

Article

« La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale »

Michel Tousignant

Santé mentale au Québec, vol. 14, n° 2, 1989, p. 91-103.

Pour citer cet article, utiliser l'information suivante :

URI: <http://id.erudit.org/iderudit/031518ar>

DOI: 10.7202/031518ar

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

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

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

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

La pauvreté: cause ou espace des problèmes de santé mentale

Michel Tousignant*

L'association fréquente observée dans la littérature entre la pauvreté et les problèmes de santé mentale majeurs et mineurs ne prouve d'aucune façon que le manque de revenus soit la principale cause de cette détresse. La pauvreté est d'abord un lieu, un espace de la société, où se regroupent pour des raisons diverses des populations vulnérables, particulièrement les mères de familles monoparentales, les immigrants et les réfugiés, les chômeurs ainsi que les ex-patients psychiatriques. Les problèmes sont aussi davantage concentrés dans les quartiers pauvres qui comprennent des résidences à logements multiples construites en hauteur. Par ailleurs, il semble que les personnes avec de meilleures ressources personnelles et sociales accèdent aux quartiers de classe moyenne. La pauvreté n'est en définitive source de problèmes psychologiques que si elle se conjugue avec d'autres facteurs tels l'isolement social, l'immigration, le chômage ou l'absence d'organisation du quartier.

Sage-fou, courtois-vilain : ces couples de vocables constituent la clé d'un système de valeurs construit effectivement sur une opposition entre la courtoisie et la vilénie. (G. Duby, *Les trois ordres ou l'imaginaire du féodalisme*, page 335).

Les problèmes de santé mentale n'ont pas toujours été associés à la pauvreté dans la culture occidentale. Au siècle dernier, le romantisme aidant, les maladies nerveuses étaient davantage considérées comme le partage des gens frêles, sensibles, intelligents. L'ouvrier costaud, plus près de la nature et de la bête, n'apparaissait pas aussi vulnérable que les gens préoccupés par les choses de l'esprit. La psychanalyse changea à peine cette vision. Les bourgeois furent d'abord trop narcissiquement obsédés par leurs névroses pour entrevoir celles des autres. Puis la vérité ne pouvait qu'éclater au grand jour lorsqu'on se mit à comptabiliser les victimes des maladies mentales. On découvrit que, sans faire nécessairement le bonheur, l'argent pouvait offrir un minimum de protection.

Il y a évidemment une multitude de facteurs en jeu dont il devient possible de cerner les principaux. Les processus de sélection dans la mobilité sociale

ascendante et descendante représentent un facteur de premier ordre. Le chômage, volontaire ou involontaire, qui frappe les plus défavorisés, est également responsable de la concentration de problèmes chez cette population. Enfin, le type d'habitat conçu pour les gens pauvres prive ceux-ci d'un sentiment d'appartenance et contribue au phénomène d'insularisation des familles.

Les données épidémiologiques

L'une des constantes des études épidémiologiques est la relation très étroite entre le nombre de problèmes de santé mentale et la classe sociale (Liem et Liem, 1978). L'œuvre pionnière de Faris et Dunham (1939) trouve les plus grandes concentrations de premières admissions dans les hôpitaux psychiatriques de Chicago au sein des quartiers les plus pauvres. Les enquêtes portant sur les communautés reproduisent par la suite à maintes reprises la corrélation entre le niveau de santé mentale, défini généralement comme absence de symptômes, et la classe sociale. Une compilation qui date déjà (Dohrenwend, 1966) établit que les problèmes de santé mentale se concentrent chez les plus défavorisés dans 19 des 25 enquêtes inventoriées. Les compilations basées sur les archives de consultations cliniques présentent les mêmes différences. L'enquête de Hollingshead et Redlich à New Haven (1958) met particulièrement en évidence la concentration des

* L'auteur est chercheur au Laboratoire de recherche en écologie sociale et humaine, Université du Québec à Montréal.

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. Plus de 40 % des consultations proviennent de cette classe, soit le double de sa représentation démographique. La classe I, regroupant les gens les plus riches, comprend 3 % de la population, mais compte pour seulement 1 % des consultations totales. Plus récemment, une étude épidémiologique conduite avec le Diagnostic Interview Schedule au Connecticut confirme la forte différence observée antérieurement entre les plus riches et les plus pauvres. Les répondants au bas de l'échelle de revenus présentent environ 50 % plus de problèmes faisant partie de la classification du D.S.M. III que les gens à hauts revenus (20,4 % vs 13,7 %) (Leaf et al., 1984).

Trois grandes études de santé mentale menées au Québec trouvent une corrélation avec la classe sociale. La première couvre l'ensemble de l'Estrie (Denis et al., 1973) et utilise le Health Opinion Survey avec une population de 1 158 répondants entre 25 et 64 ans. La 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. Au niveau de l'agrégat, la région avec la moyenne la plus élevée de problèmes de santé mentale est celle de Thetford Mines-Lac Mégantic qui, à l'époque, est la plus défavorisée de la région. L'autre indice de statut social qui corrèle fortement avec la santé mentale est le niveau de scolarité: parmi les gens ayant moins d'une cinquième année, on compte quatre fois plus de personnes au-dessus du seuil critique de détresse que celles 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 (Foussignat et Kovess, 1985). On y remarque deux fois plus de personnes avec un seuil élevé de symptômes chez le groupe à faibles revenus, en comparaison avec celui aux revenus plus élevés. L'étude subséquente qui a couvert toute la province reproduit également le lien étroit rapporté par l'enquête Santé Canada: la proportion de gens avec une détresse élevée est de 29 % parmi les plus pauvres, comparativement à 17 % chez les plus riches (Santé Québec, 1988).

Les régions pauvres comme source de problèmes

Les secteurs les plus économiquement défavorisés comprennent donc une plus grande quantité de gens avec des problèmes de santé mentale que les autres secteurs. Faut-il en conclure qu'ils en produisent davantage? Se pourrait-il que les mouvements de population qui se produisent entre les classes sociales soient le principal facteur responsable de cette concentration de cas dans les milieux défavorisés? On pourrait ainsi faire l'hypothèse que les milieux pauvres sont non pas des milieux à plus haut niveau de stress, par suite des conditions de travail, de logement ou de problèmes familiaux, qui rendent les individus plus vulnérables aux aléas de santé mentale, mais autant et sinon plus des lieux de refuge pour les personnes à problèmes de toutes les classes sociales à cause d'un nombre 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 assez bien établie pour les cas de psychotiques dans l'étude de Dunham (1965) à Detroit. 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 en ce qui concerne les problèmes moins graves. Le facteur de mobilité agit sur les classes défavorisées en retirant les individus les mieux pourvus en ressources psychologiques et en y plaçant ceux provenant d'autres classes sociales mais qui sont plus dépourvus psychologiquement. On aurait peine à penser cependant que le facteur de mobilité puisse à lui seul rendre compte des différences somme toute énormes rapportées dans la littérature. Il y aurait lieu toutefois de mieux apprécier l'importance de ce facteur qui exigerait de faire une histoire détaillée de la mobilité économique depuis la famille d'origine. Les travaux du Bedford College à Londres démontrent la présence certaine d'un processus de sélection. Ils démontrent que parmi les jeunes femmes

ouvrier qui vivent une grossesse prémaritale, celles qui trouvent une solution à leur problème (soit par exemple en se faisant avorter ou en refusant d'épouser le père si celui-ci est incapable de prendre des responsabilités familiales) ont plus de chances de monter dans l'échelle sociale (Harris et al., 1987).

Selon une autre interprétation, les classes sociales défavorisées ne génèrent pas nécessairement plus de problèmes de santé mentale que les autres classes, même si elles en présentent davantage. Selon ce modèle, 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 si les conditions de vie empêchent de reprendre le dessus ou favorisent les rechutes dans le cas d'une rémission. Cette hypothèse est assez clairement confirmée dans l'étude de Levy et Rowitz (1973) pour les cas psychotiques étudiés à Chicago. Si les classes défavorisées en comptent davantage, ce n'est pas parce qu'elles en génèrent plus mais plutôt parce que le processus de chronicisation y est plus développé. Les données font défaut pour les problèmes de moindre gravité dans la communauté, comme les troubles affectifs ou de personnalité. Les résultats des études basées sur le Diagnostic Interview Schedule promettent de répondre au moins partiellement à ces questions, puisqu'elles évaluent leurs échantillons lors de deux périodes, espacées d'une année.

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. 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. Voyons maintenant d'autres explications possibles des écarts de santé mentale entre les classes sociales. Celles qui soutiennent l'hypothèse que la pauvreté conduit à une mauvaise santé mentale n'offrent pas des preuves toujours convaincantes.

Les conditions de stress

Si les pauvres présentent un tableau plus négatif de santé mentale, ce pourrait être parce que leurs conditions de vie sont plus difficiles à supporter ou encore parce qu'ils vivent davantage d'événements pénibles et de difficultés de vie. La recherche de Dohrenwend (1973) va dans le sens de cette hypothèse, en démontrant que les gens pauvres vivent davantage d'événements importants et surtout de ceux qui échappent à leur contrôle. Myers et al. (1974) trouvent également que cette catégorie sociale rapporte davantage d'événements 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 (Toits, 1982). Les travaux de Brown et Harris (1978), en corrigeant certaines faiblesses de la méthodologie inspirée de Holmes et Rahe, illustrent à cet effet comment un même événement peut être source de joie chez des riches et source de soucis chez des pauvres. Les récits des événements illustrent comment la naissance d'un enfant représente une épreuve pour une femme qui vit dans une pièce unique et délabrée, sans salle de bain privée, alors qu'elle est accueillie avec joie par la femme qui a l'essentiel au point de vue matériel. Ces auteurs trouvent également un nombre beaucoup plus élevé d'agents déclencheurs chez les classes ouvrières que chez les classes moyennes. D'autres travaux portant cette fois sur les conditions chroniques de stress confirment assez bien que ce type de fardeau est plus souvent rapporté par les individus à bas revenus que par les autres; les principales menaces à la santé mentale sont la tension maritale, les soucis financiers, la maladie chronique et les pressions au travail (Thoits, 1982). Ce sont ces conditions, beaucoup plus que les événements dramatiques inéluctables tels la mort ou les accidents, qui semblent faire la différence entre les classes sociales.

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, citée dans Liem et Liem, 1978) indique que les contacts entre amis sont moins fréquents en milieu défavorisé. L'absence relative de soutien du mari chez les femmes de milieu défavorisé est également un facteur bien mis en lumière chez Brown et Harris (1978) pour expliquer leur taux plus élevé de dépression. Rainwater (cité dans Gleiss et al., 1973) rend compte à cet effet 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 longtemps et plus fort. L'étude de Turner et Noh (cité par Thoits, 1982) souligne cependant que lorsque les jeunes mères de milieu défavorisé reçoivent un bon soutien social et qu'elles ont le sentiment d'être en contrôle de leur vie, elles présentent un aussi bon tableau de santé mentale que les jeunes mères d'autres milieux. Il ne faudra pas déduire trop rapidement toutefois que les milieux économiquement défavorisés présentent toujours plus de problèmes familiaux ou maritaux. Une série d'observations récentes aux États-Unis et en Angleterre montre que la violence maritale ne semble pas être plus courante dans une classe sociale particulière (Andrews et Brown, 1988). À Montréal, le nombre de séparations et de divorces est même légèrement plus élevé chez les groupes plus scolarisés (Tousignant et al., 1988).

Il est également possible que certaines sous-régions défavorisées dont le tissu social est particulièrement disloqué expliquent à elles seules les taux plus élevés de problèmes psychologiques chez les pauvres. À un niveau plus macro-social, la recherche de l'équipe de Leighton (1963) en Nouvelle-Écosse montre comment, dans une région rurale pauvre, 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'agressions, de crimes et de délinquance ainsi que des réseaux de communication faibles et fragmentés. La mauvaise qualité de vie 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 reliés directement à un diagnostic psychiatrique (Bouchard, 1981). Les quartiers qui en comptent le plus sont pauvres mais on y trouve moins d'échanges sociaux entre les citoyens que dans les quartiers qui ont des moyennes de revenus similaires mais moins de cas signalés. Les quartiers pauvres culturellement hétérogènes sont également plus à risques que les quartiers pauvres culturellement homogènes (Lévy et Rowitz, 1973). Les groupes qui se retrouvent en minorité dans un milieu présentent davantage de problèmes; les quartiers qui abritent des minorités isolées sont souvent les plus à risques. Wedmore et Freeman (1984) rappellent également que la pathologie sociale constituée par la délinquance n'est pas élevée dans les quartiers des villes anglaises les plus pauvres si ceux-ci ont pu conserver un sens d'appartenance culturelle. En résumé, la pauvreté ne produit pas une détérioration de la santé mentale si le tissu social demeure relativement intact et si une solidarité peut se maintenir à l'intérieur des réseaux. Malheureusement, les conséquences de l'éclatement culturel causent généralement plus de dommages dans certains secteurs défavorisés que dans d'autres. Les transformations urbaines en sont une des causes principales, comme nous le verrons plus loin.

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 les gens de ce milieu 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, manifestant davantage la résignation ou le déni. Ce mode d'agir peut constituer un comportement adapté quand l'individu n'a pas de possibilité de contrôle sur son environnement, mais il risque d'instaurer un cercle vicieux et d'empêcher la personne de maîtriser les événements alors qu'elle pourrait y parvenir. Une des rares études qui ait tenté d'évaluer une telle hypothèse, soit celle de Harris et al. à Londres (1987), l'a fait avec une population ayant des caractéristiques bien particulières; et elle n'a pas établi que la classe sociale dont on provient favorise la recherche de solutions à des problèmes tels une

grossesse prémaritale. On doit donc souligner la carence d'études évaluant les stratégies d'adaptation différentielles entre les classes sociales.

Facteurs de socialisation

Le rapport avec les parents durant l'enfance et l'adolescence en milieu défavorisé peut expliquer également le plus grand nombre de conflits psychiques dans le milieu défavorisé. Des études qui commencent à dater quelque peu révèlent néanmoins de grandes différences entre les classes sociales. Waters (1964, cité dans Gleiss et al., 1973) observe que les parents des classes pauvres s'occupent beaucoup moins de leurs enfants que ceux des classes moyennes. Les pères hésitent également à se proposer comme modèle d'identification en milieu défavorisé. Bronfenbrenner (1958) note pour sa part une plus grande restriction du développement de l'autonomie dans ce milieu et une pression vers la conformité dans l'éducation, ce qui amène à orienter le comportement en fonction des instances de punition extérieures plutôt que d'intérioriser les valeurs. Lorsque les parents de milieu défavorisé 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 de proportion avec la faute. D'autre part, on dénote à Montréal plus de signalements d'abus et de négligence d'enfants dans les quartiers pauvres, même si le phénomène est loin d'être absent chez les plus fortunés (Bouchard et al., 1981). La seule étude qui implique la classe sociale est celle de Walthamstow (Harris et al., 1987), mais l'échantillon est réduit aux personnes ayant été séparées de leur mère pendant plus d'un an. Dans ce cas, si le père est ouvrier, il y a plus de probabilités que l'enfant soit placé en institution et qu'il y ait carence de soins parentaux. Aucun autre exemple n'est applicable pour les autres structures familiales. Une autre étude montréalaise montre que la corrélation entre le score au Parental Bonding Instrument de Parker, qui examine l'intensité de l'intérêt des parents envers leurs enfants, et le niveau d'éducation de ceux-ci n'est pas significative (Tousignant et al., 1988). Somme toute, il n'y a pas encore de preuve définitive pour impliquer la dynamique familiale dans l'explication de la plus haute fréquence de problèmes psychologiques en milieu défavorisé.

Les résultats les plus concluants commencent à dater et les études plus récentes n'offrent pas beaucoup de soutien à cet argument.

Le chômage

Comme nous venons de le vérifier, les indices socio-économiques corréleront amplement avec les indices de santé mentale. Mais ce sont souvent les personnes en chômage temporairement ou de façon continue qui sont les plus susceptibles de présenter des problèmes de santé mentale. Ce facteur mérite donc un traitement à part, à cause de toute l'attention qu'il a reçue de la part des chercheurs.

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 une recherche menée au Département de Santé Communautaire de Maisonneuve-Rosemont, s'attendent à entrer dans les rangs des chômeurs avant leur retraite (Lebeau et al., 1987). Dans des secteurs traditionnellement considérés comme stables, tels l'industrie de la boulangerie, du pétrole ou les grands fabricants d'automobiles, des compagnies 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. L'alternance entre le chômage et le travail devient donc un mode de vie auquel on s'attend.

La définition du chômage reprise dans les enquêtes 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 tous les 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 travail à temps plein est incompatible avec le statut d'étudiant à plein temps. Il faut ajouter que beaucoup de personnes qui se croient en chômage ne sont pas considérées comme 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 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. Tant les conditions économiques que la personnalité de l'employé peuvent avoir contribué au renvoi. Cette distinction entre chômage volontaire et 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 due avant tout à la détérioration de sa santé mentale.

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 et 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; elles sont malheureusement peu nombreuses et très difficiles à mener, puisqu'il n'est pas facile d'identifier des 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 25 à 30 % du groupe étudié voient leur condition psychologique se détériorer. Par contre, 5 à 10 % avouent avoir moins de symptômes et semblent soulagés d'être soustraits au stress du 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 obser-

vés par Warr (1984) sont les suivants: insécurité reliée à la réduction du revenu; déstabilisation du rythme de vie (d'autres parleront du rythme circadien auquel les réactions dépressives sont sensibles) et des périodes de sommeil; disparition d'une série d'activités de tous genres directement reliées à l'emploi; baisse des décisions à prendre à cause des revenus amoindris; et, finalement, exposition à des activités dégradantes pour l'image de soi comme celle d'avoir à chercher de l'emploi.

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

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 et al., 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; on devrait normalement s'attendre à ce que ce soit bien davantage ces services qui notent une augmentation causée par le chômage que les services auprès des clientèles lourdes. Les corrélations reliées aux hospitalisations demeurent jusqu'ici bien difficiles à interpréter.

Chômage et santé

Les analyses de Brenner publiées pour la plupart au cours des années 70 ont attiré l'attention de nombreux hommes politiques américains. Elles portaient sur des relations, établies à l'occasion de séries temporelles, entre le chômage et, d'une part, d'autres indices de récession économique ainsi que, d'autre part, des indices de mortalité, de morbidité (maladies cardiovasculaires, cirrhoses du foie) ou de consommation de soins de santé d'autre part. Le résultat le plus probant révèle une relation 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 victimes du chômage. Des corrélations ont aussi été trouvées avec les taux de mortalité infantile et ceux de maladies cardiaques. Ces résultats ont été largement critiqués au cours des dernières années ; 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 dans ces résultats se situe entre cinq et dix ans. Il se peut que des événements économiques beaucoup plus récents que ceux indiqués par Brenner soient en cause.
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 temporelle. Plusieurs de ces corrélations risquent donc d'être attribuables à des artefacts méthodologiques.
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.

Le chômage n'en reste pas moins une épreuve qui laisse des empreintes sur la santé mentale. Les études 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 dégradation vers un plancher qui sera atteint quelque 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. Les principaux effets sont la déstructuration du rythme de la vie quotidienne avec des périodes de sommeil plus longues, 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 d'autre part en relief le glissement de l'intérieur vers l'extérieur du centre subjectif de contrôle entre la période d'entrée en chômage et l'année qui suit. En d'autres termes, ces personnes se sentent de moins en moins en contrôle des événements qui les concernent.

La perte d'emploi n'a pas toujours des consé-

quences aussi catastrophiques. Les premières semaines sont généralement libératrices, permettent d'échapper à un travail stressant et de s'occuper d'intérêts personnels qui, faute de temps, avaient été mis en veilleuse. Dans l'étude de Little (1976), la moitié des hommes licenciés considèrent leur situation comme une occasion d'améliorer leur sort plutôt que comme une crise.

En résumé, il existe donc encore relativement peu d'études individuelles. Les résultats portent en majorité sur des agrégats, ce qui limite sensiblement leur pouvoir explicatif.

Emploi précaire 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 le second groupe est plus sujet à des problèmes de 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 le 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. (1966) et Werner 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, cités dans Gleiss, 1973) insistent sur l'aliénation par rapport au produit du travail et à l'appareil rigide de l'organisation qui ne permettent que peu 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 possibilités de prises de décision et l'insécurité d'emploi sont reliées au Cornell Medical Index. Si le travail précaire est souvent relié au travail répétitif, il y a lieu de s'attendre à une mauvaise santé mentale chez ceux qui sont ainsi employés. Les travaux de Kornhauser (1969) dans les usines de Detroit illustrent eux aussi la contribution du travail répétitif aux problèmes psychiques.

Le nouvel habitat du pauvre

L'entassement de masses importantes de la population dans des espaces restreints n'est pas nouveau. L'empereur Néron, pris de dégoût pour les quartiers populaires qui entouraient le forum romain, les «purifia» par le feu. La ville arabe et la ville médiévale dessinent des rues tellement étroites qu'elles donnent l'impression d'être souterraines. Un pape, irrité par l'irrévérence de Pérouse, trouva d'ailleurs plus facile de construire une ville nouvelle au-dessus que de détruire la cité existante. Ces phénomènes d'entassement ne peuvent cependant se comparer aux grandes villes modernes, qui se mirent à pousser littéralement vers le haut sous l'impulsion d'une nouvelle conception architecturale appliquée à l'habitat domestique. Dans un mouvement amorcé après 14-18 en Angleterre et qui s'étendit généralement à tous les grands centres urbains du monde industrialisé, les villes virent essaimer en leur sein l'habitat vertical qui devait pallier à plusieurs problèmes de logement sans toujours correspondre très bien aux espoirs qu'on y mettait. La fascination exercée par les espaces aériens, entretenue par la société technologique, n'est sans doute pas étrangère à cet engouement pour ces nouveaux types de foyer. De plus, la migration de masses de plus en plus importantes de gens vers les villes exigeait des solutions efficaces pour économiser à la fois sur l'espace, le temps de construction et les coûts. Les promesses des grands ensembles furent un échec sur ces trois plans et les nouveaux monstres créèrent davantage de visions de films d'horreur qu'une mutation adaptative de l'habitat. Non seulement ces types de concentration n'économisent ni l'espace, sauf en de rares exceptions comme à Hong Kong, ni les coûts, ni le temps de construction, mais ils génèrent des maux mal évalués au départ : absence de contrôle sur les espaces neutres, disparition des espaces de jeu protégés pour les petits enfants, dégradation rapide des infrastructures de services et coûts prohibitifs de réparations, espaces extérieurs offrant parfois l'aspect d'un panorama lunaire, rencontres fortuites entre les occupants et faibles possibilités de socialisation, formation de tourbillons de vent fort gênants par temps froid. Certes, les projets qui desservent une clientèle aisée ont su offrir une solution viable et avantageuse aux personnes seules, très mobiles ou retraitées, pour

lesquelles la rue prend moins d'importance. Elles ont souvent vue sur un panorama agréable, avec un plan d'eau ou un espace de verdure, et elles comptent sur une force de police privée, comme l'illustre bien le projet du «gold mile» au nord du centre-ville de Chicago en bordure du lac Michigan.

Presque toutes les grandes villes d'aujourd'hui possèdent un exemplaire de ces ensembles chaotiques d'immeubles dont le coût social s'est avéré exorbitant. Les conclusions dressent un bilan assez négatif des grands, et parfois même des moins grands immeubles, autant du point de vue de la santé physique que de la santé mentale. Le dossier est plus accablant pour les femmes avec de jeunes enfants que pour les hommes ou les personnes qui demeurent une grande partie de la journée à l'extérieur de leur foyer. Une étude allemande démontre qu'il y a 57 % plus de morbidité physique chez les gens vivant dans des logis que ceux vivant dans des maisons indépendantes, et la différence est plus marquée pour les troubles respiratoires qui peuvent refléter le manque d'exercice en plein air (Fanning, 1967). Freeman (1984) résume des études menées pour la plupart en Angleterre ou dans des pays anglo-saxons et qui concluent que les édifices en hauteur sont mauvais pour la santé mentale. Les problèmes sont plus fréquents chez les personnes moins habiles à socialiser. Ces personnes, lorsqu'elles habitent dans les quartiers traditionnels formés par de petites rues, voient leur handicap compensé par la possibilité de nombreux contacts qui exigent une initiative minimale et qui apportent appui et réconfort. Les enfants sont également les grandes victimes de ce style de vie. Les mères craignent de les envoyer à l'extérieur et ceux-ci sont appelés à vivre dans un univers concentrationnaire. La supervision des voisins qui peuvent prendre le relais du parent dans les espaces publics des anciens quartiers n'existe plus. Ce phénomène produit pour la première fois dans l'histoire de l'humanité une génération de mères qui doivent assumer complètement seules durant les 24 heures de la journée la tâche de prendre soin des enfants. Cela peut avoir comme conséquence le déversement de la frustration sur ces enfants ou l'emploi abusif du poste de télévision comme gardien et stimulateur.

Une certaine littérature, très populaire dans la décade 70, s'est intéressée à l'effet plus spécifique du surpeuplement. Comme les grands immeubles

d'habitation sont souvent ceux qui offrent le moins de mètres carrés par personne ou la plus haute moyenne de personnes par pièce, le phénomène d'entassement est évidemment étroitement associé avec le fait de vivre dans de grands ensembles. D'autre part, même si les études les mieux planifiées ont soigneusement évité de confondre le niveau socio-économique et le nombre de personnes par pièce, il demeure difficile de construire des échantillons de ménages avec sensiblement le même revenu, le même nombre de personnes et qui diffèrent en ce qui concerne les mètres carrés par personne. L'autre considération est la composition des personnes du ménage : sont-ils étrangers ou membres de la même famille ? Quelle est la proportion d'enfants en bas âge ? La mère est-elle confinée à la maison ou non ? La dynamique propre à une famille nombreuse risque également d'être confondue avec le surpeuplement. Rutter et al. (1975) observent par exemple que 27 % des pères des familles de six personnes n'arrivent pas à parler au moins une fois par semaine à chacun de leurs enfants, alors que ce taux est deux fois moindre chez les pères des familles moins nombreuses. Les taux sur cette variable pour la mère sont respectivement de 10 % et 2 %. Les enfants des familles nombreuses présentent conséquemment à ce manque de stimulation des problèmes de langage qui risquent de les handicaper à l'école ou de les mener vers la délinquance. Les probabilités d'événements majeurs sont également plus élevées lorsque le ménage comprend plusieurs personnes.

La plupart des recherches retrouvent de fortes corrélations entre le surpeuplement et divers aspects de la santé. Kellet (1984), dans son étude sur les causes de la mortalité dans 33 arrondissements de Londres, démontre des liens étroits entre le nombre de personnes par pièce et la fréquence de la plupart des causes de décès, en particulier ceux consécutifs à des maladies vasculaires ou respiratoires. L'auteur attribue ces excès de mortalité aux pressions émotives reliées aux conditions de vie, mais il considère la possibilité que l'usage du tabac soit impliqué dans ce tableau. À remarquer cependant que les pauvres ne fument pas proportionnellement plus en Angleterre qu'au Canada ou dans d'autres pays, à cause du prix relativement élevé du tabac. L'étude de Gove et al. (1979) sur le surpeuplement et la santé mentale a l'avantage, par rap-

port à celle de Kellet, de reposer sur des entrevues individuelles plutôt que sur des archives concernant des agrégats. Elle montre que l'indice formé par le nombre de personnes par pièce dans la ville de Chicago explique 60 % de la variance des cas de dépression nerveuse au cours de la dernière année, de même que la plus forte proportion de la variance des autres indices de santé mentale parmi lesquels on retrouve une échelle de symptômes psychiatriques et la qualité de la relation maritale. Le manque de sommeil pourrait être l'une des principales variables qui explique le rapport entre le surpeuplement et la santé mentale.

En résumé, il faut retenir que si le fait de vivre dans un immeuble à logements multiples ou dans des conditions de surpeuplement est souvent associé à une détérioration grave de la santé mentale, c'est aussi à cause des événements et des difficultés de vie vécues. Comme le suggèrent les travaux de l'équipe de G. Brown, ces variables de l'écologie n'agissent sur la santé mentale que comme facteur d'amplification de certaines difficultés plutôt que comme agents déclencheurs. Mais une véritable élucidation de la question exigerait des schémas plus complexes que ceux employés. La mise à profit de grandes enquêtes pour obtenir des données précises sur le logement permettrait par exemple de trouver des groupes de comparaison valables. Une telle stratégie pourrait être employée dans la prochaine enquête de Santé Québec.

Il est nécessaire de rappeler que le surpeuplement est évidemment une caractéristique aussi bien subjective que culturellement conditionnée. Dans la société occidentale où disposer d'un espace propre est vu comme un droit, et où le statut hiérarchique s'estime bien souvent à partir des mètres carrés réservés à un employé, le facteur du surpeuplement peut jouer différemment qu'ailleurs. C'est peut-être pourquoi les comparaisons internationales (Kellet, 1984), basées sur les agrégats, ne font apparaître aucune corrélation entre la mortalité et le surpeuplement. Les habitants de Hong Kong et de Tokyo sont en assez bonne santé selon les indices d'espérance de vie, malgré le fait que bien peu d'Occidentaux accepteraient de partager des logements aussi exigus. On peut également évoquer que la comparaison des taux psychiatriques entre Manhattan (Srole, 1977) et le Stirling County en Nouvelle-

Écosse ne semble pas soutenir la thèse du surpeuplement.

Même s'il est dangereux de réduire tous les phénomènes sociaux à des problèmes de santé mentale, il en est un qui se situe juste à la marge et qui mérite considération : c'est celui de la criminalité. Force est de reconnaître en effet que les conditions de vie urbaine peuvent engendrer des haines latentes, une incapacité d'empathie autant envers ses proches qu'envers les étrangers, des blessures à l'estime de soi qu'on cherchera à réhabiliter grâce aux sensations fortes que procurent les actes de délinquance.

La principale conséquence du crime est l'insécurité engendrée dans son environnement et le phénomène d'anxiété collective est particulièrement accentué dans les grandes villes nord-américaines. La lutte contre le crime est fréquemment perçue comme la priorité numéro un des politiques locales et le crime est la principale cause de l'exode vers les banlieues. Wedmore et Freeman (1984) font une synthèse remarquable du problème de cette criminalité en rapport avec l'habitat et ils en démontrent les causes complexes que nous analyserons brièvement.

Les statistiques sur la criminalité prouvent au-delà de tout doute que «small is beautiful». En France, le taux de criminalité de milieu urbain quadruple entre le niveau de 150 000 et de 500 000 habitants. Cette constatation a motivé en 1977 le comité Peyrefitte à recommander de plafonner à 200 000 habitants le développement des centres urbains. L'origine de cette criminalité a plusieurs racines et constitue un intéressant objet d'étude inter-disciplinaire. L'architecture des immeubles verticaux y contribue beaucoup, avec ses espaces mal protégés dont personne ne revendique l'appartenance tels les escaliers, les ascenseurs, les paliers et les portiques d'entrée. Par ailleurs, la ville restitue le soir venu une grande partie de ses travailleurs à la banlieue, diminuant ainsi le nombre de citoyens qui pourraient superviser certains quartiers par le seul fait de leur présence en grand nombre. Et le problème est loin d'être entièrement résolu s'ils demeurent là. Beaucoup d'expériences en psychologie sociale démontrent le désintéressement des gens en territoire anonyme pour le sort de leur prochain requérant un urgent secours (Milgram, 1970). Certains facteurs de structure familiale se rajoutent à ces échecs architecturaux. C'est ainsi que New-

man et Franck (cités par Wedmore et Freeman, 1984) constatent, dans leur rapport soumis au ministère de la justice américaine, que la criminalité dans les centres urbains est redevable à trois facteurs principaux : la grosseur des immeubles et leur accessibilité à tout venant ; la concentration des familles monoparentales et à faibles revenus ; la proportion élevée d'adolescents par rapport aux adultes. Ces chiffres laissent facilement percevoir le développement du scénario classique : un grand nombre de ces adolescents vivent sans leur père et leur mère est vite dépassée par les problèmes de discipline ; par ailleurs, dès que l'adolescent passe le seuil du foyer, les autres adultes ne peuvent appuyer le travail des parents et les lieux publics finissent très tôt par appartenir aux adolescents qui font désormais la loi.

C'est donc la conjugaison des facteurs de pauvreté et de conception de l'habitat qui engendre la criminalité. Ni la pauvreté, ni la densité de la population en soi ne sont à mettre en cause comme le démontrent plusieurs exemples convaincants. Tout d'abord, la criminalité a diminué plutôt qu'augmenté pendant la grande dépression des années 30 ; des cités comme Los Angeles qui ont vu leur densité décroître avec leur expansion vers les banlieues ont également vu leur taux de criminalité augmenter ; Hong Kong et Tokyo, villes à population extrêmement dense, sont loin d'atteindre les taux de criminalité de New York ou même de l'ensemble du territoire américain. Wedmore et Freeman (1980) croient que c'est en définitive le sentiment d'appartenance à un lieu, rendu possible par un certain type d'architecture urbaine, qui forme la clé du succès de la prévention contre le crime. Le mélange de populations hétérogènes ainsi que les immenses zones de terrains vagues empêchent la démarcation des espaces ; peu de citoyens désirent alors en prendre possession afin de les protéger et les améliorer. Tant que les gens penseront de leur ville natale ce que Gertrude Stein disait à propos d'Oakland dont elle était originaire : «Go back there, there is no there there», aucun espoir n'est à l'horizon.

En conclusion donc, le bilan de la ville verticale est plutôt sombre en ce qui concerne les sociétés occidentales. Cette conception architecturale formulée à partir de concepts abstraits détruit le tissu social et culturel et conduit à un minimum de rapports sociaux et de vie communautaire. Ceux dont le foyer d'activités est ailleurs s'en accommodent facile-

ment, ce qui n'est pas le cas en particulier des jeunes familles qui y trouvent rarement leur salut. On peut commencer à agir rapidement sur la source de ces problèmes: les raisons des erreurs les plus flagrantes sont claires et connues de tous, et il reste seulement à en appliquer les leçons.

Conclusion

Les problèmes de santé mentale majeurs et mineurs sont réellement plus fréquents dans les quartiers défavorisés que dans les autres quartiers. Mais ce n'est pas la seule pauvreté estimée en terme d'un revenu par membre du ménage qui explique les taux plus élevés. Les quartiers pauvres ont avant tout la caractéristique d'être le refuge de gens seuls ou isolés et sans soutien social. L'un de ces groupes est constitué par les ex-patients psychiatriques ou d'autres personnes en situation de perte de statut social (mobilité descendante) et souvent en situation de chômage chronique. L'autre groupe rassemble les mères de familles monoparentales isolées et à hauts risques. Un troisième groupe enfin comprend les immigrants et les réfugiés qui vivent dans les quartiers pluri-ethniques où la pauvreté et l'anomie se côtoient. La contribution de l'architecture des grands ensembles résidentiels sert également à détruire le tissu social ou à l'empêcher de prendre forme, avec la résultante que l'atmosphère anonyme n'est pas propice à la création de réseaux de soutien. Elle engendre beaucoup de criminalité et par voie de conséquence, d'états d'anxiété chez les personnes qui doivent en subir les effets. Les espaces restreints des appartements gênent également les rapports à l'intérieur du foyer et augmentent les tensions.

À notre avis, la pauvreté ne provoque pas en soi des problèmes de santé mentale. On peut à la fois être pauvre, se serrer les coudes, se servir de sa débrouillardise, voir la vie avec un fatalisme de bon aloi et être mieux toléré par ses semblables si on est quelque peu excentrique. Si la pauvreté renferme tellement de problèmes de santé mentale, ce n'est pas à cause d'une dynamique sociale d'ensemble qui fait que les pauvres vivent constamment dans le malheur, ne s'entraident pas ou ne savent pas contrôler leur environnement. La responsabilité en incombe à cet *espace de pauvreté* qui sert de point de rencontre à toute une gamme de personnes iso-

lées et mal intégrées. Cette pauvreté est également un espace construit qui a appliqué à son insu un concept de déconstruction sociale qui engendre un sentiment de non-appartenance sociale. Le pauvre est donc souvent un apatride désorienté, québécois de souche ou d'ailleurs, embarqué dans un processus de dérive sociale sans futur à l'horizon. Ce pauvre se sent en marge non seulement de la société qui se fait mais également de celle qui devrait lui servir de petite patrie. L'augmentation de la richesse collective, même si elle est redistribuée parmi les couches les plus défavorisées, ne pourra annuler comme par magie les facteurs qui amènent un surplus de problèmes de santé mentale. Les politiques devront tenir compte d'une vision globale des milieux de vie et de l'amélioration du milieu urbain.

Ces réflexions n'entrevoient pas de solutions applicables demain matin pour les intervenants de première ligne qui doivent affronter la détresse psychologique de ces populations. Elles interpellent en effet davantage les administrateurs que les soignants. Par contre, elles appuient directement les démarches se fondant sur les interventions de réseau dont les groupes d'entraide font partie. Les multiples formes de l'aliénation sociale sont à la racine de plusieurs des problèmes rencontrés. La formule du réseau se doit également d'être appliquée autant à la clientèle qu'aux intervenants. Ceux-ci ont à penser collectivement les situations intolérables de milieux de vie et à se constituer en groupes d'étude et de pression pour suggérer des solutions.

Références

- Andrews, B., Brown, G.W., 1988, Marital violence in the community: A biographical approach, *British Journal of Psychiatry*, 153, 305-312.
- Bouchard, C., Beaudry, J., Chamberland, C., 1981, Pauvreté économique, pauvreté sociale et mauvais traitements envers les enfants: une étude exploratoire, *Intervention*, 64, 25-33.
- Brenner, M.H., 1973, *Mental Illness and the Economy*, Harvard University Press, Cambridge.
- Brown, G.W., Harris, T., 1978, *Social Origins of Depression: A Study of Psychiatric Disorder in Women*, Tavistock, London.
- Catalano, R., 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., 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.
- Cobb, S.G., Brooks, G., 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., 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*, Wayne State University Press, Detroit.
- Fanning, D.M., 1967, Families in flats, *British Medical Journal*, 4, 382-386.
- Faris, R.E., Dunham, H.W., 1939, *Mental Disorders in Urban Areas*, University of Chicago Press, Chicago.
- Finlay-Jones, R.A., Eckhardt, B., 1980, Psychiatric disorder among the young unemployed, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 15, 265-270.
- Freeman, H.L., 1984, Housing in Freeman, H.L., ed., *Mental Health and Environment*, Churchill Livingstone, London, 197-225.
- Gleis, I., Seidel, R., Abholz, H., 1973, *Soziale Psychiatrie: Zur Ungleichheit in der psychiatrischen Verhandlung*, Fischer Taschenbuch Verlag, Berlin.
- Gove, W.R., Hughes, M., Galle, O.R., 1979, Overcrowding in the home - an empirical investigation of its possible pathological consequences, *American Sociological Review*, 44, 59-80.
- Harris, T., Brown, G.W., Bifulco, A., 1987, Loss of parent in childhood and adult psychiatric disorder: the role of social class position and premarital pregnancy, *Psychological Medicine*, 17, 163-183.
- Hayes, J., Nutman, P., 1981, *Understanding the Unemployed, the Psychological Effects of Unemployment*, Tavistock, London.
- Kellet, J.M., 1984, Crowding and territoriality: a psychiatric view in Freeman, H.L., ed., *Mental Health and the Environment*, Churchill, Livingstone, London, 71-96.
- Kessler, R.C., 1982, A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress, *American Sociological Review*, 47, 752-764.
- Kevin, P., Jarrett, J.E., 1985, *Unemployment: Its Social Psychological Effects*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Kornhauser, A., 1965, *Mental Health of the Industrial Worker*, John Wiley, New York.
- Leaf, P.J., Weissman, M.M., Myers, J.K., Tischer, G.L., Holzer, C.E., 1984, Social factors related to psychiatric disorder: the Yale Epidemiologic Catchment Areas Study, *Social Psychiatry*, 19, 53-61.
- Lebeau, A., Desmarais, D., Allard, D., 1987, Analyse exploratoire de pratiques de santé mentale en situation de chômage: le cas d'ouvriers et d'ouvrières du secteur manufacturier de l'est de Montréal (première partie), *Santé mentale au Québec*, 12, no 2, 47-63.
- Leighton, D.C., Harding, J.S., Macklin, D.B., Macmillan, A.M., Leighton, A.H., 1963, *The Character of Danger*, Basis Books, New York.
- Levy, L., Rowitz, L., 1973, *The Ecology of Mental Disorders*, Behavioral Publications, New York.
- Liem, R., 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 Quarterly*, 17, 262-274.
- Milgram, S., 1970, The experience of living in cities, *Science*, 167, 1461-1468.
- Myers, J., Lindenthal, J.J., Pepper, M., 1974, Social class, life events and psychiatric symptoms: A longitudinal study in Dohrenwend, B.S. Dohrenwend, B.P., eds., *Stressful Life Events: Their Nature and Effects*, Wiley, New York.
- Myers, J.K., Roberts, B.H., 1959, *Family and Class Dynamics in Mental Illness*, New York.
- Pearlin, L.I., Schooler, L., 1978, The structure of coping, *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Roy, P.M., 1986, *Communication personnelle*.
- Rutter, M., Yule, B., Quinton, D., Rowlands, O., Yule, W., Berger, M., 1975, Attainment and adjustment in two geographical areas II: some factors accounting for areas differences, *British Journal of Psychiatry*, 126, 520-533.
- Srole, L., 1977, *The City vs Town and Country: New Evidence on an Ancient Bias in Mental Health in the Metropolis (Edition révisée)*, Harper, New York.
- Thoits, P.A., 1982, Life stress, social support, and psychological vulnerability: epidemiological considerations, *Journal of Community Psychology*, 10, 341-362.
- Tousignant, M., 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.
- Wedmore, K., Freeman, H.L., 1984, Social pathology and urban overgrowth in Freeman, H.L., ed., *Mental Health and the Environment*, Churchill Livingstone, London, 293-326.

Werner, T.D., Ross, D., 1969, Research in occupational psychiatry in Collins, R., ed., *Occupational Psychiatry*, Boston.

SUMMARY

The frequent association made in the academic press between poverty and minor and major mental health problems is unfounded. There is absolutely no proof that lack of revenue is the main cause of such a hardship. Poverty is first and foremost an area in society where mostly vulnerable groups con-

gregate, particularly mothers of single-parent families, immigrants and refugees, the unemployed, as well as former psychiatric patients. Problems are also much more concentrated in poor districts with high-rise, multiple dwelling apartment buildings. On a different note, it appears that people with better personal resources occupy middle-class districts. Poverty is definitively not a source of psychological problems unless it is combined with such factors as social isolation, emigration, unemployment or an anomic district.