

Attentes, diagnostics et modalités de traitement de la clientèle de classe socio-économique moins favorisée

Expectations, diagnoses and methods of treatment of an underprivileged clientele

Pierre Gagnon

Volume 14, numéro 2, novembre 1989

Pauvreté et santé mentale (1) et À propos des patients agressifs (2)

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/031526ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/031526ar>

[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

Gagnon, P. (1989). Attentes, diagnostics et modalités de traitement de la clientèle de classe socio-économique moins favorisée. *Santé mentale au Québec*, 14(2), 172–178. <https://doi.org/10.7202/031526ar>

Résumé de l'article

La majorité des études s'accordent pour dire que les modalités des traitements reçus par la clientèle de classe socio-économique (C.S.E.) moins favorisée sont différentes de celles des autres classes. L'appartenance à la C.S.E. moins favorisée serait associée à un plus haut taux de problèmes psychologiques, à un mode de référence "de l'extérieur" qui semble influencer les attentes vis-à-vis le thérapeute et la thérapie, à une perception peut-être en partie biaisée chez le thérapeute qui augmente la gravité du diagnostic et qui influence la façon dont cette clientèle est reçue en psychothérapie.

Attentes, diagnostics et modalités de traitement de la clientèle de classe socio-économique moins favorisée

Pierre Gagnon*

La majorité des études s'accordent pour dire que les modalités des traitements reçus par la clientèle de classe socio-économique (C.S.E.) moins favorisée sont différentes de celles des autres classes. L'appartenance à la C.S.E. moins favorisée serait associée à un plus haut taux de problèmes psychologiques, à un mode de référence «de l'extérieur» qui semble influencer les attentes vis-à-vis le thérapeute et la thérapie, à une perception peut-être en partie biaisée chez le thérapeute qui augmente la gravité du diagnostic et qui influence la façon dont cette clientèle est reçue en psychothérapie.

Le traitement thérapeutique diffère selon la classe socio-économique de l'utilisateur. Après un bref historique de ce phénomène, les attentes vis-à-vis le thérapeute et la thérapie, la référence, le diagnostic et les divers types de traitement de la C.S.E. moins favorisée seront abordés sur la base d'une recension des écrits et sur nos propres recherches (Gagnon, 1987; 1988a; 1988b; 1989; Gagnon et Demers, sous presse).

Un bref historique

Il y a 50 ans, Faris et Dunham (1939) examinèrent la provenance de 35000 personnes de la région de Chicago ayant reçu des soins psychiatriques. Ils reconnurent un lien étroit entre la pauvreté et la maladie mentale. Une vingtaine d'années plus tard, avec un échantillon moins étendu mais plus varié, les mêmes résultats ont été obtenus par Hollingshead et Redlich (1958). Ces auteurs ont utilisé une méthode pour déterminer la position d'une personne sur une échelle socio-économique à cinq niveaux, en se basant principalement sur la scolarisation et l'occupation. Cette façon de classer les gens, bien que critiquée à l'occasion (Mueller et Parcel, 1981), continue à être largement utilisée. En résumé, les classes I et II sont des classes privilégiées, la classe

III est la classe moyenne alors que la classe IV et surtout la classe V sont les plus démunies. Une décennie plus tard, Dohrenwend et Dohrenwend (1969), après avoir analysé 44 études épidémiologiques, en vinrent à la même conclusion. Ce phénomène d'un plus haut taux de problèmes en santé mentale, retrouvé en milieu socio-économique moins favorisé, continue à se manifester de façon claire encore aujourd'hui, tant aux États-Unis (Hall et Royse, 1987) qu'au Canada (Kates et Krett, 1988) ou au Québec (Emond et Guyon, 1988; Caron et al., 1988). Bref, cette surreprésentation de la C.S.E. moins favorisée ne semble pas être un phénomène passager en voie de se résorber.

Attentes vis-à-vis la thérapie

Les premières études (Hollingshead et Redlich, 1958; Overall et Aronson, 1963; Aronson et Overall, 1966; Williams, et al., 1967) sur les attentes de la C.S.E. moins favorisée vis-à-vis la thérapie dépeignaient cette clientèle comme étant peu renseignée sur la thérapie et non préparée à une approche basée essentiellement sur la parole. Une composante médicale / physique / pharmacologique du traitement ressortait également comme étant très importante. Dans l'étude de Overall et Aronson (1963), un questionnaire mesurant les attentes avant et après la première rencontre a démontré que 23 des 35 attentes n'avaient pas été comblées de façon significative. Il est intéressant de constater que les attentes suivantes ont été comblées. Les patients

* L'auteur, Ph.D., est chef du service de psychologie au C.H. Pierre-Janet à Hull et professeur clinique à l'école de psychologie de l'Université d'Ottawa.

s'attendaient à recevoir de la médication, à se faire poser beaucoup de questions personnelles, à rencontrer une personne qui les écouterait, qui serait intéressée à leurs problèmes, qui les reconforterait et qui leur ferait oublier leurs problèmes. Ces études datent cependant d'un certain temps. Des faiblesses d'échantillonnage (croisement non recherché entre minorité et classe sociale) et au niveau des questions (faible pouvoir discriminant) ont également été bien identifiées par Frank et al. (1978).

L'étude de Williams et al. (1967) fait ressortir que les attentes sont les mêmes pour les personnes de la classe I à la classe IV et que seule la classe V diffère. Ce point a été soutenu par Lorion (1973) ainsi que Schubert et Miller (1980). Trois autres études éclairent le problème des attentes. Bien que limitées par le nombre de sujets, l'étude de Lorion avec une population adulte (1974) et celle de Gagnon (1987) avec une population adolescente n'ont pas trouvé de différence selon les classes quant aux attentes vis-à-vis la thérapie. Finalement, l'étude de Frank et al. (1978), en plus de confirmer une distinction entre la classe V et les autres classes, démontra six attentes significativement plus fortes chez la classe V. Ces attentes sont :

- 1) Aide administrative ou légale (note médicale pour travail, assurance, etc.)
- 2) Triage communautaire (information pour savoir où, à l'intérieur de la communauté, la personne peut recevoir de l'aide)
- 3) Expertise psychologique (le patient s'attend à jouer un rôle passif, à écouter l'expert)
- 4) Intervention sociale (le patient demande une intervention dans son milieu pour provoquer un changement)
- 5) Acceptation affective (le patient s'attend à être conforté, accepté)
- 6) Aucune attente (le patient ne veut rien, ne comprend pas sa référence, a peut-être des problèmes mais ne veut pas d'aide).

Référence

La façon dont les gens arrivent à recevoir des soins en santé mentale apparaît étroitement liée à la C.S.E. Ainsi, Hollingshead et Redlich (1958) notaient que le traitement psychiatrique était recommandé de façon rationnelle et douce à la clientèle aisée, alors que des méthodes directes, autoritaires

et parfois même coercitives sont utilisées avec la clientèle moins favorisée. Dans la même veine, Horwitz (1982) est également d'avis qu'une bonne proportion des références pour un traitement psychiatrique se fait de l'extérieur (parenté, travail, tribunal) pour la C.S.E. moins favorisée. Rushing (1978) a d'ailleurs démontré que l'hospitalisation est volontaire pour 54% des hommes avec plus de 12 années de scolarité, alors que ce pourcentage n'est que de 12% pour ceux ayant quatre années de scolarisation ou moins.

Diagnostics et pronostics

Après avoir recensé 14 études portant sur l'influence de la C.S.E., Abramowitz et Docecki (1977) en sont venus à la conclusion que l'appartenance à la C.S.E. moins favorisée avait un impact négatif sur le diagnostic et le pronostic.

L'étude de Settin et Bramel (1981) apporte cependant une nuance à ces résultats. Ces auteurs ont contrôlé la variable sexe dans leur expérience. Ils ont effectivement trouvé que le sexe du patient pouvait exercer une influence dans la perception du thérapeute. En effet, pour les hommes, plus la classe est élevée, plus l'attitude du thérapeute est favorable. Pour les femmes, l'attitude va dans le sens inverse. Cette étude est cependant limitée par le fait que 81% des thérapeutes (339 des 418 psychologues) étaient des hommes. Cependant, l'étude de Mollica et Milic (1986) semble confirmer que les femmes de C.S.E. moins favorisée sont mieux perçues que les hommes comme étant des candidates valables, puisqu'elles sont plus souvent référées pour de la psychothérapie.

Mise à part cette différence selon les sexes, le fait de provenir de la C.S.E. moins favorisée est associé à un taux de malaise psychologique ou de démoralisation plus élevé et à un taux plus élevé de maladie mentale sévère (Eaton, 1980; Link et Dohrenwend, 1980). En tenant compte des taux de prévalence retrouvés dans la population générale, les personnes de C.S.E. moins favorisée reçoivent plus souvent les diagnostics de schizophrénie et de désordre de la personnalité (Dohrenwend et Dohrenwend, 1969, 1974; Neugebauer et al., 1980). Une étude faite à notre centre hospitalier (Gagnon, 1988a) confirme une gravité du diagnostic significativement plus élevée vis-à-vis la clientèle de C.S.E. moins

favorisée. Bien qu'il soit difficile d'évaluer la nature du lien entre un diagnostic et la condition réelle d'une personne, il semble bien qu'un diagnostic sévère, indépendamment de la maladie elle-même, peut avoir un effet négatif sur le patient (Link, 1987). Une grande prudence semble donc requise au moment de poser un diagnostic.

Modalités de traitement

Hollingshead et Redlich (1958) ont été parmi les premiers à démontrer que le traitement variait selon la C.S.E. Ils notèrent que les personnes de C.S.E. moins favorisée avaient beaucoup plus tendance à recevoir des traitements «organiques», telle la sismothérapie (choc provoqué par l'électricité ou l'insuline) ou la médication, alors que les personnes de C.S.E. favorisée recevaient davantage de psychothérapie. De fait, Schubert et Miller (1980) ont recensé 13 études qui confirment que les personnes de C.S.E. favorisée ont tendance à être plus traitées par de la psychothérapie. Leur propre étude a montré que les patients de la C.S.E. la moins favorisée (classe V) ont reçu significativement moins de thérapie individuelle et familiale et plus «d'évaluation seulement» que les autres classes. Au niveau du traitement idéal, les thérapeutes étaient d'avis que les patients de la C.S.E. la moins favorisée bénéficieraient le moins de thérapie individuelle et familiale et qu'ils bénéficieraient le plus de la médication et «d'évaluation seulement». Une étude menée à notre centre hospitalier (Gagnon, 1988b) confirme cette tendance à utiliser davantage la médication avec la classe moins favorisée. En effet, les modalités «Prescrire médication», «Vérifier les effets de la médication» et «Suivi pharmacologique» étaient significativement plus choisies par les thérapeutes pour la clientèle de C.S.E. moins favorisée.

Enfin, Schubert et Miller (1981) se sont penchés dans une autre étude sur le taux d'amélioration (telle que perçue par les thérapeutes) selon les disciplines des thérapeutes et les modalités de thérapie, en analysant les dossiers de 4257 patients pour lesquels des données sur les résultats (outcome) étaient compilées de façon courante. Des limitations méthodologiques (le nombre de professionnels par discipline n'est pas donné) et statistiques (l'analyse de variance reste au niveau général sans comparer statistiquement les sous-groupes) font que ces résultats doi-

vent être interprétés avec beaucoup de prudence. Néanmoins, on y constate que, parmi les disciplines, les travailleurs sociaux et les psychologues rapportent le plus d'amélioration avec la clientèle moins favorisée. Au niveau des modalités de traitement, la thérapie familiale et la thérapie comportementale produiraient de bons effets avec la clientèle moins favorisée. La thérapie individuelle demeure cependant la modalité la plus utilisée. Son taux de succès, tel que mesuré par le thérapeute lui-même (en terme d'amélioration de la condition du patient), se situe à 43.6%. Lorsque seule la médication est utilisée, un pourcentage d'amélioration de seulement 29.0% est retrouvé. Ce pourcentage faible est alarmant lorsqu'on prend en considération le fait que cette forme de traitement est considérée comme étant idéale par les thérapeutes dans la première étude de Schubert et Miller (1980).

Psychothérapie

Bien qu'il semble que certaines personnes de la C.S.E. moins favorisée soient moins capables de profiter de l'approche psychothérapeutique à long terme de type analytique (Garfield, 1971) ou que l'amélioration serait plus grande avec une approche comportementale (Schubert et Miller, 1981), il serait hâtif de vouloir préférer une approche thérapeutique à une autre pour cette clientèle. Il apparaît plus approprié de dégager des points de repères importants dans l'établissement d'un plan de traitement psychothérapeutique.

En premier lieu, comme pour toute autre clientèle, le thérapeute doit d'abord se questionner sur la pertinence d'offrir des soins psychothérapeutiques. Dans bien des cas, l'institution psychiatrique est sollicitée pour des dysfonctions de nature beaucoup plus sociale que psychologique (Hollingshead et Redlich, 1958). Il apparaît donc plus approprié dans ces cas, comme le mentionne avec insistance Kohn (1974), de changer la condition sociale de ces gens que d'offrir de la psychothérapie. Une bonne identification de la nature de la référence devrait permettre d'acheminer la demande à l'intervenant approprié ou à la ressource convenable et ainsi offrir un service correspondant aux besoins de cette personne. L'étude de Frank et al. (1978) démontre d'ailleurs clairement qu'une partie des demandes faites par la C.S.E. moins favorisée échappe aux

cadres proprement dits de la psychothérapie. Après ce processus d'identification, on comptera tout de même une bonne proportion de personnes de C.S.E. moins favorisée désireuses et susceptibles de bénéficier d'une intervention psychothérapeutique (Goin et al., 1965; Gould, 1967; Riessman et Scribner, 1965).

Dans cette démarche thérapeutique, le thérapeute doit se rappeler, comme le souligne Schneiderman (1965), que la tendance de certaines approches psychothérapeutiques à se fonder sur l'individu ou sa famille comme source de la pathologie amène souvent le thérapeute à couper l'individu de son milieu et à ne pas prendre suffisamment en considération l'apport de celui-ci. Cet environnement, selon Schneiderman, façonnerait en partie le style de vie de la C.S.E. moins favorisée de trois façons. Les personnes de cette classe auraient plus tendance à mettre l'accent sur le présent que sur le passé ou sur le futur, à s'adapter à leur environnement naturel plutôt qu'à vouloir le changer, et à manifester une attitude d'accomplissement différente de la classe moyenne. Cet environnement différent semble se refléter dans les problèmes présentés au thérapeute. En effet, les thérapeutes rapportent, sur une série d'échelles allant de 0 (minimum) à 8 (maximum), que les patients de C.S.E. moins favorisée parlent significativement plus de problèmes «d'alcool», de «sommeil», «à sortir de la maison», «avec la loi», et «d'impulsion» (Gagnon, 1988b). Compte tenu des deux derniers problèmes, il est intéressant de constater que l'étude de Snowden et al. (1989) montre que l'hostilité chez le patient nuit à la perception de la relation thérapeutique chez le thérapeute.

Certains auteurs se sont attardés à la relation thérapeutique elle-même. Ainsi, Baum et Felzer (1964) et Gould (1967) s'entendent pour dire que le thérapeute se doit, avec une clientèle de C.S.E. moins favorisée, d'être plus actif, de montrer plus d'initiative, d'écouter activement, d'observer le verbal et le non-verbal, d'expliquer la psychothérapie, d'élucider les résistances, d'encourager, de communiquer pour se faire comprendre, de respecter le patient selon sa problématique, de s'entendre avec le patient quant aux buts recherchés et quant au temps requis pour les atteindre. Cette étude mentionne, d'autre part, certaines activités que le thérapeute devrait s'abstenir de faire : diriger, dire quoi

faire, cajoler, sermonner, raisonner ou sous-utiliser les techniques thérapeutiques. Baum et Felzer sont également d'avis que les thérapeutes ne sont souvent pas suffisamment sensibles au processus propre à la psychothérapie (par opposition au contenu) et à leurs propres résistances. Utilisant comme exemple le choix du prochain rendez-vous, ils ont remarqué que les thérapeutes, au lieu de dire «j'aimerais vous voir la semaine prochaine à...», ont souvent tendance à plutôt dire «quand aimeriez-vous revenir?» ou «je vous contacterai dans quelques jours». Une telle attitude peut inciter indirectement la clientèle de C.S.E. moins favorisée à ne pas poursuivre en thérapie puisque le thérapeute, selon Baum et Felzer, exprime indirectement, à travers cette attitude, son désir de voir le patient ne plus se présenter. Une meilleure sensibilisation du thérapeute apparaît donc importante. En effet, si le thérapeute n'est pas capable de saisir le processus psychothérapeutique, il s'ensuit, comme le notent Glick et al. (1989), que la seule façon pour le patient d'affirmer son autonomie est souvent d'arrêter de prendre la médication ou de cesser la thérapie. Conscients du besoin de formation, Evans et al. (1984) ont développé un programme pour sensibiliser les thérapeutes au vécu de la clientèle de C.S.E. moins favorisée ou celle provenant d'une minorité. Les patients qui ont été traités par les thérapeutes ayant reçu le programme de formation ont rapporté être plus satisfaits de leur thérapeute que ceux traités par un thérapeute n'ayant pas reçu cette formation.

Une étude menée à notre centre hospitalier (Gagnon, 1987) a voulu vérifier si le travail d'un thérapeute changeait selon la C.S.E. de sa clientèle. Les résultats ont démontré que la satisfaction des patients envers le thérapeute était la même d'un groupe à l'autre. Le thérapeute a cependant été significativement plus actif avec la clientèle de C.S.E. moins favorisée. En effet, plus d'interventions ont été comptées sur quatre des 22 catégories. Le thérapeute a également fait plus de retour sur un thème déjà abordé en thérapie avec la clientèle de C.S.E. moins favorisée. Les catégories d'interventions plus utilisées dressent le portrait d'un thérapeute qui cherche activement à comprendre le monde du patient. Il s'assure de cette compréhension en demandant au patient de commenter ce qu'il dit. Il répète ou reformule la signification explicite du contenu verbalisé par le patient en essayant de

saisir, de comprendre et de faire ressortir les énoncés de celui-ci. Il est également plus en contrôle de la séance, ainsi que le démontre son plus grand nombre de retours sur des thèmes déjà discutés. Bien que limitée par le nombre de sujets, ce genre d'étude apparaît une façon intéressante et directe de mesurer précisément comment le niveau socio-économique peut affecter la communication entre le thérapeute et le patient.

Une telle stratégie directe a été utilisée par Cline et al. (1984) pour vérifier la relation entre les comportements du thérapeute et le succès de la thérapie conjugale selon la classe de la clientèle. Cette étude a démontré que le succès avec les couples de C.S.E. moins favorisée était relié à moins de comportements «de reflet» chez le thérapeute, mais à une plus grande capacité chez ce dernier à établir un bon lien avec l'homme. Ce lien servirait à amener celui-ci à prendre conscience des relations de cause à effet à l'intérieur du mariage et non pas à l'amener à être plus expressif au niveau de ses émotions.

Un autre courant de recherche intéressant est celui de la préparation à la psychothérapie. Cette préparation peut chercher à développer chez le référent une présentation positive du thérapeute. Ce point est important, comme le souligne Heitler (1976), puisqu'une bonne partie des références de la C.S.E. moins favorisée est faite par des sources externes telle la cour qui font peu pour promouvoir les bienfaits de la thérapie. D'autres études ont démontré qu'une entrevue de préparation faite par une autre personne (Hoehn-Saric et al., 1964) ou par le thérapeute lui-même (Orne et Wender, 1968) avant la première rencontre psychothérapeutique avait des effets positifs sur le déroulement de la psychothérapie. La présentation d'un enregistrement audio d'un «bon» patient (Truax et al., 1968), d'un film spécialement conçu pour la clientèle de la C.S.E. moins favorisée où les effets positifs de la thérapie sont illustrés (Strupp et Bloxom, 1973) ou d'un document audio-visuel expliquant la psychothérapie (Acosta et al., 1983) ont également montré des effets positifs sur le déroulement de la psychothérapie.

Warren et Rice (1972) ont pour leur part opté pour de la formation en cours de traitement. Une tierce personne encourage le patient à discuter, à s'ouvrir à son thérapeute, à aborder ouvertement ce

qui le préoccupe, et ce même s'il s'agit de la thérapie ou du thérapeute.

Conclusion

On note une diminution du nombre de recherches publiées sur la C.S.E. depuis le milieu des années soixante-dix (Abramowitz et Dokecki, 1977). Cela s'explique en partie par le consensus des chercheurs sur l'effet négatif de l'appartenance à la C.S.E. moins favorisée et par des nouvelles préoccupations connexes plus spécifiques telles l'appartenance à une minorité ou l'itinérance.

L'effet de la classe socio-économique continue cependant à se manifester encore aujourd'hui tant sur la prévalence des problèmes psychologiques que sur la nature de ses traitements. De plus, bien que la majorité des études citées plus tôt soient américaines et que leur système de santé diffère du nôtre, il semble bien, comme le démontrent les études canadiennes de Kates et Krett (1988), Emond et Guyon (1988) et Caron et al. (1988) et celles menées à notre centre hospitalier, que le même phénomène soit tout aussi présent chez nous.

Bien que certaines attentes vis-à-vis la psychothérapie n'apparaissent pas correspondre à ce qu'on entend ordinairement par la psychothérapie, il semble bien qu'une bonne partie des patients de la C.S.E. moins favorisée puissent bénéficier de ce type d'aide. De fait, il est plus que probable que la nature de la référence, sur une échelle continue allant de l'auto-référence à la référence par le tribunal, ait autant d'influence sur les attentes que la C.S.E. Une future recherche sur les attentes, prenant en considération le degré d'auto-référence, devrait nous éclairer à ce sujet.

La nécessité de bien orienter les demandes, d'offrir une aide sociale lorsque le problème est de cet ordre et d'offrir une psychothérapie lorsque le problème est plutôt d'ordre psychologique apparaît essentielle. Cette distinction est importante puisque autant la psychothérapie peut être puissante, autant elle perd de son efficacité lorsqu'elle est employée pour de mauvaises raisons. Ici aussi, il est plus que probable que les abandons, plus fréquents en psychothérapie chez la clientèle de C.S.E. moins favorisée, soient plus reliés à la forme d'aide ne correspondant pas à la solution du problème qu'à la provenance de la C.S.E. moins favorisée. Une étude

sur les abandons, tenant compte des diverses modalités de traitement, permettrait de vérifier cette hypothèse.

Il y aura bien sûr des cas, d'aucuns diront la majorité, où l'intervention devrait être de nature psychosociale. La qualité du travail du thérapeute est alors essentielle. Sa formation, la supervision reçue et sa capacité d'intervenir seront alors requises pour bien accomplir son travail. Avec une clientèle habile à s'exprimer, aisée et ayant des ressources, il est peut-être plus facile pour un thérapeute de contribuer au processus de changement du patient malgré certaines lacunes ou limitations personnelles. Avec une clientèle ne possédant pas tous ces attributs et dont le réseau social est moins bien structuré, les limites du thérapeute s'observent beaucoup plus rapidement. En effet, les recommandations de Baum et Felzer (1964), Evans et al. (1984) et Gould (1967) reprennent la plupart des qualités de base qu'un thérapeute devrait avoir idéalement développées pour mener à bien une psychothérapie.

Une de ces qualités de base qui devrait être retenue à la fin de cette synthèse est que le thérapeute se doit de bien distinguer ce qui tient à l'environnement socio-économique de ce qui relève des dispositions personnelles de son client.

Enfin, le défi des prochaines recherches semble être de développer des modalités de traitement adaptées aux besoins de cette clientèle et de mettre en place des mécanismes à divers volets pour mesurer leur taux de succès.

Références

- Abramowitz, C.V., Dokecki, P.R., 1978, The politics of clinical judgement: Early empirical returns, *Psychological Bulletin*, 84, no. 3, 460-476.
- Acosta, F.X., Yamamoto, J., Evans, L.A., Skilbeck, W.M., 1983, Preparing low-income hispanic, black, and white patients for psychotherapy: Evaluation of a new orientation program, *Journal of Clinical Psychology*, 39, no. 6, 872-877.
- Aronson, H., Overall, B., 1966, Treatment expectations of patients in two social classes, *Social Work*, 11, 35-42.
- Baum, O.E., Felzer, S.S., 1964, Activity in initial interviews with lower-class patients, *Archives of General Psychiatry*, 10, 345-353.
- Caron, J., Martel, F., Vitaro, F., 1988, Les groupes vulnérables en santé mentale: Étude d'archives, *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, 7, no. 1, 99-116.
- Cline, V.B., Mejia, J., Coles, J., Klein, N., Cline, R.A., 1984, The relationship between therapist behaviors and outcome for middle- and lower-class couples in marital therapy, *Journal of Clinical Psychology*, 40, no. 5, 691-704.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., 1974, Social and cultural influences on psychopathology, *Annual Review of Psychology*, 25, 417-452.
- Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., 1969, *Social Status and Psychological Disorder*, John Wiley, New York.
- Eaton, W.W., 1980, *The Sociology of Mental Disorder*, Praeger, New York.
- Emond, A., Guyon, L., 1988, *Enquête Santé Québec 1987*, Gouvernement du Québec: Ministère de la Santé et des Services Sociaux.
- Evans, L.A., Acosta, F.X., Yamamoto, J., Skilbeck, W.M., 1984, Orienting psychotherapists to better serve low income and minority patients, *Journal of Clinical Psychology*, 40, no. 1, 90-96.
- Faris, R.E., Dunham, H.W., 1939, *Mental Disorders in Urban Areas*, University of Chicago Press, Chicago.
- Frank, A., Eisenthal, S., Lazare, A., 1978, Are there social class differences in patients' treatment conceptions? *Archives of General Psychiatry*, 35, 61-69.
- Gagnon, P. et Demers, C., sous presse, La fréquence des visites reçues par le patient hospitalisé en milieu psychiatrique «court terme»: une mesure du lien avec la communauté, *Revue Québécoise de Psychologie*.
- Gagnon, P., 1989, Psychothérapie et patients de C.S.E. faible, *Psychologie Médicale*, 21, no. 11, 1645-1647.
- Gagnon, P., 1988a, Severity of diagnosis and socioeconomic-status, Abstract, *Canadian Psychology*, 29, no. 2, 278.
- Gagnon, P., 1988b, *Rôle et perception du thérapeute à l'égard des bénéficiaires de C.S.E. basse et aisée*, Résumé des communications du 11e Congrès de la Société Québécoise de recherche en psychologie, 90.
- Gagnon, P., 1987, Socio-economic status: Effects on the communication between therapist and patient, *Mediterranean Journal of Social Psychiatry*, 8, no. 1-2, 21-28.
- Garfield, S.L., 1971, Research on client variables in psychotherapy in Garfield, S.L., Bergin, A.E., eds, *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, Wiley, second edition 1978, New York.
- Glick, I.D., Showstack, J.A., Cohen, C., Klar, H.M., 1989, Between patient and doctor. Improving the quality of care for serious mental illness, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 53, no. 3, 193-202.
- Goin, M.K., Yamamoto, J., Silverman, J., 1965, Therapy congruent with class-linked expectation, *Archives of General Psychiatry*, 13, 133-137.
- Gould, R.E., 1967, Dr Stange class: Or how I stopped worrying about the theory and began treating the blue-collar worker, *American Journal of Orthopsychiatry*, 37, 78-86.
- Hall, O., Royse, D., 1987, Mental health needs assess-

- ment with social indicators: An empirical case study, *Administration in Mental Health*, 15, 1, 36-46.
- Heitler, J., 1976, Preparatory techniques in initiating expressive psychotherapy with lower-class, unsophisticated patients, *Psychological Bulletin*, 83, no. 2, 339-352.
- Hoehn-Saric, R., Frank, J.D., Imber, S.D., Nash, E.H., Stone, A.R., Battle, C.C., 1964, Systematic preparation of patients for psychotherapy: Effects on therapy behavior and outcome, *Journal of Psychiatric Research*, 2, 267-281.
- Hollingshead, A.B., Redlich, F.C., 1958, *Social Class and Mental Illness*, John Wiley, New York.
- Horwitz, A.V., 1982, *The Social Control of Mental Illness*, Academic Press, New York.
- Kates, N., Krett, E., 1988, Socio-economic factors and mental health problems: Can census-tract data predict referral patterns? *Canadian Journal of Community Mental Health*, 7, no. 1, 89-98.
- Link, B.G., 1987, Understanding labeling effects in the area of mental disorders: An assessment of the effects of expectations or rejections, *American Sociological Review*, 52, 96-112.
- Link, B., Dohrenwend, B.P., 1980, Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B., Neugebauer, R., Wunsch-Hitzig, R., Eds., *Mental Illness in the United States*, Praeger Publishers, New York.
- Lorion, R., 1973, Socioeconomic status and traditional treatment approaches reconsidered, *Psychological Bulletin*, 79, 263-270.
- Lorion, R., 1974, Social class, treatment attitudes and expectations, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42, no. 6, 920.
- Mollica, R.F., Milic, M., 1986, Social class and psychiatric practice: A revision of the Hollingshead and Redlich Model, *American Journal of Psychiatry*, 143, no. 1, 12-17.
- Mueller, C., Parcel, T., 1981, Measures of socioeconomic status: Alternatives and recommendations, *Child Development*, 52, 13-50.
- Neugebauer, R., Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., 1980, Formulation of hypotheses about the true prevalence of functional psychiatric disorders among adults in the United States in Dohrenwend, B.P., Dohrenwend, B.S., Gould, M.S., Link, B., Neugebauer, R., Wunsch-Hitzig, R., Eds., *Mental Illness in the United States*, Praeger Publishers, New York.
- Orne, M.T., Wender, P.H., 1968, Anticipatory socialization for psychotherapy: Method and rationale, *American Journal of Psychiatry*, 124, 1202-1212.
- Overall, B., Aronson, H., 1963, Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class, *American Journal of Orthopsychiatry*, 33, no. 3, 421-430.
- Riessman, F., Scribner, S., 1965, The under-utilization of mental health services by workers and low-income groups: Causes and cure, *American Journal of Psychiatry*, 121, 798-801.
- Rushing, W.A., 1978, Status resources, societal reactions, and type of hospital admission, *American Sociological Review*, 43, 521-533.
- Schneiderman, L., 1965, Social class, diagnosis and treatment, *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, 99-105.
- Schubert, D.S.P., Miller, S.I., 1981, Social class and perceived improvement in therapy: The effects of therapist discipline and therapy type, *Hillside Journal of Clinical Psychiatry*, 3, no. 1, 71-80.
- Schubert, D.S.P., Miller, S.I., 1980, Differences between the lower social classes. Some new trends, *American Journal of Orthopsychiatry*, 50, no. 4, 712-717.
- Settin, J.M., Bramel, D., 1981, Interaction of client class and gender in biasing clinical judgement, *American Journal of Orthopsychiatry*, 31, no. 3, 510-520.
- Snowden, L.R., Ulvang, R., Rezendes, J., 1989, Low-income blacks in community mental health: Forming a treatment relationship, *Community Mental Health Journal*, 25, no. 1, 51-59.
- Strupp, H.H., Bloxom, A.L., 1973, Preparing lower-class patients for group psychotherapy: Development and evaluation of a role-induction film, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41, no. 3, 373-384.
- Truax, C.B., Shapiro, J.G., Wargo, D.G., 1968, The effects of alternate sessions and vicarious therapy pre-training on group psychotherapy, *International Journal of Group Psychotherapy*, 18, 186-198.
- Warren, N.C., Rice, L.N., 1972, Structuring and stabilizing of psychotherapy for low-prognosis clients, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 39, 173-181.
- Williams, H.V., Lipman, R.S., Uhlenhuth, E.H., Rickels, K., Covi, L., Mock, J., 1967, Some factors influencing the treatment expectations of anxious neurotic outpatients, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 145, 208-220.

SUMMARY

The majority of studies conclude that the form of treatment therapy provided to the socio-economically underprivileged clientele (SEC) are different to those provided to other clienteles. The author says that belonging to a less fortunate SEC is associated to a higher rate of psychological problems; to an "outside" model that seems to influence the expectations vis-a-vis the therapist and the therapy; and to a perception of the therapist that is probably biased in part which, in turn, increases the gravity of the diagnosis and influences the manner in which such a clientele is greeted in psychotherapy.