Document generated on 10/12/2024 3:38 a.m.

Santé mentale au Québec

La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi?
Poverty and mental health : are the poor sicker and if so, why ?

Daniel Fortin

Volume 14, Number 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI: https://id.erudit.org/iderudit/031519ar
DOI: https://doi.org/10.7202/031519ar

See table of contents

Publisher(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (print)
1708-3923 (digital)

Explore this journal

Cite this article

Fortin, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? *Santé mentale au Québec*, *14*(2), 104–113. https://doi.org/10.7202/031519ar

Article abstract

This article provides an overview of research that attemps to explain why the economically under-priveledged show the greatest number of distress symptoms and the least sense of well-being. The author also elaborates on what those results mean on the theoretical level and on the intervention level.

Tous droits réservés © Santé mentale au Québec, 1989

This document is protected by copyright law. Use of the services of Érudit (including reproduction) is subject to its terms and conditions, which can be viewed online.

https://apropos.erudit.org/en/users/policy-on-use/

érudit

This article is disseminated and preserved by Érudit.

Érudit is a non-profit inter-university consortium of the Université de Montréal, Université Laval, and the Université du Québec à Montréal. Its mission is to promote and disseminate research.

https://www.erudit.org/en/

Santé mentale au Québec, 1989, *XIV*, 2, 104-113

La pauvreté et la maladie mentale: est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi?

*Daniel Fortin**

Cet article fait un tour d'horizon des principaux résultats de recherche qui permettent d'expliquer que les personnes les plus défavorisées, sur le plan économique, sont celles qui présentent le plus de symptômes de détresse, et expriment le moins de bien-être. L'article amorce aussi une réflexion sur ce que ces résultats signifient sur le plan théorique et sur le plan de l'intervention.

La constatation qu'il existe un lien entre les facteurs économiques et la santé mentale soulève des débats à caractère théorique, voire idéologique. L'insuffisance de revenu et la privation économique qui en résulte peuvent être considérées comme des éléments qui favorisent le développement de pathologies ou comme une conséquence de ces pathologies. À l'aide de la documentation pertinente, ce texte tente de cerner cette problématique. Il veut répondre à deux questions. Premièrement, trouve-t-on une plus grande prévalence des désordres mentaux au sein des collectivités qui sont défavorisées sur le plan économique? Dans cette perspective, nous examinerons les résultats découlant de deux types de recherche épidémiologique, les études portant sur des populations cliniques et les enquêtes portant sur la population en général. Comme nous le montrerons, ces travaux indiquent qu'il existe une plus grande prévalence des désordres mentaux et des problèmes de santé mentale dans les classes sociales les plus dépourvues économiquement. Dans la deuxième partie, nous traiterons des réponses qui sont généralement données pour expliquer l'existence d'une relation étroite entre les problèmes de santé mentale et les classes sociales. Nous montrerons que ces réponses peuvent se regrouper autour de quatre hypothèses générales.

* L'auteur, Ph.D., est professeur au département de psychologie, UQAM, et membre du LARESH.

Études indiquant la plus grande prévalence des désordres mentaux et des problèmes de santé mentale dans les milieux défavorisés

Deux types d'études ont cherché à déterminer les liens existant entre les troubles mentaux et les problèmes de santé mentale, d'une part, et les conditions socio-économiques, d'autre part. Le premier type d'études a tenté d'isoler les caractéristiques géographiques et socio-économiques qui distinguent les populations cliniques des populations non cliniques. Le second type d'études, pour sa part, vise à déterminer l'état général de la santé mentale de la population et à isoler les facteurs qui sont associés à cet état. Chaque type d'études présente des résultats particuliers que nous allons examiner de façon séparée.

L'étude des caractéristiques des populations cliniques

Dès 1840, à l'occasion du sixième recensement effectué aux États-Unis, on a tâché de recueillir des informations sur les malades mentaux. Ces données ont permis pour la première fois une analyse des différents facteurs socio-culturels reliés aux désordres psychiatriques. Un médecin du Massachusett, le docteur Edouard Javis, fut ainsi le premier à rapporter qu'il y avait plus de cas de démence au sein de certaines catégories de la population. Il constata que les classes les plus pauvres fournissaient jusqu'à 64 fois plus d'individus victimes d'aliénation mentale que les classes financièrement indépendantes.

Il attribua alors la plus grande prévalence des désordres mentaux dans certains groupes sociaux à l'infériorité naturelle de ces groupes (Leventman, 1978).

Il fallut cependant attendre la crise des années trente pour que la question soit réétudiée et que les chercheurs s'intéressent à nouveau à la distribution géographique des personnes aux prises avec une maladie mentale. Les travaux les plus connus sont ceux effectués à Chicago par Faris et Dunham (1939). Ils montrèrent qu'un plus fort pourcentage de personnes admises pour une première hospitalisation provenaient des quartiers pauvres. Cette étude donna le coup d'envoi à toute une série de recherches effectuées dans différentes villes américaines (Saint-Louis, Milwaukee, Omaha, Kansas City, Peoria), afin de confirmer ou d'infirmer les résultats de Chicago. Au total, près de quinze mille dossiers furent examinés (Green, 1939; Maurer, 1939; Queen, 1940; Schroeder, 1942; Clark, 1948-1949) et toutes les études révélèrent un plus haut taux de maladie mentale dans les quartiers pauvres des centre-villes. Plus près de nous, une étude dirigée par Marsh, alors directeur de la recherche sociale à l'université McGill, une étude qui portait sur les familles pauvres et sans-emploi de Montréal, montra que les conditions de pauvreté étaient la principale cause des désordres mentaux que l'on retrouvait dans les quartiers ouvriers (Marsh et al., 1938).

Ce type d'étude posait toutefois des problèmes méthodologiques particuliers. La composante économique n'était pas mesurée directement mais inférée à partir des caractéristiques des différents secteurs urbains. Les recherches entreprises au cours des années cinquante ont tenté de pallier à ces difficultés. Le groupe de Yale, dirigé par le professeur Hollingshead, divisa la population en cinq strates (Hollingshead, 1947). On calcula par la suite, pour la communauté de New Haven au Connecticut, un indice de prévalence pour chacune de ces strates. Les chercheurs observèrent une variation de l'indice en fonction des classes sociales, lequel indice atteignait un niveau sept fois plus élevé dans la classe la plus pauvre que dans la classe la plus riche (Hollingshead et Redlich, 1954, 1958).

Plusieurs autres études ont été réalisées depuis cette date. La majorité d'entre elles confirment l'existence d'un lien entre la pauvreté et les désordres mentaux. Dans une recension de la documentation traitant des impacts sociaux et culturels sur la psychopathologie, Dohrenwend et Dohrenwend (1974) indiquent que, sur 33 études, 28 rapportent que les taux de désordres mentaux sont plus élevés chez les groupes les plus pauvres. Des données récentes (Greenley, 1984; Kessler, 1982) montrent que la tendance observée depuis déjà plusieurs décennies ne s'est pas fondamentalement modifiée au cours des dernières années. Certaines études indiquent que l'appartenance à la classe sociale défavorisée est, parmi tout un ensemble de variables sociodémographiques, le facteur qui explique le mieux le taux de références hospitalières pour des problèmes de maladie mentale (Schwab et al., 1979).

Les recherches effectuées sur des populations canadiennes et québécoises appuient ces résultats. Une étude portant sur 1 157 cas adressés à un service communautaire de santé mentale de la région de Hamilton révèle que le facteur le plus fortement associé au fait d'être inscrit pour des problèmes psychologiques est le pourcentage de familles pauvres (Kates et Krett, 1988). Ce facteur à lui seul explique près du tiers de la variance des taux de référence. Une autre étude portant sur les dossiers actifs des personnes inscrites au service de consultation en santé mentale d'un centre hospitalier du nord-ouest québécois indique que le tiers seulement des gens qui ont recours à ce service possèdent une source de revenu personnel et qu'on y retrouve trois fois plus de prestataires d'aide sociale que dans la population générale (Caron et al., 1988).

Jusqu'ici, les travaux auxquels nous avons fait référence ont porté exclusivement sur des populations diagnostiquées et traitées. Nous avons considéré comme indicateur de santé mentale les taux de référence et d'hospitalisation. Toutefois, plusieurs facteurs peuvent agir et faire en sorte qu'une personne soit inscrite ou s'adresse à un service de santé mentale. La recherche a montré que les individus de classe inférieure étaient plus souvent inscrits ou amenés de force dans les services publics de santé, alors que les personnes des classes supérieures se présentaient d'elles-mêmes et avaient plus souvent recours aux professionnels en pratique privée (Hollingshead et Redlich, 1954).

Les données de l'enquête Santé-Québec confirment que les lieux de consultation varient selon l'appartenance sociale (Joubert et al., 1988). Ces

données indiquent que les faibles revenus consultent moins en bureau privé et ont plus souvent recours aux services d'urgence et aux cliniques hospitalières. C'est pourquoi il faut considérer un second champ de recherche, celui des enquêtes qui ont porté sur la population en général.

Les enquêtes portant sur la population en général

Le second champ de recherche ne se limite pas aux seules archives médicales mais procède à des collectes de données effectuées directement auprès d'échantillons représentatifs afin d'évaluer le niveau de santé mentale de la population. Nous pouvons faire remonter ce type de recherches au début du siècle avec les travaux réalisés par Rosanoff en 1917 (Dohrenwend et Dohrenwend, 1965). D'une façon générale, ces études portent sur un grand nombre de personnes tirées aléatoirement à partir d'une population résidant sur un territoire géographique donné : 1 660 pour l'étude de Mid-Manhattan à New York (Srole et al., 1962) et 1 010 pour l'étude du comté de Sterling en Nouvelle-Écosse (Leighton et al., 1963). Deux types de données sont collectées : des informations de type clinique, recueillies par des professionnels de la santé mentale, et des données fournies par les sujets à qui on demande de répondre à un questionnaire. Les taux de prévalence obtenus par cette approche sont généralement assez élevés : 23,4% pour l'étude new-yorkaise, et 30,5% dans l'étude de la Nouvelle-Écosse.

Ces travaux ont permis non seulement d'évaluer l'ampleur des problèmes de santé mentale, mais aussi d'examiner les facteurs les plus fortement associés aux désordres mentaux. L'étude de Mid-Manhattan révéla que 13% des membres des classes économiques inférieures présentaient des symptômes psychotiques, tandis que cette proportion n'était que de 4% dans les classes supérieures. Il en était de même pour les traits névrotiques (20% dans les classes inférieures et 11% dans les classes supérieures) et les désordres de personnalité (15% contre 5%). Ainsi l'on retrouve de deux à trois fois plus de troubles psychopathologiques chez les classes les plus pauvres (Langner et Michael, 1963). L'étude de Murphy (1971), fait dans le comté de Stirling, corrobore les résultats obtenus par Leighton et montre qu'il y a six fois plus de personnes en bonne santé et quatre fois moins d'individus malades parmi les individus de classe supérieure, lorsque ceux-ci sont comparés aux répondants de la classe inférieure.

Les enquêtes de ce type, à cause des qualifications du personnel et des coûts importants qu'elles impliquent, sont peu nombreuses. De façon générale, les chercheurs se limitent à administrer des questionnaires généraux de santé mentale. Tout comme le premier type d'études, celles-ci montrent que les personnes provenant des classes les plus pauvres manifestent plus de malaises psychologiques (Gurin et al., 1960; Myers et Bean, 1967).

Trois enquêtes méritent d'être présentées ici. La première portait sur 3 674 sujets féminins du Sud-Est américain. L'analyse de régression multiple révéla que, parmi l'ensemble des variables sociodémographiques introduites dans l'étude, le statut socioéconomique était le plus fort prédicteur du niveau de santé mentale (Warheit et al., 1976). Dans la seconde recherche portant sur un échantillon de 713 sujets d'un comité rural du Tennessee, on a eu recours à trois instruments différents pour mesurer le niveau de santé mentale des répondants. Ici encore, la classe socioéconomique s'est révélée être la variable en plus forte corrélation avec chacune des trois mesures (Neff et Husaini, 1980).

La troisième étude s'appliquait à un échantillon de 2 117 sujets répartis à travers les États-Unis (Veroff et al., 1981). Celle-ci entendait refaire une enquête réalisée vingt ans plus tôt (Gurin et al., 1960). Une section complète de cette étude a porté sur les liens existant entre la santé mentale et le statut social. Les auteurs ont observé une relation forte et stable entre le revenu et la plupart des mesures d'adaptation, de bien-être et de santé mentale. Une fois ajustées pour les variables sexe, âge et scolarité, les données de l'enquête de 1957 et ceux de 1976 présentent une similarité étonnante. Dans les deux cas, les personnes ayant un revenu inférieur

a) sont moins heureuses et expriment plus de crainte face à l'avenir ;
b) affirment plus souvent avoir été au bord de la dépression ;
c) perçoivent la vie maritale de façon plus négative et expriment moins de satisfaction dans leur mariage ;
d) rapportent moins de satisfaction au travail ;
e) indiquent plus de problèmes de santé et
f) expriment une plus grande anxiété.

Les études effectuées au Québec corroborent ces

résultats. Une première enquête effectuée sur le territoire de l'Estrie, au début de la décennie 1970, et portant sur 1 158 répondants (Denis et al., 1973) a confirmé l'existence d'une relation linéaire entre la santé mentale et le niveau de revenu. Une deuxième étude portant sur les populations des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski a également mis en évidence l'existence d'une association entre le pourcentage d'individus présentant un niveau élevé de symptomatologie et un revenu familial faible (Tousignant et Kovess, 1985).

Enfin la dernière étude effectuée à date, l'enquête de Santé-Québec (Perreault et al., 1988), montre:

a) qu'il y a une relation inverse entre le revenu et le pourcentage de personnes affectées par un niveau de détresse psychologique élevé (29% chez les plus pauvres et 17% chez les plus riches);
b) que la proportion de gens qui présentent un niveau de bien-être élevé ou très élevé augmente avec le revenu familial (61% chez les répondants ayant un revenu familial inférieur à 12 000 dollars et 80% chez ceux qui dépassent le seuil de 50 000 dollars);
c) que les Québécois à faible revenu qui ne travaillent pas et qui ne sont pas aux études présentent plus de problèmes psychologiques et sont plus susceptibles de rapporter des idées suicidaires ou des tentatives de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête.

Nous pouvons donc résumer ce qui précède en affirmant que le principal élément qui se dégage des études qui ont tenté d'isoler les facteurs les plus fortement reliés aux troubles de santé mentale est la constance avec laquelle ces études mettent en évidence le lien qui existe entre la pauvreté et la maladie mentale. Voyons maintenant comment on peut expliquer ce lien.

Les hypothèses explicatives

Comme nous venons de le rapporter, les plus hauts taux de mésadaptation, de troubles cliniques diagnostiqués et de malaises psychologiques s'observent chez les classes les plus pauvres. Cette constatation est remarquablement persistante dans le temps. Les données les plus récentes confirment les résultats les plus anciens. Il en est de même sur le plan géographique. Les résultats obtenus auprès d'échantillons québécois corroborent ceux recueillis aux États-Unis ou en Europe. Pour expliquer cette uniformité, deux thèses ont vu le jour: la thèse de la sélection sociale et la thèse de la cause sociale.

La première thèse, la plus ancienne, remonte au siècle précédent et s'inscrit dans le courant de pensée qu'il est convenu d'appeler le darwinisme social. Celle-ci repose sur le postulat que les troubles mentaux sont dûs à des caractéristiques stables de la personnalité, dont la cause première se situe au niveau constitutionnel et génétique. Cette thèse explique la distribution inégale des désordres psychiatriques par le jeu des forces naturelles, qui feraient en sorte que les moins aptes seraient plus sujets à l'échec et se retrouveraient ainsi en plus grand nombre au bas de l'échelle sociale.

La seconde thèse, celle de la cause sociale, trouve également ses origines dans les écrits des penseurs socialistes européens de la fin du XIXe siècle, mais c'est surtout avec la crise des années trente que les chercheurs ont véritablement pris conscience de l'impact des facteurs environnementaux sur la santé mentale. Cette seconde thèse affirme l'importance du rôle des conditions sociales comme facteur de vulnérabilité et comme agent déclencheur des troubles psychologiques. Les différences constatées entre les classes sociales au sujet de la prévalence des désordres mentaux seraient le reflet de ces conditions. Ainsi la privation économique, les conditions matérielles difficiles, l'aliénation sociale et l'absence de pouvoir seraient à la source des problèmes psychologiques.

Les deux thèses ont trouvé des défenseurs et des résultats empiriques ont été présentés à l'appui de chacune d'elle (Antunes et al., 1974; Eaton, 1980; Dohrenwend et Dohrenwend, 1969, 1974 et 1981). Cependant, un examen attentif des arguments et des résultats conduit à la constatation que la question est plus complexe qu'elle n'apparaît au premier abord. Premièrement, beaucoup d'auteurs prennent pour acquis que si l'on retrouve plus de personnes en difficulté psychologique dans la classe défavorisée, c'est que cette dernière est elle-même génératrice d'un plus grand nombre de désordres mentaux. Deuxièmement, le débat est présenté de telle façon que celui qui adhère à la thèse de la cause sociale ne peut admettre l'existence du phénomène de la dérive sociale que vivent un certain nombre de personnes aux prises avec des troubles mentaux.

Ces difficultés montrent deux débats qui se superposent et qui réfèrent chacun à des questions interreliées mais de nature différente. Pour le premier, le problème est de déterminer si la cause des maladies mentales est biologique ou sociale, c'est-à-dire si elle se situe à l'intérieur de l'individu ou à l'extérieur. Le second débat est de savoir si les classes défavorisées génèrent ou non plus de maladies mentales. Par conséquent, on se retrouve non plus avec deux mais avec quatre explications possibles selon que l'on opte pour l'un ou l'autre des postulats de base qui s'affrontent dans ces débats. Le tableau 1 présente les quatre hypothèses qui découlent des réponses données à chacune des deux questions sur lesquelles porte le litige. Nous allons reprendre chacune de ces hypothèses et examiner les données sur lesquelles elles s'appuient.

L'hypothèse de la fragilité constitutionnelle

C'est sur l'hypothèse de la fragilité constitutionnelle que Javis se fondait lorsqu'il affirmait l'infériorité naturelle des classes pauvres. Cette hypothèse réunit aujourd'hui beaucoup moins de partisans qu'au début du siècle. Bien que plusieurs reconnaissent une composante biologique aux troubles mentaux, peu de gens se risquent à affirmer clairement que la classe pauvre serait une classe «tarée» biologiquement, plus sujette à produire des individus susceptibles de présenter des problèmes d'ordre psychiatrique.

La démonstration d'une telle position supposerait, d'une part, que l'on puisse identifier des marqueurs spécifiques pour étayer objectivement l'existence d'une maladie mentale et, d'autre part, que l'on puisse prouver la présence d'un plus grand nombre de ces marqueurs chez les personnes originaires de classe inférieure. De plus, il faudrait démontrer la transmission génétique des troubles psychiatriques. Jusqu'ici, tout ce que la recherche nous permet d'affirmer c'est que l'hérédité crée une certaine vulnérabilité à certaines maladies et à certains troubles mentaux (Comité de la santé mentale, 1985). Là encore, ne disposant pas de marqueurs biologiques fiables et valides, il est difficile de poser un diagnostic clair et certain, tant pour l'existence d'un trouble spécifique de santé mentale que pour la transmission génétique de ce trouble.

L'hypothèse d'une plus grande vulnérabilité biologique des pauvres à la maladie mentale reste donc à démontrer. Il faut toutefois souligner que l'incapacité de démontrer une affirmation ne nous permet pas non plus de conclure qu'elle est fausse.

L'hypothèse de la dérive sociale

La seconde hypothèse est celle de la dérive sociale. Comme la précédente, elle reconnaît que les

TABLEAU 1

Catégories d'hypothèses expliquant la plus grande prévalence des maladies mentales dans les classes pauvres

	LES PAUVRES GÉNÉRENT PLUS DE PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE	CHACUNE DES CLASSES PRODUIT DE FAÇON ÉGALE SON CONTINGENT DE MALADIES MENTALES
LA PRINCIPALE CAUSE DE MALADIE MENTALE EST CHEZ L'INDIVIDU	Hypothèse de la fragilité constitutionnelle des classes pauvres	Hypothèse de la dérive sociale
LA PRINCIPALE CAUSE DE MALADIE MENTALE EST À L'EXTÉRIEUR DE L'INDIVIDU	Hypothèse de la fragilité sociale	Hypothèse de l'inégalité des soins

troubles psychiatriques possèdent une composante biologique. Elle reconnaît également que l'on retrouve un plus grand nombre de personnes présentant des symptômes dans les groupes défavorisés. Toutefois, cette hypothèse n'en conclut pas qu'une classe ou une autre produise plus de pathologie. Tout ce qu'elle affirme, c'est que les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale auront tendance à se retrouver dans une classe inférieure à leur classe d'origine. Ainsi, les classes inférieures seraient composées d'une population résiduelle, à l'intérieur de laquelle on retrouverait un plus haut taux de désordres mentaux.

Les études qui ont examiné la distribution géographique des personnes hospitalisées pour des raisons de maladie mentale ont constaté que ces personnes avaient tendance à être victimes d'une mobilité sociale descendante et à se retrouver dans les quartiers pauvres des centre-villes (Hare et al., 1972). L'analyse des données provenant des enquêtes portant sur la population en général ont également fourni des éléments à l'appui de l'hypothèse de la dérive sociale (Antunes et al., 1974; Eaton, 1980). Ces travaux démontrent qu'à niveau socioéconomique égal, les groupes ethniques défavorisés (Noirs, Mexicains) présentent un taux de symptômes moins élevé que les Américains d'origine anglo-saxonne. Deux types d'explications sont possibles. Ou bien les Anglo-Américains sont (génétiquement) moins résistants au stress (ce qui est rejeté par les auteurs), ou bien ils sont plus fortement soumis au processus de sélection sociale que les autres groupes. En d'autres termes, parce que les individus sains appartenant à des groupes ethniques désavantagés peuvent plus difficilement gravir l'échelle sociale, ils demeurent dans les couches inférieures, ce qui explique les moyennes plus élevées de ces groupes sur les indicateurs de santé mentale.

Il est à remarquer que cette dernière preuve est une preuve indirecte. Cependant, il est légitime de penser que les personnes qui souffrent de troubles psychologiques, même mineurs, aient plus de difficultés à s'adapter et soient moins efficaces et moins bien outillées pour faire face à la compétition sociale. Elles se retrouveraient, par conséquent, en plus grand nombre dans les groupes défavorisés.

L'hypothèse de la fragilité sociale

La troisième hypothèse est celle de la fragilité sociale ou de la victimisation. Comme l'hypothèse de la fragilité constitutionnelle, celle-ci prend pour acquis que les groupes sociaux les plus pauvres génèrent plus de troubles à caractère psychiatrique. Toutefois, contrairement à la première hypothèse, celle-ci insiste non plus sur les facteurs biologiques mais sur les facteurs sociaux de la maladie mentale. Elle affirme que, si les classes défavorisées produisent plus de personnes affectées par les difficultés psychologiques, c'est d'abord à cause des conditions dans lesquelles elles vivent. Parmi les éléments qui caractérisent ces conditions, trois ont retenu l'attention des chercheurs : *le stress, le manque de soutien social et l'infériorisation ou l'absence de pouvoir.*

La thèse selon laquelle les classes pauvres développent plus de pathologies parce qu'elles vivent plus d'événements stressants est admise depuis longtemps, mais elle a été formulée de façon systématique par le couple Dohrenwend. Ceux-ci ont démontré que les pauvres étaient susceptibles de vivre un plus grand nombre d'événements tragiques (mort d'un proche, maladie, accidents, séparation et divorce, perte d'emploi, etc.) (Dohrenwend et Dohrenwend, 1969, 1978 et 1981 ; Dohrenwend et Egris, 1981). L'enquête Santé-Québec corrobore ces résultats (Brunelle et Tremblay, 1988). Celle-ci montre que le revenu est directement associé au nombre d'événements de vie. Elle établit également que les catégories les plus pauvres, non seulement sont nettement plus susceptibles de reconnaître des événements stressants mais ont aussi tendance à vivre ces événements de façon plus pénible.

Le manque de soutien social est un deuxième élément susceptible d'expliquer la plus grande fragilité des pauvres à la maladie mentale. D'une part, la recherche a bien établi que le soutien social est un facteur de santé mentale (Caplan et Killilea, 1976; Cobb, 1976; Bell, 1981). D'autre part, un certain nombre de recherches a montré que les gens des milieux défavorisés reçoivent moins de soutien de leur entourage. En 1978, une étude britannique a indiqué que les relations familiales étaient vécues de façon plus négative dans les classes pauvres (Brown et Harris, 1978). Une étude américaine effectuée auprès de 9 000 adolescents âgés de 10 à 18 ans, portant sur la solitude, a révélé que les jeu-

nes des classes moins favorisées souffraient davantage d'isolement social et émotif (Brennan, 1982).

Au Québec, une enquête (Ouellet, 1988 cité par Dumont, 1988) a montré que l'étendue du réseau personnel varie selon le niveau de revenu. Cette étude a indiqué que les pauvres mentionnent moins de personnes. Ces données corroborent les études américaines qui montrent que la grandeur du réseau des cols bleus est en moyenne deux fois plus petit que celui des professionnels (Bell, 1981). L'étude de Ouellet a également montré que les personnes les plus susceptibles d'être isolées du monde extérieur sont les personnes à bas revenus. Cette étude indique de plus que la proportion des gens qui déclarent le plus souvent ne pas avoir d'amis intimes varie selon l'insuffisance du revenu. Cette proportion est trois fois plus élevée chez ceux qui ont un revenu insuffisant (14,1%) que chez ceux qui ont un revenu supérieur (3,9%).

Le dernier élément étayant l'hypothèse de la vulnérabilité sociale est l'impuissance et l'infériorité dans laquelle les personnes à faible revenu vivent. Il s'agit d'une question qui a été explorée d'une façon beaucoup moins systématique que les deux premiers éléments. Les principaux aspects qui permettent de définir cette question peuvent se formuler comme suit.

a) Comparés aux autres classes, les groupes sociaux les plus pauvres sont ceux qui ont le moins d'influence et de pouvoir dans la société.
b) Cette absence de pouvoir favorise le développement de sentiments tels que celui d'une incapacité à avoir prise sur l'avenir; le sentiment d'être à la merci de décisions arbitraires; le sentiment que les règles sociales ont d'abord été mises en place pour favoriser les autres et le sentiment de ne jamais pouvoir bénéficier des avantages et des richesses auxquels les autres groupes sociaux ont accès. Ces sentiments donnent lieu à un écosystème de méfiance (Triandis et al., 1975).
c) Cet écosystème affecte à son tour les attitudes et la personnalité de ceux qui y vivent. Cela se traduit par une moins grande stabilité émotive, un plus grand nombre d'attitudes de soumission, une plus grande timidité, un plus haut degré d'impuissance, un plus grand nombre d'attitudes paranoïdes et une personnalité plus craintive et plus anxieuse (MacLean, 1977; Miskimins et Baker, 1973). Cela affecte également la motivation. Les conséquences le plus souvent constatées sont le peu de désir d'accomplissement personnel, une faible constance à la tâche, un niveau faible de résistance à la frustration et la recherche de gratifications immédiates (Barry, 1971; Figueiredo, 1983). Il en résulte une plus grande vulnérabilité et le développement d'un plus grand nombre de problèmes de santé mentale.

En résumé, voici ce qui affirme l'hypothèse de la vulnérabilité sociale.

a) Parce qu'ils disposent d'une quantité réduite de ressources pour affronter les exigences et les demandes de la vie quotidienne, les membres des classes inférieures sont susceptibles de vivre un niveau de stress plus élevé. La probabilité qu'ils vivent des événements de vie pénibles est également plus élevée.
b) En milieu défavorisé, le réseau des relations personnelles est généralement plus réduit et la proportion de ceux qui n'ont pas de relations intimes avec quelqu'un de leur entourage y est plus élevée, ce qui a pour résultat qu'il s'y trouve moins de gens à bénéficier du facteur de protection que donne le soutien social.
c) Parce qu'ils sont placés dans une situation sur laquelle ils ont peu de pouvoir, les membres des classes sociales pauvres présentent souvent des caractéristiques de personnalité qui font en sorte qu'ils sont moins habiles à composer avec des situations de stress, qu'ils en souffrent davantage et qu'ils sont moins en mesure de bénéficier du soutien social lorsque celui-ci existe.

L'hypothèse des soins inégaux

La dernière hypothèse, celle des soins inégaux, tout comme celle de la dérive sociale, ne pose pas au départ que les milieux défavorisés sont davantage générateurs de problèmes psychiatriques. Les raisons pour lesquelles nous retrouvons plus de cas psychiatriques chez les pauvres seraient dues au fait que ceux-ci reçoivent moins de soins ou que les soins qu'ils reçoivent sont moins adéquats.

Ici encore, il existe des données qui étayent cette hypothèse. La recherche a montré que les niveaux socio-économiques sont en corrélation directe avec la probabilité d'être admis en traitement. Myers et Schaeffer (1954) notent que les chances d'être accepté pour une psychothérapie, de même que les

chances d'être confié à un thérapeute d'expérience sont directement reliées à la classe sociale des patients. Langner et Michael (1963), de leur côté, ont constaté que la probabilité pour un individu gravement perturbé de recevoir un traitement varie directement avec la classe sociale. Cette probabilité est de 1% chez les pauvres, 4% pour la classe moyenne et 20% au niveau de la classe supérieure.

Hollingshead et Redlich (1954) signalent que le type de thérapie reçue dépend directement de la position sociale du client. Les thérapies organiques (lobotomie, chocs électriques, drogues) sont plus souvent administrées aux individus appartenant à la classe V, c'est-à-dire à la classe correspondant au cinquième le plus pauvre de la population. Lorion (1973 et 1974) rapporte que les thérapeutes perçoivent les patients des classes défavorisées comme inarticulés, soupçonneux et passifs. La probabilité que le thérapeute mette fin à la thérapie s'accroît lorsque les patients proviennent des classes défavorisées (Schneiderman, 1965). La différence de classe sociale entre thérapeutes et clients contribue également à faire en sorte que ces derniers quittent précipitamment le traitement (Coles et al., 1962; Imber et al., 1955; Shen et Murray, 1981).

Il existe peu de données pour le Québec. Toutefois, celles que nous possédons corroborent les résultats des études américaines. L'enquête Santé-Québec indique que les faibles revenus ont plus tendance à avoir recours au service d'urgence plutôt que de consulter en bureau privé (Joubert et al., 1988). Une étude réalisée au centre hospitalier Pierre-Janet dans l'Outaouais montre que la classe socio-économique est directement reliée au type de traitement reçu par les usagers. Les interventions reliées à la prise de médicaments sont significativement plus nombreuses avec les individus de classe socio-économique faible (prescriptions de médicaments, vérification des effets de la médication, suivi pharmacologique, etc.), tandis que l'évaluation psychologique est préférée pour ceux provenant de milieux plus aisés (Gagnon, 1988).

La quatrième hypothèse suggère donc que l'inégalité face aux soins a pour effet d'allonger la période de rétablissement et d'accroître le risque de rechute. Les faibles revenus étant ceux qui souffrent le plus de cette inégalité, cela pourrait expliquer une plus grande chronicité et donc une plus grande présence de désordres mentaux au sein de cette catégorie.

Conclusion

Comme nous venons de le voir, le rapport entre la pauvreté et la santé mentale peut être examiné sous différentes facettes. Le bref examen de la question qui vient d'être effectué nous conduit à formuler trois commentaires en guise de conclusion.

Premièrement, si on reconnaît à peu près unanimement un lien entre la pauvreté et les troubles de santé mentale, il est cependant plus difficile d'identifier la raison de ce lien. Comme nous venons de le montrer, quatre hypothèses générales se dégagent selon que l'on choisit une explication de type biologique ou de type écologique et selon que l'on affirme que les classes défavorisées génèrent ou non plus de pathologies. Ces hypothèses ne sont pas toutes mutuellement exclusives.

Deuxièmement, l'insuffisance de revenus et la privation économique, qu'elles soient la cause ou la conséquence des problèmes d'adaptation que vivent les personnes souffrant de problèmes psychologiques, sont des éléments dont on ne peut minimiser l'importance lorsqu'on considère les aspects pratiques des interventions de prévention, de traitement et de réadaptation. Comme nous venons de le montrer, la pauvreté engendre tout un ensemble d'attitudes qui ne sont pas sans avoir une influence directe sur la réussite de ces interventions.

Troisièmement, les milieux défavorisés possèdent un ensemble de caractéristiques susceptibles d'être recherchées par les personnes qui sont aux prises avec des troubles mentaux. D'une façon générale, ces milieux sont généralement reconnus comme ayant une plus grande tolérance vis-à-vis les conduites déviantes. De plus, nous retrouvons dans ces milieux, en particulier lorsqu'ils sont situés près des centre-villes, des lieux permettant aux personnes qui ont des problèmes de santé mentale d'établir une distance optimale avec leur environnement. Corin et Lauzon (1988) décrivent ces lieux (restaurants, centres d'achats, parcs) comme des espaces de sociabilité générale et indiquent que ceux qui fréquentent ces lieux présentent une probabilité plus faible de réhospitalisation. Ainsi, les secteurs défavorisés seraient non seulement des lieux où les individus aboutissent après avoir subi le processus de sélection sociale, mais ils seraient aussi des milieux

que les personnes ayant des problèmes d'ordre psychiatrique choisissent pour leurs caractéristiques. Ces données montrent que la relation maladie mentale et milieu défavorisé est plus complexe qu'elle n'apparaît au premier abord et indiquent la nécessité de poursuivre la recherche sur cette question.

Références

ANTUNES, G., GORDON, C., GAITZ, C.M., SCOTT, J., 1974, Ethnicity, socioeconomic status, and the etiology of psychological distress, *Sociology and Social Research, 58,* 361-368.

BARRY, J.R., 1971, Motivation of the disadvantaged, *Rehabilitation Research and Practice Review, 3,* No 1, 21-28.

BEELS, C.C.,1981, Social support and schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin, 7,* No 1, 58-72.

BRENNAN, T., 1982, Loneliness at adolescence in Peplau, L.A., Perlman D., eds., *Loneliness: A Sourcebook of Current Theory Research and Therapy,* Wiley, New York, 269-291.

BROWN, G.W., HARRIS., T., 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women,* Free Press, New York.

BRUNELLE, Y., TREMBLAY, D., 1988, *Environnement social, Et la santé, ça va ?* Rapport de l'enquête Santé-Québec, Les publications du Québec, Québec, 67-86.

CAPLAN, G., KILLILEA, M., 1976, *Support Systems and Mutual Help: Multidisciplinary Explorations,* Grune and Stratton, New York.

CARON, J., MARTEL, F., VITARO, F., 1988, Les groupes vulnérables en santé mentale: Étude d'archives, *Revue canadienne de santé mentale communautaire, 7,* No 1, 99-116.

CLARK, R.E., 1948-1949, Psychosis, income and occupational prestige, *American Journal of Sociology, 54,* 433-440.

COBB, S., 1976, Social support as a moderator of life stress, *Psychosomatic Medicine, 38,* 300-314.

COLES, N.J., BRANCH, C.H.H., ALLISON, R.B., 1962, Some relationships between social class and the practice of dynamic psychotherapy, *American Journal of Psychiatry, 118,* 1004-1011.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC, 1985, *La santé mentale: de la biologie à la culture,* Gouvernement du Québec, Québec.

CORIN, E., LAUZON, G., 1988, Réalités et mirages: les espaces psychiques et sociaux de la réinsertion, *Santé mentale au Québec, 13,* No 1, 69-86.

DENIS, G., TOUSIGNANT, M., LAFOREST, L., 1973, Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec, *Revue canadienne de santé publique, 64,* 387-397.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., 1965, The problem of validity in field studies of psychological disorder, *Journal of Abnormal Psychology, 70,* No 1, 52-69.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., 1969, *Social Status and Psychological Disorder: A Causal Inquiry,* Wiley, New York.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., 1974, Social and cultural influences on psychopathology, *Annual Review of Psychology, 25,* 417-452.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., 1981, Recent stressful life events and episodes of schizophrenia, *Schizophrenia Bulletin, 7,* 12-23.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., 1978, Some issues in research on stressful life events, *Journal of Nervous and Mental Disease, 166,* 7-15.

DOHRENWEND, B.P., DOHRENWEND, B.S., 1981, Socioenvironmental factors, stress, and psychopathology, *American Journal of Community Psychology, 9,* 128-159.

DUMONT, M., 1988, *Isolement et santé mentale: Revue de la littérature,* département de santé communautaire, Hôpital Sacré-Coeur de Montréal, Montréal.

EATON, W.W., 1980, A formal theory of selection for schizophrenia, *American Journal of Sociology, 86,* 149-158.

FARIS, R.E.L., DUNHAM, H.W., 1939, *Mental Disorders in Urban Areas,* University of Chicago Press, Chicago.

FIGUEIREDO, J.M., 1983, The law of sociocultural demoralization, *Social Psychiatry, 18,* 73-78.

GAGNON, P., 1988, *Rôle et perception du thérapeute à l'égard des bénéficiaires de classe socio-économique basse et aisée,* 11e Congrès de la Société Québécoise pour la recherche en psychologie, 4 et 5 novembre 1988, p. 90.

GREEN, H.W., 1939, *Persons Admitted to Cleveland State Hospital 1928-1937,* Cleveland Health Council, Cleveland.

GREENLEY, J., 1984, Social factors, mental illness and psychiatric care: recent advances from a sociological perspective, *Hospital Community Psychiatry, 35,* No 8, 813-820.

GURIN, G., VEROFF, J., FELD, S., 1960, *American View their Mental Health: A Nationwide Survey,* Basic Books, New York.

HARE, E.H. PRICE, J.S., SLATER, E., 972, Parental social class in psychiatric patients, *British Journal of Psychiatry,* 121, 515-524.

HOLLINGSHEAD, A.B., 1947, Selected characteristics of classes in a middle western community, *American Sociological Review, 12,* No 4, 385-395.

HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, F.C., 1954, Social stratification and schizophrenia, *American Sociological Review, 19,* 302-306

HOLLINGSHEAD, A.B., REDLICH, F.C., 1958, *Social Class and Mental Illness,* Wiley, New York.

IMBER, S.D., NASH, E.H., STONE, A.R., 1955, Social class and duration of psychotherapy, *Journal of Clinical Psychotherapy, 11,* 281-289.

JOUBERT, P., LABERGE, A., CHARBONNEAU, M., POIRIER, S., BEAUSÉJOUR, R., MARKOWSKI, S., 1988, Recours aux services et consommation de médicaments, *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé-Québec 1987,* Les publications du Québec, Québec, 201-219.

KATES, N., KRETT, E., 1988, Socio-economic factors and mental health problems, *Canadian Journal of Community Mental Health, 7,* No 1, 89-98.

KESSLER, R., 1982, A disaggregation of the relationship between socio-economic status and psychological distress, *American Sociological Review, 46,* 752-764.

LANGNER, T.S., MICHAEL. S.T., 1963, *Life Stress and Mental Health,* Free Press, New York.

LEIGHTON, D.C., HARDING, J.S., MACKLING, D.B., MACMILLAN, A.M., LEIGHTON, A.H., 1963, *The Character of Danger,* Basic Books, New York.

LEVENTMAN, S., 1978, Race and mental illness in mass society, *Social Problems, 16,* No 1, 73-78.

LORION, R.P., 1974, Patient and therapist variables in the treatment of low-income patients, *Psychological Bulletin, 81,* No 6, 344-354.

MacLEAN, M.E., 1977, Chronic welfare dependency: a multivariate analysis of personality factors, *Multivariate Experimental Clinical Research, 3,* No 2, 83-93.

MARSH, L.C., FLEMING, A.G., BLACKLER, C.F., 1938, *Health and Unemployment,* Oxford University Psychology Press.

MISKIMINS, R,M., BAKER, B.R., 1973, Self-concept and the disadvantaged, *Journal of Community Psychology, 1,* No 4, 475-487.

MOWRER, E., 1939, A study of personal disorganization, *American Sociological Review, 4,* 475-487.

MURPHY, G.B., 1971, Which neuroses need a specialist care?, *Canadian Medical Association Journal, 115,* 540-543.

MYERS, J.K., BEAN, L.L., 1967, *A Decade Later: A Follow-Up of Social Class and Mental Illness,* Wiley, New York.

MYERS, J., SCHAEFFER, L., 1954, Social stratification and psychiatric practice: a study of an out-patient clinic, *American Sociological Review, 19,* 307-310.

NEFF, J.A., HUSAINI, B.A., 1980, Race, socioeconomic status, and psychiatric impairment: a research note, *Journal of Community Psychology, 8,* 16-19.

OUELLET, F., 1988, *Enquête promotion de la santé à Montréal: Le réseau social,* DSC Sacré-Coeur, Montréal.

PERREAULT, C., LÉGARÉ, G., BOYER, R., BLAIS, L., 1988, Santé mentale, *Et la santé, ça va ?, Rapport de l'enquête Santé-Québec 1987,* Les publications du Québec, 123-149.

QUEEN, S.A., 1949, The ecological study of mental disorders, *American Sociological Review, 5,* 201-208.

SALLING, M., HARVEY, M.E., 1981, Poverty, personality, and sensitivity to residential stressors, *Environment and Behavior, 13,* 131-163.

SANDLER, I.N., LAKEY, B., 1982, Locus and control as a stress moderator: the role of control perceptions and social support, *American Journal of Community Psychology, 10,* 65-80.

SCHNEIDERMAN, L., 1965, Social class, diagnosis and treatment, *American Journal of Orthopsychiatry, 35,* 99-105.

SCHROEDER, C.W., 1942-1943, Mental disorders in cities, *American Journal of Sociology 48,* 40-47.

SCHWAB, J., BELL, R., WARHEIT, G., 1979, *Social Order and Mental Health: The Florida Health Study,* Raven Press, New York.

SHEN, J., MURRAY, J., 1981, Psychotherapy with the disadvantaged, *American Journal of Psychotherapy, 35,* No 2, 268-275.

SROLE, L., LANGNER, T.S., MICHAEL, S.T., OPLER, M.K., RENNIE, T.A.C., 1962, *Mental Health in the Metropolis: The Midtown Study,* McGraw-Hill, New York.

TRIANDIS, H.C., FELDMAN, J.M., WELDON, D.E., HARVEY, W.M., 1975, Ecosystem distrust and the hard-to-employ, *Journal of Applied Psychology, 60,* No 1, 44-56.

TOUSIGNANT, M., KOVESS, V., 1985, L'épidémiologie en santé mentale: Le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec, *Sociologie et sociétés, 17,* No 1, 15-26.

VEROFF, J., DOUVAN, W., KULKA, R.A., 1981, *The Inner American: A Self-Portrait from 1957 to 1976,* Basic Books, New York.

WARHEIT, G.J., HOLZER, C.E., BELL, R.A., AREY, S.A., 1976, Sex, marital status and mental health: a reappraisal, *Social Forces, 55,* No 2, 459-470.

SUMMARY

This article provides an overview of research that attemps to explain why the economically underpriveledged show the greatest number of distress symptoms and the least sense of well-being. The author also elaborates on what those results mean on the theoretical level and on the intervention level.