

Henri DORVIL

Travailleur social, professeur, École de Travail social, UQÀM

(2007)

“Les inégalités sociales en santé.  
Le cas spécifique  
de la santé mentale”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,  
Professeur sociologie au Cégep de Chicoutimi  
Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

Dans le cadre de "Les classiques des sciences sociales"

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

Une bibliothèque fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay, sociologue

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

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

## Politique d'utilisation de la bibliothèque des Classiques

Toute reproduction et rediffusion de nos fichiers est interdite, même avec la mention de leur provenance, sans l'autorisation formelle, écrite, du fondateur des Classiques des sciences sociales, Jean-Marie Tremblay, sociologue.

Les fichiers des Classiques des sciences sociales ne peuvent sans autorisation formelle:

- être hébergés (en fichier ou page web, en totalité ou en partie) sur un serveur autre que celui des Classiques.
- servir de base de travail à un autre fichier modifié ensuite par tout autre moyen (couleur, police, mise en page, extraits, support, etc...),

Les fichiers (.html, .doc, .pdf., .rtf, .jpg, .gif) disponibles sur le site Les Classiques des sciences sociales sont la propriété des **Classiques des sciences sociales**, un organisme à but non lucratif composé exclusivement de bénévoles.

Ils sont disponibles pour une utilisation intellectuelle et personnelle et, en aucun cas, commerciale. Toute utilisation à des fins commerciales des fichiers sur ce site est strictement interdite et toute rediffusion est également strictement interdite.

**L'accès à notre travail est libre et gratuit à tous les utilisateurs. C'est notre mission.**

Jean-Marie Tremblay, sociologue  
Fondateur et Président-directeur général,  
**LES CLASSIQUES DES SCIENCES SOCIALES.**

Cette édition électronique a été réalisée Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de soins infirmiers retraitée de l'enseignement au Cégep de Chicoutimi

Courriel: [jean-marie\\_tremblay@uqac.ca](mailto:jean-marie_tremblay@uqac.ca)

à partir du texte de :

Henri Dorvil, "**Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale**".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Henri Dorvil, **Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche**, chapitre 6, pp. 169-202. Québec: PUQ, 2007, 526 pp. Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales.

M. Henri Dorvil, travailleur social, enseigne à l'École de travail sociale de l'UQÀM.

[Autorisation formelle de l'auteur accordée 5 juin 2008 de diffuser ce texte dans Les Classiques des sciences sociales.]



Courriel : [dorvil.henri@uqam.ca](mailto:dorvil.henri@uqam.ca)

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman 12 points.

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

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

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

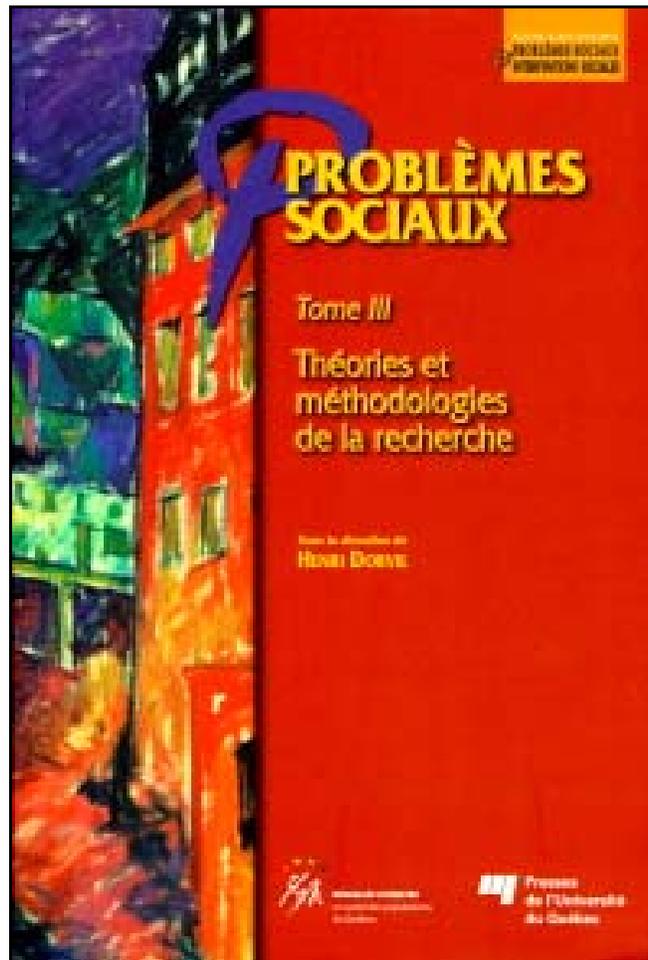
Édition numérique réalisée le 16 juin 2008 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.



## Henri Dorvil

Travailleur social, professeur, École de Travail social, UQÀM

“Les inégalités sociales en santé.  
Le cas spécifique de la santé mentale”



Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Henri Dorvil, **Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche**, chapitre 6, pp. 169-202. Québec: PUQ, 2007, 526 pp. Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales.

# Table des matières

## Introduction

1. L'entité « maladie mentale »
2. Les déterminants sociaux ou l'environnement social comme facteur clé de santé
3. Les grandes thèses de sociologie sur les inégalités sociales en santé mentale
4. Classes sociales et santé mentale
5. Race, ethnicité, statut socioéconomique et troubles psychiques

## Bibliographie

Tableau 1. Taux (a) de troubles psychiatriques selon le statut socioéconomique dans les derniers six mois de la *Epidemiologic Catchment Area Study* (N = 18 572)

Tableau 2. Taux de troubles psychiatriques selon le nombre d'années d'études et le revenu annuel dans les derniers douze mois de la *National Comorbidity Study* (N = 8 098)

Henri Dorvil,

Travailleur social, professeur, École de Travail social, UQÀM

**“Les inégalités sociales en santé.  
Le cas spécifique de la santé mentale”.** <sup>1</sup>

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Henri Dorvil, **Problèmes sociaux. Tome 3: Théories et méthodologies de la recherche**, chapitre 6, pp. 169-202. Québec: PUQ, 2007, 526 pp. Collection: Problèmes sociaux et interventions sociales.

## Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Dans la nuit du 14 au 15 avril 1912, lors de son premier voyage de Southampton à New York, le paquebot transatlantique britannique *Titanic* coula après avoir heurté de plein fouet un iceberg au sud des côtes de Terre-Neuve. Cet accident, l'un des pires désastres maritimes de tous les temps, coûta la vie à plus de 1500 personnes, soit plus des deux tiers des 2 200 passagers à bord. Alors que le navire coulait à pic dans les eaux tumultueuses et glacées de l'océan, les femmes et les enfants eurent un accès privilégié aux vestes de flottaison. Pourtant, le taux de mortalité chez les femmes du *Titanic* est loin d'être aléatoire, mais relié d'une manière saisissante au statut social de ces femmes. Selon Carrol et Smith (1997), parmi les femmes à bord du paquebot,

---

<sup>1</sup> Ce chapitre a fait l'objet d'une communication au congrès international (15-16 mars 2007) *Le social en psychiatrie. Trajectoires et vulnérabilités*, organisé par le département de psychiatrie des Hôpitaux universitaires de Genève (HUG) dans le cadre du service de la formation continue donnant lieu à des crédits pour les médecins et à une attestation pour tous les participants.

seulement 3% des passagères de première classe perdirent la vie, en comparaison des 16% de seconde classe et des 45% qui se trouvaient en troisième classe. Ce sont la qualité et le coût de location de la cabine, des marqueurs du rang social, qui ont signé, évidemment, la probabilité de survie. Comme on peut s'en douter, la relation entre l'espace social habité et l'espérance de vie ne constitue guère un cas unique au *Titanic*. On n'a qu'à penser aux écarts de l'espérance de vie en bonne santé à Montréal entre les habitants de Westmount et ceux du quartier Saint-Henri, situé de l'autre côté du chemin de fer, soit 10 ans environ. Les choses ont peu changé depuis l'accident maritime de 1912, puisque l'ouragan Katrina à la Nouvelle-Orléans, le 29 août 2005, a inondé et détruit les *shacks* (cabanes très modestes, faites de bois, de carton et de tôle) tout en épargnant les résidences huppées des quartiers chics de cette ville du sud des États-Unis. L'association étroite entre le statut socioéconomique et la santé a été établie au regard de plusieurs indicateurs dans toutes les sociétés où elle a été examinée. La santé mentale ne fait pas exception à cette règle. Depuis le XIXe siècle en fait, un très grand nombre d'experts de plusieurs disciplines ont souligné la solidité de l'impact des inégalités socioéconomiques sur la santé des individus et des populations. Cependant, du fait de sa spécificité bigarrée, qui a des racines anthropologiques, culturelles, philosophiques, psychologiques, sociologiques et politiques, la maladie mentale n'est pas une maladie comme les autres. Comme l'observe Jaccard (2004), l'idée d'assimiler la folie à une maladie, de vouloir coûte que coûte qu'elle soit semblable en son principe aux autres maladies, n'a jamais pu s'imposer absolument (p. 10). Aucune anomalie biochimique, ajoute-t-il, aucune lésion, aucune malformation génétique ne peuvent être tenues responsables de la folie (p. 59). Comme l'écrit un médecin psychiatre (Bourguignon, 1971), les recherches biochimiques sont certes à poursuivre, mais nous ne croyons pas qu'elles apporteront une solution totale et définitive à un problème qui se pose en d'autres termes. La folie est irréductible aux seules structures anatomiques ou physicochimiques. Aussi faut-il tenir compte de cette spécificité avant d'étudier les inégalités socioéconomiques. D'entrée de jeu de ce chapitre, je vais baliser l'entité « mala-

die mentale » ainsi que le stigma lui conférant une place à part dans le catalogue des malheurs existentiels qui affectent le genre humain. Ensuite, je m'attarderai un peu plus sur les inégalités socioéconomiques, objet principal de ce chapitre.

## 1. L'entité « maladie mentale »

[Retour à la table des matières](#)

Il existe une profonde mésentente entre la médecine et la sociologie à propos de l'entité trouble psychique, trouble mental ou maladie mentale. Alors que la sociologie considère la maladie mentale comme une étiquette appliquée par la société à des sous-ensembles de comportements et de sentiments inhabituels, bizarres ou perturbateurs, la médecine psychiatrique argue que ces comportements et ces sentiments constituent en soi les signes et les symptômes d'une véritable maladie sous-jacente. Selon Bruce (1999), du département de psychiatrie de l'École de médecine de l'université Cornell, la psychiatrie utilise le terme « maladie mentale » pour tout un spectre de syndromes classés à partir d'un ensemble de symptômes et de comportements cliniquement significatifs en matière d'évolution, d'aboutissement et de réponse de traitement. L'approche de la sociologie pour aborder les troubles physiques et psychiques diffère grandement. En général, les théories et les recherches en sociologie de la santé partent de la maladie diagnostiquée. Les scientifiques de ce champ n'ont pas à se demander ce qu'est un bras cassé, un infarctus du myocarde, le diabète, l'hypertension artérielle ou la tuberculose. À partir de ce fait établi, considérant la maladie comme un phénomène social (Renaud, 1985) au moins autant que comme un phénomène biologique ou psychologique, ils apportent divers types d'explications. Par exemple, depuis toujours, l'organisation de la société est cause de maladies, particulièrement pour les classes les plus défavorisées. Une mauvaise qualité de

l'espace habité, un bas niveau de revenu et d'éducation, de même qu'un travail épuisant dans un environnement malsain, exercent une incidence négative sur l'état de santé d'une personne exposée. Les choses se passent différemment en sociologie de la santé mentale. Les sociologues se heurtent, dès le départ, à la notion même de la maladie diagnostiquée, qui est contestée non seulement par les tenants des sciences sociales, mais par les psychiatres eux-mêmes. Par exemple, à l'entrée comme à la sortie de l'appareil des soins, on fait peu de cas des causes qui amènent quelqu'un en psychiatrie, soit la relation avec autrui. Henri Collomb (1980), un médecin psychiatre, porte un éclairage à ce propos :

Il n'est plus question d'un individu avec son histoire, son milieu, ses problèmes, son devenir et ses projets, mais d'un objet maladie : puissance des mots qui font de la réalité, c'est-à-dire de l'être sensible, existant dans des relations difficiles au monde et aux autres, un sujet mort transformé en cette abstraction qui a nom schizophrénie, autre étiquette. Le rapport qui pourrait s'établir avec les autres sera toujours entravé sinon rendu impossible par les mots qui désignent la maladie, le lit d'hôpital anonyme, étiquette anonyme, assistance retranchée derrière l'anonymat du médicament, interdisent toute évolution vers ce qui serait la guérison, c'est-à-dire l'homme achevé, intégré dans son milieu et heureux de l'être (p. 82).

Toutefois, depuis un quart de siècle, il est indéniable que la conceptualisation de la maladie mentale comme trouble de nature organique ou maladie a trouvé un support accru dans les recherches du côté des gènes ou des facteurs de risque biologique et des mécanismes physiologiques révélés autant par les examens au scanner et les taux sanguins que par la réaction à la pharmacothérapie. Le modèle médical appliqué au trouble psychique exerce une très grande influence sur la manière dont les autres perçoivent l'individu étiqueté malade mental. Les personnes atteintes de trouble psychique deviennent ainsi admissibles à ce que les sociologues appellent traditionnellement le « *sick role* », à savoir qu'elles ne sont guère considérées comme responsables de leur condition. Ce qui contraste avec les étiquettes péjoratives de déficience, de dégénérescence, de déshumanisation habituellement accolées aux patients psychiatriques. Cette différence de

traitement a été bien comprise par les groupes de défense des droits qui préfèrent le terme maladie du cerveau pour désigner le trouble psychique. D'une manière concomitante, on ne saurait nier totalement la responsabilité individuelle dans certains comportements comme le fait de fumer, les pratiques sexuelles à risque, les mauvaises habitudes alimentaires et le manque d'exercice physique dans l'incidence de différents types de cancer, de troubles cardiovasculaires, de l'hypertension artérielle, du VIH-sida et d'autres maladies. Dans cette perspective, la dépendance à l'alcool et l'abus de drogues, au même titre que les troubles psychiques, deviennent quelque chose de plus compatible avec le modèle médical dominant. Cela nécessite un remaniement du concept de « *sick role* », une occurrence du substrat génétique et des forces sociales, une espèce de tension entre ces deux pôles, quand on considère ces nouveaux éclairages dans la genèse des maladies. Bref, on n'est pas responsable du déclenchement de sa maladie, mais on doit tout faire pour le prévenir dans ce nouveau contexte, guérir au plus tôt le cas échéant et revenir à la normale.

Il existe tout de même une spécificité solide des troubles mentaux différente des pathologies physiques. Édouard Zarifian (1988), un doyen de la psychiatrie biologique française, apporte des précisions :

En effet, en pathologie somatique, une anomalie peut être strictement localisée. On peut souffrir d'un ulcère du duodénum et posséder un appareil cardiovasculaire parfaitement sain. La pathologie de la pensée est différente, elle se situe dans une dimension affective obligatoire et dans une interdépendance des opérations psychiques qui en font la spécificité. Une pathologie de l'humeur, une dépression par exemple, n'est jamais isolée du reste du comportement de celui qui en est atteint. L'appareil psychique fonctionne toujours dans sa globalité. On ne peut dire « À part ma mélancolie, tout va bien... » Une anomalie de fonctionnement de la pensée envahit toujours celle-ci tout entière (p. 51).

Les tests diagnostiques sont encore d'une utilité limitée et ne permettent pas encore un diagnostic précis dans la souffrance psychique. Henri Collomb (1980) écrit sereinement : « Dans la plupart des cas, le

“fou” n’est pas malade au sens médical du terme. Les examens biologiques seront tous négatifs... »

Il n’y a pas toujours de distinction claire et tranchée entre l’état de maladie mentale et l’état de santé mentale.

Contrairement à la maladie physique, où les signes cliniques sont en général évidents, il existe parfois une confusion totale entre l’état de maladie mentale et l’état de santé mentale. C’est le caractère erratique du discours et du comportement qui peut départager l’état anormal de l’état normal et non les examens cliniques habituels : auscultation stéthoscopique, prise de sang, de tension, test d’urine, électrocardiogramme, biopsie, radiographie des poumons, etc. La différence s’avère très grande avec l’orthopédie par exemple, où l’on n’hospitalise pas quelqu’un s’il n’a pas un membre fêlé ou cassé. La maladie mentale n’est pas structurée à partir de symptômes clairs et objectifs de manière à permettre un diagnostic univoque. De plus, alors qu’en médecine physique le médecin se base sur la foi des symptômes rapportés par le patient pour bâtir son diagnostic, en psychiatrie, la parole du fou est suspecte et non avenue (Dorvil, 1988, p. 50).

Se basant sur les étapes de la carrière morale et psychiatrique du « malade mental » établies par Erving Goffman, David L. Rosenham, un professeur de psychologie et de droit à l’université Standford en Californie, a voulu savoir ce qui se passe derrière les portes closes d’un hôpital psychiatrique. Il conduisit une expérience planifiée dans les moindres détails qui connut un retentissement dans le monde entier. Il fit admettre dans des institutions psychiatriques très diverses huit personnes « normales ». Ces pseudo-patients se présentaient à l’examen d’admission en se plaignant d’entendre des voix. Ces symptômes dits « existentiels » témoignaient douloureusement de l’absurdité de la vie. En authentifiant leur récit de vie, ils renforçaient les chances d’un diagnostic de « santé mentale ». Sitôt admis, ils cessèrent de prétendre qu’ils entendaient des voix. À cause du caractère pénible de l’hospitalisation, tous sauf un souhaitèrent sortir le jour même de leur admission. De plus, leur intérêt consistait à se comporter très normalement et à être des modèles de bonne conduite. Or, malgré cela, ces pseudo-patients ne furent pas reconnus comme tels. À l’exception d’un seul, tous furent admis avec un diagnostic de « schi-

zophrénie en état de rémission ». L'hospitalisation a été d'une semaine à deux mois. Selon Rosenham, le diagnostic psychiatrique est faussé non seulement par la tendance à détecter des maladies là où il n'y en a pas, mais aussi par l'étiquette, celle de schizophrène en l'occurrence, qui, une fois qu'elle a été accolée à un patient, influence profondément les interprétations psychiatriques de ses faits et gestes. Par exemple, comme les pseudo-patients avaient la « manie » de prendre des notes sans se cacher, pour les surveillants, le fait de prendre des notes faisait partie de leur comportement pathologique. Alors qu'ils auraient pu demander au patient ce qu'il écrivait et en discuter. Dans la littérature psychiatrique, le comportement d'écriture fait partie des comportements obsessionnels allant de pair avec la schizophrénie. Déjà au milieu du siècle dernier, Garfinkel (1956) observait : « *Once a person is seen to have lost their reason, then they will never be quite the same in the eyes of others* » (p. 422). Tous les pseudo-patients ressentirent des phénomènes de dépersonnalisation. En outre, une gamme extrêmement variée de médicaments psychotropes leur fut prescrite. En conclusion, écrit le professeur Rosenham, nous savions déjà que les diagnostics psychiatriques n'étaient le plus souvent ni utiles, ni sûrs. Nous savons maintenant que nous sommes incapables de distinguer les « fous » de ceux qui ne le sont pas.

Roland Jaccard (2004), qui rapporte cette expérience, se pose dès lors bien des questions inquiétantes :

Combien y a-t-il dans les institutions psychiatriques de gens « normaux », mais que nul ne sait reconnaître comme tels ? Combien de gens ont été déchus à tort de leurs droits civiques et du droit de gérer leurs affaires ? Combien ont simulé la folie pour se soustraire à la justice et, inversement, combien préféreraient être jugés plutôt que de croupir leur vie durant dans un hôpital psychiatrique parce qu'on les a pris pour des fous ? Enfin, combien de patients qui seraient *normaux* dans la vie courante paraissent *fous* du seul fait qu'ils se trouvent dans ce milieu bizarre, dépersonnalisant et frustrant qu'est un hôpital psychiatrique (p. 48) ?

Il faut parler davantage de diagnostic. Le DSM-IV (pour *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*) de l'Association de

psychiatrie américaine ainsi que la Classification internationale des maladies (CIM-10) de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) utilisent la phénoménologie comme leur outil principal de classification, contrairement aux théories étiologiques qui configuraient le classement des maladies mentales jusqu'aux années 1980. Il s'agit, selon Bruce (1999), de standardiser les critères diagnostiques, d'assurer une fiabilité indispensable aussi bien aux cliniciens qu'aux chercheurs. Bien que la maladie constitue quelque chose d'objectif, nous savons que la manière dont les gens perçoivent, expérimentent une maladie et s'y adaptent est basée en grande partie sur les comportements et les attentes d'une culture donnée. Ainsi que l'écrit François Laplantine (1973) : « On ne devient pas fou comme on le désire ; la culture a tout prévu. Au coeur même de l'élaboration de la névrose et de la psychose par laquelle nous tentons de lui échapper, la culture vient encore nous rejoindre pour nous dire quelle personnalité de rechange nous devons adopter. » Étant donné le poids de la culture, les indicateurs objectifs de maladie ne peuvent être qu'imparfaitement corrélés aux vécus personnels de la maladie. Ce manque d'objectivité aura de très larges implications sur le résultat de recherche en santé mentale parce que l'estimation se base sur la perception individuelle de symptômes. Ces appréciations personnelles contribuent directement ou indirectement aux mesures virtuelles de santé mentale utilisées dans les études sur le risque, le comportement dans les demandes d'aide, le traitement, les impacts des conditions de santé. Le manque de correspondance entre les mesures objectives et subjectives a aussi des répercussions sur la précision des diagnostics établis en clinique. Par exemple, la manière d'exprimer les symptômes influe sur le processus diagnostique. Outre le langage, les différenciations selon la race, l'ethnicité, la classe sociale, l'âge, l'attente de fournisseurs de service, les compagnies d'assurance constituent des biais potentiels pouvant influencer le diagnostic. D'autres variables macroéconomiques (part du budget, planification des services de santé), voire politiques (délit d'opinion, dissidence, terrorisme), peuvent interférer dans le choix des diagnostics.

Ainsi, tout en tenant compte des caractéristiques neuropsychologiques définies dans le DSM et dans le CIM, le ministère de la Santé et des Services sociaux véhicule depuis dix ans environ (MSSS, 1989, 1997 ; Potvin *et al.*, 1997 ; Dorvil *et al.*, 1998) une définition plus opérationnelle, collée aux réalités vécues par ces personnes. Cette définition met l'accent sur la vie quotidienne, de même que sur le fonctionnement social de l'individu. Ainsi, le Ministère évalue la gravité de ces troubles à l'aune de leur durée, de leur chronicité, de leur incidence dévastatrice ou non sur la conduite de l'être humain en interaction sociale. Bruce (1999) abonde dans le même sens lorsqu'elle suggère d'introduire la notion de temps dans les analyses sociologiques et d'examiner attentivement comment les facteurs sociaux interagissent avec le risque, l'expression, l'évolution et les issues au regard du début de la maladie, de la durée de l'épisode, de l'anamnèse, des rechutes passées, du temps de rétablissement ainsi que de l'évolution de la gravité de la maladie. Ces troubles habituellement graves (schizophrénie, psychoses affectives, troubles de la personnalité, dépression majeure), à hauteur de 80% des journées d'hospitalisation au Québec en 1995, ont des conséquences importantes sur le budget de la santé en général et sur l'organisation des services en particulier : centres de crise, urgences, soins aigus, réinsertion sociale, à savoir négociation du retour à la société, apprentissage des normes et des habiletés sociales, exercice à la citoyenneté active (voir l'encadré).

Ces troubles ont fait l'objet de recherches cliniques et fondamentales, qui en proposent une explication liée au jeu interactif des neurotransmetteurs dans le cerveau, à la stratification complexe des sables bitumineux de l'appareil psychique ou encore à l'épaisseur des rapports de classes et de pouvoir impliquant les facteurs d'intégration sociale. Mais la maladie mentale est aussi une forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart à la norme et se trouve en contravention avec les règles de l'ordre social établi. De fait, le processus de catalogage et de diagnostic psychiatriques ne commence pas au bureau du psychiatre, mais au sein de la communauté d'appartenance, affirme une anthropologue (Scheper-Hugues,

1987). En effet, ce sont la famille, les collègues de travail, les voisins qui procèdent à la première évaluation de la conduite du présumé malade mental, décèlent chez lui des signes de folie et forcent l'individu en question à consulter un médecin psychiatre.

**Schizophrénie** : trouble caractérisé par une détérioration de la pensée (incohérence du discours), des délires (idées fausses, logique erronée), des hallucinations, surtout auditives (fausse perception des sens), un comportement manifestement désorganisé et un affect aplati. Cela se traduit par un dysfonctionnement social ou professionnel qui se caractérise par un certain retrait et par une pauvreté du discours.

**Psychoses affectives** : troubles graves de l'humeur habituellement périodiques constitués surtout par la dépression et l'anxiété, mais qui se manifestent également par l'euphorie et l'excitation. La personne qui en est affectée ne se rend plus compte qu'elle dépasse les normes ou encore elle souffre tellement qu'elle en est paralysée et est hantée par des idées suicidaires. Son jugement est perturbé. Cet état amène des problèmes avec la famille, au travail, des difficultés financières, parfois judiciaires (ex. : vol à l'étalage).

**Troubles de la personnalité** : modes de comportement inadaptés profondément enracinés, habituellement reconnaissables au moment de l'adolescence ou plus tôt et persistant pendant la plus grande partie de la vie adulte. La personnalité est anormale soit dans l'équilibre, la qualité ou l'expression de ses composantes, soit globalement. Cette altération est cause de souffrance pour la personne affectée ou pour son entourage et a des conséquences nocives pour l'individu et la société.

**Dépression majeure** : se caractérise par une modification importante de l'humeur accompagnée de sentiments profonds de tristesse, d'impuissance ou de désespoir, une baisse d'estime de soi, un sentiment de culpabilité manifeste ou latent, une douleur morale intense, une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes, un manque d'entrain et la fatigabilité.

Comme le soutient Keating (1993), les médecins asilaires ont simplement accepté la distinction entre la folie et la normalité telle qu'elle est définie par la communauté. Autrement dit, en acceptant d'intervenir sur tous ceux que la communauté excluait, soit par intolérance, soit par nécessité, les médecins épousaient implicitement une définition non médicale de l'aliénation mentale. Les codes culturels utilisés pour évaluer la normalité d'une conduite constituent en fait la bible d'une collectivité donnée qui évolue dans le temps, dans l'espace et selon les groupes de personnes. Ainsi, dans les cas de dépression, les pourvoyeurs de soins croient souvent que les symptômes dépressifs sont des réactions normales au stress et aux nombreuses pertes affectives, vécus par les personnes âgées et les individus de statut économique inférieur (Bruce, 1999). Ces personnes courent le risque d'être sous-diagnostiquées (donc desservies) parce que leur symptomatologie n'est pas considérée comme problématique. Jusqu'aux années 1970, à cause peut-être de la prégnance de la religion, la culpabilité dominait le tableau clinique de la dépression du Canadien français, alors que ce sentiment semble évanescant chez le Québécois socialisé selon les canons libertaires de la Révolution tranquille. Alors que la frigidité était perçue comme une vertu à l'époque victorienne, elle est vécue comme un trouble psychique au siècle de Madonna. Les différentes éditions revues, augmentées et corrigées du DSM et du CIM peuvent être considérées comme un ajustement de la science au changement des normes culturelles, une adaptation à la mouvance du regard social, une justification de postulats à travers un dialogue avec

la culture. C'est ce qui expliquerait la disparition de la mélancolie, de l'homosexualité (Thuillier, 1989), et non du syndrome prémenstruel, et l'apparition du syndrome d'épuisement professionnel (*burnout*) et des troubles de déficit de l'attention (TDA) dans la nosographie psychiatrique récente. C'est pourquoi aussi le vocable *maladie mentale* ne constitue pas un fait brut, pur, objectif, mais un fait institutionnel daté historiquement (Foucault, 1971), une étiquette, une catégorie culturelle, une construction sociale.

Le diagnostic (comme le pronostic) varie en fonction de l'école psychiatrique, du bagage ethnique, de la génération d'âge du psychiatre classificateur. Jaccard (2004) rapporte les résultats d'une étude comparative menée par Morton Kramer lorsque des consultations psychiatriques filmées ont été montrées à plusieurs cliniciens expérimentés à qui l'on demanda un diagnostic fondé sur une échelle courante des symptômes. Dans une première recherche, sur 35 psychiatres américains expérimentés, 14 diagnostiquèrent chez le malade une névrose et 21 une psychose. Dans une seconde recherche à laquelle participèrent 42 psychiatres américains, la malade décrite comme une « jeune femme séduisante d'environ 25 ans » fut classée comme schizophrène par un tiers des diagnostiqueurs, comme névrosée par un autre tiers et comme atteinte de troubles de la personnalité par le troisième tiers. Dans un but de comparaison, la même malade a été soumise à l'examen de psychiatres britanniques tous aussi chevronnés sur le plan clinique. Pas un seul d'entre eux ne la classa parmi les schizophrènes et 75% lui trouvèrent des troubles de la personnalité. Quelle serait donc la principale cause de cette contradiction où les Américains ont décelé chez la malade des symptômes d'apathie, alors que leurs collègues britanniques n'en ont trouvé aucune trace ? Se pourrait-il que les psychiatres plongés dans le tourbillon de la vie américaine soient enclins à voir de l'apathie là où leurs collègues anglais ne distinguent que de la tranquillité ou du flegme britannique ? Jaccard poursuit son argumentation à savoir que les Américains ont découvert également des « projections paranoïdes » et des « déformations de la perception » considérables chez la même malade chez qui les Britan-

niques n'avaient trouvé aucun de ces symptômes. Se pourrait-il, se demande Jaccard, que les psychiatres habitant un pays hautement conformiste décèlent des traits paranoïdes là où les Britanniques ne voient que de l'idiosyncrasie ou une légère excentricité ? Il n'y a aucun doute. Dans les autres spécialités de la médecine, les critères de diagnostic résistent mieux aux lignes de démarcation de culture. Imaginons, nous dit encore Jaccard (2004), un homme, tout juste vêtu d'un pagne, maigre à faire peur, le visage peinturluré de rouge et de bleu, grattant sa vermine, accroupi au coin d'une mairie parisienne et qui reste là des heures, des jours, à grignoter quelques grains de millet, parfois chantonnant, le plus souvent immobile et muet. Si encore il mendiait, son comportement serait intelligible, mais il ne tend même pas la main... Gageons qu'il franchira vite le porche d'un hôpital psychiatrique... « Cet homme, continuait Albert Béguin, je l'ai vu cent fois aux Indes : les dévots s'accroupissaient autour de lui, le contemplaient longuement dans l'espoir de recevoir quelque émanation de sa sagesse. On est fou par rapport à une société donnée » (p. 25). Cette situation s'avère bien loin d'un cancer de l'oesophage en Inde, qui répond aux mêmes critères objectifs que ceux qui sont retenus en Amérique du Nord. C'est le cas de le dire. On est fou par rapport à une situation donnée.

Il existe des postulats sur lesquels l'Association de psychiatrie américaine (APA) se base pour établir les diagnostics, autrement dit des idées centrales qui servent de fondement aux diagnostics. Quel est l'étalon de normalité par rapport auquel les critères de maladie ont été construits ? Le fait qu'un trouble mental se trouve chez un individu implique impérativement qu'il s'agit d'une conséquence d'un dysfonctionnement essentiellement intrapsychique, ce qui exclut par le fait même le contexte social et culturel à travers lequel les expériences de vie se développent et ignore le rôle du discours dans la configuration de la subjectivité et des relations sociales. Une experte du Department of Psychological Medicine du Christchurch School of Medicine de Nouvelle-Zélande a mené une analyse critique du système de croyances dominantes (Crowe, 2000) dans le discours du DSMIV(

1994), la Bible (ou le Coran) des médecins et des chercheurs. Cette étude démontre que les critères de définition des troubles mentaux sont basés sur des postulats liés à la productivité, l'individualisme, l'équilibre, la rationalité.

Premièrement, la productivité (APA, 1994, p. 275, 349, 428, 417, 321, 646 et 182). Dans les sociétés industrialisées, la norme dominante veut que chacun contribue d'une manière active à la production du PIB même si assez souvent le travail pleinement rémunérateur et épanouissant constitue en fait un privilège de classe aisée. Or, l'idéologie dominante veut que des comportements sur le plan du sommeil, de l'appétit, de la prise de décision, de l'interaction avec autrui, de la construction discursive, du débit d'énergie se conjuguent pour assurer la productivité, et ce, quel que soit le contexte social et environnemental : difficulté de croissance personnelle, problème relationnel avec des figures signifiantes, milieu de vie non sécuritaire ou instable et attentes élevées de l'entourage proche. Quand l'individu ne s'insère pas dans ce schéma, sa conduite peut être déclarée symptomatique d'un trouble mental, par exemple un dysfonctionnement dans la production de la pensée ou du discours, une difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions, une forte baisse d'intérêt à participer à des activités réputées significatives, des compulsions assez sévères à cause de leur durée (plus qu'une heure par jour) ou donner naissance à de l'angoisse, à une fatigue diffuse où le moindre travail exige un effort démesuré, à une inhabileté à adopter un comportement lui permettant d'atteindre le but visé, à une conduite non responsable au travail, à l'école et à la maison.

Deuxièmement, l'individualisme (APA, 1994, p. 273, 651, 650, 481, 484, 489 et 274). Le DSM-IV (1994) perpétue cette construction typiquement occidentale de la normalité qui met l'accent sur l'individualisme. Cette tendance à s'affirmer indépendamment des autres, cette compétition effrénée pour tenir la vedette, cette forme exacerbée de personnalité narcissique s'avèrent tout à fait aux antipodes des autres cultures socialisées au lien communautaire. À ce chapi-

tre, la psychiatrie transculturelle (Sato, 2001) enseigne que, dans les sociétés capitalistes où l'individualisme domine, l'autonomie s'avère primordiale pour le maintien d'une bonne santé mentale assortie d'un niveau modéré de proximité familiale. Dans les sociétés préindustrielles, par contre, c'est l'inverse. La santé mentale se conjugue à l'aune d'une grande solidarité familiale et d'une bien moins grande aspiration à l'autonomie. De plus, dans les sociétés capitalistes, la prédominance de l'individualisme finit par dévaloriser l'empathie, le dévouement, la compassion envers les autres et, par ricochet, certains aspects traditionnels du travail féminin comme les soins aux enfants, l'aide naturelle, l'entretien ménager. Si l'individu n'arrive pas à répondre aux desiderata de sa société d'appartenance dans ce domaine, son comportement peut être considéré comme un symptôme de trouble mental, par exemple une perte des frontières du moi, une image de soi instable, l'incapacité d'entretenir des relations stables, la confusion sur son identité personnelle, un trouble dissociatif de l'identité, de la mémoire, de la conscience, sans oublier d'autres manifestations de dépersonnalisation.

Troisièmement, la modération ou l'équilibre (APA, p. 336, 335, 332, 325, 327, 658 et 643). C'est l'identité basée sur le genre qui détermine la position du sujet. Le DSM-IV (1994) établit les paramètres d'une conduite équilibrée par des évaluations du niveau d'activité de production du discours et de considération pour soi et pour autrui. Ces conduites sont interprétées en fonction du sexe du sujet. C'est par l'intermédiaire de procédures disciplinaires que la société parvient à inculquer le contrôle de soi aux individus sans recourir à la force (Foucault, 1975). Habitué à une surveillance constante de ses gestes dans un milieu concentrationnaire, l'individu finit par intérioriser les normes disciplinaires et à devenir son propre cerbère.

Quand les individus n'arrivent pas à atteindre ce niveau d'équilibre, leurs conduites peuvent être interprétées comme relevant de la nosographie des troubles mentaux. Par exemple, des troubles de l'humeur se manifestant par un excès de confiance en soi, une eupho-

rie débordante dans les relations interpersonnelles et sociales, de l'agitation psychomotrice ou un retard de réaction au plan émotionnel.

Quatrièmement, la rationalité (APA, p. 273, 645, 637, 433, 327 et 275). En Occident, la folie est considérée comme la perte de la raison ; autrement dit, folie et irrationalité sont synonymes. La rationalité constitue l'essence humaine, le caractère distinct de l'être humain, ce qui le distingue des autres animaux. Elle s'avère le déterminant par excellence de l'organisation de la conduite et de l'expérience humaines. C'est le langage qui sert de médium pour exprimer le rationnel du discours. En situation normale, certains sentiments ou idées, ou même quelques aspects contradictoires de la vie sont filtrés ou demeurent cachés. Tel n'est pas le cas en situation de vulnérabilité. La perception de la réalité doit s'exprimer selon les paramètres de diverses formes de rationalité : instrumentale, juridique, cognitive. Quand des individus ne perçoivent pas ou n'expriment pas la vision du réel à partir des canons culturels ou qu'ils ont des croyances, des expériences en dehors du cours normal des choses, ils peuvent être considérés comme ayant des symptômes de trouble mental. Par exemple, des idées bizarres ou des pensées magiques, hallucinations, sentiments de persécution sans base suffisante, angoisse journalière à propos de son emploi, de sa santé, de sa famille, culpabilité excessive ou inappropriée.

Tout cela est pour attester que la définition des troubles mentaux établie par le DSM-IV est basée sur un type particulier de normalité. D'où la nécessité d'expliquer les idées de base qui servent de fondement aux diagnostics psychiatriques libellés par le DSM-IV, étant donné l'emprise tentaculaire de cette branche de la médecine sur nos vies, nos libertés et la médicalisation sans cesse croissante des problèmes sociaux, sans oublier le stigma accolé au profilage diagnostique qui refoule beaucoup de citoyens hors de l'espace de la vie civile.

## 2. Les déterminants sociaux ou l'environnement social comme facteur clé de santé

[Retour à la table des matières](#)

Parler de déterminants sociaux de la santé, c'est vouloir dépasser le strict point de vue biomédical et se placer dans la perspective holiste, ouverte par Marcel Mauss, en considérant la santé comme un fait social total. En Occident, nous sommes habitués, pour ne pas dire socialisés, à établir une équation formelle entre médecins, infirmières, hôpitaux, investissements massifs dans les services de santé et une meilleure santé des individus et des populations. Or plusieurs recherches mettent en doute la validité de pareille relation. Loin de nous l'idée de minimiser l'apport du personnel médical et paramédical, la médication, la vaccination ou de remettre en question l'assurance maladie, les investissements de l'État dans l'appareillage des soins. C'est que les très fortes réductions de mortalité causée par les maladies infectieuses au cours du XVIIIe et du XIXe siècle en Grande-Bretagne et du XIXe siècle aux États-Unis se sont produites avant le développement de thérapies médicales efficaces. Cela veut dire que l'on doit imputer la chute spectaculaire de certaines maladies infectieuses au XIXe siècle à *quelque chose d'autre* que l'action médicale, soit, selon un chercheur (Renaud, 1998), à l'amélioration de la nutrition, à l'espacement des naissances, aux conditions d'hygiène (égouts, approvisionnement en eau potable, etc.). Ce sont les facteurs sociaux qui seraient les plus importants déterminants de la baisse des maladies infectieuses et peut-être des maladies en général. De plus, on a longtemps cru que les mesures introduites par les régimes universels d'assurance maladie allaient réduire de façon draconienne les inégalités sociales en matière de santé. Comme les plus pauvres avaient accès aux médecins ou aux

hôpitaux, ils rattraperaient le niveau de santé des couches plus aisées de la population et, logiquement, éprouver moins de besoins en services de santé, voire adopter un comportement préventif après un certain temps. Or tel n'est pas le cas. Selon le même chercheur (Renaud, 1998), dans certains pays l'écart de mortalité entre les couches inférieures et supérieures s'est même accentué depuis la dernière guerre. « En fait, dans tous les suivis longitudinaux de populations, on constate un *gradient* de santé : les mesures de mortalité comme de morbidité suivent en escalier le statut socioéconomique de la population. Plus on est élevé dans la hiérarchie des revenus, moins grande est la mortalité, plus longue est l'espérance de vie et plus longue est l'espérance de vie en bonne santé. » Donc si c'est la position dans la hiérarchie conférant un pouvoir ou un *empowerment* sur des conditions de vie qui prédispose à un ensemble de maladies, voire à une mort prématurée, la médecine s'avère impuissante. Ainsi, plusieurs sociologues passent de la *sociology in medicine* à la *sociology of medicine* ou tout simplement à la *sociology of health and illness*. Ces experts, dont Freund et McGuire (1995), présentent dans leurs écrits « *a critical, holistic interpretation of health, illness and human bodies that emphasise power as a key social-structural factor in health and in societal responses to illness* » (p. 134).

Dans une étude effectuée à Salford, au nord-ouest de l'Angleterre, Williams (2003) relate les perceptions et les explications apportées par les personnes interviewées. Parlant de chômage, de la pauvreté et du crime, les récits s'avèrent éloquents et raisonnés. Un répondant disait : « *I think the biggest health risk is mentally... 'cause it's a lot of pressure and there's nothing really for you to do... You're sort of segregated all the time* » (p. 147). Selon cet auteur, les répondants de l'enquête ont bien compris les facteurs de risque associés à leur comportement qui les rendent malades et pour lesquels ils sont en partie responsables, mais ils sont aussi conscients que ces risques viennent de leurs conditions socioéconomiques sur lesquelles ils ont peu de pouvoir de changement. Cela explique aussi pourquoi certaines personnes sont en santé et d'autres non (Evans *et al.*, 1994). « *For these*

*working class salfordians*, affirme l'auteur, *the "way of life", in this case, unemployment, poor housing, low income, stressful and sometimes violent lives, provided a context for "making sense" of smoking, drinking, drug-taking and all the other "behaviours" that risk-factor epidemiologists measure* » (p. 147).

Le concept de déterminants sociaux de la santé occupe une place centrale dans la nouvelle politique de santé et accorde une attention spéciale aux facteurs sociaux qui configurent la santé des gens (Graham, 2004), un ensemble de facteurs « *which help people stay healthy rather than the services that help people when they are ill* » (p. 105). Ces facteurs comprennent certes la position sociale (éducation, revenu, pouvoir, le fait de posséder, donc d'être...), mais aussi les conditions de vie et de travail, le réseau social de la famille, le soutien communautaire se situant bien au-dessus des facteurs comportementaux et physiologiques. Ultimement, les processus génétiques et physiologiques serviraient d'intermédiaires des déterminants sociaux sur la santé. Le rang social signe en quelque sorte la vulnérabilité à la maladie et aux lésions corporelles et psychiques. Pour améliorer la santé des individus et des populations, il faut aller au-delà de la santé *stricto sensu*. Là encore, la spécificité des troubles psychiques positionne différemment cette *maladie pas comme les autres* sur l'échiquier des forces sociales agissant sur la santé des individus et des populations. De toutes les pathologies, la maladie mentale constitue celle où la composante morale et normative s'avère la plus évidente. Comme je l'ai rappelé plus haut, la maladie mentale est aussi une forme de perturbation discursive et comportementale qui se définit par l'écart à la norme et se trouve, par le fait même, en contravention avec les règles de l'ordre social établi. Or, ces normes varient selon le temps, l'espace et le regard d'autrui. Les préjugés à l'égard des troubles psychiques constituent un stress environnemental qui handicape lourdement l'estime de soi et la santé des personnes classées malades mentales. Sociologiquement, la maladie est une chose, l'idée que l'on s'en fait en est une autre. Au plan des représentations sociales, il y a confusion entre « avoir une maladie mentale » et « être un malade mental », contrai-

rement aux maladies physiques, par exemple le diabète, où l'on distingue moins difficilement la maladie de l'individu (Gervais, 2004). Il existe des maladies débilitantes, dévalorisantes, et d'autres qui sont enrobées dans une aura de bravoure, voire de prestige. En 2004, un ministre du gouvernement du Québec, Sam Hamad<sup>2</sup>, atteint d'une forme de cancer du sang (tricholeucémie), trouvait que les membres de son cabinet le prenaient en pitié, étant sérieusement malade et irrémédiablement compromis par une maladie réputée mortelle. Quelque temps après sa guérison, il constatait un changement dans le regard des gens de son entourage. Il venait de retrouver sa dignité humaine. Dans les années 1980, un ministre du gouvernement fédéral, Benoît Bouchard, après un triple pontage coronarien, était fêté en héros, comme un bourreau de travail non seulement par les membres de son cabinet, mais par l'ensemble de ses collègues ministres. Le sort de ces deux personnages publics serait tout autre s'ils étaient aux prises avec des troubles psychiques. Que l'on pense seulement aux militaires canadiens ayant servi en Bosnie, au Rwanda, en Afghanistan et qui cachent leur syndrome posttraumatique de peur d'être relégués sur la voie de service et ne pas pouvoir gravir les échelons de la hiérarchie des forces armées. La culture militaire ne saurait tolérer cette *faiblesse de brave homme*. En dépit de l'évolution des mentalités, les préjugés associés aux maladies mentales ont la vie dure et handicapent la réinsertion sociale des personnes qui en souffrent. Il en est de même pour

---

<sup>2</sup> Le 30 mars 2004 un communiqué du gouvernement du Québec annonce le congé de maladie de Sam Hamad. Ce dernier reprend toutefois ses fonctions de ministre des Ressources naturelles, de la Faune et des Parcs en juillet 2004. Démis de ses fonctions de ministre en février 2005 à cause peut-être d'un manque de leadership, de la grogne du caucus des députés libéraux, de l'action des groupes écologistes qui a fait paraître l'improvisation du cabinet ministériel dans le dossier de la centrale thermique du Suroît, il revient le 18 avril 2007 au cabinet ministériel restreint (9 femmes/9 hommes) du gouvernement minoritaire libéral de Jean Charest à titre de ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale. Il est l'un des deux libéraux (avec Philippe Couillard) à avoir résisté à la vague adéquiste qui a balayé la Vieille Capitale le 26 mars 2007 (Salle des nouvelles du journal *Le Soleil* de Québec, [www.ledevoir.com/2004/02/07/46859.html](http://www.ledevoir.com/2004/02/07/46859.html), R. Dutrisac, et tous les journaux du Québec, à la une, 19 avril 2007).

celles qui sont affectées par des troubles émotionnels. Comme l'affirme Star (1955) :

La maladie mentale est une chose très menaçante et terrifiante et une idée qu'on n'entretient pas à la légère au sujet de quelqu'un. Émotivement, cela représente pour les gens la perte de la rationalité et de la volonté, qualités qu'ils considèrent comme spécifiquement humaines, et il y a une sorte d'horreur, de déshumanisation. Comme l'indiquent mes données ainsi que celles d'autres études, la maladie mentale est une chose que les gens veulent garder la plus éloignée possible d'eux-mêmes (p. 3).

Selon Swadon (1971), la maladie mentale atteint la personne dans son « moi » et dans ce qui lui confère sa dignité d'être humain, et qui l'élève au-dessus des animaux : sa raison, sa conscience, sa maîtrise sur son environnement et sa relation particulière avec l'autre. Elle l'atteint dans son psychisme, c'est-à-dire dans « l'ensemble des fonctions qui permettent à l'organisme à la fois de maintenir la constance du moi et d'établir avec le monde extérieur des échanges significatifs » (sur le plan émotionnel et comportemental).

Très souvent, les schizophrènes sont dépeints comme des personnes imprévisibles, agressives et dangereuses. La presse s'emploie d'ailleurs à confirmer cette idée erronée chaque fois qu'un schizophrène défraie la chronique. Et les séries télévisées ne manquent pas de présenter le *serial killer* comme un dangereux schizophrène échappé de prison. Pourtant, c'est statistiquement faux. Les schizophrènes ne remplissent pas les prisons. En France, le nombre de meurtres et de délits violents est moins élevé parmi la population schizophrène que parmi la population normale (Tobin, 1998).

Au Québec, l'Agence de développement des réseaux locaux des services de santé et des services sociaux de Montréal (2005) vient de dresser le même constat. Le fait d'avoir un diagnostic de trouble mental sévère et persistant, par exemple la schizophrénie, ne constitue pas une indication d'un plus grand risque de violence. Le portrait global demeure celui-ci : une minorité de ces personnes qui ont un diagnostic

de trouble de santé mentale commettent des actes violents tels des homicides et des voies de fait graves, alors que la très grande majorité des homicides et autres crimes graves sont commis par des personnes n'ayant aucun problème de santé mentale. Ces données ne semblent pourtant pas influencer les pratiques des juges dans les contextes de requête de garde en établissement. Ainsi que le mentionne Michel Gervais (2004) : « Malgré le nombre croissant de diagnostics de maladie mentale (dépression, trouble bipolaire, etc.) dans la population, ce mal demeure un sujet tabou et une honte pour les personnes touchées » (p. 42). Bien que les mentalités aient évolué au cours des vingt dernières années, il subsiste dans la société des attitudes et des croyances négatives envers les personnes présentant une maladie mentale (PPMM), qui sont perçues comme des gens vulnérables, dangereux, imprévisibles, non productifs, non attirants physiquement et peu dignes d'intérêt. De nombreuses études effectuées sur la stigmatisation et la discrimination durant la dernière décennie indiquent que les PPMM se sentent diminuées par le regard des autres. Ces regards les étiquettent, les discriminent et les excluent de plusieurs sphères de nos sociétés, telles que les services de santé, le logement et l'emploi (Knight *et al.*, 2003 ; Alexander et Link, 2003 ; Green *et al.*, 2003 ; Sieff, 2003). Wahl (2003) rapporte également une perte de la dignité et un retrait de participation à la société, car s'y ajoutent leurs propres regards. La discrimination vient des pairs et de tous les niveaux de la société et elle atteint les individus dès le début de la maladie et pendant son développement (Penn et Wykes, 2003). Ainsi, la marginalisation est double, car elle prend racine avec la maladie elle-même et se poursuit avec le ressenti et les attitudes et comportements négatifs de la communauté face à eux. Des chercheurs du Québec (Robichaud *et al.*, 1994) pensent aussi que les préjugés sociaux ont un effet dévastateur sur la santé mentale des PPMM. Patricia Deegan (1993), qui a fait l'expérience de ce type de maladie, témoigne : « *It is important to understand that we are faced with recovering not just from mental illness, but also from the effects of being labeled mentally ill* » (p. 10). Aucune autre maladie, pas même le VIH-sida, n'expose les patients à un ostracisme aussi violent. Les médias de masse ont bien saisi le ca-

ractère distinct de cette maladie chaque fois qu'ils font la une avec des titres du genre : « Un fou a tué sa femme. » Dans cette même logique, ils conçoivent très bien qu'ils ne sauraient frapper l'imagination populaire avec « Un diabétique a tué sa femme. » Au plan des représentations sociales, cette différence de traitement des maladies crée une inégalité sociale de plus dans le domaine des troubles psychiques.

### 3. Les grandes thèses de sociologie sur les inégalités sociales en santé mentale

[Retour à la table des matières](#)

Dans la littérature scientifique, plusieurs théories circulent, apportant un éclairage sur un aspect ou l'autre des inégalités sociales dans le champ de la santé mentale. Dans la section précédente, nous avons considéré la théorie de l'étiquetage, ou de la réaction sociale (Pilgrim et Rogers, 1993), une des théories qui dominent ce champ. À mon avis, l'étiquette de malade mental, le stigma qui lui est associé, constitue une barrière interdisant à une personne atteinte l'accès aux biens matériels (emploi, statut relatif au marché du travail) et symboliques (estime de soi, reconnaissance sociale). Il s'agit là d'une forme d'inégalité qui exerce une influence sur la santé d'un individu. Trois autres théories apportent d'autres éclairages sur le lien existant entre le statut socioéconomique et l'état de santé mentale : la théorie de la sélection sociale, la théorie de la causalité sociale et la théorie de la dérive sociale.

Selon la sélection sociale (*social selection*), le mauvais état de santé des personnes des classes défavorisées reflète une tendance à la mobilité descendante des gens avec une santé déficitaire, plutôt que l'effet d'une inégalité de classe sociale (Daykin, 2001). Dans cette perspective, la présence d'une maladie mentale empêcherait des indi-

vidus d'obtenir ou de garder un emploi qui pourrait maintenir leur statut socioéconomique ou améliorer leur mobilité sociale. La maladie mentale pousserait certains individus vers les strates inférieures ou les empêcherait de grimper dans les positions supérieures comparables au taux des individus jouissant d'une bonne santé (Yu et Williams, 1999). Autrement dit, les personnes en bonne santé se maintiendraient au haut de la pyramide des classes, laissant loin derrière celles qui vivent avec un grand nombre de problèmes de santé. Des études longitudinales suivant des cohortes de personnes sur une très longue période seraient nécessaires pour savoir ce qui émerge en premier, la santé médiocre ou la mobilité sociale descendante. La relation entre les deux variables s'avère complexe. L'expérience de tous les jours nous apprend qu'une santé médiocre constitue un handicap dans le milieu de l'emploi et dans d'autres secteurs de la société. Cependant, cette théorie n'explique pas toutes les dimensions, toutes les inégalités sociales en santé. Les personnes se situant dans des positions sociales avantageuses avec beaucoup de ressources et de soutien semblent être plus à même de combattre les problèmes de santé précoces que les personnes végétant dans des conditions de vie abjectes.

La théorie de la causalité sociale (*social causation*), de son côté, voit les choses différemment. Les taux élevés de troubles mentaux dans les groupes défavorisés sont dus aux adversités socioéconomiques liées à leur position de classe inférieure. Ces environnements sont réputés contenir de très hauts taux de conditions pathogènes et peu de ressources disponibles pour les surmonter (Yu et Williams, 1999). Ces conditions de vie ainsi que la pauvreté en soi auraient pour effet de rendre ces personnes plus vulnérables aux troubles mentaux aussi bien graves que transitoires (Dohrenwend et Dohrenwend, 1969 ; Wheaton, 1978). Le mécanisme le plus souvent mis en évidence est le niveau de stress élevé, combiné avec la pénurie de ressources de tout acabit (financières, manque de soutien social, etc.) pour faire face à ce stress (Ulbrich, Warheit et Zimmerman, 1989).

La théorie de la dérive sociale (ou *social drift*) se situe à l'inverse de la théorie précédente tout en gardant une grande parenté avec la théorie de la sélection sociale. Selon cette théorie, c'est la maladie mentale qui serait à l'origine du taux plus élevé de problèmes de santé mentale comme tendent à le prouver Faris et Dunham (1939), dont nous parlerons plus loin, et plusieurs autres après eux. Jumelé aux facteurs d'ordre génétique, cela expliquerait le refoulement de la majorité des patients psychiatriques vers les couches sociales défavorisées et plus tolérantes à l'égard de la plupart des déviances. La reproduction de la pauvreté à l'échelle sociale serait liée à cette hypothèse de la dérive (*drift*). La maladie mentale handicape la compétence sociale sur deux aspects (Pilgrim et Rogers, 1993). Tout d'abord, comme nous l'avons mentionné plus haut, par un reflux des patients psychotiques dans les zones désorganisées des grandes villes et ensuite, par une chute de ces mêmes patients jusqu'au bas de l'échelle sociale.

Cependant, toutes ces théories dominantes du champ ont donné naissance à des études transversales comportant des biais à divers égards. Les années 1980, surtout aux États-Unis, ont inauguré l'ère des études longitudinales, par exemple la Epidemiologic Catchment Area Study (ECA), portant sur des échantillons imposants ( $n = 18\,572$ ) de personnes représentatives de toute la communauté. En lieu et place des diagnostics formels de maladie (Yu et Williams, 1999), ces études ont utilisé de préférence des échelles de détresse psychosociale, comme c'est le cas au Québec avec les enquêtes sociales et de santé (Kiaroutz et Demers, 2003), qui opérationnalisent la maladie mentale sur une séquence basée sur la présence, la gravité et la durée des symptômes. Ces études révèlent une association consistante entre le statut socioéconomique et les troubles psychiques, quoique la force de cette relation varie selon le diagnostic considéré. Par exemple, à l'instar d'autres recherches, cette étude démontre une étroite relation entre le statut et le diagnostic de schizophrénie. Ce trouble psychique se retrouve presque huit fois plus fréquemment parmi les personnes de condition modeste que chez les gens de la classe aisée. Cependant, la relation s'avère moins prononcée pour la dépression majeure, et repré-

sente tout de même le double de pourcentage d'une classe sociale à l'autre (voir le tableau 6.1).

**Tableau 1**  
Taux (a) de troubles psychiatriques selon le statut socioéconomique dans les derniers six mois de la *Epidemiologic Catchment Area Study* (N = 18 572)

[Retour à la table des matières](#)

Troubles	Statut socioéconomique (quartiles)			
	1 <sup>er</sup> (le plus bas)	2 <sup>e</sup>	3 <sup>e</sup>	4 <sup>e</sup> (le plus élevé) <i>b</i>
Tous les troubles <i>c</i>	2,86	2,04	1,55	1,00
Dépression majeure	1,79	1,92	1,51	1,00
Abus d'alcool / Dépendance	3,59	2,19	1,59	1,00
Schizophrénie	7,85	3,84	2,72	1,00

a Ajusté selon l'âge et le sexe.

b Catégorie de référence

c Tous les troubles identifiée par le DIS (Diagnostic Interview Schedule) excluant les phobies et les troubles d'apprentissage.

Source : Adapté de Holzer *et al.*, 1986.

La *National Comorbidity Study* constitue une autre vaste étude des troubles psychiques réalisée aux États-Unis (Yu et Williams, 1993). Selon cette étude, les personnes n'ayant pas terminé leur cours secondaire sont 1,8 fois plus susceptibles d'avoir un diagnostic de psychoses affectives que celles qui ont une éducation postsecondaire. D'une manière similaire, les gens qui ont un revenu très modeste sont 1,7 fois plus susceptibles d'être diagnostiqués comme souffrant de dépression majeure que ceux qui se trouvent dans la catégorie de revenus les plus élevés (voir le tableau 6.2). Ces études de longue portée

ont permis des analyses plus fines sur des variables qui ne pouvaient pas donner leur plein potentiel dans les recherches transversales.

**Tableau 2**  
Taux de troubles psychiatriques selon le nombre d’années d’études  
et le revenu annuel dans les derniers douze mois  
de la *National Comorbidity Study* (N = 8 098)

[Retour à la table des matières](#)

<i>Troubles</i>	<i>Scolarité</i>				<i>Revenus (K = milliers de dollars)</i>			
	0-11	12	13-15	16+a	0-19K	20K-34K	35K-69K	70K+b
<i>Tous les troubles</i>	2,33	1,79	1,58	1,00	1,92	1,24	1,20	1,00
<i>Troubles affectifs</i>	1,79	1,38	1,37	1,00	1,73	1,13	1,01	1,00
<i>Troubles d’anxiété</i>	2,82	2,10	1,60	1,00	2,12	1,56	1,50	1,00
<i>Troubles de toxicomanie ou de dépendance</i>	2,10	1,80	1,70	1,00	1,92	1,12	1,11	1,00
<i>Trois troubles ou +</i>	3,76	2,54	2,06	1,00	3,36	2,10	1,66	1,00

c

a Catégorie de référence

b Trois troubles de santé mentale ou plus identifiés par la NCS (National Comorbidity Study).

Source : Adapté de Kessler *et al.*, 1994.

Cependant, en dépit des nouveaux éclairages apportés par ces études longitudinales, il importe de scruter les différentes dimensions du statut socioéconomique, revenu, éducation, profession, et leur importance suivant d’autres variables comme l’âge, voire le type de réseau social, l’ethnie, sans oublier la structure même de sociétés capitalistes qui produit les inégalités en santé et qui renvoie aux théories marxistes des classes sociales (Lane, 1985). Le statut socioéconomique opère à plusieurs niveaux, individuel, familial, sociétal, et chacun reflète des

facteurs de risque distincts et des ressources appropriées (Yu et Williams, 1999) à différents stades de la vie. L'évaluation du statut socioéconomique peut améliorer notre compréhension des dynamiques sous-jacentes par lesquelles le rang social dans la structure sociale affecte la santé et le bien-être. Un niveau minimal de ressources sociales et économiques est nécessaire pour le maintien d'une bonne santé mentale. Si cerner le statut socioéconomique s'avère difficile, arriver dans une enquête à mesurer la santé mentale à l'aide de questionnaires standardisés ou d'entrevues l'est tout autant. Les questions revêtent des significations différentes selon le degré d'éducation, l'ethnie, etc. Cette situation produit des réponses erronées involontairement ou par souci de désirabilité sociale. Assez souvent, ces niveaux de langage exprimés ne permettent pas toujours au médecin ou à l'intervieweur de saisir le stress des populations pauvres. Quand un réseau social déficient, un manque d'estime de soi, une perception de perte de contrôle, des sentiments de désespoir s'agglutinent sur un manque de revenu ou sur des problèmes chroniques au travail, au sein de la famille, la situation devient vite intenable et amplifie les risques de maladie physique et mentale. Une revue des recherches les plus marquantes sur les aspects sociaux de la santé mentale s'impose, recherches qui, dans l'ensemble, sont associées aux théories décrites plus haut.

## 4. Classes sociales et santé mentale

[Retour à la table des matières](#)

L'étude de Hollingshead et Redlich (1958) est ici un classique. Selon cette recherche menée aux États-Unis, non seulement il existe un rapport entre la classe sociale et le type d'affections mentales dont souffrent les gens, mais le traitement est aussi déterminé par l'appartenance à une classe. La prévalence et l'incidence des maladies mentales vont croissant, de la classe supérieure à la classe inférieure. Le type de morbidité change : plus de névroses dans les classes supé-

rieures, plus de psychoses dans les classes inférieures. Il est à noter, par exemple, dans le cas de la prévalence de la schizophrénie et des psychoses en général, que cette prévalence s'avère de huit à neuf fois plus élevée pour la classe V (ouvriers non qualifiés) que pour les classes I et II (familles riches et classes moyennes). De plus, le psychiatre ne porte pas le même diagnostic selon la classe sociale à laquelle appartient le malade ; par exemple, il pose des diagnostics plus sévères pour les pauvres. Roger Bastide (1977) abonde dans le même sens :

Le diagnostic semble être en relation avec les caractéristiques sociologiques du patient : un psychiatre n'entretient pas la même relation avec un patient de même classe sociale qui se réfère aux mêmes valeurs et mêmes normes sociales et dont le langage est proche du sien, qu'avec un patient de classe populaire, avec lequel la communication est marquée par toutes les différences qui séparent leur classe d'appartenance. Le psychiatre porte, par exemple, à information égale, des diagnostics plus sévères pour des patients appartenant aux classes populaires, auxquels il applique plus facilement le diagnostic de psychose. À l'inverse, les cliniques privées sont moins portées à parler de schizophrénie, sachant les stigmates sociaux qui s'attachent à un tel diagnostic et étant sensibles à la résistance des familles. [...] c'est une chose de dire à un patient dans le cadre d'une psychanalyse, c'est-à-dire d'une relation contractuelle, qu'il manifeste des traits obsessionnels ou paranoïdes ; c'en est une autre, dans le cadre de la psychiatrie institutionnelle, de désigner un malade comme schizophrène ou hystérique. Dans le premier cas, le but recherché par le psychiatre comme par le patient est une meilleure compréhension de soi. Dans le second cas, le diagnostic psychiatrique est utilisé comme un assommoir sémantique, à savoir : séparer les patients qu'il est nécessaire d'interner des autres ; ensuite, séparer ceux qui sont inoffensifs et susceptibles de coopérer avec le personnel soignant de ceux qui ne le sont pas (p. 43, cité dans Jaccard, 2004).

Les deux auteurs américains soutiennent aussi que les personnes de classe aisée viennent en traitement sur le conseil d'amis ou de proches parents, alors que les gens pauvres viennent souvent en traitement accompagnés de la police ou envoyés par les agences sociales. La position sociale affecte le contexte de traitement. L'étude de Hollingshead et Redlich (1958) menée à New Haven dans le Connecticut démontre que les personnes au statut économique élevé aux prises avec la schizophrénie commençaient leur traitement plus tôt que les gens de

condition modeste. De plus, alors que les personnes appartenant à la classe aisée étaient envoyées en traitement selon les canaux habituels de la médecine, celles de condition modeste y étaient contraintes par les forces de l'ordre. Le type de traitement variait aussi selon le statut. Les personnes de la classe privilégiée étaient dirigées vers la psychothérapie, tandis que les gens de la classe pauvre recevaient un traitement exclusivement centré sur des médicaments et des électrochocs ou, dans quelques cas, n'en recevaient aucun. Les patients du premier groupe retournaient plus facilement dans leurs familles après traitement, alors que ceux du deuxième groupe étaient gardés en institution fermée plus longtemps.

Selon l'étude de Manhattan (Srole *et al.*, 1962-1963), incluant les patients traités par les non-médecins comme des psychologues, les gens des classes élevées consultent davantage en cabinet privé, alors que les personnes des classes défavorisées s'adressent aux établissements publics, qui tiennent des statistiques plus rigoureuses.

Toutefois, les membres des familles riches ont tendance à venir « cuver » leur psychose parmi les personnes démunies, ce qui peut faire grimper le taux de schizophrénie dans les classes inférieures. Il faut interpréter le sens de ce déclassement social. Ces personnes sont-elles rejetées de leur classe d'origine qui veut à tout prix préserver son image de prestige ou est-ce une stratégie du malade qui fuit les performances élevées de sa condition sociale pour se rabattre sur des milieux délabrés, certes, mais plus tolérants ?

De plus, il faut se rappeler que depuis 1939 Faris et Dunham ont établi que le taux d'hospitalisation est plus élevé chez les individus de la classe défavorisée que parmi les personnes de la classe moyenne ou aisée.

Pour ce qui est de la mobilité sociale qui génère de l'anxiété, la recherche signée par Myers et Roberts (1959) présente des différences significatives selon la classe sociale pour : 1) les relations intrafami-

liales, 2) l'acquisition du rôle sexuel, 3) les pressions sociales subies, 4) les attitudes à l'égard de la maladie mentale, et 5) le cheminement thérapeutique et la symptomatologie. Les auteurs ont trouvé une plus grande association de la maladie mentale à la mobilité sociale pour la classe III (celle des petits propriétaires, des ouvriers qualifiés) que pour la classe V (celle des ouvriers non qualifiés, des gagne-petit) et davantage pour la psychose (schizophrénie) que pour la psychonévrose. L'on comprendra aisément que la mobilité sociale prend tout son sens en tant que facteur pathogène au regard des pressions subies par certaines catégories sociales (la classe III surtout, mais aussi la V) et de leurs réactions devant ces pressions. Ce sont les conflits au plan du rôle attendu (décalage entre état actuel et aspiration) et la dévalorisation qui intensifient le stress de la mobilité dans les sociétés à forte compétition.

Existe-t-il pour autant une quelconque relation entre la guérison de la schizophrénie et un abaissement de l'ambition sociale ? Évidemment non. Mais l'hypothèse maintes fois démontrée de l'inégalité sociale des femmes, des hommes face à la maladie et à la mort joue à plein dans le domaine de la maladie mentale, avant le déclenchement de la « maladie » et après. Comme une fatalité, il existe encore une surreprésentation des membres de la classe défavorisée chez les malades mentaux.

La rigidité du système de classes, les obstacles croissants rencontrés par la volonté d'ascension, en plus de la position sociale de départ, seraient le véritable facteur d'explication du plus grand nombre de pathologies dans les strates inférieures.

Mentionnons aussi l'étude d'une femme médecin, Jeanne Philippe (1975), qui a vérifié à nouveau l'hypothèse d'Hollingshead et Redlich. Cette étude a prouvé une fois de plus que les névroses sont plus fréquentes dans les classes élevées et les psychoses plus fréquentes dans la classe pauvre et paysanne. La chercheuse souligne fort à propos le mot de Devereux (1970) : « Il y a des défenses qu'on dénie systématiquement ».

quement aux classes défavorisées. » Or, la névrose est étroitement associée à des mécanismes de défense très complexes plus proches du style de vie, de l'éducation de la classe aisée. D'ailleurs, Bastide (1977), à la suite de différentes études sur ce thème, n'a-t-il pas conclu que la névrose est une maladie de luxe ?

Une recherche effectuée pour le compte du ministère des Affaires sociales par des chercheurs de l'Université de Montréal (Bozzini, 1980) révèle une surreprésentation des individus économiquement inactifs parmi les bénéficiaires de l'urgence psychiatrique. La population inactive (assistés sociaux, chômeurs...) est nettement surreprésentée (52,2%) comparativement au pourcentage des gens économiquement actifs (44,0%) dans la population générale ( $p < 0,001$ ) du Montréal métropolitain.

En 1982, la Centrale de l'enseignement du Québec s'est basée sur des statistiques en provenance des États-Unis pour souligner l'effet négatif du chômage sur la santé physique et mentale. Selon cette enquête menée par Harvey Brenner (1973) à la demande du Congrès américain, ces effets frappent particulièrement les personnes qui perdent leur emploi ainsi que les membres de leur famille :

Lorsque le taux de chômage s'élève de 1%, les admissions dans les hôpitaux psychiatriques augmentent de 4,3% chez les hommes et de 2,3% chez les femmes, les suicides montent de 4,1%, les meurtres de 5,8% et la population carcérale s'accroît de 4%. Sur une période de six ans, les maladies cardiaques ou reliées au stress terrassent 1,9% de la population de plus qu'en temps normal. La hausse de 1,4% du chômage pendant la récession de 1970 aux États-Unis a ainsi causé, entre 1970 et 1975, cinquante et un mille cinq cent soixante-dix (51 570) pertes de vie.

Une autre recherche récente de ce même chercheur (Brenner, 1995) vient d'établir encore une fois une relation positive très forte sur le plan sociétal entre les crises économiques et l'augmentation du nombre de suicides, des premières admissions/réadmissions dans les hôpitaux psychiatriques et l'abus d'alcool.

D'autres auteurs, cependant, contestent cette relation entre le chômage et la maladie mentale. Catalano et Dooley (1977) soutiennent que cette relation entre problème économique et hospitalisation s'avère plus complexe qu'une simple explication de cause à effet, les événements traumatisants pouvant être médiatisés, par des biais individuels, un ego très fort ou des variables comme l'âge, le milieu (urbain ou rural), etc. Contrairement à ce à quoi on pourrait s'attendre, des périodes de croissance économique et de plein emploi peuvent être associées à des augmentations d'admissions dans les hôpitaux psychiatriques chez certains groupes. Par exemple, chez les travailleurs de niveau primaire et les travailleuses de niveau *high school*, il existe une nette relation entre les admissions psychiatriques et l'indice d'emploi dans les manufactures. Quant au diagnostic de sénilité dans cette catégorie d'emplois, le rapport « taux d'admission et indice d'emploi » s'avère fortement positif pour tous les échelons de scolarité, et ce, pour les deux sexes. Cela tend à confirmer que de mauvaises conditions de travail comme celles qui prévalent dans le secteur manufacturier peuvent être aussi néfastes pour la santé mentale que le chômage.

Au Québec, les cadres d'entreprise stressés, l'élite en général, vont se reposer dans les Laurentides ou prennent l'avion en direction du Sud, alors que l'ouvrier souffrant de stress va « toffer » son ouvrage jusqu'à ce que tout lâche. Comme le disait Laplantine (1973), les coussins amortisseurs des tensions anxiogènes sont inégalement répartis dans nos sociétés. Si la maladie est déclarée, le trajet sera aussi différent. Le bourgeois canadien-français ira se remettre de sa dépression à l'Institut Albert-Prévost, le Canadien anglais au Allan Memorial Institute ou encore les deux iront cacher leur « faiblesse psychologique » dans les cliniques privées de Floride ou de Californie. Quant aux assistés sociaux de ces deux ethnies, ils prendront le chemin de l'asile, le centre hospitalier Louis-Hippolyte Lafontaine, dérisoirement surnommé « l'université de l'Est » pour l'un, le Centre hospitalier Douglas pour l'autre, et ce, à la risée du quartier et des collègues de tra-

vail.<sup>3</sup> Plus encore dans les années 1960 et 1970, l'Hôpital des Laurentides de L'Annonciation, rebaptisé par la suite Centre hospitalier et de réadaptation Antoine-Labelle, était considéré dans le monde comme la Mecque de la psychiatrie communautaire. Le dernier étage de cet hôpital servait d'hôtel de luxe aux bonzes de la psychiatrie, formateurs, conférenciers, visiteurs venus d'ailleurs (Montréal, New York, Paris, Rome, etc.). Par la suite, la moitié de l'étage, le 7e Nord, a été aménagée en un mini-département de psychiatrie semi-privé pour les grandes familles d'Outremont, de Notre-Dame-de-Grâce, de Ville Mont-Royal qui voulaient soustraire un fils psychotique au regard de la société, pour les « petites dépressions anonymes » de Madame (femme de notaire, de ministre, etc.), un genre d'espace douillet pour abriter la folie bourgeoise (Dorvil, 1988).

Par ailleurs, depuis les années 1990, avec la « décennie du cerveau » (« *decade of brain* »), s'est accentuée en psychiatrie une division du travail. D'un côté, la clinique des spécialités, la vraie psychiatrie biomédicale de notoriété universitaire, les penseurs de la psychiatrie de demain qui reçoivent des prix, conseillent les ministères, fréquentent régulièrement les forums internationaux et surtout sélectionnent les *cas* qui rentrent dans leurs hypothèses de recherche, bref, la psychiatrie de laboratoire en sarrau blanc. De l'autre côté, la clinique de secteur, la psychiatrie de rééducation des comportements dérangeants, celle qui répare les déficiences individuelles pouvant gêner

---

<sup>3</sup> Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine (1983). Selon les chiffres (mai 1983) du Département de la comptabilité du centre hospitalier Louis-H. Lafontaine, 59% parmi les hospitalisés de 90 jours et plus sont assistés sociaux, et ce, en excluant celles et ceux qui reçoivent leur pension de vieillesse. Par ailleurs, il existe au « court terme » un psychiatre pour 3,9 patients à l'Institut Albert-Prévost, un psychiatre pour 12,3 patients au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine. Du côté anglophone, 17 psychiatres pour 66 hospitalisés au « court terme » au Allan Memorial Institute, et 17 psychiatres pour 269 malades de même catégorie au Douglas. C'est au « long terme » que la disproportion psychiatre/ hospitalisé s'avère la plus criante, surtout au centre hospitalier Louis-H. Lafontaine (13 psychiatres pour 1 907 patients) et au Douglas (18 pour 561). À Prévost, 15 psychiatres environ pour 44 patients, et au Allan, près de 20 psychiatres pour 10 hospitalisés.

la fonctionnalité du système social, bref la psychiatrie de quartier en *jeans* qui pratique la *mopologie* (de l'anglais *mop*, balai à franges) pour reprendre l'expression imagée de Raymond Francisque, médecin psychiatre à la clinique Mercier-Est de l'hôpital Louis-H. Lafontaine. Il existe bel et bien un rapport dominant/dominé entre les deux modèles sur le plan des structures comme sur celui des moyens financiers. La psychiatrie de secteur est largement sous-financée et n'a pas les moyens de refuser les patients de son secteur. Il arrive qu'en dépit de l'humanisme à la base du modèle la prescription de médicaments à la chaîne demeure le seul moyen de juguler le flot de patients, en majeure partie de la classe pauvre.

Cette division du travail, cette psychiatrie à deux niveaux n'est pas exclusive au Québec. Elle a existé en Grande-Bretagne sous l'appellation de *pakistanisation* pour signifier le refoulement des médecins psychiatres de l'Inde/Pakistan (ancienne colonie) dans la psychiatrie de première ligne, soit la gestion quotidienne des troubles stabilisés et celle en général de populations déviantes et dépendantes, alors que la psychiatrie spécialisée, la psychiatrie des molécules, était réservée aux *rejetons légitimes* de la Couronne britannique.

## 5. Race, ethnicité, statut socioéconomique et troubles psychiques

[Retour à la table des matières](#)

Au plan des maladies et à celui plus particulier des troubles psychiques, la race, l'ethnicité s'avèrent des facteurs de différenciation importants lorsqu'ils sont associés à un niveau socioéconomique peu élevé. Aux États-Unis, la race est fortement associée au statut économique, plus encore chez les Amérindiens, les Noirs et quelques sous-groupes asiatiques des îles du Pacifique ayant un plus bas niveau d'éducation, de revenu, d'emploi que la population blanche. Dans plu-

sieurs études, selon Yu et Williams (1999), la variable raciale était utilisée comme un indicateur, voire une procuration pour le statut socioéconomique. Williams, Takeuchi et Adair (1992) ont analysé la relation entre l'éducation, le revenu, la profession, une mesure composite du statut socioéconomique et un trouble psychique séparément avec les sous-échantillons de Noirs et de Blancs de l'*Epidemiologic Catchment Area* (ECA). Ils trouvèrent que les patterns étaient généralement consistants à travers les groupes raciaux, à quelques exceptions près. Par exemple, le taux courant de dépression n'était pas relié au statut socio économique chez les Afro-Américains, mais l'était pour les Blancs. Quant au revenu, il n'était relié à aucun moment de la durée de vie. À statut économique semblable dans les couches sociales défavorisées, les Afro- Américains montraient des taux plus élevés de détresse psychologique que les Blancs. Cependant, la différence raciale s'effaçait à mesure que le statut socioéconomique augmentait (Kessler et Neighbors, 1986). Pourtant, des Noirs avec des revenus élevés avaient des niveaux de détresse plus bas que des Blancs de même statut. Dans la même étude épidémiologique, Williams et ses associés (1992) ont introduit la variable genre en examinant le rapport entre race et statut socioéconomique. Les femmes noires des couches sociales défavorisées avaient des taux d'abus d'alcool et de drogue plus élevés que les femmes blanches de même condition. La même étude révélait que les Blancs de condition modeste présentaient des taux de troubles psychiques plus élevés que leurs homologues noirs. Plusieurs arguments pourraient expliquer ces résultats sinon bizarres du moins inattendus. À première vue, un Blanc de statut social inférieur qui n'arrive pas à tirer son épingle du jeu dans une société que sa culture domine s'expose à un stress dérivant d'une dissonance entre les attentes de son groupe d'appartenance et sa non-réussite. Ce qui peut avoir sur son psychisme des conséquences psychologiques graves. Cependant, les résultats peuvent cacher des biais dus à la non-présence des Afro-Américains dans les échantillons de ces grandes études épidémiologiques. S'il faut noter la réticence habituelle des Noirs à participer à ces enquêtes, on ne saurait sous-estimer la forte présence des Noirs mâles dans les établissements pénitentiaires, dans la marginalité

itinérante où les taux de troubles psychiques sont évalués, en général, à la hausse. À cela il faut ajouter l'accès différentiel de ces petites gens aux ressources psychosociales officielles qui auraient pu les mettre à l'abri des effets négatifs liés aux facteurs de risque. Se pourrait-il que des expériences traumatisantes affectent plus dramatiquement la santé mentale des Blancs en général, ceux de la classe supérieure, en particulier, que celle des Noirs et ceux de la frange prolétarienne ? Selon Williams, Yu et associés (1997), les Afro-Américains auraient peut-être un plus grand accès que les Blancs aux ressources de soutien social comme les mouvements religieux, c'est-à-dire qu'une foi aveugle dans la Rédemption par le Christ, le prosélytisme des églises baptistes, le *gospel* les aideraient à réduire certains effets négatifs de quelques types de stress sur leur santé mentale. Comme si ces attitudes « bondieuseristes » pouvaient suffire à vaincre le profilage racial, l'arme (et aussi l'âme) par excellence de la discrimination structurelle. À mon avis, il faut aller au-delà de ces hypothèses de recherche souvent contradictoires et des explications qui tiennent parfois du folklore.

D'une part, la race, le statut socioéconomique au bas de l'échelle et un trouble mental grave constituent un cumul de handicaps qui défavorise largement la réussite sociale. D'autre part, aux États-Unis comme ailleurs dans le monde, la discrimination économique à saveur raciale est inscrite dans l'ADN même des processus sociaux et des structures sociétales capitalistes. Pour comprendre l'impact du facteur racial sur la santé mentale, il faut nécessairement accorder une plus grande attention aux forces macroéconomiques qui ont créé cette catégorie sociale, ainsi qu'aux conditions de vie des populations noires qui peuvent améliorer ou handicaper le fonctionnement de leur santé mentale. Des recherches (Karlsen et Nazroo, 2002) abondent dans le même sens. L'ethnicité en tant que structure, c'est-à-dire le fait d'être racialisé et l'expérience de classe, s'avère fortement reliée à la santé chez les minorités ethniques vivant en Grande-Bretagne. Cette recherche met aussi en évidence les limites des instruments de mesure habituellement utilisés pour évaluer les effets structurels des inégalités

socioéconomiques sur la santé des groupes ethniques minoritaires. Et ces auteurs concluent (p. 18) : « Non seulement avons-nous besoin de mesures qui rendent compte adéquatement des différentes formes de désavantage social auxquelles font face les groupes ethniques, mais il existe un urgent besoin d'explorer les différentes voies utilisées par le racisme pour exercer un impact sur la santé physique et mentale. »

La richesse ne se mesure pas seulement à l'aune du revenu. À un niveau d'éducation collégiale semblable, les Noirs sont quatre fois plus susceptibles d'être en chômage que leurs homologues blancs (Whilhem, 1981). Parmi les 171 plus grandes villes des États-Unis, aucune n'abrite une proportion de Noirs vivant dans un contexte de pauvreté égal ou pire que celui des Blancs. Le même constat a été établi par ces chercheurs pour les familles noires monoparentales. En dernier lieu : l'incarcération de masse des Afro-Américains. Blanche à 70% au sortir de la Seconde Guerre mondiale, la population ethnique des établissements pénitentiaires s'est inversée au cours du dernier demi-siècle à 30%, selon Wacquant (2004). Le même chercheur ajoute : « Alors que la différence entre Blancs et Noirs demeure stable, oscillant entre 29% et 33% pour atteintes contre les biens et entre 44% et 47% pour les violences contre les personnes entre 1976 et 1992, l'écart d'incarcération entre Blancs et Noirs s'est creusé rapidement durant le dernier quart de siècle, sautant de 1 pour 4 en 1980 à près de 1 pour 8 aujourd'hui » (p. 227).

« *The colour of justice in Canada is White* » (p. 1), affirme Tanovich (2006), juriste et professeur de droit à l'Université de Windsor en Ontario, après avoir étudié en profondeur les décisions des cours de justice, les résultats des commissions d'enquête, les documents des gouvernements et de divers corps policiers, les reportages des médias de masse. De la surveillance policière ciblée non sur une conduite déviante, mais sur la couleur de la peau (noire, arabe, autochtone) dans les espaces publics comme les autoroutes, les rues, les frontières, les aéroports, jusqu'à la brutalité, la détention arbitraire et l'emprisonnement abusif, le profilage racial demeure illégal et en fla-

grant délit avec les sections 9 et 15 de la Charte canadienne des droits et libertés. À peu près le même constat a été soulevé par la Clinique transculturelle de psychiatrie de l'hôpital Jean-Talon à Montréal, le Center for addiction and mental health de Toronto et la Fondation canadienne des relations raciales. Cette thématique de recherche est née du constat de l'inadéquation habituelle des services psychiatriques et psychosociaux présentement offerts aux Canadiens d'origine africaine. Selon ces organismes (Sterlin, 2004), ces personnes sont généralement sous-représentées dans les services à accès volontaire, mais surreprésentées dans les services imposés (maison de détention, centres jeunesse, garde en établissement, etc.). Ainsi, les services publics sont considérés comme répondant d'une manière plus disciplinaire et punitive que pour d'autres groupes de la société. Les ressortissants des Caraïbes, par exemple, sont plus susceptibles d'être admis *manu militari* dans les hôpitaux psychiatriques, particulièrement à la suite d'une altercation avec les forces policières. Beaucoup de travailleurs en santé reçoivent peu d'entraînement pour les conscientiser à la race ou au genre.

En guise de conclusion, il faut rappeler deux idées maîtresses qui ont jalonné ce chapitre. Tout d'abord, la spécificité du trouble mental qui signe sa place dans le monde des déterminants sociaux de la santé. À cela faut-il ajouter le fait que cette spécificité constitue en soi une autre forme d'inégalité sociale. À mon avis, le stigma des troubles psychiques et l'exclusion des PPM des sphères de la société civile constituent sinon la première inégalité sociale, du moins la plus insidieuse. Ensuite, comme pour toutes les maladies, le statut socioéconomique constitue un impact décisif dans la prévention, le déclenchement, le vécu des troubles psychiques ainsi que le rétablissement. Les coussins amortisseurs de stress ne sont pas également répartis entre les différentes couches sociales. Comme le dit si bien Villedieu (2002, p. 127), les pauvres sont plus malades et meurent plus jeunes que les riches. Cet écart est encore vrai aujourd'hui entre les riches et les pauvres, entre ceux qui ont eu accès à l'éducation et les recalés du grand jeu social et culturel, entre ceux qui ont du travail et ceux qui

n'en ont pas, entre ceux qui vivent dans les beaux quartiers et ceux qui demeurent dans des logements sans confort ou carrément insalubres, entre ceux qui sont en haut de l'échelle et ceux qui restent collés à ses barreaux les plus bas ; c'est toujours sur l'air de l'inégalité que se chante la complainte de la santé. Deux chercheurs (Berthelette, 2006 ; Pampalon, 2002) viennent d'établir à onze ans l'écart d'espérance de vie en bonne santé entre les riches et les pauvres. Nous ne sommes pas non plus tous égaux face à la souffrance psychique de la folie. Hier comme aujourd'hui, où se déploie une surmédicalisation de l'existence au profit des industries pharmaceutiques (Gori et Del Volgo, 2005), le milieu environnant doit garder toute sa part dans la pathologie du sujet auquel on ne saurait imputer toute la charge de la déviance.

## Bibliographie

[Retour à la table des matières](#)

ADRLSSSS de Montréal (2005). *Formation sur l'estimation de la dangerosité*, <www.santé.montreal.qc.ca>.

Alexander, J.A. et B.G. Link (2003). « The Impact of Contact on Stigmatizing Attitudes toward People with Mental Illness », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no 3, p. 271-289.

American Psychiatric Association – APA (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Washington (DC), American Psychiatric Association, 687 p. Contient des annexes (A à J) et un index. Voir aussi American Psychiatric Association – APA (1996). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, DSM-IV, 4e éd., version internationale avec les codes CIM-10, Paris, Milan, Barcelone, Masson, 803 p. Contient des annexes (A à J) et un index.

Bastide, R. (1977). *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion, 249 p.

Berthelette, D. (2006). « L'espérance de vie varie d'environ 11 ans entre les mieux nantis et les moins bien nantis », *Le Devoir*, 11 et 12 novembre, 3 p. Entrevue avec Ulysse Bergeron.

Bourguignon, A. (1971). « L'antidiagnostic », *La Nef*, no 42 (janvier-mai).

Bozzini, L. *et al.* (1980). *Les urgences psychiatriques dans la région du Montréal métropolitain, analyse descriptive*, Québec, Ministère des Affaires sociales.

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

Brenner, M.H. (1995). « Political Economy and Health », dans B.E. Amick, S. Levine, A.R. Tarlov et D.C. Walsh (dir.), *Society and Health*, New York, Oxford University Press, p. 211-246.

Bruce, M.L. (1999). « Mental Illness as Psychiatric Disorder », dans C.S. Aneshensel et Jo C. Phelan (dir.), *Handbook of the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 37-55.

Carrol, D. et G.D. Smith (1997). « Health and Socioeconomic Position : A Commentary », *Journal of Health Psychology*, no 2, p. 275-282.

Catalano, R. et D. Dooley (1977). « Economic Predictors of Depressed Mood and Stressful Life Events », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 18, no 3.

Centrale de l'enseignement du Québec (1982). *Nouvelles C.E.Q.*, vol. 3, no 5, 23 novembre, p. 8.

Collomb, H. (1980). « Editorial Comment », *Social Science and Medicine*, vol. 14B, p. 81-84.

Crowe, M. (2000). « Constructing Normality : a Discourse Analysis of the DSMIV », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 7, p. 69-77.

Daykin, N. (2001). « Sociology », dans J. Naidoo et J. Wills (dir.), *Health Studies : An Introduction*, Londres, Palgrave, p. 101-132.

Deegan, P. (1993). « Recovering Our Sense of Value after Being Labelled Mentally Ill », *Journal of Psychosocial Nursing*, vol. 31, p. 7-11.

Devereux, G. (1970). *Essais d'ethnopsychiatrie générale*, Paris, Gallimard.

Dohrenwend, B.P. et B. Dohrenwend (1969). *Social Status and Psychosocial Disorder : A Casual Inquiry*, New York, J. Wiley.

Dorvil, H. (1988). *De L'Annonciation à Montréal – Histoire de la folie dans la communauté 1962-1987*, Montréal, Éditions Emile-Nelligan, 280 p.

Dorvil, H., H. Guttman, N. Ricard et A. Villeneuve, avec le concours de J. Alary, F. Beauregard, L. Blanchet, C. Cardinal, C. Leclerc, D. McCann et C. Mercier (1997). *Défis de la réconfiguration des services de santé mentale pour une réforme efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 264 p.

Dorvil, H. (1990). « La maladie mentale comme problème social », *Service social*, vol. 33, no 2, p. 44-58.

Evans, R.G., M.L. Baker et T.R. Marmot (1994). *Why Are Some People Healthy and Other Not ?* New York, Adline de Gruyter Inc., 301 p.

Faris, R.E.I. et H.W. Dunham (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*, Chicago, University of Chicago Press, cité par J.A. Clausen, « Mental Disorder » dans H.E. Freeman, S. Levine, L. G. Reeder, *Handbook of Medical Sociology*, 3e éd., Englewood Cliffs, New Jersey, Prentice-Hall, p. 97-112.

Foucault, M. (1971). *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Union générale d'édition, coll. « 10/18 ».

Foucault, M. (1975). *Surveiller et punir, la naissance de la prison*, Paris, Gallimard.

Freund, P.E.S. et M.B. McGuire (1995). *Health, Illness and the Social Body : A Critical Sociology*, New Jersey, Prentice-Hall.

Garfinkel, H. (1956). « Conditions of Successful Degradation Ceremonies », *American Journal of Sociology*, vol. 61, p. 420-424.

Gervais, M. (2004). « Maladie mentale : le dernier tabou », *Québec Science*, p. 42-44.

Gori, R. et M.J. Del Volgo (2004). *La santé totalitaire. Essai sur la médicalisation de l'existence*, Paris, Denoël, 270 p.

200 PROBLÈMES SOCIAUX – Tome III • Théories et méthodologies de la recherche

Graham, H. (2004). « Social Determinants and Their Unequal Distribution : Clarifying Policy Understandings », *The Milbank Quarterly*, vol. 82, no 2, p. 101-124.

Green, G., C. Hayes, D. Dickinson, A. Whittaker et B. Gilheany (2003). « A Mental Health Service Users Perspective to Stigmatisation », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no 3 (juin), p. 223-234.

Hollingshead, A.B. et J.C. Redlich (1958). *Social Class and Mental Illness*, New York, John Wiley & Sons.

Holzer, L., B. Shea, J. Swanson, P. Leaf, J. Myers, L. George, M. Weissman et P. Bednarski (1986). « The Increased Risk for Specific Psychiatric Disorders among Persons of Low Socioeconomic Status », *American Journal of Social Psychiatry*, vol. 6, p. 259-271.

Jaccard, R. (2004). *La Folie*, Paris, Presses universitaires de France, 127 p.

Karlsen, S. et J.Y. Nazroo (2002). « Agency and Structure : The Impact of Ethnic Identity and Racism on the Health of Ethnic Minority People », *Sociology of Health & Illness*, vol. 24, no 1, p. 1-20

Keating, P. (1993). *La science du mal, l'institution de la psychiatrie au Québec, 1800-1914*, Montréal, Boréal.

Kessler, R.C. et H.W. Neighbors (1986). « A New Perspective on the Relationships among Race, Social Class and Psychological Distress », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 27, p. 107-115.

Kessler, R.C., K.A. McGonagle, S. Zhao, C.B. Nelson, M. Hughes, S. Eshleman, H.U. Wittchen et K.S. Kendler (1994). « Lifetime and 12-month Prevalence of DSM-111-R Psychiatric Disorders in the United States », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, p. 8-13.

Kiaroutz, S. et A. Demers (2003). « Inégalités socioéconomiques et bien-être psychologique : une analyse secondaire de l'enquête sociale et de santé de 1998 », *Sociologie et sociétés*, vol. XXXV, no 1, p. 85-202.

Knight, M.T.D., T. Wykes et P. Hayward 2003. « People Don't Understand : An Investigation of Stigma in Schizophrenia Using Interpretative Phenomenological Analysis », *Journal of Mental Health*, vol.12, no 3 (juin), p. 209-222.

Kramer, M. (1962). « International Comparative Study of Diagnostic », *American Journal of Psychiatry*, no 10.

Lane, J.K. (1985). *A Practical Guide to a Level-sociology*, Surrey, Thomas Nelson and Sons, 192 p. Laplantine, F. (1973). *L'Ethnopsychiatrie*, Paris, Éditions Universitas.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1989). *Politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 62 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (1997). *Orientation pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 52 p. Document de consultation.

Myers, J.K. et B.H. Roberts (1959). *Family and Class Dynamics in Mental Illness*, New York, John Wiley & Sons. En prolongement de l'étude de New Haven par Hollingshead.

Pampalon, R. (2002). *Espérance de santé et défavorisation au Québec, 1996-1998*, [www.inspq.qc.ca](http://www.inspq.qc.ca).

Penn, D.L. et T. Wykes (2003). « Stigma, Discrimination and Mental Illness, Editorial », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no 3 (juin), p. 203-208.

Philippe, J. (1975). *Classes sociales et maladies mentales en Haïti*, Port-au-Prince, Presses nationales.

Pilgrim, D. et A. Rogers (1993). *A Sociology of Mental Health and Illness*, Buckingham, Open University Press, 198 p.

Potvin, N., R. Paquet, L. Blanchet, R. Gendron, M. Lebel, D. Grenier et M.T. Roberge (1997). *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 159 p.

Renaud, M. (1985). « **De la sociologie médicale à la sociologie de la santé : trente ans de recherche sur le malade et la maladie** », dans J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (dir.), *Traité d'anthropologie médicale*, Québec, Presses de l'Université du Québec, IQRC et Les Presses de l'Université Laval, p. 281-331. [Texte disponible dans [Les Classiques des sciences sociales](#). JMT.]

Renaud, M. (1998). « Expliquer l'inexpliqué – l'environnement social comme facteur clé de la santé », *Interface*, p. 15-25.

Robichaud, J.-B., L. Guay, C. Colin, M. Pothier et J.-François Saucier (1992). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale – De l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin et CSMQ, 247 p.

Sato, T. (2001). « Autonomy and Relatedness in Psychopathology and Treatment : A Cross-cultural Formulation », *Genetic, Social and General Psychology Monographs*, vol. 127, no 1, p. 59-127.

Scheper-Hughes, N. (1987). « Mental in Southie : Individual, Family and Community Responses to Psychosis in South Boston », *Culture, Medicine and Psychiatry*, vol. 11.

Sieff, M.E. (2003). « Media Frames of Mental Illnesses : The Potential Impact of Negatives », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no 3 (juin), p. 259-269.

Srole, L. *et al.* (1959, 1963). *Mental Health in the Metropolis*, New York, The Midown Manhattan Study, McGraw-Hill, 2 vol. (1962-1963). Voir aussi de D.C. Leighton *et al.* les études sur le comité de Stirling, New York, Basic Books, 3 vol.

Star, S.A. (1955). *The Public's Ideas about Mental Illness*, Communication présentée au congrès annuel de la National Association for Mental Health, 11 p.

Sterlin, C. (2005). « Esclavage, colonisation, identité, racisme et santé mentale », *Projet de recherche*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 15 p. Présenté à la Direction de la santé mentale.

Swadon, P. (1971). « Malades mentaux », *Encyclopædia Universalis*, vol. 12.

Tanovich, D.M. (2006). *The Colour of Justice – Policing Race in Canada*, Toronto, Irwin Law, 268 p.

Thuillier, P. (1989). « L'homosexualité devant la psychiatrie », *La recherche*, vol. 20, no 213.

Tobin, C. (1998). *La schizophrénie*, Paris, Odile Jacob.

Ulbrich, P., G. Warheit et R.S. Zimmerman (1989). « Race, Socioeconomic Status and Psychological Distress Examination of Diffe-

rential Vulnerability », *Journal of Health and Social Behaviour*, vol. 30, p. 131-146.

Villedieu, Y. (2002). *Un jour la santé*, Montréal, Boréal, p. 127.

Wacquant, L. (2004). *Punir les pauvres – Le nouveau gouvernement de l'insécurité sociale*, Marseille, Agone, 347 p.

Wall, F.D. (2003). « Depiction of Mental Illnesses in Children's Media », *Journal of Mental Health*, vol. 12, no 3 (juin), p. 243-258.

Wheaton, B. (1978). « The Sociogenesis of Psychological Disorder. Reexamining the Causal Issues with Longitudinal Data », *American Sociological Review*, vol. 43, p. 383-403.

Wilhelm, S.M. (1987). « Economic Demise of Blacks in America : A Prelude to Genocide ? », *Journal of Black Studies*, vol. 17, p. 201-254.

Williams, D.R., D. Takeuchi et R. Adair (1992). « Socioeconomic Status and Psychiatric Disorder among Blacks and Whites », *Social Forces*, vol. 71, p. 179-184.

Williams, D.R., Y. Yu, J.S. Jackson et N.B. Anderson (1997). « Racial Differences in Physical and Mental Health Socioeconomic Status, Stress and Discrimination », *Journal of Health Psychology*, vol. 2, p. 335-351.

Williams, G.H. (2003). « The Determinants of Health : Structure, Context and Agenc », *Sociology of Health and Illness*, vol. 25, p. 131-154.

Yu, Y. et D.R. Williams (1999). « Socioeconomic Status and Mental Health », dans C.S. Aneshensel et Jo C. Phelan (dir.), *Handbook of*

*the Sociology of Mental Health*, New York, Kluwer Academic/Plenum Publishers, p. 151-166.

Zarifian, É. (1988). *Des paradis plein la tête*, Paris, Odile Jacob, 182 p.

Fin du texte