

# La production-reproduction des inégalités sociales de santé mentale

---

**Pierre SURAULT**

CEDES, Université de Poitiers.

Le centre collaborateur de l'OMS (CCOMS) et la DREES ont réalisé, entre 1999 et 2004, une enquête « Santé mentale en population générale » (SMPG), auprès d'un échantillon représentatif de la population française, composé de plus de 36 000 personnes âgées de 18 ans et plus. Les deux grands volets de l'enquête concernaient, d'une part, la prévalence de troubles mentaux (dépression, anxiété,...) et du risque suicidaire et d'autre par les représentations des pathologies mentales (Roelandt, Caria, Mondière et al [5] Roelandt [4]).

On dispose des données épidémiologiques selon les principales caractéristiques socio-démographiques ou socio-professionnelles : sexe, âge, situation matrimoniale, niveau d'éducation, revenu, catégorie socio-professionnelle. Les résultats mettent en évidence des disparités sociales significatives dans la prévalence des différents troubles mentaux et du risque suicidaire. Nous nous limiterons ici à l'étude de la différenciation selon le milieu social, approché par la catégorie socio-professionnelle d'appartenance. Auparavant, observons simplement que la fréquence des cinq grandes catégories de troubles (dépressifs, de l'anxiété, liés à une addiction à l'alcool, liés à une addiction à la drogue et d'allure psychotique) ainsi que celle du risque suicidaire diminuent avec l'avance en âge et avec l'augmentation du revenu familial. Le risque suicidaire et les troubles liés à des conduites addictives (alcool ou drogue) sont plus fréquents chez les hommes que chez les femmes et c'est l'inverse pour les autres troubles mentaux.

Enfin, selon la situation matrimoniale, les personnes vivant en couple (mariées ou non) sont dans la situation la plus favorable et celles qui sont divorcées ou séparées dans la plus défavorable (sauf pour la prévalence des troubles liés à l'addiction à la drogue qui touchent d'abord les célibataires).

## 1. Les inégalités sociales face aux troubles mentaux et au risque suicidaire

La répartition socio-professionnelle de la population enquêtée<sup>1</sup> est effectuée selon onze catégories : les actifs ayant un emploi sont répartis selon les six grands groupes INSEE (agricultures, ouvriers...) et les personnes sans emploi en cinq catégories : les chômeurs et les inactifs, soit les retraités, les étudiants, les femmes au foyer et les « autres inactifs » principalement des personnes de moins de 60 ans, invalides handicapées ou « Bénéficiaire du RMI ». Dans les comparaisons ultérieures, nous ne tiendrons pas compte de cette dernière catégorie dont la morbidité mentale et le risque suicidaire sont « naturellement » élevés.

Il ne s'agit pas ici de décrire les inégalités sociales enregistrées face aux différents troubles et au risque suicidaire (pour ce faire, voir Surault [7]), mais simplement de mettre en évidence leurs principales caractéristiques. Ainsi, la prévalence d'au moins un trouble mental varie-t-elle de plus de 47% pour les chômeurs à moins de 22% chez les agriculteurs. Elle est également élevée pour les étudiants, les employés et les ouvriers et faible chez les cadres et membres de professions intellectuelles supérieures. Ces caractéristiques se retrouvent globalement pour chaque catégorie de troubles, les chômeurs n'étant devancés de peu, que

---

<sup>1</sup> Il s'agit de membre de « ménages ordinaires », la population des institutions étant exclue du champ de l'enquête.

pour les troubles liés à l'addiction à l'alcool, par les ouvriers, et à l'addiction à la drogue, par les étudiants (effet d'âge).

La fréquence du risque suicidaire présente les mêmes caractéristiques : elle varie de 22% pour les chômeurs à un peu plus de 4% pour les agriculteurs, employés et ouvriers présentant le risque le plus élevé parmi les actifs ayant un emploi. Un risque moyen ou élevé<sup>2</sup> est enregistré chez plus de 9% des chômeurs, près de 4% des ouvriers en emploi, 2,7% des cadres et 1,7% des agriculteurs.

Les résultats d'autres enquêtes, comme l'enquête décennale Santé (INSEE-DRESS 2003), le Baromètre Santé (INPES, 2004-2005) ou les enquêtes bisannuelles Santé, soins et protection sociale (IRDES, 2004) vont dans le même sens. Par exemple, selon les deux premières, comme pour l'enquête SMPG, parmi les personnes ayant un emploi, à sexe, âge et niveau de formation équivalents, les employés et les ouvriers sont ceux qui souffrent le plus de troubles dépressifs et les cadres et les membres de professions intermédiaires le moins. Et si l'on considère l'ensemble des CSP, se sont également les chômeurs les plus exposés aux troubles dépressifs, les retraités y étant peu exposés (Leroux et Morin [2]).

## **2. La santé mentale dans le champ des inégalités sociales de santé et de leurs déterminants.**

Si l'on ne retient que la population active (chômeurs compris, considérés statistiquement comme « actifs »), on voit que les inégalités sociales de santé mentale ne se distinguent guère de celles de la santé en général et de l'ensemble des pathologies, pas plus que celles devant la mort.

En ce qui concerne ces dernières on peut rappeler que pratiquement toutes les causes de décès se conjuguent pour les expliquer, la hiérarchie sociale de la mortalité par cause étant, sauf exception, la même que celle de la mortalité générale, quel que soit l'âge – y compris, par exemple, la mortalité par suicide –. On se retrouve donc dans la problématique sociologique de la production des inégalités sociales de santé, de leur reproduction et de leurs déterminants.

Au deux extrémités de l'échelle sociale, on assiste à un cumul des facteurs, favorables d'un côté, péjoratifs de l'autre, qui relèvent de multiples variables interdépendants et agissant en synergie pour aboutir à une détérioration de l'état de santé, physique et psychique, à des handicaps divers et à une mort précoce pour les chômeurs, les travailleurs précaires ou les ouvriers non qualifiés. À l'inverse, les cadres et membres de professions libérales bénéficient de la conjonction de facteurs favorables pour vivre en bien meilleur état de santé et beaucoup plus longtemps.

Les variables, multiples et interdépendantes, peuvent être regroupées en trois grandes catégories :

1. le capital acquis à l'âge adulte, qui est composé des capitaux culturels (y compris le niveau d'instruction), social, économique et sanitaire. Par exemple, même si les données sont relativement rares, on sait que l'état de santé des enfants et des adolescents de milieux défavorisés est plus déficient que celui des enfants de cadres et leur mortalité plus élevée ;
2. les conditions d'emploi, de travail et de vie qui en dépendent (le logement par exemple). En ce qui concerne, par exemple, l'insertion professionnelle (et donc sociale), en 2005

---

<sup>2</sup> Un risque moyen correspondant au fait d'avoir pensé à se suicider au cours du mois écoulé ou d'avoir voulu se faire du mal au cours de ce mois et d'avoir déjà fait une tentative de suicide dans sa vie. Un risque peu élevé se réfère au fait soit d'avoir fait une tentative de suicide au cours du dernier mois, soit d'en avoir fait une au cours de sa vie et d'avoir pensé à se suicider dans le mois écoulé. Pour estimer qu'un risque suicidaire « léger » existe, il faut avoir, au cours du dernier mois, pensé qu'il vaudrait mieux être mort ou souhaité être mort ou voulu se faire du mal ou encore avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de la vie.

(étude INSEE-CEREQ), le taux de chômage des jeunes sortis du système de formation depuis un à quatre ans était quatre fois plus élevé pour les sans diplôme (41%) que pour les diplômés de l'enseignement supérieur long (10%) – ensemble : 19% – le rapport était le même pour ceux sortis de 5 à 10 ans auparavant : 29% contre 7 % (12% pour l'ensemble).

3. le mode et les styles de vie. Ce groupe de variables inclut, entre autres, les différentes consommations (tabac, alcool, alimentation, médicale...), les activités physiques et sportives, la sociabilité, les liens familiaux, les départs en vacances, les pratiques culturelles, etc...

Les variables en question se cumulent, dans un sens positif ou péjoratif, pour favoriser ou non stress et pathologies mentales (anxiété, dépression, troubles liés à des addictions...), tendances suicidaires, affections de tous ordres, handicaps... et, in fine, mortalité précoce ou non – pour de plus ample développements, voir Surault [6] –.

La reproduction des inégalités sociales et économiques et donc inégalités de santé, mentale en particulier, de génération en génération, s'explique par la relation des capitaux accumulés à l'âge adulte (susceptibles ensuite d'un élargissement ou d'une réduction sous l'influence en retour des autres variables précitées à l'origine sociale). On sait par exemple depuis plus de trente ans à quel point le niveau de diplôme, décisif pour la suite, reste conditionné par l'origine sociale.

Bien sûr, ce schéma pourrait paraître réducteur, au regard des situations individuelles observables. Il existe des « lignes de fuite » du destin « statistique », liées par exemple aux modifications dans le temps de structures socio-professionnelles de la population qui sont elles-mêmes fonction des transformations des structures productives (déclin des emplois agricoles et industriels montée du tertiaire, poids croissants de l'encadrement...). De même, la maladie mentale et le suicide ne sont pas l'apanage exclusif des plus démunis, de ceux qui cumulent tous les désavantages. Seul, peut-être, le psychiatre pourrait expliquer la dépression de tel ou tel cadre, bénéficiant pourtant apparemment de tous les aspects favorables des variables précitées. On pourrait alors évoquer la « difficulté à raccorder le télescope du sociologue et le microscope du psychologue » (ou du psychiatre) qui a d'abord affaire à des facteurs personnels, « le changement d'échelle produisant un changement de perception » (Baudelot et Establet [1], p. 250). Pour nous les deux approches ne sont pas antinomiques, mais complémentaires. La démarche sociologique, fondée sur la statistique et l'observation de groupes de population, reste tout à fait valide. La lourdeur des mécanismes constitutifs d'inégalités sociales renvoie au fonctionnement même de notre société, à ses structures économiques, sociales et politiques qui les génèrent et qui, de plus, les aggravent au fil des années (Maurin et Savidan [3]), entre autres celles de durée de vie.

L'accroissement des populations marginalisées (chômeurs, travailleurs pauvres et précaires, titulaires du RMI, « exclus » en tout genre...) paraît entrer dans « l'ordre des choses », être inhérent au développement du capitalisme et de la mondialisation. La pauvreté, les restrictions de tous ordres, le défaut d'intégration sociale, les inquiétudes voire les angoisses par rapport à l'avenir, le sentiment de « désaffiliation », etc., ne peuvent que favoriser l'émergence de troubles mentaux et de diverses pathologies. Dès lors, seule une remise en cause radicale de l'organisation économique de la société pourrait bouleverser les conditions de production-reproduction des inégalités sociales, en remettant l'économie au service des hommes, de la société et non l'inverse.

On perçoit bien, dès lors, les limites politiques de santé publique comme celles des politiques sociales, qui n'ont aucune action sur les mécanismes lourds décrits précédemment. Dans le domaine des troubles mentaux, la prévention se limite essentiellement à la prévention tertiaire visant à éviter que la maladie déjà installée ne s'aggrave, à réduire ou à stabiliser les troubles et à suivre les malades dans un retour à l'autonomie. La prévention secondaire, qui

consiste en un dépistage précoce des troubles afin d'en, circonscrire le plus possible les conséquences néfastes à l'aide d'un traitement rapide et efficace, fait l'objet d'attentes importantes. On peut révéler ici le décalage entre ce que l'on pourrait appeler la demande en santé mentale et la réponse psychiatrique : selon l'enquête SMPG, près d'un tiers de la population souffrirait de troubles mentaux alors que la proportion des personnes bénéficiant de soins psychiatriques se situerait entre 2% et 3,5% selon cette même enquête, moins de la moitié des personnes souffrant de troubles de l'humeur (13,6 % de l'ensemble) ont déclaré avoir déjà été traitées pour dépression.

En revanche, la prévention primaire, qui vise à réduire la fréquence des pathologies mentales (ou autres) dans une population, en diminuant les causes et les facteurs de risque, dépasse largement le domaine de compétence de la psychiatrie : elle relève d'une action politique qui reviendrait, on l'a vu, à transformer radicalement les structures et le fonctionnement de l'ensemble de la société et la logique économique dominante. Aujourd'hui, selon nous, les politiques publiques et les pratiques professionnelles ne peuvent qu'atténuer et masquer en partie les effets du système de production-reproduction des inégalités sociales de santé, mentale en particulier, tel que nous l'avons décrit.

## BIBLIOGRAPHIE

- [1] BAUDELLOT C. et ESTABLET R., 2006, Suicide, l'envers de notre monde, Paris, Ed du Seuil, 264 p.
- [2] LEROUX I. et MORIN T., 2006, Facteurs de risque des épisodes dépressifs en population générale, DREES, Études et Résultats ; 545.
- [3] MAURIN L. et SAVIDAN P. (dir.), 2006, L'état des inégalités en France 2007, Belin.
- [4] ROELANDT J.L., 2005, « La santé mentale en population générale : images et réalités, une enquête pas comme les autres », L'information psychiatrique; 81 : 285-286.
- [5] ROELANDT J.L., CARIA A, MONDIÈRE et *al.*, 2000, « La Santé mentale en population générale : images et réalités. Présentation générale de l'enquête », l'Information psychiatrique ; 76 : 279-292.
- [6] SURAULT P., 2004, « La détermination des inégalités sociales de Santé », La Revue du Praticien ; 54 : 2233-2240.
- [7] SURAULT P., 2005, « Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination », l'Information psychiatrique ; 81 : 313-324.