

La recherche sociale anglo-saxonne en santé mentale : tendances, limites et impasses

Anglo-Saxon social research in mental health : tendencies, limits and impasses

Gilles Bibeau, Colette Sabatier, Ellen Corin, Michel Tousignant et Jean-François Saucier

Volume 14, numéro 1, juin 1989

Le vieillissement (1) et La recherche psychosociale et ses enjeux (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031492ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031492ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Bibeau, G., Sabatier, C., Corin, E., Tousignant, M. & Saucier, J.-F. (1989). La recherche sociale anglo-saxonne en santé mentale : tendances, limites et impasses. *Santé mentale au Québec*, 14(1), 103–120.
<https://doi.org/10.7202/031492ar>

Résumé de l'article

Dans cette revue critique de la recherche anglo-saxonne en santé mentale, les auteurs identifient les dimensions et variables qui sont prises en considération dans l'analyse d'une part de l'espace social et d'autre part du champ de la santé mentale. Trois aspects essentiels des recherches sont analysés : les cadres théoriques de référence ; les méthodes et instruments ; et la manière dont les liens sont faits entre les variables sociales et les problèmes de santé mentale. Dans une longue conclusion, les orientations de la recherche sociale et les problèmes de santé mentale sont comparées aux recherches anglo-saxonnes.

La recherche sociale anglo-saxonne en santé mentale: tendances, limites et impasses

*Gilles Bibeau**

*Colette Sabatier***

*Ellen Corin****

*Michel Tousignant*****

*Jean-François Saucier******

Dans cette revue critique de la recherche anglo-saxonne en santé mentale, les auteurs identifient les dimensions et variables qui sont prises en considération dans l'analyse d'une part de l'espace social et d'autre part du champ de la santé mentale. Trois aspects essentiels des recherches sont analysés: les cadres théoriques de référence; les méthodes et instruments; et la manière dont les liens sont faits entre les variables sociales et les problèmes de santé mentale. Dans une longue conclusion, les orientations de la recherche sociale québécoise en santé mentale sont comparées aux recherches anglo-saxonnes.

La santé mentale est de plus en plus fréquemment définie par les spécialistes de la psychopathologie comme un phénomène complexe au sein duquel se conjuguent des dimensions biologiques, psychologiques, sociales et culturelles, chacune de ces dimensions intervenant dans le développement d'un problème pour une part d'autant plus difficile à apprécier que les dimensions sont interactives. Tout en étant conscients de cette multidimensionalité, les chercheurs se centrent néanmoins le plus souvent sur l'une ou l'autre dimension dans le but d'élucider son impact spécifique sur la genèse des problèmes de santé mentale; de plus les protocoles de recherche ne permettent pas toujours de montrer comment la dimension sous étude est dynamiquement articulée aux autres. Dans cet article, nous nous limitons à examiner comment la dimension sociale de la santé mentale a été de fait étudiée dans

des recherches concrètes réalisées par des chercheurs des pays anglo-saxons. Nous centrons principalement notre analyse sur la manière dont les chercheurs anglo-saxons opérationnalisent, étudient et mesurent les variables sociales dans leur rapport à la santé mentale; et secondairement nous essayons de mettre en évidence leurs conceptions des liens entre le social, le biologique et le psychologique dans la santé mentale.

Ce n'est pas l'apport de l'ensemble des sciences sociales à la compréhension du champ de la santé mentale qui est évalué dans cet article. Les sciences sociales comme par exemple la sociologie, l'anthropologie, les sciences politiques et économiques ont littéralement envahi au cours des dernières années le champ de la santé et de la maladie, concourant à souligner les aspects sociaux et le contexte global de phénomènes pathologiques que les traditions les plus vigoureuses de recherche ont surtout appréhendés à travers leur épaisseur biologique. Le développement de la médecine sociale et de la santé communautaire a aussi largement contribué à l'ouverture des sciences médicales vers la prise en considération des aspects sociaux dans la santé; et enfin la participation de plus en plus importante des sciences sociales d'intervention dans les services (le travail social, la criminologie, la psychoéducation...) constitue une reconnaissance de l'importance des variables socio-culturelles et économiques dans la genèse des problèmes de santé de tous genres. Il aurait été intéressant de faire le point

* G. Bibeau est professeur d'anthropologie médicale au département d'anthropologie de l'Université de Montréal.

C. Sabatier est spécialiste en psychologie infantile.

E. Corin est professeur associé au département de psychiatrie de McGill et dirige l'Unité de recherche psychosociale de l'hôpital Douglas.

M. Tousignant dirige le Laboratoire de Recherche en Écologie Sociale et Humaine de l'UQAM et est professeur au département de psychologie de la même université.

J.F. Saucier, psychiatre et anthropologue, est professeur au département de psychiatrie de l'Université de Montréal.

Tous les auteurs sont à l'exception de C. Sabatier, membres du Groupe Interuniversitaire de Recherche en Anthropologie Médicale et en Ethnopsychiatrie (GIRAME).

sur la manière dont les sciences sociales ont conduit à restructurer la problématique globale de la santé mentale en recherche et en clinique ; notre projet est cependant beaucoup plus modeste puisque nous nous limitons ici uniquement à analyser un corpus d'articles de recherche et à dégager les formes dominantes d'étude du social qui sont mises en œuvre dans ces recherches. Nous nous limitons donc dans ce texte à restituer les principales lectures faites par un échantillon de chercheurs anglo-saxons relativement aux rapports entre les variables sociales et les problèmes de santé mentale.

Toute revue critique de la production scientifique permet de dégager par rapport à un domaine particulier de recherches les tendances principales, d'identifier les nouvelles orientations et les impasses et de manière générale de faire périodiquement le point sur l'état de la recherche. On sait depuis Kuhn (1962) que les activités des chercheurs, quels que soient leur discipline ou leur domaine de recherche, s'organisent autour d'un double processus : d'une part, ils ont tendance à travailler au sein d'un paradigme dominant qui impose à tous des théories et des méthodes particulières pour la collecte et l'analyse des données ; d'autre part des modèles conceptuels alternatifs et des approches méthodologiques originales émergent çà et là à la périphérie des recherches, contestant par le fait même les modèles dominants de la science dite normale et préparant éventuellement des ruptures dans les pratiques scientifiques.

Comme dans la plupart des revues critiques (overviews), c'est principalement de la science normale dont traitera cet article, les nouveautés dans l'activité théorique et les innovations dans les méthodes étant difficilement identifiables dans leurs premières formulations, et échappant aisément à un inventaire, fut-il minutieux, de la production scientifique. Avec Kuhn, nous entendons par science normale l'ensemble des points de vue, des concepts et des théories communément partagés par la communauté des chercheurs travaillant dans un domaine spécifique ou sur une thématique particulière. Cet ensemble standardisé de manières de penser peut être considéré comme une espèce de vulgate scientifique dont le langage a été appris durant la formation académique ; il s'agit du langage commun que le chercheur se doit de parler lorsqu'il s'exprime dans les revues scientifiques et qui s'impose d'autant

plus que les organismes subventionnaires distribuent leurs fonds sur la base des évaluations généralement faites par les chercheurs qui dominent dans la spécialité et qui ont intérêt à ce que la « science normale » continue à se reproduire. Le texte qui suit veut précisément mettre en évidence les caractéristiques de la vulgate scientifique et de la « xoiné » communément parlée par les chercheurs anglo-saxons qui étudient en cette fin du XXe siècle les problèmes de santé mentale du point de vue des variables sociales¹.

Parler, a écrit Luce Irigaray (1985), n'est jamais neutre ; et Bourdieu (1982) faisant écho à Irigaray et à toute la sociolinguistique a montré qu'écrire, de la même manière que parler, n'est jamais universel, l'écriture exprimant des manières particulières de juger, de penser et de dire. Ce n'est pas seulement de la forme rhétorique dont parlent ces auteurs mais plus fondamentalement du contenu même des discours. Et lire n'est pas plus neutre que parler ou écrire. Le puissant courant herméneutique contemporain, et plus particulièrement l'école déconstructionniste associée aux noms de de Man et Derrida, nous rappellent en effet à nouveau la dialectique du texte et du lecteur en s'interrogeant sur la subjectivité des interprètes et sur les conditions d'accès au message de l'auteur (Waters et Godzich, 1989). Conscients que nous étions du fait que nous lisons toujours les textes, les articles scientifiques aussi bien que les œuvres littéraires, à partir d'un certain point de vue et sous un certain angle, nous nous sommes imposés des paramètres précis pour guider notre lecture, notre analyse du contenu et notre interprétation. Ces paramètres seront discutés plus bas dans les sections relatives au découpage du champ de la santé mentale et de l'espace social.

Nous avons divisé notre analyse critique de la recherche sociale anglo-saxonne en six parties. Dans un premier paragraphe, nous présentons le corpus de revues et d'articles que nous avons soumis à l'analyse ; dans les deux paragraphes qui suivent, nous identifions les dimensions et variables qui sont utilisées par les chercheurs pour mener leurs recherches dans les deux domaines qui nous intéressent, la santé mentale et l'espace social. Nous discutons ensuite successivement de trois aspects essentiels des recherches : 1) des cadres théoriques les plus importants ; 2) des méthodes et instruments de recherche les plus utilisés ; et 3) de la manière dont

les chercheurs comprennent les liens entre les variables sociales et la santé mentale.

Au terme de cette démarche analytique, nous nous demandons en conclusion comment se situe la recherche sociale québécoise en santé mentale relativement à la recherche anglo-saxonne telle que décrite dans cet article : sommes-nous tout simplement des répétiteurs et des épigones ou avons-nous développé des orientations originales de recherche ? C'est à cette difficile question que nous répondrons succinctement dans notre conclusion.

La littérature anglo-saxonne en psychiatrie sociale

Le corpus que nous avons analysé a été limité à 200 articles parus durant les années 1985-87 dans dix revues anglo-saxonnes qui publient de manière régulière des textes sur les aspects sociaux des problèmes de santé mentale. Le choix de ces dix revues (voir tableau 1) a été fait sur la base d'une liste informatisée de 150 revues, en prenant comme seuls critères l'importance de la revue (par exemple le nombre de numéros par année, donc le nombre d'articles publiés annuellement) et le fait que la revue publiait régulièrement des articles traitant des aspects sociaux de la santé mentale. Cette pertinence a été évaluée en tenant compte de la thématique de l'article (par exemple de l'interface entre la recherche en sciences sociales et la recherche spécifique à la santé mentale) et de sa nature (par exemple rapport de recherche ou revue de la littérature sur les différentes recherches) ; nous avons éliminé les articles d'opinion ou de synthèse destinés à la vulgarisation.

Le nombre de revues a été limité à dix, afin de donner un aperçu des recherches actuelles réalisées sur une période de temps limitée (trois ans) mais suffisamment étendue pour permettre de dégager des tendances. De ce fait, plusieurs excellentes revues qui répondent à nos critères n'ont pas été retenues. Aucune prétention encyclopédique d'exhaustivité n'a prévalu, notre but étant essentiellement de dégager la science normale qui prévaut dans le domaine. Huit spécialistes des approches sociales en santé mentale ont servi de juges quant aux choix des revues et ont considéré qu'une sélection d'articles parus dans les dix revues reprises au tableau 1 per-

mettrait de constituer un corpus assez représentatif des tendances de la recherche anglo-saxonne sur les aspects sociaux de la santé mentale².

TABLEAU 1

Revues anglo-saxonnes sélectionnées pour l'analyse

1. American Journal of Orthopsychiatry	20
2. British Journal of Psychiatry	42
3. Culture Medicine and Psychiatry	7
4. Journal of Community Psychology	16
5. Journal of Health and Social Behavior	21
6. Journal of Human Stress	20
7. Journal of Nervous and Mental Disease	20
8. Journal of Personality and Social Psychiatry	11
9. Psychological Medicine	24
10. Social Sciences and Medicine	20

Nous avons consciemment mis de côté les revues francophones qui publient sur les mêmes sujets. La tradition psychiatrique française et la pratique des sciences sociales en France s'inspirent de modèles conceptuels qui contrastent souvent radicalement avec les perspectives anglo-saxonnes et il aurait été évidemment fort intéressant de mener une analyse comparative de la production scientifique francophone et anglo-saxonne. Un tel travail reste à faire mais nous devons néanmoins signaler le fait qu'il existe fort peu de revues scientifiques francophones spécifiquement dédiées aux approches sociales de la santé mentale.

Pour chacun des textes scientifiques retenus, nous avons d'abord examiné les catégories suivantes d'information :

- le champ disciplinaire des auteurs en distinguant explicitement dix : épidémiologie, psychiatrie, médecine, sociologie, psychologie, anthropologie, travail social, nursing, psychoéducation, criminologie ;
- le thème principal de la recherche sur la base d'une liste d'indexeurs descriptifs et nominaux ;
- le type de recherche en distinguant entre les recherches : descriptive, évaluative, avec devis à hypothèse, recherche-action, analyse de cas qualitative et quantitative, longitudinale et transactionnelle, ... ;

- les instruments de cueillette des données : entretien libre, semi-directif, directif; questionnaires et échelles validés ou construits ad hoc; tests psycho et socio-métriques; observation participante; analyse de dossiers, ...;
- l'échantillon ou population étudié: groupes d'âge, taille des groupes, groupe témoin...

Toutes ces informations furent relativement aisées à retransposer sur nos grilles dans la mesure où elles sont de nature descriptive et généralement explicitées par les auteurs eux-mêmes. Ce fut beaucoup plus difficile, comme nous le verrons, d'identifier les catégories utilisées par les chercheurs pour étudier les variables sociales; de même, l'angle sous lequel ils abordent la santé mentale ne fut pas facile à mettre en évidence; enfin il nous fut difficile de découvrir les modèles théoriques utilisés pour relier les variables sociales aux problèmes de santé mentale.

Le découpage du champ de la santé mentale

Un des critères en fonction desquels ont été retenus les articles est le fait qu'ils traitaient de problèmes de santé mentale. Nous avons choisi de partir d'une définition relativement large de la santé mentale puis, de chercher à préciser quels sont les aspects plus particuliers de la santé mentale sur lesquels se sont concentrés les travaux. La définition du champ adoptée au départ se situe en continuité avec celle du Comité sur la Santé Mentale au Québec (Corin et al., 1985) et du Comité de la Politique de la Santé Mentale (1987). Les auteurs soulignent dans ces documents la complexité de la notion de santé mentale et mettent en garde contre les pièges inhérents à une définition trop stricte de cette notion. Ils considèrent la santé mentale comme une réalité complexe qui se situe au point de rencontre de trois axes interactifs: un axe biologique centré sur l'aspect génétique et physiologique des potentialités individuelles en regard de la santé mentale; un axe psychologique (cognitif et affectif) qui reflète la manière dont se constituent au cours du développement les relations de l'individu au monde qui l'entoure; et un axe contextuel qui examine les conditions de contexte qui, tant au niveau de la société qu'à un niveau interpersonnel, influencent les problèmes que rencontrent les individus et les

stratégies qu'ils élaborent pour y répondre (Corin et al., 1985, 12).

Les variables sociales peuvent être mises en relation avec l'un ou l'autre des trois axes mais c'est plus particulièrement en relation aux axes psychodéveloppemental et contextuel que la dimension sociale est étudiée: le développement psychologique se fait toujours au sein d'un espace relationnel et le contexte permet de prendre en compte l'ensemble des caractéristiques d'un milieu de vie parmi lesquelles dominent chez les chercheurs les caractéristiques sociales.

Pour préciser la manière dont la santé mentale a été abordée dans les articles analysés, nous nous sommes référés explicitement à la distinction qu'établissent les deux documents précités entre une part le champ de la santé mentale, qui est défini comme concernant directement les personnes souffrant de troubles psychiques et pour lesquelles des services sont mis en place, et d'autre part, le domaine de la santé mentale qui est défini de manière beaucoup plus large et qui ouvre sur le contexte, en incluant, entre autres, la dimension sociale. Le domaine de la santé mentale prend en considération des problèmes comme les toxicomanies, la violence, le suicide, qui se situent à la frontière des problèmes sociaux et des problèmes de santé mentale; le domaine de la santé mentale permet également de mettre en évidence l'existence de groupes à risque au sein des populations, ainsi que l'impact déterminant des grandes politiques économiques, sociales et culturelles sur la santé psychique des personnes.

L'analyse des 200 articles sélectionnés nous a permis de dégager les sept aspects ou dimensions de la santé mentale qui sont le plus souvent pris en considération par les chercheurs (voir tableau 2). Dans pratiquement trois études sur quatre (73,6%), les auteurs se centrent sur un problème psychiatrique, sur un symptôme ou un syndrome, qui affecte des personnes individuelles; presque la moitié (46,3%) des auteurs envisagent cette pathologie psychique sous l'angle de ses dimensions psychologiques individuelles, telles que l'estime de soi, l'autonomie ou la détresse psychologique; dans près d'un tiers (29,9%) des recherches, l'évaluation des troubles psychiques est associée à des mesures sur les maladies physiques ou psychosomatiques; dans un cas sur cinq (18,9%), les articles portent aussi sur les troubles individuels de comportement.

L'approche dominante est donc celle de la psychopathologie ; les problèmes psychiatriques y sont étudiés en association avec les caractéristiques psychologiques des individus, ainsi qu'en relation avec les symptômes physiques et les troubles du comportement. Ces différentes dimensions des problèmes psychopathologiques nous situent principalement dans ce que nous avons appelé le champ proprement dit des problèmes de santé mentale. C'est incontestablement de pathologie individuelle dont il semble être primordialement question dans notre corpus d'articles.

Nous trouvons également dans les 200 articles analysés des références explicites aux toxicomanies (10,0%), aux conduites suicidaires (7,5%) et à la violence familiale (3,5%), thématiques qui s'inscrivent dans le domaine plus large de la santé mentale.

TABLEAU 2

Dimensions de la santé mentale considérées

1. symptômes, syndrome psychiatrique	73,6%
2. dimensions psychologiques	46,3%
3. maladie physique	29,9%
4. aspects de la conduite ou du comportement	18,9%
5. toxicomanie	10,0%
6. conduites suicidaires	7,5%
7. violence familiale	3,5%

Dans tous les articles que nous avons retenus pour analyse, il était clairement indiqué dans le sommaire ou dans le titre que l'auteur prenait au moins minimalement en considération la dimension sociale du ou des problèmes de santé mentale étudiés et c'était là un de nos critères de sélection.

Il nous a semblé particulièrement important de préciser à partir de quelle discipline les champs du social et de la santé mentale sont étudiés par un chercheur : les travaux analysés sont-ils essentiellement le fait de psychiatres ou de psychologues qui cherchent à ouvrir leur cadre de référence à la dimension sociale sans en changer le centre de gravité ? ou les travaux manifestent-ils plutôt une pénétration des chercheurs en sciences sociales dans le domaine de la recherche psychiatrique ? Complémentairement à ces questions, nous nous sommes demandés

si les méthodes et concepts propres à une discipline se transforment lorsqu'ils sont utilisés par des chercheurs formés dans une autre discipline ? Sont-ils alors absorbés dans le paradigme de l'autre discipline qui les «instrumentalise» en quelque sorte à ses propres fins et qui risque par le fait même de les vider de leur contenu ?

Lorsqu'on examine de près les disciplines d'appartenance des quelque 200 auteurs qui ont réalisé les recherches sur les aspects sociaux de la santé mentale, on constate qu'ils sont très majoritairement des psychiatres (24%), des psychologues (16%), des épidémiologistes (13%), des médecins (11%). Dans 24% des cas, il n'a pas été possible d'identifier la discipline de l'auteur. Il est malgré tout évident que les chercheurs issus des sciences sociales proprement dites (de la sociologie, de l'anthropologie, des sciences politiques et économiques, de la criminologie) sont nettement sous-représentés dans notre échantillon, même si on fait l'hypothèse qu'ils font partie des 24% pour qui la discipline n'a pas pu être identifiée. Nous n'avons pas risqué d'identification approximative en inférant par exemple la discipline uniquement sur la base du département de rattachement.

On peut formuler deux hypothèses pour expliquer le faible pourcentage de spécialistes des sciences sociales dans notre corpus de 200 études : ce pourrait être le signe du fait que les chercheurs en sciences sociales n'ont pas encore pénétré ce champ d'étude ; ou il pourrait s'agir d'un biais de sélection dû au choix des revues. Les deux raisons expliquent sans doute cette situation. L'impact des sciences sociales étant sans doute encore peu important dans les recherches de psychiatrie sociale, il aurait sans doute fallu sélectionner un certain nombre de revues disciplinaires non spécifiquement dédiées à la santé mentale pour véritablement apprécier les travaux réalisés par les spécialistes des sciences sociales. Par contre, ce bilan des recherches sociales indique dans quelle mesure et comment les approches sociales ont pénétré dans les milieux de la recherche de la psychiatrie, de la médecine et de la psychologie ; l'analyse des 200 articles a en outre permis d'examiner de quelle manière les chercheurs appartenant à ces milieux utilisent les méthodes, théories et concepts des sciences sociales.

Lorsque nous parlons du bilan des approches sociales en santé mentale, il nous faut donc indiquer

clairement les limites de notre discours, puisque nous avons principalement analysé la production sociale des psychiatres, des médecins et des psychologues; les spécialistes les plus près des sciences sociales, que l'on trouve fortement représentés dans notre échantillon d'articles, sont les épidémiologues.

Le découpage de l'espace social: dimensions et variables

Dans la mesure où l'espace possède des contours flous et mal délimités, les auteurs ont théoriquement le choix de donner une extension plus ou moins large à cet espace en mesurant par exemple l'impact des variables sociales macroscopiques (les politiques de protection du revenu; les politiques sociales...) sur les personnes ou de se limiter à travailler au seul niveau microsocial; l'espace social peut également être compris de façon à inclure les variables économiques et culturelles qui font intrinsèquement partie de la vie quotidienne de toute société. Enfin, selon leur compréhension théorique de l'organisation sociale, des chercheurs insistent dans une perspective fonctionnaliste sur l'intégration des dimensions sociales, alors que d'autres mettent en évidence les contradictions et la désorganisation interne au champ du social.

Dans les 200 articles analysés, la manière dont les auteurs ont travaillé et découpé le social peut être ramenée à neuf aspects ou dimensions (voir tableau 3 et tableau 4). Pour chacune de ces neuf dimensions, nous avons commencé par compter le nombre d'articles qui prenaient en considération la dimension envisagée. Ensuite, l'analyse de contenu des articles nous a permis de cerner davantage la manière dont le chercheur comprend et explique la place du social dans la genèse, le développement et le maintien chronique des problèmes de santé mentale. Ce type d'analyse nous a conduits à mettre en évidence les caractéristiques de la lecture du social, que font les chercheurs dont les travaux sont analysés dans notre corpus d'articles.

(1) Dans près de 70% des cas (dans 139 articles sur 200), les chercheurs étudient l'une ou l'autre caractéristique de la famille ou de la vie familiale de la personne souffrant d'un problème de santé mentale: ils qualifient généralement le fonctionnement de la famille (entente maritale, communication, rôles familiaux, routines de vie ...) et

TABLEAU 3
Dimensions du social considérées

	N	%
1. famille	139	69,1
2. contexte de vie, événements stressants	98	48,7
3. variables socio-économiques	93	46,2
4. différences reliées au sexe	76	37,8
5. réseau social	74	36,8
6. culture	68	33,8
7. groupes sociaux désignés	62	30,8
8. âge	59	29,3
9. écologie humaine	21	10,4

fournissent des données démographiques (état civil, nombre d'enfants, cohabitation...). Notre analyse du contenu de ces 139 articles a fait ressortir l'insistance mise par les chercheurs sur six thématiques principales relativement à la famille.

On est d'abord frappé par la fréquence relativement importante des recherches qui se limitent à évaluer la situation familiale en termes de variables descriptives comme l'état civil ou le statut marital, et par le nombre substantiel de recherches indiquant le nombre d'enfants à charge qui sont en bas d'un certain niveau d'âge (17 ans selon les uns, 5 ans selon les autres) et qui vivent à la maison. L'analyse des thèmes, des objectifs, des principaux résultats de recherche et celle de l'association de la variable familiale avec d'autres dimensions du social montrent, cependant, que ces mesures vont au-delà des données démographiques usuelles, recueillies de façon routinière et superficielle. La plupart de ces études associent, en effet, les caractéristiques familiales envisagées avec une analyse des réseaux sociaux, avec des variables circonstancielles (événements de vie, stress, ...), ou encore avec l'appartenance à un groupe ethnique. Le statut familial est donc compris comme l'une des variables qui permettent d'évaluer la place que la personne occupe dans un environnement plus large ou encore comme une variable qui influence ou modifie le rapport au contexte.

Quelques recherches portant sur des malades mentaux chroniques ont également considéré l'état marital pour montrer les rapports réciproques existant entre le ou la malade et sa famille: qu'il s'agisse

TABLEAU 4

Synthèse des variables relatives aux neuf dimensions du social

(1) <i>famille</i>	État civil Statut marital Données démographiques	Relations parents-enfants Communication intra-familiale Expression des émotions dans la famille	Réseau familial de soutien Proximité/distance des membres de la famille	Organisation familiale Système de parenté	Événements familiaux Naissance, mariage, suicide,...
(2) <i>contexte de vie; événements stressants</i>	Situations stressantes			Transition de la vie	Tracas, perte
(3) <i>variables socio-économiques</i>	Revenu, scolarité, emploi-chômage	Condition de travail	Non-emploi santé mentale		Difficultés financières spécifiques
(4) <i>variables de sexes</i>	Femmes avec jeunes enfants		Famille monoparentale, femmes chef de famille		
(5) <i>réseau social</i>	Composition du réseau	Mode d'action du réseau	Disponibilité, proximité, dispersion du réseau		Mobilisation du réseau en situation
(6) <i>variables culturelles</i>	Groupe ethnique; Religion	Croyances, attitudes face à la maladie		Acculturation; Migration	
(7) <i>groupes sociaux désignés</i>	Itinérants, réfugiés, malades chroniques	Préjugés, victimisation	Situation de marginalité		
(8) <i>âge</i>	Catégorie d'âge et vulnérabilité	Faculté d'adaptation différentielle			
(9) <i>écologie humaine</i>	Qualité du logement; densité domestique	Qualité du quartier	Qualité de l'environnement physique général (violence, pollution)		

de mettre en évidence le soutien que la famille peut offrir au patient ou à la patiente, ou le fardeau que la présence de la maladie mentale fait peser sur la famille.

Dans d'autres recherches, la famille est étudiée en tant que lieu de formation de la personne. On retrouve alors dans cette catégorie les thèmes suivants :

- l'étude rétrospective de la relation parent-enfant, des styles parentaux et de la communication parent-enfant ;
- l'examen des interactions actuelles entre les parents et leurs enfants ou leurs adolescents ;
- l'évaluation des modes de communication à l'intérieur de la famille ;
- l'analyse de la famille comme lieu de la transmission culturelle (transmission des valeurs, construction culturelle de la maladie, etc.) ;
- l'étude des familles où l'expression des émotions est (trop) élevée ;
- l'analyse de la transmission héréditaire de la maladie mentale.

Plusieurs chercheurs considèrent de façon générale la famille comme un réseau et une source de soutien social ; dans ce cadre, la présence de la famille apparaît comme particulièrement cruciale pour les nouveaux immigrants. On considère également la relation d'intimité dans le couple comme un facteur de protection, ou encore on tente de mettre en évidence le rapport entre des traits particuliers, comme l'éloignement géographique par rapport à sa propre famille, ou le nombre de visites faites par la famille ou à la famille, et des indices de santé mentale relatifs à des personnes placées dans des circonstances particulières (par exemple nombre de visites entre un malade et sa famille, ou encore le nombre de contacts entre un père et sa fille en cas de séparation).

Dans un quatrième groupe d'études, les chercheurs décrivent l'organisation familiale et le système de parenté : ces recherches portent alors généralement sur des groupes ethniques particuliers, à l'intérieur des pays occidentaux ou sur des populations non occidentales.

Un autre thème qui revient dans de nombreux travaux est la mesure de l'impact de certains événements familiaux majeurs sur la vie des membres de la famille. Les auteurs ont ici plus particulièrement étudié : l'effet de changements de vie normaux

(séparation du jeune adulte de ses parents, mariage, naissance, etc.) et de changements négatifs imprévus et non désirés qui concernent la famille (perte de revenu, deuil, maladie soudaine, etc.) ; l'effet de tels événements ou états sur les personnes (impact de la maladie mentale sur la famille, impact d'un acte suicidaire, etc.) ; les réactions de la famille et les décisions qu'elle prend face à de tels événements, les conduites à tenir pour les intervenants et leurs conséquences sur le patient identifié ; le soutien et la considération dont la famille est l'objet de la part de son entourage (attitude des voisins vis-à-vis la famille d'un enfant suicidaire, etc.).

Dans les 139 articles se référant à la famille, plusieurs chercheurs ont sélectionné les familles à partir d'un sujet-cible comme dans le cas des travaux sur les parents ou sur les mères de schizophrènes.

Il est intéressant de noter que les chercheurs n'étudient généralement pas les différentes variables familiales de manière isolée : sur les 139 études, la famille n'est envisagée que cinq fois comme la seule variable sociale. Les chercheurs ont, en effet, tendance à associer la variable familiale à des variables concernant d'autres dimensions du social. Les études combinent par exemple l'étude des variables familiales avec l'analyse d'événements de vie et de conditions socio-économiques. Nous reviendrons, en conclusion de cette section, sur le degré de complexité des analyses de l'espace social.

(2) Près de 50 % des auteurs (98 sur 200) décrivent et analysent le contexte de vie des personnes, mettant plus particulièrement en évidence les événements de vie, les agents stressants, les conditions de travail ou tout autre élément du contexte qui peuvent contribuer au développement d'un problème de santé mentale chez une personne. L'impact de l'événement stressant est ici strictement envisagé du point de vue des personnes individuelles et non plus sous l'angle de la famille comme dans le paragraphe précédent.

Les recherches portent alors principalement sur les événements de la vie, qu'ils soient de l'ordre des tracasseries quotidiens, ou de l'ordre du fardeau lié à une situation ou à des événements négatifs de la vie (les pertes). On évalue aussi les activités de la vie quotidienne et l'organisation de la vie, en tenant compte de leurs aspects stressants, ainsi que les habitudes de vie (alimentation, usage de médicaments), le

déroulement des gestes de la vie quotidienne et les activités de loisirs.

Quelques recherches s'intéressent aux transitions de la vie et aux circonstances qui les entourent ; elles cherchent à évaluer leur impact négatif possible. Les transitions peuvent être normales et attendues (par exemple une naissance), et bien se dérouler, ou, au contraire, présenter un certain nombre d'accrocs (accidents périnataux) ou encore être moins désirées, voire inattendues, dans le cas, par exemple, d'un changement de travail ou du déplacement d'une population suite à un cataclysme.

Dans diverses recherches, on évalue les contextes et les événements de la vie qui ont précédé certains problèmes de santé ou qui semblent ainsi conduire à certaines situations, par exemple les événements qui précèdent un homicide, la résurgence de symptômes de schizophrénie ou les événements qui ont conduit à la monoparentalité. On analyse aussi les événements ou les circonstances extérieurs, tels les cataclysmes, la toxicité, le fait pour les policiers d'assister à un événement au cours duquel des coups de feu ont été tirés.

Ce groupe de recherches indique que si, depuis longtemps, les intervenants savent qu'on ne peut considérer la question de la santé mentale des individus sans tenir compte de leur milieu familial, on se doit d'explorer parallèlement les circonstances particulières qui ont entouré, ou conduit à un événement précis. On doit donc analyser avec précision l'organisation de la vie quotidienne des individus avec ses tracasseries et éléments stressants, ainsi que leur histoire (perte et deuils), certains événements étant plus susceptibles que d'autres de fragiliser l'individu.

(3) La troisième dimension du social qui revient le plus souvent, dans 93 études sur 200, concerne le niveau socio-économique des personnes. Ce dernier est mesuré à travers les indicateurs classiques que sont le revenu, la scolarité, la situation d'emploi ou de chômage, etc. Ces indices visent à identifier les facteurs susceptibles de favoriser ou d'entraver une bonne santé mentale. L'analyse des thèmes, des objectifs et des principaux résultats montre que ces variables, loin d'apparaître secondaires ou accessoires, sont considérées par les chercheurs comme des facteurs qu'on ne peut occulter : les moyens économiques de la famille facilitent, par exemple, les chances de réinsertion sociale ou permettent de gar-

der un lien avec le patient, même dans le cas de l'éloignement géographique de la famille par rapport à l'institution soignante.

D'autres études traitent de la variable socio-économique de façon plus nuancée. On peut citer ici un grand nombre d'études sur le travail, les conditions de travail et l'impact du non-emploi sur la santé mentale. Il est bon de signaler que l'adage «Le travail c'est la santé» ne peut être considéré comme allant de soi, puisque tout dépend de la nature du travail, du salaire qui y correspond, des conditions physiques environnementales et relationnelles liées au travail, du nombre d'heures travaillées, du prestige lié à l'emploi, de la complexité de la tâche, etc.

De même, le chômage n'est pas forcément en soi une situation catastrophique pour la santé mentale. Quelques études s'intéressent aussi à la trajectoire d'emploi ; d'autres examinent les répercussions de la perte d'emploi sur les enfants ou sur les conjoints.

Enfin, on retrouve quelques études qui traitent de façon plus spécifique des difficultés financières, et qui évaluent la situation socio-économique à partir d'indices d'aisance ou de contrainte financière autres que le seul revenu ; ce sont par exemple, le type d'habitat, les possessions matérielles, etc.

(4) Dans plus d'une recherche sur trois (76 sur 200), les chercheurs évaluent la manière dont les conditions de vie et les rôles spécifiques des hommes et des femmes influencent leurs problèmes de santé mentale. Un grand nombre de recherches s'intéresse plus particulièrement aux conditions de vie des femmes : aux jeunes mères célibataires, aux femmes divorcées chefs de famille, et aux femmes mariées. Les travaux indiquent qu'en attendant que les habitudes sociales se modifient, ce sont elles qui doivent assumer, en plus de leurs autres tâches, la responsabilité des enfants, et surtout celle des jeunes enfants ; lorsqu'elle est exercée dans certaines circonstances, cette responsabilité devient un fardeau qui risque d'induire chez la mère un malaise psychologique. C'est dans ce contexte que se situent, par exemple le grand nombre d'études récentes, relatives à la santé mentale des femmes chargées d'élever de jeunes enfants.

(5) Les études portant sur les réseaux sociaux restent incontestablement à la mode puisqu'on les retrouve aussi dans plus d'une recherche sur trois (74 sur 200). Dans ces recherches, aucune méthode d'analyse des réseaux sociaux ne s'impose de

manière systématique à l'ensemble des chercheurs : les échelles et questionnaires sont, en effet, presque aussi nombreux qu'il y a de recherches. On ne s'entend pas encore très bien sur les éléments importants du réseau social. Ainsi, on mesure :

- la composition du réseau : le réseau est-il composé des membres de la famille, de personnes extérieures à la famille (amis et relations), de ressources institutionnelles (par exemple dans le cas des malades mentaux, les intervenants sont parfois considérés comme faisant partie du réseau), d'institutions telles que l'église, etc. ? Quelle personne, à l'intérieur de ce réseau, exerce une fonction de soutien ?

- les échanges à l'intérieur du réseau social : quel type de soutien est apporté, un soutien financier, émotif, matériel, informatif ?

- Quelle relation existe-t-il entre les différents acteurs ? Une relation harmonieuse d'intimité a-t-elle pu se développer ? La personne récipiendaire de l'aide occupe-t-elle une place active dans le réseau, ou y est-elle seulement passive ? Quel est le degré de satisfaction des sujets par rapport à l'aide reçue ?

- la disponibilité, la proximité ou la dispersion géographique de ce réseau : les personnes dont l'individu se sent proche affectivement et dont il reçoit de l'aide, sont-elles accessibles physiquement (éloignement géographique ou autre) ou faut-il effectuer une démarche importante pour les rejoindre ? Ceci est particulièrement crucial pour les immigrants qui viennent d'arriver.

- les pressions et le stress reliés au réseau social (qui n'est pas toujours uniquement porteur de soutien).

Enfin, l'analyse des 74 études indique que l'influence de chacune des composantes du réseau social varie en fonction des situations et des problèmes étudiés ; de surcroît, il existe des circonstances et des conditions temporelles qui augmentent ou amoindrissent l'efficacité du soutien offert.

(6) Dans une recherche sur trois (68 sur 200), les chercheurs s'efforcent de mesurer l'impact sur la santé mentale de certaines variables culturelles qui caractérisent certains groupes ethniques ou des catégories sociales particulières. Les principaux thèmes qu'ils étudient sont les suivants :

- l'influence des grands déterminants culturels sur l'un ou l'autre aspect de la santé mentale ; on peut citer ici l'appartenance à un groupe ethnique, ou l'effet de la religion, de même que l'étude des

transformations associées aux changements sociaux ou à la migration (acculturation) ;

- les rapports de la culture avec la maladie : la construction culturelle de la maladie et le choix du thérapeute qui semble le plus approprié pour répondre aux attentes des individus ; les attitudes et perceptions du malade par rapport à sa propre maladie ;

- en contrepartie, les valeurs des intervenants, leurs attitudes et leurs représentations culturelles de la maladie ; l'influence qu'elles exercent sur la capacité diagnostique des intervenants, leur plan de traitement et leur pratique professionnelle ;

- les valeurs et attitudes du public et des enfants à l'égard de la maladie mentale ; quelques-unes de ces études ont pour objectif ultime l'élaboration de programmes d'intervention préventifs ou curatifs efficaces.

Sur le plan des méthodes, les perspectives adoptées sont très diversifiées : on y trouve aussi bien l'étude approfondie d'un seul cas, que des études interculturelles intra et internationales comparant 4 ou 5 groupes de moyenne importance (de 50 à 100 sujets), ou encore des études de prévalence portant sur différents groupes ethniques ou différentes catégories sociales.

(7) D'autres chercheurs étudient également les groupes culturels et les groupes sociaux mais sous l'angle de groupes à risque ; il est en effet traditionnel dans les recherches de considérer les réfugiés, les itinérants et les autochtones comme des groupes à risque du point de vue de la santé mentale. Près du tiers (62 sur 200) des recherches analysées se sont de fait penchées sur des groupes sociaux particuliers. Par groupes sociaux désignés, nous entendons ici tous les groupes qui, d'une façon ou d'une autre, sont marginalisés et peuvent être victimes de préjudices particuliers.

Les 62 études analysées portent de fait sur les groupes suivants : les victimes des guerres (vétérans du Vietnam, les descendants des enfants victimes de l'holocauste ou les adolescents indochinois), des groupes ethniques particuliers (qu'ils soient immigrants, descendants d'immigrants, noirs ou autochtones), les sans-abris, les malades psychiatriques chroniques, les adolescents ayant commis des délits, les policiers et les étudiants.

(8) De façon assez inattendue, l'âge est mentionné dans près d'une étude sur trois (59 sur 200) comme une variable importante dans le développe-

ment des problèmes de santé mentale. Au-delà des états particuliers directement liés à l'âge, comme celui par exemple de la démence chez les personnes âgées, plusieurs travaux invitent à considérer l'âge comme une dimension susceptible d'influencer l'impact des autres variables associées à des problèmes de santé mentale. Suivant les périodes de la vie, l'individu posséderait des facultés d'adaptation plus ou moins grandes, et serait plus ou moins vulnérable sur le plan psychologique. Par exemple, les études sur la dépression, le suicide, la prise de drogues et l'immigration montrent qu'un adulte de vingt ans ne se comporte pas de la même façon que celui de quarante ans. La probabilité de se trouver un emploi varie également avec l'âge. Les réactions du public à un événement ou à un problème différent également, lorsqu'il s'agit, par exemple, du suicide d'un enfant ou de celui d'un adulte.

(9) Très peu de chercheurs (un sur dix seulement) prennent en considération les facteurs de géographie humaine et d'urbanisme: qualité du logement et densité domestique, qualité du quartier, comparaison par secteur urbain ou géographique, lien géographique (la ville comparativement à la campagne), éloignement géographique des grands centres, qualité de l'environnement social ou physique (par exemple, violence, pollution, accident nucléaire, cataclysme, etc.).

La faible attention portée à l'écologie humaine indique que les conditions matérielles concrètes dans lesquelles vivent les gens ne sont de fait pas considérées par les chercheurs comme particulièrement importantes pour comprendre les problèmes de santé mentale. Une telle constatation est d'autant plus étonnante qu'une proportion sans cesse croissante de la population devient de plus en plus sensible à l'importance de la qualité de la vie et de l'environnement.

Que peut-on conclure de cet examen des neuf aspects ou dimensions de l'espace social sur lesquels les chercheurs ont centré leur attention? Deux constatations nous semblent s'imposer. La première est que les chercheurs ne se limitent pas, par exemple, aux seuls grands indicateurs socio-économiques classiques ou aux seules analyses du réseau social, et qu'ils essaient en général d'associer plusieurs dimensions sociales dans leur interprétation des problèmes de santé mentale; ils peuvent donner la priorité à l'une ou l'autre catégorie de variables (le statut

économique, un événement de vie, le fait d'être une jeune mère seule avec enfant...), mais celle-ci est généralement conjuguée à plusieurs autres facteurs. Cette approche multidimensionnelle nous conduit à notre deuxième constatation: les auteurs ne précisent généralement pas de quelle manière s'établissent les interactions entre les différentes catégories de variables; ils ne disent pas toujours non plus si les facteurs sont susceptibles d'agir dans le sens d'une protection ou plutôt dans un sens négatif. Cette difficulté à expliciter la complexité des interactions entre les multiples dimensions du social provient du fait que les modèles conceptuels et théoriques des chercheurs sont rarement formulés en termes précis, et sont plus souvent implicites qu'explicites.

Les cadres théoriques dominants

Après avoir identifié les divers aspects de la santé mentale et du social qui sont pris en compte dans les recherches, nous avons voulu voir si des théories ou des auteurs particuliers semblent s'imposer comme cadre de référence dans le champ de la recherche sociale en santé mentale. Cette tâche a été particulièrement difficile. En effet, chaque chercheur présente une revue de la littérature relative aux variables et facteurs qu'il veut analyser en faisant état des connaissances empiriques actuelles, mais sans se situer de façon très nette dans un courant théorique particulier; de plus, seuls deux auteurs, Brown et Harris, sont cités à plusieurs reprises, soit de façon indépendante, soit de façon conjointe. Les chercheurs semblent situer leur travail beaucoup plus dans un contexte empirique que dans un contexte théorique, et peu affirment appartenir à un courant se référant à un ou à plusieurs auteurs en particulier.

L'absence d'une théorie maîtresse explicite ne signifie évidemment pas que les auteurs ne se réfèrent pas implicitement à des théories particulières. Il est en tout cas certain que sur le plan de leurs conclusions, la majorité des chercheurs adoptent des modèles plus explicatifs que descriptifs, dans lesquels ils mesurent la contribution différentielle de divers facteurs, seul ou en association, à la causalité des problèmes de santé mentale. Parmi les modèles explicatifs auxquels ont recours les chercheurs, le modèle de l'adaptation des personnes aux

conditions environnementales domine nettement : les concepts-clé de ce modèle adaptatif sont ceux de conditions stressantes externes, de variables de protection ou de fragilisation, et de stratégies adaptatives individuelles (coping strategies).

Dans le champ des problèmes de santé mentale, les associations entre les différents facteurs peuvent globalement s'exprimer selon le schéma suivant : des personnes qui vivent une situation économique défavorable, qui ne possèdent ni l'appui d'un réseau social fort ni la contribution d'une structure familiale étendue, qui appartiennent à une catégorie d'âge particulièrement vulnérable, ou sont des femmes chef de famille avec jeunes enfants, ou qui appartiennent à un groupe marginal, sont beaucoup plus à risque quant au développement d'un problème de santé mentale lorsque s'ajoutent à leur situation des événements de vie particulièrement stressants. Le cadre conceptuel dominant est inspiré des schémas épidémiologiques classiques et des modèles adaptatifs. Ces derniers, d'une part, mettent l'accent sur les interactions entre de multiples déterminants dans la constitution des profils spécifiques des groupes à risque, et, d'autre part, étudient les relations dialectiques entre les pressions venant du contexte et les réponses adaptatives des personnes avec une attention particulière pour les contraintes qui s'imposent aux personnes.

Les psychiatres, médecins et psychologues, qui sont très majoritairement les auteurs des 200 articles analysés, complexifient dans un nombre élevé de recherche les schémas strictement adaptatifs et prennent en compte le modèle de la vulnérabilité individuelle : ils partent de l'hypothèse que les stratégies adaptatives sont en grande partie déterminées par les ressources personnelles (support psychologique et social par exemple) et les caractéristiques psychologiques de la personne. Même si l'articulation des données relatives à la personne et des données de contexte n'est pas toujours explicitement faite, il n'y a pas de doute que les chercheurs ont tendance à vouloir combiner le modèle adaptatif et le modèle de vulnérabilité.

En contre-point au modèle de la vulnérabilité, plusieurs chercheurs se réfèrent au modèle de la « résilience » : ils cherchent à évaluer la capacité de résistance aux conditions adverses chez des personnes qui font partie de groupes dits à risque ; leur but est de savoir pourquoi certaines personnes semblent

absorber plus aisément les chocs et s'en sortir alors que d'autres qui vivent les mêmes situations développent des problèmes de santé. Cet intérêt pour le triomphe de certains individus sur les conditions adverses est soutenu par l'orientation nettement libérale et individualisante des sciences sociales nord-américaines.

Méthodes et instruments de recherche privilégiés

L'analyse de notre corpus de 200 recherches révèle l'utilisation d'un ensemble varié d'outils de mesure, et une relative diversité des méthodes. Cependant, la recherche qui revient le plus fréquemment est une recherche qui se déroule sur un court laps de temps qui concerne un échantillon constitué par un groupe unique composé de 50 à 300 sujets, non contrasté et sans groupe contrôle ; la sélection des sujets ne se fait pas sur la base de leur appartenance à une classe socio-économique, le groupe d'âge dominant est celui des adultes, et les modes de cueillette privilégiés sont l'entretien semi-dirigé et le questionnaire. On étudie aussi bien la population normale que des groupes sociaux désignés soit à cause de leurs caractéristiques sociologiques, soit parce qu'ils présentent des problèmes de santé mentale. Les méthodes propres à l'épidémiologie sociale semblent nettement s'imposer aux chercheurs.

Au-delà de ce portrait-type des recherches analysées, il est intéressant de souligner que la quasi-totalité des chercheurs utilisent de façon conjointe plusieurs types d'instruments de cueillette de données. Il faut aussi signaler que tous les modes de cueillette pré-identifiés (entretien, questionnaire, tests, observation, etc. ; voir la liste complète au tableau 5) ont été retrouvés, sauf l'observation participante. Quelques recherches utilisent des méthodes plus qualitatives auprès de petits groupes ($N < 30$), voire même avec un seul sujet, avec comme instrument l'entretien non dirigé ou l'étude de cas. Cette méthode est surtout utilisée dans le cas de recherches interculturelles d'orientation anthropologique, mais pas uniquement. D'autres recherches se fondent sur de très grands groupes ($N > 1000$: une recherche inclut 600,000 sujets), avec des méthodes qui tiennent compte des banques de données déjà existantes.

TABLEAU 5
Instruments de cueillette des données

	N	%
1. questionnaire validé	131	65,2
2. questionnaire-maison	94	46,8
3. entretien dirigé	86	42,8
4. questionnaire reconstruit	37	18,4
5. analyse de dossiers	25	12,4
6. mesures biologiques	10	5,5
7. banque de données	10	5,0
8. observation systématique	8	4,0
9. entretien libre	7	3,5
10. tests	6	3,0
11. étude de cas	3	1,5
12. manipulation de données de recherches antérieures	2	1,0
13. observation participante	0	0,0

L'analyse des plans de recherche révèle également la présence de différents types de recherche : vingt études longitudinales, huit études prospectives, huit études de prévalence, une recherche qualitative, et quelques recherches diachroniques qui tentent de cerner (par différentes méthodes) des changements dans le temps concernant, soit des problèmes, soit des pratiques. Que tous ces types de recherche se retrouvent est intéressant pour qui veut avoir une idée de l'éventail possible des méthodes et de leur apport pour la question de la santé mentale. Il est clair que les chercheurs ne se limitent ni aux seules recherches descriptives et synchroniques ni aux seules approches quantitatives : les études longitudinales qui combinent le recueil de données quantitatives et qualitatives semblent être de plus en plus courantes.

De la nature des liens entre les variables sociales et la santé mentale

Seule une analyse de contenu systématique peut permettre de mieux saisir comment les différents niveaux de variables s'articulent entre eux dans les études répertoriées : sont-ils présentés comme coexistants sans qu'ils interagissent vraiment ? S'ignorent-ils ou même se gênent-ils l'un l'autre ? Ou, au contraire, les auteurs les présentent-ils comme se renforçant et se dynamisant mutuelle-

ment ? Pour dégager la nature des liens complexes qui s'instaurent entre l'espace social et le champ de la maladie mentale, nous avons procédé en deux étapes.

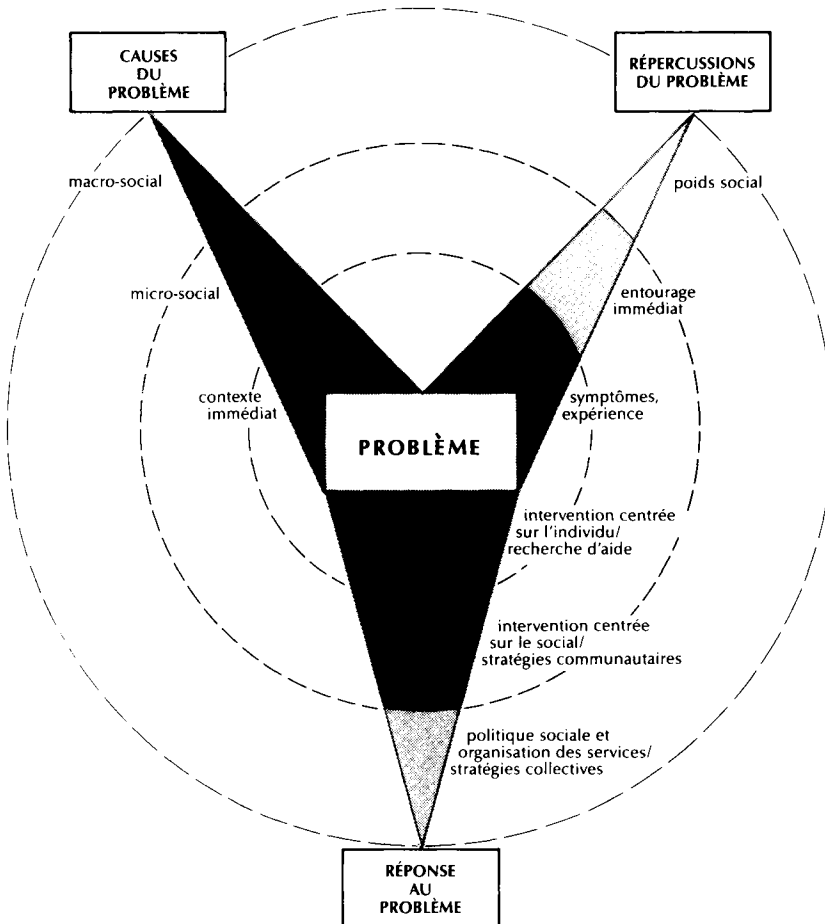
Dans une première étape, nous avons distingué l'existence de trois types de rapports entre les variables sociales et les problèmes de santé mentale : 1. le social en tant que cause des problèmes ; 2. le social en tant que lieu où se manifestent les répercussions des problèmes ; et 3. le social en tant qu'il concerne les réponses données par les personnes et les institutions pour solutionner le problème. En d'autres mots, tout problème de santé mentale peut être analysé sous trois angles différents dans son rapport au social : du point de vue de ses causes sociales, du point de vue de ses répercussions sociales, et du point de vue des réponses que la société lui apporte.

Chacun de ces trois points de vue peut à son tour être subdivisé en trois espaces superposés : le contexte immédiat, le contexte microsocial et le contexte macrosocial qui renvoient à des niveaux de plus en plus englobants et complexes de la réalité sociale ; ces trois espaces sont diversement accentués selon les auteurs, et leur complémentarité est plus ou moins mise en valeur.

C'est principalement aux causes des problèmes, à ce qui se situe en amont des problèmes, que les chercheurs se sont intéressés. Ils se sont centrés plus particulièrement sur le contexte immédiat (situation individuelle comme le chômage par exemple, ou situation d'une femme chef de famille avec de jeunes enfants) et sur le contexte microsocial (variables reliées à la famille, au réseau social, aux conditions de vie...) ; très peu de chercheurs ont analysé l'impact des variables sociales macroscopiques (la situation économique générale par exemple) dans la genèse des problèmes de santé mentale. La majorité des recherches, qui sont de nature étiologique et explicative s'efforcent, comme nous l'avons dit précédemment, d'identifier la multiplicité des causes, des plus immédiates à celles du contexte microsocial, et des plus simples à de plus complexes, afin de dégager les conditions de production des problèmes de santé mentale. Dans cet effort d'élucidation des causes sociales des problèmes, les chercheurs refusent systématiquement de faire porter leurs analyses sur le niveau macrosocial, en arguant que les conditions macroscopiques sont médiatisées, et

FIGURE 1

*Modèle tridimensionnel de la recherche sociale
en santé mentale*



qu'elles sont plus facilement mesurables à travers l'impact qu'elles exercent sur les personnes individuelles. L'analyse des conditions macrosociales requerrait un autre type de méthodologie.

Les répercussions des problèmes, ou ce qui se situe en aval, sont également principalement analysées, en référence aux deux premiers niveaux : du point de vue de leur impact sur la personne (symptômes, limitation, souffrance), et du point de vue de leurs effets sur la famille, les voisins et l'entourage en général ; les chercheurs négligent d'évaluer le poids que la présence des problèmes de santé mentale doit faire porter à la société et à l'État en général, faisant écho au faible intérêt manifesté pour l'analyse du macrocontexte dans la production des problèmes.

En ce qui concerne les réponses apportées aux problèmes, les chercheurs se limitent aussi aux deux premiers niveaux : ils décrivent les conditions d'accès des personnes malades aux services de santé et les pratiques cliniques des professionnels ; de plus ils analysent les réponses des familles et de l'entourage aux approches psycho-éducatives et à la demande de support qui leur est adressée par les malades. Peu de chercheurs analysent les rapports entre les politiques sociales et de santé, les modalités d'organisation des services et la distribution des problèmes dans les différents groupes sociaux. Le paradigme dominant est un paradigme individuel qui situe la personne dans ses principaux groupes d'appartenance, mais qui la déracine des forces sociales macroscopiques au sein desquelles elle vit.

FIGURE 2

Liaisons interactives à chacun des trois niveaux

	Causes sociales	Répercussions sociales
Niveau 1 :	contexte immédiat	effets sur la personne
Niveau 2 :	micro-social	effets sur l'entourage
Niveau 3 :	macro-social	poids social
	Réponses	
Niveau 1 :	interventions individuelles	
Niveau 2 :	interventions sur des collectifs	
Niveau 3 :	organisation des services et politiques	

Cette première étape de l'analyse nous a permis de préciser le niveau de complexité du lien entre les variables sociales et les variables de santé mentale. Comme l'indique le tableau 6, dans 127 recherches sur 200 (63,2 %), les chercheurs adoptent des modèles complexes qui leur permettent de mesurer les effets respectifs de différents niveaux du social, ainsi que les effets de leurs interactions sur une ou des dimensions de la santé mentale ; rappelons que font partie de ces modèles complexes les recherches qui combinent, par exemple, des données sur la personne, sur son réseau social, sur ses conditions de vie, sur les événements de vie, données qui sont analysées du point de vue de leurs interactions. Malgré cette prévalence des schémas complexes, on peut être étonné de constater que plus de 10 % des chercheurs continuent à se centrer sur une seule variable indépendante, et que plus de 20 % ne précisent pas la manière dont ils relient les variables sociales aux variables de santé mentale.

Dans une deuxième étape d'analyse, nous avons essayé de voir si, comme se le demande M. Tousignant (1987) dans son rapport *L'étiologie sociale en santé mentale*, les recherches actuelles permettent de mettre en évidence une véritable causalité sociale des problèmes de santé mentale, et si oui, de quelle manière cette étiologie sociale est reliée à l'étiologie psychologique d'une part, et à l'étiologie biologique, d'autre part. Relativement à la causalité sociale, deux schémas dominant : celui qui s'articule

TABLEAU 6

Nature du lien entre le social et la santé mentale

	N	%
simple avec une seule variable indépendante :	21	10,45
simple avec plusieurs variables indépendantes :	8	3,98
complexe :	127	63,18
non précisé :	44	21,89

autour de la vulnérabilité globale et qui relie de manière générale des variables sociales à l'apparition de problèmes de santé mentale ; et celui qui met en évidence les liaisons directes et les mécanismes interactifs entre des variables sociales spécifiques et des effets particuliers au niveau de la santé mentale. Ces dernières recherches qui sont basées sur l'existence de liaisons spécifiques sont particulièrement intéressantes parce qu'elles permettent d'identifier les aspects du social particulièrement problématiques ainsi que les aspects sur les personnes qui sont davantage vulnérables.

Sur la base du corpus des 200 recherches, nous ne pouvons cependant dégager aucun modèle nous permettant d'élucider la dynamique des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux intervenant dans la production des problèmes de santé mentale ; les recherches portant sur les variables sociales se juxtaposent aux recherches biologiques et psychologiques, sans qu'aucun effort systématique d'articulation ne soit fait.

Conclusion : la recherche sociale québécoise en santé mentale est-elle d'inspiration anglo-saxonne ?

Qu'en est-il des orientations de la recherche sociale en santé mentale dans le cas du Québec ? Avons-nous développé des approches originales ou limitons-nous à inscrire nos recherches au sein des modèles qui prévalent dans les milieux scientifiques anglo-saxons ? Nous ne sommes pas en mesure de répondre avec les nuances nécessaires à ces questions mais nous croyons néanmoins possible d'émettre à ce sujet quelques opinions fondées.

Une analyse de 150 sommaires de projets de recherche financés entre 1985 et 1987 par les organismes subventionnaires du Canada et du Québec nous ont montré que les chercheurs québécois semblent partager globalement le paradigme théorique et méthodologique qui prévaut chez leurs collègues anglo-saxons. Les entrevues conduites avec 20 chercheurs du Québec qui étudient les problèmes de santé mentale dans une perspective sociale confirment également le fait que la recherche québécoise en psychiatrie sociale semble s'inscrire au sein des débats internes à l'univers anglo-saxon. (Pour plus de détails, voir le rapport remis au CQRS en juin 1988 par le GIRAME).

En réalité, quiconque connaît de près l'histoire et les orientations théoriques des sciences sociales au Québec sait que la situation de la recherche sociale au Québec ne peut être discutée à partir de sa seule référence aux modèles anglo-saxons de recherche. Sur le plan des théories sociales, les chercheurs québécois ont en effet traditionnellement développé des positions intermédiaires qui intègrent souvent de manière originale les écoles de pensée françaises et les perspectives anglo-saxonnes, américaines principalement. La sociologie critique d'un Rioux et la référence explicite de plusieurs sociologues et anthropologues québécois aux méthodes structuralistes et interprétatives (dans la tradition de Weber surtout) donnent incontestablement aux sciences sociales québécoises un profil original lorsqu'on les compare aux approches dominantes aux États-Unis. Il s'est développé au Québec au cours des dernières années une vigoureuse sociologie de la santé qui s'inscrit dans les courants de la sociologie critique ainsi qu'une anthropologie médicale particulièrement attentive à mettre en évidence le sens des événements et situations, et à reconstituer dans une perspective ethnographique le contexte quotidien de vie des personnes et des groupes. C'est cette spécificité des traditions intellectuelles québécoises qu'il faudrait contraster en détail avec celles qui dominent dans les sciences sociales anglo-saxonnes.

On peut légitimement se demander pourquoi les spécialistes québécois des sciences sociales se sont si tardivement impliqués dans les recherches portant sur les problèmes de santé mentale. Plus que dans les pays anglo-saxons, les sciences sociales semblent avoir hésité ici à se transformer en sciences appliquées avec la seule finalité de mieux décrire les situations et de pouvoir agir sur elles: il y a en effet dans les sciences sociales critiques un refus de

se laisser se transformer en une sorte d'ingénierie sociale. Par contre, nous ne croyons pas que les débats théoriques d'écoles qui ont caractérisé les sciences sociales ont pu nuire à, ou retarder, l'implication des chercheurs dans des projets d'orientation appliquée; nous croyons au contraire que les intenses débats théoriques de la fin des années 60 traduisaient alors un dynamisme qui a préparé la maturité d'aujourd'hui et rendu possible la réalisation de recherches qui conjuguent le fondamental et l'appliqué, le descriptif et le critique, le quantitatif et le qualitatif. Nous ne pensons pas non plus que le faible financement des recherches sociales a suffi à provoquer le désintérêt des chercheurs.

Depuis bientôt trente ans, la société québécoise n'a pas cessé de se transformer dans tous les domaines et c'est à ce suivi des transformations sociologiques et culturelles que les sciences sociales se sont prioritairement occupées depuis les débuts de la Révolution tranquille. À peine nées en 1960, les sciences sociales québécoises se sont faites les dents sur l'os dur de la quête de l'identité nationale, ce qui les a évidemment conduites à négliger pendant longtemps l'étude de certaines catégories de problèmes dont ceux reliés explicitement à la santé en général et à la santé mentale en particulier. Sociologues, politicologues, anthropologues, démographes et économistes se sont attachés principalement depuis la Révolution tranquille à dégager les traits changeants de la socio-culture du Québec: les transformations structurelles de familles et des rapports hommes-femmes; l'ambiguïté dans la relation au passé; le repli narcissique sur le moi; la dépendance par rapport à l'État; la marginalisation sociale et économique de certains groupes de personnes comme les jeunes; le communautarisme; ...

Il n'y a pas de doute que la réalité quotidienne dans laquelle vivent les québécois et les québécoises d'aujourd'hui, ainsi que les contradictions qui surgissent au sein de leur société, sont d'autant mieux décrites dans leur spécificité que les spécialistes québécois des sciences sociales ont traditionnellement fait de la société d'ici leur principal terrain de recherche. Quelques ouvrages récents donnent bien le ton des tendances de la réflexion: dans une perspective critique, Rioux (1984) rappelle dans le contexte de la montée du néo-libéralisme l'importance des modèles auto-gestionnaires qui sont plus à même d'articuler «le désir sur le besoin», et Larose (1987), pessimiste et désenchanté, évoque la possibilité d'une nouvelle période de noirceur dans un Québec dont la maladie profonde est causée par «le

refus de choisir entre la féminité et la masculinité». Dans *L'identité québécoise en péril* (1983), M.A. Tremblay caractérise la crise d'identité par trois traits: une image de soi ambiguë, une vision du monde incohérente, un mode de vie désintégré, crise qui déteint sur l'ensemble de la vie des québécois. Dans une perspective nostalgique, F. Dumont s'interroge sur *Le Sort de la Culture* (1987) du point de vue des transformations de l'héritage transmis par le passé: une certaine conception de la famille, la religion, etc. La multiplicité de ces regards sur la société québécoise actuelle démontre incontestablement la vigueur et la diversité des interrogations dans les sciences sociales contemporaines.

Outre les transformations majeures qui sont advenues dans la socio-culture du Québec, il faut aussi souligner son originalité incontestable en Amérique du Nord (plus spécialement par rapport aux États-Unis) pour ce qui touche à l'organisation des services de santé et des services sociaux. La loi de 1972 stipule que les services socio-sanitaires sont publics, universels, globaux et fondés sur la liberté de choix: l'appauvrissement des personnes ne doit donc pas en principe empêcher l'accès aux services, ce qui nous différencie considérablement des États-Unis où les régimes sont majoritairement privés et où un nombre croissant de personnes sont dans l'impossibilité d'obtenir les services dont elles ont besoin. De plus notre système est construit sur le principe de l'articulation entre les services médicaux curatifs, les services sociaux, les activités de prévention, et la participation des groupes communautaires. Il peut y avoir loin des principes à leur actualisation mais on se doit au moins de noter que les principes à la base de l'organisation de nos services sociaux et médicaux s'inscrivent beaucoup moins qu'aux États-Unis dans le paradigme de la libre entreprise. Sur le plan des politiques de santé, l'univers de référence est ici socio-démocrate dans la mesure où il reconnaît le droit à la santé comme un droit fondamental alors que la politique américaine reste encore fortement marquée par l'individualisme néo-libéral.

C'est par rapport au profil spécifique de la société québécoise que les sciences sociales étudient activement les caractéristiques de nos problèmes de santé. Comme dans toute démarche scientifique, les chercheurs québécois s'efforcent de décrire les situations de manière fiable et valide ayant recours à peu près aux mêmes méthodes et aux mêmes instruments de recherche que leurs collègues américains. Comme eux, les chercheurs québécois

accordent une grande importance à un certain nombre de concepts comme ceux de réseaux sociaux, d'événements de vie, de systèmes de support naturel qui dominent actuellement un peu partout dans les recherches sociales. Le recours à ces concepts se fait cependant ici dans un double contexte qui leur donne une signification qu'ils n'ont pas nécessairement dans l'espace américain: d'une part, nos sciences sociales sont en effet au Québec plus critiques et plus interprétatives qu'elles ne le sont aux États-Unis; d'autre part, notre société est structurée sur un plus grand égalitarisme économique — du moins jusqu'à ce jour où commence l'aventure du libre échange.

Théories, concepts et méthodes ne sont jamais neutres, et même en sciences, leur sens est largement déterminé par l'utilisation qu'on en fait au sein d'un espace socio-culturel particulier. Plus qu'aux États-Unis par exemple, les chercheurs québécois sont sensibles à l'importance des variables macroscopiques dans l'interprétation des problèmes de santé; c'est sur l'arrière-fond de ces déterminations majeures qu'ils ont tendance à situer par exemple l'analyse des événements de vie qui frappent une personne individuelle. La recherche collective d'une identité nationale et le rôle capital assigné à l'État depuis la Révolution tranquille tournent en effet d'emblée les chercheurs vers l'identification des processus macroscopiques lorsqu'ils s'efforcent d'expliquer la situation d'un groupe ou d'une personne.

Enfin pour terminer, il faut ajouter quelques mots sur la recherche sociale québécoise en santé mentale. Nous ne pouvons oublier qu'il existe à Montréal une tradition bien implantée de recherche en psychiatrie sociale et culturelle, tradition qui se base sur un questionnement mutuel de la psychiatrie et des sciences sociales (Corin et al., 1987) et qui donne actuellement lieu à l'exploration d'avenues originales de recherche empruntant principalement aux méthodes anthropologiques et aux théories interprétatives. De même à Québec, les membres du GIFRIC réfléchissent d'une manière novatrice à la question de l'enracinement d'une certaine spécificité de la psychopathologie québécoise dans les caractéristiques culturelles de notre société (Apollon, 1988).

À côté de ces dynamiques courants de recherche qui reconceptualisent sur des bases originales les rapports entre la santé mentale et les variables socio-culturelles, on trouve évidemment des groupes de chercheurs qui empruntent leurs méthodes soit à

l'épidémiologie classique soit aux sciences sociales descriptives. Il est certain que leur contribution est essentielle si l'on veut bien comprendre la distribution différentielle des profils de pathologie dans différents groupes sociaux, mais la complexité même du champ de la psychiatrie et de la santé mentale nous interdit de nous limiter à ce premier niveau de compréhension. Dans la mesure même où les méthodes de ces disciplines sont relativement simples et les référents théoriques fort explicites, nous sommes aujourd'hui affrontés au danger de les voir s'imposer comme les seules méthodes prétendument légitimes pour l'analyse sociale des problèmes de santé mentale. Cette tendance à l'excommunication des uns par les autres a été bien décrite par les historiens des sciences qui ont montré comment un groupe scientifique particulier essaie de transformer son propre paradigme dans les termes d'une science normale qui s'impose à tous. Les chercheurs anglosaxons n'ont pas pu échapper à la domination du paradigme quantitatif et adaptatif inspiré de l'épidémiologie et des sciences sociales descriptives. Ce paradigme sert souvent de référence unique pour refuser des articles dans les revues les plus prestigieuses et pour attribuer des fonds aux équipes de recherche. Il serait regrettable qu'il en vienne aussi à s'imposer au Québec. On peut penser que les caractéristiques de notre société et la vigueur de nos traditions critiques et interprétatives en sciences sociales s'opposeront à cette domination d'un unique paradigme.

Notes

1. Ce projet d'analyse des tendances de la recherche sociale a été confié par le Conseil québécois de la recherche sociale au Groupe interuniversitaire de recherche en anthropologie médicale et en ethnopsychiatrie (GIRAME). Le mandat précisait qu'il s'agissait de faire le bilan de la recherche sociale appliquée à la santé mentale et aux toxicomanies. Le rapport fut déposé au C.Q.R.S. en juin 1988, et il est accessible aux chercheurs dans sa version intégrale. Le présent article ne présente qu'un abrégé de la section du rapport relative à la recherche sociale en santé mentale.
2. La recherche a été réalisée sous la responsabilité de Gilles Bibeau, avec la collaboration de Colette Sabatier pour le volet de la santé mentale. Sept membres du GIRAME ont participé au suivi du projet, en intervenant, entre autre, dans la sélection des revues scientifiques retenues pour l'analyse. Il s'agit d'Ellen Corin, Henri Dorvil, Jean-François Saucier, Ursula Streit, Marie-France Thibadeau, Michel Tousignant, Jean-Pierre Valla. Ont plus spécialement collaboré à cet article E. Corin, M. Tousignant et J.F. Saucier.

Références

- Apollon, W., 1988, *Actualités de la folie* in Lemieux R., ed, *Folie, Mystique et Poésie*, Québec, Collection Noeud / GIFRIC.
- Bourdieu, P., 1982, *Ce que parler veut dire*, Paris, Fayard.
- Rapport Harnois, 1987, *Pour un partenariat élargi*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Corin, E., Grunberg, F., Seguin-Tremblay, G., Tessier, L., 1985, *La santé mentale, De la biologie à la culture*, avis du Comité de la santé mentale au Québec, Les Publications du Québec.
- Corin, E., Lamarre S., Migneault, P., Tousignant, M., eds, 1987, *Regards anthropologiques en psychiatrie*, Montréal, Éditions du GIRAME.
- Dumont, F., 1987, *Le sort de la culture*, L'Hexagone, Montréal.
- GIRAME, 1988, *La recherche en santé mentale et toxicomanie : spécificité de l'approche sociale et perspectives de développement*, Conseil québécois de la recherche sociale, juin, (Gilles Bibeau avec la collaboration de Colette Sabatier, Michel Desjardins, Georges Létourneau, et du Groupe de travail du GIRAME : E. Corin, H. Dorvil, J.F. Saucier, U. Streit, M.F. Thibadeau, M. Tousignant, J.P. Valla).
- Irigaray, L., 1985, *Parler n'est jamais neutre*, Paris, Éditions de Minuit.
- Kuhn, T.S., 1972, *La structure des révolutions scientifiques*, Paris, Flammarion (édition originale américaine 1962).
- Larose, J., 1987, *La petite noirceur*, Montréal, Boréal.
- Rioux, M., 1984, *Le Besoin et le Désir*, Montréal, L'Hexagone.
- Tousignant, M., 1987, *L'étiologie sociale en santé mentale*, Rapport inédit soumis au Conseil québécois de la recherche sociale (RS-876-083).
- Tremblay, M.A., 1983, *L'identité québécoise en péril*, Sainte-Foy, Les Éditions Saint-Yves, Inc.
- Waters, L., Godzich, W., eds, *Reading de Man Reading*, Minneapolis, University of Minnesota Press, 1989.

SUMMARY

In this critical review of English-language research on mental health, the authors identify the dimensions and variables taken into consideration in analyzing, on the one hand, social space and, on the other hand, the field of mental health. Three essential aspects of the body of research are analyzed: theoretical frames of reference; methods and instruments; and how links are made between social variables and mental-health problems. In a long conclusion, orientations of French-Quebec social research into mental health are compared to those of English research.