

Nos raisons communes de déprimer

Marie Leclaire

Numéro 309, automne 2015

Santé

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/79182ac>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Collectif Liberté

ISSN

0024-2020 (imprimé)

1923-0915 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Leclaire, M. (2015). Nos raisons communes de déprimer. *Liberté*, (309), 36–38.

Nos raisons communes de déprimer

Il faut cesser d'évacuer la dimension politique et sociale de la maladie mentale.

par Marie Leclaire

Le risque n'est évidemment pas de mourir : à la mort, individus et communautés, nous sommes tous promis. Le risque, c'est de n'avoir pas vécu, de s'être manqué, de mourir sans la moindre idée et de ce qui nous a fait et de ce que nous en avons fait, de mourir sans s'être racontés.

— Thierry Hentsch, *Raconter et mourir. Aux sources narratives de l'imaginaire occidental*

UN SAMEDI de l'année 2011, on pouvait lire à la une du *Devoir* un article décrivant l'état d'esprit de Mohamed Bouazizi avant son immolation, geste ayant déclenché, dans le monde arabe, le printemps révolutionnaire. Sa sœur, citée dans l'article, disait ce qui selon elle avait conduit son frère à poser ce geste radical : la corruption entourant l'émission des permis de vendeur itinérant, la confiscation de son matériel, les injustices et violences subies, l'impossibilité de porter plainte, les humiliations essuyées à répétition. On comprenait la perte d'espoir complète du jeune Tunisien.

Ce même samedi, toujours en première page du quotidien, sans qu'aucun propos éditorial n'établisse de rapprochement entre les deux événements, on trouvait le témoignage d'un père québécois dont le fils, au début de la vingtaine, s'était lui aussi enlevé la vie. Le père en deuil dédiait à son fils un film dans lequel il voulait, en outre, sensibiliser les Québécois aux manifestations sournoises de la dépression. On le citait à propos des préjugés entourant encore les troubles de santé mentale au Québec et la difficulté d'obtenir, pour la maladie dont avait souffert son fils, des soins adéquats dans notre système de santé.

Les propos et le ton étaient forts différents dans ces deux articles traitant de suicide et placés par hasard côte à côte : d'un côté, des sentiments d'injustice et de révolte;

de l'autre, la dépression et le manque d'accessibilité aux soins. Dans le premier cas, c'est le système politique en son entier qui est pointé du doigt; dans l'autre, le système de santé. Aucune mention de maladie mentale dans l'article sur la vie de Mohamed Bouazizi, seules les injustices subies y retiennent l'attention. Le papier sur le suicide du Québécois, quant à lui – outre la maladie mentale –, ne s'intéresse pas du tout à ce qui a mené le jeune homme au désespoir. On ne tente ni de comprendre le geste ni de commenter socialement et politiquement le suicide. Serait-il indélicat de spéculer sur des raisons communes de déprimer chez nous?

Je ne cherche pas à nier l'existence ou la gravité de la dépression majeure, ni le caractère exceptionnel de la révolution tunisienne. En mettant ces deux destins en parallèle, je veux illustrer à quel point nous avons intégré malgré nous et parce que plusieurs forces y concourent un discours médical qui, plaquant des mots sur notre souffrance, empêche de saisir et d'appréhender tout ce qui l'alimente. La plupart du temps, le langage utilisé par la psychiatrie jette en effet un voile opaque sur la possibilité d'interpréter ce qui a lieu dans l'environnement, dans le milieu familial et social où nous vivons et de poursuivre la quête imaginative, brouillonne, chicaneuse, mais si curative et féconde de solutions sociales, collectives et politiques aux malheurs qui nous affligent.

On n'a pas idée du nombre d'individus qui surfent anxieusement sur le Net à la recherche d'une explication médicale à leur profond sentiment d'inadéquation, d'aliénation par rapport à la place qu'ils occupent dans le monde. Dans les pénitenciers comme en bureau privé, dans les CLSC et les écoles, tous les psychologues et médecins que j'ai pu rencontrer au Québec sont sensibles à cette tonalité diagnostique nouvelle dans le discours des patients. La demande d'aide pour des problèmes de santé

mentale sera entendue si l'on utilise les mots justes bien plus que si l'on passe par la description de ce qui fait souffrir l'individu. Ici, donc, l'individu a entièrement raison de surfer sur le Net à la recherche du nom de ce qui l'accable : trouver la bonne étiquette est souvent le point de départ nécessaire et obligé pour recevoir de l'aide dans le système scolaire, le monde du travail et le système de santé. La maladie ouvre – bien plus que ne le fait le malaise, la colère ou la nausée – sur plusieurs formes de remèdes, de compensations sociales et financières. Le diagnostic officiel permet la prise de mesures particulières de soutien à l'école, l'accès à des thérapies, à des médicaments, à des arrêts de travail, à des mesures d'invalidité, et j'en passe. La colère et le sentiment d'injustice, condamnés et réprimés de plus en plus sévèrement, n'ont pas droit à cette écoute et à ce soutien.

Malaise dans le DSM

CE QUE le public ignore lorsqu'il est en quête d'un diagnostic, c'est que cette langue, issue de la psychiatrie, maquille aujourd'hui plus qu'elle ne les dévoile les multiples racines de la souffrance mentale. La raison en est fort simple, mais mérite d'être rappelée. En 1980, lors d'une refonte majeure du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder* (DSM-III), ouvrage phare de la psychiatrie – dans lequel tous les diagnostics de troubles mentaux sont répertoriés –, on a décidé d'en finir avec les spéculations explicatives multiples traditionnellement rattachées aux troubles mentaux, qui en approfondissaient les critères diagnostiques. Afin de rapprocher la psychiatrie de la médecine, et pour en assurer la crédibilité scientifique, ne furent désormais retenues comme signes de maladie que les manifestations objectivables de souffrance mentale, au plus proche du corps et des comportements observables. On a volontairement cessé de s'intéresser au discours des patients et aux théories des soignants, en faveur d'une représentation qui se voulait *neutre* et *objective* de la maladie mentale. Représentation d'une souffrance qui se tient au plus proche de ce qui se perçoit mais ne parle pas.

Le choix épistémologique d'une représentation médicale épurée de ses formes subjectives fut un pari pour la psychiatrie, qui croyait alors que le passage au neutre, à l'austérité théorique, lui permettrait éventuellement d'assurer sa place en médecine et aboutirait, aux termes de nouvelles études, à une plus grande validité scientifique. À l'époque, le pari en a offusqué plus d'un et les critiques furent très nombreuses. Ce qu'on était cependant loin de pressentir, c'est l'impact que cette représentation médicalisée de la maladie mentale allait finir par avoir dans toute la société. Une créature langagière aux tentacules immenses était née et elle allait trouver une place pour croître encore sur le Net. Les institutions, sans parler des compagnies pharmaceutiques, se sont saisies de ce vocabulaire et l'ont adopté partout et en tout temps pour décider des traitements qui seraient remboursés, pour financer la recherche, organiser les services et les soins. Le

vocabulaire de la psychiatrie a ainsi infiltré tout le tissu social pour réguler les échanges.

Quand un langage pénètre toutes les sphères de la société, on finit, à juste titre, par croire à son pouvoir explicatif. N'est-ce pas ainsi que nous avons appris à parler, à penser ? Si un nom existe pour représenter quelque chose, c'est qu'il doit offrir une prise sur cette chose. Les mots ont chez l'être humain un pouvoir magique : ils permettent de penser, d'interpréter – d'être ensemble. On ne peut vivre et continuellement douter d'eux. Mais ils peuvent aussi, et la clinique en témoigne, devenir le véhicule de tout un impensé. Un langage simple et cohérent est toujours séduisant, surtout s'il est suivi de gestes concrets de consolation. Les diagnostics doivent forcément, croit-on communément, renvoyer à des maladies concrètes et spécifiques, à des défaillances biologiques, qu'il appartient au milieu de la santé de s'occuper. Collectivement, n'est-il pas devenu presque impossible d'interpréter les gestes de désespoir autrement que dans le clivage désormais consacré des figures du terroriste et du déprimé ? C'est à la police ou à la médecine d'y voir, de guérir ou de punir. Séduits, donc, par ce langage apte à contenir tout ce qui paraît étranger et inquiétant, nous comprenons fort mal ce qu'il refoule, dont il nous incombe pourtant collectivement de nous occuper pour prendre soin les uns des autres.

Actuellement, cette conception des troubles mentaux comme autant de catégories de maladies distinctes est fortement remise en question par ceux-là mêmes qui ont travaillé à la plus récente version du DSM (DSM-5). La science

N'est-il pas devenu presque impossible d'interpréter les gestes de désespoir autrement que dans le clivage des figures du terroriste et du déprimé ? C'est à la police ou à la médecine d'y voir...

biomédicale a donné lieu à des résultats forts complexes. Même dans le cas de maladies mentales sévères comme la schizophrénie et l'autisme, les individus qui ont reçu les mêmes diagnostics se ressemblent peu, ont des trajectoires de vie très différentes, sont très réactifs à leur environnement et, bien souvent, finissent par remplir les critères de plus d'un diagnostic. Nombreux sont ceux qui ne réagissent pas bien aux traitements de première ligne proposés. Les rédacteurs et concepteurs du DSM-5 ont souhaité revoir en profondeur les critères diagnostiques pour mieux rendre compte de cette pluralité. Ils ont voulu modifier radicalement ce langage pour qu'il reflète mieux certaines percées

scientifiques. Ironiquement, ils s'en sont vus empêchés par l'irradiation de ce langage dans toutes les sphères de la vie publique. En modifiant leurs diagnostics, les psychiatres de l'APA (American Psychological Association) prendraient le risque d'engendrer des effets imprévisibles dans toutes les couches de la société. Nous avons tous aveuglément fait le même pari épistémologique.

Qu'est-ce que prendre soin ?

PRENDRE SOIN, les cliniciens le savent, exige toujours de sortir de la vision simpliste de la maladie véhiculée par le DSM. Au mieux, c'est accepter temporairement l'identification à un diagnostic qui soulage et déculpabilise, mais ne pas s'en contenter. L'être humain, contrairement à la vision qu'en offrait en 1980 le DSM, est un être profondément interprétatif, qui cherche le sens de sa présence au monde. Pour trouver des pistes curatives en clinique, il faut toujours être à l'écoute de l'individu : de sa parole, de ses demandes, de son histoire, de ses liens passés et présents aux autres, des conflits internes comme externes, des traumatismes, des normes sociales et de leur intégration psychique souvent encore plus contraignante pour l'individu que les interdits extérieurs. Il faut être sensible à la confusion, à la déchirure de soi qui

Les injustices, les rapports arbitraires de pouvoir, les négligences et les carences disparaissent au profit d'acronymes (TDAH, TAG) ou de « dépression majeure ».

sommeille au plus proche de l'angoisse de chacun. Ce travail de dévoilement de ce qui habite l'individu et le relie aux autres prend du temps. Plusieurs individus souffrants n'ont pas les moyens de livrer pareille bataille parce que, dans leur histoire, il n'y a jamais eu de place consacrée au travail interprétatif. Le discours normatif sur la maladie risque fort dans ces cas d'envahir toute l'identité de la personne et de devenir chronique.

La souffrance psychique de l'individu, lorsque traduite dans le langage diagnostique normatif, se transforme en monnaie d'échange pour des soins et compensations qui, s'ils soulagent l'individu pris isolément, maintiennent toutes les inégalités, source connue de maintes maladies organiques et mentales bien installées. Les injustices, dans le monde du travail ou à l'école, les rapports arbitraires de pouvoir, les

négligences et les carences disparaissent de nos discours individuels et collectifs, au profit d'acronymes (TDAH, TAG) ou de « dépression majeure ». Il n'est plus question de ce qui nous afflige et pourrait nous indigner, mais de notre incapacité individuelle à nous adapter au monde tel qu'il est, et du soutien qu'on pourra ou non obtenir des autres pour y parvenir.

Si l'individu révèle toujours par ses symptômes la marque indélébile de son appartenance à la collectivité, on peut se demander dans quelle mesure la collectivité est prête à raconter et interpréter les formes que prennent ses malaises et si elle dispose de lieux autres que cliniques pour le faire. La langue politique de nos élites, relayée par les médias, ne ressemble-t-elle pas de nos jours à la langue du DSM, avec cette même volonté que la collectivité dans son ensemble s'adapte, et vite, à des normes comptables et administratives austères qui se prétendent « objectives », mais gomment les aspérités, les rapports de pouvoir, les intolérances flagrantes à toutes les différences qui régissent notre monde ? La langue politique semble de moins en moins disposée à interpréter ce que vit la collectivité, à faire surgir ses particularités présentes et passées qui, seules, peuvent nourrir son pouvoir de transformation. Comment discuter authentiquement de ce que représente pour tout un chacun le fait de vivre ensemble, quand la collectivité n'est pensée que comme un objet à administrer ? Ne sommes-nous pas tous à risque de demeurer figés dans le même stérile et chronique malaise ?

On exige de l'individu qu'il se soumette à un contrat social qui est de moins en moins discuté dans l'espace politique. Au Québec, ce renoncement à élaborer ce qui peut nous rassembler est encore plus évident qu'ailleurs. Après deux référendums et des tentatives ratées de s'accommoder de la fédération canadienne, ce qui nous constitue politiquement est ici devenu tabou : parce que cela fait trop de chicanes et que nous n'en voyons pas le bout, nous ne voulons plus en entendre parler. On se méfierait en clinique de pareil refoulement. On sait que c'est du côté de ce qui gêne, de ce qui est désagréable à dire et à penser qu'on peut découvrir ce qui nous détermine le plus. Il conviendrait de méditer sur les conséquences intimes de ce refoulement de nos ratés passés – qui concerne tous les individus, car qui peut prétendre les avoir dépassés ? –, sur la capacité des individus d'investir le politique comme lieu de transformation collective et sur la possibilité de la collectivité de prendre soin des individus qui la composent.

Ce samedi-là, ce n'est peut-être pas par hasard si nous ne pouvons pas, comme l'ont fait les Tunisiens, parler de la souffrance de notre jeune homme québécois suicidé, nous y identifier, pour mieux la penser et chercher à travers elle à nous transformer. Avons-nous peur de ce que peuvent révéler nos raisons communes de déprimer ? Notre vie collective plurielle, multiple, chicaneuse serait-elle devenue un symptôme à faire taire dans la longue marche vers un pari qui ne sait plus se dire ? **L**

Marie Leclaire est psychologue et professeure adjointe de clinique au Département de médecine familiale et de médecine d'urgence de l'Université de Montréal.