

Pauvreté, santé mentale et stratégies d'existence Poverty, mental health and existence strategies

Louise Blais et Lorraine Guay

Volume 16, numéro 1, printemps 1991

Aspects de la dynamique conjugale

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/032206ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/032206ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

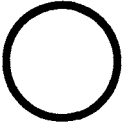
[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Blais, L. & Guay, L. (1991). Pauvreté, santé mentale et stratégies d'existence. *Santé mentale au Québec*, 16(1), 117–138. <https://doi.org/10.7202/032206ar>

Résumé de l'article

La relation entre « pauvreté et santé mentale » a été maintes fois démontrée. Toutefois, la dynamique qui sous-tend cette relation entre processus sociaux et processus psychiques est beaucoup moins explorée. La recherche dont cet article présente quelques résultats préliminaires, se veut un effort pour mettre en lumière les multiples dimensions de la problématique de la santé mentale dans des conditions de pauvreté extrême. Partant du postulat que les êtres humains, même très défavorisés, sont des êtres agissants, nous explorerons également les stratégies qui sont élaborées afin de maintenir, de retrouver un « équilibre » sans cesse à réinventer.



Pauvreté, santé mentale et stratégies d'existence

Louise Blais*

Lorraine Guay*

La relation entre «pauvreté et santé mentale» a été maintes fois démontrée. Toutefois, la dynamique qui sous-tend cette relation entre processus sociaux et processus psychiques est beaucoup moins explorée. La recherche dont cet article présente quelques résultats préliminaires, se veut un effort pour mettre en lumière les multiples dimensions de la problématique de la santé mentale dans des conditions de pauvreté extrême. Partant du postulat que les êtres humains, même très défavorisés, sont des êtres agissants, nous explorerons également les stratégies qui sont élaborées afin de maintenir, de retrouver un «équilibre» sans cesse à réinventer.

La relation établie entre des conditions socio-économiques défavorables et une santé mentale précaire constitue un des thèmes récurrents de l'épidémiologie depuis un siècle et demi (Schwab et Schwab, 1978; Fortin, 1987). Malgré ces constats répétés, cependant, on arrive difficilement à saisir la dynamique qui sous-tend le rapport entre les facteurs externes de la pauvreté et les facteurs internes liés à l'histoire personnelle et familiale des individus aux prises avec des contraintes extrêmes et pouvant influencer leur équilibre psychique.

L'étude dont cet article présente quelques résultats préliminaires se veut un effort modeste pour dégager les dimensions multiples de la relation entre la pauvreté et la problématique de la santé mentale. Il s'agira notamment d'explicitier comment, dans les classes sociales concernées, l'on désigne l'expérience de la pauvreté dans ses rapports à la santé mentale ainsi que les manières d'y réagir afin

* Louise Blais est chercheure au module santé mentale au DSC Sacré-Cœur de Montréal. Elle poursuit actuellement des études doctorales en Sciences humaines appliquées à l'Université de Montréal.

Lorraine Guay est coordonnatrice du Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec. Au moment de cette étude, elle était contractuelle au module santé mentale au DSC Sacré-Cœur.

de maintenir, de retrouver ou de réinventer un équilibre toujours précaire.

Dans un premier temps, nous tenterons d'élucider les processus sociaux qui sous-tendent les manières d'entrer en relation à l'autre et qui menacent l'équilibre personnel et interpersonnel. Ensuite nous essayerons de mettre en évidence les stratégies élaborées par les individus dans leur effort pour se forger un nouvel équilibre et retrouver une position sociale «vivable». Ces deux questions sont profondément liées dans la mesure où l'on postule que les individus ne sont pas seulement des êtres qui subissent mais aussi qui agissent, et ce, dans un contexte social, économique et culturel donné.

Il convient de souligner ici que cette recherche s'inscrit dans une logique d'«étude de besoins» en santé mentale sur un territoire de DSC en milieu urbain. Dans sa plus simple expression, un tel exercice a pour but premier de «mieux connaître afin de mieux agir». En effet, les mutations profondes du tissu social depuis quelques années et les nouveaux problèmes de santé qui y ont surgi imposent d'aller voir comment se vivent ces réalités afin d'adapter l'intervention de manière plus adéquate. À l'heure où, dit-on, le rôle de l'État dans le social est à bout de souffle sur le plan fiscal et à l'heure où il est questionné pour les effets pervers de plusieurs de ses interventions, notamment des diverses dépendances qui en découlent, il est important que les processus d'étude de besoins et de planification socio-sanitaire puissent permettre de saisir les diverses expériences de la réalité, ainsi que les manières de l'appréhender.

Considérations théoriques

Sur le plan conceptuel, cette étude s'inscrit dans une perspective qui a pris de l'ampleur au cours des dernières années quant à la manière de poser la problématique de la santé mentale. Sous l'influence de mouvements sociaux tels le féminisme, l'antipsychiatrie, la psychiatrie communautaire, les droits humains... et de certaines disciplines des sciences humaines et sociales comme l'anthropologie, la sociologie..., on reconnaît maintenant que la question de la santé mentale est, pour reprendre Roger Bastide (1965), un *fait social*. Fait social, parce qu'au cœur de cette problématique se trouve, d'une part, le tissu effrité des relations de l'individu avec sa famille, sa communauté, son milieu de travail, son école.... Fait social aussi parce que s'y retrouvent à l'œuvre des mécanismes et processus sociaux complexes dans lesquels prennent racine les phénomènes d'exclusion et

de marginalisation qui sont, par ailleurs, le propre des conflits psychiques (Castoriadis-Aulagnier, 1981; de Gauléjac, 1987).

Cette manière multidimensionnelle de concevoir la problématique de la santé mentale se retrouve dans un nombre croissant de documents officiels au Québec et ailleurs. Ainsi, par exemple, le Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ) proposait d'éviter de situer la question de la santé mentale en fonction du seul individu pour tenir compte de la manière dont s'opère la rencontre entre lui et son milieu (CSMQ, 1985). Plus récemment, et à l'instar de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), le ministère fédéral de la Santé et du Bien-être social proposait, dans son document d'orientation intitulé *La santé mentale des Canadiens; vers un juste équilibre*, de concevoir la santé mentale non seulement en fonction des «points forts» et des «aptitudes» des individus à s'adapter à leur milieu, mais aussi en fonction des possibilités d'adapter l'environnement aux individus par la création des conditions nécessaires à leur équilibre. On postulera donc que «tout ce qui nuit à l'interaction efficace et équitable de l'individu, du groupe et de l'environnement (...) constitue une menace ou un obstacle à la santé mentale» (1988, 7).

Dès lors, l'univers (pour ne parler ni du champ, ni du domaine) de la santé mentale n'est plus uniquement celui de l'individu nucléaire ou isolé, mais davantage celui de l'espace, aux contours identifiables, où se nouent — et se dénouent — les relations entre les êtres sociaux et où il faut chercher pour comprendre les mécanismes sociaux qui «structurent l'existence individuelle non pas seulement de l'intérieur... mais également de l'extérieur» (de Gauléjac, 1987, 30).

Approche méthodologique

Cet article ne permet qu'une description sommaire de la méthodologie utilisée¹. De nature qualitative, la recherche a comporté des étapes différentes. Dans un premier temps, des groupes ont été constitués ayant chacun une certaine homogénéité géographique et démographique. Ainsi, dans le secteur de Montréal Saint-Michel et à Montréal-Nord qui font partie du «S» de la pauvreté montréalaise (Mayer-Renaud, 1989), il s'agissait de groupes de femmes québécoises, la plupart très pauvres et chefs de familles monoparentales, tandis qu'à Ville Saint-Laurent il s'agissait d'un groupe d'immigrantes et dans le secteur Bordeaux-Cartierville, d'un groupe de psychiatisé-e-s vivant dans la communauté. Au moyen d'une série de rencontres structurées qui réunissaient, au total, une quarantaine

de personnes, les membres de chaque groupe identifiaient les situations qu'ils percevaient comme une menace à l'équilibre psychique et décrivaient les stratégies d'existence ou d'affrontement qu'ils élaboraient pour atteindre ou retrouver un équilibre. Cette démarche permettait, entre autres choses, d'en arriver à formuler un questionnaire semi-ouvert dans des termes «reconnaissables» à des individus provenant essentiellement de milieux semblables.

Dans un deuxième temps, et à l'aide de ce questionnaire, nous avons réalisé des entrevues avec plus de soixante personnes qui n'avaient pas participé aux démarches de groupes mais qui ont été choisies en fonction de caractéristiques similaires à celles de l'un ou l'autre des groupes. La sélection de ces personnes a fait appel à diverses ressources: des intervenantes de CLSC, des organismes communautaires, ou le réseau de relations des répondant-e-s mêmes. Avec la permission des répondantes, les entrevues ont été enregistrées sur magnétophone, ce qui permettait de compléter les réponses notées au questionnaire pendant les entretiens. La compilation et la classification des données ont été effectuées en fonction de la récurrence des thèmes abordés. L'analyse, qui est toujours en cours, en est une de contenu qui cherche à faire émerger, à la fois les ressemblances et les différences de sens que peut prendre le lien entre processus sociaux et santé mentale.

Résultats préliminaires

Les caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus à l'étude indiquent qu'aucun d'entre eux ne se trouve dans un «rapport de force» favorable avec l'environnement. On y voit, au contraire, des conditions où sévissent les causes multiples — et non pas seulement les «actes délictueux précis» — de l'exclusion et de la marginalisation sociales (Lamoureux, 1986, 62).

La position socio-économique

La pauvreté économique n'a de sens que par rapport au contexte dans lequel elle existe. Ainsi, ce qui constitue les besoins essentiels à la vie, ou du moins à la survie, et qui inclut notamment le toit, la nourriture, les vêtements, représentera un taux d'effort variable selon les cultures, le climat, les politiques économiques et sociales régissant l'accessibilité aux biens et services, etc. Dans notre contexte canadien, le ménage devant allouer 58 % ou plus de son revenu à la satisfaction de ses besoins vitaux vit, selon Statistiques Canada, sous le seuil de la pauvreté. Pour le Conseil canadien du développement social (CCDS), ce seuil se situe à 50 %.

Le revenu

Les informations recueillies révèlent que les deux tiers des personnes interrogées disposent d'un revenu annuel inférieur à 10 000 \$ et que 84 % d'entre elles ont un revenu inférieur à 20 000 \$. Dans le cas des psychiatisé-e-s, qui représentent le tiers des répondants, le revenu moyen se situe autour de 6 000 \$. Chez les femmes québécoises et chez les Néo-Québécoises, près de la moitié dispose de moins de 10 000 \$ et les trois quarts, de moins de 20 000 \$ de revenu annuel. Si les psychiatisé-e-s n'ont pour leur part personne à leur charge, en revanche, le groupe des femmes québécoises et celui des Néo-Québécoises sont constitués à 90 % de familles ayant en moyenne 2,5 enfants à charge. De plus, 43 % de celles-ci sont dirigées par une mère seule.

Notons que ces revenus ne proviennent pas tous de transferts gouvernementaux. En effet, sauf pour les psychiatisé-e-s, les chiffres montrent que près de la moitié des ménages composés des familles québécoises et néo-québécoises ont des revenus provenant d'un travail salarié. Ceci laisse entrevoir un nombre important de familles avec enfants à charge dont le revenu provenant d'un travail rémunéré les place au rang des salariés précaires².

Des éléments jugés essentiels à la survie, et à plus forte raison dans nos conditions climatiques, le logement constitue la première dépense autour de laquelle les autres se greffent. En d'autres mots, puisque cette dépense offre peu d'élasticité, le prix des loyers étant fixé par un marché on ne peut plus captif, elle formera l'élément central du budget d'un ménage, après quoi l'on déterminera ce qui reste pour les autres besoins vitaux. Selon une étude récente (Mémoire aux consultations publiques, avril 1989), le logement moyen à Montréal se situe à 430 \$ par mois, ce qui, si l'on s'en tient au taux d'effort proposé de 25 %, constituerait un prix abordable pour les ménages dont le revenu annuel s'élève à 22 000 \$ ou plus.

Pour les sujets de notre étude, la situation du logement constitue le nœud gordien de leur existence. En ce qui concerne les psychiatisé-e-s, dont plusieurs vivent avec des co-locataires, leur part du loyer s'élève à 262 \$ en moyenne par mois, ce qui représente un taux d'effort de 52 % du revenu allant au logement. Pour ce qui est de nos familles québécoises et néo-québécoises, la situation est encore plus dramatique. Déboursant en moyenne 402 \$ par mois, cela constitue pour près de la moitié d'entre elles, un taux d'effort de 64 % du revenu allant au seul loyer (en supposant un revenu de 7 500 \$ — point milieu entre 5 000 \$ et 10 000 \$ — qui représente, à peu de

choses près, les prestations d'aide sociale pour une mère ayant un enfant à charge).

En définitive, cette recherche démontre que le logement — sa localisation, son état, son coût — constitue une source importante d'instabilité, d'insécurité, de conflits fréquents, parfois dramatiques, avec les propriétaires, les voisins, les enfants, ou les co-locataires et provoque, entre autres choses, un faible sentiment d'attachement ou d'appartenance à son quartier — là entre autres où peut se fabriquer le tissu social. Et les personnes les plus touchées se trouvent non seulement parmi les psychiatisé-e-s, mais aussi parmi les familles monoparentales et les immigrantes, en particulier les noires. Dans ces circonstances, on ne s'étonnera pas de constater que la nourriture, autre nécessité vitale, devient l'autre point autour duquel se nouent plusieurs conflits.

En réponse aux diverses questions visant à découvrir les mécanismes qui entrent en jeu dans le rapport entre conditions d'existence et santé mentale, certains témoignages dévoilent, en effet, toute la gamme des symptômes du lexique de la «morbidité mentale»: relations conflictuelles, culpabilité, frustration, privation, démoralisation, dévalorisation personnelle, manque d'amour, repli sur soi, stress, dépression.... Parmi les douzaines que nous avons recueillies, le témoignage suivant illustre le drame de la faim dans une société d'abondance. Il s'agit, dans ce cas, d'une famille noire et musulmane ayant quatre enfants âgés de 4 à 16 ans. Le père est devenu assisté social à la suite d'un accident de travail. La mère, 42 ans, nous dit:

«J'aimerais pouvoir donner plus aux enfants. Le manque d'argent pour les fruits, les légumes, la viande... ça crée de la *chicane*. Comment expliquer à un adolescent qu'il ne peut pas prendre plus d'une ou deux onces de lait quand il en veut un verre! Moi, ça fait des années que je n'ai pas bu de lait. Je me sens souvent *coupable*... Aussi, en tant que musulmane, le régime alimentaire est dispendieux; ce n'est pas toujours possible.»

Si les exigences du régime alimentaire musulman apparaissent comme un exotisme, invalidant ainsi le drame de cette famille, citons quelques extraits de témoignages provenant, cette fois, de familles québécoises «pure laine»:

«Je ne peux rien m'acheter de personnel, aucune sortie, ou je dois couper dans l'épicerie. On a les choses principales à manger. Acheter des fruits, c'est un luxe... (sic). Je n'*accepte pas* de ne pas avoir assez de nourriture.»

«C'est *stressant* (le manque d'argent) au moment de l'épicerie. Je voudrais faire plaisir aux enfants, mais c'est impossible. Arriver à la

caisse sans argent... j'aimerais pas que ça m'arrive! Je suis orgueilleuse.»

«C'est (le manque d'argent toujours) la misère plus, plus, plus. Ça me *déprime*. J'ai peur de manquer de nourriture pour les enfants. C'est toujours un *casse-tête*. On est obligé de se *priver* de tout pour avoir assez de nourriture. Pas de sortie, 24 heures sur 24 avec les enfants, c'est *démoralisant*... *C'est pas parce qu'on ne les aime pas.*»

Et, enfin, ce témoignage d'un psychiatrisé qui, comme plusieurs autres subissant la faim des fins de mois, s'en remet aux repas communautaires offerts chaque semaine par les Sœurs de la Providence:

«Ça m'affecte énormément! Je me sens comme un *raté*, un *inutile*.... Faut se *casser la tête*... À vivre dans un «deux et demi», sans argent pour aller prendre un café, tu restes ici. Dans mon genre de *prison*, j'en suis venu à comprendre le vrai prisonnier de Bordeaux.»

Parmi les diverses situations que les répondant-e-s de cette recherche ont identifiées comme étant à la source des problèmes qui compromettent leur équilibre, l'insuffisance du revenu, le manque à gagner, obtient le plus grand nombre de mentions. Ainsi, pour les deux tiers des répondants, pourtant si hétérogènes sur plusieurs autres plans — blancs vs noirs; femmes vs hommes; québécois vs immigrants; de langues française, anglaise, espagnole, tamoule, ou arabe; «fous» vs «sains»; familles monoparentales vs couples — les difficultés financières dues à un revenu insuffisant les unissent à travers, en dedans et au-delà de leurs différences. Incontestablement, le revenu constitue le point névralgique autour duquel se nouent les conflits interpersonnels; frustration constante des besoins et des désirs, en particulier ceux des enfants; sentiment de honte de ne pas être habillé comme «les autres», de se retrouver dans la rue expulsé de son logement avec la vaisselle et les jouets dans des sacs à ordures, d'avoir à s'en remettre à la charité ou au secours public; culpabilité face à la faim et à la privation, celles des enfants en tout cas, et en premier lieu.

La source du revenu

Outre le *niveau* du revenu, sa *source* détermine aussi le statut social des individus. Dans notre société, la participation à la production constitue une valeur fondamentale par laquelle on établit non seulement le *salair*e d'un individu, mais aussi son *identité*. En somme, la participation au marché du travail est centrale au processus

d'identification des individus et tranche entre «inclus» et «exclus» (Hébert, 1985; Desmarais et al., 1985).

Or, au Québec, une personne sur six en âge de travailler est sans emploi, de façon ponctuelle ou chronique, se retrouvant, de ce fait, dans une position de *dépendance objective* et *subjective* face aux services publics. En effet, le statut d'assisté social qui caractérise la forte majorité des répondant-e-s prestataires de transferts gouvernementaux est vécu, subi, avec tous les sentiments que lui confèrent nos valeurs sociales. «Vivre aux crochets de la société», nous disait-on. Et la gamme étendue des raisons invoquées pour expliquer leur situation indique que l'on *ne choisit pas librement* de se soustraire au marché du travail: une faible scolarité qui limite sévèrement les choix et possibilités d'emploi dans un contexte de changements technologiques; la présence de jeunes enfants pour qui les frais de garderie pendant les heures de travail représentent un coût financier insoutenable; un salaire minimum qui rapporte moins que les prestations d'aide sociale quand il faut, en plus, payer le transport, les médicaments, etc.; un marché du travail peu ou pas adapté aux besoins de personnes aux prises avec des problèmes de santé chroniques; le statut de réfugié.... Ainsi, au manque à gagner du non-travail se greffent des problèmes de manque aux niveaux de l'identité sociale, de sentiments de dévalorisation et de perte d'autonomie. Car outre le revenu, le travail est source non négligeable de contacts avec autrui et de création de réseaux sociaux.

En ce qui concerne les psychiatisés, il faut d'abord souligner que si la quasi-totalité est exclue du marché du travail, ils ont déjà travaillé, et ce, surtout dans des emplois précaires et mal payés. Il y a donc eu passage du monde du travail à celui du non-travail. Pour expliquer ce passage, on invoquera deux ordres de raisons, parfois imbriqués l'un dans l'autre: la maladie et son traitement d'une part, les conditions de travail de l'autre. Incapables de supporter les exigences d'une journée de huit heures ni les cadences des normes de productivité et souffrant des effets secondaires des médicaments que l'on doit prendre pour contenir les symptômes, on glissera peu à peu vers la marginalité. Pourtant, l'impossibilité de trouver un «travail adapté» permettant de vivre autrement qu'aux «crochets de la société» constitue le deuxième problème d'importance, après celui du manque à gagner, ayant des conséquences pour l'équilibre de ces personnes. En voici quelques exemples:

«Je me sens *dévalorisé*. J'ai *peur* de trouver un emploi, de faire découvrir que je prends des médicaments...»

«C'est dévalorisant de ne pas pouvoir trouver un travail. Avoir été psychiatrisé, ça crée des problèmes pour rencontrer le monde. Il faut censurer le passé.»

«J'ai travaillé dans 28 contrats. J'ai vécu une *baisse d'estime de moi*. Avant, ça me rendait *suicidaire* mais pas maintenant que j'ai retrouvé la foi. J'ai peur aussi que les employeurs se rendent compte de ma psychiatrisation.»

«Pourquoi qu'on ne peut pas avoir un centre de travail où on peut travailler une heure, et si on est fatigué, s'arrêter et aller prendre un café. Pas comme dans une shop ordinaire. Travailler le nombre d'heures qu'on voudrait et, si on est fatigué, aller se reposer. Pas de pression d'un patron. Si une journée, on est trop fatigué, on n'y va pas. Et on est payé selon le nombre d'heures travaillées. Ça nous aiderait à nous restaurer sur le marché du travail parce que c'est difficile de retourner directement travailler après avoir vécu ça (c'est-à-dire l'hospitalisation). Toujours avoir la pression du patron, toujours se lever et des fois, on ne file pas à cause des médicaments: on perd notre job. J'ai eu cinq à six jobs depuis deux ans... c'est beaucoup. J'ai encore perdu ma job au resto parce que je ne filais pas un matin et je suis pas allé. Le patron m'a déjà repris trois fois, plus là! Tout ce qu'on parle, c'est de loisirs; c'est ben beau, mais faudrait d'abord travailler.»

Et enfin, pour souligner la conscience aiguë que l'on peut avoir du drame du non-travail:

«Il y a une discrimination des employeurs... une barrière sociale. Ça me prive de ressources. Le travail est une bonne source d'identité sociale, dans la mesure où il est un moyen, et non un but en soi.»

Mais il n'y a pas que le statut d'assisté-e social-e qui campe nos répondant-e-s dans un statut de dépendance. Il y a aussi celui de la ménagère à temps plein: près de neuf sur dix d'entre elles se trouvent dans une situation de dépendance face à leur conjoint (22,5 %) ou à l'État (64,5 %). Et de nombreux témoignages dévoilent que cette forme d'exclusion et de marginalisation est également une source de problèmes ayant un impact sur l'équilibre des individus.

Parmi les femmes qui, pour des raisons différentes, dépendent du revenu de leur conjoint, on accepte difficilement les conséquences qui découlent de cette situation. Ainsi, le cas d'une femme dans la cinquantaine ayant débuté sur le marché du travail à 12 ans, et qui, pendant 35 ans, mena de front les tâches de ménagère et de mère de trois enfants et un travail d'usine pour suppléer au faible revenu du mari. À 47 ans, «brûlée», «usée», elle fait sa première tentative de suicide:

«J'ai toujours travaillé. Et en cessant, je suis devenue dépendante de mon mari. Je n'aime pas à devoir lui demander de l'argent. Ça me gêne. Je ne suis pas habituée à ça...»

Et une autre mère qui, elle, est restée à la maison après la naissance de l'enfant:

«Je voudrais... (travailler)... le plus tôt possible, mais je manque de confiance en moi... Le fait de ne pas avoir travaillé depuis tant d'années, comment s'enligner pour choisir un travail qu'on aime?»

Et enfin une mère de jeunes enfants, dépendante d'abord du mari et ensuite, quand le mariage éclate, de l'État:

«J'ai fait 2 ou 3 demandes (d'emplois) — ça été frustrant. Mon orgueil en prend un coup. Tu n'es pas préparée à ça. La seule chose que tu connais, c'est la popotte et les enfants. L'âge n'aide pas: je suis trop vieille, me dit-on. (...) Je ne vais pas être capable de vivre avec 400 \$ par mois. Je vais me faire sauter la tête. Je veux me préparer un avenir. Je ne veux pas déprimer, écouter la T.V., être pauvre. J'ai une valeur humaine; je veux la garder. (...) Je vais être plus bas que ma valeur actuelle si je ne travaille pas. (...)»

En définitive, le revenu, tant par son niveau que par sa source, joue un rôle central dans l'équilibre de l'individu, dans la manière dont il se voit à travers le regard qui lui est renvoyé par la société. Cette influence va au-delà des seuls «facteurs de stress» habituellement invoqués pour expliquer la relation entre pauvreté et morbidité mentale. Au pôle inférieur des inégalités sociales, le passage, le glissement, quand ce n'est la projection forcée vers l'isolement, ont des racines bien matérielles et objectives.

La position socio-culturelle

Outre les aspects socio-économiques, d'autres facettes des inégalités sociales contribuent aussi aux phénomènes d'exclusion et de marginalisation des individus. En effet, les «différences» entre hommes et femmes, entre races ou ethnies, entre «faibles» et «forts», entre «malades» et «sains», entre jeunes et vieux, et bien d'autres encore, marquent tout aussi profondément la manière d'entrer en relation avec l'autre. Les caractéristiques socio-démographiques des sujets de cette recherche indiquent que sur le plan socio-culturel, aucun ne jouit d'un rapport de force favorable avec l'environnement. Étant «autres», pour des raisons diverses, ils se retrouveront dans une position de vulnérabilité en ce qui a trait aux possibilités de forger les relations où se puisent l'équilibre, le soutien réciproque, l'affectivité et la valorisation, si vitales à une «bonne» santé mentale.

Le sexe

Puisque les femmes participant à cette recherche — toutes ethnies confondues pour l'instant — se retrouvent concentrées dans la catégorie «séparée-divorcée» du statut civil, nous nous limiterons ici à l'exposition brève de quelques facettes de leur réalité, qui laissent entrevoir le spectre d'un isolement social et affectif se répercutant de façon insidieuse et lente sur leur équilibre. Plus particulièrement, nous nous arrêterons à ces «mères sans alliance» (Dandurand et Saint-Jean, 1988) qui constituent plus du tiers de nos répondantes.

Assumer seules la responsabilité des enfants constitue, en effet, le plus important problème invoqué par ces femmes. Plus des deux tiers d'entre elles ont fait mention de cette condition pour expliquer les difficultés qui marquent leur équilibre psychique et leurs relations avec les autres, et en premier lieu, avec leurs enfants. Les quelques témoignages qui suivent montrent que la réalité contemporaine de la famille monoparentale, en particulier quand elle coexiste avec la pauvreté, est en passe de créer de nouveaux exclus et de nouveaux marginaux. Même si les causes de l'éclatement du couple (violence, absentéisme, alcoolisme, toxicomanie et autres) faisaient souvent de la vie conjugale et familiale un enfer que la quasi-totalité de ces femmes ne revivraient pas, le manque de partage des responsabilités continue, après comme avant le divorce, d'être source d'angoisse et de privation constantes, de conflits parent-enfants, de «perte de contrôle»....

En effet, «être père et mère à la fois», — c'est le terme qui revient avec une fréquence soutenue dans le discours de nos répondantes — se répercute de diverses manières, et pour longtemps, sur la relation mère-enfants d'abord:

«Les enfants... ne sont *pas contents* d'être élevés juste par moi. Ils ont toujours rêvé d'un père qui s'occuperait d'eux. Surtout le petit dernier. Il aimerait connaître son père... avoir un grand frère (le plus vieux ne peut pas s'occuper de lui, il prend de la *drogue*). (...)

«C'est *dur, déprimant, frustrant*... être père et mère à la fois. J'ai souvent *mal à la tête*. Je voudrais me sauver loin, mais j'arrête à cause des enfants. Des jours, je voudrais *les accrocher dans le mur*, mais je me *contrôle*. Si je me *laisçais aller*, je ferais une *dépression*, mais je ne peux pas à cause des enfants.»

«Une de mes filles, l'aînée, dit qu'elle a beaucoup manqué son père. (...) À l'adolescence, (elle a eu) des relations sexuelles avec les

voisins, des difficultés à la maison. Elle a été placée à 16 ans et c'est là que j'ai fait ma *première dépression*.»

Ce cumul des rôles se répercute ensuite sur les mères elles-mêmes:

«Je me sens *agressive* parce que je n'ai pas de congé.»

«... *je garde tout en dedans*. Je suis attentive à ne pas *décharger mes frustrations* sur mon enfant. (...)»

«... je n'ai *pas de temps pour mon cœur et pour mon corps*. Pourtant je suis jeune.»

Il se répercute enfin sur leurs relations avec la culture ambiante:

«Je me sens *abandonnée à mon sort*... comme si je les avais conçus moi-même. C'est très *frustrant*, surtout que chez nous (il s'agit ici d'une immigrante), c'est *vu d'un mauvais œil* de s'occuper seule des enfants... C'est une *vie impossible, pas de support*, d'encadrement... *l'insécurité*...»

Et si l'on doute des capacités de ces mères «défavorisées» de saisir le cœur du problème, et sa solution, voici quelques témoignages qui interpellent en particulier les hommes:

«J'ai toujours élevé seule les enfants mais le fait de gérer de l'argent, c'est le plus difficile. Si j'avais de l'argent, je n'aurais pas besoin d'un homme pour m'occuper des enfants.»

«Je ne devrais pas *être obligée* de demander au père qu'il s'implique avec l'enfant. Il devrait avoir le même *sens de responsabilité* à l'égard de l'enfant.»

«Les hommes, ils ne sont *pas responsables*. Ils devraient considérer que *cette société, ça se fait à deux, surtout des enfants*.»

Il s'agit bien là, en effet, du cœur du problème. Parmi ces femmes, plusieurs montrent des signes de dépression souvent manifestes: pleurs fréquents, insomnie, solitude extrême, repli sur soi, coupure progressive des liens avec les amies, idées et tentatives suicidaires, incapacité de fonctionner normalement, perte ou gain d'appétit, irritabilité, agressivité....

L'ethnie

Le tiers des répondants proviennent de pays étrangers: la moitié d'entre eux ont immigré dans les années 70 et les autres sont arrivés après 1985. Dans le premier cas, il s'agit de femmes antillaises ayant quitté leurs pays d'origine pour des raisons de sous-développement économique, car les perspectives d'avenir s'offrant à elles étaient minces, voire inexistantes. Pour l'autre moitié, il s'agit de femmes venues, pour la plupart, avec leurs familles afin d'échapper à une

conjoncture marquée non seulement par le sous-développement, mais aussi par la guerre, la répression et la torture. Pour toutes ces répondantes donc, quitter le pays d'origine s'avère un «choix» peu libre.

Plusieurs facteurs contribuent à consacrer la fragilité de la position sociale de ces familles. La moitié est de race noire. Il s'agit souvent de familles monoparentales (43 %), et la grande majorité est très pauvre. En effet, parmi ces familles immigrantes neuf sur dix disposent d'un revenu annuel inférieur à 20 000 \$, et la moitié d'entre elles a moins de 10 000 \$, ce malgré le fait que pour les deux tiers le revenu provienne d'un travail salarié.

Nous voulons surtout insister ici sur le fait que sauf un, aucun des entretiens n'a pu se dérouler en français. Nous insistons sur ce fait parce qu'à travers ces entretiens s'est dévoilée l'ambiguïté profonde de l'«accueil» que nous réservons aux étrangers et qui, au demeurant, risque de garantir qu'ils restent des «étrangers».

Dans le contexte québécois, cette ambiguïté est double. D'une part, la politique linguistique à l'égard du français est encore trop faible pour s'imposer dans les milieux de travail ou dans les commerces. Plusieurs immigrantes, en particulier celles venant de pays où l'anglais tient lieu de langue officielle, affirment avoir peu ou pas de connaissances du français, même après plusieurs années de résidence au Québec. De plus, pour les familles d'arrivée récente et dont la langue maternelle est l'espagnol, l'arabe ou autre, l'ambiguïté réside dans le fait que ce sont deux langues, et non pas une, qu'elles doivent apprendre. Du moins, c'est le «message» qu'elles nous disent entendre... à l'immigration, sur le marché du travail et dans la vie publique en général.

D'autre part, l'ambiguïté linguistique est entretenue par une lacune réelle quant à l'accessibilité aux cours de français. Les causes de cette inaccessibilité sont multiples: la présence de jeunes enfants que l'on ne peut faire garder, faute de revenus, pour assister aux cours; les lois d'immigration régissant le statut de réfugié ou de «non-reçu» qui limitent l'accès aux cours gratuits; la journée de travail après laquelle il faut s'en «taper» une autre, à la maison cette fois; la faible scolarité etc. — autant de raisons, parmi bien d'autres, qui réduisent les possibilités d'apprendre la langue du pays hôte, condition première de l'intégration.

Ces quelques témoignages reflètent bien les conséquences de cette ambiguïté dont les interlocutrices ne sont pas les premières responsables:

«J'aimerais apprendre le français, mais c'est très cher quand on n'est pas immigrante reçue.»

«Lors de mon arrivée, je me suis adressée en anglais dans un magasin... et la femme ne m'a pas répondu. Je ne savais pas qu'il y avait la bataille anglais-français, la guerre des langues. C'est la première fois que j'ai eu mon *cœur très nerveux*.»

«... ça devrait être constant les cours de français pour nous permettre de mieux apprendre. Ça aide dans la vie quotidienne et le travail.»

«Je cherche du travail, mais on demande d'être bilingue, c'est-à-dire de parler l'anglais. Ça nous oblige à trouver du travail en usine, comme ouvrières.»

«Le fait de parler français est nécessaire en tout: pour me développer avec mes voisins, pour acheter les choses ordinaires et aussi pour des choses fondamentales, comme aller à l'immigration, trouver du travail, etc.»

Dans ce qui a été présenté jusqu'ici, nous avons cherché à mettre à nu comment, en dehors de la logique professionnelle et médico-administrative, l'on désigne la dynamique entre conditions sociales et santé mentale. Mais déjà l'acte de désigner une réalité constitue une manière de l'appréhender. La seconde question de cette recherche visait à laisser émerger une parole autre pour désigner les éléments de résolution des problèmes identifiés. La section qui suit traitera très brièvement quelques-uns de ces résultats.

Les stratégies d'existence

Le deuxième temps de cette recherche jette un regard sur les stratégies que les individus tentent d'élaborer pour atteindre ou retrouver une position sociale vivable. La classification que nous faisons de ces stratégies ne signifie évidemment pas qu'elles constituent des catégories étanches, un individu pouvant en déployer plusieurs à la fois. Il ne s'agit pas non plus de construire une «échelle de mesure» pouvant préciser ou juger de la valeur, force ou faiblesse de ces stratégies d'existence. Nous nous limiterons ici à une présentation sommaire des stratégies d'existence qui mettent en évidence les réseaux sociaux de nos répondant-e-s et que nous distinguons comme suit:

- 1) Le *réseau informel*, composé des ami-e-s, de la parenté, des voisins, des collègues...
- 2) Le *réseau semi-formel*, que l'on retrouve dans les groupes communautaires, de quartiers ou de paroisses...
- 3) Le *réseau formel*, composé des services publics de la santé, de l'aide sociale, du chômage, de l'immigration...

Parmi les diverses façons d'agir en temps de crise, il en est une qui mérite que l'on s'y attarde brièvement. Il s'agit de celle qui prend la forme d'une «demande d'aide» et qui constitue une des stratégies personnelles les plus fréquentes évoquées par les répondant-e-s dans leurs efforts pour dénouer la crise. En effet, l'analyse préliminaire de nos données permet de lever le voile sur la nature du pont qui, à travers la demande d'aide (tous genres confondus), mène aux réseaux sociaux (tous genres confondus aussi).

Première observation; malgré le fait qu'une forte majorité perçoivent la demande d'aide comme une stratégie importante au maintien de leur équilibre, les répondant-e-s expriment, paradoxalement, une gêne, une hésitation, voire une certaine honte, à avoir à s'en remettre à d'autres. En effet, les réponses contradictoires aux diverses questions portant sur la demande d'aide nous portent à constater qu'une ambiguïté profonde traverse le fait d'avoir à ce point besoin d'aide qu'il faut en demander.

Seconde observation; à conditions économiques égales, la stratégie de demande d'aide se déploie précisément chez les individus qui, d'une part, disent accorder une grande importance à l'amitié et aux loisirs dans le maintien de l'équilibre, et qui, d'autre part, sont plus susceptibles d'être déjà inscrits comme utilisateurs des services publics, de la santé en particulier.

Troisième observation; la demande d'aide semble se diriger vers les divers paliers des réseaux sociaux (informel, semi-formel, formel) en fonction de facteurs multiples. Ainsi, la nature du problème détermine bien sûr le lieu où l'on dirige la demande d'aide. Là encore, cependant, les conditions de vie, les habitudes et attitudes culturelles, les valeurs personnelles, etc., amènent à faire du problème des lectures différentes. De plus, la nature du réseau, en particulier aux niveaux informel et semi-formel, jouera un rôle capital dans la façon de définir, d'affronter et de résoudre ledit problème, et ce, en fonction des valeurs culturelles et personnelles. Nous disons bien la *nature* des réseaux, et non pas leur *taille*, car l'analyse préliminaire de nos données semble soutenir des observations faites dans certaines études récentes montrant que par rapport à la question du soutien si nécessaire à la santé, la densité et la qualité du réseau social l'emportent sur ses dimensions strictement quantitatives (Dumont, 1988).

Le réseau informel

C'est en nous intéressant à la demande, et à son envers, l'offre d'aide, que nous avons tenté de cerner la nature des réseaux informels

de nos répondants. Malgré l'ambiguïté qui entoure la question de l'aide, dans les situations où on se sent «très mal pris», les deux tiers des répondants disaient pouvoir se tourner vers des membres du réseau informel. La parenté et les amis proches constituent évidemment le gros de ce réservoir de soutien. Pourtant, plusieurs ont affirmé préférer s'adresser à des amis ou à des inconnus plutôt qu'à leurs proches parentes quand il s'agit de «problèmes personnels». La parenté, semble-t-il, «juge», «critique», et trop souvent, on n'en sort guère soulagé. Autre constat, alors que la forte majorité des femmes québécoises et des psychiatisé-e-s peuvent identifier au moins une personne vers qui se tourner en temps de crise, ce n'est le cas que pour moins de la moitié des immigrantes.

En ce qui concerne le soutien pour les problèmes déjà identifiés et spécifiquement rattachés au manque d'argent, aux conflits familiaux, à l'absence de travail ou à la monoparentalité, quelques observations s'imposent. D'abord, il paraît plus facile d'offrir de l'aide que d'en demander. Ensuite, l'aide — offerte ou demandée — si elle procure souvent un sentiment de satisfaction, ne va pas, en revanche, sans créer beaucoup de frustrations: les conseils aux autres qui «n'ont rien donné», ou ceux reçus qui étaient «trop-durs à prendre». Si l'on cherche l'*écoute*, on constate qu'elle est en définitive à la fois rare et difficile. Enfin, outre l'*écoute*, l'aide la plus appréciée est celle qui se manifeste par des gestes concrets: la garde des enfants pendant les courses, le dépannage pour la nourriture ou pour l'argent, etc. Cependant, et en particulier pour ce qui est de l'argent, la plupart de nos répondant-e-s se retrouvent dans des réseaux composés de personnes ayant elles-mêmes peu de moyens. Il en résulte qu'indépendamment de la valeur et de l'importance qu'on lui attribue par ailleurs, les conditions objectives de ces réseaux limitent sévèrement la pratique réelle de l'entraide.

Le réseau semi-formel

À l'exception des immigrantes, la majorité de nos répondant-e-s affirment sentir une certaine appartenance aux quartiers qu'ils et elles habitent et ce, pour différentes raisons. L'accès facile aux magasins, au transport en commun, aux services publics, aux parcs, aux écoles, etc., constituent autant de facteurs que l'on invoque pour soutenir cet attachement au milieu de vie. Cela dit, le faible contact avec les voisins, le coût et l'état du logement, la présence «des noirs» pour les uns, de la drogue pour les autres, etc., font que la plupart préfèrent vivre ailleurs si les moyens le leur permettaient.

De manière plus importante, par contre, c'est au niveau de la présence ou de l'absence d'organismes dans un quartier que se révèle la nature du réseau informel et que l'on saisit le degré d'attachement au milieu. Ainsi, là où existent des activités paroissiales, des groupes alternatifs en santé mentale, des centres communautaires, des groupes populaires, des organismes bénévoles, le sentiment d'attachement au quartier se manifeste plus fortement. À l'inverse, chez les immigrantes, l'absence quasi totale de tels lieux qu'elles pourraient fréquenter contribue fortement au sentiment de non-appartenance qu'elles expriment à l'endroit de leur quartier. Pourtant, elles ne sont pas sans être conscientes de la nécessité ou de l'importance de ces organismes. Qu'il s'agisse entre autres de lieux d'échanges de vêtements usagers, de comptoirs alimentaires, d'activités diverses pour les enfants, ou encore d'associations de locataires, les immigrantes perçoivent bien que ces lieux constituent une source potentielle d'entraide et d'amitié.

Pour la plupart des autres répondants, l'existence de divers organismes semi-formels dans une communauté s'avère être d'une importance capitale. Ainsi, les psychiatisé-e-s qui participent aux groupes tels que les ressources alternatives en santé mentale, affirment que ces lieux offrent non seulement des possibilités de faire des rencontres et des amis, brisant ainsi une partie de leur isolement. Mais aussi d'apprendre «à communiquer», à «se responsabiliser», à «développer sa personnalité», à «s'occuper», à partager, à aider d'autres «plus mal pris» et donc à relativiser «son» problème. Les femmes québécoises qui, en majorité, disent participer à divers groupes dans leurs quartiers, y apprennent à acquérir de l'autonomie, à faire des repas économiques, à «voir plus loin», à «reprendre contact» avec d'autres, à se «remettre en valeur»....

Le réseau formel

Parmi nos répondants, il va sans dire que les psychiatisés sont les plus grands utilisateurs des services publics, et, en premier lieu de services de santé. Tous ont connu au moins une hospitalisation psychiatrique, et la majorité en a vécu plusieurs. À l'exception d'une répondante de 56 ans, au demeurant fort handicapée, qui avait passé vingt ans en institution, tous ont connu une ou plusieurs hospitalisations, d'une durée de six à douze semaines. Génération de la psychiatrie moderne des années 60 et 70, la quasi-totalité de ces personnes sont suivies régulièrement sur une base externe entre les hospitalisations.

Ce suivi ne va pas, par ailleurs, sans susciter plusieurs critiques. Bien que les travailleuses sociales, en particulier, semblent se mériter une certaine cote d'appréciation, ainsi que parfois des infirmières dans les urgences, on trouve fort inadéquate la base mensuelle des visites de dix minutes pour voir le psychiatre ou pour se faire injecter l'anti-psychotique prescrit. Si la forte majorité considère avoir besoin de ces services, du moins pour un temps, («laisser le temps faire son œuvre» nous disait l'une de ces personnes) l'organisation, la qualité et la disponibilité de ces services se sont avérées profondément manquantes du point de vue de ceux et celles y ayant recours.

Les femmes québécoises ayant participé à cette recherche ont, pour leur part, généralement recours à des services de santé plus «légers». Face à la crise qui menace leur équilibre, elles se tournent davantage vers le CLSC, le centre communautaire quand il existe, un «thérapeute» quand les moyens le permettent, mais surtout pas vers la psychiatrie. Ayant toutes vécu au moins un épisode dépressif suffisamment important pour justifier une intervention, ces femmes expriment par ailleurs clairement leur refus de traitements médicamenteux et leur peur d'être jugées «folles».

Enfin, parmi les immigrantes, l'utilisation des services de santé se limite en général aux consultations ponctuelles pour les vaccins ou les maladies des enfants, et parfois pour leurs propres problèmes de santé. Une seule est suivie régulièrement par les services sociaux auxquels on avait fait appel pour un enfant présentant de graves problèmes de comportement. Parmi les immigrantes de plus longue date, des expériences récentes telles la perte d'un emploi, l'expulsion du logement, l'éclatement du couple, etc., sont venues briser l'équilibre fragile de leur existence. Parmi les réfugiées, le souvenir d'enfants que l'on a dû abandonner dans la fuite, des proches perdus dans la guerre et la répression, et bien d'autres «événements critiques» des dernières années, se traduisent en désarrois de plus en plus profonds. Toutefois, les problèmes de langue, les attitudes culturelles à l'égard de la «chose» mentale, la méfiance ou le manque de renseignements quant à la disponibilité des services, etc., expliquent largement le plus faible taux de recours au réseau formel.

Outre les services de santé, tous nos répondants utilisent l'un ou l'autre des divers paliers des services publics: les bureaux de main-d'œuvre, dans un premier temps, qui mènent inéluctablement à l'assistance sociale dans un deuxième; l'aide juridique pour les uns, la police pour les autres ou encore les services de l'immigration. Le fait le plus remarquable à noter et qui vient appuyer des observations

semblables formulées par d'autres équipes de recherche (Mercier, 1989; Lefebvre, 1989), est qu'aucun-e de nos répondant-e-s ne revendique une augmentation dans la *quantité* des ressources du réseau public. En effet, on souhaite plutôt de profonds changements qui favoriseraient une plus grande accessibilité aux ressources existantes (par exemple, les psychologues) et surtout une meilleure adéquation des réponses offertes aux problèmes qui se présentent.

En guise de conclusion

Malgré le caractère préliminaire de cette présentation de nos données, les témoignages recueillis dans cette étude permettent de constater l'existence d'un «social» qui n'est ni flou, ni insaisissable quant à son rapport avec la «santé mentale». Il se présente, au contraire, comme relevant d'une réalité aux contours identifiables et dont il importe de tenir compte dans l'intervention — qu'elle soit administrative, clinique ou de recherche.

D'où la nécessité d'effectuer un recadrage du regard et de l'écoute (Corin et al., 1990) afin de mieux comprendre ce qui se trame, non seulement de pathologique ou de déficient, mais aussi de souffrance et de créativité, dans le rapport entre «processus sociaux et santé mentale». Un tel virage permettrait d'orienter l'intervention non plus uniquement en termes de populations et groupes «cibles» *sur* qui l'on agit. Surtout permettrait-il de l'orienter vers les conditions qui constituent parfois, et de manière diversifiée, selon l'histoire personnelle, familiale et socio-culturelle des êtres sociaux, la source de la «goutte qui fait déborder le vase» (Lesemann et Chaume, 1989). En somme, le «social» ne se «planifie» pas.

Parmi les questions suscitées par nos données, l'une des plus importantes est celle qui porte sur l'adéquation entre les problèmes qui se posent dans la pratique et les réponses proposées concernant les approches à développer quant aux dimensions socio-culturelles de la problématique de la santé mentale.

Au niveau de la recherche, il nous semble urgent de pousser nos investigations de manière à faire émerger les sens multiples de l'écart qui s'est creusé entre les «besoins» de certaines populations et les «services» qui leur sont offerts. Il s'agit en quelque sorte, de faire valoir d'autres sens que celui de la logique administrative ou professionnelle qui domine encore les notions «d'études de besoins» ou «d'évaluation de services». Ce déplacement du *regard*, — et donc de l'*écoute* — de la recherche implique non seulement de l'innovation au niveau de ses méthodes et instruments. Mais, il implique aussi une

ouverture sur la nature même du concept de «validité scientifique.» Sur ce point, disons simplement que dans une perspective de recherche des sens multiples des diverses réalités qui constituent la rencontre entre facteurs sociaux et santé mentale, la validation des résultats doit être vue comme un *processus* où «la vérité», si tant est qu'elle existe, ne peut être que provisoire. Vu de cette manière, la recherche prend des proportions plus modestes, sans pour autant lésiner du côté de la rigueur.

En particulier dans le contexte de «recherche appliquée» qu'est le nôtre, la frontière qui sépare recherche et intervention est loin d'être étanche. Au contraire, un va-et-vient continu entre les deux pôles, avec «la population» comme locutrice principale, s'avère nécessaire. Dans ce sens, la recherche devient un *outil de communication* pouvant permettre de modifier nos représentations des diverses réalités. Elle se pose ainsi comme *outil de négociation* entre les diverses réalités appelées à coexister socialement. D'où l'importance de concevoir la recherche à la fois comme geste scientifique et comme action sociale.

NOTES

1. Plusieurs personnes ont été d'une aide inestimable au déroulement de cette étude. Nous tenons à remercier d'abord, la centaine de femmes et d'hommes qui ont accepté d'en être les sujets. Car c'est à ces personnes que revient le «mérite» d'avoir levé le voile sur une réalité encore trop méprisée qu'est celle de la pauvreté. Nous tenons à remercier également Ellen Corin pour ses conseils méthodologiques; Johanne Beaulac, Louise Beaudry, Luc Blanchet, Nicole Comeau, Michelle Dumont, Sœur Thérèse Girard, Marc Norris, Francine Ouellet, Michelle Proulx et Suzanne Reeves pour leur aide sur «le terrain»; Frédéric Lesemann pour ses critiques de versions préliminaires de ce texte.
2. Tous ces chiffres montrent, avec Ross et Shillington (1989) les «nouveaux visages» de la pauvreté: des personnes âgées, certes, mais, de plus en plus, des femmes, en particulier chefs de famille, des adultes vivant seuls ayant moins de 65 ans, des travailleurs et travailleuses dont la rémunération se situe en-dessous du seuil de pauvreté, des enfants dont la pauvreté grandissante nous interpelle spécialement puisqu'il s'agit d'une *éthique sociale* où se puise la raison même de leur mise au monde.

RÉFÉRENCES

- BASTIDE, R., 1965, *Sociologie des maladies mentales*, Paris, Flammarion.
- BLAIS, L., 1987, «À propos de la santé mentale et processus sociaux», note critique in *Santé mentale au Québec*, XII:1: 175-177.
- CASTORIADIS-AULAGNIER, P., 1981, *La violence de l'interprétation: du pictogramme à l'énoncé*, Paris, Le fil rouge, PUF.

- Collectif des femmes immigrantes du Québec (et coll.), 1989, *Habiter Montréal... et y vivre*, Mémoire aux consultations publiques concernant l'énoncé de politique d'habitation de la ville de Montréal, avril.
- Comité de la santé mentale du Québec (CSMQ), 1985, *La santé mentale: de la biologie à la culture*, Avis sur la santé mentale, Gouvernement du Québec.
- CORIN, E., 1985, La santé: nouvelles conceptions, nouvelles images in *Traité d'Anthropologie médicale*, J. Dufresne, F. Dumont et Y. Martin (Éds.), Québec, Presses de l'Université du Québec, 45-73.
- CORIN, E., BIBEAU, G., MARTIN, J.C., LAPLANTE, R., 1990, *Comprendre pour soigner autrement*, Presses de l'Université de Montréal, Montréal.
- Conseil des affaires sociales et de la famille (CASF), 1989, *Deux Québec dans un*, Gouvernement du Québec, Québec, Gaëtan Morin éditeur.
- DANDURAND, R.B., SAINT-JEAN, L., 1988, *Des mères sans alliance: monoparentalité et désunions conjugales*, Institut québécois de la recherche sur la culture, Québec.
- DESMARAIS, D. et al., 1985, «Document de travail — Les pratiques de santé mentale dans l'espace du non-travail: problématique de recherche», Santé mentale et processus sociaux, *Sociologie et sociétés*, Vol. XVII, n° 1, 143-156, Montréal.
- DUMONT, M., BLANCHET, L., TREMBLAY, P.H., 1988, *Isolement et santé mentale (Suffit-il de quitter son île?)*; *Revue de la littérature*, Module Santé mentale, Montréal, DSC Sacré-Cœur, octobre, 38 pages.
- DE GAULÉJAC, V., 1987, *La névrose de classe*, Paris, Hommes et Groupes éditeurs.
- FORTIN, D., 1987, Variables économiques et santé mentale, in *Manuel québécois de psychologie communautaire*, sous la direction de Jérôme Guay, Québec, Gaëtan Morin éditeur.
- HEBERT, A., 1985, La réinsertion sociale des ex-patients psychiatriques: un profil professionnel, social et psychiatrique, Santé mentale et processus sociaux, *Sociologie et sociétés*, vol. XVII, n° 1, avril, 61-72.
- LAMOUREUX, J., 1986, L'égalité en crise; *La pauvreté: raison d'État, affaire de cœur*, *Revue internationale d'action communautaire*, 16/56, automne, 55-65.
- LECOMTE, Y., LEFEBVRE, Y., 1989, «De la victimologie des usagers au masochisme des intervenants», communication au colloque *Pauvreté et santé mentale: un silence troublant*, COSAME et RRASMQ, Montréal, 14 et 15 septembre.
- LESEMANN, F., CHAUME, F., 1989, *Familles-Providence, la part de l'État*, Groupe d'analyse des politiques sociales, Université de Montréal, Montréal, Éditions Saint-Martin.
- MAYER-RENAUD, M., 1989, *La distribution de la pauvreté de la richesse dans la région de Montréal*, CSSMM, Montréal, décembre.
- MERCIER, C., 1989, Bénéficiaire? Résident? Locataire?, communication au colloque *Pauvreté et santé mentale: un silence troublant*, COSAME et RRASMQ, Montréal, 14 et 15 septembre.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988, *La santé mentale des canadiens: vers un juste équilibre*, Gouvernement du Canada, Ottawa.
- ROSS, D.P., SHILLINGTON, R., 1989, *The Canadian Fact Book on Poverty, 1989*, Canadian Council on Social Development, Ottawa.

SCHWAB, J.J., SCHWAB, M.E., 1978, *Sociocultural Roots of Mental Illness; an Epidemiological Survey*, New York, Plenum Medical Books.

ABSTRACT

Poverty, mental health and existence strategies

The relation between "poverty and mental health" has long been established. However, the dynamic underlying the relation between social and psychic processes has received much less attention. This article presents certain preliminary results of research whose aim is to promote the emergence of the multiple dimensions behind the problematic of mental health in social conditions characterized by extreme poverty. In addition, the authors base their approach on the assumption that human beings, even underprivileged, are very active players, and explore the strategies that are hereby developed in order to maintain or recover their equilibrium.