

Article

« Maladie mentale et stigmatisation ou Comment on devient un malade mental pour la vie »

Jacqueline C. Massé et Marie-Marthe T.-Brault

Santé mentale au Québec, vol. 4, n° 1, 1979, p. 73-83.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/030048ar>

DOI: 10.7202/030048ar

Note : les règles d'écriture des références bibliographiques peuvent varier selon les différents domaines du savoir.

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter à l'URI <https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/>

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche. Érudit offre des services d'édition numérique de documents scientifiques depuis 1998.

Pour communiquer avec les responsables d'Érudit : info@erudit.org

Maladie mentale et stigmatisation

ou

Comment on devient un malade mental pour la vie

Jacqueline C. Massé
Marie-Marthe T.-Brault

La perspective sociologique telle que présentée ici en relation avec la santé et/ou la maladie mentale est basée sur une approche interactionniste du phénomène. (1) En effet, la société est composée d'un ensemble de normes et de valeurs, partagées par la majorité des personnes au sein d'une même culture à une époque donnée. Ces normes dont l'apprentissage commence dès la naissance de l'individu, sont issues de la génération précédente et ainsi transmises de génération en génération. Normes et valeurs constituent le tissu social, fondement de notre vie en commun. Il s'agit d'une vision de la société centrée principalement sur les rapports entre les individus et la société, et entre les individus et les institutions, ces rapports étant définis par un ensemble d'interdépendance psychologique et sociale.

En d'autres mots ces rapports que l'on dit interactionnels, mettent continuellement face à face les individus qui s'envoient des messages ; les contacts entre l'individu A et l'individu B constituent la plus petite unité de ces rapports. Lors de cette rencontre il se produit un échange constant de comportements et d'attitudes d'une part, et d'attentes de l'autre et vice-versa, à travers lesquels un continuel ajustement se

Jacqueline C. Massé, PH.D., est professeur agrégée au département de sociologie de l'Université de Montréal. Marie-M. T.-Brault est ethnologue et prépare un doctorat en sociologie. Nathalie Brault a collaboré à la recherche bibliographique.

(1) La théorie interactionniste représente l'une des nombreuses écoles sociologiques qui se sont développées en rapport avec le type des phénomènes étudiés. Plus spécifiquement, elle contribua à l'édification de la psychologie sociale, et ainsi servit à l'analyse de nombreux phénomènes tels le leadership, la dynamique des petits groupes, etc.

produit. Il faut bien comprendre que cet échange s'effectue sur la base commune des normes et valeurs dont nous parlions plus haut. Cette base commune est constituée non seulement des expériences quotidiennes mais aussi d'un corpus socio-culturel qui a un caractère symbolique, puisque même en l'absence du stimulus concret, il agit sur les perceptions et les comportements.

Ces normes ou ces symboles communs sont fondamentaux chez les individus car ils contribuent largement au développement de l'identité personnelle et sociale. Ainsi la première interaction de la mère avec l'enfant contient déjà en puissance l'ensemble des attentes et des réponses constituant le réseau complexe des interactions qui plus tard vont conduire l'individu à endosser rôles et statuts. Ces interrelations sont à la base de la définition que l'on acquiert de son identité. En effet l'image de nous-mêmes que le partenaire nous renvoie devient en grande partie l'image que l'on a de soi. Cette perception de nous-mêmes est intimement liée au rôle que les individus qui nous entourent nous attribuent et s'attendent à nous voir assumer. Comme l'écrivent Gerth et Mills: "Ce que nous pensons de nous-mêmes est influencé de façon décisive par ce que les autres pensent de nous." (P.186). Et Meltzer commentant les théories de G.H. Mead: "Le soi est appréhendé de la même façon que les autres objets, à travers les "définitions" faites par les autres."

À cette première interaction progressivement vont venir se greffer d'autres échanges entre les individus créant ainsi de nouveaux rôles, par exemple: parental, institutionnel, occupationnel entraînant droits et obligations. Il ne faut pas oublier que chacun de ces rôles est lié à un ou des rôles complémentaires et est défini par des attentes mutuelles, lesquelles une fois institutionnalisées, créent un ensemble cohérent qu'on appelle la culture d'une société donnée. Ces attentes mutuelles sont renforcées par des mécanismes de contrôle social qui prennent la forme de sanctions diverses: gratifiantes ou punitives selon que le comportement est jugé conforme ou non conforme.

Dans ce contexte, le phénomène de la déviance s'inscrit comme un accroc aux normes généralement admises par l'ensemble de la collectivité. En parlant de maladie mentale, on fera des liens avec les théories sociologiques sur la déviance puisque le terme "malade mental" fait référence aux concepts de marginalité et d'anormalité. Avant d'aborder le sujet spécifique de la maladie mentale, il faut donc définir cette approche sociologique du phénomène global de la déviance dont les sujets d'étude vont de la délinquance criminelle jusqu'à la non conformité des handicapés physiques (paraplégiques, sourds, aveugles, etc.), en passant par les autres formes plus ou moins néfastes selon la communauté, telles la prostitution, l'homosexualité, la narcomanie, etc.

Cette approche sociologique du phénomène de la déviance a été désignée en américain "labeling theory"; c'est-à-dire théorie de l'étiquetage, dont les principaux chercheurs sont Becker, Goffman, Erikson, Lemert et Schur. Cette théorie se base sur le fait que la déviance ne consiste pas en un phénomène purement individuel c'est-à-dire d'un individu commettant un acte spécifique, mais dans les rapports entre cet acte posé par un individu et la réaction sociétale, c'est-à-dire la réaction du milieu. Si les réactions qu'il suscite sont négatives c'est principalement parce qu'il contrevient aux normes généralement admises, entraînant ainsi des sanctions telles l'évitement, le rejet, l'exclusion, l'internement, l'emprisonnement, etc. L'essentiel de cette démarche théorique, c'est de centrer l'étude du phénomène sur la réaction sociétale face à l'individu déviant, lequel à partir du moment où ne se conformant pas à l'ensemble des normes de son milieu, suscite chez les autres un malaise et une tendance à l'étiqueter, c'est-à-dire à lui appliquer une identité négative centrée uniquement sur l'action déviante qu'il a posée, sans tenir compte des autres facteurs de sa personnalité qui eux peuvent être positifs.

Evidemment cette définition de la théorie de l'étiquetage se veut synthétique, et ne tient pas compte pour le moment des diverses étapes que constitue ce processus discriminatoire. Nous aborderons chacune de ces étapes en les appliquant au phénomène de la maladie mentale.

La société n'est pas d'une intolérance telle qu'elle ne puisse absorber un certain pourcentage de déviance à condition qu'il ne soit pas trop visible et qu'il puisse s'intégrer dans le schéma culturel global. Il y a bon nombre de gens manifestant des troubles d'adaptation psychologique, mais qui demeurent des cas non reconnus, transitoires et relativement bien acceptés dans leur milieu. C'est ce que Lemert (1951) désigne déviation primaire; cette déviation peut être fonction de caractéristiques biologiques, psychologiques, culturelles ou sociales. A ce niveau elle peut être acceptée ou jugée indésirable, mais elle n'a que des implications marginales avec la structure psychologique, le rôle et le statut social de la personne en cause; il y a donc encore possibilité d'accommodements dans les interactions avec son milieu pour normaliser la situation. Il s'agit d'une phase non organisée ou non encore cristallisée.

On passe au stade de la déviation secondaire lorsqu'interviennent les réactions punitives des autres. C'est alors que commence un processus de modification de la structure psychologique de l'individu défini comme déviant; car il faut bien souligner comme le fait Becker que c'est par un processus séquentiel que l'individu va finir par endosser son rôle de déviant. En parlant d'"analyse séquentielle"; Becker met en relief l'aspect social du phénomène résultant des interactions entre l'in-

dividu et son milieu, et son caractère dynamique, s'exprimant en un processus plus ou moins long. Lorsque l'individu finit par se percevoir comme les autres le voient (déviant), il organise sa structure psychique autour de son comportement ou rôle déviant.

Une fois que la société s'est déjà manifestée en face d'un acte déviant elle n'arrête pas pour autant son effet. L'ensemble des interactions incluant attentes et comportements face aux rôles normalement assumés par l'individu est remplacé par un nouveau réseau d'interactions centré exclusivement sur son nouveau rôle de déviant. Comme Lemert, Scheff a observé dans ses études que ce nouveau rôle est complet quand il fait partie des attentes de l'individu et que ces attentes sont réaffirmées dans l'interaction sociale de façon uniforme et généralisée. Lorsque ce rôle déviant est marqué par des gestes institutionnalisés, (diagnostic psychiatrique, jugement de la cour, séjour en hôpital psychiatrique) l'image devient encore plus claire et les individus ainsi identifiés entrent dans une carrière morale, pour employer l'expression de Goffman. En d'autres termes, tout son entourage, groupe primaire, c'est-à-dire famille, amis et groupe secondaire, c'est-à-dire employeurs et collègues de travail, médecins, agents sociaux, etc., lui renvoient une image uniforme en termes de stéréotype de maladie mentale. Cette image traditionnelle stéréotypée "maladie mentale" devient la base de son nouveau rôle social, dans lequel il sera maintenu par le contrôle informel (groupe primaire) et formel (groupe secondaire), accompagné de diverses sanctions.

Cette approche de Goffman nous aide à concrétiser les propos de Lemert et de Scheff sur le sujet. Ainsi il fait allusion au processus d'exclusion progressive dont est victime l'individu déviant, en décrivant les phases qui le conduisent d'un statut civil à un statut de patient, c'est-à-dire d'un statut impliquant relations sociales et droits, à un autre (celui de patient) dans lequel ces deux éléments fondamentaux d'une vie sociale normale, lui sont retirés. Cette situation va engendrer progressivement des sentiments d'abandon et de trahison de la part de ses proches. Dans son étude il a observé que la plupart des histoires de cas débutent par une offense quelconque qui est de nature à perturber les attentes habituelles de leur milieu (soit familial, professionnel ou communautaire). Lorsqu'il y a un plaignant (époux, parent, collègue de travail), c'est alors le début social de la carrière du futur patient. Tout comme dans une carrière "ordinaire", il y a aussi des étapes dans la carrière des patients mentaux.

A l'origine de cette carrière il y a donc un phénomène de perception sélective qui faisant abstraction de la personnalité globale de l'individu, s'attarde à un trait ou à un ensemble de comportements étiquetés négati-

vement, entraînant le stéréotype de malade mental, lequel correspond à une image intériorisée depuis l'enfance. En effet ce qui caractérise le concept de stéréotype, c'est un trait généralisé mais qui a la propriété symbolique d'être attribué à l'ensemble de la personnalité. L'individu ainsi stéréotypé n'est plus perçu qu'à travers une image négative. Non seulement cette image est négative, mais elle ne se modifie pas. Une fois fixé, ce stéréotype demeure. Les nombreuses études de psychologie sociale sur ce phénomène et les témoignages recueillis par les sociologues de la déviance, sont éloquents à ce sujet (cf: Schwartz and Skolnick; Goffman; Kitsuse; Scott; Scheff; Simmons). Progressivement se creuse un fossé entre la société et le déviant, marquant de façon irréversible la stigmatisation.

Pour appliquer ces données théoriques au domaine de la santé mentale, nous allons les illustrer par quelques études. En 1973, 8 personnes mentalement saines furent admises dans autant d'institutions psychiatriques. La raison de leur admission reposait sur des symptômes qu'elles avaient simulés lors de l'entrevue d'admission. Par contre, une fois le diagnostic de leur maladie établi par les médecins (schizophrénie), chacune reprit un comportement normal pendant le séjour institutionnel; en dépit de ce comportement normal, aucune ne parvint pendant son séjour, à faire changer le diagnostic initial. Et de plus, toutes ces personnes rencontrèrent des difficultés à obtenir le congé des médecins de l'institution où chacune séjournait. Le temps d'hospitalisation s'échelonna entre sept et 52 jours avec une moyenne de 19 jours. Il faut ajouter que toutes quittèrent les institutions avec un dossier médical leur conférant l'étiquette de "schizophrène en rémission" (Roseham). Cette première expérience nous indique que lors de l'entrée institutionnelle, quand un diagnostic sur un premier comportement est posé, il est très difficile de s'en sortir. Ce diagnostic devient le premier pas dans le début de la carrière car il est cristallisé par l'institution et confirmé par les spécialistes. C'est une première manifestation de la réaction de la société à leur égard. Le temps d'hospitalisation et le diagnostic de "schizophrène en rémission" confirment la généralisation qui s'est opérée à tous les aspects de leur comportement.

Une autre étude faite par Scheff illustre que la condition psychiatrique des patients n'est pas le facteur primordial dans l'admission à un hôpital psychiatrique. Ses données, basées sur une variété de documents (diagnostic de psychiatres, dossiers de la cour, interviews avec des psychiatres et des officiers de la cour, observations), indiquent que 63% des patients sur un total de 164 étaient quand même admis à l'hôpital sans pourtant être considérés dangereux ni sévèrement perturbés. Il conclut que c'est donc la présomption de la maladie et non pas nécessairement la condition réelle des patients, qui est le facteur décisif dans

l'admission à l'institution. Il émet l'hypothèse que les différentes pressions émanant de la collectivité avaient joué un rôle important et parfois décisif.

Pendant la période d'hospitalisation se développe un nouveau type d'interactions entre le patient et le personnel de l'institution, qui contribuent à préciser le rôle du patient et en même temps à l'y enfoncer. Les caractéristiques mêmes de l'institution, l'attitude du personnel médical et para-médical, les contacts avec les autres patients, sont autant de facteurs qui ont fait ressortir les dimensions sociales liées au phénomène. Sans entrer dans le détail de toutes les études qui ont analysé ce phénomène, nous en mentionnons quelques-unes. Entre autres, les études de Siegel et al., Denzin et Spitzer, Denzin, Erikson, Goffman et Mercer, Jane R.

Après l'hospitalisation, une fois l'individu étiqueté, plusieurs caractéristiques sociales peuvent continuer à intervenir indépendamment de l'évaluation médicale, au moment de la sortie du patient. Par exemple Scheff mentionne une étude basée sur un échantillonnage de 530 patients; quarante-trois % de ce groupe continue de demeurer à l'hôpital sans que leur séjour puisse être expliqué en termes de conditions psychiatriques. L'âge et la durée de l'hospitalisation entre autres sont des variables plus importantes que l'état médical c'est-à-dire que les gens âgés et/ou ceux dont le séjour a été plus long sont susceptibles d'y demeurer encore plus longtemps. Il conclut que ces patients sont dépendants de leur famille et de la collectivité, indiquant l'importance de la réaction sociétale relativement à leur sortie de l'hôpital.

Après le traitement on pourrait penser que l'étiquette disparaît. Tel n'est pas régulièrement le cas. A preuve cette expérience de Farina et Ring faite avec des étudiants de collège. Dans l'un des groupes de sujets, l'expérimentateur avait présenté un confrère étudiant en mentionnant que ce dernier avait souffert de maladie mentale dans le passé. Dans l'autre groupe de sujets, l'expérimentateur avait présenté des informations générales concernant ce même étudiant sans faire allusion à cette expérience passée de maladie mentale. Son comportement similaire pour les deux groupes, était très normal. Mais les sujets à qui on avait décrit l'étudiant comme ayant souffert de maladie mentale l'ont perçu négativement: moins efficace dans l'accomplissement d'une tâche, moins recherché comme ami, d'un tempérament plus difficile. Ainsi le fait d'avoir mis une étiquette de maladie mentale avait influencé la perception des étudiants et leur comportement.

Cette perception faussée par l'étiquette accolée à certains traits de personnalité des individus telle qu'exposée dans les exemples précédents, peut également s'étendre à un autre phénomène de perception que certains

chercheurs comme Schur et Kitsuse appellent l'interprétation rétroactive du comportement d'individus dont on a appris qu'ils avaient vécu des expériences déviantes, ou qui sont restés marqués d'une étiquette déviante tels les ex-détenus, les ex-prostituées, les ex-pensionnaires d'hôpital psychiatrique, qui même après avoir vécu peut-être il y a plusieurs années ces expériences, restent marqués, étiquetés et sont jugés rétroactivement par le milieu qui les entoure en fonction de cette expérience.

Non seulement l'expérience de la maladie mentale est stigmatisante, mais indépendamment de la gravité de la maladie (stabilisation, aggravation, guérison), le simple fait d'avoir séjourné dans une institution psychiatrique marque en soi l'individu d'un stigmate aussi fort que celui laissé par la maladie.

Ainsi Philips dans son étude, a découvert qu'entre deux individus présentant le même comportement étiqueté d'une maladie mentale, celui qui ne recherche pas d'aide est moins rejeté par son entourage que celui qui a été hospitalisé dans une institution psychiatrique. De plus, il a observé qu'un individu normal dont on dit qu'il a séjourné dans un hôpital psychiatrique était rejeté plus souvent qu'un individu dit psychotique n'ayant pas cherché d'aide professionnelle.

Plus près de nous, un reportage paru dans La Presse du 30 novembre 1978, citait les propos désespérés d'ex-patients psychiatriques, d'âge, de sexe et de milieu différents. En voici quelques extraits :

Paul, 26 ans, plusieurs diplômes universitaires :

“On m'a dit que j'étais schizophrène. Ce qui revient à dire que je suis fou... Ma famille immédiate a toujours caché mon état à la parenté...”

Adrien, 37 ans :

“J'ai perdu confiance en moi. La société m'a étiqueté.”

René, 33 ans :

“Anxiété chronique. C'est ainsi qu'on m'a catalogué... J'ai peur de moi-même.”

Paul : “J'ai peur de faire un effort pour dénicher du travail, car je sais que je vais flancher un jour ou l'autre. C'est un cercle vicieux”.

Maryline est expulsée de la maison familiale à l'âge de 16 ans. Sans ressources, elle se débrouille comme elle peut: jobs bêtifiants et chichement payés, années de concubinage difficiles, grossesse dans l'abandon, etc., “J'ai claqué une dépression nerveuse” murmure-t-elle. Maryline s'est effectivement réveillée dans un hôpital psychiatrique, début de nombreux séjours entrecoupés de sorties.”

Reine, 57 ans :

“Je vis dans un état de solitude et d'incertitude qui me déboussole. Mes amis, ma famille me fuient”.

L'auteur de ce reportage, Nicole Beauchamp, mentionne que "...les ex-patients d'établissement psychiatrique (sont perçus) comme des êtres dangereux, incurables, guettés par les rechutes... Bon nombre d'ex-patients subsistent ainsi avec l'aide sociale." Ce qui est expliqué par la difficulté à se trouver de l'emploi. Par exemple "René s'est vu sommé par ses contremaîtres de démissionner. Il avait eu la candeur de leur révéler ses antécédents psychiatriques pour se justifier de s'être absenté une fois quelques heures."

Claire, 41 ans:

"Je travaillais dans une manufacture où le patron savait que je suivais un traitement médical... Pour 40 heures de travail/semaine, je gagnais 43 dollars net. J'ai ainsi trimé à des salaires de famine toute ma vie, exploitée dans tous mes emplois."

De la même façon "malgré ses diplômes, Paul a essuyé plusieurs refus d'emploi." Comme le dit Paul: "Il faut cacher notre passé, nous sommes comme des prisonniers."

Ces témoignages recourent et confirment l'étude de Philips sur la stigmatisation attachée au séjour en institution psychiatrique indépendamment de l'état mental actuel du sujet et nous font réfléchir sur le fait que l'étiquette attachée à la maladie mentale non seulement provoque un jugement stigmatisant de la part de l'entourage, mais déforme la perception que ces personnes ont d'elles-mêmes. Elles sont devenues prisonnières de l'image négative qui leur est renvoyée par la société. Selon l'expression de Beauchamp, c'est un "cercle vicieux qui tourne et se resserre" autour d'elles.

Après ce bref tour d'horizon des implications sociétales reliées à la maladie mentale, on aura mieux saisi nous l'espérons le rôle de la sociologie face à ce phénomène. L'ensemble de ces études sociologiques a pour but d'apporter un point de vue complémentaire à l'épineuse question non encore résolue des facteurs prioritaires dans le développement de ces maladies: déficiences biologiques et psychologiques et/ou difficulté dans les interactions sociales. En effet, la difficulté pour la médecine de démarquer actuellement de façon sûre toutes les maladies à caractère organique de celles dites fonctionnelles, explique l'intérêt de l'approche sociologique insistant sur la nécessité de considérer un éventail de facteurs interdépendants pour analyser complètement le phénomène.

Même si nous ne pouvons appliquer systématiquement tous les principes énoncés plus haut à tous les types de maladie mentale, ces travaux ne seront pas inutiles. En effet, plusieurs ont expérimenté dans leur entourage immédiat (famille ou milieu de travail), des relations avec des personnes atteintes de troubles psychiques plus ou moins graves,

plus ou moins anormaux; ces relations sont parfois difficiles. Cependant, ce que celles et ceux parmi nous n'ont peut-être pas observé, c'est la part de gravité de ces troubles due à la réaction sociale du milieu et non à la personnalité du sujet dit malade. Cette participation (la plupart du temps inconsciente) du milieu social à l'émergence au développement ou à l'aggravation de la maladie mentale, constitue l'élément central des recherches de la sociologie en ce domaine; ainsi les chercheurs espèrent contribuer aux efforts effectués par leurs collègues de disciplines connexes dans le but d'éviter désormais à des centaines d'individus d'être victimes de la stigmatisation actuelle attachée à la maladie mentale.

BIBLIOGRAPHIE

- BEAUCHAMP, Nicole. "Etre ex-patient psychiatrique: une marque indélébile". ? *La Presse*, 30 nov. 1978.
- BECKER, H.S. *Outsiders. Studies in the Sociology of Deviance*. New York: The Free Press, 1963.
- DENZIN, N.K. "The Self-fulfilling Prophecy and Patient Therapist Interaction". in S.P. Spitzer and N.K. Denzin eds., *The Mental Patient*. New York: Mc Graw-Hill, 1968.
- ERIKSON, K.T. "Patient Role and Social Uncertainty" *Psychiatry: Journal for the Study of Interpersonal Processes*, 1957, 20, p.263.
- FARINA, A., and RING, K. "The Influence of Perceived Illness on Interpersonal Relationships". *Journal of Abnormal Psychology*, 1965, 70, p.47.
- FINKEL, N.J. *Mental Illness and Health, Its Legacy, Tensions, and Changes*. New York: Macmillan Publishing Co., 1976.
- GERTH, H., and MILLS, C.W. "Institutions and Persons". *Symbolic Interaction*, ed. Manis and Meltzer. Boston: Allyn and Bacon, 1967.
- GOFFMAN, E. "The Moral Career of the Mental Patient". *Psychiatry*, 1959, 22, p.125.
- GOFFMAN, E. *Stigma*. Paris: Editions de Minuit, 1975.
- KITSUSE, J.T. "Societal Reactions to Deviant Behavior: Problems of Theory and Method". *Social Problems*, 1962, 9, p.253
- LEMERT, E.M. *Social Pathology: A Systematic Approach to the Theory of Sociopathic Behavior*. New York: Mc Graw-Hill Book Co., 1951.
- LEMERT, E.M. *Human Deviance, Social Problems and Social Control*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1967.
- MEAD, G.H. *Mind, Self and Society*. Chicago: The University of Chicago Press, 1934.
- MELTZER, B.N. *The Social Psychology of George Herbert Mead*. Western Michigan University, Center for Sociological Research, 1964.
- MERCER, J. "Social System Perspective and Clinical Perspective: Frames of Reference for Understanding Career Patterns of Persons Labelled as Mentally Retarded". *Social Problems*, 1965, 13, p.21.
- PHILIPS, D. Rejection: A Possible Consequence of Seeking Help for Mental Disorders". *American Sociological Review*, 1963, 28, p.963.

- ROSEHAM, D.L. "On being sane in insane places". *Science*, 1973, 179, p.250.
- SAMPSON, H. and al. "Family Processes and Becoming a Mental Patient". *American Journal of Sociology*, 1962, 68, p.88.
- SCHEFF, T.J. *Being Mentally Ill*. Chicago: Aldine Publishing Compagny, 1966.
- SCHEFF, T.J. "The Labelling Theory of Mental Illness". *American Sociological Review*, 1974, 39, p.444.
- SCHUR, E.M. *Labeling Deviant Behavior*. New York: Harper and Row, 1971.
- SCHUR, E.M. *Crimes Without Victims*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall, 1967.
- SCHWARTZ, R.D. and SKOLNICK, J. "Two studies of legal stigma". *Social Problems*, 1962, 10, p.133.
- SCOTT, R.A. *The Making of Blind Men*. New York: Russell Sage, 1969.
- SIEGEL, N.H. and al. "Social Class, Diagnosis, and Treatment in Three Psychiatric Hospitals". *Social Problems*, 1962, 10, p.191.
- SIMMONS, J.L. "Public Stereotypes of Deviants". *Social Problems*, 1965, 13, p.225.
- SPITZER, S.P. and DENZIN, N.K. "Paths to the Mental Hospital and Staff Predictions of Patient Role Behavior". *Journal of Health and Human Behavior*, 1966, 7, p.265.
- YARROW, M.R. and al. "The Psychological Meaning of Mental Illness in the Family". *Journal of Social Illness*, 1955, 11, p.12.

NOTE: Pour avoir une optique sociologique différente ou complémentaire de la maladie mentale, on peut consulter entre autres les auteurs suivants:

- FREEMAN, H.E., SIMMONS, O.G. "Social Class and Post Hospital Performance Levels". *American Sociological Review*, 1959, 2.
- GOVE, W.R. and HOWELL, P. "Individual Resources and Mental Hospitalization: A Comparison and Evaluation of the Societal Reaction and Psychiatric Perspectives". *American Sociological Review*, 1974, 39, p.86.
- HOLLINGSHEAD, A.B., and REDLICH, F.C. *Social Class and Mental Illness*. New York: Wyley and Sons, 1958.
- RUSHING, W.A. "Status Resources, Societal Reactions, and Type of Mental Hospital Admission". *American Sociological Review*, 1978, 43, p.521.
- SCOTT, M.B. and LYMAN, S.M. "Paranoia Homosexuality and Game Theory". *The Journal of Health and Social Behavior*, 1968, 9, p.179
- SZASZ, T.S. *The Myth of Mental Illness*. New York: Harper and Row, 1961.
- TOWNSEND, J.M. "Cultural Conceptions, Mental Disorders and Social Roles: A Comparison of Germany. and America". *American Sociological Review*, 1975, 40, p.739.

SUMMARY

In this article mental illness is presented in a sociological perspective, giving prominence to social-interaction factors which, in many cases, are responsible for the permanence of this type of illness. Its theoretical base comes from the psychology of social-interaction developed by G.H. Mead and his disciples. This perspective defines the social human being as derived from successive interactions, beginning, at birth, with maternal contacts and extending progressively to the entirety of the members of the community of which the individual is a part. This interactional network is comprised of messages, of responses, and of expectations which make up the norms and values which in turn form the basis for the distribution of roles and statuses. From these roles and statuses derive the behaviours acceptable to a given collectivity. Among other theoretical developments, interactionist sociology gave birth to formulations on deviance which became known, in American terminology as "labelling theory". In the case of mental illness many sociologists interested in the phenomenon have studied it, using the framework elaborated by the proponents of this approach to deviance. Thus, rather than considering the deviant as abnormal in himself, deviance is viewed as a process; that is, as the result of a series of interactions confronting the individual who is not, or does not behave like, the collectivity as a whole and the milieu in which he lives. When the reaction of the entourage is negative, the so-called deviant is subjected to sanctions such as avoidance, rejection, exclusion, confinement, etc... This process terminates generally in stigmatization which wraps the deviant in a label from which he will probably never free himself. The studies cited demonstrate this interactional process at different stages of mental illness, these being: a) at the point of medical diagnosis, b) during hospitalisation, c) on leaving the psychiatric institution, d) and after the return to society. The conclusion leads to an appreciation of the drama experienced by psychiatric ex-patients, for most of whom the label "mentally ill" constitutes an apparently irreversible stigmatization.