

Michel TOUSIGNANT

professeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQAM

(1987)

L'étiologie sociale en santé mentale

Un document produit en version numérique par Diane Brunet, bénévole,
Diane Brunet, bénévole, guide, Musée de La Pulperie, Chicoutimi
Courriel: Brunet_diane@hotmail.com
[Page web](#) dans Les Classiques des sciences sociales

Dans le cadre de: "Les classiques des sciences sociales"
Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi
Site web: <http://classiques.uqac.ca/>

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 par mon épouse, Diane Brunet, bénévole, guide retraitée du Musée de la Pulperie de Chicoutimi à partir de :

Michel TOUSIGNANT

L'étiologie sociale en santé mentale.

Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, UQÀM. Rapport final déposé au CQRS, juin 1987, 137 pp.

Avec l'autorisation formelle de M. Michel Tousignant, chercheur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie, UQAM, accordée le 8 juin 2005.



Courriel : tousignant.michel@uqam.ca

http://www.crise.ca/fr/mb_pub_liste.asp?usager=tousignantm§ion=membres
http://www.crise.ca/fr/mb_details.asp?section=membres&usager=tousignantm

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte: Times New Roman, 14 points.

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

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2008 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE US, 8.5" x 11".

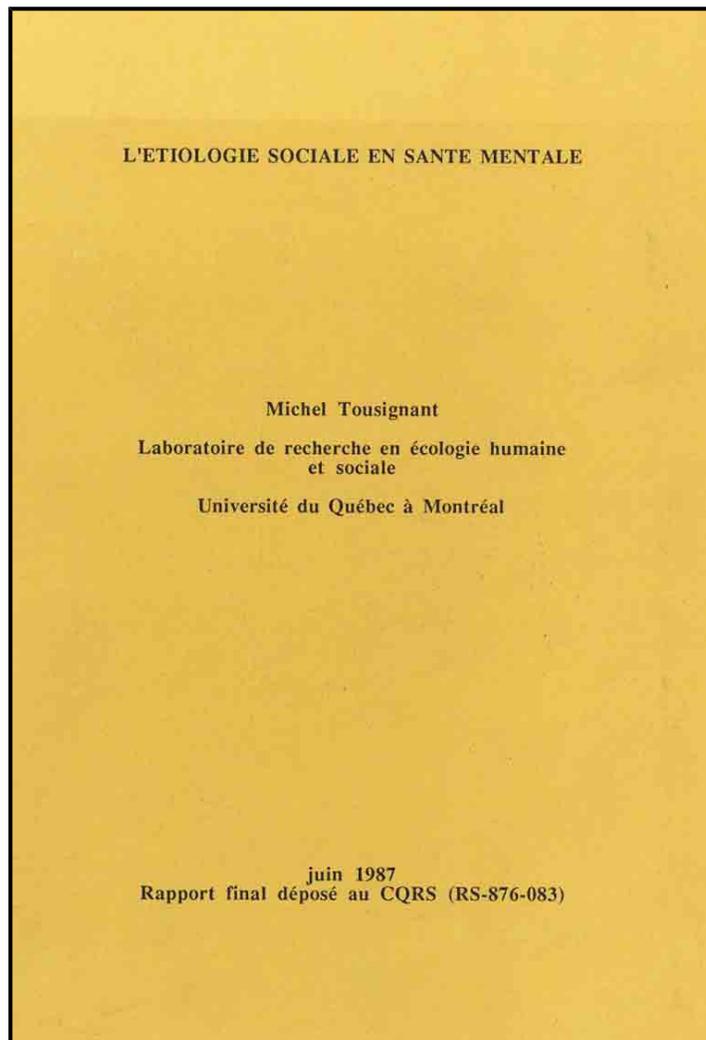
Édition numérique réalisée le 5 février 2017 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, Québec.



Maximilien LAROCHE

Professeur retraité de littérature haïtienne et antillaise à l'Université Laval de Québec.
Docteur Honoris Causa de l'Université McMaster en Ontario.

L'étiologie sociale en santé mentale



Montréal : Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, UQÀM. Rapport final déposé au CQRS, juin 1987, 137 pp.

L'étiologie sociale en santé mentale.

Table des matières

[Introduction](#) [1]

Chapitre I. [L'épidémiologie psychiatrique](#) [3]

L'objet de l'épidémiologie en santé mentale [5]

La question de la spécificité [10]

Les instruments [12]

Qualités et limites des instruments [14]

Quelques repères historiques [16]

Les buts [19]

Chapitre II. [Les évènements stressants et les conditions de vie](#) [27]

Nature de l'événement [29]

L'évaluation de l'événement [29]

L'approche du LEDS [32]

Les résultats empiriques [34]

Effets des évènements [38]

Les tracas et les bons moments du quotidien [42]

Les contraintes du rôle :

1. Contraintes de tâche [46]
2. Conflits interpersonnels [46]
3. Multiplicité des rôles et conflits interpersonnels [47]
4. Prisonnier du rôle [48]
5. Changements de rôle [48]
6. Restructuration des rôles [48]

Contrainte de rôle et sante [49]

Évènements critiques et vulnérabilité

1. Catastrophe [52]
2. Vulnérabilité [52]
3. Fardeaux ajoutés (*additive burden*) [52]
4. Fardeau chronique [53]
5. Échec préparé (*proneness*) [53]

Effet spécifique des évènements [53]

Chapitre III. [Les réseaux sociaux](#) [59]

Origines historiques [61]

La nature du soutien social [64]

Les fonctions du soutien [66]

Les populations en consultation psychiatrique [68]

Le soutien social favorise-t-il une meilleure santé mentale ? [71]

Le soutien social comme effet-tampon [73]

Influence de l'évènement sur le réseau [77]

Effets paradoxaux du soutien social [79]

Le cas spécial du confident [81]

Les vivant seuls [83]

Les raisons de l'efficacité du soutien 85

Conclusion [87]

Chapitre IV. [Sexe, couple et famille](#) [95]

Introduction [97]

Les femmes : en moins bonne santé mentale ? [97]

Le mariage : protecteur ou aggravateur ? [102]

Les épreuves de la vie familiale [105]

La sortie du mariage [107]

L'addition des rôles [111]

La socialisation différentielle [112]

Les évènements critiques [113]

Le soutien social [115]

Chapitre V. [Facteurs économiques et pauvreté](#) [121]

Les données épidémiologiques [123]

Les régions pauvres produisent-elles plus de problèmes ? [124]

Les explications

- A. Les conditions de stress [126]
- B. Soutien social [127]
- C. Vulnérabilité psychologique [128]
- D. Facteurs de socialisation [129]

Les indices socio-économiques [130]

Le chômage

- A. La notion changeante du chômage [130]
- B. Santé mentale, chômage et récession [131]
- C. Consultation en santé mentale [132]
- D. Chômage et santé [133]
- E. Conditions de travail et santé [134]

[1]

L'étiologie sociale en santé mentale.

INTRODUCTION

[Retour à la table des matières](#)

Ce projet forme le fruit d'une commandite du Conseil québécois de recherches sociales sur l'étiologie sociale en santé mentale. C'est un défi de taille que de vouloir synthétiser les principaux concepts et résultats de la littérature dans ce domaine si vaste et en rapide évolution. S'il est une expérience frustrante, c'est bien de voir tomber sous ses yeux une nouvelle revue sur le thème du chapitre que nous venons de terminer. Ce rapport est donc loin de représenter un point final ; il est tout au plus un moment dans l'accumulation d'un savoir empirique.

Nous avons voulu offrir une synthèse à la fois suffisamment bien fondée pour situer le lecteur sans lui faire pénétrer tous les méandres des débats. Le but a été de mettre en relief les acquis sans verser dans les généralisations qui deviennent gênantes lorsqu'elles sont scrutées par un œil critique. Le lecteur obtiendra donc un bon aperçu des textes synthèses et des principales questions qui préoccupent les auteurs, autant sur les clarifications conceptuelles qu'au sujet des limites des méthodologies employées. Reste que chaque chapitre ne constitue en soi qu'une introduction honnête à un champ de spécialisation qui compte parfois des centaines de titres.

S'il existe plusieurs synthèses de ce type en langue anglaise et même en allemand, il existe une lacune dans la langue française et c'est à ce besoin que nous avons voulu répondre.

Nous avons pris l'option de nous en tenir aux études épidémiologiques en omettant volontairement les écrits plus philosophiques ou les essais qui se veulent une critique sociale par le biais d'une description des malaises psychiques d'une société. Ces œuvres ont leur mérite mais il eut été difficile de les intégrer dans un texte plus orienté par le souci d'une démonstration que sur la formation d'interprétation hypothétique.

[2]

Le premier chapitre aborde la méthodologie générale en épidémiologie. Suivent deux chapitres sur les questions théoriques les plus importantes à l'heure actuelle soit la place des événements stressants et des conditions de vie et celle des réseaux sociaux dans le maintien et l'amélioration d'une bonne santé mentale. Les deux autres chapitres couvrent deux thèmes importants, soit celui de la famille et des différences sexuelles et celui de la pauvreté. Ce ne sont que les illustrations les plus importantes d'une riche accumulation de connaissances. Nous désirons parachever ce manuscrit au cours des prochains mois en lui ajoutant quelques chapitres qui compléteront ce tour d'horizon. Les thèmes entrevus sont les aspects sociaux des mécanismes d'adaptation, la mobilité géographique et l'immigration, la santé mentale et le travail, la place de la socialisation, des pertes et des négligences parentales durant l'enfance ainsi que les changements sociaux.

Une telle entreprise ne peut s'accomplir sans le secours de collaborateurs. Nous remercions en particulier le Dr. H.B.M. Murphy, pionnier de la recherche de la psychiatrie sociale, qui nous a encouragé à mettre ce projet en œuvre. Viviane Kovess a participé à la rédaction du premier chapitre dont certains passages sont tirés d'un texte publié dans *Sociologie et Sociétés* et Danielle Blanchard et Claire Malo, à celui sur le sexe, le couple et la famille. Nous avons aussi pu compter sur le concours de Jean Beaudry pour ses notes sur certains textes ainsi que sur celui d'Errol Desfossés qui a aidé à l'identification des textes à partir du centre de documentation du Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale de l'UQAM. Merci également à Claire Chamberland et à Luciano Bozzini pour leurs commentaires sur le chapitre concernant le soutien social qui ont été fort utiles.

[3]

L'étiologie sociale en santé mentale.

Chapitre I

L'ÉPIDÉMIOLOGIE PSYCHIATRIQUE

[Retour à la table des matières](#)

[4]

[5]

L'OBJET DE L'ÉPIDÉMIOLOGIE EN SANTÉ MENTALE

L'épidémiologie en santé mentale est devenue au fil des ans une entreprise très ramifiée, avec une méthodologie complexe et un cadre conceptuel qui va bien au-delà des objectifs descriptifs des premières enquêtes. La majorité de celles-ci ont eu comme objectif de comptabiliser les cas pathologiques en fonction de diagnostics ou d'évaluer le pourcentage de la population qui souffrait d'une incapacité reliée à des problèmes psychiatriques. Plus récemment, les sociologues, les psychologues, les anthropologues et même les économistes ont intégré un cadre conceptuel qui offrait des modèles d'explication.¹

La présence de disciplines si différentes ne pouvait restreindre l'épidémiologie en santé mentale à un objet unique. La tendance médicale a eu comme principal intérêt l'identification de cas *cliniques* tandis que les chercheurs en sciences sociales ont préféré choisir un objet de nature moins médicale qui offrait une plus grande parenté avec leurs propres concepts. Alors que les premiers recherchaient à définir le point de clivage qui permettrait de dichotomiser entre les gens normaux et les gens nécessitant des soins, ces derniers utilisaient davantage des échelles évaluant un concept théorique à l'aide d'une échelle continue et ils traitaient leurs données à partir d'un score global plutôt que d'une dichotomie.

¹ Les organes de publication de ces recherches sont nombreux. Nous mentionnerons les principaux pour guider les lecteurs : tout d'abord l'excellente revue *Journal of Health and Social Behavior*, probablement le meilleur en Amérique du Nord et publié par l'American Sociological Association. Ensuite, en Angleterre, *Social Science and Medicine*, publié 26 fois par année, ainsi que *Psychological Medicine*. Le principal organe de communication en psychiatrie est *Archives of General Psychiatry*. Les revues officielles nationales des associations de psychiatres publient également des articles dans ce domaine. L'épidémiologie en santé mentale étant moins répandue dans les pays francophones, il n'existe pas de revue en français publiant régulièrement des articles d'intérêts.

La tâche de définir la limite entre le normal et le pathologique pose évidemment un énorme problème à cause de la difficulté à s'entendre sur des critères universellement reconnus. En pratique, beaucoup de chercheurs divisent leur échantillon en plusieurs sous-groupes [6] selon leur degré de probabilité de souffrir d'un problème psychiatrique. En général, on compare les catégories sociales à partir du pourcentage de ceux qui appartiennent à la catégorie la plus « pathologique ». La plupart des études en arrivent aux conclusions suivantes: les femmes, les vieux, les pauvres, les moins éduqués, les veufs et les séparés ont des pourcentages plus élevés que les hommes, les riches, les plus éduqués et les gens mariés (Dohrenwend et coll., 1980).

D'autres enquêtes, principalement en sciences sociales, utilisent ce qu'il est convenu d'appeler des échelles de santé mentale. Beaucoup de travaux ont été faits sur ces échelles lors de la Deuxième Guerre mondiale (Star, 1959). Elles partent de questions portant sur une variété de symptômes présentés en contexte clinique. Les secteurs investigués sont ordinairement l'humeur générale couverte par des questions sur le sentiment de tristesse, l'intérêt général et l'envie de mourir; les dysfonctions du système physiologique tels l'amaigrissement, les troubles de sommeil, l'appétit sexuel; le niveau d'énergie dont les indices peuvent être la difficulté à se lever ou à se mettre en marche le matin, les malaises généraux dans tout le corps; l'anxiété induite par la présence de cauchemars, des mains qui tremblent, de la transpiration sans effort physique. Certains auteurs considèrent que ces instruments sont un bon indicateur des problèmes psychiatriques mineurs ou modérés tels les psychonévroses et les malaises somatiques psychogènes. Les items reprennent en effet les plaintes les plus fréquentes de ces malades lorsqu'ils se présentent en clinique. D'autres auteurs préfèrent ne faire aucun rapport avec les diagnostics psychiatriques et proposent de considérer les échelles de santé mentale comme des échelles de démoralisation plutôt que comme des instruments détecteurs de psychonévroses (Link et Dohrenwend, 1980). De nombreuses études les emploient comme mesures de stress, c'est-à-dire qu'elles s'en servent afin de vérifier si certains événements ou conditions de vie possèdent des effets négatifs sur des individus. De cette façon, on évite d'avoir recours à un vocabulaire médical et à la difficulté de définir un cas clinique. Les cliniciens soutiennent à ce propos que les symptômes doivent s'étendre sur une certaine période avant de poser

un diagnostic [7] (Newmann, 1984) car il est normal, et parfois même bénéfique, que certains individus vivent de l'anxiété et de la dépression dans une certaine mesure pendant qu'ils traversent des périodes difficiles.

Ce que nous venons de décrire s'applique plus strictement aux échelles dites de santé mentale. Les plus utilisées, soit le Health Opinion Survey (Tousignant, Denis et Lachapelle, 1974) et le Langner (Seiler, 1973), ne mesurent qu'une seule dimension. Il existe aussi toute une série d'échelles construites sur ce modèle et qui mesurent des aspects plus spécifiques. La plupart sont des mesures de la dépression et de l'anxiété. Il existe également des échelles plus longues qui évaluent divers facteurs de santé mentale comme nous le verrons plus loin avec le P.S.I. de Ilfeld.

Des indices plus indirects servent aussi à l'évaluation de la santé mentale. Ainsi, il n'est pas rare de voir des textes utiliser des statistiques sur les tentatives de suicide (Kessler et McRae, 1983) ou sur la consommation excessive d'alcool comme indices de santé mentale d'une population. Nous croyons pour notre part que la santé d'une population doit être préférablement étudiée à partir d'une multitude d'indices. Le tableau sera ainsi plus complet que si l'on se limite à un seul type de manifestations.

Les comportements agressifs et destructeurs représentent également un autre versant d'un mauvais fonctionnement psychologique. Ils doivent être considérés ainsi non pas tant parce qu'ils sont déviants du point de vue des autorités ou de la population, - ce qui serait une raison idéologique inacceptable -, mais plutôt parce qu'ils dénotent un état de détresse personnelle et de frustrations accumulées dont les réactions sont devenues difficiles à contrôler. La preuve en est que ces manifestations sont souvent associées à l'alcoolisme et aux toxicomanies en général de même qu'aux actes suicidaires ou aux conduites dangereuses et parfois ordaliques (excès de vitesse sur la route, duels, défis jusqu'aux relations sexuelles à hauts risques pour une grossesse non désirée). Les états émotifs alternent entre des sentiments de vide et d'ennui dans les moments d'accalmie et des accès [8] de rage et d'acting-out. Bien des cas de violence peuvent être vus comme le produit de ces états psychologiques dont l'étiologie sociale serait à construire. Dans le cadre familial, les abus faits aux enfants de même que les cas de femmes et peut-être à l'occasion d'époux et de parents

battus font souvent partie de ce type de violence. Des actes de délinquance, certains homicides et autres manifestations d'agression plus ou moins gratuite (que ce soit dans les sports ou dans les relations de travail par exemple) en sont également d'autres exemples. Cette longue liste n'a évidemment pas pour but de psychologiser tous les problèmes de la vie courante ou de réduire des actes de rébellion compréhensibles à des conflits de personnalité. Elle se veut simplement une illustration de la complexité du jugement à porter sur la santé mentale d'une société et de l'impossibilité de le réduire à un seul élément.

Au cours des dernières années, les repères servant à la définition de la santé mentale sont devenus beaucoup moins distinctifs qu'auparavant. Malgré l'éventail énorme de conceptions de la santé mentale qui ont pu être offertes (Jahoda, 1958), il n'en reste pas moins que la plupart des auteurs n'attachent que peu d'importance aux manifestations carrément psychosomatiques, à l'exception des manifestations directes de l'anxiété et de la fatigue. Le modèle de référence jusqu'ici était le type de problèmes présenté en consultation psychiatrique ou psychologique. De plus en plus, on se rend compte cependant qu'il n'existe pas une ligne de partage claire entre les manifestations psychiques et les manifestations somatiques. Les conditions de vie influent à ces deux niveaux et on commence même à soupçonner que les difficultés psychosociales pourraient somme toute avoir plus de répercussions sur le soma que sur le psyché (Kirmayer, 1984). Les migraines et les maux de dos sont par exemples deux conditions dont certaines manifestations concomitantes sont fort apparentées à la dépression. Une bonne proportion des patients présentant ces symptômes réagissent positivement aux antidépresseurs. Cela amène donc les épidémiologues à se demander s'ils doivent couvrir ces problèmes de santé dans leurs enquêtes et, si oui, comment doivent-ils départager entre ce qui est d'origine [9] psychosociale ou organique alors que les médecins arrivent difficilement à trancher la question de l'origine au sujet de ces cas frontières ? Doit-on définir la santé mentale en la restreignant aux types de problèmes amenés en consultation psychiatrique ou à partir d'une position théorique qui la définirait comme la somme des manifestations psychiques ou somatiques dont l'étiologie est psychosociale ? On retrouve ici le vieux problème de la dépression masquée dans des malaises comme les maux de dos chroniques, malaises qui répondent

positivement à une dose d'antidépresseurs (Katon, Kleinman et Rosen, 1982). Les études de Kleinman (1982) en Chine ont également démontré que les plaintes des patients neurasthéniques se plaignant de fatigue chronique étaient aussi accompagnées d'un état de dépression majeure. Les circonstances de vie de ces personnes étaient similaires à ce que l'on retrouve dans des biographies de dépressifs.

Ces exemples de dépression masquée ne sont qu'un secteur parmi tous les points d'impact où opèrent les tensions résultant de conflits sociaux ou personnels. Et de plus en plus, on intègre toute une gamme de maladies physiques parmi les indices de qualité de vie. Les plus analysées récemment sont les maladies coronariennes et les cancers (celui-ci davantage dans son pronostic que dans son étiologie) alors qu'il n'y a pas encore très longtemps, on écrivait beaucoup sur les ulcères. Toute une série d'études associent par exemple les maladies coronariennes à la mobilité socio-culturelle. Elles sont deux fois plus élevées chez ceux qui déménagent ou changent souvent d'emploi, trois fois plus élevées chez les migrants des fermes qui viennent à la ville pour entrer dans des emplois de col blanc plutôt que des emplois de col bleu ; des résultats similaires s'appliquent aux inconsistances de statut à l'intérieur d'une même ville ou à l'immigration et au degré d'acculturation (Syme, 1984 in Gentry). Il ne faut toutefois pas à partir de ces preuves partir en procès contre la mobilité ascendante puisque plusieurs études se sont soldées par un bilan neutre et il est nécessaire de se rappeler que tout changement n'est un facteur de stress qu'à condition de rencontrer un terrain inhospitalier. Si les maladies coronariennes ont été choisies davantage pour ce type de démonstration, probablement à cause de la [10] facilité à les identifier et des soupçons relativement fondés faisant foi d'une association avec un type de personnalité dite de type A, il y a également lieu de croire que les maladies à caractère plus purement somatique sont sujettes aux mêmes vicissitudes. Ainsi, Murphy (1978) a trouvé que les étudiants universitaires de Singapour et de McGill qui appartiennent à un programme d'études où leur sexe est minoritaire (ingénierie pour les femmes) ont plus de probabilités d'être atteints d'une crise d'appendicite.

LA QUESTION DE LA SPÉCIFICITÉ

Force est de constater que peu d'éléments sont connus à propos des diverses avenues du champ social qui peuvent mener à un mode ou à un autre de détresse psychologique ou de dérèglement du système physique. On commence à dégager certaines certitudes qui vont à peine plus loin que les intuitions du sens commun, dirons-nous, tout en laissant dans le doute les fondements de quantité d'autres préjugés de ce même sens commun qui cette fois s'affirment avec moins de veine. La position dominante est certainement celle de la non spécificité, c'est-à-dire qu'on reconnaît sensiblement aux mêmes facteurs le pouvoir de provoquer la plupart des états mentionnés plus haut. Les événements critiques et le soutien social ont été impliqués dans un nombre assez impressionnant de maladies et d'états psychologiques de toutes sortes, le point de passage privilégié pour expliquer l'action sur le psychique étant l'image de soi (le modèle cognitiviste prédominant), et le système immunitaire dans le cas des affectations somatiques. Encore est-il que le système immunitaire est aussi vu comme à l'origine d'états d'anxiété et de dépression. Les hypothèses arborant l'emblème de la spécificité ont perdu beaucoup de faveurs à la suite principalement des tentatives de la psychosomatique de relier des maladies particulières à des types de personnalité ou d'attitudes bien identifiés (Krantz et Grass, 1984 in Gentry), en considérant la maladie comme métaphore de l'attitude. C'est ainsi que l'acné a été associé à la volonté d'une personne pointée de vouloir être laissée en paix ou que les [11]

douleurs de la région vertébrale inférieure ont été proposées comme le partage de personnes qui veulent s'éviter une situation pénible (nous pourrions dire qu'elles "plient l'échine").

Les positions d'Engel et de Schmale (voir Krantz et Grass, 1984) sont au contraire partisans de relier tout un ensemble d'états divers au manque de ressources personnelles qui épuisent et augmentent la susceptibilité aux maladies. Cette position rejoint par ailleurs d'assez près la théorie de Selye. L'impuissance et l'abandon du combat en sont des signes révélateurs. Certaines données de la phase pilote de l'enquête Santé Québec confirment cette hypothèse de la non spécificité. C'est

du moins l'opinion que l'on développe en considérant le nombre élevé de maladies de toutes sortes rapportés par des personnes identifiées comme souffrant de périodes de dépression. Cela est également vrai des jeunes suicidaires car 40% de ceux qui souffrent de problèmes physiques d'une certaine gravité pensent sérieusement à se suicider.

Si la thèse de la spécificité tient encore une bonne cote, elle n'est appuyée en grande partie que par la prestance des cliniciens qui la soutiennent sans déploiement corrélatif des efforts nécessaires à la démonstration. Même la théorie reliant les états psychosomatiques à l'absence d'émotions dans la vie de fantaisie (alexithymie) a survécu à nombre d'infirmités auprès de beaucoup d'intervenants. Plus récemment, les travaux autour du type de personnalité A ont permis une renaissance relative en grande partie sur la base de succès empiriques. Mais ce n'est tout de même pas l'ensemble des types A, fort répandu dans notre civilisation occidentale, qui est à risques pour les maladies coronariennes.

Il serait en définitive regrettable que l'état actuel des connaissances conduise à une certaine paresse intellectuelle et au rejet de tout effort pour redorer à l'occasion la position de la spécificité. Il est quasi universellement reconnu, que ce soit dans les études épidémiologiques (Brown et Harris, 1978) ou même parmi certaines théories indigènes (Tousignant, 1984), que les événements reliés à une perte, en autant qu'il y ait des conditions prédisposantes (voir chapitre XX), augmentent les chances de dépression. De [12] même, si un événement implique un affaiblissement du système de protection sociale (mort du père pour la femme dans les îles écossaises), les états phobiques sont plus prévalents à moyen terme. Les suicides, qui sont apparentés aux dépressions par plusieurs aspects, répondent à une dynamique sociale similaire en ce qui concerne les pertes. Les pertes d'honneur sont particulièrement mises en cause dans certaines régions d'Afrique et d'Asie (Tousignant et Mishara, 1981) où le statut social fonde la valeur d'une personne. L'alcoolisme masculin répondrait pour sa part à une stratégie de revivre en fantaisie une perte de pouvoir subie (McClelland). Mais ces éléments n'expliquent qu'une partie seulement de ces états pathologiques et doivent vivre en présence d'autres théories ou confirmations toutes aussi valables.

LES INSTRUMENTS

Il existe trois grandes catégories d'instruments : 1. les entrevues qui tentent de reproduire une enquête d'évaluation psychiatrique en se basant sur les critères d'une classification sanctionnée comme le Diagnostic Statistical Manual version III ; 2. les échelles de santé mentale auto-administrées construites sur le modèle des échelles psychologiques ; 3. les échelles de santé mentale positive qui font le bilan des émotions, des humeurs et des mécanismes d'adaptation.

Plusieurs échelles de santé mentale sont en usage. Les plus connues sont le *Health Opinion Survey*, le *Langner's 22-items*, de même que le *Hopkins Symptoms Distress Checklist* dont une version abrégée, le *Psychiatrie Symptoms Distress Checklist* (Ilfeld, 1976) a été intégrée à l'enquête Santé Québec. Les deux derniers instruments ont vu leur utilisation s'accroître au cours des dernières années parce qu'ils permettent en particulier de repérer des troubles psychologiques qui gravitent autour de quatre facteurs : dépression, anxiété, agressivité et problèmes cognitifs. Les items, décrivant des symptômes courants [13] rencontrés dans la pratique clinique, se rapportent à l'état du répondant vécu au cours de la dernière semaine.

Il existe une autre méthode basée sur les renseignements obtenus par un tiers qui possède de nombreux avantages pour identifier les états où la réponse de la personne victime risque d'être invalide (psychose, alcoolisme). Une personne référence indique alors, anonymement si la chose est nécessaire, les personnes de son entourage atteints d'un état quelconque référé par une étiquette (dépression, nervosité) ou une courte description (Murphy et coll., 1979).

À ces échelles, s'ajoute une panoplie d'instruments qui mesurent des dimensions plus spécifiques comme la dépression ou l'anxiété. Ces échelles sont à l'occasion utilisées comme indices de santé mentale même si leur champ de référence est plus spécifique.

D'autres types d'échelles évaluent la santé mentale positive. Elles ont joui d'une meilleure faveur à la fin des années soixante et elles n'ont pas connu la popularité espérée pour la simple raison qu'on ignore ce qu'elles mesurent exactement (Pollack, 1975). Le *Affect Ba-*

lance Scale de Bradburn (1969) mesure le rapport entre les affects positifs et négatifs. La preuve est assez bien établie que les affects positifs ne constituent pas simplement l'envers des affects négatifs et qu'elles pourraient équivaloir à ce que nous essayons de traduire dans le concept de *santé psychologique*. (Derogatis, 1982 in Goldberger). Elles ont fait place aux instruments qui évaluent les mécanismes d'adaptation (Lazarus et Folkman, 1985) dont l'élaboration théorique est plus articulée. Cependant, compte tenu des nombreuses études qui mettent en relation la qualité des affects et le pronostic des maladies physiques, laissant penser que ces affects ont des effets directs sur le système immunitaire, il y a lieu de s'attendre à une renaissance de ce type d'instrument. :

Les archives hospitalières ou les compilations de consultations soit en psychiatrie soit en médecine générale pour raisons psychiatriques sont utilisées à l'occasion comme indices [14] de santé mentale. Si les archives hospitalières sont comparables ou même supérieures aux enquêtes dans le but de comptabiliser les cas graves de psychose, elles ont de sérieuses limites pour évaluer sa santé mentale en général. D'autre part, certains secteurs de la population, comme les hommes ou les immigrants, risquent d'être passablement sous-représentés dans les statistiques des consultations. Les principaux facteurs associés à la consultation sont les suivants : accès géographique aux services, réputation des services, attitudes à l'égard des services et pressions du réseau.

QUALITÉS ET LIMITES DES INSTRUMENTS

Les instruments à notre disposition actuellement sont utiles, manifestent un niveau de validité acceptable tout en laissant une certaine insatisfaction. Tant que les critères de santé mentale ne seront pas plus clairement définis, il n'y aura aucun moyen d'améliorer les instruments. Par ailleurs, il n'y a pas de critère de comparaison valable pour établir la validité. Et enfin, la collaboration du répondant est un atout nécessaire, ce qui ne va pas sans causer de problèmes sérieux et même si la bonne volonté est présente, des résistances peuvent intervenir. Et même en l'absence de résistances au sens psychodynamique, certaines personnes peuvent être plus attentives à leurs malaises que d'autres.

L'absence de stimulations peut conduire à être plus conscient de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme (Pennebaker, 1982), ce qui pourrait amener les gens oisifs ou en état de relaxation à être plus sensibles à leurs états psychiques. Par exemple, les personnes qui se livrent à un exercice violent et qui n'entendent que le bruit de leur respiration rapportent être plus fatiguées que celles qui sont exposées aux bruits de la rue.

La désirabilité sociale, c'est-à-dire la tendance à se présenter sous son meilleur jour, est dangereusement présente avec ce type d'instrument (Clancy, 1971) bien qu'elle ne semble pas généralement affecter les comparaisons entre les groupes (Clancy et Gove, 1974). À l'opposé, les répondants ont des perceptions différentes de ce qui constitue un [15] symptôme (Tousignant et coll., 1987) ou possèdent une vision tellement idéalisée de la santé mentale qu'ils se perçoivent comme pleins de symptômes (Murphy, 1978). Certains symptômes se rapprochent de ceux associés à certains états somatiques comme les maladies coronariennes et il y a danger de confusion.

À cela, il faut ajouter les problèmes de sémantique. Lorsqu'on pose la question à savoir si une personne vit des cauchemars, certains interpréteront le terme comme un rêve traumatique et d'autres comme un rêve sans grande conséquence qui produit un sommeil un peu agité (Tousignant et coll., sous presse).

Le grand problème est celui de l'interprétation des échelles. Trahissent-elles des états vraiment sérieux ? N'y aurait-il pas lieu de les élaguer des symptômes qui ne sont pas perçus comme graves quand on construit les scores ? (Tousignant et coll., 1987 ; Newman, 1984). Certains scores élevés, reflétant le passage d'un deuil ou d'une dure épreuve, ne seraient-ils pas davantage le fait d'une réaction normale que d'une réaction pathologique. Il n'est pas évident cependant qu'une correction qui consisterait à soustraire les états moins sérieux affecterait vraiment les comparaisons entre les divers groupes sociodémographiques. Autre remarque intéressante, les échelles de santé mentale, malgré ce reproche de couvrir des états légers, ne produisent pas des pourcentages beaucoup plus élevés de pathologie que le DIS. Une étude (Leaf et coll., 1984) employant ce dernier instrument au Connecticut conclut à une prévalence de 17,4 % sur six mois alors que beaucoup d'études utilisant des échelles de santé mentale, y compris

une qui couvre la région de l'Estrie au Québec (Denis et coll., 1973), arrivent à des taux avoisinants 20% (Dohrenwend et coll., 1980).

La conclusion, c'est qu'aucune méthode n'est pleinement satisfaisante et que la meilleure solution est d'utiliser des approches qui ont des vertus complémentaires. L'expérience de l'enquête pilote Santé Québec démontre qu'une portion significative des personnes identifiées comme ayant un problème de santé mentale par un tiers et qui sont [16] diagnostiquées à partir du Diagnostic Interview Schedule ne sont pas reconnues comme ayant des problèmes en fonction d'un score composite obtenu par un choix d'items se pliant pourtant d'assez près aux critères de dépression majeure du DSM-III (Murphy et coll., 1987). Les personnes identifiées par un tiers sont également plus handicapées dans leur vie quotidienne suite à des motifs psychiatriques que celles qui correspondent uniquement aux critères des échelles.

Si ces problèmes ne trouvent pas de solutions de sitôt, il y a tout de même moyen, et c'est une tendance qui prend forme, de mesurer comment la personne accomplit ses rôles ou fonctionne socialement. C'est une voie pleine d'avenir à condition que l'on compare des personnes avec des rôles passablement identiques. Par exemple, on pourrait évaluer comment des instituteurs ou des secrétaires manquent des journées de travail suite à leur état mental ou comment ils sont affectés dans leur travail quotidien.

L'état de santé mentale peut aussi se définir par son *pôle positif*. Il réfère alors au sentiment de bien-être ou à la présence de ressources psychologiques. Il n'existe ici aucun consensus sur les critères à retenir et les valeurs sous-jacentes aux critères, comme l'état d'indépendance suggéré par Jahoda (1958) en conclusion à une magnifique synthèse sur la question, possèdent souvent une coloration culturelle ou idéologique. L'enquête Santé Canada avait utilisé l'échelle de Bradburn (Statistiques Canada, 1981) pour évaluer cette dimension de santé mentale positive. Ici, ce sont davantage les états émotionnels positifs et négatifs ainsi que les stratégies d'adaptation (*coping mechanisms*) qui sont évalués. Les questions demandent aux répondants s'ils sont heureux, détendus, s'ils s'ennuient ou s'ils s'entendent bien avec les gens.

QUELQUES REPÈRES HISTORIQUES

Deux approches prévalent en épidémiologie. La première consiste à travailler à partir des archives médicales et la seconde à partir d'un échantillon choisi au hasard dans la [17] communauté. Les études de la première catégorie ne peuvent évidemment proposer des conclusions valables que pour les cas graves qui nécessitent un traitement et leur objet n'est donc pas à strictement parler la santé mentale d'une population. Leur intérêt historique exige cependant d'en faire une brève mention.

Une des premières études les plus connues est celle de Farris et Dunham (1939) qui analyse la distribution des cas de schizophrénie traités dans les divers districts de Chicago. La conclusion fait voir clairement que le nombre des cas augmente à mesure que le niveau socio-économique diminue. Dunham (1965) fait valoir un peu plus tard que le surplus de cas en milieux défavorisés dans la ville de Détroit s'explique par la mobilité sociale descendante ou par le glissement (*drifting*) des personnes psychiatisées dans les zones grises. Une étude ultérieure de Levy (1970) à Chicago divise les dossiers en fonction des nouveaux cas relevés au cours de la dernière année et les cas d'admissions répétées. Il en déduit que les taux de nouveaux cas pour la schizophrénie, qui constituent une mesure de l'incidence, ne varient pas en fonction des zones socio-économiques. Ce sont des cas ayant été déjà admis il y a plus d'un an qui expliquent les fortes différences entre ces zones. D'où l'importance de distinguer nettement entre les taux d'*incidence* à partir desquels on peut inférer sur le processus de causalité et les taux de *prévalence* (nouveau cas plus anciens cas) qui ne permettent pas de telles extrapolations.

La recherche d'Hollingshead et Redlich (1958) est un autre repère important. Elle s'intéresse aux cas traités dans la population de New Haven aussi bien dans les institutions publiques et privées que dans les cabinets de consultation. La variable centrale est la classe sociale et les résultats démontrent, outre la plus grande fréquence de troubles névrotiques chez les plus riches et de problèmes psychotiques en bas de l'échelle sociale.

Les études de populations générales ont été nombreuses depuis la Première Guerre mondiale. Elles procèdent soit par l'accumulation d'informations de type clinique sur les membres de l'échantillon, soit par l'administration de questionnaires, soit par une [18] combinaison de ces deux techniques. Les informations peuvent être recueillies soit par des psychiatres, des travailleurs sociaux ou des enquêteurs. La source de ces données est le plus souvent l'informateur lui-même. Il peut arriver que l'on complète à partir d'informations fournies par des tierces personnes comme des informateurs clés ou des médecins pratiquant dans la communauté.

Le livre de Plunkett et Gordon publié en 1960 repère déjà 13 études importantes aux États-Unis. La première est celle de Rosanoff qui remonte à 1916. Elle s'inscrit dans le cadre de la recherche en travail social et s'intéresse à évaluer la difficulté à fonctionner.

L'enquête de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse est l'une des études les plus complètes puisqu'elle intègre des chercheurs en sciences sociales. Elle couvre une série de villages d'une région rurale et recueille des informations sur la population totale à partir d'instruments épidémiologiques et d'interviews auprès des médecins traitants et d'informateurs. L'objectif est en partie de nature anthropologique et consiste à vérifier les caractéristiques des villages où les troubles psychologiques sont les plus fréquents. Les résultats démontrent que ces troubles se présentent plus fréquemment dans les villages à faible intégration où il n'existe pas d'organisations sociales, où les leaders sont absents ou faibles et où les valeurs religieuses sont moins présentes. Les problèmes relevés sont nombreux comme l'indiquent les résultats suivants: 30,5% de la population sont considérés comme ayant presque certainement un problème psychiatrique et 24,5% comme ayant probablement un problème psychiatrique, ce qui signifie que plus de la moitié de la population est considérée comme plus pathologique qu'en bonne santé mentale.

L'étude de Mid-Manhattan (Srole et coll., 1962) à New York emploie également des instruments standardisés et le jugement clinique de professionnels. Les responsables ont recours à des enquêteurs qui vont dans les foyers recueillir des informations sur un échantillon choisi au hasard à partir d'un questionnaire. Au retour, des psychiatres se penchent sur le matériel et fournissent une opinion sur la probabilité qu'on se trouve en [19] présence d'un cas psychiatrique. La conclu-

sion affirme que 23,3% de l'échantillon est psychologiquement handicapé (Srole et coll., 1962).

Par la suite, les recherches recourent rarement aux professionnels de la santé mentale à cause des coûts importants rattachés à une telle démarche. On se contente d'administrer des échelles que l'on juge suffisamment validées. Les études dès lors se chiffrent par centaines.

LES BUTS

Une étude épidémiologique est toujours conduite pour poursuivre des objectifs précis. L'usage le plus courant est de décrire l'état de santé mentale d'une population. Les résultats servent alors de baromètre et peuvent donner lieu à des comparaisons avec la même population à différentes périodes ou avec d'autres pays. L'étude Santé Canada avait été mise sur pied pour cette raison. Elle devait informer sur l'évolution de la santé physique et mentale de la population canadienne, mais le but n'a pu être poursuivi pour des raisons d'ordre financier.

Le principal obstacle aux comparaisons entre les populations est la diversité des instruments utilisés. Les chercheurs amènent continuellement des améliorations aux anciennes échelles pour inclure des comportements nouveaux ou pour faire disparaître des items ambigus. La seule façon alors de comparer est de ne retenir que les items similaires entre deux échelles. Il existe plusieurs autres problèmes aux comparaisons entre différents groupes culturels dont nous ne mentionnerons que les principaux. La désirabilité sociale différentielle d'un symptôme, l'interprétation des énoncés (problème sémantique) ou le fait que les manifestations symptomatologiques peuvent différer d'une culture à l'autre.

Les études de ce type sont aussi souvent commandées ou encouragées par des organismes gouvernementaux qui veulent ainsi mieux planifier leur système de soins. Cependant, la recherche épidémiologique doit inclure d'autres types de renseignements [20] qu'un simple étalement de taux de morbidité pour répondre à ce besoin. La détection des groupes présentant des problèmes particuliers ne suffit pas pour situer des priorités. Il est en effet souhaitable d'obtenir des informations supplémentaires sur l'impact que peut avoir l'état de santé

mentale dans l'accomplissement des rôles sociaux. Quels sont, par exemple, les problèmes psychologiques nuisibles ? C'est habituellement lorsqu'une personne n'arrive plus ou n'arrive qu'avec peine à remplir ses responsabilités qu'elle commence à définir sa situation comme un état de maladie. La baisse dans le rendement au travail, l'incapacité à établir une relation satisfaisante à l'intérieur du mariage, la difficulté à supporter les enfants sont en effet des motifs très fréquents de demande de consultation. Aussi, afin de pouvoir comparer les personnes présentant de hauts scores aux échelles de santé mentale aux populations en traitement, il s'avère nécessaire de constater l'impact de l'état psychologique sur le fonctionnement dans la vie quotidienne. C'est l'un des critères qui permettra d'affirmer si les gens qui sont identifiés comme « cas » dans la communauté présentent vraiment des besoins d'intervention.

Les études épidémiologiques servent également à des fins politiques même si le but en est rarement avoué et qu'il s'agit le plus souvent d'une conséquence indirecte non prévue par les chercheurs. Ainsi, les études qui démontrent l'ampleur des problèmes de santé mentale dans les populations défavorisées ont certainement contribué à conscientiser un certain nombre d'intervenants et à donner des arguments au mouvement de la santé mentale communautaire aux États-Unis. La croisade de la guerre contre la pauvreté amorcée sous le mandat du président Johnson a contribué par la suite à faire ouvrir des centres de santé mentale au cœur des ghettos avec le raisonnement, un peu naïf d'ailleurs, que si l'on améliorerait la condition psychologique des résidents, on leur donnerait de meilleurs outils pour se défendre dans la société.

Enfin, les instruments épidémiologiques sont utilisés pour vérifier des hypothèses théoriques. Les études de Dooley et Catalano (1980) sur les changements de santé mentale [21] en rapport avec les fluctuations économiques mesurées par des indices comme l'évolution du produit national brut ou le taux de chômage constituent un bon exemple. Beaucoup d'autres études se sont intéressées aux conséquences du bris de la relation de couple ou aux conséquences du double rôle d'épouse et de travailleuse des femmes mariées. Plus récemment, on tente de vérifier comment le soutien social arrive à servir de tampon contre le stress vécu (Pearlin et Schooler, 1978). Plusieurs études s'intéressent également aux conséquences des événements cri-

tiques sur le niveau de santé mentale et peuvent permettre de construire des théories explicatives en termes d'étiologie sociale. En ce sens, l'épidémiologie va bien au-delà actuellement des objectifs descriptifs qui la caractérisaient à ses débuts. Les conclusions qui identifiaient les catégories de la population avec le plus de problèmes sans fournir d'autres renseignements donnaient lieu à certaines frustrations. En effet, on ne pouvait au mieux que suggérer des hypothèses explicatives. Les recherches permettent maintenant d'isoler davantage les événements et les conditions de vie particulières qui caractérisent les populations à risques. Les travaux de Brown et Harris (1978) sur l'origine sociale de la dépression chez les femmes constituent un classique dans ce domaine. Les résultats démontrent que la perte d'une personne de l'entourage prédispose fortement à la dépression si les facteurs situationnels suivants sont présents : perte de la mère avant l'âge de 11 ans et l'absence d'un confident dans l'entourage.

Le *Present State Examination* (Wing et coll., 1974) et le *Diagnostic Interview Schedule* (Robins et coll., 1981) est en fait un examen psychiatrique standardisé, c'est-à-dire qu'il reproduit dans un ordre prédéterminé les questions que poserait un psychiatre en examinant un patient pour arriver à établir un diagnostic précis. Un système informatisé, le CATEGO, permet d'obtenir ces diagnostics. Cependant, l'utilisateur doit porter des jugements sur la sévérité des symptômes et posséder une formation clinique. Il n'en est pas de même, du moins d'après ses auteurs, pour le DIS qui est un questionnaire fermé. Grâce à un ingénieux système de questions, chaque symptôme est codé directement par l'interviewer suivant le degré de gravité et son origine probable : mental, physique ou en [22] rapport avec l'usage de drogues ou d'alcool. Les données analysées permettent de poser les principaux diagnostics en fonction de la classification du DSMIII (*Diagnostic Statical Manual*) qui est proposée par l'American Psychiatrie Association. Les auteurs trouvent des correspondances acceptables, bien que variables selon les diagnostics, entre les diagnostics obtenus par le questionnaire et ceux obtenus indépendamment par des psychiatres. Cette approche n'est cependant pas sans poser quelques problèmes. Elle exige une entrevue d'une à deux heures, voire plus même dans certains cas, et doit compter sur l'utilisation d'interviewers professionnels bien entraînés à la technique. Les résultats sont certainement plus fiables quand ceux-ci possèdent une expérience en psychiatrie. Enfin,

bien que les questions soient faciles à comprendre et aisément acceptables pour l'interviewé, il n'en reste pas moins qu'elles peuvent être très personnelles et parfois créer un malaise chez celui-ci. Niveau d'énergie, satisfaction dans la vie, contrôle des affects, humeur (enjoué vs déprimé), tension vs relaxation, souci de sa santé et stabilité vs labilité des affects.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

- Bradburn, N.M. (1969). *The Structure of Psychological Well-Being*. - Chicago : Aldine.
- Brown, G.W. et Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression : A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London : Tavistock.
- Clancy, K. (1971). Systematic bias in field studies of mental illness. Doctoral thesis, New York University.
- Clancy, K. & Gove, W.R. (1974). Sex differences in respondent reports of psychiatric symptoms : An analysis of response bias. *American Journal of Sociology*. 80. 205- 216.
- Denis, G., Tousignant, M. & Laforest, L. (1973). Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 64. 387-397.
- Derogatis, L.R. (1982). Self-report measures of stress. In : Goldberger, L. et Breznitz, S. *Handbook of stress*. 270-294.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B. Neugebauer, R. & Wunsch-Hitzig, R. (1980). *Mental Illness in the United States*. New York : Praeger.
- Dooley, D. et Catalano, R. (1980). "Economic change as a cause of behavioral disorder", *Psychological Bulletin*. 87. 450-468.
- [23]
- Dunham, W. (1965). *Community and Schizophrenia*. Detroit, Wayne State University Press.
- Faris, R.E. et Dunham, H.W. (1939). *Mental Disorders in Urban Areas*. Chicago : University of Chicago Press.

- Hollingshead, A.B. et Redlich, F.C. (1958). *Social Class and Mental Illness*. New York : Wiley.
- Ilfeld, F.W. (1978). "Psychological status of community residents along major demographic dimensions", *Archives of General Psychiatry*. 35. 716-724.
- Jahoda, M. (1958). *Current Concepts of Positive Mental Health*. New York : Basic Books.
- Katon, W., Kleinman, A. et Rosen, G. (1982). "Depression and Somatization : A Review", I & II, *American Journal of Medicine*. 72. 127-135 et 241-247.
- Kessler, R.C. et McRae, J.A. (1983). "Trends in the relationship between sex and attempted suicide". *Journal of Health and Social Behavior*. 24, 98-110.
- Kirmayer, L.J. (1984). "Culture, affect and somatization". part I *Trans-cultural Psychiatry Research Review*. 2(3). 159-188.
- Kleinman, A.M. (1982). "Neurasthenia and depression : A study of somatization and culture in China", *Culture, Medicine and Psychiatry*. 6. 117-190.
- Krantz, D.S. et Glass, D.C. (1984). Personality, behavior patterns and physical illness : Conceptual and methodological issues. M : Gentry, W.D. (ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York : Guilford Press, 38-86.
- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1985). *Stress. Appraisal and Coping*. New York : Springer.
- Leaf, P.J., Weissman, M.M., Myers, J.K., Tischer, G.L. et Holzer, C.E. (1984). Social factors related to psychiatric disorder : The yale epidemiologic catchment areas study. *Social Psychiatry*. 19. 53-61.
- Leighton, D.C., Harding, J.S., Macklin, D.B., Macmillan, A.M. et Leighton, A.H. (1963). *The Character of Danger*. New York : Basis Books.
- Levy, L. et Rowitz, L. (1973). *The Ecology of Mental Disorders*. New York : Behavioral Publications.

Link, B. et Dohrenwend, B.P. (1980). "Formulation of hypotheses about the true prevalence of Demoralization in the United States". In (Dohrenwend, B.P. et coll.). *Mental Illness in the United States Epidemiological Estimates*. New York, Basis Books.

Murphy, H.B.M. (1978). The meanings of symptoms-checklist scores in mental health surveys : A testing of multiple hypotheses. *Social Science and Medecine*. 12. 67-75.

[24]

Murphy, Negrete, J.C. et Tousignant, M. (1979). Exploring a new type of alcoholism survey. *International Journal of Epidemiology*. 8(2), 119-126.

Newmann, J.P. (1984). Sex differences in symptoms of depression : Clinical disorder or normal distress ? *Journal of Health and Social Behavior*. 25. 136-159.

Pearlin, L.I. et Schooler, C. (1978). "The structure of coping" *Journal of Health and Social Behavior*. 19. 2-21.

Pennebaker, J.W. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York : Springer.

Plunkett, R.J. et Gordon, J.E. (1960). *Epidemiology and Mental Illness*, monograph series n°6, New York, Basis Books.

Pollack, E.S. (1975). Les indices de santé mentale en santé de la famille. *World Health Statistic Reports*. 28. 278-285.

Robins, L.N., Helzer, J.E., Croughan, J. et Rarcliff, K.S. (1981). "National Institute of Mental Health Diagnostic Interview Schedule : Its History, "Characteristics and Validity", *Archives of General Psychiatry*. 38. 381-384.

Rosanoff, A.F. (1916). "A survey of mental disorders in Nassau County", New York, *Psychiatric Bulletin*. 2(2), 109.

Seiler, L.H. (1973). "The 22-Item Scale used in field studies of mental illness : a question of method, a question of substance, and a question of theory", *Journal of Health and Social Behavior*. 14. 252-264.

- Srole, L., Langner, T.S., Micheal, S.T., Opler, M.K. et Rennie T.A.C. (1962). *Mental Health in the Metropolis*. New York : McGraw Hill.
- Star, S.A. (1975). "The screening of psychoneurotics in the army; technical developments of tests", In. (Stouffers S. et coll. edit.), *The American Soldier*. Vol. IV. *Measurements and Prediction*. Princeton, Princeton University Press.
- Statistiques Canada (1981). *Enquête Santé Canada*. Santé et Bien-Etre Social : Ottawa.
- Syme, S.L. (1984). Sociocultural factors and disease etiology. In : GENTRY, W.D. (ed.) *Handbook of Behavioral Medicine*. New York : Guilford Press, 13-37.
- Tousignant, M., Denis, G., Lachapelle, R. (1974). "Some considerations concerning the validity and use of the health opinion survey", *Journal of Health ans Social Behavior*. 15, 241-252.
- Tousignant, M. et Mishara, B.L. (1981). Suicide and culture : A review of the literature (1969-1980). *Transcultural Psychiatric Research Review*. 18. 5-31.
- Tousignant, M. (1984). *Pena* in the Ecuadorian sierra : a psychoanthropological analysis of sadness. *Culture, Medicine and Psvchiatry*. 8, 381-398.
- [25]
- Tousignant, M. et Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale : le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés*. 15-26.
- Tousignant, M., Brosseau, R. et Tremblay, L. (1987). Sex biases in mental health scales : do women tend to report less serious symptoms and confide more than men ? *Psvchological Medicine*. 17. 203-215.
- Wing, J.K., Cooper, J.E. et Sartorius, N. (1974). *Measurement an Classification of Psychiatric Svmptoms*. London : Cambridge University Press, 1.

[26]

[27]

L'étiologie sociale en santé mentale.

Chapitre II

Les événements stressants et les conditions de vie

[Retour à la table des matières](#)

[28]

[29]

NATURE DE L'ÉVÈNEMENT

Qu'est-ce qu'un événement ? L'approche moderne rend compte du chemin parcouru depuis la Première Guerre Mondiale lorsqu'on croyait que les symptômes consécutifs à un trauma étaient causés par l'éclatement de minuscules vaisseaux sanguins dans le cerveau. Ou des développements survenus depuis le début de la psychanalyse, fortement influencée par la neurologie, et où le trauma ne faisait aucune place à l'événement. On conçoit maintenant que des expériences moins spectaculaires puissent avoir une importance capitale dans l'étiologie des troubles psychologiques.

L'événement, c'est ni plus ni moins toute expérience qui exige une réadaptation ou un changement de vie chez un individu, c'est en d'autres mots une discontinuité, une rupture dans le fil de la vie quotidienne. Un événement doit donc pouvoir être défini indépendamment de la perception du sujet, ce qui est à peu près impossible à atteindre dans la pratique. Car pour comprendre l'événement, il faut habituellement interroger le sujet pour pouvoir décrire les innombrables dimensions qui le structurent. Mais on doit essayer de comprendre l'événement en mettant entre parenthèses l'interprétation que l'individu peut donner de cet événement. Rater son autobus n'est habituellement pas un événement à proprement parler ; si une crise s'ensuit, c'est parce que la personne avait de fortes prédispositions à décompenser.

L'ÉVALUATION DE L'ÉVÈNEMENT

Il est primordial si l'on veut faire la preuve de l'importance ou de l'absence d'importance de l'événement dans l'étiologie d'un état pathologique de bien statuer ce qu'est un événement et ensuite de l'évaluer adéquatement. Or, ce n'est malheureusement [30] pas la voie suivie dans la plupart des recherches qui se sont servies d'échelles d'événements stressants, appelées également échelles de stress pour ajouter à la confusion. Ces listes d'événements ont été construites empirique-

ment au départ en identifiant ceux qui étaient les plus fréquemment rencontrés chez les personnes récemment atteintes de maladie. Par la suite, des listes plus complètes relevant toutes les expériences possibles ont été établies. Ainsi, de la liste de 43 proposée par Holmes et Rahe, on en arrive à 102 dans le Péri (*Psychiatric Epidemiology Research Interview*) (B. Dohrenwend et coll. 1978). Des adaptations pour adolescents existent également.

Deux procédures de comptabilisation sont couramment utilisées. La première consiste à additionner les événements rapportés, qu'ils soient de nature positive ou négative, ou simplement négatifs pour en faire un score global de stress. On pourrait ici exprimer sa surprise à inclure des expériences positives, mais certaines d'entre elles exigent une adaptation à un changement de vie, comme le fait d'obtenir un nouvel emploi ou gagner une loterie. Un gros lot par exemple vous amènera probablement à acheter une maison dans un quartier riche et à vous intégrer à une classe sociale diamétralement différente de celle à laquelle vous étiez habitué. Quoi qu'il en soit, la sommation possède le vilain défaut de tout considérer sur un pied d'égalité : la mort d'un enfant est l'égal d'une perte d'emploi. C'est afin de contrecarrer ces limitations que B. Dohrenwend et coll. (1978) sélectionnent des juges dans le public pour accorder un poids relatif à chaque événement. On établit au départ qu'un événement étalon, le mariage, vaut 500 points et tous les autres événements doivent être ordonnés autour de celui-ci. À partir de ce point repère, l'infidélité conjugale reçoit 558 points, un déménagement 437 points et la mort d'un enfant 1,036 points pour occuper le premier rang. Cette modalité d'évaluer le malheur humain est déjà un net progrès mais avec encore là ses limites. Cependant, les résultats empiriques ne sont pas différents que l'on opère par la simple somme ou par [31] l'addition des poids (Zimmerman, 1983). Cet article conclut également que la méthode qui consisterait à faire évaluer le poids de l'événement par l'informateur n'est pas aussi dangereuse méthodologiquement qu'on pourrait le croire. Les évaluations subjectives corrélaient assez bien avec les évaluations extérieures. Les dépressifs continuent d'accorder le même poids aux événements vécus après leur guérison qu'avant.

La synthèse critique de ces listes par Rabkin et Struening (1976) est encore d'actualité. La plupart de ces événements ne sont pas indépendants du sujet d'où le réel danger de contamination. Par exemple,

comment trancher que le divorce cause la dépression sans penser que des prédispositions dépressives ont d'abord mené au divorce. D'autre part, ces listes d'événements ont été construites à partir de biographies d'adultes moyens et les jeunes adultes sont portés par la force des choses à obtenir de hauts scores. Enfin, les coefficients de fidélité ou de stabilité ne sont pas impressionnants.

L'amélioration des instruments, surtout en ce qui concerne la formulation des items, contribue à élever les indices psychométriques (Zimmerman, 1983). Il n'en demeure pas moins que les informateurs continuent d'oublier des événements, que leur datation est imprécise de telle sorte que l'entrevue avec des personnes significatives de l'entourage fait augmenter le nombre d'événements de 20 à 30%.

Un autre problème est lié au schéma de recherche. Est-ce qu'on isole des événements qui ont véritablement précédé le début de la condition pathologique ? Une hospitalisation n'est pas le début d'une maladie. Comme le fait également remarquer Zimmerman (1983), les conséquences du stress ou symptômes peuvent précéder l'événement auquel on était préparé comme dans le cas d'une fermeture d'usine où des informations sur l'éventualité prochaine de la banqueroute ont déjà fait monter les taux [32] d'anxiété. De même pour le conjoint qui meurt après une longue maladie et dont la mort fait baisser l'incertitude.

L'APPROCHE DU LEDS

L'équipe du Bedford College dirigée par G. Brown (Brown et Harris, 1978) propose une approche nettement différente des échelles. Le *Life Events and Difficulties Schedule* sur lequel se basent leurs recherches est une entrevue de type clinique sur tous les événements vécus par l'informateur au cours de la dernière année. L'avantage est de débiter chacune des sections avec des questions ouvertes qui permettent de recueillir des événements peu fréquents ou absents des listes usuelles. Ainsi la question suivante : *Est-ce que vous ou n'importe quel membre de votre famille ont eu des nouvelles inattendues à propos de quelque chose qui est arrivé ou qui allait arriver ?* Il arrive donc que l'on recueille des événements disparates, mais de grande im-

portance. L'une des caractéristiques du L.E.D.S. est de pouvoir recueillir des événements qui sont constitués par un changement cognitif soudain qui concerne une transformation à venir. L'un des exemples fournis est celui d'une mère qui est devenue bouleversée au retour de la colonie de vacances de sa fille adolescente et qui s'est aperçue jusqu'à quel point elle était attachée à elle et combien serait son désarroi quand cette fille partirait de la maison dans un avenir probablement assez rapproché.

L'apport original de cette méthode est d'évaluer le contexte de la menace à court terme et à long terme à la fois du point de vue de juges et du sujet. Dans les analyses, ne sont principalement retenues que les événements qui sont des menaces à long terme, c'est-à-dire qui continuent de présenter une source de soucis après quelques jours. Par exemple, voir un accident de circulation peut constituer un événement bouleversant, mais pas [33] nécessairement à long terme, par contraste avec une perte d'emploi ou la mort d'un conjoint.

L'analyse du contexte permet également de considérer l'effet multiplicateur de deux événements reliés et contigus. Ainsi, devenir enceinte et se séparer de son mari sont deux événements dont les effets se magnifient mutuellement au lieu de simplement s'additionner.

L'autre contribution de l'équipe du Bedford College a été de qualifier la situation de l'individu en tenant compte des *difficultés de vie* qui pourraient également s'appeler conditions de vie. Ainsi, le contexte socio-économique (évincement d'un logement, espace inadéquat, revenus insuffisants) d'une naissance chez une femme peut constituer une menace sérieuse qui transformera une expérience habituellement souhaitée en un véritable cauchemar.

La troisième contribution du L.E.D.S. est d'inscrire dans son modèle des facteurs de vulnérabilité qui sont surtout orientés vers les rôles de femmes adultes. Ces facteurs sont la présence d'un rapport intime, la perte de la mère durant l'enfance, la présence de trois enfants ou plus de moins de 14 ans à la maison et un travail à l'extérieur. Même si ces quatre facteurs sont associés à l'incidence de la dépression, il est difficile de concevoir qu'ils soient sur un même niveau. La perte de la mère en bas âge est un facteur relié à la socialisation de la petite enfance tandis que les trois autres facteurs sont des facteurs re-

liés aux rôles ou aux tracasseries quotidiennes ou stress chronique par rapport aux événements de rupture.

[34]

LES RÉSULTATS EMPIRIQUES

Les corrélations entre les événements critiques et les états de santé mentale sont relativement modestes. Seulement neuf pour cent de la variance est expliquée selon Rabkin et Struening (1976) et la valeur prédictive des événements ne s'est guère améliorée malgré les raffinements méthodologiques apportés aux instruments (Kessler et coll., 1985). La même conclusion est partagée par Brown et Harris (1978) à savoir que la plupart des personnes qui passent à travers une épreuve sérieuse au cours d'une année ne tombent pas dans une dépression. Dans leur échantillon de Camberwell, 20% des femmes avec un événement sérieux ou une difficulté de vie commencent une dépression au cours de l'année : c'est une minorité, mais c'est tout de même dix fois plus que dans le groupe sans événement ou difficulté (2%). Il est vrai également que les événements sont plus déterminants dans le cas de la dépression que dans le cas de la schizophrénie et leur influence est probablement au maximum dans les cas de tentatives de suicide (Paykel, 1978), mais augmenter la probabilité par cinq ou par six démontre que ce facteur est loin d'être unique puisque la grande majorité des victimes de ces événements s'en sortent psychologiquement indemnes si l'on excepte la souffrance parfois aigüe, mais souffrance morale n'est pas équivalent à un trouble de santé mentale. Les facteurs de vulnérabilité semblent être la composante qui augmente significativement la probabilité d'une dépression. Les six femmes qui ont un événement ou une difficulté, et qui de plus présentent les quatre facteurs de vulnérabilité, développent toutes une dépression en cours d'année. C'est un bien petit groupe, mais un score aussi parfait laisse à réfléchir. Il demeure clair que plus les facteurs de vulnérabilité s'additionnent dans cet échantillon, plus les probabilités de dépression augmentent.

Cette démonstration de Brown et Harris (1978) a véritablement permis de donner un second souffle à la recherche sur les événements

critiques. Il n'en demeure pas moins que [35] certains problèmes méthodologiques subsisteront comme celui de faire une évaluation vraiment objective des événements puisqu'il faut rappeler que c'est toujours l'informateur qui construit son histoire et qui rapporte les soi-disant faits objectifs (Tennant et coll., 1978). Les personnes fortes sous-estiment ou minimisent la portée des drames qu'ils traversent et cela contribue à appuyer les corrélations entre événements et pathologie. Cependant, trois des facteurs de vulnérabilité ne sont sujets à aucun biais. Même la participation d'un proche comme le conjoint dans la recherche risque de ne donner qu'un semblant d'objectivité car ce proche risque d'avoir appris par cœur le scénario raconté par le sujet et nous livrer les mêmes biographies construites sur mesure pour impressionner l'auditeur si jamais ce type de biais existait.

Il ne faut pas non plus chercher à prouver une simple linéarité. La réalité est probablement plus complexe (Tennant et coll., 1978). Il est fort probable que des événements augmentent certains états d'anxiété ou de tristesse qui à leur tour peuvent provoquer des événements qui mèneront à une pathologie véritable. Par exemple, on peut penser qu'une personne qui n'a pas confiance en soi et ne sait pas se faire valoir risquera de subir plus facilement un échec en amour. Cet échec peut plonger dans une dépression clinique. Si la personne n'avait pas risqué de tomber en amour, elle n'aurait jamais éprouvé une telle peine et ne serait jamais devenue aussi profondément déprimée. Ce sont de telles réflexions qui amènent certains épidémiologues comme Murphy et Leighton à croire que beaucoup de gens qui n'ont pas de symptômes ne sont pas nécessairement des gens aux ressources imposantes. Certains ne sont que de simples pantouflards qui ne prennent pas de risques dans la vie, et qui préfèrent ne pas s'attacher émotionnellement.

L'étude de Kobasa (1939) démontre assez bien que l'idéal n'est pas d'éviter les événements ou les situations de défi, mais de s'y exposer que dans la mesure où on peut rencontrer ces défis. Dans cette recherche, les exécutifs s'en tirent beaucoup mieux du point [36] de vue de leur santé s'ils sont exposés au stress. L'absence de stress empêche vraisemblablement l'épanouissement de leurs talents et tue leur vigueur. Par contre, l'idéal est tout le contraire pour les militaires américains de carrière qui œuvrent dans une armée en temps de paix. Chez eux, il y a relation directe entre stress et pathologie.

Une autre difficulté est qu'il est particulièrement difficile dans les études de santé mentale de situer exactement à quel moment s'instaure un problème psychopathologique. Cette critique s'applique à celle de Brown et Harris (Tennant et coll., 1978) comme à l'ensemble des autres. Seule une étude prospective pourrait déjouer cet écueil méthodologique de taille. Ou alors il faudrait prendre une variable dépendante plus facile à localiser dans le temps. Les études qui portent sur les tentatives de suicide ou sur les idéations suicidaires sérieuses présentent en ce sens de nets avantages puisqu'il est possible de les dater avec une relative facilité (Tousignant et Hanigan, 1986). Dans le cas de l'anxiété ou de la dépression, comment en effet dater la période où les symptômes deviennent suffisamment nombreux pour constituer un syndrome ? Est-ce que le passage est graduel ou soudain ?

La recherche de McFarlane et coll. (1983) constitue une tentative intéressante de contourner les écueils méthodologiques de nombreuses recherches transversales. Plus de 400 personnes sont interviewées trois fois à intervalle de six mois et ils doivent compléter un journal de leurs symptômes et visites au médecin trois fois par semaine en plus de passer le questionnaire de Langner et un autre sur les événements vécus aux six mois. On retrouve les associations observées entre événements, particulièrement ceux qui sont indésirables et indépendants, et santé. Par contre, l'accumulation des événements au cours d'une période ne provoque pas une détérioration équivalente de la santé. Par ailleurs, les symptômes relatés dans un premier temps sont bien meilleurs prédicteurs des symptômes dans un deuxième temps que les événements au temps 1 si les symptômes sont contrôlés. [37] La conclusion est donc que les événements indésirables et indépendants exercent un effet sur la détresse et la santé, mais que les meilleurs prédicteurs de la détresse et la santé demeurent ces mêmes indices au temps 1.

Ces résultats ne sont pas uniques puisqu'une série d'autres recherches en arrivent à des conclusions similaires (voir Kasl, 1984).

Il ne faut pas se laisser ici trop impressionner en épidémiologie par le fait que la santé est le meilleur prédicteur de la santé. Fiske (1971) a bien mis en évidence que des mesures d'un concept, utilisant la même méthode, possèdent de fortes probabilités au point de départ d'être interreliés à la suite de cette communalité de méthode. On doit par exemple s'attendre à ce que l'anxiété mesurée par le Rorschach corrèle

autant avec l'impulsivité mesurée par le même instrument qu'avec l'anxiété mesurée par un questionnaire comme le Cattell. À plus forte raison si c'est le même concept qui est mesuré avec la même méthode. D'autre part, Brown et Harris (1978) démontrent que ce sont les événements importants qui se produisent dans les trois semaines précédant le début de la maladie qui sont déterminants. Or, McFarlane et coll. (1983) ne font ni la datation exacte des événements ni celui de la poussée des symptômes psychologiques.

Un autre aspect qui ajoute à la confusion est de considérer dans un même temps tous les types d'événements possibles et inimaginables chez un échantillon assez varié d'individus. Une alternative est de se concentrer sur un événement en particulier et de voir de façon prospective ou même rétrospective ses conséquences sur la santé mentale. Les taux de psychopathologie sont dramatiquement élevés chez certains groupes de personnes affectées par des expériences spécifiques. Parmi les grandes crises de la vie, entre 20% et 40% des victimes ne s'en remettent pas avec le passage du temps (Silver et Wortman, 1980). Plus de 30% des veuves étudiés par Parkes présentent des troubles définitifs [38]

quatre ans après la perte du conjoint. Les 2/5 des femmes soumises à une mastectomie auraient besoin d'aide psychiatrique après un an (Maguire et coll., 1978, cité dans Kessler et coll., 1985).

Il ne faut pas toujours voir du négatif dans la présence d'une épreuve.

L'événement peut également avoir des apports très positifs dans le développement de la personne et la crise peut se résorber dans l'acquisition d'une plus grande sagesse et d'une plus grande sérénité. Bretnitz soutient que ce qui aide à passer à travers un événement, ce n'est pas tant la panoplie de stratégies mises en marche pour s'en sortir que le simple passage du temps et l'expérience de la souffrance. Les longues entrevues de Turner avec des femmes de classe moyenne ayant fait l'expérience d'une mastectomie aboutit à un tableau plus réconfortant que l'étude citée au paragraphe précédent. Les informatrices rapportent presque unanimement que la qualité de la vie est très améliorée. Elles ne passent plus leurs journées à s'ennuyer devant les téléromans parce qu'elles découvrent mille choses plus importantes à accomplir.

Chaque geste prend une consistance qu'il n'avait pas auparavant à cause de l'acquisition d'une plus grande maturité.

Un même événement peut agir dans deux directions opposées. C'est ainsi qu'on a trouvé à Hawaï que les personnes qui s'engageaient dans des mariages mixtes avaient plus de chances d'échouer leur mariage ; par contre, c'est au sein de cette catégorie que l'on rencontrait les meilleurs mariages.

EFFETS DES ÉVÈNEMENTS

Les événements ont donc certainement un rôle dans l'étiologie des troubles psychologiques. Mais quel peut bien être la nature du processus qui leur permettent d'affecter le psychisme ? Les explications sont nombreuses et ne sont pas nécessairement [39] exclusives. L'ensemble des chercheurs s'accordent à dire que ces événements minent l'estime de soi parce que la personne rencontre. Ses limites et se rend compte de l'échec des stratégies mises en œuvre pour faire face à ces événements (Kessler et coll., 1985) et du manque de contrôle qu'elle possède sur sa vie. Ce dernier aspect s'est révélé assez évident dans une recherche menée sur les événements critiques entourant une crise suicidaire chez des collégiens de Montréal (Tousignant et Hanigan, 1986). Une maladie chronique grave comme la leucémie ou une peine d'amour fait prendre conscience du peu de contrôle possédé sur sa vie et la tentative de suicide est souvent perçue par les jeunes comme un moyen de pouvoir diriger sa destinée. La baisse de l'estime de soi est probablement plus accentuée dans les circonstances où le sujet croit qu'il aurait pu agir, par exemple empêcher qu'un ami le rejette ou prévenir la séparation des parents. Dans le cas où l'événement n'a pas été du tout prévu alors que l'on s'attend à prévoir ces choses en temps normal, la confusion et le sentiment de devenir fou peuvent s'ensuivre. C'est le cas lorsque le fiancé retire son engagement alors que l'on se voyait déjà marié ou si l'on obtient un échec à un cours prétendument facile.

D'autre part, les événements sont souvent constitués par la perte de personnes qui nous sont chères, que ce soit par le décès d'une personne intime ou une perte d'emploi qui oblige à abandonner les com-

pagnons de travail ou un revers de fortune qui forcera à socialiser avec des gens moins riches. Enfin, l'événement provoque toute une série de tracasseries dont la cumulation peut être déterminante pour miner la santé mentale. La perte d'emploi, après la brève période de quasi vacances qui nous arrache à la monotonie du travail, fait faire face à toute une série d'ennuis dont la somme devient à la longue bien difficile à supporter: tentatives infructueuses de retrouver de l'emploi, temps libres à profusion avec peu de ressources financières pour les occuper, irritations causées par l'augmentation du temps passé en compagnie du conjoint et des enfants, déséquilibre du [40] rythme circadien parce que la journée n'est plus rythmée par l'horaire de travail (heures de coucher et de réveil très variables). L'événement peut aussi provoquer des modifications au niveau du système immunitaire qui amènent soit des troubles affectifs comme de la dépression, soit des problèmes physiques qui amèneront à leur tour de la dépression. Un tel modèle pourrait expliquer pourquoi dans l'enquête Santé-Québec, les personnes déprimées sont plus sujettes à rapporter des maladies physiques.

Si l'on regarde du côté de la psychanalyse maintenant, Freud insiste davantage sur l'aspect traumatique de l'événement comme facteur déclencheur de la psychopathologie. Son modèle stipule que le système nerveux n'est plus capable de diriger les influx nerveux qui lui parviennent. Et ce dépassement des capacités du système nerveux est produit moins par les circonstances actuelles de l'événement que par les souvenirs indésirables évoqués. Les névrotiques souffrent principalement de leurs réminiscences (voir Mestrovic, 1985).

Thoits (1983) fait une excellente revue des dimensions des événements qui ont des effets spécifiques sur les états de santé physique et mentale en orientant sa synthèse autour des grandes questions soulevées dans les recherches. Tout d'abord, est-ce comme le postulait Holmes et Rahe la quantité de changement qui est déterminante ou plutôt l'indésirabilité de ce même changement. De la myriade de recherches qui ont essayé de trancher la question, il est définitivement acquis que c'est l'indésirabilité des événements qui est l'élément déterminant dans la santé mentale, peu importe les types d'indices utilisés que ce soit les diagnostics traditionnels de dépression et de schizophrénie, les symptômes de détresse ou les comportements psychopathologiques. Cependant, le total des changements, désirables et indésirables, affecterait la santé physique, ce qui n'invalide donc nullement

l'intuition des premiers chercheurs comme Meyer qui s'étaient concentrés spécifiquement sur la santé physique.

[41]

La seconde dimension est celle de la mesure du contrôle sur l'événement. On sait par exemple que de nombreuses recherches cliniques et de laboratoire se rattachant à la tradition de l'impuissance acquise (*learned helplessness*) ont conclu que, dans le cas de la symptomatologie à coloration dépressive, la contribution de l'absence de contrôle était centrale. Par contre, les recherches sur les événements critiques ont surtout analysé la dimension indépendance non indépendance du sujet. Bien que les résultats soient mitigés, il semble assez clair dans le cas de la dépression, que les événements indépendants soient davantage impliqués dans l'étiologie. Cette conclusion est réconfortante puisqu'elle indique que la relation entre les événements et la psychopathologie n'est pas factice, c'est-à-dire dû au fait que les patients ont plus d'événements simplement parce qu'ils en produisent plus. D'autre part, il faut remarquer que les études recensées par Thoits (1983) qui trouvent une relation entre événements indépendants et dépression semblent utiliser un seuil pathologique plus sévère. L'explication alternative pourrait être que les événements indépendants sont davantage associés à la pathologie plus grave parce qu'ils sont plus sérieux. Il y aurait possibilité de contrôler le degré de gravité relatif avec ce type de matériel.

L'anticipation est une autre dimension importante. Elle est facilement confondue cependant avec la désirabilité et l'indépendance. Il faudrait donc conserver ces facteurs constants. La littérature démontre que les changements anticipés normatifs comme le mariage, la ménopause et la retraite ont moins de conséquences sur la santé mentale que les changements non normatifs comme le divorce, la maladie et le chômage. La question n'est pas suffisamment étudiée pour être actuellement tranchée. Par contre, les études devraient comparer un même événement qui est tantôt anticipé, tantôt non prévu, comme la peine d'amour ou la séparation, en conservant le degré de contrôle constant. Il faut aussi [42] distinguer anticipation comme dimension de l'événement de l'anticipation comme stratégie d'adaptation.

Contrairement à ce qui est pris comme acquis, il n'est pas clairement prouvé que l'addition d'événements produise plus de pathologie même si les auteurs utilisent des scores globaux. On pourrait croire que les gens qui n'en ont pas du tout sont vulnérables à cause du manque de stimulation de même que les gens qui en ont beaucoup (relation curvilinéaire) à cause du surplus de stimulation. Par contre, l'amoncellement des événements sur une courte période qui précède l'apparition de la pathologie a été assez bien établie pour la schizophrénie, la dépression et la tentative de suicide. Il y a lieu de présumer qu'un bon nombre de résultats peu impressionnants sont simplement attribuables au fait que la datation des événements et du début de la pathologie n'aient pas été prises en considération.

LES TRACAS ET LES BONS MOMENTS DU QUOTIDIEN

Mis en présence de la faible valeur de prédiction des échelles d'événements, quelques auteurs ont développé des instruments moins orientés vers les grands drames de la vie en s'intéressant de préférence aux tracas et aux joies du quotidien. L'instrument proposé par Kanner et coll. (1981) comprend 117 exemples de tracas (*hassles*) et 135 de bons moments (*uplifts*). Les items du premier groupe comprennent des questions telles que *Au cours du dernier mois, indiquer les tracas que vous avez eus ? (Voisins ennuyeux), (problèmes à vous détendre) ; (soins de votre animal domestique) ; (manque de sommeil)*. L'informateur doit également préciser sur une échelle en trois points le degré de gravité de ces contrariétés. Quant aux items du second groupe, ils se formulent comme ceci : *indiquer les événements qui vous ont fait sentir bien au cours du dernier mois ? (la [43] nature) (donner un compliment) (cuisiner) (mettre vos talents à profit au travail) (prier)*. L'informateur dans ce cas-ci doit préciser la fréquence de ces bons moments.

Comme on peut s'y attendre, les tracas sont associés à la présence d'affects négatifs et les bons moments aux affects positifs. Mais c'est uniquement chez les femmes que la dernière association est observée, les hommes partageant des bons moments étant plutôt portés à mani-

fester des affects négatifs ! Les tracas d'autre part sont associés à l'échelle de symptômes névrotiques Hopkins, mais chez les femmes les bons moments provoquent également plus de symptômes. Comparés avec les événements critiques et les bons moments, les tracas expliquent une plus forte variance de l'échelle de symptômes. Une répétition de cette recherche employant un schème longitudinal et employant la santé globale et une liste de symptômes somatiques comme variables dépendantes en arrive à une conclusion identique (De Longis et coll., 1982). Cette recherche inclut également une mesure du niveau d'énergie et encore une fois les tracas et les bons moments expliquent 16% de la variance contre 7% pour les événements.

Dohrenwend et coll. (1984) critiquent cet instrument présenté par De Longis et coll. (1982) en alléguant que, selon un groupe de 371 cliniciens consultés, 37 items des tracas sont en fait des symptômes et 57 des quasi symptômes, ce qui risque de gonfler artificiellement les corrélations. Ils proposent donc d'éliminer les items problématiques et de contextualiser davantage les autres qui posent des doutes (ex. *perte d'emploi*) afin de pouvoir déterminer dans quelle mesure les réponses sont dépendantes de la santé mentale. La première équipe (Lazarus et coll., 1985) prend note des remarques faites plus haut et réanalyse ses données en divisant les tracas symptomatiques, douteux et non-symptomatiques. Ces modifications par la suite ne changent rien aux corrélations obtenues avec l'échelle d'Hopkins, c'est-à-dire les tracas demeurent fortement corrélés avec la liste de symptômes psychologiques. De plus, sept des huit facteurs isolés continuent de [44] présenter des corrélations significatives peu importe la part relative d'items-symptômes qu'elles contiennent. Dohrenwend (Dohrenwend et Shrout, 1984) revient cependant à la charge en suggérant qu'il y a un facteur général sous-jacent à tous ces facteurs indépendants qui serait le bouleversement vécu. En d'autres mots, ce n'est pas parce que l'individu rencontre nécessairement de véritables tracas qu'il coche souvent les items tracas mais à cause de ses dispositions affectives du moment.

La mise en cause des tracas et des bons moments dans la détermination de la santé mentale est un apport théorique définitif reconnu par ceux-là mêmes qui soulèvent des critiques sévères aux instruments proposés. Nous sommes amenés à poser la question de savoir si ce sont les conséquences des événements ou l'impact psychologique *sui*

generis de l'événement qui causent les perturbations ou encore l'usure des irritations du quotidien en l'absence même de changements dramatiques. D'autre part, l'univers des expériences couvertes par les tracasseries dépasse celui des contraintes de rôle. Il reste par ailleurs à vérifier si les tracasseries quotidiennes peuvent être souvent importantes en l'absence de contraintes de rôles. Probablement que pour les adultes d'âge moyen fortement impliqués dans des rôles professionnels et familiaux, une relative satisfaction dans ces rôles les protégera contre toute atteinte à leur bien-être. C'est du côté des personnes qui n'ont pas de rôle ou n'ont qu'un seul rôle que ces tracasseries risquent d'être plus marquantes. Un retraité qui se querelle avec son voisin ou dont le voisin adolescent joue de la musique à tue-tête toute la journée peut devenir gravement affecté. Mais comment déterminer que le voisin soit un véritable mauvais caractère ou que l'irritabilité à la musique soit plutôt dépendante des mauvaises dispositions envers la jeune génération. De même que Brown et Harris (1978) sont venus mettre un peu d'ordre dans les mesures des événements avec leur entrevue et leur méthode de cotation, il faudra un autre effort de même magnitude pour donner crédibilité à la recherche sur les tracasseries. Le mérite du LEDES est déjà d'en tenir compte, mais l'instrument [45] ne couvre pas les bons moments reconnus comme importants par George Brown (communication personnelle).

LES CONTRAINTES DU RÔLE

L'attention apportée sur les événements tend à laisser l'impression que la santé mentale est liée aux vicissitudes disparates de la vie et qu'il s'agit d'un jeu de probabilités dans lequel les plus chanceux s'en tirent. La prise en considération du contexte de vie ou des difficultés est déjà un pas en avant pour comprendre les situations pathogènes. Mais on ne trouve malheureusement pas dans cette approche plus globale la présence de concepts organisateurs. Le concept de contrainte de rôle dont Pearlin (1983) se fait le principal instigateur autant dans ses réflexions que ses recherches empiriques se veut une tentative de réordonnement et une invitation à considérer moins le changement en soi provoqué par l'événement que l'effet d'usure sur la capacité à

remplir ses obligations et ses rôles dans la vie, particulièrement ceux reliés à la famille et au travail.

Pourquoi les rôles auraient-ils une si grande importance ? Tout d'abord à cause du grand investissement affectif dont ils sont la cible. On ne peut demeurer indifférent à ce qui nous dérange des préoccupations les plus centrales de notre vie. L'intérêt des rôles est encore de voir comment les comportements des individus sont reliés aux grandes structures organisationnelles de la société et de considérer comment l'événement affecte non seulement l'individu mais le contexte social dans lequel il s'insère.

Le concept de contrainte de rôle (*role strain*) se définit comme les "difficultés, les défis, les conflits et les autres problèmes de même nature que les gens traversent avec le temps lorsqu'ils s'impliquent dans les rôles sociaux de la vie" (Pearlin, 1983, page 8). L'auteur en distingue six types particuliers :

[46]

1. contraintes de tâche

Ce sont ici tous les aspects davantage physiques des actions à accomplir : le bruit, les dangers, la surcharge. Habituellement, les travailleurs situés aux deux extrêmes du champ occupationnel sont les plus affectés par la surcharge. La contrainte de tâche peut également être indirectement reliée à un revenu mal proportionné à l'effort à fournir ou aux talents exploités. Dans ces conditions, la motivation se perd et il faut plus d'énergie pour produire.

2. conflits interpersonnels

Ce sont les conflits qui ont pour origine entre deux personnes habituellement impliquées dans les mêmes situations de rôle et le mariage est le cas type. Les principales sources d'insatisfaction et de mécontentement sont l'absence de réciprocité en ce sens qu'un partenaire possède l'impression qu'il donne beaucoup plus qu'il ne reçoit ; perception que l'autre ne nous respecte pas ou ne nous reconnaît pas à notre juste valeur ;

doutes sur le fait que l'autre remplisse ses obligations ; absence de renforcements affectifs ou sexuels. Dans le domaine de la famille, on doit ajouter tous les types de soucis causés par les enfants à leurs parents (drogues, succès scolaire, rejet de valeurs) et ceux causés par les parents à leurs enfants (manque d'intérêt, surprotection, projection d'idéaux démesurés). Dans le domaine du travail, le conflit avec l'autorité qui amène une dévalorisation de soi et une dépersonnalisation risque d'invalider l'investissement mis dans le travail. Il est bien entendu que la contrainte liée au rôle sera d'autant plus grande que l'individu accordera de la valeur à ce rôle. Un homme qui a fait le deuil de son mariage sera beaucoup touché par les remontrances de sa conjointe que s'il faisait de la réussite de celui-ci un idéal romantique. Toutes ces relations sont bien sûr conditionnées [47] par les attentes des acteurs. Pearlin (1962) démontre ainsi que les employés d'hôpitaux psychiatriques qui valorisent la distance reliée au statut et l'obéissance aux supérieurs ne causent pas d'ennuis particuliers contrairement à ceux qui rejettent l'obéissance. De même, l'homme qui est un arriviste, mais qui a le malheur de marier la femme d'en bas de la côte sera beaucoup plus sujet à avoir des conflits maritaux que son voisin sans ambitions sociales qui a contracté le même type de mariage.

3. Multiplicité des rôles et conflits interpersonnels

Les engagements que nous avons dans un secteur sont souvent incompatibles ou en contradiction avec ceux d'un autre secteur. Il est préférable d'éviter ces incongruités pour se soutirer au stress. Certaines grandes multinationales vont jusqu'à interviewer les femmes de leurs futurs cadres sous le couvert d'un party pour voir si les valeurs véhiculées dans le mariage risquent de perturber le désir d'ascension sociale et tous les sacrifices qui en sont le prix (déménagements dans d'autres pays, présence limitée au foyer, socialisation des loisirs dans un milieu d'affaires). Bien sûr, les individus se prémunissent contre de telles dissonances en rendant à César ce qui appartient à César... J'ai déjà vu par exemple un employé de la Banque Mondiale participer aux activités d'un groupe de gauche très politiquement engagé durant ses fins de semaine.

Ces conflits de rôle sont plus sujets à se produire chez les personnes qui n'ont pas la possibilité de reléguer temporairement l'un de leurs rôles aux oubliettes au profit de l'autre. C'est la situation vécue par les femmes qui sont plus sujettes à être déprimées que les hommes si le travail entre en contradiction avec le foyer (Pearlin, 1975). Ici, les travailleuses à revenus plus modestes sont souvent plus au [48] centre de conflits de rôle à cause des faibles moyens pour faire face à l'inattendu dans la famille (enfants malades, urgences à la maison). À l'opposé, le professeur d'université même celui qui se met de lourdes responsabilités sur les épaules et qui travaille entre 50 et 60 heures par semaine, trouve de nombreux moyens de résoudre les conflits possibles (préparer son cours dans la salle d'attente du pédiatre, déplacer ses rendez-vous importants à la maison, profiter d'une conférence à l'étranger pour se reposer de la famille).

4. prisonnier du rôle

Ce champ est moins développé mais peut fournir certaines intuitions pour comprendre les situations de certaines personnes. Il s'agit des personnes qui ne veulent pas du rôle dans lequel elles sont captives. Le retraité qui veut travailler, l'employé qui veut quitter son emploi, la femme qui veut travailler à l'extérieur. Par exemple, les femmes qui sont dans l'impossibilité d'accepter un emploi malgré leur désir de le faire sont plus dépressives que celles qui sont satisfaites de leur sort au foyer.

5. changements de rôle

Ces entrées et sorties de rôle (mariage, perte d'emploi) constituent en fait des événements stressants et ne seront pas discutées ici.

6. restructuration des rôles

Il arrive parfois dans la vie que nous changeons de position dans la relation qui nous unit à une autre personne. Nous prenons soin de vieux parents qui nous ont éduqués, l'enfant d'une mère récemment divorcée est appelé à devenir son confident prématurément, les enfants des nouveaux immigrants sont maintenant [49] ceux qui prennent l'initiative de socialiser la famille à la grande société, le chirurgien tombé gravement malade qui doit sagement se soumettre à l'équipe médicale. Tous ces exemples montrent que l'inhibition de comportements appris peut exiger une pression très forte.

Comme le fait remarquer Pearlin, les préoccupations de cette littérature sur les contraintes de rôle s'adressent surtout à la population active qui travaille et élève une famille. Nous sommes beaucoup moins conscients des rôles qui sont partagés par les personnes qui n'en ont apparemment pas ou peu comme les retraités, les chômeurs, les malades et les handicapés. De même, nous connaissons moins bien les conséquences d'autres rôles aussi importants que ceux de parents et de travailleurs. Il y a le rôle d'être enfant et écolier, étudiant, grand-parent ou de vivre en communauté.

L'enquête Santé-Québec accorde une importance primordiale aux conséquences que peuvent avoir certains états de maladie physique ou mentale sur l'accomplissement des rôles. Le problème est de considérer les gens qui n'ont pas de rôle. Peut être que le fait de ne pas avoir de rôle est un grand stress en soi dans les conditions où le rôle est voulu ? Cela se ramène ni plus ni moins à la situation de prisonnier du rôle dans la terminologie de Pearlin mais mériterait un traitement séparé.

CONTRAINTES DE RÔLE ET SANTÉ

Les exemples de contraintes de rôle proviennent surtout de la littérature sur la santé et le travail (Kasl, 1984). L'un des meilleurs exemples provient de l'étude de Kittel et coll. (1980 ; cité dans Kasl, 1984). Deux groupes d'employés sont suivis durant 10 ans, l'un rattaché à une banque commerciale privée où les risques et les responsabilités sont élevées, l'autre appartenant à une banque d'épargne à caractère semi-public. Les maladies cardio-vasculaires [50] sont particuliè-

rement plus élevées dans le premier groupe que dans le deuxième au sein du groupe d'hommes qui présentent des facteurs de risques élevés au départ. Des résultats similaires sont observés ailleurs entre professions plus paisibles comme professeur ou homme de science de la NASA et professions à pression plus élevées comme la médecine générale ou l'administration de la NASA.

Thoits (1983) fournit quelques autres exemples qui illustrent que les événements en soi ne provoquent pas de bouleversements psychologiques sérieux s'ils ne sont pas accompagnés de contraintes de rôle. Les enfants qui vivent des événements familiaux négatifs ne présentent pas de troubles de comportement si la famille ne vit pas de tension anormale durant cette période (discorde dans le mariage, problèmes économiques). De même, la perte d'emploi et le bris du mariage ne provoquent une augmentation des symptômes uniquement si il y a intensification des problèmes de la vie quotidienne.

Un autre argument de taille favorise les stress chroniques sur les événements en soi comme facteur étiologique de la santé mentale. Les taux de maladie mentale et de problèmes psychologiques sont plus élevés dans les groupes économiquement défavorisés mais les groupes à revenus élevés et les gens mariés rapportent un plus grand nombre d'événements. Donc, ce serait moins les événements que les difficultés associées qui expliqueraient ici les différences de santé mentale entre classes sociales (Thoits, 1983).

ÉVÈNEMENTS CRITIQUES ET VULNÉRABILITÉ

Un événement critique n'a pas toujours un effet dramatique ou des conséquences pathologiques sur ses victimes à moins qu'il ne s'agisse de circonstances exceptionnellement traumatiques qui n'épargnent à peu près personne. C'est le cas de l'explosion de la bombe nucléaire sur Hiroshima qui a laissé des traces psychologiques [51] indélébiles sur les habitants de la région (Lifton, cité dans Baker et Chapman, 1962). Même à la suite de décennies, la plupart de ces personnes rapportent les signes suivants : il y a comme une extinction psychique, une disparition quasi totale des sentiments ; la mort devient un compa-

gnon quotidien et le comportement est comme celui d'un zombie ; sans compter, dans ce cas précis, les craintes à l'égard des effets à long terme des radiations. Des symptômes similaires sont observés chez les vétérans américains de la guerre au Vietnam qui ont été exposés au combat : il y a aliénation de la vie affective (*mental foxholes*), ce regard hagard (*thousand-mile stare*) qui rappellent ces descriptions en plus de réactions de rage et de violence tout à fait hors de proportions avec les situations vécues : un vétéran, en apprenant que son frère est pacifiste, le précipite en bas d'un escalier (Figley, 1978).

À l'autre opposé, il y a des personnes qui réagissent fortement à des événements considérés de peu d'importance parce qu'ils sont très vulnérables. Un échec à un cours, une demande d'emploi infructueuse ou un premier rendez-vous sans lendemain peuvent les plonger dans un état de morosité pour plusieurs semaines. Dohrenwend et Dohrenwend (Dohrenwend et Shrout, 1985) ont écrit une série d'articles dans lesquels ils proposent une typologie pour caractériser les interactions possibles entre les trois composantes du processus de stress qui sont : 1. les événements récents 2. les circonstances de vie ou les difficultés dans la terminologie de Brown et Harris et 3. les traits et dispositions de la personne. Les cinq modèles proposés rendent compte en particulier du degré de dépendance et de contrôle de la victime sur les circonstances de vie éprouvées de même que de la contribution relative des événements et des circonstances de vie. Ces modèles sont les suivants :

[52]

1. catastrophe

Les auteurs l'appellent victimisation mais nous lui préférons le nom de catastrophe à cause de la littérature sur la victimisation qui laisse à penser que la victime est responsable des drames qui lui arrivent. Ici, c'est l'exemple d'Hiroshima, là où l'individu n'a aucune possibilité de contrôle et où tout le monde est touché. Pensons aux déportations, aux camps de concentration et à ce type de malheur qui fait habituellement la première page des quotidiens.

2. vulnérabilité

Ce modèle est celui décrit amplement dans Brown et Harris (1978). Ici les événements, même si graves, ne mènent pas à des réactions pathologiques à moins qu'ils ne soient accompagnés de difficultés de vie particulières. Une dame de 40 ans fait le deuil de sa mère : elle aura une dépression si des circonstances atténuantes ajoutent à son malheur comme un mari alcoolique. Ici, l'absence de l'appui du mari est relié à la perte de la mère parce que la mère offrait l'appui émotionnel que ne pouvait pourvoir le mari.

3. fardeaux ajoutés (additive burden)

Dans ce cas, contrairement au modèle plus haut, il y a une relative indépendance entre l'événement et les circonstances de vie. C'est pourquoi il y a additivité plutôt qu'interaction. Ce serait le cas d'un homme qui perd son emploi et dont l'adolescent lui cause des problèmes à cause de ses crises d'autonomie continuelles. Les deux éléments ici sont minimalement reliés. Ces situations seraient vivables si elles étaient vécues une à la fois mais la perte d'emploi vient faire déborder la base de la tension accumulée.

[53)

4. fardeau chronique

Contrairement au modèle 1, il n'y a aucun événement particulier qui est véritablement causal ; c'est plutôt l'accumulation des souffrances de la vie quotidienne qui devient à un moment donné carrément insupportable. C'est l'exemple de l'employé qui après avoir mille fois courbé l'échine devant le patron finit par casser.

5. échec préparé (proneness)

C'est l'histoire de la personne qui, à cause de certaines prédispositions, construit son propre malheur. Elle est toujours victime d'accidents qu'elle a presque voulus ou qu'elle a préparés de façon plus ou moins directe : peines d'amour à répétition ou accidents de travail causés par la distraction. La psychanalyse privilégie davantage ce modèle dans son interprétation des comportements pathologiques.

EFFET SPÉCIFIQUE DES ÉVÈNEMENTS

Malgré les controverses entourant le rôle des événements, les résultats sont assez probants pour démontrer qu'une combinaison de ceux-ci avec les difficultés de vie et les facteurs de vulnérabilité interviennent dans la formation d'états dépressifs cliniques. La question suivante est alors de savoir si certains types d'événements peuvent influencer la nature même de la pathologie. Brown et Harris (1978) se sont particulièrement intéressés à ce problème et leurs données ne permettent pas d'observer des différences significatives entre les dépressifs 'endogènes' et 'réactifs' si ce n'est qu'il y a un léger écart entre les psychotiques extrêmes du groupe 'endogènes' et les névrotiques extrêmes du groupe 'réactifs'. Les deux tiers du premier rapportent un événement ou une difficulté importante contre les 4/5 du second groupe. C'est du côté des facteurs de vulnérabilité que les [54] résultats sont intéressants. Dans cet échantillon, les dépressifs les plus psychotiques rapportent relativement plus d'événements de perte par décès que les dépressifs névrotiques au cours de leur vie alors que ces derniers ont vécu plus de pertes par séparation. L'âge ne constitue pas un facteur intermédiaire important, - les psychotiques étant plus âgés -, parce que la perte par décès s'est produite au cours de l'enfance. Nous ne sommes donc pas ici en présence d'un facteur étiologique, mais d'une condition de vie qui détermine les symptômes dans une certaine direction si toutes les circonstances pour le déclenchement d'une dépression sont réunies.

La répétition de l'étude de Camberwell, quartier ouvrier de Londres à l'époque de la recherche, dans les îles de North Uist et Lewis, à l'ouest de l'Écosse, a produit des résultats fort intéressants (Prudo et coll., 1981). Ces territoires comprennent deux types de populations dont seulement les femmes ici faisaient l'objet de l'étude. Il y a les femmes habitant les fermes (*crofts*) et fortement imprégnées par la religion calviniste fondée sur la crainte de l'enfer. Les autres sont celles qui habitent les villages et qui sont moins intégrées à la vie culturelle. Du point de vue de la classification psychiatrique, l'équipe du Bedford College s'est intéressée cette fois-ci à la division entre les états dépressifs purs, les états d'anxiété purs et les états mixtes qui représentent un mélange de ces deux types de symptomatologie. Tel qu'entrevu dans le protocole de recherche, on trouve une plus grande fréquence de cas de dépression chez les femmes plus isolées culturellement que chez les femmes traditionnelles (18% vs 8%), mais l'inverse n'est pas vrai pour les cas d'anxiété/phobie. Ou plutôt, ce n'est que le sous-groupe des femmes vivant sur les fermes qui présente plus de cas d'anxiété/phobie. Ces femmes sont également celles qui entretiennent des relations très étroites avec leur parenté. Par ailleurs, ce ne sont pas des événements associés à une perte qui précèdent ces états d'anxiété/phobie, mais davantage [55] des incidents divers comme avoir à prendre soin d'un vieux ou d'un parent malade, problèmes de santé, accidents de la route et autres expériences aussi diverses.

Par la suite, les événements ont été divisés en trois catégories : les *réguliers*, soit ceux associés avec le cycle normal de vie (mariages, décès) ; les *irréguliers*, référant à des changements non extrêmes mêmes s'ils ne sont pas nécessaires (perte d'emploi, déménagement) ; et les événements de *dérèglement social* comme un vol, un divorce ou un scandale dans l'entourage. Les événements de la dernière catégorie distinguent nettement le groupe de Camberwell (peu importe la classe sociale) du groupe des îles écossaises et, à l'intérieur de ce territoire, les femmes non intégrées des femmes intégrées. Cette fréquence supérieure n'expliquerait pas le type de pathologie mais le plus haut taux de dépressions.

Il a fallu plusieurs mois aux auteurs pour commencer à comprendre la cause de la plus grande fréquence de cas d'anxiété/phobie chez la population agricole. Tout d'abord, c'étaient les cas chroniques et non les nouveaux cas qui expliquaient la différence. Autrement dit, une

part à peu près égale de femmes traditionnelles et isolées expérimentaient habituellement des états mixtes d'anxiété/dépression suite à certaines circonstances, mais les femmes originaires des fermes persistaient plus longtemps avec leurs états d'anxiété. Ce qui mettait en relief ces femmes était que l'anxiété avait débuté avec la mort d'un parent. Les auteurs suggèrent que les parents dans cette culture ont un rôle extrêmement important pour la protection de leur fille, - elle peut même continuer de vivre avec pendant quelque temps après la cérémonie du mariage.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

- Baker, G.W. et Chapman, D.W. (Eds.) (1962). *Man and Society in Disaster*. New York : Basic Books.
- Brown, G.W. et Harris, T. (1978). *Social Origins of depression : A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London : Tavistock.
- [56]
- De Longis, A., Coyne, J.C., Dakok, G., Folkman, S. et Lazarus, R.S. (1982). Relationships of daily hassles, uplifts, and major life events to health status. *Health Psychology*. 1(2). 119-136.
- Dohrenwend, B.S., Krasnoff, L., Askenasy, A.R. et Dohrenwend, B.P. (1978). Exemplification of a method for scaling life events : The Peri Life Events Scale. *Journal of Health and Social Behavior*. 19, 205-229.
- Dohrenwend, B.S., Dohrenwend, B.P., Dodson, M., Shrout, P.E. (1984). Symptoms, hassles, social supports, and life events : Problems of confounding measures. *Journal of Abnormal Psychology*. 93, 222-230.
- Dohrenwend, B.S. et Shrout, P.E. (1985). "Hassles" in the conceptualization and measurement of life stress variables. *American Psychologist*. 40(7). 780-785.
- Figley, C.R. (Ed.) (1978). *Stress Disorders among Vietnam Veterans*. New York : Brunner/Mazel.

- Fiske, D.W. (1971). *Measuring the Concepts of Personality*. Chicago : Aldine.
- Holmes, T.H. et Rahe, R.H. (1967). The social readjustment rating scale. *Journal of Psychosomatic Research*. *11*, 213-218.
- Kanner, A.D., Coyne, J.C., Schaefer, C. et Lazarus, R.S. (1981). Comparison of two modes of stress measurement : Daily hassles and uplifts versus major life events. *Journal of Behavioral Medicine*. *14*. 1-39.
- Kasl, J.V. (1984). Stress and Health. *Annual Review of Psychology*. *5*. 319-341.
- Kessler, R.C., Price, R.H. et Wortman, C. (1985). Social factors in psychopathology : Stress, social support and coping processes. *Annual Review of Psychology*. *36*. 531-572.
- Kobasa, S.C. (1979). Stressful life events, personality, and health : An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*. *37*. 1-11.
- Lazarus, R.S., De Longis, A., Folkman, S. et Gruen, R. (1985). Stress and adaptational outcomes : The problem of confounded measures. *American Anthropologist*. *40*, 770-779.
- McFarlane, A.H., Norman, G.R., Stemer, D.L. et Roy, R.G. (1983). The process of social stress : Stable, reciprocal, and mediating relationships. *Journal of Health and Social Behavior*. *24*(2). 160-173.
- Mestrovic, S.G. (1985). A social conceptualization of trauma. *Social Science and Medicine*. *8*, 835-848.
- Pearlin, L.I. (1975). Sex roles and depression. In : N. Datan et L.H. Ginsberg (Eds.) : *Life-Span Developmental Psychology : Formative Life Crises*. New York : Academic Press.
- [57]
- Pearlin, L.T. (1962). Alienation from work : A study nursing personnel. *American Sociological Review*. *27*. 314-326.
- Pearlin, L.I. (1983). Role strains and personal stress. In : H.B. Kaplan. *Psychosocial Stress : Trends in Theory and Research*. New York : Academic Press, 3-31.

- Prudo, R., Harris, T. et Brown, G.W. (1982). Psychiatric disorder in a rural and an urban population : 3. Social integration and the morphology of affective behavior. *Psychological Medicine*, 12, 327-345.
- Rabkin, J.G. et Struening, E.L. (1976). Life events, stress, and illness. *Science*, 194, 1013-1020.
- Silver, R.L. et Wortman, C.B. (1980). Coping with undersirable life events. In : J. Garber et M.E.P. Seligman : *Human Helplessness : Theory and Applications*. New York : Academic, 279-375.
- Tennant, C. et Bebbington, P. (1978). The social causation of depression : a critique of the work of Brown and his colleagues. *Psychological Medicine*, 8, 565-575.
- Thoits, P.A. (1983). Dimensions of life events that influence psychological distress : an evaluation and synthesis of the literature. In : H.B. Kaplan (Ed.) *Psychosocial Stress : Trends in Theory and Research*. New York : Academic Press, 33-103.
- Tousignant, M. et Hanigan, D. (1986). *Comportements suicidaires et entourage social*. LAREHS, Montréal.
- Zimmerman, M. (1983). Methodological issues in the assesement of life events : a review of issues and research. *Clinical Psychology Review*, 3, 339-370.

[58]

[59]

L'étiologie sociale en santé mentale.

Chapitre III

LES RÉSEAUX SOCIAUX

[Retour à la table des matières](#)

[60]

[61]

ORIGINES HISTORIQUES

Le soutien social a pris une importance considérable dans les thèmes de recherche depuis environ 1975. Il n'y a qu'à relire les titres de symposiums des rencontres annuelles de l'American Psychological Association pour se rendre compte de cette rapide évolution. Si à une date aussi tardive que 1977, Dean et Lin écrivaient que le soutien social était une composante négligée dans les études sur les conséquences des événements critiques sur les maladies, il y a lieu de croire que l'oubli a été largement corrigé depuis. Certes l'enthousiasme pour ce type de recherches a été débordant à un certain moment, et il y a lieu aujourd'hui de situer la place qui revient au soutien social dans l'étiologie de la santé mentale à la lumière des connaissances accumulées. D'excellentes synthèses permettent cette mise au point que ce soit pour le rapport entre le soutien social et la santé psychologique (Leavitt, 1983 ; Kessler, Price et Wortman, 1985 ; Mueller, 1980) ou entre le soutien social et la santé physique (Bozzini et Tessier, 1985).

Si le soutien social comme concept a été ignoré, il n'en demeure pas moins que ce thème a été présent d'une façon quelconque dans de nombreux textes que ce soit au niveau théorique, empirique ou de l'intervention.

L'influence théorique de Bowlby et les travaux sur le deuil (Parkes, 1972) ont été déterminants dans les recherches anglaises et australiennes, en particulier chez Brown et Harris (1978) de même qu'Henderson (1981). L'accent est peut-être davantage mis sur les liens primaires caractérisés par une forte intensité affective que sur l'ensemble du réseau social. Plusieurs courants des sciences sociales ont également marqué ce champ. L'anthropologie en particulier avec les travaux de Bott (1957) en Angleterre sur la structure des réseaux de chacun des membres du couple en milieu ouvrier anglais et les études de Mitchell (1969) sur les migrants urbains en Afrique Noire ont formulé les premières conceptualisations de la structure des réseaux. En sociologie américaine, tout le courant de [62]

psychopathologie sociale entre les deux guerres a rappelé l'importance de la désintégration sociale dans la genèse de la pathologie sociale et en prenant tout particulièrement comme exemple la délinquance. Le mythe de la petite communauté rurale, bien ordonnée et consensuelle, a longtemps contribué à servir de point de référence idéologique à la société en bonne santé mentale. Et la plupart des auteurs de ces textes provenaient eux-mêmes de ces petites communautés dont ils avaient conservé la nostalgie de la tribu protectrice de l'identité sociale (Mills, 1943). L'apport de la psychologie sociale a longtemps été laissé de côté par les psychologues qui s'intéressaient au réseau rassemblés sous l'emblème de la psychologie communautaire. Ces derniers favorisaient l'observation des groupes en milieu naturel et ne voyaient pas très bien comment les connaissances acquises de l'expérimentation pouvaient les éclairer. Un rapprochement important a cependant commencé à s'opérer et on découvre maintenant la pertinence des recherches sur le groupe de référence de même que celles portant sur les concepts d'affiliation et de comparaison sociale (Heller et Swindle, 1983).

Parallèlement à cette évolution, l'épidémiologie psychiatrique multiplie les résultats qui démontrent la piètre qualité du tissu social des agglomérations où se concentrent les taux les plus élevés de morbidité psychiatrique. Le travail exemplaire de l'équipe de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse représente un effort remarquable dans ce sens. À partir d'observations, d'entrevues et d'informations obtenues de médecins traitants et de leaders locaux, il a été possible de démontrer que les cas psychiatriques (traités et non traités) au sein d'une grappe de villages situés en bordure de la Baie de Fundy se concentraient dans les communautés dont l'organisation sociale était plus lâche. Les indices de désintégration sociale analysés étaient les suivants : absence de valeurs religieuses, confusion des valeurs culturelles, plus hauts taux de familles séparées, leaders faibles et peu nombreux, manifestations d'hostilité, d'agression, de crimes et de délinquance plus fréquentes, présence moins nombreuse de groupes formels et informels, et, finalement, présence d'un réseau de communications faible et fragmenté. On peut supposer que les [63] deux derniers indices reflètent la qualité des réseaux sociaux et de soutien individuels dans ce milieu. Une autre étude classique, celle d'Hollingshead et Redlich (1958), conduite à New Haven (Connecticut), essaie également d'expliquer la

plus grande fréquence de cas traités parmi les classes défavorisées en soulignant les problèmes d'intégration à des réseaux d'appartenance dans ces groupes et dont les indices sont le haut taux de foyers désunis, la présence de minorités ethniques, l'instabilité d'emploi, les déménagements fréquents et la faible structuration des activités communautaires. Un autre apport de l'épidémiologie a été de faire ressortir l'importance de la densité relative d'un groupe social dans la loi du ratio. Plus un groupe possède une densité relativement faible par rapport à la population dans laquelle il vit, plus les risques de psychopathologie seront élevés. Par exemple, les problèmes devraient s'observer davantage chez les groupes culturels minoritaires et dans les quartiers à composition raciale mixte. L'étude de Lévy et Rowitz (1973), sur la base des archives hospitalières de la ville de Chicago, illustre assez bien que l'incidence de la schizophrénie (premières admissions) se rencontre davantage dans les secteurs où les Noirs sont mélangés aux Blancs que dans ceux qui sont racialement homogènes. Il faut ici noter que c'est moins la cohabitation des races que le fait que ces quartiers soient des plaques tournantes qui importe ici. Voici comment ces quartiers mixtes sont décrits : il existe des changements sociaux significatifs reflétés par les arrivées et les départs, les résidences transitoires, la rénovation urbaine, et une désorganisation signalée par une structure familiale et communautaire moins solidement établie. Seule une méthode longitudinale permettrait d'apprécier si ces quartiers attirent des cas pathologiques à cause de leur anonymat plus élevé et si c'est l'absence de climat d'entraide qui explique ces perturbations mentales graves. Il serait à tout le moins intéressant d'établir les mêmes comparaisons avec des indices de pathologie plus modérés que les taux de psychose

Dans le domaine appliqué, les intervenants en prévention ont particulièrement fait valoir les mérites d'une approche qui s'appuierait sur les réseaux sociaux. L'œuvre de référence de Caplan (1974) *Social Support Systems and Community Mental Health* a en [64] quelque sorte cristallisé les efforts jusque-là épars et dirigé la réflexion sur le concept même de soutien social. Albee (1980) a de son côté insisté sur le fait que la psychologie était passablement dépourvue lorsqu'il s'agissait de modifier les origines sociétales ou les composantes de la personnalité, mais qu'on pouvait s'afficher plus optimiste quand il s'agissait d'agir sur l'entourage immédiat.

Il faudrait également reconnaître l'apport des théories systémiques et des écoles de thérapie familiale pour promouvoir tout le domaine du réseau social. Ce mouvement a été influencé par des penseurs comme Bateson qui avaient d'abord débuté en anthropologie et qui avaient très tôt remarqué le rôle des liens systémiques entre les individus pour expliquer le comportement (DiNicola, 1985).

LA NATURE DU SOUTIEN SOCIAL

La littérature épidémiologique d'avant 1980 utilisait davantage le concept de réseau social (voir par exemple le titre de Mueller, 1980) et l'intérêt portait davantage sur les caractéristiques formelles du réseau comme le nombre, la densité, la multiplicité des fonctions des liens ou la réciprocité. Si ces caractéristiques formelles différenciaient bien entre les populations de la communauté et celles de consultants en psychiatrie, leur effet paraissait moins évident quand venait le temps d'expliquer l'origine des problèmes de santé mentale de la vie courante. Aussi, on a voulu dès lors considérer davantage la qualité de l'interaction et les divers aspects de soutien qu'elle impliquait de telle sorte que l'on parle davantage de soutien que de réseau social.

Mais autant il était relativement facile de définir, de décrire et d'opérationnaliser les dimensions du réseau, autant il devient malaisé de saisir l'essence même du soutien social. Bozzini et Tessier (1985) proposent que le soutien (ou support) social recouvre une variété *de formes d'aide, c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie*. Les auteurs insistent avec raison pour démarquer le terme de soutien [65] de celui de participation ou d'intégration sociale puisque le soutien ne doit pas référer à l'intégration de l'individu avec la société globale. Toute l'ambiguïté vient du terme *utilisables*. En effet, doit-on juger en soi les comportements d'aide de l'entourage ou en considérant si ceux-ci sont utilisables par l'individu. Le principal danger est de définir le soutien par ses effets tels que définis par l'utilisateur potentiel. Et, dans la plupart des recherches, c'est presque toujours le receveur qui décrit les comportements d'aide de son entourage et on se retrouve en présence d'une variable qui est davantage le soutien perçu que le soutien vue sous l'angle de l'observateur neutre. Dans ces circonstances, il y a risque de

contamination entre les mesures de soutien perçu et de santé mentale. En effet, celui ou celle qui se sent en possession d'un bon moral risque de percevoir comme soutenant l'aide reçue ; si le moral est mauvais, l'aide risque d'être déniée ou dénigrée. D'où l'importance de considérer les comportements de soutien sans tenir compte des perceptions du receveur. Par contre, on a besoin d'études descriptives basées sur les perceptions des bénéficiaires du soutien afin de comprendre quelles sont les caractéristiques d'un comportement soutenant.

Une autre difficulté pour l'analyse vient du fait qu'un geste peut être soutenant dans certaines circonstances mais non dans une autre. Ainsi, le soutien affectif aide généralement celui qui passe à travers un deuil à sentir qu'il y a d'autres personnes qui lui sont profondément attachées dans la vie. Par contre, un soutien affectif trop prononcé risque de paralyser en face d'une action à prendre et même à faire diminuer le système d'immunité aux maladies. Dans une étude chez des employés, ceux qui avaient des problèmes de travail et qui recevaient trop de marques d'apitoiement se retrouvaient sans défenses pour lutter et arriver à une solution de leurs problèmes et ils présentaient plus de problèmes de santé (Kobasa et Pucette, 1983).

[66]

L'offre de soutien n'est évidemment pas neutre. Les attitudes du donneur influencent beaucoup la façon dont le soutien sera perçu. Un conseil peut être offert avec condescendance, indifférence ou détachement, sentiments qui provoqueront des réactions bien différentes chez le receveur. Les significations symboliques attribuées aux personnes du réseau peuvent être importantes même si non fondées dans la réalité. On peut croire qu'un confident représente son meilleur ami sans que cette perception soit réciproque. Ce qui fait que ce n'est pas tant le soutien en soi que le soutien perçu ou tel que rapporté dans le discours qui est évalué encore ici dans beaucoup de recherches.

La source du soutien est une autre dimension très importante à tenir en compte. Le statut de celui qui donne joue un rôle primordial. On peut recevoir de l'affection d'un égal, mais moins bien un conseil qui nous mettra en situation d'infériorité alors que l'on préfère habituellement recevoir des conseils que de l'affection de la part de personnes plus distantes comme un patron ou l'ami d'un ami. Certaines démarches (originant) provenant d'organismes de bénévoles comme

Alcooliques Anonymes remportent souvent plus de succès que les efforts de l'entourage. Dans son étude sur les personnes du troisième âge dans la région de Québec, Corin constate que celles qui vivent en région rurale à forte transparence sociale préfèrent rechercher leur soutien auprès d'institutions. Le recours à des services formels permet en effet de sauvegarder une aire d'intimité et cet aspect a échappé à beaucoup de chercheurs en milieu urbain pour qui le soutien est un mode privilégié de sauvegarde contre l'anonymat aliénant. On voit donc comment le réseau social n'est pas toujours l'équivalent d'un réseau de soutien (Shumaker et Brownell, 1984)

LES FONCTIONS DU SOUTIEN

La meilleure méthode à suivre pour comprendre le soutien social est de l'analyser dans ses diverses dimensions ou fonctions. Dans l'esprit de Cobb (1976), l'un des pionniers dans ce domaine de recherche, il est clair que le soutien social est [67] primordialement ce qui se passe au niveau humain et affectif entre deux personnes : c'est la communication d'affection, d'estime de soi et du sentiment d'appartenance à un groupe. Cette vision pose comme postulat que si l'on arrive à soutenir le moral, la personne passera à travers toutes les adversités. Ce n'est qu'au moment où on se met à considérer les mécanismes véritablement utilisés pour faire face aux mauvais moments que l'on s'aperçoit qu'une personne n'a pas simplement à contenir ses émotions mais à prendre des mesures concrètes, instrumentales, pour passer à travers ses expériences. Dans cette perspective, on découvre qu'il peut y avoir autant de catégories de soutien qu'il y a de types de mécanismes d'adaptation au sens de Lazarus et Folkman (1985). Gottlieb (1978) identifie pas moins de 26 types d'aide en répertoriant les comportements identifiés par les acteurs impliqués. La classification de Barrera (1983) contient six catégories génériques qui semblent passablement représentatives et exhaustives par rapport à l'ensemble des listes proposées. On y retrouve l'aide matérielle, les services, les marques d'affection, les conseils, les informations et la participation conjointe à des activités.

Les différents secteurs de la population nécessitent des types de soutien variant en fonction des problèmes vécus. Ainsi, dans une en-

quête menée parallèlement à Baltimore et à Milwaukee auprès de 400 informateurs provenant de quartiers composés de minorités culturelles, la santé mentale des gens plus âgés de même que celle des membres des minorités corrèle particulièrement avec le sentiment d'appartenance au quartier (Biegel et coll., 1980). On peut en déduire que la participation à des échanges avec l'environnement local est importante pour cette catégorie. Par contre, chez les jeunes et les gens n'appartenant pas aux minorités, la satisfaction au travail est garante de santé mentale quand les choses vont bien alors que si elles se détériorent l'appui de la famille, des amis ou des collègues est le facteur qui ressort.

Durant la transition entre l'adolescence et la période de jeune adulte, le type de soutien le plus associé avec la santé mentale est celui qui raffermi l'estime de soi et qui permet [68] d'apprécier lucidement une situation (Cohen et Hoberman, 1983). On comprend bien que ce type de soutien correspond davantage aux besoins des personnes dont l'identité n'est pas encore tout à fait bien consolidée.

LES POPULATIONS EN CONSULTATION PSYCHIATRIQUE

Il serait douteux de croire, sur la base d'études synchroniques, que la pauvreté du réseau social des patients psychiatriques explique en grande partie leur état pathologique sérieux. Les études qui analysent les réseaux des patients ont par contre le mérite de fournir des précisions utiles et d'indiquer certaines caractéristiques sociales d'une dynamique de maintien dans un état pathologique.

Il apparaît clairement que les patients des cliniques psychiatriques présentent un réseau de soutien social déficient. Les pathologies lourdes, dites psychotiques, sont désavantagées par rapport aux pathologies moins sérieuses, dites névrotiques, qui elles-mêmes sont moins bien nanties que les groupes de comparaison provenant de la communauté. Les psychotiques ne comptent souvent pas plus de quatre ou cinq personnes dans leur réseau d'appartenance alors que la moyenne oscille entre 25 et 40 personnes au sein d'une population générale (Pattison, 1975). Les relations des psychotiques sont souvent asymé-

triques, c'est-à-dire qu'il n'existe pas de réciprocité dans les rapports et qu'ils reçoivent plus qu'ils ne peuvent retourner. Même lorsque le groupe témoin est très bien appareillé, comme par exemple entre un échantillon de chambreurs psychotiques et un échantillon de chambreurs non psychotiques à New York, la différence au niveau de la grandeur du réseau est appréciable (Cohen et Sokolovsky, 1978). Une observation semblable est faite chez des ex-psychiatrisés en provenance d'un milieu rural (Turner, 1981).

À une exception près (Tolsdorf, 1976), les psychotiques recherchent davantage leur soutien auprès de leurs amis que de leurs parents (Mueller, 1978). Cette constatation ne [69] signifie pas une complète aliénation d'avec la famille. Chez les Portoricains de New York par exemple, plus de 80 % de l'échantillon reçoit un certain soutien de la part de la famille sans toutefois participer au partage des repas, coutume presque quotidienne au sein de ce groupe culturel (Garrison, 1978). La distance du psychotique à l'égard de sa parenté peut s'expliquer par le fait que celui-ci a brûlé sa famille immédiate par des demandes moralement trop lourdes à supporter (Leavitt, 1983) ou qu'il veuille s'éloigner de ceux qu'il considère comme la source de ses maux.

L'étude de Tolsdorf (1976) permet de comprendre certains éléments de la dynamique relationnelle du psychotique avec son entourage. Le psychotique est souvent accaparé par des parents dominants et il ne se confie généralement pas suffisamment pour permettre à des aidants de remplir un rôle significatif. En fait, il préfère s'en remettre à ses propres ressources plutôt qu'à celles de son réseau. Une autre étude californienne en arrive à des conclusions similaires (Mitchell, 1980). Lorsque des patients atteints d'un état sérieux et suivis en externe proviennent d'une famille à forte cohésion, le nombre de contacts en dehors de la famille tend à être moins élevé. Soit que le patient ressent moins le besoin de liens avec l'extérieur, soit qu'il ne reçoit pas de sanctions positives à cet effet. Le patient perçoit également que le soutien de la famille est inférieur si ses membres entretiennent plus de contacts avec leurs amis de l'extérieur. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les familles avec un cas plus lourd cherchent davantage à se ventiler à l'extérieur du foyer.

Une étude de Garrison (1977) éclaire une dimension souvent ignorée : c'est l'appartenance des psychotiques à des groupes religieux ou

marginaux où ils trouvent une tolérance et un appui difficilement à portée en dehors de ce cadre. Ces groupes offrent également un système de représentation qui permet aux malades mentaux de réinterpréter leurs symptômes et d'avoir une emprise symbolique sur ceux-ci tout en profitant du bénéfice de rites thérapeutiques inspirés de cultes africains. Ce processus de socialisation rend les ex-patients plus semblables à des "normaux" qu'à des clients de clinique externe. [70] D'autres recherches faites à Montréal par Coriin, ont noté chez des patients de race blanche cette même affinité avec les groupes religieux marginaux .

Les réseaux des patients névrotiques hospitalisés sont à peine plus étendus que ceux des patients psychotiques ; leur étendue se situe entre 10 et 12 personnes, chiffre nettement inférieur à la norme de la population (Pattison, 1975). Les réseaux de ce type de patients sont aussi caractérisés par une faible densité, c'est-à-dire que les amis ou les parents de ces patients n'ont que de faibles contacts entre eux. On a en outre remarqué chez un groupe de patients de Dublin (Irlande) vus pour la première fois en clinique externe que, outre la moindre sociabilité, un nombre plus élevé de conflits avec l'entourage par rapport à un groupe témoin (Brugha et coll., 1982). Ils passent moins de temps avec la personne avec laquelle ils sont le plus attachés (10 heures vs 15 heures par semaine) ou en situation d'interaction sociale (46 heures vs 60 heures). Mais la grande différence, c'est qu'ils passent quatre fois plus de temps dans des relations désagréables.

Si le réseau est une sorte de capital social qui s'accumule et se maintient grâce à un ensemble de ressources personnelles, il est plausible de considérer que le psychotique en manque parce qu'il est dérangeant. Il est d'autre part possible que les parents aient été inadéquats dans la socialisation du patient suite à une surprotection ou une absence d'intérêt.

Par ailleurs, même si l'évidence accumulée fait voir un lien entre soutien social et santé mentale, il ne faudrait pas en faire un remède magique pour les schizophrènes. En effet, une série d'études anglaises démontre que les patients qui retournent au foyer sont plus sujets à une rechute dans le cas où la famille ne respecte pas leur aire d'intimité affective (Brown et coll., 1962). C'est peut-être là la clef du succès de l'expérience de Gheel en Belgique flamande où les psychotiques sont pris en charge par des familles rurales, ce qui permettrait une dis-

tance optimale qui instaure un climat ni trop stimulant ni trop apathique. Ou serait-ce également, tel que confirmé aux États-Unis (Grusky et coll., [71] 1985), que l'attachement à la communauté et au monde du travail est plus capital que l'attachement à la famille pour des malades mentaux chroniques, ce modèle pouvant évidemment souffrir des exceptions en fonction de l'âge et du diagnostic spécifique ?

LE SOUTIEN SOCIAL FAVORISE-T-IL UNE MEILLEURE SANTÉ MENTALE ?

Si les personnes qui peuvent compter sur un bon réseau de soutien social présentent moins de problèmes physiques et psychologiques que celles qui sont désavantagées sous ce rapport, on peut alors prudemment assumer, même sans connaître les éléments du processus causal, la présence d'une fonction immunologique. Regardons d'abord le rapport avec les indices de mortalité en les considérant comme un reflet de la qualité affective de la vie, surtout si on contrôle en même temps les variables qui ont généralement une incidence sur la santé et, plus particulièrement, l'évaluation subjective de la santé au moment de l'enquête (Berkman et Syme, 1979). Même après avoir tenu compte de tous ces facteurs, la pauvreté du réseau social possède un effet sur les taux de mortalité. Au cours des neuf premières années de cette enquête longitudinale, les hommes qui ont peu de contacts sociaux ont 2,3 fois plus de chances de décéder que ceux qui en ont beaucoup. Le rapport est sensiblement égal chez les femmes, soit 2,8.

Leavitt (1983) conclut sur la base de sept études longitudinales, qu'il existe un bon élément de preuve pour établir qu'il existe un lien significatif, quoique faible, entre l'absence de soutien social et la présence de problèmes psychologiques. Les éléments de preuve sont d'ailleurs assez épars puisque dans un cas concernant les personnes âgées, c'est la présence d'un confident qui est déterminante (Lowenthal et Haven, 1968), dans une autre étude australienne, c'est le soutien en temps de crise qui est la variable déterminante (Andrews, 1978) et que, pour une troisième étude chez des minorités ethniques en milieu urbain américain, le sentiment d'appartenance au voisinage - qui n'est

d'ailleurs pas un [72] indice direct du soutien social - est associé à moins de symptômes. Un autre groupe d'études menées auprès de populations moins représentatives, soit les étudiants, confirment l'hypothèse générale d'un effet immunisateur relié au soutien social (Leavitt, 1983).

Barrera et Sandler (1980) spécifient cependant que ce n'est pas simplement le soutien, mais la qualité de celui-ci et la satisfaction qu'il procure, qui sont les ingrédients importants dans la relation avec la santé mentale (voir aussi Holahan et Moos, 1981). Il est bien évident que la correspondance avec le bien-être augmente si l'on s'en remet à des mesures subjectives de soutien, d'où le danger de contamination entre les scores obtenus.

Deux questions fondamentales d'ordre méthodologique se posent à ce moment-ci. Toutes ces enquêtes mesurent-elles le soutien social perçu ou celui qui est réellement reçu ? On peut imaginer par exemple qu'une personne fière refuse d'avouer avoir reçu un soutien paraissant évident à l'observateur externe. Par ailleurs, on peut aussi penser que si l'on se sent mieux, on aura tendance à percevoir que son entourage a été soutenant, et le contraire si l'on se sent déprimé. L'étude de Turner (1981), menée en Ontario principalement auprès de mères volontaires âgées entre 20 et 30 ans, tente de répondre à ces questions. Les observations sur quatre groupes indiquent une corrélation modeste mais constante entre soutien social perçu et différentes mesures de santé mentale tirées du Hopkins. L'un des grands intérêts de cette étude est de montrer que les items de soutien social ne se rassemblent pas tous sous le même facteur que les items des échelles psychologiques lorsque l'ensemble de ces instruments est soumis à une analyse factorielle, ce qui démontre un certain degré d'indépendance entre soutien social et santé mentale. Par ailleurs, la même étude démontre que le soutien social mesuré au temps I prédit aussi bien l'état psychologique au temps II que l'état psychologique au temps I prédit le soutien social au temps II. Ces résultats suggèrent un processus de causalité en spirale avec influence réciproque entre ces deux facteurs : si on est en bonne santé mentale, on reçoit un meilleur soutien social, ce qui en retour garde en meilleure santé mentale encore.

[73]

On pourrait croire que le fait d'avoir un grand réseau procure un plus grand soutien et, par conséquent, un meilleur état de santé mentale. Certaines relations ont été observées entre l'étendue du réseau et la santé psychologique mais d'autres résultats ne sont pas aussi concluants (Griffith, 1985). Dans une étude menée en Israël auprès d'un groupe de femmes en attente d'un examen pour une biopsie, les caractéristiques structurales du réseau ne peuvent prédire les caractéristiques du concept de soi (Hobfoll et Walfisch, 1983).

Jusqu'ici donc, il semble assez bien établi que le soutien social joue un rôle au moins modeste dans le maintien d'une bonne santé mentale. Mais de quelle façon ce facteur opère-t-il ? Serait-ce par exemple en permettant d'amortir le choc des événements pénibles de la vie, soient en les rendant plus supportables, soient en nous offrant de meilleures ressources pour y faire face ?

LE SOUTIEN SOCIAL COMME EFFET-TAMPON

Ce chapitre est probablement l'un des plus complexes qui soit, non seulement parce que seul un schéma de recherche longitudinal permet de répondre adéquatement à la question posée, mais parce qu'on doit à la fois tenir compte d'importantes variables pour produire un modèle valide.

Une des premières études à proposer le modèle de l'effet-tampon est celle de Nuckolls et coll. (1972). Des observations menées auprès de 170 femmes enceintes âgées de 18 à 29 ans démontrent que ce sont ni les événements de vie, ni l'absence de soutien social, mais bien une combinaison des deux facteurs qui augmente le risque d'une complication de grossesse.

House (1981) fait grand cas de l'étude de Cobb et Kasl (1977) pour construire la preuve de l'effet-tampon. Les résultats de cette dernière étude indiquent clairement que, lors de la fermeture d'une usine, les employés qui jouissent d'un meilleur appui, qui provient en [74] grande partie de leur épouse, sont moins déprimés par l'anticipation de la période de chômage. Les plus déprimés se retrouvent parmi ceux dont l'appui est faible et qui n'arrivent pas à se trouver un emploi par

la suite. Dans ce cas-ci, il n'est pas clair si le soutien contribue davantage à faire mieux accepter l'expérience malheureuse du licenciement ou à obtenir un emploi qui met fin au chômage. Autrement dit, est-ce le support affectif ou instrumental qui est en cause ? L'étude de House (1981) vérifie de son côté que les ouvriers qui reçoivent peu de soutien et vivent beaucoup de stress (mesure subjective de stress relié au rôle) rapportent plus d'ulcères d'estomac et de symptômes névrotiques. Mais le schéma n'est pas longitudinal et les statistiques peu convaincantes : seulement un nombre réduit de corrélations entre soutien et santé sont significatives à un seuil peu exigeant de .10.

Quelques rares études démontrent véritablement l'existence de l'effet-tampon (LaRocco et coll., 1980 ; Cohen et Hoberman, 1983), c'est-à-dire que le soutien social sera déterminant pour faire diminuer la quantité des symptômes si il y présence d'événements stressants. Mais encore faut-il selon LaRocco et coll. (1980) que l'événement à traverser exige une mobilisation du soutien social. Leurs résultats suggèrent que certains types de situations difficiles appellent certains types de soutien ; ainsi, les problèmes de travail se règlent préférablement sur les lieux du travail en interaction avec le concours du patron ou des collègues comme dans l'exemple de Kobasa plus haut.

Quelques autres articles appuient l'hypothèse de l'effet-tampon, mais un certain nombre (voir Pilisuk et Froland, 1978 comme cas typique) prennent pour acquise une démonstration qui n'est pas très probante.

Parallèlement à ces études, il existe toute une série de cas négatifs. Thoits (1982) avec un échantillon de la communauté et Billings et Moos (1984), avec un échantillon clinique de dépressifs, constatent que le soutien social est associé à moins de symptômes, mais pas proportionnellement plus s'il y a présence d'événements critiques. Tumer (1981) [75] note que le rapport soutien social-bas niveau de symptômes augmente en présence d'événements, mais non de façon significative.

Au total, les textes synthèse sur la question divergent encore d'opinion, preuve que le débat est loin d'être vidé. Kessler et McLeod (1985) rapportent des résultats mitigés tout en constatant avec un brin d'optimisme que les recherches les mieux construites au plan méthodologique démontrent que certains types de soutien, en particulier le

soutien émotif et la croyance de pouvoir compter sur un soutien étendu si nécessaire, aident à maintenir une meilleure santé mentale. La revue de Turner (1983) conclut que les preuves sont ambiguës même si l'auteure croit en définitive à l'hypothèse de l'effet-tampon. Le texte de Heller et Swindle (1983) est plus réservé. Selon eux, seulement six des 14 études les plus souvent citées pour appuyer l'hypothèse de l'effet-tampon fournissent une preuve minimale de son existence. La longue discussion de Williams, Ware et Donald (1981) conclut à l'opposé qu'aucune preuve n'a été faite jusqu'ici à cet effet. Pour eux, événements et soutien social ont un effet indépendant ou additif mais non interactif. Ils critiquent en particulier les valeurs inflationnistes des corrélations provenant d'analyses transversales et ils rappellent leur étude à grand échantillon auprès des bénéficiaires d'un plan d'assurance-santé prouvant que la santé mentale (échelle de Dupuy) au temps I prédit davantage que le soutien social ou la présence d'événements la santé mentale en un temps II.

À notre avis, la démonstration de l'effet-tampon ne doit pas s'opérer avec de grands échantillons où on essaie de tenir compte de tous les événements et les types de soutien à la fois. Elle doit analyser des événements spécifiques avec des populations cibles relativement homogènes au risque que les influences entre divers facteurs risquent de s'annuler mutuellement. Voyons les divers problèmes posés par les études antérieures :

1. Il faut faire la distinction entre le soutien qui a un impact positif et celui qui a un impact négatif. L'absence d'un effet-tampon peut être la résultante d'une balance entre ces deux forces contraires (LaRocco et coll., 1981).

[76]

2. Il y a lieu de distinguer parmi les gens qui ne reçoivent pas d'aide entre ceux qui sont auto-suffisants et qui ne recherchent pas d'aide et ceux qui n'en reçoivent pas par défaut (Jung, 1984). Ces deux groupes "sans soutien" auront des taux de symptômes opposés.

3. On peut penser que les personnes qui possèdent beaucoup de ressources personnelles profitent relativement moins du soutien social à leur disposition que celles qui en sont dépourvues (Pearlin et coll.,

1981). En d'autres mots, la présence ou l'absence de ce soutien n'altère pas de façon significative leur niveau de santé mentale.

4. Au-delà d'un certain seuil de stress, le soutien social peut ne plus être capable d'avoir prise (Cutrona, 1984). Dans cette étude, les différents types de soutien social sont reliés à l'absence de dépression post-partum (période de huit semaines) seulement chez le groupe vivant peu de stress. Quand le stress est trop fort, le soutien social n'a plus d'effet.

5. Il faut s'assurer que la mesure dépendante soit vraiment une mesure de mauvaise adaptation psychologique. Les instruments de santé mentale utilisés ne font souvent pas la différence entre les émotions qui sont normales dans la lutte contre un événement stressant et qui réquisitionnent les énergies de l'organisme de façon constructive et celles qui sont paralysantes (Kessler, Price et Wortman, 1985). Certaines études lors des périodes postopératoires en chirurgie démontrent que le sentiment de détresse suivant une intervention prédit une meilleure réhabilitation ou un plus grand taux de survie. Ainsi, les femmes qui restent stoïques après avoir subi une ablation du sein meurent davantage que celles qui veulent lutter (Lancet, 1985). Les changements psychologiques à long terme sont toujours plus probants que les difficultés temporaires bien que les deux soient souvent associés.

6. L'impact de certains passages de la vie peut être davantage diminué par la présence d'un soutien ou d'un confident que d'autres comme la maladie (Mitchell et coll., 1982). Dans notre étude auprès des adolescents suicidaires (Hanigan et Tousignant, 1986), peu [77] d'entre eux croient qu'il est utile de se confier suite à une peine d'amour, certains parce qu'ils considèrent que le calme reviendra de lui-même, d'autres parce qu'ils ne voient pas comment on peut les aider.

7. Certains événements négatifs comme les querelles conjugales, peuvent être embarrassants et mettre la victime dans la gêne de s'en confier (Mitchell et coll., 1982).

8. La mesure dépendante utilisée dans le test de l'effet-tampon est presque toujours un indice de psychopathologie alors que le soutien pourrait avoir une influence plus marquée sur le sentiment de compétence ou un autre élément plus positif de l'état psychologique (Mitchell et coll., 1982).

À notre avis, le test de l'effet-tampon a rarement pu être réalisé dans des conditions idéales qui tiendraient compte de l'ensemble de ces remarques méthodologiques. Nous continuons de croire que le soutien peut avoir un effet certain sur les conséquences d'un événement, à tout le moins chez un certain groupe de personnes si les types de soutien offerts sont adéquats et que la personne présente un minimum de réceptivité à l'aide offerte.

INFLUENCE DE L'ÉVÉNEMENT SUR LE RÉSEAU

Nous avons souligné dans la section précédente que le soutien social pouvait ne pas être efficace dans des circonstances trop extrêmes. Souvent, l'entourage est encore plus profondément atteint que la victime elle-même, ce qui paralyse toute velléité de pouvoir aider. Que l'on se rappelle les mots d'Emma Ekstein à l'endroit du Dr Freud au sortir d'une opération au nez qui s'était avérée une véritable boucherie : "C'est cela le sexe fort !". Le drame engendre la panique chez les proches qui peuvent alors tout faire tourner au vinaigre. Même dans les cas où l'entourage a appris à se débrouiller dans l'abstrait, tout est bien différent que ce qui est prévu dans la réalité (Kessler, Price et Wortman, 1985). Plusieurs se sentent d'autant plus atteints qu'ils partagent ou risquent de partager des problèmes [78] similaires à ceux de la victime. Dans une étude auprès de cégépiens suicidaires, la moitié des réactions à l'expression d'une idéation suicidaire paraissait inadéquate comme par exemple une surprise réprobatrice, de l'ironie, un déni manifeste ou un refus d'en parler plus. Le réseau peut même, en dehors de tout conflit, devenir un obstacle dans la tentative de se remettre rapidement d'une expérience malheureuse. Une jeune femme qui venait presque de réussir son suicide après s'être plantée une lame dans la région péricardique m'a confié que la plus grande difficulté à s'en remettre était de devoir consoler au sortir de l'hôpital ses parents extrêmement ébranlés par la tragédie.

La longue littérature sur l'épuisement professionnel illustre comment même les mieux préparés sont vulnérables aux exigences de de-

voir porter secours aux personnes en état de crise (Kessler, Price et Wortman, 1985). Les femmes représentent ici une population plus à risque suite aux demandes et attentes plus élevées dont elles sont la cible (Belle, 1982). Les soins auprès de jeunes enfants à la maison de même que les nécessités des parents vieillissants sont deux de leurs responsabilités particulièrement ingrates. Et Belle de conclure sur une citation de Miller : "Dans notre culture, 'être au service des autres' c'est pour les pas bons (losers), c'est un travail de troisième ordre".

Les épreuves personnelles peuvent aussi éloigner les amis ou les faire voir sous un autre jour. Un certain nombre d'études montre que les personnes qui vivent plus d'événements rapportent des niveaux inférieurs de soutien social perçu malgré une augmentation parfois des comportements d'aide de la part de l'entourage (Mitchell et Moos, 1984 ; Cutrona, 1984). Lors de la séparation d'un couple par exemple, le soutien parental reçu par les femmes peut être dilué par des jugements qui nuisent à leur nouvel ajustement (Spanier et Hansen, 1981). Un événement comme la séparation pourra aussi provoquer un conflit structural dans le réseau. La plupart des amis que l'on partageait avec le conjoint ne sont plus revus (Malo, 1985). Dans le cas du veuvage, le cercle de couples fréquentés [79] auparavant peut craindre que la nouvelle veuve devienne une menace sexuelle à cause de sa liberté (Walkeretcoll., 1977).

Ces remarques suffiront à atténuer l'engouement qui voyait à une époque le réseau comme la solution magique à tous les maux en santé mentale. Mais il ne faudra pas insister outre mesure sur ces exemples car le réseau semble être davantage un atout dans le bilan final. Le soutien procuré peut souvent amoindrir la menace au point où l'événement cesse d'être perçu comme stressant (Mitchell et Moos, 1984 ; Cutrona, 1984). D'autre part les personnes qui disent compter sur beaucoup de soutien rapportent moins d'événements négatifs que celles qui en ont moins (Billings et Moos, 1982). Si cet effet est généralisé, on comprend pourquoi il est difficile de vérifier l'effet-tampon. Il serait en effet vraisemblable de penser que les informateurs dont les conséquences d'une expérience malheureuse sont très tôt neutralisées par l'entourage ne rapportent pas l'événement ; on ne pourra donc pas analyser l'influence de cet entourage dans la diminution du stress relié à l'événement.

EFFETS PARADOXAUX DU SOUTIEN SOCIAL

L'excellente revue de Fisher et coll. (1982) sur les réactions à de l'aide offerte dans les travaux de psychologie sociale conclut que la principale réponse au soutien est la baisse de l'estime de soi. Les personnes autonomes se sentent à cet égard plus menacées que les personnes dépendantes. L'aide semble aussi d'autant plus troublante qu'elle provient d'une personne de statut similaire au sien. Si elle provient d'une personne inférieure, elle menace moins l'estime de soi et si elle est obtenue d'une personne supérieure, elle aura plus souvent valeur d'émulation et conduira davantage à se débrouiller seul. Trois théories tentent d'expliquer les effets négatifs de l'aide. Selon la théorie de l'équité, le don amène une situation d'inégalité entre deux partenaires. La dette perçue est d'autant plus forte que l'aide est offerte sans arrière-pensée ou, pourrions-nous ajouter, sans possibilité de remboursement qui rétablirait l'estime de soi du receveur. Selon la théorie de Brehm, le don [80] est aussi une atteinte à la liberté. Il force à se montrer gentil et à tenir compte des conseils offerts dans ses actions futures. Enfin, vu sous l'angle de la théorie de l'attribution, l'offre d'un service peut signifier l'incompétence de la personne qui en est le receveur. Cet offre sera reçue plus positivement si la cause du désarroi est attribuée à la situation plutôt qu'au manque de ressources du receveur de telle sorte qu'on puisse affirmer : "La plupart des gens ne peuvent s'en tirer seuls dans de telles circonstances" (voir dans Fisher et coll., 1982, et également dans Shumaker et Brownell, 1985), des tableaux élaborés de types d'intervention d'aide et des effets positifs ou négatifs attendus.

Le soutien demeure aussi pour d'autres raisons une arme à double tranchants. Recevoir une aide ou répondre à des encouragements force à répondre aux espoirs et aux attentes mis en nous. L'échec risque alors de culpabiliser le receveur. Les appuis provoqueront une émotion intense et peut-être même une paralysie si l'enjeu est énorme. Certains adolescents pourront tout simplement abandonner leurs études si les parents investissent trop dans leur avenir académique et les étouffent par leurs conseils. Dans un domaine un peu à part, soit

les sports professionnels, l'appui de la foule locale qui est un atout déterminant dans les parties régulières devient parfois un handicap dans les éliminatoires où les enjeux sont multipliés (Psychology Today, 1985).

Si le soutien prend la forme d'un apitoiement, il risque d'engourdir ceux qui ont à faire face à la musique plutôt que de les stimuler. Il peut par exemple aggraver l'état dépressif (Coates et Wortman, 1979). Dans le cas de maladies, le soutien peut procurer des bénéfices secondaires appréciables qui retarderont la réintégration à la vie normale. Ou il peut agacer s'il se manifeste par la formulation de faux espoirs de guérison. On pourrait évoquer ici toutes les horreurs entendues dans les salons mortuaires pour consoler les endeuillés.

[81]

Le fait de se précipiter pour aider peut également occasionner de la panique en faisant considérer que le cas est peut-être plus sérieux que prévu ou que la victime pensera qu'elle est vraiment dépourvue de ressources pour que tant de personnes accourent à son aide.

Dans certaines circonstances où un problème ne possède pas de solution ou bien que le type d'aide demandé ne peut être procuré par l'entourage immédiat, les personnes qui recherchent activement du soutien risquent d'être les plus frustrées et de manifester une plus grande détresse. Une enquête conduite auprès de 44 femmes dont le conjoint est atteint du syndrome d'Alzheimer illustre bien ce point (Fiore et coll., 1983). Ce groupe de femmes est au départ particulièrement à risques pour la dépression car plus de 19 d'entre elles répondent à la définition du Research Diagnostic Criteria, ce qui s'explique par le fait qu'elles vivent simultanément un stress chronique, la perte d'un confident en plus d'avoir un rôle très exigeant de soignante. Si le nombre de contacts avec le réseau corrèle avec la santé mentale, la demande d'aide, particulièrement la quête d'information, corrèle pour sa part avec la dépression. L'hypothèse explicative est que les femmes qui croient que quelque chose peut être fait avec une situation que la médecine juge relativement désespérée se heurtent à un échec en ne se résignant pas. Dans cette situation bien spécifique, ce ne sont pas les personnes passives et soumises qui sont à risques pour la dépression mais bien celles qui tentent d'obtenir de l'aide. Nous avons rencontré une situation similaire lors d'une recherche auprès de collé-

giens en ce qui concerne les relations avec le réseau suite à une peine d'amour. Les sujets qui n'étaient pas suicidaires et qui avaient donc les meilleures ressources personnelles ne recherchaient pas d'aide parce qu'ils croyaient qu'il n'y avait rien à faire et que seul le temps pouvait soigner ces choses.

LE CAS SPÉCIAL DU CONFIDENT

On reconnaît généralement que chez les adultes des sociétés occidentales modernes, le conjoint marital jouit d'un statut particulier dans le réseau de soutien social. La présence [82] d'un confident signifie aussi que la relation maritale fonctionne bien et ce facteur s'avère un bon prédicteur de la santé mentale. La recherche de Brown et Harris (1978) est l'exemple le plus probant de cet avancé. Les femmes de Camberwell (Londres) qui sont affectées par des événements sérieux et qui jouissent du soutien d'un confident marital ont dix fois moins souvent le diagnostic d'une dépression clinique que les femmes atteintes par les événements similaires qui ne comptent pas sur un tel confident. D'autres études ultérieures contiennent des résultats similaires : la dépression post-partum, par exemple, est associée à l'absence du soutien d'un conjoint (voir Leavy, 1983).

Les résultats concernant la présence d'un confident marital ou d'autre provenance vont dans le même sens. Les dépressifs soutenus par un confident sont moins sujets à commettre une tentative de suicide que ceux qui ne le sont pas (voir Leavy, 1980). Par ailleurs, les personnes qui sont hospitalisées pour dépression s'en remettent plus rapidement avec la présence d'un confident, et cela d'autant plus si une situation anxiogène continue de persister après l'admission (Surtees, 1980).

Par contre, si il y a absence du conjoint pour des périodes plus ou moins longues reliées à son emploi cela ne semble pas faire augmenter le taux de cas psychiatriques chez les épouses. Les médecins généralistes, sur la base de quelques cas d'épouses de militaires, d'exécutifs ou de marins, jettent souvent un cri d'alarme et croient que toute cette sous-population de 'veuves' vit une situation désespérante : c'est le phénomène de l'iceberg inversé où les cas apparents sont bien plus

fréquents que les cas invisibles. À l'époque du boom pétrolier à Aberdeen (Écosse), les médecins de la ville étaient obsédés par le "syndrome du mari intermittent". Les observations épidémiologiques ne purent cependant établir aucune différence entre les épouses des travailleurs en haute mer et celles des maris œuvrant sur place (Taylor, 1983). Il y avait autour de 19 % de cas psychiatriques dans le premier groupe, ce qui se situe dans les normes. Comme il peut sembler évident, les femmes nouvellement mariées avec de jeunes enfants et vivant l'expérience pour la [83] première fois étaient plus vulnérables. À remarquer que les marques de stress (troubles de sommeil et anxiété), lorsque présentes, se manifestent non seulement au cours de l'absence mais également lors du retour à cause de la nécessité à se réadapter à la vie à deux.

LES VIVANT SEULS

La situation des personnes seules à la maison est particulière au contexte urbain moderne et ce phénomène va en augmentant avec les nouvelles formes de vie familiale et de mobilité géographique que nous connaissons. Ces faits paraissent inquiétants à plusieurs égards. En effet, l'épidémiologie psychiatrique n'a-t-elle pas maintes fois démontré qu'une telle isolation est associée à des plus hauts taux de psychopathologie. Depuis l'étude de Faris et Dunham (1939), on remarque que les cas psychotiques se retrouvent dans les régions urbaines avec plus fortes concentrations de personnes seules. Le facteur de sélection peut entrer en ligne de compte, ces patients se concentrant dans les agglomérations qui offrent des chambres à louer. L'étude de Kohn et Clausen (1955) montre également que les schizophrènes et les maniaco-dépressifs se retrouvent déjà isolés socialement dès l'âge de 13-14 ans. L'isolation sociale ici ne serait donc pas une cause mais le produit du facteur de sélection.

Les états mentaux graves ne sont pas les seuls où l'association avec les vivant seuls est élevée. C'est également le cas pour le suicide et les tentatives de suicide. Une série d'études menées indépendamment dans les villes de Londres, Chicago et Mannheim démontre des taux beaucoup plus fréquents dans les quartiers où il y a davantage de gens qui vivent seuls (Tousignant et Mishara, 1981). Hughes et Gove (1981

Rappellent que ces associations valent également pour les statistiques portant sur la mortalité, le crime et les traitements psychiatriques.

Il faut noter ici que les vivants seuls comprennent évidemment des célibataires, ainsi que des séparés, des veufs et des divorcés, catégories qui habituellement présentent des [84] plus hauts taux de problèmes psychiatriques. Il serait donc injuste de les comparer avec la moyenne de la population qui comprend un haut pourcentage de gens mariés. Il est donc plus approprié, pour évaluer la situation des ménages solitaires, de les comparer avec un échantillon de même statut marital comme cela est fait par Hughes et Gove (1981) à partir d'un échantillon national américain. Leurs résultats sont standardisés en fonction de l'âge et du statut socio-économique.

Avant de comparer les indices de santé mentale, les chercheurs ont vérifié s'il y avait présence d'un facteur de sélection. En effet, est-ce que des traits de personnalité indésirables ne condamnent pas une catégorie de personnes à vivre seul. Ou encore le manque d'argent, une éducation moindre, la présence d'une enfance malheureuse et l'absence de perspectives d'ascension sociale. Aucun de ces facteurs ne distinguait les deux groupes au point de départ.

Quand donc on compare les vivants seuls à ceux qui vivent avec d'autres à l'intérieur des catégories maritales célibataires, veufs, séparés et divorcés, les vivants seuls s'en tirent mieux sur 21 des 36 mesures de santé mentale utilisées. Si l'on ne tient pas compte du veuvage, les vivants seuls ne sont pas différents des gens mariés. Donc, le ménage solitaire n'est pas nécessairement un mauvais arrangement de vie du point de vue de la santé mentale.

Le désavantage des non-mariés vivants avec une ou plusieurs autres personnes tiendrait aux demandes excessives de l'entourage et au manque d'intimité. Les veuves par exemple vivent souvent avec leurs enfants adultes, les divorcés avec de jeunes enfants (situation monoparentale), et les célibataires n'ont parfois pas quitté leurs parents qui bon an mal an continuent d'exercer un contrôle sur eux. Il est facile de concevoir que les personnes seules peuvent acquérir une certaine autonomie dans leurs relations sociales en se sentant plus libres d'accueillir qui ils veulent sans contrainte, ce qui rend leur isolation bien relative.

[85]

Comment alors expliquer les plus hauts taux de suicide, d'hospitalisations psychiatriques et de mortalité chez les ménages solitaires. Hughes et Gove (1981) soulignent à cet égard que l'avantage de vivre avec d'autres (en dehors d'une relation de couple) tient moins à la disponibilité d'un soutien émotif qu'à la présence instrumentale d'une surveillance qui rend le suicide plus difficile, qui favorise l'hospitalisation s'il y a crise psychotique et qui fait pression pour que les maladies soient traitées précocement.

Ces réflexions sont parfois employées pour expliquer le nombre peu élevé de suicides dans certains pays du Tiers-Monde comme l'Afrique Noire. En milieu rural traditionnel, ce serait moins l'absence de situations suicidogènes qui expliquerait le petit nombre de cas que le fait que la vie en groupe exerce une constante vigilance sur les mouvements de chacun.

LES RAISONS DE L'EFFICACITÉ DU SOUTIEN

Si les études anglaises et australiennes s'appuient sur la théorie de l'attachement de Bowlby, on doit remarquer une absence relative de fondements théoriques dans la littérature sur le soutien social. Mais qu'est-ce qui fait que ce soutien contribue à une meilleure santé physique et mentale ? L'une des explications serait l'action exercée sur l'événement lui-même en en diminuant l'impact psychologique. Nous avons considéré cette hypothèse en analysant l'effet-tampon. Voyons maintenant quelques autres explications possibles dont la portée est encore à vérifier.

L'un des principaux effets de l'échange avec son entourage réside au niveau de l'identité et de l'estime de soi reconnus comme des éléments centraux dans l'acquisition et le maintien de la santé mentale. À cet égard, le réseau peut agir de différentes manières. Ainsi, l'étude de Walker et coll. (1977) auprès de veuves illustre comment un réseau dense permet de jouir d'un bon appui émotif suite au décès du conjoint. Par contre, les veuves bien entourées arrivent moins bien à se sortir de leur identité de veuve pour se refaire une [86] autre image

sociale mieux adaptée à la société urbaine moderne. C'est pourquoi les veuves avec un réseau plus large et moins dense ont une plus grande facilité à se créer une image de non-veuve parce que le réseau leur rappellera moins souvent ce statut. Il semble donc qu'il y ait un type de réseau spécifique qui soit fonction du type d'identité que l'on veut se donner. On a ainsi trouvé que les femmes séparées qui préfèrent un rôle traditionnel sont mieux adaptées si elles resserrent leur réseau autour de la parenté tandis que les femmes moins conservatrices dans leurs attitudes s'accommodent mieux d'un réseau élargi qui les ouvrira à toutes sortes de nouveaux horizons (McLanahan et coll., 1981).

Le soutien social permet également de mieux utiliser les stratégies d'adaptation dont parle Lazarus et Folkman (1985). Jung (1984) en énumère quelques-uns : le réseau soutient l'espoir et la foi, il stimule, il réduit l'anxiété, il offre des possibilités de distraction et il permet un point de référence de comparaison sociale ce qui permet de relativiser notre sort par rapport aux malheurs des autres. C'est de cette façon que l'on pourra réduire l'impact des événements (effet-tampon).

Il est important de réfléchir plus avant sur la valeur de stimulation du réseau social dans le contexte des recherches sur le rôle des émotions dans la guérison des maladies. Nous avons vu plus haut que les patients soumis à une chirurgie qui manifestent des émotions ont un meilleur pronostic que ceux qui sont stoïques. Or, c'est peut-être là l'une des fonctions principales de l'entourage que de maintenir l'organisme en activité en provoquant chez lui toute une gamme d'émotions qui auront un effet sur son système d'immunisation. Vu dans cette perspective, il y aurait lieu de ne pas simplement réduire le processus du deuil à un bris d'attachement dramatique, mais également à la perte d'une personne qui connaissait les moyens d'induire dans le trame de la vie quotidienne une série de réactions émotives qui ne retrouvent plus après la disparition de cette personne aucun moyen d'être mises en branle. L'organisme par la suite se déprimerait, au sens aussi bien physique que psychologique, ce qui expliquerait la baisse des réponses immunitaires et la [87] hausse de mortalité chez les veufs dans la première année après le décès de l'épouse. Cette perte serait d'autant plus prononcée qu'à la période de la vieillesse, il serait difficile pour une autre personne d'occuper cette fonction de stimulation.

Par ailleurs, on peut se demander si c'est ce qui se passe réellement entre deux personnes qui agissent ou plutôt des aspects plus propre-

ment symboliques de leur relation. Chez les collégiens, c'est souvent plus la proximité physique ou le contact physique entre deux corps que de longs échanges qui sont appréciés (Hanigan et Tousignant, 1986). En définitive, le fait que l'autre signifie l'importance que nous avons pour lui. Ou encore on veut se sentir aimé et compris et on ne va pas nécessairement vérifier si les gestes de l'autre sont authentiques. Comme on le répète souvent, c'est l'aide perçue ou disponible qui est importante, autant et plus parfois que l'aide réellement donnée.

Enfin, nous possédons encore peu de connaissances sur les milieux écologiques qui favorisent le soutien social. Le climat social d'une institution ou d'un quartier est fort important pour encourager des milliers d'interactions quotidiennes qui auront des conséquences certaines. Ainsi, l'organisation sociale des écoles influence les rapports direction professeurs et professeurs écoliers au point d'avoir des effets sur le taux de comportements déviants (Rutter, 1979). Au niveau des quartiers. Bouchard (...) a démontré comment les milieux où les gens se voient présentent moins de comportements d'abus d'enfants que les milieux plus isolés socialement, même si les conditions socioéconomiques sont sensiblement égales.

CONCLUSION

Si le soutien social ne peut plus être considéré comme le baume à tous les maux, il est certain que c'est un élément contribuant à la bonne santé mentale. L'importance exacte de son rôle est encore à démontrer cependant. Par exemple, est-ce que le soutien joue un si grand rôle s'il n'y a pas d'élément social aggravateur dans le réseau ? Autrement dit, [88] l'important ne serait pas tant de secourir les gens que d'éliminer dans leur réseau les conflits actuels.

Par ailleurs, quand le soutien ne peut être efficace qu'à des conditions bien spécifiques. Il faut qu'il corresponde au type de besoin ressenti et il faut que le receveur puisse avoir un sentiment d'interdépendance suffisamment développé pour pouvoir accepter une aide sans atteinte à son orgueil ou sans se sentir endettée moralement d'une façon inconsidérée. C'est pourquoi, les personnes qui possèdent les meilleurs ressources psychologiques sont probablement celles qui sont les plus à

même de profiter du soutien qui se présente. Cette réflexion amène à considérer que le soutien social peut être le produit des ressources psychologiques d'une personne. Quelqu'un d'autonome, sûr de soi, plein d'entregent, saura accumuler ce capital social qui lui servira en temps et lieu.

Au niveau de la recherche, il y a place pour analyser plus en profondeur le processus chronologique des rapports de soutien et dépasser le niveau des grandes analyses corrélationnelles auxquelles nous avons été habitués jusqu'à présent. Car à chaque étape d'une expérience difficile correspond une forme de soutien adaptée. Ainsi, certaines personnes ont besoin de solitude en début de crise afin de pouvoir se retrouver (Jung, 1984). Dans le cas du grand fumeur ou de l'homme aux prises avec un problème d'alcool, une forme contraignante de soutien peut être mal perçue au départ et considérée bienvenue plus tard par la victime parce que l'effort têtue du partenaire signale en même temps une sympathie et une préoccupation authentique avec le problème de l'autre.

Mais ce qui fait encore le plus problème c'est l'esquisse d'une théorie sur lequel s'appuieront les travaux futurs. On prend pour acquis que le soutien social est un prérequis à la santé mentale sans préciser pour quelles raisons. Forcer les chercheurs à comprendre pourquoi aidera à poser les jalons de voies de recherche et de réflexion plus précises et à amener une contribution plus riche aux praticiens.

[89]

OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

- Albee, G.W. (1980). A competency model must replace the defect model. In L. A. Bond et J.C. Rosen (eds.). *Competency and coping during adulthood*. Hanover, N.H. : University Press of New England.
- Andrews, G., Tennant, C., Hewson, D.M. et Vaillant, G.E. (1978). Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 166. 307-315.

- Barrera. M., Jr., et Ainly, S.L. (1983). The structure of social support : a conceptual and empirical analysis. *Journal of Community Psychology*. 11.133-143.
- Barrera, M. Jr., Sandler, I.N. et Ramsey, T.B. (1981). Preliminary development of a scale of social support : Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*. 9, 435-447.
- Belle, D. (1982). The stress of caring : Women as providers of social support. In L. Goldberger et S. Breznitz (eds.). *Handbook of Social Stress : Theoretical and Clinical Aspects*, pp. 496-505. New York : Free Press.
- Berkman, L.F. et Syme, S.L. (1979). Social networks, host resistance, and mortality : A nine-year follow-up study of Alameda county residents. *American Journal of Epidemiology*. 109(2). 186-204.
- Biegel, D., Naparstek, A. et Khan, M. (1980). Social support and mental health : An examination of interrelationship. Conférence présentée à la 88ième réunion de l'American Psychological Association. Montréal, septembre 1980.
- Billings, A.G et Moos, R.H. (1984). Coping, stresss, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personalitv and Social Psychology*. 46, 877- 891.
- Billing, A.G. et Moos, R.H. (1982). Social support and functioning among community and clinical groups : A panel model. *Journal of Behavioral Medicine*. 5, 295-311.
- Bouchard, C., Beaudry, J. et Chamberland, C. (1981). Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants : une étude exploratoire. *Intervention*. 64. 25-33.
- Bott, E. (1957). *Family and social network*. London : Tavistock.
- Bozzini, L., Tessier, R. 1985). Support social et santé. In F. Dumont et J. Dufresne : *Traité d'anthropologie médicale*. 905-941. Montréal : Presses de l'Université du Québec à Montréal.
- Brown, G. et Harris, T. (1978). *The social origins of depression : A study of psychiatric disorders among women*. London : Tavistock.

Brown, G.W., Monck, E.M, Carstairs, G.M. et Wing, J.K. (1962). Influence of family life on the course of schizophrenic illness. *British Journal of Preventive and Social Medicine*. 16. 55-68.

[90]

Brugha, T. et coll. (1982). Social networks, attachments and support in minor affective disorders : A replication. *British Journal of Psychiatry*. 141. 249-255.

Caplan, G. (1964). *Social support and community mental health*. New York : Basic Books.

Coates, D., Wortman, C.B. et Abbey, A. (1979). Reactions to victims. In I.H. Frieze et coll. (eds.) : New approaches to social problems. San Francisco : Jossey-Bass.

Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*. 38(5), 300-314.

Cobb, S. et Kasl, S.V. (1977). *Termination : The consequences of job loss*. U.S. Department of Health, Education and Welfare, HEW Publication No. (NIOSH).

Cohen, C.I. et Sokolovsky, J. (1978). Schizophrenia and social networks : Ex-patients in the inner-city. *Schizophrenia Bulletin*. 4, 546-560.

Cohen, L.H., McGowan, J., Fooskas et Rose, S. (1984). Positive life events and social support and the relationship between life stress and psychological disorder. *American journal of community psychology*. 12(5). 567-587.

Cohen, S. et Hoberman, H.M. (1983). Positive events and social supports as buffers of life change stress. *Journal of Applied Social Psychology*. 13(2). 99-125.

Cutrona, C.E. (1984). Social support and stress in the transition of parenthood. *Journal of Abnormal Psychology*. 93(4), 378-390.

Dean, A. et Lin, N. (1977). The stress-buffering role of social support. *The Journal of Nervous and Mental Disease*. 165(6), 403-417.

Depner, C.E., Wethington, E. et Ingersoll-Dayton, B. (1984). Social support : Methodological issues in design and measurement. *Journal of Social issues*. 40(4), 37-54.

- Faris, R.E.L. et Dunham, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas : An ecological study of schizophrenia*. Hafner.
- Fiore, J., Becker, J. et Coppel, D.B. (1983). Social network interactions : a buffer or a stress. *American journal of community psvchology*. 11(4), 423-439.
- Fisher, J.D., Nadler, A. et Witcher-Alagna, S. (1982). Recipient reactions to aid. *Psvchological bulletin*. 91(1), 27-54.
- Garrison, V. (1977). Doctor, espiritista or psychiatrist ? Health-seeking behavior in a Puerto Rican neighborhood of New York City. *Medical Anthropology*. 1(2), 65- 191.
- Garrison, V. (1978). Support Systems of schizophrenic and nonschizophrenic Puerto Rican migrant women in New York city. *Schizophrenia Bulletin*. 4(4), 561-596.
- Gottlieb, B.H. (1978). The development and application of a classification scheme of informal helping behaviors. *Canadian Journal of Behavioural Sciences*. 10, 105-115.
- [91]
- Griffith, J. (1985). Social support providers : who are they ? Where are they met ? and the relationship of network characteristics to psychological distress. *Basic and Applied Social Psvchology*. 6(1), 41-60.
- Hanigan, D., Tousignant, M., Bastien, M.F., Hamel, S. (1986). Le soutien social suite à un événement critique chez un groupe de cégépiens suicidaires : étape comparative. *Revue Québécoise de Psychologie*. 7(3), 63-81.
- Heller, K. et Swindle, R.W. (1983). Social networks, perceived social support, and coping with stress. In R.D. Felner et coll. : *Prevention Psychology : Theory, research and practice*. New York : Pergamon Press.
- Henderson, S. et coll. (1981). Social relationships, adversity and neurosis : A study of associations in a general population sample. *British Journal of Psychiatry*. 138, 391-398.
- Hobfoll, S.E. et Walfisch, S. (1983). Coping with a threat to life : a longitudinal study of self concept, social support and psychological distress. *American Journal of Community Psychology*.

- Holahan, C.J. et Moos, R.H. (1981). Social support and psychological stress : A longitudinal analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 90, 365-370.
- Hollingshead, A.B. et Redlich, F.C. (1958). *Social class and mental illness*. New York : Wiley.
- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Reading, Mass. : Addison-Wesley.
- Hughes, M. et Gove, W.R. (1981). Living alone, social integration, and mental health. *American Journal of Sociology*. 87(1), 48-75.
- Jung, J. (1984). Social support and its relation to health : a critical evaluation. *Basic and Applied Social Psychology*, 5(2), 143-169.
- Kabassa, S.C. et Puccetti, M.V. (1983). Personality and social resources in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*. 45, 839-850.
- Kessler, R.C. et McLeod, J.D. (1985). Social support and mental health in community samples. In S. Cohen et S.L. Syme (eds.). *Social Support and Health*. (pp. 219- 240), Orlando : Academic Press.
- Kessler, R.C., Price, R.H. et Wortman, C.B. (1985). Social factors psychopathology : Stress, social support, and coping processes. *Annual Review of Psychology*, 36, 531-572.
- Kohn, M.L. et Clausen, J. (1955). Social isolation and schizophrenia. *American Sociological Review*, 20, 265-272.
- LaRocco, J.M., House, J.S. et French, J.R.P., Jr. (1980). A model of mental health, life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 324-336.

[92]

- LaRocco, J.M., House, J.S. et French, J.R.P., Jr. (1980). Social support, occupational stress, and health. *Journal of Health and Social Behavior*, 21(3), 202- 218.

- Lazarus, R.S. et Folkman, S. (1985). *Stress, appraisal and coping*. New York : Springer.
- Leavy, R.L. (1983). Social support and psychological disorder : A review. *Journal of Community Psychology*, 11, 3-21.
- Leighton, D.C. et coll. (1963). *The character of danger*. New York : Basic books.
- Levy, L. et Rowitz, L. (1973). *The ecology of mental disorders*. New York : Behavioral publications.
- Lin, N. et coll. (1979). Social support, stressful life events and illness : A model and an empirical test. *Journal of Health and Social Behavior*, 20, 108-119.
- Lowenthal, M. et Haven, C. (1968). Interaction and adaptation : intimacy as a critical variable. *American Sociological Review*. 33. 20-30.
- Malo, C. (1985). Femmes en situation monoparentale et soutien social : Revue de la littérature. Manuscrit inédit. Laboratoire de recherche en écologie humaine et sociale, Université du Québec à Montréal.
- Mc Lanahan, S.S., Wedemeyer, N.V. et Adelberg, T. (1981). Network structure, social support, and psychological well-being in the single-parent family. *Journal of Marriage and the Family*. 43.601-612.
- Miller, Mc.C. et Ingham, J.G. (1976). Friends, confidants and symptoms. *Social Psychiatry*, 11, 51-58.
- Mills, C.W. (1943). The professional ideology of social pathologists. *American Journal of Sociology*, 49(2).
- Mitchell, J.C. (ed.). (1969) *Social networks in urban situations*. New York : Humanities press.
- Mitchell, R.E. (1980). Problem-solving, family climate and the social networks of psychiatric patients. Conférence présentée à la 88ième réunion de l'American Psychological Association. Montréal, septembre.

- Mitchell, R.E., Billings, A.G. et Moos, R.H. (1982). Social support and well-being : Implications for prevention programs. *Journal of Primary Prevention*. 3(2), 77-98.
- Mitchell, R.E. et Moos, R.H. (1984). Deficiencies in social support among depressed patients : Antecedents of consequences of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 25, 438-452.
- Mueller, D.P. (1980). Social networks : A promising direction for research on the relationship of the social environment of psychiatric disorder. *Social Science and Medicine*, 14, 147-161.
- [93]
- Nuckolls, K.B., Cassel, J. et Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crises and the prognosis of pregnancy. *American Journal of Epidemiology*. 95.431-441
- Parkes, M.C. (1972). *Bereavement : Studies of grief in adult life*. New York : International university press.
- Pattison, E.M., Deffancisco, D., Wood, P., Frazier, H., et Crowder, J.A. (1975). A psychological kinship model for family therapy. *American Journal of Psychiatry*. 132. 1246.
- Pearlin, L.I., Lieberman, M.A., Menaghan, E.G. & Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pilisuk, M. et Froland, C. (1978). Kinship, social networks, social support and health. *Social Science and Medicine*. 12B. 273-280.
- Sandler, I.N. et Barrera, M. Jr. (1980). Social support as a stress-buffer : A multimethod investigation. Conférence présentée à la 88ième réunion de l'American Psychological Association. Montréal, septembre 1980.
- Shinn, M., Lehmann, S. et Wong, N.W. (1984). Social interaction and social support. *Journal of Social Issues*. 40(4), 55-76.
- Shumaker, S.A. et Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support : Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40(4), 11-36.

- Spanier, G.B. et Hanson, S. (1981). The role of extended kin in the adjustment to marital séparation. *Journal of Divorce*, 5(1), 32-48.
- Surtees, P. (1980). Social support, residual adversity and depressive outcome. *Social Psychiatry*, 15, 71-80.
- Taylor, S.E. (1983). Adjustment to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Thoits, P.A. (1982). Life stress, social support and psychological vulnerability : Epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.
- Toldsdorf, C. (1976). Social networks, support and coping : An exploratory study. *Family Process*, 15, 407-417.
- Tousignant, M. et Mishara, B.L. (1981). Suicide and culture : A review of the literature (1969-1980). *Transcultural Psychiatric Research Review*, 18, 5-28.
- Turner, R.J. (1981). Social support as a contingency in psychological well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 357-367.
- Turner, R.J. (1983). Direct, indirect, and moderating effects of social support on psychological distress and associated conditions. In H.B. Kaplan (ed.) : *Psychosocial stress : Trends in theory and research*, 105-155, New York : Academic Press.
- Walker, K.M., MacBride, A. et Vachon, M.L.S. (1977). Social support networks and the crisis of bereavement. *Social Science and Medicine*, 11, 35-41.

[94]

- Williams, A.W., Ware, J.E.Jr. et Donald, D.A. (1981). A model of mental health life events, and social supports applicable to general populations. *Journal of Health and Social Behavior*, 22(4), 324-336.

[95]

[96]

L'étiologie sociale en santé mentale.

Chapitre IV

SEXE, COUPLE ET FAMILLE

[Retour à la table des matières](#)

[97]

INTRODUCTION

Les différences de santé mentale entre les hommes et les femmes représentent un sujet délicat à traiter puisqu'il implique le plus souvent des jugements de valeur sur les rôles sexuels et le mariage. Les résultats ne fondent pas toujours les conclusions proposées et il faut les aborder avec une extrême prudence. Par ailleurs, on ne saurait discuter le thème des différences sexuelles sans déborder dans les secteurs du couple et de la famille et même du double emploi. Enfin, les discours sur les rôles sociaux ont eu un impact certain sur les comportements de sorte que le mariage et les relations entre les sexes se sont rapidement transformés au cours des deux dernières décades. À preuve les changements démographiques profonds observés pendant cette période: augmentation des taux de séparations, de cohabitation, de familles monoparentales et de remariages; recul de l'âge du premier mariage et du premier enfant; avancement de l'âge des premières relations sexuelles; augmentation des avortements et des grossesses planifiées sans partenaire permanent. Il faut donc mettre en contexte historique chacune des études, ce qui rend les généralisations sur plus de dix ans souvent hasardeuses.

LES FEMMES : EN MOINS BONNE SANTÉ MENTALE ?

L'un des résultats les plus souvent reproduits dans les enquêtes de santé mentale est le nombre plus élevé de symptômes rapportés par les femmes en comparaison des hommes.

Lors d'un examen de 19 enquêtes, Gove et Tudor constatent que les femmes n'apparaissent jamais en meilleure santé mentale que les hommes. Une revue plus récente arrive aux mêmes constatations (Dohrenwend et coll., 1980): elle couvre cette fois 46 études menées en Amérique du Nord et en Europe sur les névroses et les états affectifs. Les femmes sont en général deux fois plus nombreuses dans la

catégorie pathologique définie. Il est à noter cependant que les distributions se partagent assez également entre les sexes [98] pour les affectations plus sérieuses comme les psychoses et les schizophrénie de même que pour les troubles de personnalité.

Les statistiques sur les états dépressifs unipolaires renvoient au même tableau aussi bien en ce qui concerne les cas traités que les enquêtes communautaires. Que ce soit aux États-Unis ou dans les pays qui offrent des registres fiables, les femmes obtiennent en moyenne deux fois plus de diagnostics que les hommes au sein des diverses catégories de dépression (Nolen-Hoeksema, 1987). Les ratios des statistiques offertes par les pays occidentaux à l'Organisation mondiale de la santé pour l'ensemble des troubles affectifs sont à peine inférieurs. Des exceptions notables et parfois même des ratios inverses sont obtenus dans certains pays du Tiers Monde, l'Inde et le Nigéria notamment, mais la cause en est facilement attribuable au fait que les hôpitaux de ces pays reçoivent en général trois à quatre fois plus de patients masculins et ce facteur de sélection prohibe toute généralisation à la population générale. Du côté des enquêtes, Newman (1984) compte 11 enquêtes où les femmes obtiennent des scores supérieurs aux hommes. Le ratio femmes : hommes varie également autour de 2,0 dans la liste compilée par Nolen-Hoeksema (1987) et qui couvre à la fois les États-Unis et le reste du monde. Ces études ont utilisé à la fois des entrevues cliniques standardisées (D.I.S. ou SADS) et des échelles de dépression (CES-D, Beck). Il existe cependant quelques exceptions où le ratio se rapproche de 1,0. Les groupes qui se rangent sous cette catégorie sont les suivants : les étudiants universitaires américains, les personnes âgées et les communautés traditionnelles soit l'Ordre Amish aux États-Unis de même que la tribu des Yoruba et l'Iran rural. Nolen-Hoeksema (1987) propose quelques hypothèses basées sur le principe d'auto-sélection pour expliquer l'absence de différences puisqu'en milieu non universitaire et en milieu urbain dans les pays du Tiers-Monde, on retrouve les ratios habituels. Le facteur de sélection joue moins dans les pays du Tiers-Monde où la femme a peu de responsabilité personnelle dans la décision d'immigrer. D'autre part, le phénomène de sélection peut être considéré pour les cas réellement pathologiques, mais pas pour les états de gravité moyenne. Nous croyons plutôt que là où [99] les rôles sont également valorisés ,

même si ils sont d'autre part très différenciés, les écarts entre les taux de dépression s'amenuisent (Hammen et Padesky, 1977).

Au Québec, dans quatre grandes études épidémiologiques, les femmes ont constamment obtenu des plus hauts scores que les hommes (Engelsman et coll., 1972 ; Denis et coll., Santé et Bien-être Canada, 1981 ; Tousignant et Kovess, 1985).

Il faut cependant noter quelques exceptions à la règle en Australie (Parker, 1979), au Missouri et au Maryland (Comstock et Helsing, 1976). Avec des populations plus jeunes, à très grande majorité célibataire, l'absence de différence est également notée soit pour une population collégienne aux États-Unis (Hammen et Padesky, 1977) et pour une population de niveau secondaire à Montréal (Messier, 1980).

Chez les plus jeunes, la tendance est complètement renversée car 22 études sur 25 rapportent un taux plus élevé chez les garçons que chez les filles bien que les différences soient absentes en ce qui concerne les seuls troubles émotifs (Dohrenwend et coll., 1980). La revue de Graham et Rutter (1977) portant à la fois sur les enquêtes de communauté et les populations cliniques en arrive à la même conclusion tout en précisant que les taux s'égalisent à l'adolescence. Toutes les études rapportent également un excès de psychoses et de schizophrénies chez les garçons. D'autres observations sont faites à partir des jugements des professeurs et des parents (Al-Issa, 1982). Les auteurs différencient généralement entre les problèmes de comportement qui sont la plupart reliés à l'expression de l'agressivité (désobéissance, recherche d'attention, agitation) et les problèmes de personnalité reliés au manque d'expression et au retrait social (timidité, sentiment d'infériorité, anxiété). Les études basées sur le jugement des professeurs témoignent d'un surplus des deux types de problèmes chez les garçons du moins jusque vers 10 ans où les filles commencent à afficher le même taux de problèmes de personnalité. Les études basées sur le jugement des parents identifient plus de problèmes de conduite chez les garçons et plus de problèmes de personnalité chez les filles, les taux globaux étant à peu près [100] équivalents pour les deux sexes, ce qui est fort surprenant compte tenu du fait que les parents amènent trois fois plus de garçons que de filles en consultation clinique pour ce type de problèmes. Il semble que les parents recourent plus aux services avec les garçons à cause des conflits occasionnés avec les institutions sociales.

Les études sur les peurs et les anxiétés révèlent peu de conclusions définitives. Par exemple les peurs d'un lieu étrange sont plus manifestes chez les filles à six mois, mais plus chez les garçons lors de l'entrée au pré-scolaire. La méthode du journal quotidien avec les parents ne fait voir aucune différence sexuelle. À l'adolescence, les filles présentent par contre globalement plus de peurs que les garçons, surtout sur le plan social et interpersonnel, tandis que ces derniers craignent davantage les échecs personnels.

Il est donc clair que les différences entre les sexes ne sont pas innées bien qu'il ne faille pas rejeter l'apport de certaines variables biologiques qui pourraient favoriser le choix des symptômes. Une enquête anglaise conduite auprès de larges échantillons d'hommes et de femmes occupant des postes de statut similaire dans la fonction civile ne démontre aucune différence entre les sexes (Briscat, 1982). Une correction pour l'âge et le niveau de revenu fait également disparaître les différences hommes-femmes dans une étude menée auprès d'un échantillon représentant toute la ville de Los Angeles (Aneshensel, 1981). Par ailleurs, il semble qu'à mesure que les femmes occupent une situation sociale qui se rapproche de celle des hommes, les différences entre les sexes aillent en s'amenuisant. On a remarqué en effet une tendance dans cette direction au cours de la dernière décennie pour les grandes villes de l'Est des États-Unis (Kessler et McRae, 1983). Même les différences pour la dépression régressent passablement d'après une étude menée à Boston en 1978 (Gore et Mangione, 1983). Parallèlement, les taux de tentatives de suicide des femmes, traditionnellement plus élevés que ceux des hommes, se rapprochent de ces derniers. Par ailleurs, dans une étude menée dans l'Est de Montréal en 1979-80, les femmes mariées continuent d'obtenir un score plus élevé que les hommes mariés, mais elles ne se [101] considèrent pas plus nerveuses en général que leurs époux alors que les hommes se considèrent un peu moins nerveux que leurs épouses.

Nous avons procédé à une revue de la littérature pour identifier si certains facteurs agissant comme biais et qui n'auraient rien à voir avec la santé mentale ne pourraient pas au départ défavoriser les femmes (Tousignant et coll., 1987). L'analyse un peu technique s'impose ici et elle permettra de sensibiliser à la complexité du problème. Au total, il n'y a jusqu'ici aucune preuve que de tels biais existent mais un certain nombre de facteurs n'ont pas été suffisamment explorés

pour pouvoir bannir tout doute. Il est à peu près certain que la santé physique, souvent moins bonne chez les femmes à cause des problèmes mineurs, ne saurait expliquer à lui seul les grandes différences entre les sexes (Phillips et Segal, 1969) non plus que les biais classiques de la littérature psychométrique (désirabilité sociale, tendance à dire oui). Serait-ce que les items sont plus "féminins" (Bertrand, 1979) ? Comment le seraient-ils quand certaines parmi les échelles les plus répandues ont été construites à l'aide d'échantillons de soldats américains pendant la deuxième guerre mondiale (Star, 1959). De plus, une analyse de trois échelles différentes employées au Québec ne permet pas de distinguer un secteur de la vie mentale qui désavantagerait particulièrement les femmes : elles obtiennent des scores plus élevés à presque tous les items (Fiset, 1978). Serait que les filles sont plus socialisées à adopter le rôle de malade durant l'enfance ? C'est exactement le contraire qui se passe puisque les mères amènent davantage leurs garçons que leurs filles chez le médecin. Serait-ce alors que les femmes se plaignent davantage pour des malaises d'égale intensité ? Dans une expérience fort ingénue, on a diagnostiqué une arthrite chronique au niveau de l'articulation du genou dans un examen idéologique et une certaine partie de l'échantillon ignorait même leur état véritable au moment de l'entrevue et on a trouvé que les femmes ne rapportaient pas plus de symptômes ou de douleurs reliés à cet état que les hommes (Davis, 1981). Serait-ce encore que les femmes ont plus de facilité à exprimer leurs états émotionnels ? Les données sont mitigées puisque les femmes expriment plus d'émotions négatives que les hommes mais non pas [102] plus d'émotions positives (Briscoe, 1982). Ou serait-ce plus généralement que les femmes ont plus de facilité à se confier de leurs états personnels ? Dans notre étude de l'Est de Montréal, il apparaît qu'au sein du couple, les femmes ne rapportent pas se confier plus que les hommes et les quelques différences observées avec d'autres personnes cibles n'expliquent en rien les variations aux échelles de santé mentale. De plus, les femmes ne se confient pas plus que les hommes à leur entourage des symptômes qu'elles rapportent à l'enquête. Enfin, les femmes ont-elles tendances à rapporter des symptômes de peu de gravité, ou survenus depuis une plus grande période de temps, ou moins handicapants ? Notre analyse n'a absolument rien pu prouver en ce sens.

Bien sûr, le débat n'est pas achevé et il demeure certaines avenues à explorer plus systématiquement. Est-ce que les non-répondants, plus nombreux chez les hommes, ne risquent pas de souffrir davantage de problèmes psychologiques ? Est-ce que les femmes ne sont pas plus attentives aux stimuli internes de leur organisme que les hommes ? N'auraient-elles pas un idéal plus élevé de santé mentale ? Mais, jusqu'ici, le fardeau de la preuve penche dans une large mesure en faveur d'une absence de biais.

LE MARIAGE : PROTECTEUR OU AGGRAVATEUR ?

L'étude de Mid-Manhattan (Srole, 1962) a eu un impact énorme lorsqu'elle a mis en lumière que les hommes étaient plus protégés par le mariage que les femmes : 1,5 plus de problèmes psychiatriques chez les hommes célibataires que chez les hommes mariés alors que le rapport est de 0,8 entre les taux des femmes célibataires et des femmes mariées. Cinq autres comparaisons provenant d'études répondant à des critères scientifiques minimaux ont été compilées par Eaton (1980). En moyenne, l'entrée dans le mariage n'affecte que très peu la santé mentale des femmes et la même chose est vraie chez les hommes pour deux études alors que les trois autres corroborent les résultats de Mid-Manhattan, c'est-à-dire que les hommes célibataires s'en tirent plus mal que les hommes mariés. Dans l'étude de [103] l'Estrie citée plus haut (Denis et coll, 1973), les célibataires ne diffèrent pas des gens mariés mais aucun recoupement n'a été établi avec le sexe et le même résultat a été reproduit dans la phase pilote de l'enquête Santé-Québec.

Les interprétations se sont attachées bien plus aux différences entre les sexes soit à l'intérieur du mariage, soit à l'intérieur de l'état du célibat, qu'à comparer l'effet du passage entre le célibat et le mariage. Et il était bien évident que les hommes paraissaient profiter mieux du mariage que les femmes. D'où les plaintes qui fusaient de toutes parts dans la foulée du mouvement féministe - même si les auteurs étaient masculins et pas explicitement pro-féministes - pour expliquer le mauvais sort que le mariage faisait aux femmes : double rôle au foyer et

au travail, surcharge des enfants, nombre des enfants, non reconnaissance de la valeur du travail domestique par la culture, absence de contacts avec la famille étendue, position de subordonnée à l'intérieur du couple, ou encore préparation inadéquate aux tâches adultes pendant le processus de socialisation (voir Eaton, 1980, pour une revue). Or, bien que les raisons sociales de ce procès en faveur de la libération de la femme mariée aient été tout à fait fondées, il n'en reste pas moins que les statistiques n'appuyaient en rien de telles déclarations. Les chiffres sont clairs : la femme se porte aussi bien (ou aussi mal) qu'elle soit mariée ou célibataire. Le passage ne semble pas affecter fondamentalement son état de santé mentale. Si elle ne porte en moyenne moins bien que l'homme, c'est du côté de son rôle de femme en soi et non de femme mariée qu'il faille regarder.

Ce sont davantage les statistiques concernant les hommes qui sont à considérer : il est assez clair qu'ils semblent en apparence profiter du mariage. Mais cela n'est pas du tout certain en l'absence de données longitudinales. Il peut en effet s'opérer un effet de sélection, en ce sens que les hommes avec des problèmes psychologiques comme de l'anxiété, de la timidité, de l'agression ou des problèmes de toxicomanie, arrivent moins bien à se marier alors que ce facteur ne jouerait vraisemblablement pas pour les femmes. S'ils n'arrivent pas à se marier dans une aussi grande proportion, c'est soit qu'ils sont [104] moins attractifs du point de vue de leur personnalité ou soit, hypothèse que nous préférons, parce qu'ils n'arrivent pas à trouver un emploi stable et des revenus suffisants pour faire vivre une famille.

Toutes ces discussions qui couvraient des données déjà un peu vieilles risquent de perdre toute leur actualité en regard de résultats épidémiologiques plus récents : autant les hommes que les femmes célibataires (de 21 à 22% de taux psychiatriques) sont passablement désavantagés par rapport aux hommes et aux femmes mariés (entre 10 et 13%) (Leaf et coll., 1984). Des résultats convergents mais sans des différences aussi dramatiques sont obtenus à partir d'échelles évaluant le bonheur, la satisfaction avec la vie et les émotions sur la base d'un échantillon national américain (Gove, et coll., 1983). Dans cette recherche, les hommes s'en tirent relativement mieux encore une fois à l'intérieur du mariage. Les auteurs se rabattent alors SUE la vieille idéologie victorienne (Stearns et Stearns, 1986) qui consacre la famille comme la protectrice de l'aire privée et qui donne une significa-

tion à l'individu (sous-entendu contre la société anonyme et cannibale).

En l'absence de données vérifiées, il est difficile d'expliquer pourquoi soudain l'état de célibataire devient moins enviable du point de vue de la santé mentale dans une période justement où l'institution du mariage traverse une crise. L'hypothèse qui nous semble la plus plausible est que la nouvelle distribution des taux n'a probablement rien à voir avec l'état de célibat en soi. Il faut rappeler que la plupart des célibataires sont des jeunes de moins de 25 ans et que cette catégorie a vu son sort diminuer au cours des dernières années ; les jeunes sont plus exposés au chômage, aux problèmes de séparation des parents et il y a eu également une nette augmentation des suicides. Et il y a même un pourcentage de ces "célibataires" qui sont mères ou pères sans véritable sécurité économique ou perspective d'avenir. Seule une identification des cas qui haussent la moyenne des célibataires et de leurs conditions sociales permettrait une réponse juste à la question posée par les nouvelles données.

[105]

S'il est vrai que le mariage peut éventuellement contribuer à la bonne santé mentale, c'est le mariage heureux et non le simple mariage qui en est responsable. Les données de Gove et coll. (1983) laissent voir une corrélation très élevée entre la satisfaction par rapport au mariage et tous leurs indices de santé mentale positive utilisés et cette dynamique joue encore plus dans le cas des femmes que des hommes. Le mariage insatisfaisant est associée à des tensions qui peuvent provenir de plusieurs sources : soit qu'il y ait des événements perturbants comme des besoins économiques ou des problèmes avec les enfants à l'intérieur de la famille, soit que le mariage est affecté par des facteurs externes comme un emploi dans une autre ville ou des relations de travail difficiles, ou soit que l'un ou les deux membres du couple aient des problèmes psychologiques avant le mariage qui ne font que créer des tensions. Cette dernière explication est certainement vraie en partie puisqu'une grande proportion des personnes qui consultent en psychiatrie se séparent ou divorcent et nous supposons que leur vie maritale a été très insatisfaisante à une étape donnée.

LES ÉPREUVES DE LA VIE FAMILIALE

Les situations familiales à risques ont été davantage étudiées pour les femmes que pour les hommes. L'étude classique de Brown et Harris (1978) démontre avec évidence que le fait d'être confiné à la maison avec trois enfants de moins de 14 ans et sans l'appui du mari comme confident constitue la constellation de facteurs idéale pour développer une dépression. Les résultats de Gore et Mangione avec une échelle de dépression (1983) vont dans le même sens à savoir que les ménagères avec un enfant entre six et 12 ans à la maison sont plus à risques. D'autres études menées plus tôt sur la côte Est des États-Unis ou dans des régions rurales ne démontrent pas que le travail soit un apport positif pour les femmes mariées. Cependant, dans ces études, les femmes au travail sont minoritaires au sein du groupe des mariées alors que 60 % des femmes mariées travaillent à Boston où s'est déroulée l'étude de Gore et Mangione. Il est imprudent de dire que le travail en soi augmente la santé mentale des femmes puisque la relation positive serait observée dans la majorité des [106] études. Notre hypothèse est que lorsqu'un milieu encourage les femmes à travailler, il lui offre un soutien qui facilite l'accomplissement des tâches ménagères (participation du mari, garde des enfants par les voisins). À remarquer que dans l'étude de Boston, aucune relation n'est obtenue avec l'âge du plus jeune enfant ou le nombre d'enfants. Ce qui n'est pas le cas pour l'échelle de symptômes psychophysiologiques : son score ne différencie pas entre les femmes au travail et les femmes au foyer et il augmente avec le nombre d'enfants. On ne connaît à cet égard que peu de choses sur les conditions psychosociales particulières qui affectent ces deux échelles. Risquons-nous à avancer que la dépression serait signe d'une insatisfaction tandis que l'échelle psychophysiologique traduit davantage un épuisement et une déstabilisation du rythme de vie.

Ifeld (1982) soutient que ce sont davantage les tensions reliées au rôle plutôt que les événements dramatiques qui mènent aux états dépressifs et que les tensions du mariage sont les plus marquantes. La qualité vie de couple est effectivement plus corrélée avec la dépression que l'emploi, les finances, les obligations de parent ou de la vie domestique, de même que les relations avec le voisinage. La vie de

couple peut d'un autre angle être affectée par ces sources de stress, mais dans le cas où elle demeure relativement intacte, ces sources ont moins de chances de pouvoir miner le moral. Ce n'est donc pas surprenant que les efforts thérapeutiques et d'intervention communautaire, institutionnels ou non, se centrent davantage sur la vie de couple et la famille que ce soit au Québec ou aux États-Unis. C'est à ce niveau que les gens ressentent le plus de pression psychologique sans qu'on puisse toutefois conclure que les autres sources ne sont pas importantes ou antérieures. Chez les hommes employés non mariés, les tensions reliées au statut de célibataire sont aussi les plus reliées à la dépression tandis que chez les femmes employées non mariées, cette source arrive en deuxième place précédée par les soucis financiers.

Contrairement à ce que d'aucuns croient, Ilfeld n'a trouvé que très peu de la variance des stressseurs maritaux - 3% en fait - reliée aux facteurs socio-démographiques [107] habituellement reliés à la classe sociale ou aux différences de départ entre époux (âge, éducation, origine sociale ethnique). De même, les rôles de parent, les problèmes financiers, d'emploi ou avec le voisinage sont minimalement reliés aux stressseurs maritaux (9%). Les qualités personnelles (estime de soi, déni, franchise) le sont légèrement plus (19%). En fait, c'est ce qui se passe dans la relation de couple qui importe puisque 30 % de la variance est ainsi expliqué par les comportements. En premier lieu viennent les querelles, suivi des mésententes ou manque de consensus et puis ex-aequo, l'absence de dialogue et d'activités communes. Les stratégies d'adaptation sont les plus reliées aux stressseurs maritaux, mais ils sont également plus personnels que sociaux. L'action et l'optimisme sont les meilleurs remèdes.

LA SORTIE DU MARIAGE

Les personnes qui perdent ou quittent un conjoint sont en général désavantagées par rapport aux gens mariés du point de vue de plusieurs indices de santé mentale et physique même plusieurs années après la perte (Bozzini et coll., 1986). La vulnérabilité des veufs est particulièrement manifeste durant la période d'un à deux ans qui suit la mort de la conjointe. Voici un tableau résumé de quelques études :

	Mariés	Séparés/ Divorcés	Veufs
États-Unis, R.D.C., Myers & Weissman, 1984	16,30%	20,90%	21,7%
États-Unis, Langner	28,9%	46,77	31,7%
États-Unis, CES-D, Radloff, 1975			
Hommes	7,33	12,80	7,90
Femmes	9,53	10,33	13,70
Verdun-Rimouski, Ilfeld, Tousignant et Kovess, 1985	6 à 8%	12 à 18%	12%
Estrie, M.O.S., Denis et coll., 1973	20%	38%	42%
États-Unis, satisfaction, Gove et coll. 1983			
Hommes	2,27	1,68	1,88
Femmes	2,38	2,07	2,07
Yale, D.I.S., Leaf et coll, 1984	14,1	26 à 27%	14,8
Montréal, Bien-être, Bozzini, 1986			
Hommes	88,91	90,90 ¹	
Femmes ²	86,47	86,34 ¹	

² Ce sous-groupe contient quelques veufs et veuves.

[109]

Le tableau 1 démontre que les gens mariés ont habituellement un avantage qui est parfois nettement marqué par rapport aux personnes qui ont perdu ou laissé leur conjoint. Le rapport de problèmes psychologiques peut même aller du simple au double tout en soulignant que les différences sont beaucoup moins fortes dans d'autres études. Toutefois, la condition de veuvage fait parfois exception à la règle de telle sorte qu'il est bien difficile de tirer des conclusions définitives sur la relation entre cet état et la santé mentale.

Encore une fois, il est évident que ce n'est pas le mariage, mais le mariage satisfaisant qui est protecteur de la santé mentale. Dans l'étude de Yale (Leaf et coll., 1984), les mariés qui ne s'entendent pas avec le conjoint ont plus qu'une chance sur deux d'avoir un diagnostic psychiatrique, alors que les probabilités pour l'échantillon sont de un sur six (voir aussi Zeiss et coll., 1980 ; Gove et coll., 1983). Il est plausible, en tenant compte de cette indication, que la sortie du mariage puisse donc avoir des effets bénéfiques sur l'équilibre psychologique sans vraiment, pour l'ensemble de la catégorie divorcés/séparés, ramener le niveau à ce qu'il est pour les mariages sans problèmes. Un certain nombre de femmes de milieux défavorisés se considèrent somme toute plus épanouies personnellement après leur séparation tout en reconnaissant avoir traversé une période noire dans la période qui a immédiatement suivi (Baker-Miller, 1982). Les deux études citées plus haut où il existe des comparaisons entre les sexes font voir que les hommes ont des écarts beaucoup plus grands que les femmes entre les deux statuts. L'initiative du divorce provenant davantage des femmes (Ritchie, 1980) celles-ci considèrent probablement qu'elles ont moins à perdre que les hommes au point de départ et elles se préparent plus tôt à faire face aux conséquences. Et il serait intéressant de voir à quel niveau s'abaissera le taux de cette catégorie en éliminant les personnes qui traînent un problème psychiatrique chronique présent lors d'un mariage. Pearlin et Johnson (1977) remarquent néanmoins que les [110] personnes sans conjoint vivent en général dans une situation socio-économique plus précaire, mais même en tenant ce facteur constant, les différences persistent.

L'analyse de Weingarten (1985) fournit certains éléments de réponse sur les différences entre mariage et sortie du mariage en comparant entre elles des personnes mariées pour la première fois, des séparées/divorcées et des remariées en contrôlant pour le sexe et l'éducation. Il s'agit d'un échantillon de race blanche couvrant le territoire des États-Unis. Les remariés sont similaires aux divorcés sur à peu près toutes les échelles sauf celles qui évaluent le bonheur et la satisfaction et qui démontrent qu'ils sont plus malheureux. Donc, aucun indice de moins bonne santé mentale (anxiété, consommation d'alcool et de médicaments). D'autre part, les remariés ont généralement un sort moins enviable que ceux qui vivent un premier mariage ; ils éprouvent plus d'événements pénibles - ce qui pourrait être attribuable aux situations familiales complexes - ils avouent plus souvent qu'ils sentent qu'ils vont avoir une dépression nerveuse et ils consomment plus de produits reliés à la toxicomanie. Par contre ils se sentent aussi heureux. Ces comparaisons laissent évidemment prévoir que les divorcés seront dans une position moins enviable lorsque comparés au groupe "premier mariage". Effectivement, ils sont plus anxieux, s'en font davantage et sont moins optimistes. Par contre, il n'y a pas de différences entre les trois groupes pour l'estime de soi, ce qui laisse penser que les différences de santé mentale ne sont pas systématiques et ne couvrent que certaines dimensions davantage reliées aux épreuves à traverser qu'à des problèmes chroniques de personnalité.

Un certain nombre d'études ont analysé plus spécifiquement la situation des personnes en situation monoparentale. Comme on peut facilement le déduire à la suite du tableau précédent, cette catégorie est défavorisée du point de vue psychologique (Blanchard, 1984). On y remarque plus de maladies coronariennes, de dépression, de suicides, d'homicides, d'accidents d'automobiles et d'alcoolisme que chez les gens mariés (Pilisuk et Froland, 1978). Les indices de malaises psychologiques - anxiété, impuissance, [111] ennui, solitude - y sont également plus élevés (Pett, 1982 ; Lamont et coll., 1980). Ces états sont chroniques, puisqu'ils perdurent au-delà de six ans, ne sont pas le seul effet du choc de la séparation (Smith, 1980). Il faudrait donc regarder du côté des conséquences économiques en particulier pour les explications : charge des enfants, mobilité résidentielle et économique vers le bas, continuité des conflits avec l'ex-époux aggravés parfois par l'en-

jeu des enfants absent auparavant, diminution du temps pour les contacts sociaux et reconstruction du réseau social.

L'ADDITION DES RÔLES

L'une des idées dominantes pour expliquer la relative moins bonne santé mentale des femmes par rapport aux hommes repose sur le fait que la femme est restreinte à un rôle traditionnel au foyer, rôle considéré de seconde importance par la société, et qui n'offre pas de possibilités de gratifications lorsque les choses tournent mal (Gove et Tudor, 1973). En revanche, les hommes sont impliqués à la fois dans leur vie professionnelle et dans leur vie domestique, ce qui permet des sources de gratification plus variées. Cette explication, qui n'a jamais été directement démontrée, vaut de moins en moins à mesure que les femmes accèdent au marché du travail à un taux qui atteint maintenant 60 % aux États-Unis. Cependant, les données plus récentes tendent plutôt à appuyer cette hypothèse.

En ce qui concerne les femmes, le fait d'être mariée ou de cohabiter est associé à un plus petit nombre de symptômes physiques (Waldron, 1980) ou de symptômes de dépression (Kandel et coll., 1964). Si en plus la femme travaille, la dépression se fait moins présente (résultat corroboré par Aneshensel et coll., 1981 bien que cette étude obtient des données un peu moins concluantes sur l'ensemble des facteurs). Et si par dessus cela la femme a des enfants, son sort, loin d'empirer, s'améliore encore plus. À l'autre extrême se trouve la femme sans enfant, qu'elle soit cohabitante ou célibataire, et sans emploi. Il vaut mieux, et par une bonne marge, être chef de famille monoparentale. Ici, il est nécessaire de [112] rappeler que les mêmes associations ne se retrouvent pas avec des échelles de bien-être (Campbell, 1981 ; Warr et Parry, 1982). Par ailleurs, en ce qui concerne ces femmes, ce sont les difficultés avec le mariage et la famille plutôt que celles reliées au travail qui ont le plus d'effets sur le niveau de dépression. Cela n'exclut pas cependant que les problèmes de couple soient la conséquence de conflits à propos du travail.

Il y a lieu de demeurer quelque peu prudent sur l'interprétation de ces conclusions en l'absence de données plus précises sur les caracté-

ristiques d'emploi et de provenance socioéconomique de ces échantillons (Bozzini et coll., 1986), bien que les études de Kandel et coll., (1985) et Aneshensel et coll. aient été conduites à partir d'échantillons représentatifs.

LA SOCIALIZATION DIFFÉRENTIELLE

La théorie de l'impuissance acquise tente d'expliquer les différences sexuelles par rapport à la dépression par l'attitude de l'environnement depuis l'enfance, les différences sexuelles par rapport à la dépression. Dans sa première version, cette théorie stipule que si le comportement n'est pas rapidement sanctionné en fonction du résultat obtenu, récompense pour les bons coups et punitions pour les déviations, la personne n'apprendra pas à ajuster son comportement puisqu'elle en conclura que les réactions de l'entourage sont le fruit du hasard (Seligman, 1975). Les conséquences en seront du point de vue psychologique une incapacité d'apprendre, un abaissement de l'estime de soi et de la tristesse. Dans sa version révisée, la théorie stipule que les personnes qui expliquent les mauvais événements en les attribuant à des causes englobantes, persistantes et qui se rapportent à elles-mêmes seront plus vulnérables à la dépression que celles qui font le contraire (Abramson, Seligman et Teasdale, 1978). Ces explications sont tout à fait plausibles puisque une série d'études confirme que les filles adoptent effectivement plus d'attitudes qui en vertu de ces théories les rendraient davantage vulnérables à la dépression que les garçons (voir Nolen-Hoeksema, 1987). Mais ces études ont été faites sur des [113] populations d'enfants et d'étudiants universitaires où il n'existe pas de différences sexuelles par rapport à la dépression et aucune preuve directe n'a été faite.

La deuxième hypothèse a trait au fait que les garçons possèdent une attitude plus active quand ils sont déprimés : ils font des activités physiques, du sport, prennent des drogues alors que les filles tendent à se retourner sur elles-mêmes et à ruminer leur sort (Nolen-Hoeksema, 1987). La dernière attitude tend à évoquer davantage les événements malheureux du passé pour expliquer la dépression et à nourrir les sentiments dépressifs aussi bien dans le présent que pour les occasions subséquentes. Encore une fois, cette explication est séduisante mais

les populations où des écarts entre les sexes ont été trouvées ne présentent pas de différences pour la dépression.

LES ÉVÈNEMENTS CRITIQUES

Un deuxième ensemble de facteurs pour tenter d'expliquer les différences entre les sexes a trait aux événements de vie et aux réactions et stratégies pour y faire face. Il demeure en tout cas très improbable que ce soit le décompte des événements vécus qui explique la différence de santé mentale (Thoits, 1987). Devant cet état de fait, il est nécessaire de considérer si des types d'événements ne seraient pas plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, ou que ces événements spécifiques, même s'ils ne sont pas plus fréquents chez l'un des deux sexes, peuvent néanmoins toucher un groupe plus durement que l'autre. Dans cet optique, les deux sexes ne seraient pas également vulnérables aux mêmes stressors et certains événements seraient plus souvent vécus par les femmes ou certains sous-groupes parmi les femmes. C'est ainsi que les femmes dans une étude américaine non seulement rapportent plus d'événements rattachés au réseau social que les hommes mais en sortent plus perturbées émotionnellement (Kessler et McLeod, 1984). La raison en serait que l'on s'attend davantage à ce que les femmes s'occupent des urgences lorsque par exemple un parent tombe malade ou qu'un enfant est victime d'un [114] accident. On pourrait également penser que les femmes, tout comme les personnes dont le statut est habituellement inférieur dans notre société tels les pauvres, ne possèdent pas un sentiment de contrôle et de maîtrise de ce qui leur arrive (Thoits, 1987).

L'analyse de Thoits des données de l'étude de Chicago (Pearlin et Lieberman, 1979) permet de jeter un nouveau regard sur la contribution des événements stressants à la santé mentale des femmes (mesurée par l'échelle du Hopkins) et d'infirmier certaines idées qui avaient été suggérées suite à des études précédentes. Ainsi, contrairement à l'hypothèse formulée par Dohrenwend (1978), les femmes ne sont pas systématiquement plus exposées que les hommes à des événements personnels incontrôlables. De même on ne retrouve pas les différences mentionnées plus haut concernant les événements reliés au réseau : aucune différence chez les gens mariés ; chez les non mariés, les

femmes séparées et divorcées rapportent relativement plus d'événements reliés à leurs enfants tandis que les hommes célibataires rapportent plus d'événements reliés à leurs parents ou des déménagements d'amis et de membres de la parenté. Mais, en général, les événements impliquant le réseau n'expliquent pas les scores de détresse plus élevés chez les femmes et ce sont particulièrement les événements reliés à la santé qui les affectent. Par ailleurs, même si le sentiment de maîtrise sur sa destinée est inférieur chez les femmes et qu'il soit généralement associé à la santé mentale, il n'arrive à expliquer les écarts sur l'échelle de santé mentale entre les sexes (aussi dans Lin, Dean et Ensel, 1986). Enfin, c'est au sein du groupe des mariés que les différences sont les plus intéressantes - et ce n'est d'ailleurs qu'au sein de ce groupe que des différences de santé mentale sont notées - : les épouses sont plus vulnérables aux événements incontrôlables et aux événements du réseau tandis que les époux sont plus vulnérables aux événements sur lesquels ils pourraient assumer un certain contrôle (problèmes maritiaux, avec l'entourage ou avec l'emploi). Bref, les hommes semblent plus sensibles à ce qui peut être interprété comme un échec personnel. L'autre conclusion à tirer c'est qu'on ne peut pas indifféremment comparer des groupes d'hommes et de femmes sans tenir compte à la fois des risques reliés à la fois au nombre et à la combinaison de rôles [115] à assumer. Il faut de plus considérer l'implication des événements par rapport à l'identité reliée au rôle. Ainsi, il existe des différences notables entre les sexes lors du processus du bris du mariage. La période dite de séparation qui suit immédiatement occasionne doublement plus de changements de vie chez les ex-épouses alors que la période prédivorce est plus difficile à cet égard pour les hommes (Ensel, 1986).

LE SOUTIEN SOCIAL

À première vue, il peut paraître bizarre d'invoquer que le soutien social intervienne dans les différences de santé mentale. N'est-il pas vrai en effet que les femmes investissent plus dans leurs relations sociales que les hommes ? D'autre part, justement parce qu'elles investissent plus, ne serait-il pas possible que les risques soient plus grands si l'appui faisait défaut ? À un autre niveau, on a un peu facilement

assumé que les gens mariés jouissaient d'un appui émotionnel qui ferait défaut aux non mariés (Brown et Harris, 1978). N'y aurait-il pas lieu de croire qu'il existe, en dehors des relations de couple, des liens d'amitié forts qui permettent tout autant de traverser les épreuves de la vie ? C'est à ces questions que s'est attaquée une équipe de chercheurs d'Albany dans le centre de l'état de New York (Lin, Dean et Ensel, 1986) suite à une étude longitudinale sur un échantillon de plus de 500 personnes employant une échelle de dépression (CES-D).

Ils ont trouvé, outre le fait que les femmes sont plus déprimées que les hommes sauf chez les séparées, que le soutien social est le plus élevé chez les gens mariés et le plus faible chez les divorcés peu importe le sexe.

Encore une fois, on remarque que lorsque les conditions sont également favorables, peu d'événements et le soutien élevé, il n'y a pas plus de dépression chez les femmes que chez les hommes, qu'ils soient ou non mariés. Par contre, si ces deux facteurs sont défavorables, beaucoup d'événements et peu de soutien, les femmes écopent davantage que les hommes par une marge variant entre 35 % chez les mariés et 73% chez les non-mariés. [116] C'est donc dire que ce n'est pas le mariage en soi qui protège mais plutôt le soutien qu'on y trouve pour faire face aux épreuves.

En ce qui concerne le sexe du confident, la littérature rend compte des faits suivants : les époux rapportent plus de soutien de leurs épouses que vice-versa ; les femmes forment davantage des amitiés intimes avec des membres du même sexe tandis que les hommes démontrent des réticences à cet égard. Enfin, on fait état que les femmes ont probablement plus besoin des hommes pour affirmer leur féminité que les hommes ont besoin des femmes pour assumer leur identité sociale.

Les résultats de l'enquête d'Albany révèlent que lorsqu'on tient constant le sexe du confident, les différences des scores de dépression entre les hommes et les femmes disparaissent. En fait, les niveaux de dépression sont inférieurs chez ceux et celles qui possèdent un confident de l'autre sexe. Les personnes qui entre les deux temps de l'enquête passent d'un confident du même sexe à un confident de l'autre sexe voient leur score de dépression diminuer. En cas contraire, le score de dépression s'élève, ce qui pourrait également correspondre à

un bris du mariage et il n'est pas certain que le changement de confident soit la variable directement impliquée dans le changement de score de dépression.

À travers toutes les catégories de statut marital, les hommes choisissent davantage une femme comme confidente, tandis que cela n'est vrai pour les femmes qu'à l'intérieur du mariage. Les différences sont relativement frappantes chez les divorcés où 50 % des hommes choisissent une femme comme confidente alors que seulement 19 % des femmes rapportent un confident de l'autre sexe. Les pourcentage sont respectivement de 39% chez les hommes et 6 % chez les femmes dans la catégorie des jamais mariés. À l'intérieur du mariage, c'est le choix de l'épouse/amant qui est l'élément protecteur contre la dépression. À l'extérieur du mariage, les hommes, à l'exception de ceux qui sont récemment séparés, la relation avec une amante ou un membre de la parenté est un élément favorable en ce qui concerne la dépression alors que pour les femmes, le facteur du sexe du confident ne joue [117] aucun rôle significatif. Les femmes de ces catégories donnaient l'impression que la relation était perçue comme moins stable et donc apportant moins de confiance et de soutien. Pour les divorcés, c'est le choix d'un membre de la parenté qui est important chez les femmes tandis que la catégorie de la personne-cible n'a que peu d'importance chez les hommes.

L'étude trouve également que lors du bris du mariage, les liens avec l'entourage sont moins forts et le soutien qui peut en être attendu s'en trouve diminué et on observe parallèlement plus de détresse émotionnelle. Il y a également des nouvelles connaissances qui sont faites mais les liens n'ont pas encore eu le temps de se consolider.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

- Abramson, L.Y., Seligman, M.E.P. et Teasdale, J.D. (1978). Learned helplessness in humans : Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. 87. 49-74.
- Al-Issa, I. (1982). Gender and child psychopathology. In : I. Al-Issa : *Gender and Psvchopathology*. New York : Academic Press, 54-83.

- Aneshensel, C.S., Frerichs, R.R. et Clark, V.A. (1981). Family roles and sex differences in depression. *Journal of Health and Social Behavior*. 22. 378-393.
- Baker-Miller, J. (1982). Psychological Recovery in Low-Income Single Parents. *American Journal of Orthopsychiatry*. 52(2), 346-352.
- Bertrand, M.A. (1979). Les femmes, la folie et au-delà. *Santé Mentale au Québec*. 4(3) 11-24.
- Briscoe, M. (1982). Sex Differences in Psychological Well-being, *Psychological Medicine*, Monograph Supplement 1.
- Bozzini, L., Dufort, F. et Tessier, R. (1986). Situations maritales, santé physique et bien-être psychologique. Rapport final de recherche Montréal.
- Brown, G.W. et Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression : A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London : Tavistock.
- Campbell, A. (1980). *The Sense of Well-being in America*. New York : McGraw-Hill.
- Comstock, G.W. & Helsing, K.J. (1976). Symptoms of depression in two communities. *Psychological Medicine*. 6. 551-563.
- Davis, M.A. (1981). Sex différences in reporting osteoarthritic symptoms : a sociomedical approach. *Journal of Health and Social Behavior*. 22. 298-310.
- [118]
- Denis, G., Tousignant, M. & Laforest, L. (1973). Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 64, 387-397.
- Dohrenwend, B.S. (1978). Social status and responsibility for stressful live events. In : C.D. Spielberger et I.G. Sarason (eds.) *Stress and Anxiety*. vol. 5. New York : Wiley.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B. Neugebauer, R. & Wunsch-Hitzig, R. (1980). *Mental Illness in the United States*. New York : Praeger.
- Eaton, W.W. (1980). The Sociology of Mental Disorders. New York : Praeger. Engelsman, F., Murphy, H.B.M., Prince, R.,

- Leduc, M. & Demers, H. (1972). Variations in response to a symptoms check-list by âge, sex, income, résidence and ethnicity. *Social Psvchiatry*. 7, 150-156.
- Fiset, F. (1978). Étude comparative des scores aux items des échelles de santé mentale en fonction de la variable sexe. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Gore, S. et Mangione, T.W. (1983). Social roles, sex rôles and psychological distress : additive and interactive models of sex différences. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(4). 300-312.
- Gove, W. and Tudor, J. (1973). "Adult sex rôles and mental illness". *American Journal of Sociology*. 78 : 812-35.
- Gove, W., Hugues, R., Micheal et Style, Briggs, C. (1983). Does marriage hâve positive effects on the psychological well-being of the individual ? *Journal of Health & Social Behavior*. 24, (2), 122-131.
- Graham, P. et Rutter, M. (1973). Adolescent disorders. In : M. Rutter et L. Herson (Eds.) *Child Psvchiatrv : Modern Approaches*. Oxford : Blackwell Scientific Publications.
- Hammen, C.L. & Padesky, C.A. (1977). Sex différences in the expression of dépressive responses on the Beck Depression Inventory. *Journal of Abnormal Psychology*. 86, 609-614.
- Ilfeld, F.W. (1982). Marital stressors, coping styles, and symptoms of depression. In : L. Golberger et S. Bretznitz : *The Handbook of Stress*. New York : Free Press, 482-495.
- Jenkins, R. (1985). *Sex Differences in Minor Psychiatric Morbidity. Psychological Medicine*. Monograph Supplément 7. Cambridge University Press : Cambridge.
- Kandel, D.B., Davies, M.T., Raveis, V.H. (1985). The stressfulness of daily social roles for women : mental occupational and household rôles. *Journal of Health and Social Behavior*. 26. 64-78.
- Keith, Pat, Schaffer, Robert. (1982). A comparison of depression among single parent and married women. *Journal of Psychology*. 110. 239-247.

[119]

- Kessler, R.C. & McRae, J.A. (1983). Trends in the relationship between sex and attempted suicide. *Journal of Health and Social Behavior*. 24(2). 98-110.
- Kessler, R.C. et McLeod, J.D. (1984). Sex differences in vulnerability to undesirable life events. *American Sociological Review*. 49. 620-631.
- Lamont, S., Lamoureux, J. Guberman, N. (1980). *Pour des conditions de vie décentes* : Action Collective. Carrefour des Associations Mono-parentales du Québec Inc.
- Leaf, P.J., Weissman, M.M., Myers, J.K., Tischler, G.L. et Holzer, C.E. (1984). Social factors related to psychiatric disorder : the Yale Epidemiologic Catchment Areas Study. *Social Psychiatry*, 19, 53-61.
- Lin, S., Dean, A. et Ensel, W.M. (1986). *Social support, life events and depression*. Orlando : Academic Press.
- Messier, R. (1980). Problèmes psychologiques, choix de personnes-ressources et modèles d'action chez des adolescents de 14 et 16 ans. Mémoire de maîtrise, Université du Québec à Montréal.
- Murphy, H.B.M. (1978). The meanings of symptoms-checking and clinical surveys : a testing of multiple hypotheses. *Social Science and Medicine*. 12. 67-75.
- Myers, J.K., Weissman, M.M., Tischler, G.L., Holzer, C.E., Leaf, P.J., Orvaschel, H., Anthony, J.E., Boyd, J.H., Burke, J.D., Kramer, M. et Stoltzman, R. (1984). Six-month prevalence of psychiatric disorders in three communities. *Archives of General Psychiatry*. 41. 954-967.
- Newmann, J.P. (1984). Sex differences in symptoms of depression : Clinical disorder or normal distress ? *Journal of Health and Social Behavior*. 25.136-159.
- Nolen-Hoeksema (1987). Sex differences in unipolar depression : Evidence and theory : *Psychological Bulletin*, 101(2), 259-282.
- Parker, G. (1979). Sex differences in non-clinical depression. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 13, 67-74.

- Pearlin, Leonard I., Johnson, J.S. (1977). Marital status, life-strains and dépression. *American Sociological Review*. 42.704-715.
- Pearlin, L.I. et Lieberman, M.A. (1979). Social sources of emotional distress. In : R. Simmons (Ed.) *Research in Community and Mental Health*. Greenwich, CT : JAI Press, 217-248.
- Pett, M.G. (1982). Predictors of satisfactory social adjustment of divorces single parents. *Journal of Divorce*, 5(3), 1-17.
- Phillips, D.L. & Segal, B.E. (1969). Sexual status and psychiatric symptoms. *American Sociological Review*, 34, 58-72.
- Pilisuk, M., Froland, C. (1978). Kinship, social networks, social support and health. *Social Science and Medicine*. 12B. 273-280.
- [120]
- Radloff, L. (1975). Sex differences in depression : The effects of occupation and marital status. *Sex Roles*. 1, 249-265.
- Ritchie, J. (1980). Social characteristics of a sample of solo mothers. *New Zealand Medical Journal*. May 14, 349-352.
- Seligman, M.E.P. (1975). *Helplessness : On Depression, Development and Death*. San Francisco : Freeman.
- Smith, J.J. (1980). The social consequences of single parenthood : A longitudinal perspective. *Family Relations*. 29. 75-81.
- Srole, L., Langner, T.S., Micheal, S.T., Opler, M.K. et Rennie T.A.C. (1962). *Mental Health in the Metropolis*. New York : McGraw Hill.
- Star, S.A. (1975). "The Screening of Psychoneurotics in the Army ; Technical Developments of Tests", In (Stouffers S. et coll. édit.), *The American Soldier*. vol. IV, *Measurements and Prediction*. Princeton : Princeton University Press.
- Stearns, C.Z. et Stearns, P.N. (1986). *Anger : the struggle for emotional control in america's history*. Chicago : The University of Chicago Press.
- Thoits, P.A. (1987). Gender and marital status differences in control and distress : common stress versus unique stress explanation. *Journal of Health and Social Behavior*. 28. 7-22.

- Tousignant, M., Brosseau, R. et Tremblay, L. (1987). Sex bias in mental health surveys : do women tend to report less serious symptoms than men. *Psychological Medicine*. 17. 203-15.
- Tousignant, M. (1984). Pena in the Ecuadorian sierra : a psychoanthropological analysis of sadness. *Culture. Medecine and Psychiatry*. 8. 381-398.
- Tousignant, M. et Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale : le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés*. 17. 15-26
- Weingarten, H.R. (1985). Marital status and well-being : a national study comparing first- married, currently divorced, and remarried adults. *Journal of Marriage and the Family*. 653-661.
- Zeiss, A. M., Zeiss, R. A., Johnson, S. M. (1980). Sex Differences in Initiation of an Adjustment to Divorce. *Journal of Divorce*. 4 (2), 21-33.

[121]

L'étiologie sociale en santé mentale.

Chapitre V

FACTEURS ÉCONOMIQUES ET PAUVRETÉ

[Retour à la table des matières](#)

[122]

[123]

LES DONNÉES ÉPIDÉMIOLOGIQUES

L'une des constantes les plus souvent observées dans les études épidémiologiques est la relation très étroite entre le nombre de problèmes de santé mentale et la classe sociale. (Liem et Liem 1978). L'un des travaux pionniers a été celui de Faris et Dunham (1939) qui ont trouvé que les plus grandes concentrations de premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques provenaient des quartiers les plus pauvres. Les enquêtes de communauté ont par la suite bien illustré la relation directe entre le niveau de santé mentale, défini ici comme absence de symptômes, et la classe sociale. Une compilation qui date déjà d'une vingtaine d'années (Dohrenwend, 1966), trouve que dans 19 enquêtes sur 25, les problèmes de santé mentale se concentrent chez les plus défavorisés. Il a en été de même pour les compilations basées sur les archives de consultations cliniques. L'enquête de New Haven de Hollingshead et Redlich (1958), a particulièrement mis en évidence la concentration des problèmes psychiatriques dans la classe V, c'est-à-dire celle qui comprend le cinquième le plus défavorisé de la population composé de travailleurs non spécialisés et de personnes sans emploi, donc sur le chômage ou le bien-être social. Plus de 40 % des consultations appartiennent à cette classe, soit le double de ce qu'il devrait être d'après les probabilités. La classe I, celle des gens les plus riches, comprend 3 % de la population, mais compte seulement pour 1 % des consultations totales. Il est vrai que ce cas est spécial puisque les relations avec la classe sociale sont le plus souvent linéaires ou même, exceptionnellement, curvilinéaires.

Deux grandes études québécoises de santé mentale ont été menées depuis les 20 dernières années. La première comprend l'ensemble de l'Estrie ou l'équivalent de région socio-sanitaire 5 de l'époque (Denis et al., 1973) et utilise le Health Opinion Survey sur une population de 1,158 répondants entre 25 et 64 ans. Le relation avec le revenu per capita au sein de la famille est de nature linéaire, c'est-à-dire, qu'il y a une augmentation régulière de problèmes à mesure que le revenu diminue. Comme on peut s'y attendre, les régions à [124] plus forts taux de problèmes de santé mentale se concentrent dans la région de Thet-

ford Mines-Lac Mégantic qui, à l'époque, est la plus défavorisée de l'Estrie. L'autre indice socio-économique qui est le niveau de scolarité corrèle également avec la santé mentale : les gens de moins d'une cinquième année comptent quatre fois plus de problèmes que les personnes qui possèdent au moins un diplôme collégial. La deuxième enquête est l'étude pilote de l'enquête Santé Québec qui couvre les territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski (Tousignant et Kovess, 1985). On y remarque également deux fois plus personnes avec un seuil élevé de symptômes chez le groupe à faibles revenus en comparaison avec celui aux revenus plus élevés.

On peut reprocher aux échelles de santé mentale de refléter une dé-moralisation plutôt que la présence de problèmes psychologiques perturbants qui mériteraient une consultation. Le reproche est sans doute fondé en partie, mais la dernière série d'études épidémiologiques qui s'est faite aux États-Unis avec le D.I.S. confirme la forte différence entre les plus riches et les plus pauvres. Les répondants au bas de l'échelle présentent environ 50 % plus de problèmes faisant partie de la classification du D.S.M. ni que les gens à hauts revenus (20,4 % vs 13,7 %) dans un échantillon du Connecticut (Leaf et al., 1984).

LES RÉGIONS PAUVRES PRODUISENT-ELLES PLUS DE PROBLÈMES ?

Les régions les plus économiquement défavorisées présentent donc une plus grande quantité de problèmes de santé mentale. Faut-il en conclure qu'elles en produisent davantage ? Se pourrait-il que les mouvements de population qui se produisent entre les classes sociales soient les principaux responsables de cette concentration dans les milieux défavorisés ? Dans cet optique, on pourrait considérer les milieux pauvres non plus comme des milieux à haut niveau de stress, par suite des conditions de travail ou de logement ou de [125] problèmes familiaux, qui rendent les individus qui y vivent plus vulnérables aux aléas de santé mentale, mais autant et peut-être encore plus comme des lieux de refuge pour les personnes à problèmes de toutes les classes sociales à cause d'une banque de logements ou de maisons à

prix modiques ou d'une plus forte tolérance à l'égard des problèmes de comportement.

L'hypothèse de la sélection, c'est-à-dire de la mobilité descendante des cas psychiatriques a été établie assez bien pour les cas de psychotiques dans l'étude de Dunham (1965) à Détroit. On s'aperçoit que si l'on ne tient pas compte des gens nouvellement arrivés dans le quartier, l'incidence des cas est similaire d'un secteur de la ville à l'autre. Un bon exemple de ce processus est fourni par les ex-patients psychiatriques qui viennent louer des chambres dans les immeubles des quartiers pauvres. Malheureusement, les études sur la mobilité sociale et la santé mentale font défaut pour les communautés. On aurait peine à penser cependant que le seul facteur de mobilité qui opérerait une ponction parmi les classes défavorisées de leurs éléments les mieux pourvus en ressources psychologiques et qui viendrait y déposer les plus dépourvus de ce point de vue des autres classes sociales puisse à lui seul rendre compte des différences somme toute énormes rapportées dans la littérature. Il y aurait lieu cependant de mieux apprécier l'importance de ce facteur qui exigerait de faire une histoire détaillée de la mobilité économique depuis la famille d'origine.

On pourrait également penser à une autre explication qui n'obligerait pas à dire que les classes sociales sont davantage génératrices de problèmes de santé mentale. D'après ce modèle, les classes défavorisées contiendraient plus de cas sans en produire plus. Autrement dit, l'incidence ou le nombre de nouveaux cas serait similaire d'une classe à l'autre, mais non les taux de rémission ou de rechute. Par exemple, la période de guérison pourrait être plus longue chez les gens pauvres où on pourrait être plus sujet à faire une rechute si les circonstances de l'environnement empêchent de reprendre le dessus. Cette [126] hypothèse est assez clairement confirmée dans l'étude de Levy et Rowitz (1973) à Chicago pour les cas psychotiques. Si les classes défavorisées en contiennent davantage, ce n'est pas parce qu'elles en génèrent plus mais bien plutôt parce que le processus de chronicisation est plus développé. Les données sont actuellement manquantes pour les problèmes de moindre gravité comme les troubles affectifs ou de personnalité dans la communauté. Les résultats des études basées sur le Diagnostic Interview Schedule promettent de répondre au moins partiellement à ces questions puisqu'elles évaluent leurs échantillons à deux points bien précis espacés par une année. Mais il sera toujours

difficile de déterminer qui dans ces groupes aura traversé un épisode de trouble psychiatrique dans sa vie passée. Une réponse définitive ne pourra qu'être basée sur une étude prospective à long terme.

LES EXPLICATIONS

Les facteurs de maintien et les facteurs étiologiques ne sont peut-être pas aussi fondamentalement différents en santé mentale qu'en santé physique et c'est pour cette raison qu'il n'est pas nécessaire d'attendre une réponse définitive à la question posée plus haut pour tenter d'expliquer la plus grande fréquence de problèmes de santé mentale dans les classes défavorisées.

a) Les conditions de stress

Si les pauvres présentent un tableau plus négatif de santé mentale, serait-ce parce que leurs conditions de vie sont plus difficiles à supporter ou encore qu'ils vivent davantage de ces événements pénibles qui sont en étroite relation avec les troubles affectifs comme la dépression ou l'anxiété ? La recherche de Dohrenwend (1973) va dans le sens de cette hypothèse en démontrant que les gens pauvres vivent davantage d'événements et surtout de ceux sur lesquels la personne ne possède aucun contrôle. Myers et al. (1974) trouvent également que cette catégorie sociale rapporte davantage d'événements qui sont [127] indésirables. Mais ce n'est pas tant la différence dans le nombre d'événements que le plus grand impact produit par ceux-ci qui semble être la source du clivage des taux de santé mentale entre les classes sociales (Thoits, 1982). Les travaux de Brown et Harris (1978), en corrigeant certaines faiblesses de la méthodologie inspirée de Holmes et Rahe, illustrent comment un même événement peut être source de joie chez des riches et source de soucis chez des pauvres. La naissance d'un enfant si elle survient chez une femme qui vit dans une pièce unique et délabrée au surplus, sans le luxe d'une chambre de bain privée, devient une épreuve alors qu'elle est accueillie avec joie par la femme qui a l'essentiel au point de vue matériel. Les travaux plus récents sur les conditions chroniques de stress confirment assez bien que

celles-ci sont plus souvent rapportés par les individus à bas revenus que chez les autres ; les principales sont la tension maritale, les soucis financiers, la maladie chronique et les pressions au travail (Thoits, 1982). Et ce sont ces conditions, beaucoup plus que les événements dramatiques, qui semblent faire la différence entre les classes sociales.

b) soutien social

La santé mentale va souvent de pair avec le soutien social que l'on retrouve autour de nous. Il est difficile de savoir toutefois si le soutien social protège les gens exposés à des risques ou si les gens vulnérables n'ont pas les ressources pour mobiliser autour d'eux le soutien social nécessaire.

La recherche de Schwab et Schwab (1973, cité dans Liem et Liem, 1978) trouve que les contacts entre amis sont moins fréquents en milieu défavorisé. Le soutien du mari chez les femmes de milieu défavorisé est également un facteur bien mis en lumière chez Brown et Harris (1978). Il y aurait lieu de vérifier si les liens maritaux sont plus négatifs en comparaison des milieux défavorisés. Rainwater (...) rend compte à cet effet que de nombreuses études américaines démontrent que l'instabilité maritale touche davantage les classes défavorisées. Il y a plus de querelles, moins de dialogue, de temps passé ensemble parce que les membres du couple doivent travailler plus et plus fort. L'étude de [128] Turner et Noh (cité par Thoits, 1982) souligne que lorsque les jeunes mères de milieux défavorisés reçoivent un bon soutien social et ont le sentiment d'être en contrôle sur leur vie, elles présentent un aussi bon tableau de santé mentale que les jeunes mères d'autres milieux.

À un niveau plus macro-social, la recherche de l'équipe de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse montre comment les problèmes de santé mentale sont plus fréquents dans les villages désorganisés que dans ceux où il y a un leadership fort. Ces premiers sont caractérisés par l'apathie, la pauvreté, le nombre de foyers brisés, la confusion autour des valeurs, le petit nombre d'associations locales, des possibilités réduites de loisirs et de récréation, une plus haute fréquence d'actes hostiles, de crimes et de délinquance ainsi que des réseaux de commu-

nications faibles et fragmentés. Cette qualité de vie sociale de l'environnement est aussi reliée à la fréquence de déclarations d'actes d'abus d'enfants, dont on peut penser qu'ils sont un reflet de la santé mentale des parents sans pour autant être relié directement à un diagnostic psychiatrique (Bouchard, 1981). Les quartiers qui en comptent le plus donnent place à moins d'échanges sociaux entre les citoyens et cela, même en comparant avec des quartiers qui ont des moyennes de revenus similaires. Une même constatation ressort des études de santé mentale comme l'illustre la loi du ratio. Ce sont les groupes qui se retrouvent en minorité dans un milieu qui présentent des taux supérieurs de problèmes ; les quartiers qui abritent des minorités hétérogènes, ayant peu de contacts entre elles, sont souvent les plus à risques.

c) vulnérabilité psychologique

Plusieurs auteurs sont d'avis que l'estime de soi ou les ressources personnelles sont plus faibles en milieu défavorisé, ce qui expliquerait pourquoi ils se sentiraient plus dépourvus en présence d'événements pénibles. Pearlin et Schooler (1978) remarquent à cet effet que les gens pauvres tendent à avoir recours à des stratégies inefficaces lorsqu'ils font face à des problèmes, employant davantage la résignation ou le déni. Cela pourrait être un [129] comportement adapté quand l'individu n'a pas de contrôle, mais il risque d'y avoir un cercle vicieux qui s'installe en ce sens que plus on se résigne, plus on perd prise sur les événements qui nous arrivent.

d) facteurs de socialisation

Le rapport aux parents durant l'enfance et l'adolescence en milieu défavorisé peut expliquer également le plus grand nombre de conflits psychiques dans ce milieu. Des études qui datent maintenant révèlent néanmoins de grandes différences entre les classes sociales. Waters (1964, cité dans Gleiss) observe que les parents des classes pauvres s'occupent beaucoup moins de leurs enfants que dans les classes moyennes, le rapport étant de 1 à 250. Les pères hésitent à se proposer comme objet d'identification chez les défavorisés. Bronfenbrenner

(1958) note pour sa part une plus grande restriction du développement indépendant et une pression à la conformité dans l'éducation ce qui amène à orienter le comportement en fonction des instances de punitions extérieures au lieu d'internaliser les valeurs. Et lorsque ces parents administrent des punitions, ils le font souvent au hasard, la même faute pouvant passer tantôt sous silence pour être, la prochaine fois, reçue avec une réprimande hors proportion avec la faute. D'autre part, on dénote dans le milieu montréalais plus d'exemples d'abus et de négligence dans les quartiers pauvres même si le phénomène est loin d'être absent chez les plus fortunés.

Il n'y a pas évidemment de démonstration directe entre ces observations et la plus haute fréquence de problèmes psychologiques en milieu défavorisés. Il n'en reste pas moins que ces conclusions suggèrent fortement qu'il existe un lien, le manque de modèles d'identification, les carences parentales et le sentiment de ne pas contrôler les événements étant des facteurs fortement présents dans l'étiologie des problèmes de santé mentale.

[130]

LES INDICES SOCIO-ÉCONOMIQUES

Comme nous venons de le vérifier, les indices socio-économiques corrént amplement avec les indices de santé mentale. On peut cependant se demander à juste titre si le statut occupationnel, le revenu et le niveau d'éducation contribuent au même niveau à cette relation avec la santé mentale. Des analyses complémentaires de Kessler (1982) menées sur une série d'études antérieures menées aux États-Unis démontrent assez bien que trois indices agissent indépendamment sur la santé mentale.

LE CHÔMAGE

a) La notion changeante du chômage

Il n'y a plus comme autrefois de distinction aussi tranchée entre le monde des travailleurs et celui des sans emplois. Ceux qui travaillent, comme le démontre actuellement une recherche menée au D.S.C. Maisonneuve-Rosemont, ont souvent été sans emploi ou s'attendent à entrer dans les rangs des chômeurs avant l'arrivée de leur retraite. Des secteurs traditionnellement considérés comme stables, tels l'industrie de la boulangerie, les compagnies pétrolières ou les grands fabricants d'automobiles, ferment ou menacent de fermer leurs portes. La plupart des employés sont donc préparés aux pires éventualités et amassent parfois des réserves pour affronter les temps durs. Ils savent également qu'ils pourront compter pendant une période appréciable sur des revenus gouvernementaux.

La définition du chômage telle que reprise dans l'enquête de Statistique Canada sur la population active a été arrêtée par les pays membres de l'O.C.D.E. Elle ne correspond pas exactement à certains besoins de la recherche en santé mentale mais nous devons nous y conformer si nous voulons utiliser certaines archives. Ainsi, un étudiant à temps plein qui se cherche un travail à temps partiel est considéré comme chômeur mais non celui qui se cherche du travail à temps plein. Le raisonnement est que la recherche d'un [131] travail à temps plein est incompatible avec le statut d'étudiant à temps plein. Il faut ajouter que beaucoup de personnes qui s'identifient au chômage ne sont pas considérées telles par les statistiques parce qu'elles acceptent de petits contrats temporaires.

Le chômage peut d'autre part soit être considéré comme un événement critique s'il est consécutif à une perte d'emploi, soit correspondre davantage à une condition et devenir en quelque sorte un style de vie. La perte d'emploi peut également être volontaire ou involontaire. Dans le cas d'une mise à pied massive, le caractère collectif de la démarche ne fait pas de doute et laisse peu de place au contrôle de l'individu. Ce n'est pas le cas, si la mise à pied ne touche qu'une seule personne. Au-

tant les conditions économiques que la personnalité de l'employé peuvent avoir contribué au renvoi. Cette distinction de chômage volontaire-involontaire est importante si l'on veut vérifier que la perte d'emploi est indépendante de la volonté du sujet et qu'elle n'est pas dû au départ à la détérioration de sa santé mentale.

b) santé mentale, chômage et récession

Si nous tenons compte des considérations faites plus haut, il va de soi que les études transversales sur la santé mentale des travailleurs et des chômeurs ne peuvent nous renseigner sur la part jouée par la perte d'emploi dans l'explication de l'état psychologique. En effet, de nombreuses personnes peuvent être au chômage d'abord et avant tout parce qu'elles sont alcooliques, déprimées ou sans motivation. Seules les études longitudinales ont valeur explicative et elles sont malheureusement peu nombreuses et très difficiles à mener puisqu'il n'est pas facile d'identifier une cohorte de chômeurs dès le moment de la perte d'emploi. L'étude de Warr et de son équipe (1984) démontre cependant que les personnes qui perdent leur emploi présentent une série de symptômes à l'échelle de Goldberg qui comprennent l'anxiété, la dépression et le manque de motivation. Environ de 25 à 30% de leur groupe voient leur condition psychologique empirer. Par contre entre 5 et 10% avouent moins de symptômes et semblent soulager d'être soustraits au stress du [132] travail. L'étude de Finlay-Jones et Eckart (1981) montre également que presque la moitié des problèmes psychiatriques diagnostiqués qui surviennent après une perte d'emploi ne sont pas attribuables à d'autres agents qu'à cette perte d'emploi.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer les effets négatifs directement reliés au chômage. Ceux observés par Warr (1984) sont les suivants : insécurité reliée aux revenus réduits ; déstabilisation du rythme de vie (d'autres parleront du rythme circadien auquel les réactions dépressives sont sensibles) et des périodes de sommeil ; absence de toute une série d'activités de tous genres directement reliées à l'emploi ; moins de décisions à prendre à cause des revenus amoindris ; et finalement, exposition à des activités menaçantes pour l'image de soi comme celle d'avoir à chercher de l'emploi.

Une autre équipe a tenté de vérifier si l'humeur dépressive était plus élevée dans une population deux mois après une baisse d'emploi dans une analyse de série temporelle. L'étude a été conduite à deux reprises (Catalano et Dooley, 1977 ; Dooley, Catalano, Jackson et Brownell, 1981). L'hypothèse d'une relation directe a été confirmée la première fois mais non à la deuxième occasion.

c) consultations en santé mentale

Les variations du chômage sont reliées aux hospitalisations psychiatriques dans la période de deux ou quatre mois qui s'ensuit (Catalano, Dooley et Jackson, 1981). Dans deux autres études mentionnées par Warr (1984), l'une trouve une relation similaire tandis que l'autre n'y parvient pas. Il est à mentionner qu'on n'est pas encore arrivé à trouver une corrélation avec les consultations externes et on devrait normalement s'attendre à ce que ce soit bien davantage ces services qui notent une augmentation causée par le chômage. Les premières corrélations demeurent jusqu'ici bien difficiles à interpréter.

[133]

d) chômage et santé

Les analyses de Brenner publiées pour la plupart au cours des années 70 ont attiré beaucoup l'attention des hommes politiques américains. Elles portaient sur des relations établies à l'occasion de séries temporelles entre le chômage et d'autres indices de récession économique d'une part et des indices de mortalité, de morbidité (maladies cardio-vasculaires, cirrhoses du foie) ou de consommation de soins de santé d'autre part. Le résultat le plus probant consiste dans une relation inverse entre le taux de chômage de l'état de New York et les nouvelles admissions dans un hôpital psychiatrique (Brenner, 1973). Ces calculs portaient sur la population dans son ensemble et non pas sur les citoyens qui en étaient directement victimes comme les chômeurs. Des corrélations ont aussi été trouvées avec les taux de mortalité infantile et de maladies cardiaques. Ces résultats ont été largement criti-

qués au cours des dernières années et Warr (1984) résume ainsi les arguments qui jettent un doute sur la validité de ces conclusions malgré tout impressionnantes :

1. L'intervalle optimal pour trouver une forte corrélation se situe entre cinq et dix ans. Il se peut que des événements économiques beaucoup plus récents soient en cause que ceux indiqués par Brenner.
2. Les corrélations ne valent souvent qu'à l'intérieur d'une période définie et disparaissent en n'ajoutant que quelques années à la série. Plusieurs de ces corrélations risquent donc d'être attribuables au hasard.
3. Ces relations dites de type écologique ne sont pas confirmées pour autant au niveau individuel et ne se prêtent pas à des interprétations causales.

Les études longitudinales qui ont plus directement tenté de vérifier si le chômage influençait la santé ont abouti dans leur ensemble à des résultats négatifs dont l'une qui est en voie de parachèvement dans la région de Montréal (Roy, 1986).

[134]

Le chômage n'en reste pas moins une épreuve qui laisse des empreintes sur la santé mentale. Les revues sur la question (Kelvin et Jarrett, 1985 ; Hayes et Nutman, 1981) reprennent les étapes qui ont été proposées (Harrison, 1976, cité dans Kelvin et Jarrett, 1965) pour décrire la trajectoire psychologique typique après la perte d'emploi involontaire. Il y aurait d'abord une période de choc qui se traduit par une baisse du moral ; puis vient une étape d'optimisme peu de temps après à laquelle fait suite une lente baisse vers un plancher qui sera atteint quelques six mois après la mise-à-pied. Les soucis qui accentuent cette baisse de moral sont les problèmes financiers, l'ennui, la baisse de l'estime de soi et l'espoir dilué de retrouver du travail. Un des effets centraux est la déstructuration de la vie quotidienne avec des périodes de sommeil plus longues, ce qui peut affecter les rythmes circadiens, les contacts plus fréquents et les plus fortes probabilités de friction avec l'épouse et le besoin de se reconstruire une autre image auprès

d'elle. L'étude longitudinale de Parnes et King (1977) met en relief le glissement de l'interne vers l'externe du centre subjectif de contrôle entre l'entrée en chômage et la deuxième année qui suit.

La perte d'emploi par ailleurs ne possède pas toujours des conséquences aussi catastrophiques. Les premières semaines sont généralement libératrices, permettent d'échapper à un travail stressant et à s'occuper d'intérêts qui, faute de temps, avaient été mis en veilleuse. Dans l'étude de Little (1976), la moitié des hommes mis à la porte considèrent leur situation comme une opportunité d'améliorer leur sort plutôt que comme une crise.

Il existe donc encore relativement peu d'études individuelles. Les résultats dans l'ensemble portent sur des agrégats, ce qui limite sensiblement leur pouvoir explicateur.

e) Conditions de travail et santé

Dans un monde où le marché du travail semble opérer un clivage entre ceux qui doivent utiliser des techniques de plus en plus développées et ceux dont les talents ne sont que très faiblement mis à profit, il est important de voir si ces dernières conditions corrélerent [135] avec la santé mentale. Plusieurs recherches démontrent que le stress relié au travail et donc à la survie économique est un facteur très important dans l'étiologie des problèmes de santé mentale. Myers et Roberts (1959) illustrent comment le souci de garder un emploi, l'angoisse de la perdre et le sentiment d'exploitation varient inversement avec le niveau de la classe sociale et directement avec le degré de maladies psychiques. De même, Cobb et al (1986) et Wemer et Ross (1969) concluent qu'il existe beaucoup plus de réactions psychopathologiques et de prodromes de troubles psychiques chez ceux dont l'emploi est précaire. Culpin et Smith (1930, cité dans Gleis, 1973) insistent sur l'aliénation par rapport au produit du travail et l'appareil rigide de l'organisation qui ne permettent que peu d'espace pour l'expression des traits individuels. Même constatation dans les travaux d'Alphen de Veers dans la grande industrie Phillips d'Eindhoven. L'activité monotone, l'absence de place pour les prises de décision et l'insécurité d'emploi sont reliés au Cornell Medical Index. Autre confir-

mation dans les travaux de Kornhauser (1969) dans les usines de Détroit qui illustrent eux aussi la contribution du travail répétitif. Gardell (1971) trouve que les travailleurs qui utilisent des machines ont plus de problèmes psychiques que ceux qui travaillent avec leurs mains ou qui supervisent.

OUVRAGES DE RÉFÉRENCES

- Bouchard, C., Beaudry, J. et Chamberland, C. (1981). Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers le enfants : une étude exploratoire. *Intervention*. 64, 25-33.
- Brenner, M.H. (1973). *Mental Illness and the Economy*. Cambridge : Harvard University Press.
- Brown, G.W. et Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression : A Study of Psychiatric Disorder in Women*. London : Tavistock.
- Catalano, R. et Dooley, L.D. (1977). Economic predictors of depressed mood and stressful life events in a metropolitan community. *Journal of Health and Social Behavior*. 18. 292-307.
- Catalano, R., Dooley, C.D. et Jackson, R. (1981). Economic predictors of admission to mental health facilities in a non-metropolitan community. *Journal of Health and Social Behavior*. 22. 284-297.
- [136]
- Cobb, S.G., Brooks, G. et Kasl, S. (1966). The health of people changing jobs : a description of a longitudinal study. *American Journal of Public Health*. 56. 1476- 1481.
- Denis, G., Tousignant, M. & Laforest, L. (1973). Prévalence de cas d'intérêt psychiatrique dans une région du Québec. *Revue Canadienne de Santé Publique*. 64. 387-397.
- Dohrenwend, B.P. (1966). Social status and psychological disorder : an issue of substance and an issue of method. *American Sociological Review*. 31, 14-34.
- Dohrenwend, B.S. (1973). Social status and stressful life events. *Journal of Personality and Social Psychology*, 28, 225-235.

- Dooley, C.D., Catalano, R. et Brownell, A. (1981). Economic, life, and symptom changes in a non-metropolitan community. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 144-154.
- Dunham, W. (1965). *Community and schizophrenia*. Detroit, Wayne State University Press.
- Faris, R.E. et Dunham, H.W. (1939). *Mental disorders in urban areas*, Chicago : University of Chicago Press.
- Finlay-Jones, R.A. et Eckhardt, B. (1980). Psychiatric disorder among the young unemployed. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*. 15, 265-270.
- Gardell, B. (1971). Alienation and mental health in the modern industrial environment. In : L. Levy (Ed.) : *Society, Stress, and Disease*, Vol. 1, New York.
- Gleis, I., Seidel, R. et Aboholz, H. (1973). *Sociale Psychiatric : Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Verhandlung* Fischer Taschenbuch Verlag.
- Hayes, J. et Nutman, P. (1981). *Understanding the Unemployed. the Psychological Effects of Unemployment*. London : Tavistock.
- class and mental illness*. New york : Wiley.
- Kessler, R.C. (1982). A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *American Sociological Review*. 47, 752-764.
- Kevin, P. et Jarrett, J.E. (1985). *Unemployment : Its social psychological effects*. Cambridge : Cambridge University Press.
- Kornhauser, A. (1965). *Mental health of the industrial worker*. New York : John Wiley.
- Leaf, P.J., Weissman, M.M., Myers, J.K., Tischer, G.L. et Holzer, C.E. (1984). Social factors related to psychiatric disorder : the Yale Epidemiologic Catchment Areas Study. *Social Psychiatry*, 19, 53-61.
- Leighton, D.C., Harding, J.S., Macklin, D.B., Macmillan, A.M. et Leighton, A.H. (1963). *The Character of Danger*. New York : Basis Books.

Levy, L. et Rowitz, L. (1973). *The Ecology of Mental Disorders*. New York : Behavioral Publications

[137]

Liem, R. et Liem, J. (1978). Social class and mental illness reconsidered : the role of economic stress and social support. *Journal of Health and Social Behavior*. 19. 139- 156.

Little, L.B. (1976). Technical-professional unemployment : Middle-class adaptability to Personal crisis. *Sociological Quality*. 17. 262-274.

Myers, J.K. et Roberts, B.H. (1959). *Family and class dynamics in mental illness*. New York.

Myers, J., Lindenthal, J.J. et Pepper, M. (1974). Social class, life events and psychiatric symptoms : A longitudinal study. In : B.S. Dohrenwend et B.P. Dohrenwend (Eds.). *Stressful Life Events Their Nature and Effects*. New York : Wiley.

Pearlin, L.I. et Schooler, L. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*. 19, 2-21.

Roy, P.M. (1986). Communication personnelle.

Thoits, P.A. Life stress, social support, and psychological vulnerability : epidemiological considerations. *Journal of Community Psychology*. 10. 341-362

Tousignant, M. et Kovess, V. (1985). L'épidémiologie en santé mentale : le cadre conceptuel de l'enquête Santé-Québec. *Sociologie et Sociétés*. 15-26.

Warr, P. (1984). Economic recession and mental health : A review of research. *Tijdschrift voor Sociale Gezondheidszorg*.

Wemer, T.D. et Ross, D. (1969). Research in occupational psychiatry. In : R. Collins (Ed.) *Occupational Psychiatry*. Boston.

Fin du texte