous-groupes comme les personnes défavorisées ou âgées. Tout d'abord l'absence d'une idéologie où le corps est refusé ou à peine toléré ferait mieux accepter le soma. Une

deuxième raison proviendrait d'une indifférenciation du vocabulaire psychique dans un grand nombre de langues des pays du tiers monde. Selon Leff (1981), l'absence d'un vocabulaire permettant de distinguer par exemple la dépression de l'anxiété dans beaucoup de cultures priverait ces personnes des outils symboliques nécessaires pour identifier les maux et pour les verbaliser en termes psychologiques. Ces arguments sont d'une portée douteuse même s'il est vrai que le vocabulaire psychologique est plus restreint chez certains peuples que chez d'autres. Il peut être extrêmement élaboré comme chez les Angbandi du Zaïre (Bibeau, 1983) ou les Ifaluk des atolls du Pacifique (Lutz, 1982). Par ailleurs les riches métaphores parfois très poétiques qui désignent des sensations corporelles arrivent à faire communiquer chez d'autres peuples des états d'âme très différenciés. Enfin, l'expression d'émotions négatives ne peut souvent être l'apanage que des gens qui se sentent dans une relative position de pouvoir, particulièrement dans des sociétés où les forces centripètes de la famille ou de la nation sont très fortes et où une manifestation de détresse psychologique pourrait être vue comme une preuve soit d'égo-centrisme et de narcissisme, soit d'aliénation sociale intolérable, soit de maladie mentale stigmatisée.

Ce rapport avec le corps chez ceux qui souffrent d'une détresse psychosociale a fait l'objet d'une étude comparative de Kleinman (1986). Son intention était de voir en quoi la dépression aux États-Unis se compare au phénomène de la neurasthénie en Chine. Le grand mérite de l'auteur est d'être à la fois psychiatre et anthropologue et d'avoir amassé une grande partie des données en langue chinoise avec l'aide de collègues de ce pays. La principale étude, menée en 1980 dans la clinique de psychiatrie externe du collège médical de Hunan, a consisté à interviewer une série de 100 patients adultes de 16 à 60 ans ayant reçu un diagnostic de neurasthénie à l'hôpital où ils étaient traités. On leur a administré le SADS (Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) et on a fouillé leur histoire personnelle afin d'identifier les conditions de vie et les événements accompagnant ces états. Enfin, on a fait porter une recherche de type ethnographique sur la perception de l'état de santé pour en dégager les composantes sociales et culturelles.

Le diagnostic de neurasthénie utilisé abondamment en Chine est certainement familier à ceux qui ont parcouru les manuels de psychiatrie et de psychanalyse d'après-guerre. Il gagna la faveur populaire grâce aux

écrits du neurologue new-yorkais George M. Beard qui, en 1880, ramasse sous ce vocable un éventail de problèmes associés à l'épuisement nerveux. Il croit que cet état physique peut être la conséquence d'expériences-chocs comme des problèmes domestiques ou financiers bien qu'il ne le classe pas parmi les troubles mentaux. Les signes sont multifformes et couvrent une panoplie de symptômes physiques et comportementaux liés à la fatigue. Ils sont à coloration à la fois dépressive et anxieuse puisqu'on y retrouve le manque de concentration, l'irritabilité, les peurs morbides, les maux d'estomac et jusqu'à l'impuissance sexuelle. Plus tard, en 1908, le psychiatre français Ballet insistera sur la propension des patients neurasthéniques à occulter leurs préoccupations mentales au profit des symptômes somatiques. Le modèle sous-jacent à ces théorisations est celui du système nerveux représenté comme une machine dont on a exigé plus qu'elle ne pouvait fournir. La neurasthénie est aussi un mal dont on ne doit pas avoir honte à une époque victorienne gagnée à l'éthique du travail et où l'épuisement signifie être tombé au champ d'honneur. Le diagnostic de neurasthénie fait ensuite graduellement place en Occident à celui de l'hystérie, mais on le conserve jusqu'en 1968 dans la version du *DSM-II* pour en faire une entité distincte parce que ses symptômes sont plus encombrants pour la victime et parce qu'ils sont aussi généralement plus chroniques que dans le cas de la dépression. Malgré la défaveur graduelle de la neurasthénie au profit des notions de dépression et de somatisation dans la psychiatrie occidentale, le terme continue d'être couramment employé en Chine à la fois par les médecins et par la population. Il fait d'ailleurs bon ménage avec les conceptions de la médecine traditionnelle chinoise puisqu'il est conçu principalement comme une évacuation de l'énergie vitale (*qi*) qui produit des altérations dans les cinq systèmes d'organes internes. Beaucoup d'écrits ont porté sur la neurasthénie jusqu'à tout récemment en Chine et ils accordent une importance variable à l'étiologie sociale. La prépondérance du diagnostic atteint une telle dimension dans les deux premières décennies du régime communiste qu'on accorde à la neurasthénie le statut de mal de la société afin de le soumettre à une campagne nationale d'éradication. La position récente représentée par Xu, médecin chinois influent, fait de la neurasthénie l'état d'une personne enterrée sous ses responsabilités et qui n'arrive plus à se décontracter. Cet auteur souligne les préoccupations à propos des conditions de vie qui donnent lieu à un ressentiment chez la victime et dont elle a de la difficulté à se défaire. La neurasthénie devient donc un point d'observation privilégié pour examiner les contradictions de la vie sociale.

Les données de l'enquête de Kleinman révèlent que le diagnostic de neurasthénie recoupe amplement certaines catégories apparentées au *DSM-III*. Plus de 87 des 100 cas étudiés répondent aux critères de dépression majeure, et par une bonne marge puisque la grande majorité (9 cas sur 10) rapportent six symptômes alors qu'il n'en faut que quatre pour répondre aux critères d'un diagnostic. Dans une étude ultérieure ne portant que sur les neurasthéniques identifiés en consultation générale, le taux de dépression majeure diminue cependant pour atteindre 54%. Le tableau de dysphorie est toutefois présent chez presque tous les sujets (97%). Les troubles d'angoisse sont également présents chez les deux tiers de l'échantillon dont la moitié présente la forme panique. Un quart des sujets manifeste de plus des symptômes de conversion propres à l'hystérie (cécité, aphonie, paralysie). Le syndrome de douleur chronique (douleur à un ou plusieurs endroits qui s'étend sur plus de deux ans avec handicap social dans le domaine de la famille ou du travail) affecte 44% de l'échantillon. Parmi les malaises généraux déclarés, les maux de tête sont plus fréquents qu'aux Etats-Unis et les maux de dos moins fréquents. D'autres phobies de type somatique sont observées chez quelques sujets et sont plus particulièrement propres à la culture chinoise, comme celle de perdre trop de liquide séminal à la suite de rapports sexuels ou de la masturbation, ou simplement par évacuation urinaire ; la phobie du froid apparaît à l'occasion et elle est reliée au symbolisme de l'équilibre entre le froid et le chaud.

Le fait le plus remarquable est que, si nous considérons que nous sommes dans une clinique de psychiatrie clairement identifiée, un tiers des patients rapportent spontanément presque uniquement des malaises somatiques tandis que les deux autres tiers, bien qu'ils décrivent une détresse psychologique, donnent priorité aux symptômes somatiques au cours de leur anamnèse. Rien d'étonnant donc à ce que la dépression ne soit pas aisément diagnostiquée quand les composantes émotives sont si fortement déniées. Lorsqu'on demande aux patients la source probable de leurs troubles, il n'y en a que 22% qui admettent une dimension au moins partiellement psychologique. Ce n'est pas qu'ils nient l'apport du social dans leurs malaises physiques, mais ils en ignorent à peu près totalement la dimension affective dans leur conception de l'étiologie. Voyant leur mal comme de nature essentiellement somatique, ces patients font donc une forte consommation de visites médicales (deux par mois en

moyenne) avec de fréquents changements de médecin et de régime médical ; de plus, ils avouent avoir été malades 75% du temps en moyenne au cours de la dernière année.

La neurasthénie dans cet échantillon affecte la plupart des facettes de la vie quotidienne : famille, travail, études. C'est cependant dans ces domaines que les succès thérapeutiques sont les plus difficiles à obtenir. Les patients répondent assez bien aux antidépresseurs par une diminution de symptômes, mais sans amélioration concomitante dans l'accomplissement de leurs rôles. Les taux de rémission sur trois ans (1980-1983) ne dépassent pas 20%. Il faut considérer dans ce tableau les avantages que l'on peut tirer de la maladie comme le fait de se soustraire à un emploi difficile ou celui d'atténuer la hargne d'une belle-mère dans certaines situations où, bien souvent, toute autre stratégie se révèle d'un résultat douteux ou fait face à des échecs répétés. La biographie des cas témoigne d'ailleurs des situations inconfortables ou des stress à long terme vécus par les sujets. Plusieurs possèdent des emplois peu satisfaisants auxquels ils devront restés attachés jusqu'à la fin de leurs jours, comme ce gardien de voie ferrée qui doit demeurer toutes les nuits seul dans une cabane froide et non éclairée. Ces patients sont souvent éloignés de leur famille qu'ils ne voient qu'occasionnellement sur une période de plusieurs années. Ou alors les contradictions de l'histoire politique chinoise les placent dans des situations où leurs désirs légitimes sont frustrés de façon répétitive : telle cette principale d'école dont toutes les tentatives de réforme sont systématiquement bloquées par un secrétaire régional de parti philistin ; ou ces étudiants pleins de promesses qui furent envoyés au travail agricole dans les campagnes éloignées où non seulement ils reçurent un accueil très froid, mais durent vivre leurs années les plus productives avant d'avoir la permission de venir faire l'expérience du chômage ou du sous-emploi dans les grandes villes où toute possibilité de rentrer dans la voie extrêmement étroite des études avancées se trouvait désormais fermée.

Bien que les observations récentes montrent que les manifestations plus psychologiques de la détresse personnelle sont plus visibles en Chine, il n'en demeure pas moins que la façon d'y exprimer une forme de dépression varie considérablement par rapport à nos sociétés occidentales. La dysphorie est plus secondaire de même que le sentiment de culpabilité ou les idéations suicidaires. Faire voir trop de tristesse ou de non-

sociabilité pourrait être politiquement dangereux en mettant en question l'état d'harmonie sociale prôné par l'idéologie.

Nous terminerons ce résumé par quelques réflexions méthodologiques. Étudier les symptômes tels qu'ils sont rapportés spontanément dans une entrevue semi-standardisée offre un grand intérêt, mais cela peut faire oublier des dimensions réelles mais non verbalisées dans l'entrevue. Les patients de Kleinman sont interviewés en milieu médical et ils ne rapportent probablement pas le vécu de leurs émotions partiellement à cause du contexte où l'entretien se déroule. Si l'on essaie de les évoquer à partir d'un questionnaire standardisé comme celui de Beiser et Fleming (1986), ces dimensions risquent d'apparaître comme c'est le cas avec leur échantillon asiatique à Vancouver dont une partie était sino-vietnamienne. Il est dangereux de conclure trop hâtivement que certaines cultures somatisent davantage. L'état actuel de la question indique que les grands syndromes psychiatriques comme la dépression ou les états de panique sont repérables à certains signes similaires dans presque toutes les cultures, mais que les modes d'expression de la détresse quotidienne sont largement soumis aux conditionnements culturels.

LE SYNDROME CULTUREL

[Retour à la table des matières](#)

Cette comparaison entre la Chine et les Etats-Unis nous sensibilise à la fois aux similarités transculturelles et aux différences majeures qui peuvent exister, montrant ainsi les écueils qui guettent les tentatives de comparaison trop simplistes. Sous la surface des symptômes se jouent des drames et des tragédies qui, pour être intimement reliés à l'histoire socio-politique d'un pays, pourraient être replacés dans bien d'autres contextes nationaux où de semblables situations prévalent. Les désarticulations sociales qui mènent à la détresse de l'individu sont partout des situations qui l'empêchent de se réaliser, non pas d'une façon narcissique, mais en se donnant le sentiment qu'il joue un rôle significatif à la mesure de ses talents dans la société au bien de laquelle il veut participer. Que ce soit en Chine ou ailleurs, l'absence de solution entrevue à long terme des problèmes personnels entraîne une érosion de la confiance en soi et de la

force de lutte, terrain tout à fait approprié au développement de douleurs chroniques, seul moyen parfois pour attirer l'attention sur son sort. Ces manifestations comptent parmi celles avec lesquelles le lecteur occidental pourra facilement sympathiser. Il n'en est pas toujours de même pour d'autres conduites un peu plus aberrantes parce qu'elles émanent de sociétés beaucoup plus traditionnelles. Le cas du *latah* en était un exemple parmi de nombreux autres dont nous ne citerons que quelques illustrations supplémentaires.

L'un des syndromes « exotiques » amplement documentés est la crise homicido-suicidaire d'amok. Elle a été observée en particulier en Malaisie et au Laos. La personne ainsi possédée -il s'agit exclusivement d'hommes en l'occurrence - devient soudainement agressive et tente d'attaquer, voire de tuer tout ce qui bouge autour d'elle (Murphy, 1982). L'attaque prend l'entourage par surprise. La victime est alors la proie d'un état de dissociation de conscience qui se résorbe aussitôt la crise finie. Barton-Bradley (1977, cité dans Murphy, 1982) croit que les victimes qu'il a interviewées en Nouvelle-Guinée souffrent d'une profonde blessure à leur dignité personnelle qui donne à la crise une coloration narcissique et, dans le contexte qu'il a étudié, la crise ne s'apaise qu'avec la mort d'autrui. Un peu sceptique face à l'explication de Barton-Bradley, Murphy (1973) entreprend donc de faire l'histoire du syndrome et de faire observer qu'il avait à une certaine époque une fonction sociale appréciée avant d'être honni par les efforts coloniaux de pacification. Les récits de voyage du XVIII^e siècle rapportent en effet que la crise d'amok était une façon honorable d'essuyer une insulte ou, dans une moindre mesure, de terminer par un acte d'éclat une vie déjà condamnée par une maladie incurable. Ce ne sont pas les individus qui se retrouvent fortuitement dans l'entourage de cette personne qui constituent alors sa cible privilégiée, mais plutôt les ennemis séculaires ou les petits propriétaires coupables d'exploitation. Cette dynamique culturelle n'est pas sans évoquer le comportement alcoolique chez les jeunes adultes des îles Truk dans le Pacifique (Mac-Marshall, 1979). La venue de la *pax americana* dans cette société après la guerre avec le Japon a mis fin abruptement aux raids réguliers visant les peuplades environnantes. Parallèlement, il s'est développé chez la jeunesse une sorte d'agressivité rituelle au cours des séances de consommation abusive d'alcool, un peu comme si ces pratiques contribuaient plus ou moins bien à conserver le respect dû autrefois aux jeunes guerriers. Quand les jeunes approchent de la trentaine, période où les guerriers d'an-

tan prenaient leur retraite, le besoin d'exprimer une telle agressivité diminue et la consommation d'alcool également.

Nous dirons quelques mots sur le *susto* ou frayeur magique qu'il nous a été donné d'étudier dans l'État des Chiapas au Mexique. Ce mal est associé à la perte de l'âme et donne parfois lieu à des manifestations dépressives comme l'absence d'appétit ou de goût de vivre. Il est probable lorsqu'il y a présence de tremblements dans le corps, produits par des secousses qui peuvent traduire aussi bien des états d'angoisse que des fortes fièvres causées par des maladies parasitaires. Le soigneur - le plus souvent une femme (Tousignant, 1978) - pose le diagnostic final en prenant le pouls et en sentant « la veine sauter ». Même si les symptômes de santé mentale ne sont pas plus présents chez les victimes que chez les non-victimes, il n'en reste pas moins que le *susto* peut être une occasion d'exiger plus ou moins consciemment un moratorium social et représenter pour un bon nombre de cas un état de somatisation un peu à la manière des patients neurasthéniques.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Cette trop brève incursion dans la riche littérature transculturelle nous amène à constater à la fois les atouts et les aléas de ce type de recherche. La première question qui se pose est de savoir s'il faut utiliser des méthodes dites « émiques » ou « étiques ». En d'autres mots, doit-on tenter de maintenir dans leur intégrité les phénomènes culturels étudiés, quitte à freiner les efforts de généralisation, ou davantage favoriser l'établissement de lois applicables à l'ensemble du comportement humain ? Il va sans dire que l'utilisation de critères universels comme l'emploi d'un thermomètre en degrés centigrades serait souhaitable, surtout lorsqu'il s'agit d'établir des comparaisons entre divers contextes culturels. Or, on a tôt fait de constater que les contraintes de la réalité des cas ne répondent pas à un tel désir. Les tentatives pour introduire des manifestations observées dans ces régions dans le cadre nosologique occidental non seulement sont prématurées, mais risquent de déformer passablement la complexité des données. Pour investiguer une culture, une connaissance ap-

profondie des coutumes et de la langue apparaît souhaitable sous peine que des éléments importants n'échappent à l'attention. Mais il ne faut pas sauter à la conclusion selon laquelle la détresse psychologique se manifesterait de façon fondamentalement différente d'un contexte à l'autre. Certaines manifestations comme la phobie de la rétraction du pénis (*ko-ro*) dans les communautés chinoises sont confinées dans une aire culturelle bien circonscrite et ne s'observent qu'au compte-gouttes en dehors de celle-là. L'empirisme commande donc de savoir identifier toutes les formes de troubles psychiques ou de détresse sous les multiples facettes qu'ils peuvent présenter. On ne pourrait suivre ce précepte en appliquant aveuglément des instruments qui se fondent sur une pratique clinique trop étroite, c'est-à-dire de patients psychiatriques plutôt qu'en consultation médicale, généralement de couches plus favorisées, du moins pour les catégories de cas mineurs, et dans une certaine mesure plus aptes à verbaliser leurs conflits interpersonnels qu'à les canaliser dans des voies somatiques ou à les faire rebondir dans des accès de rage et de violence. L'analyse du *latah*, décrite plus haut, n'aurait pu être rendue possible si l'observation avait été restreinte au cadre du *DSM-III*.

L'approche scientifique commande donc de retracer les manifestations de la détresse aussi fidèlement que possible en mettant au moins partiellement entre parenthèses les schémas reçus. Mais l'avancement des connaissances ne peut se faire sans que soit posée la question des origines de ces syndromes exotiques qui sont, autant que les nôtres, liés aux drames de la vie quotidienne (promiscuité des beaux-parents, querelles d'héritage, survie économique, tensions de couple) qui ont presque toujours une résonance de familiarité d'une culture à l'autre même si l'on passe du sud au nord. Certes, la stérilité représente une remise en question de soi moins douloureuse en Occident qu'en Afrique où la victime se sent profondément coupable de ne pas participer à la continuité des générations, ce qui peut éventuellement conduire au suicide. C'est donc vers ce concept du soi et vers les valeurs qui le structurent que devrait porter l'analyse car c'est justement l'effritement de cette image culturellement déterminée qui mène à la détresse personnelle. Ce soi, ainsi que le type de désespoir qui accompagne sa désintégration, est certainement différent chez les femmes de Camberwell à Londres que chez celles qui vivent dans les faubourgs de Kinshasa. Même si certaines sociétés sont plus socio-centriques ou axées sur la cellule familiale, il y a toujours un degré de polarisation individuelle de laquelle se dégage la fonction du soi. Toute

désarticulation ou aliénation de l'individu de son univers d'appartenance entraînera donc une forme de mise en cause de son rôle dans la société, disjonction qui se traduira tôt ou tard par un déséquilibre affectif ou par des troubles somatiques.

Ce qui en définitive est important, c'est moins la comparaison de nations quant à leur degré de santé mentale comme on peut le faire avec le produit national brut ou avec des statistiques sur le suicide. Les données demeureront longtemps incomplètes ou sujettes à caution et ne sauront servir, au moins pendant un certain temps, que des débats idéologiques stériles sur les mérites respectifs de systèmes politiques ou de modes de vie. Il faudra encore quelques bonnes décennies avant de pouvoir assouvir ce type de curiosité sous laquelle se dissimulent mal d'anciens relents de guerres de religion. Il est plus fructueux de comparer, à l'intérieur de chaque société, les jeux de forces qui contribuent à sacrifier certains membres et d'évaluer comment la dynamique sociale d'un milieu joue sur le degré de détresse personnelle.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Chapitre IX.

L'immigration

Gregory voulut savoir s'il pourrait un jour remettre les pieds aux États-Unis. À New York ou sur les plages de la Floride ?

- Vous pourrez faire réviser votre dossier tous les cinq ans, répondit l'avocat, mais rien ne garantit qu'ils vous blanchiront. Les services de l'Immigration sont très sévères, comme vous le savez.

Jacques Codbout, in Une histoire américaine, p. 182.

[Retour à la table des matières](#)

La baisse du taux de natalité commune à la plupart des pays industrialisés oblige ceux-là à garder leurs frontières ouvertes à des degrés divers afin de conserver leur niveau démographique. Si le Canada par exemple maintenait ses quotas actuels de nouveaux venus, sa population, déjà clairsemée par rapport à la grandeur de son territoire, ne serait plus en l'an 2050 que la moitié de ce qu'elle est (Beiser, 1988). L'immigration devient donc un impératif de survie, et il est nécessaire de s'intéresser de près à ce phénomène et à ses conséquences psychologiques, d'autant plus que les nouveaux arrivants proviennent de cultures de plus en plus éloignées de celles des pays hôtes.

Les différences de conditions de vie matérielles, sociales et politiques entre les pays riches et les pays pauvres sont radicales. Alors que beau-

coup d'immigrants provenaient antérieurement de milieux urbains ou européens, il en va autrement aujourd'hui avec ces contingents de réfugiés et de personnes d'origine sociale, de religion et de langue très différentes du pays hôte. Lorsqu'une personne décide d'émigrer elle doit vivre une série de deuils : dans l'immédiat, c'est l'identité même qui s'en trouve ébranlée. S'il y a apparition d'un espoir de vie meilleure, sinon pour soi, au moins pour sa progéniture, cet exil, qu'il soit un choix ou une nécessité de survie, n'est pas sans entraîner l'abandon de personnes et de possessions chères, et d'un monde riche de souvenirs : on laisse bien sûr des parents que l'on ne reverra peut-être pas tous vivants ainsi que des amis, mais aussi un métier, un lieu d'appartenance, un journal familial, un climat et des horaires auxquels l'estomac s'était conditionné, en plus très souvent de l'appartenance au groupe ethnique dominant. Mais si l'immigrant doit refaire ses classes et passer à travers un processus initiatique qui ne sera jamais terminé, il jouit maintenant de la possibilité de maintenir des liens plus serrés avec son passé qu'auparavant. La culture d'origine continue à l'alimenter en journaux, en documents vidéo et en mets du terroir. Le vol nolisé économique lui permet également de revenir de temps en temps pour conserver des points de chute, et de redevenir quelque peu ce qu'il était. Les ruptures sont donc moins dramatiques qu'il y a un siècle, mais la différence n'est que de degré pour l'ensemble de ceux qui doivent occuper les métiers les moins attrayants, méprisés par la population de l'endroit qui préfère souvent le chômage au sort réservé aux nouveaux arrivants.

Le destin de l'ensemble des réfugiés qui ont dû quitter à regret ou précipitamment leur pays les met dans une catégorie à part. Ces gens ne seraient jamais partis sans les conjonctures qui les y ont forcés. Dans leur cas, l'attrait envers le pays de migration est beaucoup moins grand que les pressions qui ont causé la fuite. Les trajectoires des réfugiés varient énormément et ce statut se définit de façons très variées dans les lois des pays d'accueil. Elles sont parfois plus généreuses que celles des Nations unies qui réservent ce statut à ceux qui sont persécutés de façon tangible et qui ont déjà quitté leur pays. Les guerres et les famines, de même que des conditions économiques qui n'assurent pas la survie, sont d'autres facteurs qui obligent en effet des populations à trouver refuge ailleurs.

Les caractéristiques socio-démographiques des immigrants sont généralement différentes de celles des réfugiés. Alors que les groupes de réfu-

giés comprennent des pans complets d'une population couvrant toute la gamme des classes sociales, les immigrants se recrutent majoritairement parmi les hommes jeunes de milieux défavorisés (Garcia-Peltoniemi, 1987), souvent les éléments les plus débrouillards prêts à prendre des risques pour trouver meilleure fortune.

SANTÉ MENTALE

[Retour à la table des matières](#)

La santé mentale des immigrants et des réfugiés est-elle meilleure que celle des populations autochtones ? Cette question fort simple en apparence n'a pas reçu de réponse définitive, principalement parce que les conditions de vie et la scolarisation des groupes en question présentent de fortes variations. La revue préparée par le Groupe d'étude sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés (1988) pour le compte du gouvernement canadien conclut que les migrants présentent généralement plus de troubles psychiques que les populations d'accueil tout en rapportant plusieurs enquêtes où ces différences n'apparaissent pas ou bien sont inverses. Les auteurs de certains rapports vont même jusqu'à affirmer que les conclusions des premières recherches sur les plus hauts taux de troubles psychiques chez les immigrants ne sont plus valables pour les études plus récentes (Berry et Kim, 1988). La véritable question est de savoir en fait quelles communautés sont les plus vulnérables et à cause de quelles circonstances.

Les différences les plus éclatantes sont notées après la Seconde Guerre mondiale. Pfister-Ammende étudie des réfugiés en transit sur le territoire de la Suisse. La collecte des données, bien que non systématique, laisse voir des taux d'épisodes psychopathologiques et de suicides cinq fois plus élevés que dans la population locale qui a déjà un taux de suicides très élevé. Murphy (1955) observe également des taux d'admissions psychiatriques très élevés chez des réfugiés installés en Angleterre au cours de la même période malgré un processus de présélection sur la base de leur santé physique. Ces observations sont les mêmes pour plusieurs pays industrialisés, particulièrement en Norvège, aux Etats-Unis et en Australie.

La découverte de taux élevés de psychopathologie chez les réfugiés ne devrait pas surprendre au départ. Ces personnes ont vécu des situations éprouvantes avant, pendant et immédiatement après leur exode. La simple lecture des horreurs vécues donne le vertige : massacres de populations civiles, viols, enlèvements et assassinats arbitraires, tortures, dangers et imprévus de la fuite, que ce soit dans la jungle au Guatemala, ou dans des bateaux de fortune exposés aux raids de pirates dans le Sud-Est asiatique. La sortie du pays donne suite à de longues détentions allant jusqu'à cinq ans dans des camps où le désœuvrement et le banditisme sont monnaie courante (Garcia-Peltoniemi, 1987 ; Beiser et coll., 1989).

L'expérience des guerres et des persécutions de même que les conditions périlleuses de l'exil s'étendent sur plusieurs années et laissent des marques traumatiques dont les séquelles peuvent parfois durer bien davantage (Beiser et coll., 1989). On note dans cette dernière recherche que les différences de traitement dans les camps de réfugiés affectent la santé mentale, mais que cet effet ne perdure que lors de la première année de vie au Canada. D'autres auteurs observent que ces séquelles peuvent soit être traitées (Boehnlein et coll., 1985), soit ne pas nuire considérablement au fonctionnement quotidien (Garcia-Peltoniemi, 1987).

Si les conditions de détention dans les camps influent peu sur la santé mentale à moyen terme, la situation est tout autre en ce qui concerne les expériences de guerre. L'étude de Krupinski et coll. (1973) en Australie fait voir, comme Murphy (1955) antérieurement, que les taux de morbidité psychiatrique sont directement reliés à la gravité des expériences vécues. Ce sont les juifs qui subissent le plus de séquelles, suivis par les Polonais, les Russes et les Ukrainiens dans un deuxième groupe et par les Tchèques, les Hongrois, les Yougoslaves dans un troisième groupe. Même constatation en Inde où la caste guerrière du Pendjab a été plus affectée que les populations pacifiques dans la période qui a suivi la partition des Indes en 1947 (Dubé, cité dans Garcia-Peltoniemi, 1987).

Spécificité des symptômes

Les symptômes des réfugiés de la Seconde Guerre mondiale se manifestent surtout sous la forme de réactions psychotiques aiguës, particulièrement au cours de la première phase de l'exil. Un rapport australien note

cependant une forte fréquence de schizophrénie (Garcia-Peltoniemi, 1987). Krupinsky et coll. (1973) ont décrit le syndrome des camps de concentration, caractérisé par des troubles du sommeil, la répétition de cauchemars, des sentiments chroniques de dépression et d'anxiété, un affaiblissement de la mémoire et de la concentration, de la fatigue et des sentiments persistants de culpabilité. Les observations faites auprès des réfugiés hongrois à la suite du soulèvement de 1956 révèlent des symptômes similaires avec un tableau dominant d'anxiété et de dépression. Un sous-groupe se distingue par des manifestations moins contrôlées caractérisées par l'hyperactivité, les comportements violents et les tentatives de suicide sérieuses. Ces réactions pourraient en fait être attribuables au sentiment de frustration et de trahison parce que les personnes constituant ce dernier sous-groupe ont été davantage engagées dans des confrontations ou victimes d'emprisonnement. Les nouvelles vagues de réfugiés arrivés du Viêt-nam sur des bateaux de fortune comptent également peu d'individus qui sortent psychologiquement indemnes de leur odyssée (Nguyen, 1982). Malgré une présélection du fort contingent qui se rend au Canada, plus de 70% se qualifient pour un diagnostic de dépression ou d'anxiété, et des traces de ces troubles sont présents chez tous les autres. Ces états, difficilement repérables dans la vie quotidienne, font rapidement surface au cours d'une entrevue clinique. Les réactions paranoïdes, du type de celles des réfugiés de la Seconde Guerre mondiale, sont également fréquentes.

L'expérience de l'exil

Les expériences heureuses ou malheureuses vécues par la famille avant et après son entrée au Canada risquent d'avoir des effets directs sur la socialisation et le développement des enfants. Les familles arrivées au Canada étaient et demeurent la plupart du temps très dépendantes du réseau de soutien que peut leur apporter la famille étendue pour leur bien-être et leur identité (Lynam, 1985). Si la qualité de la vie familiale contribue considérablement à assurer une bonne santé mentale aux enfants en général, elle le fait probablement encore plus pour une grande partie des enfants immigrants et réfugiés. D'une part, l'attachement à la famille dans bien des cultures est beaucoup plus valorisée que chez les Nord-Américains dont les enfants doivent très tôt prouver qu'ils peuvent se débrouiller sans l'appui de leurs parents (Looney et coll., 1979). Par ailleurs, les circonstances mêmes de l'immigration, avec l'éloignement

temporaire ou définitif de nombreux membres de la famille étendue qui forment souvent l'essentiel du réseau de soutien, appellent les immigrants à se replier autour de la famille nucléaire pour affronter l'isolement relatif qui suit leur arrivée dans un nouveau pays (Adams, 1977). La conclusion de Nann (1982) reflète bien la place centrale de ce thème dans les observations : « Très rares sont les études sur les groupes de migrants qui ne révèlent point des soucis et des angoisses importants à propos des membres de la famille dont ils sont devenus séparés et un besoin urgent de réunification avec ces membres éloignés » (p. 2). À cet égard la politique canadienne de réunification crée des situations où les familles ne sont réunies qu'après de nombreuses années, ou ne sont jamais réunies totalement, à cause de la définition restreinte du concept de famille dans la loi actuelle, ce qui n'est pas sans occasionner un stress énorme (Groupe d'étude sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, 1988 ; voir aussi Ben-Porath, 1987, pour des exemples américains). C'est comme si l'identité personnelle demeurerait morcelée sans la présence de ce corps social qu'est la famille étendue. La présence de membres de la même culture ne supplée pas facilement à l'éclatement de la famille étendue puisque des différences de classe et d'idéologie politique créent des tensions et des clivages difficiles à surmonter (Berthold, 1976).

Les premières années d'immigration entraînent des problèmes différents chez les mères et chez les pères. Le phénomène de l'euphorie des premiers mois, mis en lumière pour la première fois par Tyhurst (1951) à Montréal, est suivi par un pénible « atterrissage psychologique ». Le confinement au foyer et l'absence d'un réseau social de soutien sont particulièrement fréquents chez les mères (Rahim et Mukherjee, 1984 ; Salgado De Snyder, 1987). Lorsque ces femmes travaillent à l'extérieur, elles s'exposent au danger d'être exploitées par un employeur (Labelle et coll., 1987) ; mais, l'entrée sur le marché de l'emploi peut signifier une libération du cloître familial, une affirmation de l'estime de soi face au mari et une meilleure condition financière de la famille. En l'absence de structures de baby-sitting adéquates, il reste à évaluer l'impact que peut avoir sur les enfants l'absence des parents travailleurs durant de longues heures parfois après leur retour de l'école ; cette situation peut entraîner chez eux soit un accroissement de l'autonomie, soit un sentiment d'abandon et de peur chronique.

Les mères, surtout lorsqu'elles sont séparées de leur mari, éprouvent plus de difficultés dans les camps de réfugiés. Une fois arrivées dans le pays hôte, elles ne sont souvent pas admissibles aux programmes éducatifs qui leur permettraient d'acquérir l'outil essentiel à l'intégration à une culture : la langue (Groupe d'étude sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, 1988 ; Kelly, 1978). Cette marginalisation les maintient dans un état d'infériorité à l'égard de leurs maris et retarde aussi l'intégration des enfants, avec les répercussions sur la scolarisation et la socialisation à l'école qui en sont les conséquences. La séparation d'avec le conjoint ou d'avec certains des enfants pour une longue période constitue un autre facteur important de vulnérabilité psychologique chez les mères (Bathien et Malapert, 1983).

Du côté des pères, la situation professionnelle est le principal facteur dans le processus d'adaptation (Yamamoto et coll., 1976). Bien que les statistiques canadiennes révèlent que les immigrants ont plus de revenus que les Canadiens de naissance, nombreux sont ceux, principalement en provenance de pays plus pauvres, qui doivent subir un déclassement professionnel, qui devient source de perturbations pour eux et leur famille (Guidote et Baba, 1980). Le déclassement professionnel fait partie intégrante du processus d'immigration. La situation est un peu moins dramatique chez les plus jeunes parce qu'ils auront l'occasion de gravir avec le temps les échelons perdus (Garcia-Peltoniemi, 1987). Le chômage est un autre problème aigu chez les nouveaux arrivants. Le sous-emploi qui y fait place ne règle pas vraiment les soucis économiques (Lin et coll., 1984). Ce qui explique peut-être le fait que les Vietnamiens et les Hmongs de cette enquête sont plus dépressifs lorsqu'ils ont un emploi que lorsqu'ils sont en chômage.

Intégration à la société d'accueil

H.B.M. Murphy (1955), grâce à son travail de médecin dans les camps de réfugiés après la Seconde Guerre mondiale, a été sensibilisé à l'importance des conditions d'accueil dans le pays hôte. S'il y a accroissement de maladies mentales chez les immigrants selon lui, la faute en est autant au sort qu'on leur réserve à l'arrivée qu'à celui qu'ils ont subi auparavant. Une enquête menée à partir d'un questionnaire sur les réfugiés en Angleterre permettait de constater que les taux d'hospitalisation psychiatrique étaient plus faibles là où les réfugiés rencontraient une atti-

tude amicale et là où ils pouvaient s'intégrer. Une telle observation ouvrirait une perspective nouvelle qui se résume très bien dans cette citation : « Au lieu de se demander pourquoi les immigrants présentent des taux plus élevés de maladies mentales, il est nécessaire de se demander dans quelles conditions » (Murphy, 1977). La base de cette réflexion avait été alimentée par l'analyse des taux d'hospitalisation psychiatriques qui se révélaient moins élevés chez les immigrants que dans la population d'accueil au Canada (Murphy, 1973). L'auteur en attribue la raison au contexte social du Canada qui fait preuve de tolérance à l'égard de la diversité culturelle et qui ne force pas les nouveaux arrivants à accepter un modèle dominant comme le font les sociétés assimilatrices ¹⁸.

Sur un autre plan, Murphy avance que la présence d'une masse démographique critique du groupe d'origine permet d'assurer soutien social, sécurité et protection. La colonie de réfugiés Éthiopiens de Winnipeg, ville relativement isolée au milieu des Prairies canadiennes, ne se chiffre qu'à près de deux cents individus et elle constitue une bonne illustration des difficultés de cette faible densité. Son petit nombre, sans que cela en soit pour autant la cause unique, la place dans un déséquilibre démographique entre les sexes qui fait que les hommes, jeunes et pauvres, trouvent difficilement des partenaires pour le mariage. Si un individu souffre d'un problème psychiatrique, il craint d'autant plus que celui-ci soit connu qu'il n'y aura plus possibilité pour lui et son entourage de chercher appui hors de la communauté si celle-ci se scandalise.

Ces idées constituent le fondement du modèle de Berry construit également sur la base de données canadiennes. Ce modèle prédit que l'intégration harmonieuse à la société d'accueil, définie par une adhérence à la fois aux valeurs de la nouvelle culture et à la conservation de celles du pays d'origine est le meilleur parti à prendre pour une saine adaptation (Berry et Kim, 1988 ; Berry et coll., 1987). Cette position ne doit pas être confondue avec l'assimilation ou l'isolationnisme qui impliquent respec-

¹⁸ Un écriteau rencontré sur un mur crasseux d'une gare d'autobus de la compagnie Greyhound dans l'Illinois se lisait ainsi : « America, love it or leave it ».

Montréal est une ville tout à fait exemplaire de cette absence de tension. Les groupes d'immigrants fraîchement arrivés vivent en grande partie dans une zone qui forme un tampon entre la partie francophone et la partie anglophone. Certains quartiers peuvent contenir jusqu'à 40 ethnies.

tivement soit de se fondre dans la nouvelle société, soit d'en rester en marge. L'intégration oblige au maintien de l'identité culturelle d'origine et à la participation active au cadre de la société d'accueil. La même conclusion est reprise par deux autres auteurs qui préconisent, en d'autres termes, l'attitude de biculturalisme (Khoa et Van Deusen, 1981 ; Lin et coll., 1982). Ce processus d'intégration est évidemment multidimensionnel et comporte des éléments à la fois culturels et psychologiques (Padilla, 1980). Le modèle de Berry n'est pas facile à vérifier empiriquement car il faut non seulement évaluer ces diverses attitudes, mais encore examiner le type d'identité qui les accompagnent sur le plan individuel. Il faut également se demander quels processus mènent à ces positions pour mieux en analyser les effets. L'isolationnisme peut être le résultat d'une ségrégation non désirée, comme c'est le cas pour les réfugiés haïtiens aux États-Unis au milieu des années 80 et même, à un degré peut-être moindre, à Montréal, ou d'un choix délibéré, comme c'est le cas pour diverses communautés juives hassidiques à travers le monde.

Plusieurs résultats viennent appuyer le modèle de Berry. Une étude américaine montre que les Mexicains qui ne maîtrisent pas bien l'anglais présentent deux fois et demie plus de problèmes de santé que ceux qui sont bilingues, ce qui constitue un écart immense même en l'absence d'un contrôle serré de la position socio-économique (Vega, Kolody et Warheit, 1985). Malheureusement, on ne distingue pas entre l'intégration et l'assimilation dans cette enquête. Une autre recherche (Berry et Kim, 1988) révèle que les Coréens canadiens qui utilisent peu soit le coréen, soit l'anglais dans leurs rapports quotidiens, et qui ont en même temps un score élevé de marginalisation, sont ceux qui rapportent le plus de symptômes au Cornell Medical Index (version de Cawte) censé mesurer le stress de l'acculturation. Le processus d'intégration à une communauté plus étendue différente du groupe dominant peut aussi contribuer à une bonne santé mentale. C'est ainsi que les réfugiés vietnamiens de Vancouver qui parlent chinois ont plus de chances de s'intégrer que ceux qui ignorent cette langue au sein de la grande communauté chinoise ; cette différence se reflète dans un score de dépression moins élevé (Beiser, Turner et coll., 1989 ; aussi Berry et Blondel 1982 pour l'est du Canada).

Les phases critiques pour la famille durant la période d'établissement des réfugiés s'échelonnent sur diverses étapes du processus. Les mois suivant l'arrivée sont particulièrement à risques à cause de la fréquente

séparation des conjoints (Beiser, non publié). L'autre moment critique survient plusieurs années après l'arrivée lorsque le mari s'aperçoit qu'il s'intègre à la culture locale à un rythme différent de celui de sa femme ou qu'il estime que celle-là adhère trop bien aux nouvelles valeurs de la société d'accueil, comme en rend compte une étude menée chez les Portugais de Montréal (Roskies, 1978). L'écart entre le rythme d'acculturation des parents et celui des enfants cause d'autre part des conflits de génération énormes (Wakil, Siddique et Wakil, 1985), qui ont fait l'objet de peu de recherches bien qu'ils soient familiers aux intervenants.

Si les réfugiés ont à souffrir du racisme et de l'intolérance d'une fraction de la société d'accueil, ils peuvent également être gênés par les groupes locaux qui leur servent de répondants. Les réfugiés indochinois qui sont encadrés par des familles canadiennes appartenant à une autre religion que la leur présentent plus de symptômes que les autres qui sont reçus par une famille de même religion (Beiser et coll., 1989). Les répondants exercent, ou sont perçus comme exerçant sans qu'ils prennent d'initiatives, des pressions pour convertir des personnes placées sous leur tutelle, situation qui rend très mal à l'aise ceux que leur culture a éduqués à plaire aux gens qui leur rendent service. Un phénomène semblable s'observe aussi chez les Hmongs animistes du Viêt-nam qui furent reçus par des chrétiens fondamentalistes du Minnesota et qui présentèrent par la suite un taux élevé de troubles d'ordre psychiatrique (Westermeyer, Vang et coll., 1983).

La courbe évolutive de santé mentale

Le bien-être risque de s'améliorer rapidement dans les cas où les conditions de vie favorables diminuent les difficultés d'adaptation. Mais ce n'est pas toujours le cas si le processus d'intégration est absent. Hitch et Rack (1980) trouvent que les taux de première hospitalisation des réfugiés d'Europe de l'Est en Angleterre sont supérieurs à ceux de la population indigène même un quart de siècle après leur installation, et que les réactions paranoïdes contribuent beaucoup à cette différence. Les femmes polonaises sont particulièrement à risques à cause de leur faible maîtrise de l'anglais et de la pauvreté des réseaux de soutien au sein de leur communauté.

Les enquêtes de population auprès des réfugiés du Sud-Est asiatique en Amérique du Nord révèlent toutes des taux de symptômes élevés au cours de la première phase après l'arrivée, mais qui diminuent au cours des années suivantes (Garcia-Peltoniemi, 1987 ; Westermeyer, Vang et coll., 1983 ; Beiser, Turner et coll., 1989). Beiser remarque de plus à Vancouver un effet de la situation pré-migration sur le score de dépression peu de temps après l'arrivée. Les personnes qui ont vécu les pires expériences pendant la longue période de l'exil sont les plus déprimées. Cette différence s'efface cependant avec le temps comme en témoignent les mesures prises durant la deuxième phase de l'enquête. Un autre facteur différencie les réfugiés fraîchement arrivés. Les personnes nostalgiques, c'est-à-dire plus portées à regarder le passé que l'avenir, sont plus dépressives que celles qui accordent plus d'importance au présent et au futur. L'écart s'atténue considérablement avec les années, ce qui permet de croire qu'une telle attitude n'est pas en soi un symptôme de dépression et n'est importante que pour une période limitée.

Les hommes, contrairement à certaines attentes, vivent plus de stress que les femmes durant les années suivant leur arrivée à cause des difficultés d'apprentissage de la langue, mais leur situation s'améliore avec le temps. Les femmes semblent mieux protégées par la présence de la famille durant cette période initiale, mais elles deviennent plus isolées à mesure que les maris et les enfants assimilent la culture ambiante (Garcia-Peltoniemi, 1987). Le sort le moins enviable est celui des personnes âgées plus fréquemment victimes de l'isolement social (Beiser, Turner et coll., 1989). Elles se plaignent de la disparition des marques de respect traditionnellement manifestées à l'égard de la situation et de la sagesse des aînés dans la culture d'origine et elles se sentent exploitées comme de la main-d'œuvre à bon marché pour la garde des petits-enfants.

Les enfants et les adolescents

Les adolescents sont plus vulnérables aux conséquences de l'immigration que les enfants à d'autres étapes du développement. Non seulement ils doivent se construire une identité personnelle, mais ils ont en plus à affronter une grave crise d'identité culturelle (Léger et coll., 1983 ; Narditch et Morrissey, 1976). L'adolescence est aussi une période où l'on aime affronter les défis, et un nouvel environnement peut constituer un

stimulant. Ce sentiment est observé en particulier chez certains adolescents en provenance du Viêt-nam (Looney, 1979).

Les troubles psychologiques varient en fonction du stade de développement. Les problèmes pathologiques les plus souvent rencontrés chez les adolescents sont l'abus de drogues et d'alcool, la délinquance ainsi que la dépression. Ils prennent plus souvent la forme de problèmes de Comportement ou de conflits d'identité que de véritables troubles d'ordre psychiatrique. Ces observations sont contingentes à la culture étudiée puisque les enfants en provenance du Sud-Est asiatique ne présentent que très peu de problèmes de comportement (Touliatos et Lindholm, 1980). Les réactions post-traumatiques, très fréquentes parmi les réfugiés, se rencontrent principalement chez les enfants qui ont été témoins ou victimes d'actes de violence reliés à la guerre (Sack et coll., 1986). Ces états sont surtout notés chez les enfants passifs et dociles, et ils nuisent grandement à leur rendement et à leur adaptation scolaires. Les enfants de 6 à 11 ans présentent aussi des problèmes propres mais qui ne se manifestent souvent qu'après un intervalle de plusieurs années (Inbar, 1977 ; Schrader, 1980). Le conflit des générations, exacerbé par les fortes différences de valeurs avec le pays d'origine, constitue une variable clé dans la genèse de ces problèmes (Kim, 1980). Les conclusions varient beaucoup suivant la nature des échantillons et il faut tenir compte de plusieurs facteurs, en particulier de la longueur de la période d'immigration. Une étude longitudinale menée en Australie révèle que les symptômes sont plus nombreux chez des enfants réfugiés vietnamiens lors de leur arrivée que dans la population indigène mais deviennent inférieurs au groupe de comparaison après seulement deux ans (Krupinsky et Burrows, 196 ; voir Haour-Knipe, 1989, pour d'autres études avec conclusions similaires). D'autres enquêtes comparent la santé mentale des enfants immigrants avec celle des enfants de la population d'accueil. Plusieurs de ces études conduites dans des pays occidentaux, dont le Canada, indiquent une plus forte fréquence de problèmes chez les immigrants que chez les enfants dont les parents sont nés dans le pays hôte (Aronowitz, 1984). Les troubles du comportement sont plus typiques des enfants, tandis que les problèmes d'identité sont plus fréquents chez les adolescents. Les principaux signes de pathologie chez ces derniers sont une dévalorisation de soi et une crise d'identité quand ils sont placés dans une situation de choix entre la loyauté à la culture des parents et leur attachement à celle de la société d'accueil.

La présence de la famille naturelle est préférable à son absence. On remarque en effet au sein d'un groupe d'enfants réfugiés du Viêt-nam que ceux qui sont placés en foyer sont parmi ceux qui ont le plus de problèmes d'ordre psychiatrique (Harding et Looney, 1977). Heureusement, ces problèmes se résorbent rapidement après les premières années d'adoption (Ben-Porath, 1987).

Beiser (1988) résume toute une série de problèmes quotidiens que doivent affronter les enfants immigrants dans les écoles. Il rappelle le cas d'une jeune Asiatique qui raconte dans une composition scolaire la manière de tuer les papillons (qui sont des éléments destructeurs des récoltes dans son pays d'origine), ce qui blesse profondément les sentiments écologiques de son instituteur. Les observations faites en milieu scolaire montrent également que les instituteurs encouragent davantage les enfants blancs à parler. Une expérience personnelle de recherche menée auprès d'un groupe de 200 adolescents comprenant des réfugiés et des immigrants nous a fait voir que les parents de ces derniers exercent souvent des pressions très fortes en faveur de la réussite scolaire ; l'école se transforme ainsi en un terrain de combat. Cette observation est confirmée d'autre part par plusieurs témoignages de personnes travaillant dans des organismes d'aide aux immigrants. Une situation de double impasse est souvent rencontrée parce que ces mêmes parents se moquent parfois de leurs enfants si ceux-là affichent trop visiblement les valeurs véhiculées à l'école.

Une étude portant sur les enfants qui changent de pays montre que l'adaptation culturelle et éducationnelle s'opère mieux avant 6 ans et après 11 ans (Inbar et Adler, 1979). Les enfants seraient moins bien outillés pour cette transition draconienne entre ces deux âges. La recension de Minde et coll. (1984) montre d'autre part que les enfants des immigrés antillais en Angleterre qui ont été laissés avec leurs grands-parents avant de venir rejoindre leurs parents sont envoyés en consultation plus fréquemment pour des problèmes de conduite antisociale. Quand ils rejoignent leur famille nucléaire, ils doivent tout à la fois refaire leur vie avec des parents qui les ont à moitié oubliés, se tailler une place parmi la fratrie née depuis et faire face à un autre climat.

CONCLUSION

[Retour à la table des matières](#)

Nous pourrions conclure, en faisant la synthèse de toutes les études, que les réfugiés et les immigrants ont sans doute légèrement plus de problèmes de santé mentale que les populations indigènes. Les variations sont cependant tellement grandes entre les groupes étudiés, et entre les divers groupes culturels, que les généralisations sont impossibles. Compte tenu des formidables obstacles que doivent affronter les gens qui s'installent dans un autre pays, parfois contre leur gré, les différences sont minimales, et l'accumulation des facteurs de vulnérabilité auraient dû mener à des taux probablement beaucoup plus élevés. Les résultats portent à croire qu'un processus de sélection s'opère à diverses étapes : les plus débrouillards réussissent davantage à se faufiler dans les filets de frontières qui sont très serrés. Certes, le choc des premiers mois se fait sentir malgré l'euphorie qui l'accompagne, mais beaucoup d'études révèlent que les nouveaux arrivants atteignent très rapidement des taux de santé mentale similaires et parfois inférieurs à ceux de la population locale. Ils ne sont donc pas de ce point de vue un poids plus difficile pour les services de santé. Et dans les circonstances où leur santé mentale continue de poser problème longtemps après leur arrivée, on doit chercher du côté de la population d'accueil ce qui n'a pas été fait pour favoriser leur adaptation.

Les origines sociales et culturelles
des troubles psychologiques

Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Abramson L.Y., Seligman M.E.P., Teasdale J.D., (1978), “Learned helplessness in humans : Critique and reformulation”, *Journal of Abnormal Psychology*, 87, pp. 49-74.

Adam K.S., Lohrenz J.G., Harper D., Streiner D., (1982), “Early parental loss and suicidal ideation in university students”, *Canadian Journal of Psychiatry*, 27, pp. 275-281.

Adams B.N., (1977), “Ugandan Asians in exile : Household and kinship in the resettlement crisis”, *Journal of Comparative Family Studies*, 8, pp. 167-178.

Adams B.N., Jesudason V., (1984), “The employment of Ugandan Asian refugees in Britain”, Canada, and India, *Ethnic and Racial Studies*, 7, pp. 462-477.

Albee G.W., (1980), “A competency model must replace the defect model”, in L. A. Bond et J.C. Rosen (éd.), *Competency and Coping during Adulthood*, Hanover N.H., University Press of New England.

Al-Issa I., (1982), “Gender and child psychopathology”, in I. Al-Issa, *Gender and Psychopathology*, New York, Academic Press, pp. 54-83.

Alloway R., Rebbington P., (1987), “The buffer theory of social support, a review of the literature”, *Psychological Medicine*, 17, pp. 91-108.

Andrews B., Brown G.W., (1988), Marital violence in the community : A biographical approach, *British Journal of Psychiatry*, 153, pp. 305-312.

Andrews B., Brown G.W., (1988), "Social support, onset of depression and personality. An exploratory analysis", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, pp. 99-108.

Andrews G., Tennant C., Hewson D.M., Vaillant G.E., (1978), "Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 166, pp. 307-315.

Aneshensel C.S., Frerichs R.R., Clark V.A., (1981), "Family roles and sex differences in depression", *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 378-393.

Angold A., (1988), Childhood and adolescent depression, 1. Epidemiological and aetiological aspects", *British Journal of Psychiatry*, 152, pp. 601-617.

Aro H., (1987), "Life stress and psychosomatic symptoms among 14 to 16 years-old Finnish adolescents", *Psychological Medicine*, 17, pp. 191-201.

Aronowitz M., (1984), "The social and emotional adjustment of immigrant children : a review of the literature", *International Migration Review*, 18, pp. 237-257.

Assailly J.P., Corbillon M., Duyme M., (1989), "Étude longitudinale d'enfants placés", *Revue de neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, juillet.

Baker G.W., Chapman D.W. (éd.), (1962), *Man and Society in Disaster*, New York, Basic Books.

Baker-Miller J., (1982), "Psychological recovery in low-income single parents", *American Journal of Orthopsychiatry*, 52 (2), pp. 346-352.

Barrera M. Jr., Sandler I.N., Ramsey T.B., (1981), "Preliminary development of a scale of social support : studies on college students", *American Journal of Community Psychology*, 9, pp. 435-447.

Barrera M. Jr., Ainly S.L., (1983), "The structure of social support : a conceptual and empirical analysis", *Journal of Community Psychology*, 11, pp. 133-143.

Barrett C.L., Noble H., (1973), "Mothers' anxieties *versus* the effects of long distance move on children", *Journal of Marriage and the Family*, 35 (5), pp. 181-188.

Beck A.T., (1961), "A systematic investigation of depression", *Comprehensive Psychiatry*, 2, pp. 163-170.

Beiser M., (1988), "The mental health of immigrants and refugees", in *Canada, Santé, Culture, Health*, 5 (2), pp. 197-213.

Beiser M., Jay Turner R., Gamesan S., (1989), "Catastrophic stress and factors affecting its consequences among Southeast Asian refugees", *Social Science and Medicine*, 28 (3), pp. 183-195.

Beiser M., Fleming J.A.E., (1986), "Measuring psychiatric disorder among Southeast Asian refugees", *Psychological Medicine*, 16, pp. 627-639.

Belle D., (1982), "The stress of caring : Women as providers of social support", in L. Goldberger et S. Breznitz (éd.), *Handbook of Social Stress : Theoretical and Clinical Aspects*, New York, Free Press, pp. 496-505.

Ben-Porath Y.S., (1987), "Issues in the psycho-social adjustment of refugees". Texte préparé pour le National Institute of Mental Health's Refugee Assistance Program, Mental Health /Technical Assistance Center of the University of Minnesota (Contract No 278-85-0024 CH).

Berkman L.F., Syme S.L., (1979), "Social networks, host resistance, and mortality : A nine-year follow-up study of Alameda county residents", *American Journal of Epidemiology*, 109 (2), pp. 186-204.

Berlinksy E.B., Biller H.B., (1982), *Parental Death and Psychological Development*, Lexington, MA, Lexington Books.

Berry J.W., Blondel T., (1982), "Psychological adaptation of Vietnamese refugees in Canada", *Canadian Journal of Community Mental Health*, 1, pp. 81-88.

Berry J.W., Kim U., (1988), "Acculturation and mental health : a review", in P. Dasen, J.W. Berry, Sartorius N. (éd.), *Health and Cross-Cultural Psychology, Towards Applications*, London, Sage.

Berry J.W., Kim U., Minde T., Mok D., (1987), "Comparative studies of acculturative stress", *International Migration Review*, 21, pp. 491-511.

Berthold M.C., (1976), "On Sue, Sue and Sue", *American Psychologist*, 31, 541.

Bertrand M.-A., (1979), "Les femmes, la folie et au-delà", *Santé mentale au Québec*, 4 (3), pp. 11-24.

Bibeau G., (1983), "L'activation des mécanismes endogènes d'auto-guérison dans les traitements rituels des Angbandi", *Culture*, 3, pp. 33-50.

Biegel D., Naparstek A., Khan M., (1980), "Social support and mental health : an examination of interrelationship". Conférence présentée à la 88e réunion de l'American Psychological Association, Montréal, sept. 1980.

Bifulco A.T., Brown G.W., Harris T., (1987), "Childhood loss of parent, lack of adequate parental care and adult depression : a replication", *Journal of Affective Disorders*, 12, pp. 115-128.

Billing A.G., Moos R.H., (1982), "Social support and functioning among community and clinical groups : a panel model", *Journal of Behavioral Medicine*, 5, pp. 295-311.

Billings A.G., Moos R.H., (1984), "Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression", *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, pp. 877-891.

Birtchnell J., Kennard J., (1984), "How do the experiences of the early separated and the early bereaved differ and to what extent do such differences affect outcome ?", *Social Psychiatry*, 19, pp. 163-171.

Blanchard D., (1984), *Dépression et estime de soi chez les mères de familles intactes, monoparentales et reconstituées*, Manuscrit inédit, Montréal, LAREHS, Université du Québec à Montréal.

Block J.H., Block J., Gjerde P.F., (1986), "The personality of children prior to divorce : a prospective study", *Child Development*, 57, pp. 827-840.

Boehnlein J.K., Kinzie J.D., Ben R., Fleck J., (1985), "One-year follow-up study of posttraumatic stress disorder among survivors of Cambodian concentration camps", *American Journal of Psychiatry*, 124 (8), pp. 956-959.

Bolton R., (1973), "Agression and hypoglycemia among the Quolla : a study of psychobiological anthropology", *Ethnology*, 12 (3), pp. 227-257.

Bott E., (1957), *Family and Social Network*, London, Tavistock.

Bouchard C., Beaudry J., Chamberland C., (1981), "Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants : une étude exploratoire", *Intervention*, 64, pp. 25-33.

Bouchard G., de Pourbais 1., (1987), "Individual and family life courses in the Saguenay region, Québec, 1842-1911", *Journal of Family History*, 12 (1-3), pp. 225-242.

Bowlby J., (1980), *Attachment and Loss. Vol. 3, Sadness and Depression*, New York, Basic Books.

Boyd J.H., Weissman M.M., (1981), "Epidemiology of affection disorders", *Archives of General Psychiatry*, 38, pp. 1039-1046.

Boyd J.H., Weissman M.M., Thompson D., Myers J.K., (1982), "Screening for depression in a community sample ; understanding the discrepancies between depression symptom and diagnostic scales", *Archives of General Psychiatry*, 39, pp. 1195-1200.

Bozzini L., Dufort F., Tessier R., (1986), *Situations maritales, santé physique et bien-être psychologique*, Rapport final de recherche, Montréal.

Bozzini L., Tessier R., (1985), "Support social et santé", in Fernand Dumont et Jacques Dufresne, *Traité d'anthropologie médicale*, 905-941, Presses de l'Université du Québec à Montréal.

Bradburn N.M., (1969), *The Structure of Psychological Well-Being*, Chicago, Aldine.

Brenner M.H., (1973), *Mental Illness and the Economy*, Cambridge, Harvard University Press.

Briscoe M., (1982), "Sex differences in psychological well-being", *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 1.

Brooksbank D., (1985), "Suicide and parasuicide in childhood and early adolescence", *British Journal of Psychiatry*, 146, pp. 459-463.

Brown G., (1988), "Epidemiological studies of depression : definition and case finding", in J. Becker et A. Kleinman (éd.), *Affective Disorders : Theory and Research*, vol. 1, *Psychosocial aspects*, Erlbaum Press.

Brown G., Harris T., (1978), *The Social Origins of Depression : A Study of Psychiatric Disorders among Women*, London, Tavistock.

Brown G., Adler Z., Bifulco A., (1988), "Life events, difficulties and recovery from chronic depression", *British Journal of Psychiatry*, 152, 487-498.

Brown G.W., (1986), "Statistical interaction and the role of social factors in the aetiology of clinical depression", *Sociology*, 20 (4), 601-606.

Brown G.W., (1988), "Causal paths, chains and strands, in M. Rutter (éd.), *The Power of Longitudinal Data : Studies of Risk and Protective Factors for Psychosocial Disorders*", Cambridge, Cambridge University Press.

Brown G.W., (1988), "Early loss of parent and depression in adult life", in S. Fisher et J. Reason (éd.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health*, pp. 441-461, New York, John Wiley.

Brown G.W. (sous presse), "Etiology of depressive disorders", in D. Bennett et H. Freeman (éd.), *The Practice of Social Psychiatry*, London, Churchill Livingstone.

Brown G.W., Harris T., (1978), *Social Origins of Depression : A Study of Psychiatric Disorder in Women*, London, Tavistock.

Brown G.W., Harris T., (1988), "Depression", in *Life Events and Illnesses*, New York, Guilford Press.

Brown G.W., Harris T.O., (1986), "Establishing causal links : the Bedford College studies of depression", in H. Katschnig, *Life Events and Psychiatric Disorders, Controversial Issues*, pp. 129-187, Cambridge, Cambridge University Press.

Brown G.W., Harris T.O., (1988), *Live Events and Illness*, New York Guilford Press.

Brown G.W., Andrews B., Harris, Adler Z., Bridge L., "Social support, self-esteem and depression", *Psychological Medicine*, 16, pp. 813-831.

Brown G.W., Harris T.O., Bifulco A., (1986), "Long-term effects of early loss of parent", in M. Rutter, C.E. Izzard, P.B. Read (éd.), *Depression in Young People : Developmental and Clinical Perspectives*, New York, Guilford Press.

Brown G.W., Monck E.M., Carstairs G.M., Wing J.K., (1962), "Influence of family life on the course of schizophrenic illness", *British Journal of Preventive and Social Medicine*, 16, pp. 55-68.

Brown S., (1985), "Adolescent and family systems", in Peck M.L., Farberow N.L., Litman R.E., *Youth Suicide*, New York, Springer.

Brugha T. et coll., (1982), "Social networks, attachments and support in minor affective disorders : a replication", *British Journal of Psychiatry*, 142, pp. 249-255.

Brunetti P.M., Dacher M., Sequeira S., (1978), "Prevalence of psychological impairment in city and in country samples", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 58, pp. 369-378.

Butler E.W., McAllister R.J., Kaiser E.J., (1973), "The effects of voluntary and involuntary residential mobility on females and males", *Journal of Marriage and the Family*, 35 (5), pp. 219-227.

Campbell A., (1980), *The Sense of Well-being in America*, New York, McGraw-Hill.

Caplan G., (1964), *Social Support and Community Mental Health*, New York, Basic Books.

Catalano R., Dooley C.D., Jackson R., (1981), "Economic predictors of admission to mental health facilities in a non-metropolitan community", *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 284-297.

Catalano R., Dooley L.D., (1977), Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community, *Journal of Health and Social Behavior*, 18, pp. 292-307.

Chabrol H., (1984), *Les comportements suicidaires de l'adolescent*, Paris, PUF.

Charron M.F., (1981), Annexe statistique au rapport du Comité de santé mentale sur la prévention du suicide, Québec, Ministère des Affaires sociales.

Clancy K., (1971), *Systematic Bias in Field Studies of Mental Illness*, Doctoral thesis, New York University.

Clancy K., Gove W.R., (1974), "Sex differences in respondent's reports of psychiatric symptoms ; an analysis of response bias", *American Journal of Sociology*, 80, pp. 205-216.

Coates D., Wortman C.B., Abbey A., (1979), "Reactions to victims", in I.H. Frieze et coll. (éd.), *New Approaches to Social Problems*, San Francisco, Jossey-Bass.

Cobb S., (1976), "Social support as a moderator of life stress", *Psychosomatic Medicine*, 38 (5), pp. 300-314.

Cobb S., Kasl S.V., (1977), *Termination : The Consequences of Job Loss*, U.S. Department of Health, Education and Welfare, HEW Publication No. (NIOSH).

Cobb S.G., Brooks G., Kasl S., (1966), "The health of people changing jobs : a description of a longitudinal study", *American Journal of Public Health*, 56, pp. 1476-1481.

Cohen C.I., Sokolovsky J., (1978), "Schizophrenia and social networks : Ex-patients in the inner-city", *Schizophrenia Bulletin*, 4, pp. 546-560.

Cohen L.H., McGowan J., Fooskas L., Rose R., (1984), "Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder", *American Journal of Community Psychology*, 12 (5), pp. 567-587.

Cohen S., (1988), "Psychosocial models of the role of social support in the etiology of physical disease", *Health Psychology*, 7 (3), pp. 269-297.

Cohen S., Hoberman H.M., (1983), "Positive events and social supports as buffers of life change stress", *Journal of Applied Social Psychology*, 13 (2), pp. 99-125.

Comstock G.W., Helsing K.J., (1976), "Symptoms of depression in two communities", *Psychological Medicine*, 6, pp. 551-563.

Cooke D., (1987), "The significance of life events as a cause of psychological and physical disorder", in B. Cooper (éd.), *Psychiatric Epidemiology : Progress and Prospects*, pp. 67-80, London, Croom Helm.

Corin E., Lauzon G., (1988), "Réalités et mirages : les espaces psychiatriques et sociaux dans la réinsertion", *Santé mentale au Québec*, 13, pp. 615-86.

Corin E., Murphy H.B.M., (1979), "Psychiatric perspectives in Africa, Part. 1 : the western viewpoint", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 16, pp. 147-178.

Corin E., Tremblay J., Sherif T., Bergeron L., (1984), "Entre les services professionnels et les réseaux sociaux : les stratégies d'existence des personnes âgées", *Sociologie et sociétés*, 16, pp. 89-109.

Crook T., Raskin A., (1975), "Association of childhood parental loss with attempted suicide and depression", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 277.

Cutrona C.E., (1984), "Social support and stress in the transition of parenthood", *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (4), pp. 378-390.

Davis M.A., (1981), "Sex differences in reporting osteoarthritic symptoms : a socio-medical approach", *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 298-310.

De Longis A., Coyne J.C., Dakok G., Folkman S., Lazarus R.S., (1982), "Relationships of daily hassles, uplifts, and major life events to health status", *Health Psychology*, 1 (2), pp. 119-136.

Dean A., Lin N., (1977), "The stress-buffering role of social support", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 165 (6), pp. 403-417.

Denis G., Tousignant M., Laforest L., (1973), "Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec", *Revue Canadienne de Santé Publique*, 64, pp. 387-397.

Depner C.E., Wethington E., Ingersoll-Dayton B., (1984), "Social support : Methodological issues in design and measurement", *Journal of Social Issues*, 40 (4), pp. 37-54.

Derogatis L.R., (1982), "Self-report measures of stress", in L. Goldberger et S. Breznitz, *Handbook of Stress*, pp. 270-294.

Devisch R., Gailly A., (1985), "Symbol and symptom in bodily space-time", *International Journal of Psychology*, 20 (4-5).

Dohrenwend B.P., (1966), "Social status and psychological disorder : an issue of substance and an issue of method", *American Sociological Review*, 31, pp. 14-34.

Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S., (1969), *Social Status and Psychological Disorder, a Casual Inquiry*, New York, Wiley.

Dohrenwend B.P., Dohrenwend B.S., Gould M.S., Link B., Neugebauer R., Wunsch-Hitzig R., (1990), *Mental Illness in the United States*, New York, Praeger.

Dohrenwend B.S., (1973), "Social status and stressful life events", *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, pp. 225-235.

Dohrenwend B.S., (1978), "Social status and responsibility for stressful live events", in C.D. Spielberger et I.G. Sarason W.), *Stress and Anxiety*, vol. 5, New York, Wiley.

Dohrenwend B.S., Dohrenwend B.P., Dodson M., ShROUT P.E., (1984), "Symptoms, hassles, social supports, and life events : problems of confounding measures", *Journal of Abnormal Psychology*, 93, pp. 222-230.

Dohrenwend B.S., Krasnoff L., Askenasy A.R., Dohrenwend B.P., (1978), "Exemplification of a method for scaling life events : the Peri

Life Events Scale”, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, pp. 205-229.

Dohrenwend B.S., ShROUT P.E., (1985), « “Hassles”, in the conceptualization and measurement of life stress variables », *American Psychologist*, 40 (7), pp. 780-785.

Dohrenwend P.P., Dohrenwend B.S., (1969), *Social Status and Psychological Disorders*, New York, Wiley.

Dooley C.D., Catalano R., Brownell A., (1981), “Economic, life, and symptom changes in a non-metropolitan community”, *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 144-154.

Dooley D., Catalano R., (1980), “Economic change as a cause of behavioral disorder”, *Psychological Bulletin*, 87, pp. 450-468.

Dorpat T.L., (1965), “Broken homes and attempted and completed suicides”, *Archives of General Psychiatry*, 12, 213.

Dressler W.W., Mata A., Chavez A., Viteri F.E., Gallagher P., (1986), “Social support and arterial pressure in a Central Mexican community”, *Psychosomatic Medicine*, 48, pp. 338-350, 1986.

Duby C., (1978), *Les trois ordres au l'imaginaire du féodalisme*, Paris, Gallimard.

Dumas A., (1978), *Perception de la surprotection en milieu familial et apparition du syndrome d'hystérie de conversion*, Mémoire de maîtrise, département de psychologie, Université du Québec à Montréal.

Dunham W., (1965), *Community and Schizophrenia*, Detroit Wayne State University Press.

Eaton J.W., Weil R.J., (1955), *Culture and Mental Disorders*, New York, Free Press.

Eaton W.W., (1980), *The Sociology of Mental Disorders*, New York, Praeger.

Ebigbo P.O., (1982), "Development of a culture specific (Nigeria) screening scale of somatic complaints indicating psychiatric disturbance", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, pp. 29-43.

Emery R.E., (1982), "Interparental conflict and the children of discord and divorce", *Psychological Bulletin*, 92, pp. 310-330.

Endicott J., Spitzer R.L., (1978), "A diagnostic interview : the Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia", *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 1064-1068.

Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J., (1976), "The Global Assessment Scale : A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance", *Archives of General Psychiatry*, 33, pp. 766-770.

Engelsmann F., Murphy H.B.M., Prince R., Leduc M., Demers H., (1972), "Variations in response to a symptoms check-ist by age, sex, income, residence and ethnicity", *Social Psychiatry*, 7, pp. 150-156.

Enquête Santé Canada, (1981), *La santé des Canadiens*, Statistiques Canada, catalogue 82-538F, Ottawa, ministère des Approvisionnements et Services Canada.

Enquête Santé Québec, (1988.), *Et la santé, ça va ?*, tome I, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Les Publications du Québec.

Farberow N.L., (1985), Youth suicide : a summary, in Peck M.L., Farberow N.L., Litman R.E., *Youth Suicide*, New York, Springer.

Faris R.E., Dunham H.W., (1939), *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press.

Fellman G., Brendt B.A., (1970), "A neighborhood a highway would destroy", *Environment and Behavior*, 2, pp. 281-301.

Figley C.R. (éd.), (1978), *Stress Disorders among Vietnam Veterans*, New York, Brunner/Mazel.

Finkelstein H., (1988), "The long-term effects of early parent death : a review", *Journal of Clinical Psychology*, 44 (1), pp. 3-9.

Finlay-Jones R.A., Brown G.W., (1981), "Types of stressful life event and the onset of anxiety and depressive disorders", *Psychological Medicine*, 11, pp. 803-815.

Finlay-Jones R.A., Eckhardt B., (1980), "Psychiatric disorder among the young unemployed", *Australian and New Zeland Journal of Psychiatry*, 15, pp. 265-270.

Fiore J., Becker J., Coppel D.B., (1983), "Social network interactions : a buffer or a stress", *American Journal of Community Psychology*, 11 (4), pp. 423-439.

Fiset F., (1978), *Étude comparative des scores aux items des échelles de santé mentale en fonction de la variable sexe*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.

Fisher J.D., Nadler A., Witcher-Alagna S., (1982), "Recipient reactions to aid", *Psychological Bulletin*, 91 (1), pp. 27-54.

Freedman A.M., Kaplan H.I., Sadock B.J., (1972), *Modern Synopsis of the Comprehensive textbook of Psychiatry*, Wilkins & Wilkins, Baltimore.

Garcia-Peltoniemi R.E., (1987), *Psychopathology in Refugees*, Texte préparé pour le

National Institute of Mental Health's Refugee Assistance Program, Mental Health /Technical Assistance Center of the University of Minnesota (Contract No 278-85-0024 CH).

Garfinkel B.D., Froese A., Hood J., (1982), "Suicide attempts in children and adolescents", *American Journal of Psychiatry*, 138 (1), pp. 35-40.

Garrison V., (1977), "Doctor, espiritista or psychiatrist ?, Health-seeking behavior in a Puerto Rican neighborhood of New York City", *Medical Anthropology*, 1 (2), pp. 65-191.

Garrison V., (1978), "Support systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York City", *Schizophrenia Bulletin*, 4 (4), pp. 561-596.

Gleis I., Seidel R., Abholz H., (1973), *Sociale Psychiatrie : Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Verhandlung*, Fischer Taschenbuch Verlag.

Glick P.C., (1979), "Children of divorced parents in demographic perspective", *Journal of Social Issues*, 35, pp. 112-125.

Goldney R.D., (1981), "Parental loss and reported childhood stress in young women who attempted suicide", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 64, pp. 34-49.

Good B.J., Kleinman A.M., (1983), *Culture and Anxiety : Cross-Cultural Evidence for the Patterning of Anxiety Disorders*, Manuscrit inédit.

Gore S., Mangione T.W., (1983), "Social roles, sex roles and psychological distress : additive and interactive models of sex differences", *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (4), pp. 300-312.

Gottlieb B.H., (1978), "The development and application of a classification scheme of informal helping behaviours", *Canadian Journal of Behavioural Sciences*, 10, pp. 105-115.

Cove W., Hugues R., Michael, Briggs C., (1983), "Does marriage have positive effects on the psychological well-being of the individual", in *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (2), pp. 122-131.

Cove W., Tudor J., (1973), "Adult sex roles and mental illness", *American Journal of Sociology*, 78, pp. 812-835.

Graham P., Rutter M., (1973), "Adolescent disorders", in M. Rutter et L. Herson (éd.), *Child Psychiatry : Modern Approaches*, Oxford, Blackwell Scientific Publications.

Griffith J., (1985), "Social support providers : who are they ? Where are they met ? and the relationship of network characteristics to psychological distress", *Basic and Applied Social Psychology*, 6 (1), pp. 41-60.

Groupe d'étude sur la santé mentale des immigrants et des réfugiés, (1988), "Review of Literature on Migrant Mental Health /Revue de littérature sur la santé mentale des migrants", *Santé, Culture, Health*, 5 (1), pp. 5-74.

Guidote P.M., Baba V.V., (1980), "On the relationship between demographic factors and need fulfillment, participation in decision making, stress, alienation, and acculturation : an empirical study of the Filipino community in Montreal", in K.V. Ujimoto, G. Hirabayashi (éd.), *Asian Canadians and Multiculturalism : Selections from the Proceedings of the Asian Canadian Symposium IV*, Montréal.

Habimana E., (1989), *Les ibitega au Rwanda*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.

Hammen C., Gordon D., Burge D., Adrian C., Jaenicke C., Hiroto D., (1987), "Maternal affective disorders, illness, and stress : risk for children's psychopathology", *American Journal of Psychiatry*, 144(6), pp. 736-741.

Hammen C.L., Padesky C.A., (1977), "Sex differences in the expression of depressive responses on the Beck Depression Inventory", *Journal of Abnormal Psychology*, 86, pp. 609-614.

Hanigan D., Tousignant M., Bastien M.F., Hamel S., (1986), "Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires", *Revue québécoise de psychologie*, 7 (3), pp. 63-81.

Haour-Knipe M., (1989), "International employment and children : geographical mobility and mental health among children of professionals", *Social Science and Medicine*, 28 (3), pp. 197-205.

Harding R.K., Looney J.G., (1977), "Problems of Southeast Asian children in a refugee camp", *American Journal of Psychiatry*, 134, pp. 407-411.

Harris T., Bifulco A., (1988), *Loss of Parent in Childhood, and Attachment Style and Depression in Adulthood*. Department of Social Policy and Social Sciences, Royal Holloway and Bedford College, University of London.

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, pp. 641-659.

Harris T., Brown G.W., Bifulco A., (1987b), "Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder : the role of social class position and premarital pregnancy", *Psychological Medicine*, 17, pp. 163-183.

Hawton K., Cole D., OGrady J., Osborn M., (1982), "Motivational aspects of deliberate self-poisoning in adolescents", *British Journal of Psychiatry*, 141, pp. 286-291.

Hayes J., Nutman P., (1981), *Understanding the Unemployed, the Psychological Effects of Unemployment*, London, Tavistock.

Hecht H., Wittchen H.U., (1988), "The frequency of social dysfunction in a general population sample and in patients with mental disorders", *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 23, pp. 17-29.

Heller K., Swindle R.W., (1983), "Social networks, perceived social support, and coping with stress", in R.D. Feiner et coll., *Prevention Psychology : Theory, Research and Practice*, New York, Pergamon Press.

Heller T., (1980), *The Effects of Involuntary Residential Relocation : A Review*, University of Illinois, Illinois Institute for Developmental Disabilities.

Henderson S. et coil., (1981), "Social relationships, adversity and neurosis : a study of associations in a general population sample", *British Journal of Psychiatry*, 138, pp. 391-398.

Hendin H., (1963), "The psychodynamics of suicide", *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 136, pp. 236-244.

Herbert D.T., Thomas C.J., (1982), *Urban Geography : A First Approach*, John Wiley, Chichester.

Hitch P.J., Rack P.H., (1980), "Mental illness among Polish and Russian refugees in Bradford", *British Journal of Psychiatry*, 137, pp. 206-211.

Hobfoll S.E., Walfisch S., (1983), "Coping with a threat to life : a longitudinal study of self concept, social support and psychological distress", *American Journal of Community Psychology*.

Hobfoll S.E., Lerman M., (1988), "Personal relationships, personal attributers, and stress resistance : mothers' reactions to their child's illness", *American Journal of Community Psychology*, 16 (4), pp. 565-589.

Holahan C.J., Moos R.H., (1981), "Social support and psychological stress : a longitudinal analysis", *Journal of Abnormal Psychology*, 90, pp. 365-370.

Hollingshead A.B., Redlich F.C., (1958), *Social Class and Mental Illness*, New York, Wiley.

Holmes S.J., Robins L.N., (1988), "The role of parental disciplinary practice in the development of depression and alcoholism", *Psychiatry*, 51, pp. 24-36.

Holmes T.H., Rahe R.H., (1967), "The social readjustment rating scale", *Journal of Psychosomatic Research*, II, pp. 213-218.

House J.S., (1981), *Work Stress and Social Support*, Reading, Mass. : Addison-Wesley.

Hughes M., Gove W.R., (1981), "Living alone, social integration, and mental health," *American Journal of Sociology*, 87 (1), pp. 48-75.

Hutton J.B., Roberts T.G., Walker J., Zuniga J., (1987), "Ratings of severity of life events by ninth-grade students", *Psychology in the Schools*, 24, pp. 63-68.

Ilfeld F.W., (1978), "Psychological status of community residents along major demographic dimensions", *Archives of General Psychiatry*, 35, pp. 716-724.

Ilfeld F.W., (1982), "Marital stressors, coping styles, and symptoms of depression", in L. Golberger et S. Breznitz, *The Handbook of Stress*, New York, Free Press, pp. 482-495.

Inbar M., (1977), "Immigration and learning : the vulnerable age", *Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 14 (2), pp. 218-234.

Ingham J.J., Miller P. McC., (1979), "Symptom prevalence and severity in a general practice population", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 33, pp. 191-198.

Jacobs G.K., Teicher J.D., (1967), "Attempted suicide of adolescents", *International journal of Social Psychiatry*, 13 (2), pp. 139-149.

Jacobs J., (1967), *Adolescents Suicide Attempts : The Culmination of a Progressive Social Isolation*, Los Angeles, Thèse de doctorat, Université de Californie.

Jahoda M., (1958), *Current Concepts of Positive Mental Health*, New York, Basic Books.

Jenkins R., (1985), "Sex Differences in Minor Psychiatric Morbidity", *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 7, Cambridge, Cambridge University Press.

Jung J., (1984), "Social support and its relation to health : a critical evaluation", *Basic and Applied Social Psychology*, 5 (2), pp. 143-169.

Kandel D.B., Davies M.T., Raveis V.H., (1985), "The stressfulness of daily social roles for woman : mental occupational and household roles", *Journal of Health and Social Behavior*, 26, pp. 64-78.

Kanner A.D., Coyne J.C., Schaefer C., Lazarus R.S., (1981), Comparison of two modes of stress measurement : Daily hassles and uplifts *versus* major life events, *Journal of Behavioral Medicine*, 14, pp. 1-39.

Kaplan H.B., (1980), *Deviant Behaviour in Defense of Self*, London, Academic Press.

Kardiner A., (1935), *The Individual and his Society*, New York, Columbia University Press.

Kardiner A., (1945), *Psychological Frontiers of Society*, New York, Columbia University Press.

Karno M. et coll., (1987), "Lifetime prevalence of specific psychiatric disorders among Mexican Americans and non-Hispanic Whites in Los Angeles", *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 695-701.

Karno M., Golding J.M., Sorenson S.B., Burnam A., (1988), "The epidemiology of obsessive-compulsive disorder in five US communities", *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 1094-1099.

Kasl J.V., (1984), "Stress and Health", *Annual Review of Psychology*, 5, pp. 319-341.

Katon W., (1982), "Depression and somatization : a review, part. I", *American Journal of Medicine*, 72, pp. 127-135.

Katon W., Kleinman A., Rosen G., (1982), "Depression and somatization : a review, I & II", *American Journal of Medicine*, 72, pp. 127-135 et pp. 241-247.

Keith, Pat, Schaffer, Robert, (1982), "A comparison of depression among single parent and married women", *Journal of Psychology*, 110, pp. 239-247.

Kelly G.P., (1978), "Schooling, gender, and the reshaping of occupational and social expectation : the case of Vietnamese immigrants to the United States", *International Journal of Women's Studies*, 1, pp. 323-335.

Kessler R.C., (1982), "A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress", *American Sociological Review*, 47, pp. 752-764.

Kessler R.C., McLeod J.D., (1985), "Social support and mental health in community samples", in S. Cohen et S.L. Syme (éd.), *Social Support and Health*, 219-240, Orlando, Academic Press.

Kessler R.C., McLeod J.D., (1984), "Sex differences in vulnerability to considerable life events", *American Sociological Review*, 49, pp. 620-631.

Kessler R.C., McRae J.A., (1983), "Trends in the relationship between Sex and attempted suicide", *Journal of Health and Social Behavior*, 24, pp. 98-110.

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, pp. 531-572.

Kevin P., Jarret J.E., (1985), *Unemployment : Its Social Psychological Effects*, Cambridge, Cambridge University Press.

Khoa L.X, Van Deusen J.M., (1981), "Social and cultural customs : their contribution to resettlement", *Journal of Refugee Resettlement*, 1, pp. 48-51.

Kim B.K., (1980), "Attitudes, parental identification, and locus of control of Korean, new Korean Canadian and Canadian adolescents", in K.V. Ujimoto et G. Hirabayashi (éd.), *Visible Minorities and Multiculturalism : Asians in Canada*, Toronto, Butterworths.

Kirmayer L.J., (1984), "Culture, affect and somatization, part. 1", *Transcultural Psychiatry Research Review*, 2 (3), pp. 159-188.

Kleinman A., (1986), *Social Origins of Distress and Disease. Depression, Neurasthenia, and Pain in Modern China*, New Haven, Yale University Press.

Kleinman A., Good B., (1985), *Culture and depression : Studies in the Anthropology and Cross-Cultural Psychiatry of Affect and Disorder*, Berkeley, University of California Press.

Kleinman A.M., (1982), "Neurasthenia and depression : a study of somatization and culture in China", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, pp. 117-190.

Kobasa S.C., (1979), "Stressful life events, personality, and health : an inquiry into hardiness", *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, pp. 1-11.

Kobasa S.C., Puccetti M.V., (1983), "Personality and social resources in stress resistance", *Journal of Personality and Social psychology*, 45, pp. 839-850.

Kohn M.L., Clausen J., (1955), "Social isolation and schizophrenia", *American Sociological Review*, 20, pp. 265-272.

Koranyi E.K., (1977), "Fatalities in 2 070 psychiatric outpatients", *Archives of General Psychiatry*, 34, pp. 1137-1142.

Kornhauser A., (1965), *Mental Health of the Industrial Worker*, New York, John Wiley.

Kosky R., (1983), "Chidhood suicidal behavior", *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Applied Disciplines*, 24 (3), pp. 457-468.

Kovess V., Murphy B.H.M., Tousignant M., "La dépression telle que perçue par le public", *Revue canadienne de psychiatrie*, 34, pp. 913-920.

Krantz D.S., Class D.C., (1984), "Personality, behavior patterns and physical illness : Conceptual and methodological issues", M : W.D. Gentry (éd.), *Handbook of Behavioral Medicine*, New York, Guilford Press, pp. 38-86.

Krupinsky J., Burrows G., (1986), *The Price of Freedom*, Oxford, Pergamon.

Krupinsky J., Stoller A., Wallace L., (1973), "Psychiatric disorders in East European refugees now in Australia", *Social Science and Medicine*, 7, pp. 31-49.

Labelle M., Kempeneers M., Meintel D., Turcotte G., (1987), *Histoires d'immigrées*, Montréal, Boréal.

Lamont S., Lamoureux J., Guberman N., (1980), *Pour des conditions de vie décentes*, Action collective, Carrefour des associations monoparentales du Québec Inc.

LaRocco J.M., House J.S., French J.R.P. Jr., (1980), "A model of mental health, life events, and social support applicable to general populations", *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 324-336.

LaRocco J.M., House J.S., French J.R.P. Jr., (1980), "Social support, occupational stress, and health", *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), pp. 202-218.

Lazarus R.S., De Longis A., Folkman S., Gruen R., (1985), "Stress and adaptational outcomes : The problem of confounded measures", *American Anthropologist*, 40, pp. 770-779.

Lazarus R.S., Folkman S., (1985), *Stress, Appraisal and Coping*, New York, Springer.

Leaf P.J., Weissman M.M., Myers J.K., Tischer G.L., Holzer C.E., (1984), "Social factors related to psychiatric disorder : the Yale epidemiologic catchment areas study", *Social Psychiatry*, 19, pp. 53-61.

Leavy R.L., (1983), "Social support and psychological disorder : a review", *Journal of Community Psychology*, 11, pp. 3-21.

Leff J., (1981), *Psychiatry around the Globe*, New York, Marcel Dekker.

Léger J.-M., Estramon B., Herman C., Malauzat D., (1983), "Problèmes psychopathologiques apparus chez les réfugiés du sud-est asiatique, enquête réalisée dans un centre d'accueil à Limoges, France", *Annales médico-psychologiques*, 141 (1), pp. 107-115.

Leighton D.C., Harding J.S., Macklin D.B., Macmillan A.M., Leighton A.H., (1963), *The Character of Danger*, New York, Basic Books.

Le Vine R., (1973), *Culture, Behavior, and Personality*, Chicago, Aldine.

Levine M., (1966), "Residential change and school adjustment", *Community Mental Health Journal*, 2 (1), pp. 61-69.

Levy L., Rowitz L., (1973), *The Ecology of Mental Disorders*, New York, Behavioural publications.

Lewis C.E., Lewis M.A., Lorimer A., Palmer B.B., (1977), "Child-initiated care : the use of school nursing services by children in an « adult-free » system", *Pediatrics*, 60 (4), pp. 499-507.

Liem R., Liem J., (1978), "Social class and mental illness reconsidered : the role of economic stress and social support", *Journal of Health and Social Behavior*, 19, pp. 139-156.

Lin K.M., Masuda M., Tazuma L., (1982), "Adaptational problems of Vietnamese refugees III", *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 7, pp. 173-183.

Lin K.M., Masuda M., Tazuma L., (1984), "Problems of Eastern refugees and immigrants ; adaptational problems of Vietnamese refugees IV", *The Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 9, pp. 70-84.

Lin N. et coll., (1979), "Social support, stressful life events and illness : a model and an empirical test", *Journal of Health and Social Behavior*, 20, pp. 108-119.

Lin S., Dean A., Ensel W.N., (1986), *Social Support, Life events and Depression*, Orlando, Academic Press.

Link B., Dohrenwend B.P., (1980), "Formulation of hypotheses about the true prevalence of Demoralization in the United States", in B.P. Dohrenwend et coll., *Mental Illness in the United States Epidemiological Estimates*, New York, Basic Books.

Little L.B., (1976), "Technical-professional unemployment : middle-class adaptability to personal crisis", *Sociological Quarterly*, 17, pp. 262-274.

Looney J.G., (1979), "Adolescents as refugees", *Adolescent Psychiatry*, 7, pp. 199-208.

Lowenthal M., Haven C., (1968), "Interaction and adaptation : intimacy as a critical variable", *American Sociological Review*, 33, pp. 20-30.

Lutz C., (1982), "The domain of emotion words on Ifaluk", *American Ethnologist*, 9, pp. 113-128.

Lynam M.J., (1985), "Support networks developed by immigrant women", *Social Science and Medicine*, 21 (3), pp. 327-333.

Malo C., (1985), "Femmes en situation monoparentale et soutien social", *Revue de la littérature*, Manuscrit inédit, Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.

Malt U., Myhrer T., Blikra G., Hoivik B., (1987), "Psychopathology and accidental injuries", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76, pp. 261-271.

Margolin N.L., Teicher J.D., (1968), "Thirteen adolescent male suicide attempts", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 7, pp. 296-315.

Marshall M., (1979), *Weekend Warriors. Alcohol in a Micronesian Culture*, Palo Alto, Mayfield.

Martin C.J., Brown G.W., Brockington I.F., Goldberg D., (1987), "Psychosocial stress and puerperal depression", *Journal of Affective Disorder*.

Masson J.F., (1984), *The Assault on Truth : Freud's Suppression of the Seduction Theory*, Farrar, Straus and Giroux.

McClelland D.C., Davis W.N., Kalin R., Warner E., (1972), *The Drinking Man*, New York, Free Press.

McFarlane A.H., Norman G.R., Sterner D.L., Roy R.G., (1983), "The process of social stress : stable, reciprocal, and mediating relationships", *Journal of Health and Social Behavior*, 24 (2), pp. 160-173.

McLanahan S., Bumpass L., (1988), "Intergenerational consequences of family disruption", *American Journal of Sociology*, 94 (1), pp. 130-152.

McLanahan S.S., Wedemeyer N.V., Adelberger T., (1981), "Network structure, social support, and psychological well-being in the single-parent family", *Journal of Marriage and the Family*, 43, pp. 601-612.

Messier R., (1980), *Problèmes psychologiques, choix de personnes-ressources et modèles d'action chez des adolescents de 14 et 16 ans*, Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.

Mestrovic S.G., (1985), "A social conceptualization of trauma", *Social Science and Medicine*, 8, pp. 835-848.

Milgram S., (1970), "The experience of living in cities", *Science*, 167, pp. 1461-1468.

Miller McC., Ingham J.G., (1976), "Friends, confidants and symptoms", *Social Psychiatry*, 11, pp. 51-58.

Mills C.W., (1943), "The professional ideology of social pathologists", *American journal of Sociology*, 49 (2).

Minde K.K., Minde R., Musisi S., (1984), "Some aspects of disruption of the attachment system in young children : a transcultural perspective", in E.J. Anthony et C. Chaland ; *The Child in His Family, Children in Turmoil : Tomorrow's Parents*, vol. 7.

Mishara B.L., Riedel R.G., (1984), *Le vieillissement*, Paris, PUF.

Mitchell J.C. (éd.), (1969), *Social Networks in Urban Situations*, New York, Humanities Press.

Mitchell R.E., (1980), "*Problem-solving, family climate and the social networks of psychiatric patients*", Conférence présentée à la 88e réunion de l'American Psychological Association, Montréal, septembre.

Mitchell R.E., Billings A.G., Moos R.H., (1982), "Social support and well-being : implications for prevention programs", *Journal of Primary Prevention*, 3 (2), pp. 77-98.

Mitchell R.E., Moos R.H., (1984), "Deficiencies in social support among depressed patients : antecedents of consequences of stress", *Journal of health and Social Behavior*, 25, pp. 438-452.

Mueller D.P., (1980), "Social networks : A promising direction for research on the relationship of the social environment of psychiatric disorder", *Social Science and Medicine*, 14A, pp. 147-161.

Murphy H.B.M., (1955), *Flight and Resettlement*, Paris, Unesco.

Murphy H.B.M., (1973), "History and the evolution of syndromes : the striking case of Latah and Amok", in M. Hammer, K. Salzinger, S. Sutton (éd.), *Psychopathology*, New York, Wiley, pp. 33-55.

Murphy H.B.M., (1973), "The low rate of mental hospitalization shown by immigrants to Canada", in C. Zwingmann et M. Pfister-Amende (éd.), *Uprooting and After*, Heidelberg et New York, Springer Verlag.

Murphy H.B.M., (1977), "Migration, culture and mental health", *Psychological Medicine*, 7, pp. 677-684.

Murphy H.B.M., (1978), "The meanings of symptoms-checklist scores in mental health surveys : a testing of multiple hypotheses", *Social Science and Medecine*, 12, pp. 67-75.

Murphy H.B.M., (1982), *Comparative Psychiatry*, New York, Springer-Verlag.

Murphy H.B.M., (1987), "Migration, culture and our perception of the stranger", in E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault, M. Tousignant, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Girame, pp. 77-86.

Murphy H.B.M., Negrete J.C., Tousignant M., (1979), "Exploring a new type of alcoholism survey", *International Journal of Epidemiology*, 80, pp. 119-126.

Murphy J.M., Monson R.R., Olivier D.C., Sobol A.M., Leighton A.H., (1987), "Affective disorders and mortality : a general population study", *Archives of General Psychiatry*, 44, pp. 473-480.

Myers J., Lindenthal J.J., Pepper M., (1974), "Social class, life events and psychiatric symptoms : a longitudinal study", in B.S. Dohrenwend et B.P. Dohrenwend (éd.), *Stressful Life Events, Their Nature and Effects*, New York, Wiley.

Myers J.K., Roberts B.H., (1959), *Family and Class Dynamics in Mental Illness*, New York.

Myers J.K., Weissman M.M., Tischler G.L., Holzer C.E., Leaf P.J., Oruaschel H., Anthony J.E., Boyd J.H., Burke J.D., Kramer M., Stoltzman R., (1984), "Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities", *Archives of General Psychiatry*, 41, pp. 954-967.

Nadeau L., (1988), *Les événements et les difficultés de vie comme facteurs étiologiques dans le processus d'alcoolisation et d'entrée en traitement des femmes alcooliques*, Thèse de doctorat, Université du Québec à Montréal.

Naditch M., Morrissey R.F., (1976), "Roll stress, personality, psychopathology in a group of immigrant adolescents", *Journal of Abnormal Psychology*, 85 (1), pp. 113-118.

Nann R.C., (1982), *Uprooting and Surviving*, Dordrecht, Holland, Reidel.

Newcomb M.D., Huba G.J., Bentler P.M., (1986), "Desirability of various life change events among adolescents : effects of exposure, sex, age, and ethnicity", *Journal of Research in Personality*, 20, pp. 207-227.

Newmann J.P., (1984), "Sex differences in symptoms of depression : clinical disorder or normal distress ?", *Journal of Health and Social Behavior*, 25, pp. 136-159.

Nguyen S.D., (1982), "The psychosocial adjustment and the mental needs of Southeast Asian refugees", *Psychiatric Journal of the University of Ottawa*, 7, pp. 26-35.

Nolen-Hoeksema, (1987), "Sex differences in unipolar depression : evidence and theory", *Psychological Bulletin*, 101 (2), 259-282.

Nuckolls K.B., Cassel J., Kaplan B.H., (1972), "Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy", *American Journal of Epidemiology*, 95, pp. 431-441.

Orley J., Wing J., (1975), "Psychiatric disorders in two African villages", *Archives of General Psychiatry*, 36, pp. 513-520.

Padilla A.M., (1980), "The role of cultural awareness and ethnic loyalty in acculturation", in A.M. Padilla (éd.), *Acculturation : Theory, Models and some New Findings*, Boulder, Co, Westview Press.

Pandolfi M., (1987), "Psychothérapie et milieu rural en Italie", in E. Corin, S. Lamarre, P. Migneault, M. Tousignant, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Girame, 87-96.

Parker G., (1979), "Sex differences in non-clinical depression", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 13, pp. 67-74.

Parker S., (1983), *Parental Overprotection : A Risk Factor in Psycho-social Development*, New York, Grune et Stratton.

Parkes M.C., (1972), *Bereavement : Studies of Grief in Adult Life*, New York, International university press.

Pattison E.M., Defrancisco D., Wood P., Frazier H., Crowder J.A., (1975), "A psychological kinship model for family therapy", *American Journal of Psychiatry*, 132, 1246.

Paykel E.S., (1983), "Methodological aspects of life events research", *Journal of Psychosomatic Research*, 27, pp. 341-352.

Pearlin I., Johnson J.S., (1977), "Marital status, life-strains and depression", *American Sociological Review*, 42, pp. 704-715.

Pearlin L.I., (1975), Sex roles and depression, in N. Datan et L.H. Ginsberg (éd.), *LifeSpan Developmental Psychology : Formative Life Crises*, New York, Academic Press.

Pearlin L.I., (1983), "Role strains and personal stress", in H.B. Kaplan, *Psychosocial Stress : Trends in Theory and Research*, New York, Academic Press, pp. 3-31.

Pearlin L.I., Lieberman M.A., (1979), "Social sources of emotional distress", in R. Simmons (éd.), *Research in Community and Mental Health*, Greenwich, CT, JAI Press, pp. 217-248.

Pearlin L.I., Lieberman M.A., Menaghan E.G., Mullan J.T., (1981), "The stress process", *Journal of Health and Social Behavior*, 22, pp. 337-356.

Pearlin L.I., Schooler L., (1978), "The structure of coping", *Journal of Health and Social Behavior*, 19, pp. 2-21.

Pearlin L.T., (1962), "Alienation from work : A study of nursing personnel", *American Sociological Review*, 27, pp. 314-326.

Pennebaker J.W., (1982), *The Psychology of Physical Symptoms*, New York, Springer.

Pett M.G., (1982), "Predictors of satisfactory social adjustment of divorces single parents", *Journal of Divorce*, 5 (3), pp. 1-17.

Pettifor J., Perry D., Plowman B., Pitcher S., (1983), "Risk factors predicting childhood and adolescent suicides", *Journal of Child Care*, 1 (3), pp. 17-49.

Pfister-Ammende M., (1955), "The symptomatology, treatment, and prognosis in mentally ill refugees and repatriates in Switzerland", in H.B.M. Murphy (éd.), *Flight and Resettlement*, pp. 147-172, Paris, Unesco.

Phillips D.L., Segal B.E., (1969), "Sexual status and psychiatric symptoms", *American Sociological Review*, 34, pp. 58-72.

Pidolle A., Gauthier P., (1989), "Psychose et communauté, stratégie d'insertion en milieu rural", *Transitions*, 27-29, pp. 387-395.

Pihl R.O., Caron M., (1980), "The relationship between geographic mobility, adjustment, and personality", *Journal of Clinical Psychology*, 36 (1), pp. 190-194.

Pilisuk M., Froland C., (1978), "Kinship, social networks, social support and health", *Social Science and Medicine*, 12B, pp. 273-280.

Plunkett R.J., Gordon J.E., (1960), *Epidemiology and Mental Illness*, monograph series no 6, New York, Basic Books.

Pollack E.S., (1975), "Les indices de santé mentale en santé de la famille", *World Health Statistic Reports*, 28, pp. 278-285.

Prudo R., Harris T., Brown G.W., (1982), "Psychiatric disorder in a rural and an urban population : 3. Social integration and the morphology of affective behavior", *Psychological Medicine*, 12, pp. 327-345.

Quinton D., Rutter M., (1984a), "Parents with children in care : 1. Current circumstances and parenting skills", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, pp. 211-229.

Quinton D., Rutter M., (1984b), "Parents with children in care : inter-generational continuities", *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 25, pp. 231-250.

Rabkin J.G., Struening E.L., (1976), "Life events, stress, and illness", *Science*, 194, pp. 1013-1020.

Radloff L., (1975), "Sex differences in depression : the effects of occupation and marital status", *Sex Roles*, 1, pp. 249-265.

Radloff L.S., Helzer J.E., Crougham J., Ratchff K.S., (1977), "The CES-D scale : a selfreporter depressive scale for research in the general population", *Journal of Applied Psychological Measurement*, 1, pp. 385-401.

Rahim A., Mukherjee A.K., (1984), *South Asians in Transition : Problems and Challenges*, Scarborough, Indian Immigrant Aid Services.

Rainwater L., (1960), *And the Poor Get Children*, Chicago.

Regier D.A., Boyd J.H., Burke J.D., Rae D.S., Myers J.K., Kramer M., Robins L.N., George L.K., Karno M., Locke B.Z., (1988), "One-month prevalence of mental disorders in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 977-986.

Reynolds D., (1976), *Morita Psychotherapy*, Berkeley, California University Press.

Rich C.L., Fowler R.C., Fogarty L.A., Young D., (1988), "San Diego suicide study, III. Relationships between diagnoses and stressors", *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 589-592.

Rich C.L., Young D., Fowler R.C., (1986), "San Diego suicide study", *Archives of General Psychiatry*, 43, pp. 577-582.

Ritchie J., (1980), "Social characteristics of a sample of solo mothers", *New Zealand Medical Journal*, 14, pp. 349-352.

Robins L.N., Helzer J.E., Croughan J., Ratcliff K.S., (1981), "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : its history, characteristics and validity", *Archives of General Psychiatry*, 38, pp. 381-384.

Rorsman B., (1974), "Mortality among psychiatric patients", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 50, pp. 354-374.

Rosanoff A.F., (1916), "A survey of mental disorders in Nassau County", *New York Psychiatric Bulletin*, 2 (2), 109.

Roskies E., (1978), "Immigration and mental health", *Canada's Mental Health*, 26 (2), pp. 4-6.

Ross M.W., Clayer J.R., Campbelle R.L., (1983), "Parental rearing patterns and suicidal thoughts", *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, pp. 429-433.

Roy P.M., Emond A., Pineault R., (1989), *La relation chômage-santé : une étude prospective*, LABREV, cahier 8805L, Université du Québec à Montréal.

Rutter M., (1981), *Maternal Deprivation Reassessed* (2e éd.), Hammondsworth, Middlesex, England, Penguin Books.

Sack W., Angell R., Kinzie J.D., Manson S., Rath B., (1986), "The psychiatric effects of massive trauma on Cambodian children, II, The family and school", *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 25, pp. 377-383.

Salgado De Snyder V.N., (1987), *Mexican immigrant women : the relationship of ethnic loyalty and social support to acculturative stress and depressive symptomatology*, Spanish Speaking Mental Health Research Center, Occasional Paper, No 22, Los Angeles, CA.

Sandler I.N., Barrera M. Jr., (1980), "Social support as a stress-buffer : a multi-method investigation", Conférence présentée à la 88e réunion de l'*American Psychological Association*, Montréal, septembre 1980.

Saucier J.-F., Steinberg M., (1979), *Adolescents et prévention*, Rapport préliminaire de recherche, Section des sciences du comportement, Département de psychiatrie, Université de Montréal et Centre de recherche pédiatrique, Hôpital Ste-Justine, Montréal.

Scheper-Hughes N., (1978), *Saints, Scholars and Schizophrenics*, Berkeley, University of California Press.

Schrader A., (1980), "The vulnerable age : findings on foreign children in Germany", *Social Education*, 51, pp. 227-230.

Schrut A., (1986), "Some typical patterns in the behavior and background of adolescent girls who attempt suicide", *American Journal of Psychiatry*, 125 (1), pp. 69-74.

Segalen M., (1987), "Life-course patterns and peasant culture in France : a critical assessment", *Journal of Family History*, 12 (1-3), pp. 213-224.

Seiler L.H., (1973), "The 22-Item Scale used in field studies of mental illness : a question of method, a question of substance, and a question of theory", *Journal of Health and Social Behavior*, 14, pp. 252-264.

Seligman M.E.P., (1975), *Helplessness : On Depression, Development and Death*, San Francisco, Freeman.

Shafii M., Carrigan S., Whittinghill A.C., Derrick A., (1985), "Psychological autopsy of completed suicide in children and adolescents", *American Journal of Psychiatry*, 142 (9), pp. 1061-1064.

Shinn M., Lehmann S., Wong N.W., (1984), "Social interaction and social support", *Journal of Social Issues*, 40 (4), pp. 55-76.

Shumaker S.A., Brownell A., (1984), "Toward a theory of social support : closing conceptual gaps", *Journal of Social Issues*, 40 (4), pp. 11-36.

Silver R.L., Wortman C.B., (1980), "Coping with undersirable life events", in J. Garber et M.E.P. Seligman, *Human Helplessness : Theory and Applications*, New York, Academic, pp. 279-375.

Smith D.H., (1973), *The Geography of Social Well-Being in the United States*, New York, McGraw Hill.

Smith J.J., (1980), "The social consequences of single parenthood : a longitudinal perspective", *Family Relations*, 29, pp. 75-81.

Smith K., Crawford S., (1986), "Suicidal Behavior among « normal », high school students", *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 16 (3), pp. 313-325.

Spanier G.B., Hanson S., (1981), "The role of extended kin in the adjustment to marital separation", *Journal of Divorce*, 5 (1), pp. 32-48.

Spielberger C.D., (1983), *Manual for the State - Trait Anxiety Inventory*, Consulting Psychologists Press, Palo Alto, California.

Srole L., Langner T.S., Micheal S.T., Opler M.K., Rennie T.A.C., (1962), *Mental Health in the Metropolis*, New York, McGraw Hill.

Stanley E.J., Barter J.T., (1970), "Adolescent suicidal behavior", *American Journal of Orthopsychiatry*, 40 (1), pp. 87-95.

Star S.A., (1959), "The screening of psychoneurotics in the army ; technical developments of tests", in S. Stouffers et coil. MR., *The American Soldier, vol. IV, Measurements and Prediction*, Princeton, Princeton University Press.

Stearns C.Z., Stearns P.N., (1986), *Anger : the Struggle for Emotional Control in America's History*, Chicago, The University of Chicago Press.

Stokols D., Shumaker S.A., (1982), "The psychological context of residential mobility and well-being", *Journal of Social Issues*, 38 (3), pp. 149-171.

Stokols D., Shumaker S.A., Martinez J., (1983), "Residential mobility and personal wellbeing", *Journal of Environmental Psychology*, 3, pp. 5-19.

Surtees P., (1980), "Social support, residual adversity and depressive outcome", *Social Psychiatry*, 15, pp. 71-80.

Syme S.L., (1984), "Sociocultural factors and disease etiology", in W.D. Gentry (éd.), *Handbook of Behavioral Medicine*, New York, Guilford Press, pp. 13-37.

Tatlor S.E., (1983), "Adjustment to threatening events : a theory of cognitive adaptation", *American Psychologist*, 38, pp. 1161-1173.

Tennant C., (1985), "Female vulnerability to depression", *Psychological Medicine*, 15, pp. 733-737.

Tennant C., Bebbington P., (1978), "The social causation of depression : a critique of the work of Brown and his colleagues", *Psychological Medicine*, 8, pp. 565-575,

Tennant C., Bebbington P., Hurry J., (1981), "The role of life events in depressive illness : is there a substantial causal relation ?", *Psychological Medicine*, 11, pp. 379-389.

Thoits P.A., (1983), "Dimensions of life events that influence psychological distress : an evaluation and synthesis of the literature", in H.B. Kaplan (éd.), *Psychosocial Stress : Trends, in Theory and Research*, New York, Academic Press, pp. 33-103.

Thoits P.A., (1987), "Gender and marital status differences in control and distress : common stress versus unique stress explanation", *Journal of Health and Social Behavior*, 28, pp. 7-22.

Thoits P.A., (1982), "Life stress, social support, and psychological vulnerability : epidemiological considerations", *Journal of Community Psychology*, 10, pp. 341-362.

Toldsclorf C., (1976), "Social networks, support and coping : an exploratory study", *Family Process*, 15, pp. 407-417.

Touliatos J., Lindholm B.W., (1980), "Behavioral disturbance in children of native-born and immigrant parents", *Journal of Community Psychology*, 9, pp. 28-33.

Tousignant M., (1978), "L'inversion des rôles sexuels dans le rituel thérapeutique traditionnel au Mexique", *Social Science and Medicine*, 12 B, pp. 215-218.

Tousignant M., (1979), "Espanto : a dialogue with the gods", *Culture Medicine and Psychiatry*, 3, pp. 347-361.

Tousignant M., (1984), "Pena in the Ecuadorian sierra : a psychoanthropological analysis of sadness", *Culture, Medicine and Psychiatry*, 8, pp. 381-398.

Tousignant M., *La santé des jeunes canadiens : bilans, tendances et aspects psychosociaux, (Health of Young Canadians : Trends, Assessments and Psychosocial Aspects)*, Secrétariat d'État, Direction générale de la coordination des politiques de l'analyse et des systèmes de gestion, Ottawa, février 1985, 99 pages.

Tousignant M., Brosseau R., Tremblay L., (1987), "Sex bias in mental health surveys : do women tend to report less serious symptoms than men", *Psychological Medicine*, 17, pp. 203-215.

Tousignant M., Denis G., Lachapelle R., (1974), "Some considerations concerning the validity and use of the health opinion survey", *Journal of Health and Social Behavior*, 15, pp. 241-252.

Tousignant M., Hamel S., Bastien M.F., (1988), "Structure familiale, relations parentsenfants et conduites suicidaires à l'école secondaire", *Santé mentale au Québec*, 13, pp. 79-93.

Tousignant M., Hanigan D., (1986), "Comportements suicidaires et entourage social", *LAREHS*, Montréal.

Tousignant M., Hanigan D. (À paraître), "Conduites suicidaires et dépression chez les jeunes", in R.J. Flynn and P. Capelliez (éd.), *Depression among Special Groups in Canada*.

Tousignant M., Hanigan D., Bergeron L., (1984), "Le mal de vivre : comportements et idéations suicidaires chez les cégépiens de Montréal", *Santé mentale au Québec*, 9 (2), pp. 122-133.

Tousignant M., Kovess V., (1985), "L'épidémiologie en santé mentale : le cadre conceptuel de l'enquête Santé Québec", *Sociologie et sociétés*, 17, pp. 15-26.

Tousignant M., Maldonado M., (1989), "Sadness, depression and social reciprocity in Highland Ecuador", *Social Sciences and Medicine*, 28 (9), pp. 899-904.

Tousignant M., Mishara B.L., (1981), "Suicide and culture : A review of the literature (1969-1980)", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 18, pp. 5-31.

Tousignant M., Murphy H.B.M., (1981), "The Epidemiological Network Survey : a new tool for surveying deviance and handicaps", *Social Forces*, 60 (3), pp. 854-858.

Tsuang M.T., Simpson J.C., (1985), "Mortality studies in psychiatry : Should they stop or proceed ?", *Archives of General Psychiatry*, 42, pp. 98-103.

Turner R.J., (1981), "Social support as a contingency in psychological well-being", *Journal of Health and Social Behavior*, 22 (4), pp. 357-367.

Turner R.J., (1983), "Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions", in H.B. Kaplan (éd.), *Psychosocial Stress : Trends in Theory and Research*, pp. 105-155, New York, Academic Press.

Tyhurst L., (1951), "Displacement and migration, a study of social psychiatry", *American Journal of Psychiatry*, 107, pp. 561-568.

Vaillant G.E., Schnurr P., (1988), "What is a case ?, A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health", *Archives of General Psychiatry*, 45, pp. 313-319.

Vallet M., François J., (1982), "Évaluation physiologique et psychologique de l'avion sur le sommeil", *Travail humain*, 45, pp. 155-168.

Vega W.A., Kolody B., Warheit G., (1985), "Psychoneuroses among Mexican Americans and other whites : prevalence and caseness", *American Journal of Public Health*, 75 (5), pp. 523-527.

WHO, (1973), *The International Pilot Study of Schizophrenia*, WHO, Genève.

Wakil S., Sidique C.M., Wakil F.A., (1981), "Between two cultures : a study in socialization of children of immigrants", *Journal Marriage and the Family*, 43 (4), pp. 929-940.

Waldron I., (1980), "Employment and women's health : an analysis of causal relationships", *International Journal of Health Services*, 10, pp. 435-454.

Walker K.M., MacBride A., Vachion M.L.S., (1977), "Social support networks and the crisis of bereavement, " *Social Science and Medicine*, 11, pp. 35-41.

Warr P., (1984), "Economic recession and mental health : a review of research", *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*.

Weingarten H.R., (1985), "Marital status and well-being : a national study comparing first-married, currently divorced, and remarried adults", *Journal of Marriage and the Family*, 47, 653-661.

Weissman M.M., Klerman G.L., (1978), "Epidemiology of mental disorders : emerging trends in the United States", *Archives of General Psychiatry*, 35, 705-712.

Werner T.D., Ross D., (1969), "Research in occupational psychiatry", in R. Collins (éd.), *Occupational Psychiatry*, Boston.

Westermeyer J., (1980), "Mental illness in a peasant society : Social outcomes", *American Journal of Psychiatry*, 137, pp. 1390-1394.

Westermeyer J., (1989), "Psychiatric epidemiology across cultures : current issues and trends", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 26, pp. 5-25.

Westermeyer J., Vang T.F., Neider J., (1983), "Migration and mental health among Hmong refugees : association of preand post-migration factors with self-rating scales", *Journal of Nervous and Mental Disease*, 171, pp. 86-91.

Whiting J.W.M., Child I.L., (1953), *Child Training and Personality : a Cross-Cultural Study*, New Haven, Yale University Press.

Willcox B.L., (1985), "Stress, coping and the social milieu of divorced women", in S.E. Hobfoll (éd.), *Social Support, Stress and Women*, New York, Hemisphere.

Williams AW., Ware J.E. Jr., Donald D.A., (1981), "A model of mental health life events, and social support applicable to general populations", *Journal of Health and Social Behavior*, 22 (4), pp. 324-336.

Wing J.K., Cooper J.E., Sartorius N., (1974), *Measurement and Classification of Psychiatric Symptoms*, An Instruction Manual for the Present State Examination and CATEGO Programm, Cambridge, Cambridge University Press.

Wright L.S., (1985), "Suicidal thoughts and their relationship to family stress and personal problems among high school seniors and college undergraduates", *Adolescence*, 20, pp. 575-580.

Yamamoto J., Lam J., Fung D., Tan F., Iga M., (May 1976), Chinese-speaking Vietnamese refugees in Los Angeles : a preliminary investigation, Paper presented at the Annual Meeting of the *American Psychiatric Association*, Florida.

Yarrow M.R., Schwartz C.G., Murphy H.S., Deasy L.C., (1955), "The psychological meaning of mental illness in the family", *The Journal of Social Issues*, 11 (4), pp. 12-24.

Zeiss A.M., Zeiss R.A., Johnson S.M., (1980), "Sex differences in initiation of an adjustment to divorce". *Journal of Divorce*, 4 (2), pp. 21-33.

Zimmerman M., (1983), "Methodological issues in the assessment of life events : a review of issues and research", *Clinical Psychology Review*, 3, pp. 339-370.

Fin du texte