



Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence?

Repères théoriques et état de la situation régionale

Document de travail
Rédigé par Monica Jekovska
Agente de recherche du CRDS

MARS 2008

Table des matières

Mise en contexte	4
Les faits saillants du sondage	4
La pauvreté : éléments de définition et d'évaluation	6
La santé mentale: repères théoriques et dimensions particulières	12
Les liens entre la pauvreté et la santé mentale	14
La détresse psychologique	17
Un modèle dynamique de la détresse psychologique chez les jeunes	18
La détresse parentale dans un contexte de pauvreté familiale	23
Un portrait chiffré de la situation	29
La pauvreté et les problèmes de santé mentale au Québec	29
La pauvreté au Québec	29
Les prestataires d'aide sociale	30
L'insécurité alimentaire	31
Les problèmes de santé mentale au Québec	32
La dépression	34
L'anxiété	34
Le suicide	34
L'état de la santé mentale des jeunes québécois et québécoises et de leurs parents	35
La pauvreté et les problèmes de santé mentale au Centre-du-Québec	38
La pauvreté au Centre-du-Québec	38
Les problèmes de santé mentale au Centre-du-Québec	41
L'état de la santé mentale des jeunes centricois et centricoises et de leurs parents	44
RÉFÉRENCES	47

Liste des tableaux

TABLEAU 1 : LES PROBLÉMATIQUES SOCIALES REPRÉSENTANT UNE PRÉOCCUPATION MAJEURE POUR LES INTERVENANTS, INTERVENANTES	4
TABLEAU 2 : LES BESOINS DES INTERVENANTS EN MATIÈRE DE CONNAISSANCES SUPPLÉMENTAIRES	5
TABLEAU 3 : SEUILS DE REVENU FAMILIAL DISPONIBLE SELON LA MPC 2000, QUÉBEC, FAMILLE DE DEUX ADULTES ET DEUX ENFANTS	9
TABLEAU 4 : MESURE DU PANIER DE CONSOMMATION, SEUILS DE FAIBLE REVENU ET MESURE DE FAIBLE REVENU – QUÉBEC, 2000	10
TABLEAU 5 : SEUILS DE REVENU EN DESSOUS DESQUELS DES FAMILLES SONT DÉFINIES À FAIBLE REVENU SELON LA MFR, QUÉBEC, 2005	29
TABLEAU 6 : RÉPARTITION DE LA CLIENTÈLE PRESTATAIRE SELON LE PROGRAMME ET LA SITUATION FAMILIALE, QUÉBEC, DÉCEMBRE 2007	30
TABLEAU 7 : POURCENTAGE DE LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS ÉVALUANT SA SANTÉ (GÉNÉRALE ET MENTALE) COMME EXCELLENTE AINSI QUE SON NIVEAU DE STRESS (QUOTIDIEN ET AU TRAVAIL) COMME ÉLEVÉ SELON L'ÂGE, LE NIVEAU DE SCOLARITÉ ET LE NIVEAU DE REVENU, QUÉBEC, 2005	33
TABLEAU 8 : NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES ADOLESCENTS DE 13 ANS ET 16 ANS SELON LE SEXE, LE NIVEAU D'ESTIME DE SOI, LE NIVEAU DE SOUTIEN AFFECTIF PARENTAL ET LE NOMBRE DE SOURCES DE SOUTIEN, QUÉBEC, 1999	36
TABLEAU 9 : TAUX DE FAIBLE REVENU DE L'ENSEMBLE DES FAMILLES, MRC DU CENTRE-DU-QUÉBEC ET ENSEMBLE DU QUÉBEC, 2000-2004	38
TABLEAU 10 : TAUX DE FAIBLE REVENU, SELON LE TYPE DE FAMILLE, CENTRE-DU-QUÉBEC, 2001-2005...	39
TABLEAU 11 : PROPORTION DE LA POPULATION AYANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE K 6, ESCC CYCLE 1.1 - 2005.....	41
TABLEAU 12 : TAUX ANNUEL MOYEN BRUT DE MORTALITÉ PAR SUICIDE (POUR 100 000 PERSONNES) SELON LA RSS, QUÉBEC, 1986-1990 À 2001-2005P	42
TABLEAU 13 : RÉPARTITION (%) DES DÉCÈS PAR SUICIDE SELON L'ÂGE	43
TABLEAU 14 : TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ PAR SUICIDE, 2001-2004 (POUR 100 000), CENTRE-DU-QUÉBEC	43
TABLEAU 15 : PROPORTION DE LA POPULATION AYANT PRÉSENTÉ DES IDÉES SUICIDAIRES SÉRIEUSES AU COURS DE LA VIE ET AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, ESCC CYCLE 3.1 – 2005	44
TABLEAU 16 : ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DES JEUNES DU SECONDAIRE EN MAURICIE ET AU CENTRE-DU-QUÉBEC, 2003	45

Liste des figures

FIGURE 1: LE CHAMP DE LA SANTÉ MENTALE (DESMARIS ET AL, 2000).....	13
FIGURE 2: DYNAMIQUE DE LA DÉTRESSE ET DU BIEN-ÊTRE	22
FIGURE 3 : PROPORTION DE LA POPULATION DE 12 ANS ET PLUS EN SITUATION D'INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE SELON L'ÂGE ET LE SEXE, QUÉBEC, 2003	31
FIGURE 4 : RÉPARTITION (%) DES DÉCÈS PAR SUICIDE SELON LE SEXE, QUÉBEC, 1981 À 2005P	34
FIGURE 5 : ADULTES PRESTATAIRES DE L'ASSISTANCE-EMPLOI. VARIATION 2002-2006, SELON LE SEXE, PAR MRC, (MAMR, 2007)	40

Mise en contexte

En mai 2007, le Comité régional en développement social du Centre-du-Québec (CRDS) a procédé à un sondage auprès de 200 intervenants, intervenantes de la région œuvrant dans l'un ou l'autre des domaines du développement social (CDC, CLD, CSSS, CLE, comités locaux de développement social, Tables régionales sectorielles, etc.). Les objectifs poursuivis lors du sondage étaient de :

1. mettre à jour les préoccupations des intervenantes, intervenants sur le plan des problématiques majeures en matière de développement social.
2. évaluer les besoins de connaissances des intervenantes, intervenants sur ces problématiques.

Les faits saillants du sondage

Les résultats ont révélé que plus de 95 % des intervenantes, intervenants disent être fortement préoccupés au sujet de la pauvreté dans certains territoires de la région et plus de 90 % mentionnent leur préoccupation particulière quant à la pauvreté des enfants et de leur famille (tableau 1).

Tableau 1 : Les problématiques sociales représentant une préoccupation majeure pour les intervenants, intervenantes

Problématiques	Nombre d'intervenants	%	Total d'intervenants	%
Territoires de la région particulièrement affectés par la pauvreté	46	95,8	48	100,0
Situation de pauvreté des enfants et de leur famille	38	90,5	42	100,0
La détresse psychologique et le haut taux de suicide des jeunes	40	88,9	45	100,0
La détresse psychologique des parents	38	86,4	44	100,0
Les enfants victimes d'abus, de violence et de négligence parentale	37	86,0	43	100,0
L'insécurité économique des femmes due à un salaire insuffisant	49	86,0	57	100,0

En ce qui a trait aux besoins de connaissance des intervenantes, intervenants, ce sont les thématiques touchant la santé mentale et la détresse psychologique qui sont les deux grands thèmes identifiés par les répondants (tableau 2).

Tableau 2 : Les besoins des intervenants en matière de connaissances supplémentaires

Problématique	Nombre d'intervenants	%	Total	%
La hausse de problèmes de santé mentale chez les jeunes	34	75,6	45	100,0
La détresse psychologique des parents	33	75,0	44	100,0
Les problèmes de comportement, de violence et les abus physiques et sexuels chez les jeunes	31	72,1	43	100,0
Détresse psychologique et suicide des aînés	29	65,9	44	100,0
Plus grande détresse psychologique chez les femmes liée, entre autres, à la violence	34	61,8	55	100,0

En considérant une des orientations du CRDS qui vise à mieux outiller les intervenantes, intervenants en matière de connaissance sur des problématiques sociales et les résultats de ce sondage, nous avons jugé qu'il serait pertinent de documenter le phénomène de la détresse psychologique en lien avec la pauvreté des familles. Ainsi, nous avons procédé à une recherche documentaire sur ce sujet dans l'objectif de produire un document qui facilitera la compréhension de cette problématique et essayer d'évaluer son impact dans la région du Centre-du-Québec.

La pauvreté : éléments de définition et d'évaluation

La lutte contre la pauvreté est une préoccupation universelle. Elle est à l'ordre du jour de l'action des bénévoles, des organisations caritatives, des organisations communautaires, intergouvernementales ou non gouvernementales. À travers une panoplie d'actions, ces organisations travaillent sur une multitude de projets pour renforcer la capacité des individus et des familles afin d'améliorer leur sort de manière durable et contrer les effets néfastes de la pauvreté. Cependant, il est important de se questionner, si tous les intervenants sont d'accord sur une définition universelle de la pauvreté. Est-on sûr que les bénéficiaires de ces actions font la même lecture de leur finalité que ceux qui les entreprennent? Nous ne sommes pas en mesure de répondre à ces questions, cependant avant d'aller plus loin, il est important de se donner une vision commune de ce qu'est la pauvreté à notre sens.

Le concept de la pauvreté est largement documenté dans la littérature, mais les définitions varient selon l'auteur, l'institution, la politique prônée, etc. Cependant, aucune d'entre elles n'est reconnue comme universelle. Malgré cela, il existe un consensus quant à la multidimensionnalité de ce phénomène qui, depuis plusieurs années, n'est plus diminué à sa simple dimension économique.

Pour Pitrou¹ (1980), la pauvreté est à la fois liée à l'incertitude des revenus, à l'instabilité du statut professionnel, à l'isolement et à la pauvreté culturelle. Il ajoute que la première caractéristique se résume au pouvoir de maîtriser l'avenir. Ainsi, quelqu'un qui est pauvre « n'a aucune prise sur les événements dont il dépend de façon vitale (emploi, conditions de travail, revenus, coût de la vie), mais, en outre, il ne dispose pas de moyens efficaces pour parer individuellement ou collectivement aux difficultés qui surgissent. Il n'a pas de réserves financières, de relations bien placées, de connaissances des mécanismes utiles à faire jouer en sa faveur. Il est donc menacé perpétuellement de voir son statut se dégrader, ses conditions de vie devenir plus pénibles, et même sa vie elle-même se décomposer par la maladie, l'accident ou le vieillissement prématuré » (Pitrou, 1980). Ainsi, on peut dire que la pauvreté n'est pas seulement l'insuffisance du revenu, mais elle comporte aussi les « dimensions d'avoir, de savoir et de pouvoir, qui limitent la possibilité de se développer et qui entravent le bien-être individuel et collectif » (ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2002)².

La stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale adoptée par le gouvernement du Québec en 2002 définit la pauvreté comme :

« [...] la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé de manière durable des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires à accéder à son autonomie économique et favoriser son inclusion sociale »

Selon Robichaud et al³ (1994 :18), vivre dans la pauvreté, c'est aussi :

« [...] vivre les préoccupations qui se rattachent aux privations, c'est se percevoir à travers ce que les autres nous communiquent, c'est vivre avec l'image que l'on a de soi. C'est aussi avoir une image très nette de la société qui nous entoure, de ses structures et du rôle qu'on y joue... ou qu'on n'y joue pas. C'est chercher au-delà des misères

¹ Pitrou A. (1980). Qui est pauvre ? *Économie et Humanisme*, V. 254, p. 12.

² Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2002). **La volonté d'agir, la force de réussir**. Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Gouvernement du Québec

³ Robichaud, J-B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M., avec le concours de Saucier, J-F. (1994). **Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité**. Publié. En collaboration avec : Comité de la santé mentale du Québec. Boucherville, Québec : G. Morin. 247p.

quotidiennes ce qui permet de tenir le coup et de contrer ou de réduire les effets multiples de manques tout aussi multiples... C'est également espérer qu'un jour cette situation change. »

Encore, Adam Smith, en 1776, avait noté dans la Richesse des Nations qu'une personne pauvre est celle « qui n'a pas le moyen de participer à la vie sociale », et en passant par de nombreux auteurs, on note que pour examiner la pauvreté on doit tenir compte également du contexte social, des valeurs et des pratiques culturelles de la société et de l'environnement. Par exemple, le seuil de pauvreté défini par la Banque mondiale à un dollar américain par jour peut être appliqué uniquement aux pays en voie de développement comme équivalent d'un budget de survie minimum. Ce seuil n'a aucune pertinence pour comprendre la pauvreté dans les pays industrialisés, étant donné que tous leurs citoyens ont en principe un revenu au dessus de ce niveau minimal.

Dans cet ordre d'idées, l'Organisation de coopération et de développement économique (OCDE) a fait valoir qu'il faudrait considérer le concept de la pauvreté non pas comme la privation des besoins absolument essentiels (nourriture, habillement, logement), mais comme l'exclusion du mode de vie auquel les autres ont largement accès dans la même société. L'OCDE précise que « [...] afin de participer pleinement à la vie sociale d'une communauté, les individus peuvent avoir besoin d'un niveau de ressources qui n'est pas trop inférieur à la norme dans cette communauté ». Elle ajoute encore que « d'un point de vue normatif, on peut dire que c'est injuste que des membres d'une communauté ne profitent pas équitablement d'une augmentation générale de la prospérité ». (OCDE (2001), dans CCDS, 2007¹).

Les difficultés de définir la pauvreté d'une façon universelle posent également des problèmes en ce qui concerne les échelles de mesure de la pauvreté. En effet, il est particulièrement important quand on parle de pauvreté de pouvoir mesurer l'envergure et la sévérité de ce phénomène dans la société. Dans ce sens, deux questions fondamentales se posent, soit l'identification des individus pauvres et la construction d'indicateurs pertinents sur la base des informations disponibles. Cependant, il reste très difficile de définir ces indicateurs. La littérature qui a traité ces problèmes de mesures distingue généralement deux approches différentes, soit l'approche relative et l'approche absolue. Les deux approches font appel à des choix subjectifs et aboutissent forcément à des choix arbitraires. Dépendamment des auteurs et des institutions, ces deux approches sont les plus utilisées pour définir un seuil de pauvreté et, de là, mesurer l'ampleur sur la société.

L'approche relative fait référence aux inégalités. La pauvreté est alors évaluée selon les écarts qui existent entre les groupes sociaux ou entre les riches et les pauvres. Ainsi calculé, le seuil de pauvreté tient compte du niveau de vie de la population. Au Canada, deux principales mesures utilisent cette approche d'évaluation. Il s'agit du seuil de faible revenu (SFR) et de la mesure de faible revenu (MFR).

Le SFR définit comme ménages à faible revenu ceux qui dépensent au moins 20 points de pourcentage de plus qu'un ménage moyen de taille équivalente pour les besoins essentiels –

¹ Conseil canadien de développement social (2007). **Définir et redéfinir la pauvreté : le point de vue du CCDS**. Document consulté en ligne : <http://www.ccsd.ca/francais/ip/2001/pauv.htm>

nourriture, logement et vêtements. Statistique Canada produit le SFR en considérant le revenu avant et après impôts. Le SFR tient également compte des différences dans le coût du loyer en milieu urbain et en milieu rural. Cependant, le SFR n'est pas établi au niveau provincial et ne tient pas compte des différences existantes du coût de la vie entre les provinces.

Selon les SFR après impôt, 14,6 % des unités familiales au Québec étaient à faible revenu en 2002. Les familles économiques (deux personnes et plus) présentaient un taux de 7,8 %, les familles monoparentales, un taux de 30,7 %, et les personnes seules, un taux de faible revenu de 27,3 %.

La MFR est une mesure purement relative de la pauvreté. Elle définit le faible revenu comme un revenu très inférieur à la moyenne, fixé à la moitié du revenu médian d'un ménage équivalent. Cette mesure ne comporte aucune différence régionale ou provinciale et n'indique pas ce qu'un ménage à faible revenu peut acheter. Cependant, la MFR reflète bien la dimension d'inégalité du faible revenu et fait ressortir les grands écarts qui existent dans la société.

Selon la MFR après impôt, 9,5 % des personnes étaient à faible revenu au Québec en 2002, 20,7 % des personnes seules étaient à faible revenu, tandis que c'était le cas de 7,5 % des personnes vivant dans une famille économique.

L'approche absolue fait référence à des besoins ou des ressources essentiels et est basée sur un panier de biens et de services jugés essentiels (ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, 2002)¹. Un exemple de cette approche est la Mesure du Panier de consommation (MPC) adopté par Statistique Canada il y a quelques années. Cette mesure s'efforce de calculer le montant de revenu nécessaire à un ménage pour subvenir à ses besoins, défini non pas seulement en fonction de subsistance vitale, mais aussi en fonction de ce qui est en principe nécessaire pour s'approcher des normes «respectables» de la communauté. Développement des ressources humaines Canada considère que la MPC se situe quelque part entre un mode de vie de pure subsistance et un panier plus généreux d'inclusion sociale (CCDS, 2001)². La MPC a été développée pour contrer les critiques envers le SFR et la MFR auxquels on reprochait de ne pas tenir compte des disparités du coût de la vie au Canada. Selon Statistique Canada (2004³), la MPC est censée :

- être crédible dans son approche de la mesure de la pauvreté ;
- être facile à comprendre ;
- être sensible aux différences sur le plan des coûts entre les régions géographiques;
- refléter les changements sur le plan des coûts plutôt que les changements sur le plan du revenu.

Le panier vise à déterminer les biens et services nécessaires pour permettre à une famille (Statistique Canada, 2004a⁴) :

- d'avoir un régime alimentaire nutritif ;
- d'acheter des vêtements pour le travail et les sorties ;

¹ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2002). **La volonté d'agir, la force de réussir**. Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Gouvernement du Québec

² Conseil canadien de développement social (2007). **Définir et redéfinir la pauvreté : le point de vue du CCDS**. Document consulté en ligne : <http://www.ccsd.ca/francais/ip/2001/pauv.htm>

³ Statistique Canada (2004). **Mesure de faible revenu au Canada**. Division de la statistique du revenu.

⁴ Statistique Canada (2004). **Mesure de faible revenu au Canada**. Division de la statistique du revenu.

- de se loger dans sa collectivité ;
- de répondre à ses besoins de transport de base pour se rendre au travail, à l'école, faire les courses et participer à des activités communautaires ;
- de dépenser pour d'autres biens nécessaires.

Au Québec, en 2000, le taux de faible revenu des personnes selon la MPC était de 11,9 %.

Tableau 3 : Seuils de revenu familial disponible selon la MPC 2000, Québec, famille de deux adultes et deux enfants¹

	\$
Régions rurales	23 161
Régions urbaines, moins de 30 000 habitants	23 260
Régions urbaines, de 30 000 à 99 999 habitants	21 182
Régions urbaines, de 100 000 à 499 999 habitants	21 797
Ville de Québec	22 156
Montréal	22 441

Source : Statistique Canada

Si on évalue la pauvreté selon le SFR, le Québec compte 14,6 % de ménages à faible revenu. Selon ce seuil, le Québec est la province la plus pauvre au Canada. Cependant, si on prend en considération la MPC, le Québec est l'une des provinces les moins pauvres (11,9 %) avec l'Alberta juste après l'Ontario (Preville, 2003²).

Le tableau 4 ci-dessous présente les données recueillies par Statistique Canada en fonction des trois seuils de pauvreté définis ci-dessus pour l'année 2000. Ces informations mettent en lumière les écarts qui peuvent exister entre les différents taux de faible revenu et nous conduisent à une certaine prudence quant à l'interprétation des données.

¹ Institut de la statistique du Québec et ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2005). **Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale**. Rapport. Gouvernement du Québec. 95 p.

² Preville, E. (2003). **Redéfinir la pauvreté : la mesure du panier de consommation**. En bref. Direction de la recherche parlementaire. Bibliothèque du Parlement. PRB03-10F 5p.

Tableau 4 : Mesure du panier de consommation, Seuils de faible revenu et Mesure de faible revenu – Québec, 2000

	MPC	SFR-API	SFR-AVI	MFR-API
Toutes les personnes	11,9	13,6	17,5	13,1
Moins de 18 ans	15,1	15,0	18,7	15,4
18 à 64 ans	12,6	13,3	16,0	13,2
65 ans et plus	2,7	12,6	23,5	8,4
Hommes	10,9	11,8	14,8	11,8
Moins de 18 ans	14,8	14,7	18,3	15,1
18 à 64 ans	10,9	11,6	13,9	11,6
65 ans et plus	F	6,4	13,1	6,3
Femmes	12,9	15,4	20,1	14,4
Moins de 18 ans	15,4	15,2	19,1	15,8
18 à 64 ans	14,2	15,1	18,1	14,9
65 ans et plus	2,8	17,1	31,1	10,0
Toutes les familles	14,6	18,5	23,4	16,7
Familles économiques 2+	9,5	9,7	12,8	10,0
Familles de personnes âgées	F	F	9,1	F
Couples mariés seulement	F	F	5,9	F
Autres familles de personnes âgées	F	F	F	F
Familles non-âgées	10,8	10,6	13,4	11,0
Couples mariés seulement	7,7	7,4	10,4	7,9
Familles biparentales avec enfants	8,5	8,3	10,9	8,7
Couples mariés avec d'autres personnes apparentées	F	F	F	F
Familles monoparentales	35,4	35,2	41,4	34,3
Familles monoparentales ayant un homme à leur tête	F	F	F	F
Familles monoparentales ayant une femme à leur tête	39,1	39,2	46,8	38,0
Autres familles	11,9	12,6	14,2	14,1
Personnes seules	23,9	34,8	43,0	29,2
Hommes	22,9	28,3	33,1	26,4
Femmes	24,8	40,7	52,1	31,7
Toutes les personnes seules âgées	5,5	33,5	58,9	20,8
Hommes seuls âgés	F	F	41,6	19,8
Femmes seules âgées	5,1	37,6	64,6	21,2
Personnes seules non-âgées	30,2	35,2	37,6	32,0
Hommes seuls non-âgés	25,3	29,4	31,8	27,4
Femmes seules non-âgées	36,2	42,4	44,9	37,9

Remarque : F = Nombre d'observations trop faible pour permettre des estimations fiables.

Source : Statistique Canada, 2003¹

¹ Statistique Canada (2003). Les statistiques de 2000 sur le faible revenu selon la mesure du panier de consommation. 66 p.

Que l'on définisse la pauvreté en fonction d'un certain niveau de revenu par rapport à la moyenne (un seuil de revenu) ou en fonction du coût d'un panier de consommation et de services par rapport à la moyenne, nous devons toujours décider quel écart est acceptable entre «les pauvres» et les autres qui vivent dans la même société (CCDS, 2007¹). Selon le CCDS, prendre une telle décision est plutôt une question de valeurs et la plupart des porte-parole du bien-être social favorisent un seuil de pauvreté relativement généreux, étant donné qu'ils jugent que les besoins sont autant sociaux que physiques. « Être pauvre, c'est vivre dans un degré considérable d'exclusion du reste de la société, et non d'être simplement démunis des besoins les plus essentiels » (idem).

Après avoir défini notre compréhension vis-à-vis le concept de la pauvreté, les pages qui suivent porteront une attention au concept de la santé mentale en général et à la détresse psychologique en particulier. Nous allons porter une attention particulière quant aux liens établis dans la littérature entre ces concepts et la pauvreté. Finalement, nous allons dresser un portrait statistique de la situation au Québec et dans la région du Centre-du-Québec.

¹ Conseil canadien de développement social (2007). **Définir et redéfinir la pauvreté : le point de vue du CCDS**. Document consulté en ligne : <http://www.ccsd.ca/francais/ip/2001/pauv.htm>

La santé mentale: repères théoriques et dimensions particulières

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement à l'absence de maladie ou d'infirmité. » Quant à elle, la santé mentale est définie comme « un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté. » (OMS, 2001).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) définit la santé mentale comme étant « la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimal des capacités mentales de la personne, à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale » (MSSS, 1988). Le MSSS précise que pour maintenir une bonne santé mentale il faut établir un équilibre entre les divers aspects de la vie, soit social, physique, mental, économique et spirituel (MSSS, 2007a¹). Les auteurs qui se sont intéressés à ce sujet sont généralement en accord avec ce constat du MSSS. Ainsi, de nombreuses recherches ont démontré la relation entre la santé mentale et la santé physique. Des recherches transculturelles ont également montré l'influence du contexte social, économique et culturel sur la problématique de la santé mentale (Kleinman, 1988, dans Robichaud, 1994).

Dans ce même ordre d'idées, le Comité de la Santé mentale du Québec (CSMQ, 1985) ainsi que de plusieurs chercheurs (Kovess-Masféty², 2001; Desmarais et al, 2000; Robichaud et al, 1994), considèrent l'équilibre de trois dimensions fondamentales pour la santé mentale, soit :

- une dimension biologique ayant trait aux composantes biologiques et physiologiques de l'individu ;
- une dimension psychodéveloppementale qui se rapporte aux aspects affectif, cognitif et relationnel de l'individu ;
- une dimension contextuelle qui fait référence à l'insertion de l'individu dans l'environnement et à ses relations avec son milieu.

Ainsi, nous pouvons retenir que pour comprendre la santé mentale, on devrait tenir compte non seulement des caractéristiques de l'individu, mais aussi de son rapport avec l'environnement. Dans cette perspective, CSMQ considère la santé mentale comme une ressource collective, « [...] à laquelle contribuent tout autant les institutions sociales et la communauté entière que les personnes considérées individuellement » (CSMQ, 1994, dans Desmarais, 2000 :26).

La figure ci-dessous représente le champ de la santé mentale à l'intérieur de deux axes. La première va du bien-être (qui est la santé mentale optimale) à la détresse (qui représente les problèmes de santé mentale). Le deuxième axe vient situer l'absence ou la présence de troubles mentaux.

¹ MSSS, 2007, Document consulté en ligne : <http://www.masantementale.gouv.qc.ca/>

² Kovess-Masféty, V. (2001). **Précarité et santé mentale**. Rueil-Malmaison, France : Doin. 103p.

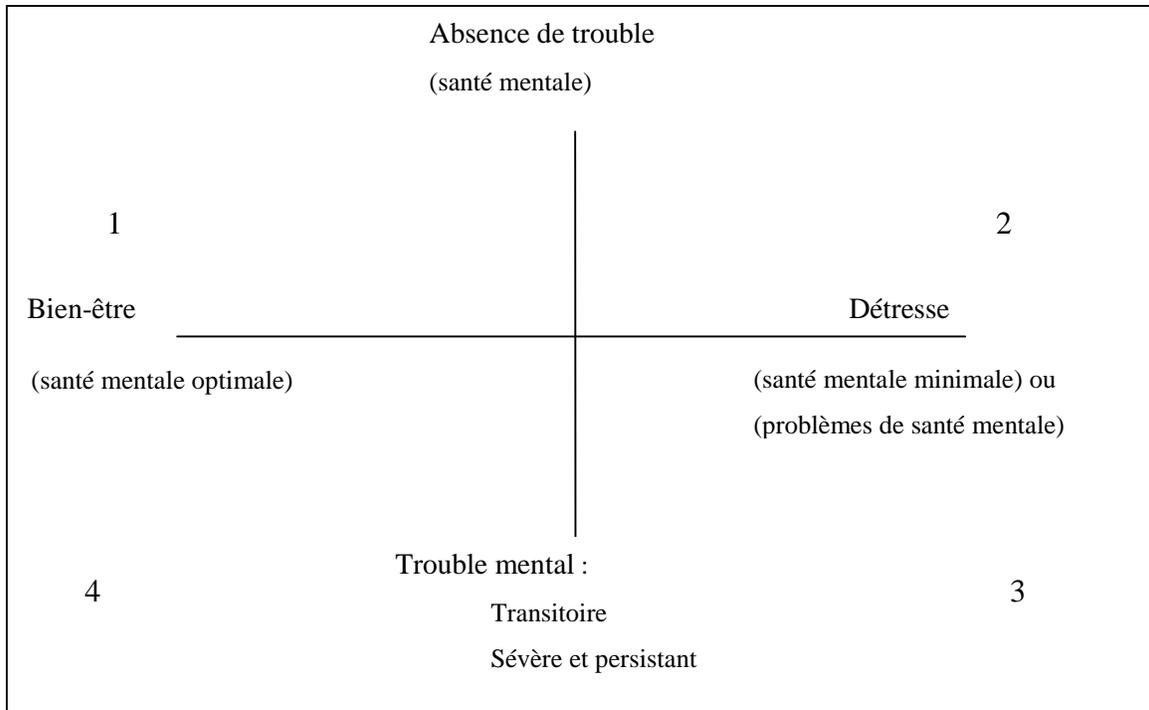


Figure 1: Le champ de la santé mentale (Desmarais et al, 2000)

L'axe de bien-être/détresse présente la détresse dans un continuum de vécu émotionnel polarisé entre, d'une part, le sentiment d'être heureux et comblé et, d'autre part, le sentiment d'être déprimé et anxieux. Le bien-être, à l'opposé de la détresse, comporte un sens de la joie de vivre, le sentiment d'être heureux, l'espoir par rapport au futur et le sentiment d'être au moins aussi bon que ses pairs (Mirowski et Ross, 1989, dans ASSS de l'A-T, 2004).

Les troubles mentaux situés à l'axe absence/présence d'un trouble sont définis comme des maladies caractérisées pouvant être diagnostiquées « et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu » (CSMQ, 1994).

Santé et bien-être social Canada (1988) fait ressortir la différence qui existe entre la santé mentale et les troubles mentaux en affirmant que « la santé mentale n'est pas que la simple absence de troubles mentaux et, en corollaire, les problèmes de santé mentale n'équivalent pas aux troubles mentaux ».

Dans cette perspective, il est important de bien distinguer les problèmes de santé mentale des troubles mentaux. Par exemple, la détresse psychologique ne renvoie pas aux troubles de personnalité ou à la schizophrénie. Cependant, à des degrés extrêmes, elle pourrait être considérée comme un trouble mental (Desmarais, 2000 : 29) ou une maladie mentale (gouvernement du Canada, 2006¹). En effet, la grande différence est que certains déclencheurs des problèmes de santé mentale sont connus et mesurables, tandis que les déclencheurs des troubles mentaux restent à circonscrire (Desmarais, 2000 : 29). Cependant, ce n'est pas tous les

¹ Gouvernement du Canada (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. 188 p.

écrits scientifiques qui reconnaissent d'une façon universelle cette définition de la santé mentale et dans certains écrits, il existe toujours une confusion entre les « troubles mentaux » et les « problèmes de santé mentale ».

En ce qui concerne le phénomène du suicide, il ne constitue pas un problème de santé mentale ou un trouble mental en tant que tel, mais, le plus souvent, il est traité dans cette catégorie, car il est une conséquence possible d'un trouble mental, même s'il n'est pas associé exclusivement à ce type de problèmes (INSP, 2006a)¹

Les liens entre la pauvreté et la santé mentale

Des personnes de toutes les professions, de tous les niveaux d'instruction et de revenu et de toutes les cultures peuvent avoir des problèmes de santé mentale. Néanmoins, la répartition n'est pas aléatoire ou uniforme dans toutes les couches de la population. Ainsi, plusieurs études démontrent l'existence de lien direct entre l'état de la santé mentale des personnes et leurs conditions socioéconomiques. C'est encore dans les années 1840 que des chercheurs américains commencent à étudier ce phénomène et démontrent que « [...] les classes sociales les plus pauvres fournissaient jusqu'à 64 fois plus d'individus victimes d'aliénation mentale que les classes financièrement indépendantes » (Fortin, 1989)². La question qui se pose aujourd'hui est : est-ce toujours le cas en 2007 ? Est-ce que quelque chose a changé plus d'un siècle et demi plus tard dans notre société?

Selon l'Organisation mondiale de la santé, les problèmes de santé mentale affectent la société entière et ne se restreignent pas à une petite portion isolée de celle-ci. Cependant, « le risque est plus élevé chez les personnes démunies, les sans-abri, les chômeurs, les personnes ayant un bas niveau d'instruction, les victimes de violence, les immigrants et les réfugiés, les populations indigènes, les enfants et les adolescents, les femmes maltraitées et les personnes âgées délaissées » (OMS³, 2004).

Cependant, affirmer que les problèmes de santé mentale et les troubles mentaux sont plus fréquents dans les milieux défavorisés ne doit pas nous conduire à adopter une formule simpliste selon laquelle une personne pauvre économiquement soit automatiquement considérée comme ayant des problèmes de santé mentale. Ce qu'on voudrait bien souligner, c'est plutôt l'influence des éléments de contexte dans la genèse et l'évolution des problèmes de santé mentale. D'ailleurs, Robichaud et coll. (1994) affirment que « la classe sociale, l'économie, les forces historiques et les institutions sociales constituent des déterminants importants et incontournables de la santé physique et mentale. Des facteurs comme le stress et le soutien social, l'environnement urbain (y compris la foule, le bruit, la surcharge d'information, les mauvaises conditions de logement), la mobilité de la population, l'isolement, la violence, la désintégration sociale et le changement social ont une influence capitale sur les trajectoires individuelles et la vie

¹ Institut National de Santé publique (2006). **Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses**. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, gouvernement du Québec, 131p.

² Fortin, D. (1989). La pauvreté et la maladie mentale : Est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ? *Santé mentale au Québec*. XIV, 2, pp. 104-113.

³ Organisation mondiale de la santé (2004). **Investir dans la santé mentale**. 47 p.

des communautés. ». Le MSSS affirme que c'est « le cumul et l'influence combinée des facteurs de risque matériels, culturels, sociaux et environnementaux qui font que la pauvreté exerce des effets négatifs sur la santé. Toutes ces influences doivent aussi être observées dans une perspective chronologique puisque l'évolution de l'état de santé s'explique aussi par l'effet cumulatif des expériences vécues dans le parcours de vie de chaque individu » (MSSS, 2007b).

C'est donc à l'intérieure d'un raisonnement qui tient compte des éléments du contexte que se situe notre compréhension des liens qui existent entre la pauvreté et la santé mentale.

De nombreux chercheurs et de nombreuses études et enquêtes constatent qu'un taux plus élevé de désordres mentaux se rencontrent dans les classes sociales économiquement et socialement défavorisées¹.

Une des importantes questions qu'on se pose souvent dans ce type d'étude est d'établir une relation directe de cause à effet entre la pauvreté et les problèmes de santé mentale. L'essence même de ce problème est qu'un mauvais état de santé est souvent accompagné d'un faible revenu. Depuis plusieurs années, les chercheurs, à l'aide de différentes méthodes partant de points différents, n'utilisant pas les mêmes instruments arrivent globalement aux mêmes conclusions : c'est la pauvreté qui agit sur la santé mentale et non l'inverse. Autrement dit, la mauvaise santé est consécutive à la pauvreté et la direction inverse (de la santé mentale à la pauvreté) demeure mineure et explique très faiblement ce lien (Robichaud et coll., 1994).

Comme nous l'avons défini précédemment, la santé mentale est un concept multidimensionnel et, dans un contexte de pauvreté, les facteurs et les déterminants qui peuvent influencer l'apparition et l'évolution de tels problèmes s'accroissent. Robichaud et al (1994) ont réuni l'ensemble de ces facteurs :

- les risques individuels : bagage génétique, condition physique à la naissance, sentiment de dévalorisation (faible estime de soi, honte, impuissance, etc.) ;
- les risques relationnels : perturbation de la relation parent-enfant, conditions maternelles ;
- les risques environnementaux immédiats : dislocation du milieu familial, anomie des quartiers et du voisinage, isolement social, insuffisances et limites des interventions et des services. Il s'agit de la « combinaison perdante » qui « constitue la trilogie conditions stressantes de vie, faiblesse ou absence de soutien social et incapacité de faire face » ;
- les risques environnementaux globaux : caractéristiques du marché de travail, de l'école, les politiques sociales, etc.

Étant donné notre intérêt particulier pour les familles (enfants/jeunes et parents), nous porterons une attention plus particulière à ces deux groupes de population. Cependant, la Table régionale de concertation des aînés du Centre-du-Québec a reçu un financement du comité régional en développement social du Centre-du-Québec afin de travailler sur un projet de prévention de la détresse psychologique et du suicide chez les aînés. Nous pourrions donc nous y référer pour avoir des données précises concernant le groupe des aînés.

Ainsi, le troisième rapport national sur l'état de santé de la population au Québec (MSSS, 2007b) vient chiffrer les écarts et les inégalités qui existent au sein de notre société quant à cette

¹ Pour plus de détails sur ces études et enquêtes, le lecteur pourrait consulter la monographie de Robichaud et coll. (1994) « Les liens entre la pauvreté et la santé mentale; de l'exclusion à l'équité. », ed. Gaëtan Morin, 247 p.

problématique. Voici quelques constats qui se dégagent de ce rapport en ce qui concerne la santé mentale :

- ➔ Chez les jeunes, la détresse psychologique, la perception de leur santé mentale comme passable ou mauvaise ainsi que la présence d'idées suicidaires tendent à augmenter lorsque le revenu des parents diminue.

Par exemple, selon l'ESCC (2005), la détresse psychologique des jeunes défavorisés est de 11 %, alors que chez les jeunes mieux nantis elle n'est que de 4 % (MSSS, 2007b).

- ➔ Le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux est significativement plus élevé parmi les jeunes les plus défavorisés que parmi les plus favorisés, en particulier chez les garçons; plus exactement, 127 % plus élevé chez les garçons, et 37 %, chez les filles.
- ➔ Les enfants de familles défavorisées sont proportionnellement plus nombreux que ceux de familles favorisées à ne pas déjeuner, à être sédentaires, à fumer, à consommer de l'alcool et de la drogue, ainsi qu'à avoir une faible estime d'eux-mêmes.
- ➔ Les parents défavorisés souffrent plus souvent d'insécurité sur le plan de l'emploi et vivent plus de stress parental. Ils sont plus nombreux à avoir un niveau élevé de détresse psychologique, à vivre des épisodes de dépression sévère et à avoir déjà songé au suicide.

Le fait de vivre dans des conditions socioéconomiques défavorables durant l'enfance et l'adolescence augmente le risque de souffrir plus tard de problèmes de santé. En effet, indépendamment du revenu qu'une personne aura à l'âge adulte, si elle a grandi dans une famille pauvre, ceci aura des conséquences sur l'état de la santé (MSSS, 2007). Selon plusieurs études, les conditions de vie durant l'enfance comptent parmi les déterminants les plus importants de l'état de santé. Elles nous font voir que les effets de ce déterminant sont cumulatifs et se manifestent à très long terme (MSSS, 2007b).

De plus, la pauvreté et les inégalités qu'elle entraîne face à la santé des gens coûtent en effet très cher aux personnes qui en sont victimes, mais aussi à la société. En termes économiques, elles se traduisent en une immense perte de productivité. Sur le plan social, son prix est encore plus élevé, même s'il est impossible de chiffrer ce qu'expriment la perte de dignité, l'absence d'espoir, une santé physique détériorée, une santé psychologique fragile, la division sociale et la menace à la paix sociale (MSSS, 2007).

Nous allons porter une attention plus particulière à ces répercussions sur la famille dans la partie suivante touchant la détresse psychologique en général et celle des parents et des jeunes en particulier.

La détresse psychologique

Nous avons vu précédemment que la détresse psychologique fait partie intégrale du champ de la santé mentale et se manifeste à travers ce qu'on appelle des problèmes de santé mentale (figure 1).

Selon Perreault (1987)¹, « la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache ». Contrairement à la fièvre cependant, le seuil de détresse psychologique n'est pas connu et il n'est pas possible de déterminer les individus ayant un niveau « pathologique de détresse ».

Bien que le concept de détresse psychologique soit largement utilisé dans la littérature, il n'en existe pas de définition complètement satisfaisante. On l'utilise en général pour désigner un état psychologique perturbé, mais dont la sévérité est souvent mineure (Brown, Craig & Harris, 1985; Dohrenwend, Shrout, Egri & Mendelsohn, 1980). Il couvre une partie seulement de l'ensemble du spectre de la psychopathologie et réfère aux syndromes les plus prévalents dans la population générale, soit les syndromes dépressifs et anxieux ou encore de symptôme d'agressivité ou de troubles cognitifs. « La détresse est souvent le résultat d'un stress intense ou d'une surcharge de stress. L'effet de différents stressseurs peut s'accumuler, induisant chez une personne un niveau de stress très important. Celle-ci peut alors se sentir dépassée et évaluer qu'elle ne peut faire face à la situation ou à l'événement ou qu'elle ne peut s'y adapter » (Robidoux, 1996²). Il s'agit souvent d'un sentiment pénible d'abandon, de solitude morale et d'angoisse³. Selon le Forum jeunesse de l'île de Montréal⁴ (2001), la détresse psychologique peut s'inscrire à l'intérieur d'un continuum où se retrouvent différents degrés de souffrance, et elle peut être transitoire ou chronique. Elle s'exprime de façon différente par plusieurs faits et gestes, notamment les fugues (chez les jeunes), la toxicomanie, l'alcoolisme, la violence (verbale ou physique) ou pire, le suicide.

La dépression (ou encore appelée trouble de l'humeur) est la forme la plus fréquente de la détresse psychologique. « Les personnes dépressives se sentent généralement sans valeur, tristes et vides au point où ces sentiments perturbent leur fonctionnement. Elles peuvent également perdre tout intérêt pour leurs activités habituelles, éprouver un changement de l'appétit, souffrir de troubles du sommeil ou avoir une baisse d'énergie. [...] Ces symptômes graves persistent pendant des semaines, voire des mois, affectant les relations, la vie sociale, les études

¹ Perreault, C. (1987). **Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée**, *Cahier technique 87-06*, Santé Québec, Montréal, 33 pages.

² Robidoux, S. (1996). Impact de la qualité de la relation conjugale et du soutien du conjoint sur la détresse parentale de mères négligentes ou à risque de négligence. Mémoire de maîtrise en psychologie, présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières. 137 p.

³ Garel, P. (1999). **Le point de vue du psychiatre. Jeunesse et santé mentale** : État de la situation et perspectives chez les 12-18 ans. Actes du colloque. Association canadienne pour la santé mentale filiale de Montréal.

⁴ Forum Jeunesse. (2001). Suicide et détresse psychologique. Portrait de la situation. Atelier 1. Événement régional jeunesse

et le travail. Certaines personnes peuvent donner l'impression de fonctionner normalement, mais cela devient de plus en plus difficile à mesure que la maladie progresse. » (Gouvernement du Canada, 2006).

L'anxiété est la deuxième manifestation la plus courante de la détresse. « Les personnes souffrant de troubles anxieux éprouvent une anxiété, une peur ou une inquiétude excessive les amenant à éviter des situations qui pourraient déclencher l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui la réduisent. Si tout le monde ressent de l'anxiété en réaction à certains événements, les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréalistes qui perturbent leur vie dans les domaines des relations interpersonnelles, des études, du rendement professionnel et des activités sociales et récréatives. » (Gouvernement du Canada, 2006).

Ces deux principales dimensions de la détresse sont formées de deux composantes principales, soit l'humeur et le malaise.

« L'humeur se rapporte à des sentiments négatifs comme la tristesse dans la dépression et l'inquiétude dans l'anxiété. Le malaise pour sa part, désigne plutôt un état physique, une manifestation comme la distraction dans la dépression ou les maux de tête reliés à un état d'anxiété. Ainsi, la détresse est un problème vécu individuellement qui peut-être confondu avec certaines maladies physiques et traité comme tel ». (Desmarais et coll., 2000)

Étant donné la complexité de la détresse et dans l'objectif de mieux comprendre la pluralité du phénomène, nous allons nous référer au modèle développé par Demarais et coll. avec la collaboration du Comité de la santé mentale du Québec en 2000. La partie qui suit visera à expliquer les principaux déterminants de la détresse psychologique selon ce modèle.

Un modèle dynamique de la détresse psychologique chez les jeunes

Le modèle en question a été conçu pour comprendre la dynamique de la détresse psychologique des jeunes adultes de 18-30 ans, mais il a déjà été utilisé dans des études visant une population plus jeune, soit des 15-30 ans. Il est basé sur une étude approfondie à partir de groupes de discussions auprès de 150 jeunes adultes au Québec. Ainsi, selon le modèle élaboré, la détresse psychologique comprend trois volets distincts : les différents déterminants de la détresse, l'expérience proprement dite de la détresse et enfin, la lutte contre la détresse, la prévention de la détresse et la promotion de la santé mentale (voir figure 2).

Selon ce modèle, les déterminants socioculturels conditionnent les formes de détresse et leur intensité ainsi que les stratégies de lutte déployées par les acteurs concernés.

L'expérience de la détresse constitue le volet central du modèle et elle peut prendre quatre formes : les états dépressifs, l'anxiété, les troubles cognitifs et l'irritabilité. Desmarais et coll. se sont inspirés des travaux de deux auteurs américains, Mirowsky et Ross (1989), pour circonscrire trois types de situations dans lesquelles on peut expérimenter de la détresse, soit lorsqu'on vit de l'aliénation, de l'autoritarisme ou de l'injustice. L'aliénation est définie dans son sens le plus large et comprend plusieurs facettes dont les principales sont l'impuissance, la distance face à soi, l'isolement social, la perte de sens, et enfin l'absence de normes.

Les situations où l'on vit de l'autoritarisme sont elles aussi susceptibles de générer des émotions associées à la détresse, c'est-à-dire de la rigidité et de la méfiance. Ces situations limitent les

horizons et les occasions de se réaliser et exigent conformité et soumission des personnes (Desmarais, 2001).

Enfin, les situations d'injustice peuvent provoquer des expériences d'indignation, de culpabilité et de colère. La colère et la dépression sont deux réactions à des situations frustrantes et injustes. La dépression naît en partie du sentiment de ne pas avoir de contrôle sur soi ou sur son environnement. Or, la victime, dans une relation marquée par l'injustice, est contrainte de faire ce qu'elle n'a pas désiré, ce qui risque de l'entraîner vers la dépression (Weissman et Paydel 1974, dans Mirowsky et Ross, 1989), (Desmarais, 2001).

Les différents déterminants de la détresse et du bien-être ainsi que la lutte contre la détresse, la prévention de la détresse et la promotion de la santé mentale peuvent à leur tour être appréhendés à trois niveaux de réalité: le niveau macrosocial, soit l'État et ses institutions, la culture, et, en particulier, les valeurs et les idéologies, le niveau mésosocial qui prend en compte les milieux de vie habituels des sujets et enfin le niveau microsociale, relevant de la personne, (Desmarais, 2001).

Le niveau macrosocial inclut les conditions sociales, politiques, économiques et environnementales. Dans ce sens, Desmarais et coll. ont constaté par exemple que « [...] la pression exercée par le marché du travail sur la diplomation et plus globalement sur l'allongement des études d'une part, et le report de l'insertion stable en emploi d'autre part, posent des défis amplifiés aux jeunes adultes qui acceptent de poursuivre des études ». De plus, la précarité des emplois qui « atteint directement leurs conditions de vie en créant de l'instabilité, en prolongeant l'endettement lié aux études, en les empêchant de s'acquitter de leurs obligations financières, en interférant sur leur capacité d'être autonomes, en empêchant ou retardant la planification de projets à long terme. »(Desmarais, 2001). Nous pourrions considérer également les inégalités sociales, économiques, entre les sexes, la précarité de l'emploi, les mauvaises conditions de travail, la pauvreté, la mauvaise qualité de l'air, l'eau, etc. La culture dans ce modèle fait référence aux valeurs, aux normes et aux idéologies de la société qui influencent elles aussi les attitudes et le comportement de la jeunesse d'aujourd'hui. La performance, la consommation excessive, l'individualisme sont des valeurs actuelles de plus en plus contestées par les jeunes, mais prônées par la société, et, de là, source de stress et de frustration considérable (Desmarais et coll., 2000).

Les déterminants mésosociaux se situent au niveau des milieux de vie habituels de la personne, c'est-à-dire son réseau primaire (famille, milieu scolaire, milieu de travail) ainsi que les professionnels et intervenants des services sociaux et de la santé. On pourrait nommer le type de milieu familial, les relations parent-enfant/ parent-jeune, le niveau d'organisation sociale, la présence d'activités pour les jeunes, les structures et les processus scolaires, la sécurité du milieu, le soutien des pairs, la sécurité d'emploi, la qualité de relation à l'intérieur du couple, etc. Tous ces facteurs exercent une influence sur la santé mentale des jeunes et des jeunes adultes.

Les déterminants microsociaux développés par Mirowski et Ross (1989) identifient cinq caractéristiques individuelles qui influencent le niveau de détresse psychologique. Il s'agit de l'âge, le genre, le statut civil, le statut socioéconomique et la foi et les pratiques religieuses.

Par exemple, les jeunes et les jeunes adultes sont les catégories de la population les plus affectées par la détresse psychologique. L'enquête de santé Québec a confirmé cette tendance.

Les jeunes femmes sont celles qui sont le plus touché part des troubles affectifs et anxieux. La détresse spécifique des jeunes hommes est notamment le décrochage scolaire, l'itinérance, la violence tournée contre les autres, la violence tournée contre soi, la toxicomanie ou le suicide. Dans tous ces cas, les statistiques sont systématiquement plus alarmantes pour les jeunes hommes. En ce qui a trait au statut civil, on constate généralement que « les personnes mariées souffrent moins de détresse que les célibataires non pas parce qu'elles partagent le même toit, mais bien parce que, d'après Mirowsky et Ross (1989), un « bon » mariage donne le sentiment d'être pris en charge, aimé, estimé et valorisé » (Desmarais, 2001).

Par ailleurs, le statut socioéconomique se définit par le niveau d'éducation, le type d'emploi et le niveau de revenu. Plus le niveau de scolarité et le revenu s'accroissent, moins on trouve de personnes présentant un taux élevé de détresse psychologique (ISQ, 2002a). C'est chez les étudiants, les étudiantes et les personnes sans emploi qu'on enregistre les plus fortes proportions de personnes présentant un niveau élevé de détresse.

L'absence de valeurs spirituelles pourrait être également une raison pour expliquer l'augmentation de la détresse psychologique chez les jeunes. « Plus précisément, le facteur de protection de la détresse ne serait pas lié à la foi ou la pratique religieuse en tant que telle, mais bien à l'investissement, à l'implication dans la conduite de sa propre vie (Mirowsky et Ross, 1989). Il semble que cette implication génère une meilleure estime de soi qui se traduit par un bien-être psychologique » (Desmarais, 2001).

La dernière partie du modèle de Desmarais et coll. est composée de deux éléments, soit la lutte contre la détresse et la prévention de la détresse et la promotion de la santé mentale. Cette partie résume les recommandations qui se sont dégagées des groupes de discussions auprès des jeunes faisant partie de l'étude.

En ce qui a trait à la lutte contre la détresse, les jeunes ont souvent tendance à faire recours à la fois à des stratégies individuelles et au réseau primaire. Cependant, les stratégies individuelles ou microsociales ne permettent pas toujours de diminuer la détresse ou de modifier la situation. Les antécédents familiaux et sociaux jouent un rôle important dans la capacité du jeune de faire face aux événements stressants. « Par ailleurs, une bonne connaissance de soi, plus spécifiquement de ses capacités et de ses limites, joue aussi un rôle important. » (Desmarais et coll., 2000). Le soutien du réseau primaire, dépendamment du cas, s'adresse aux ami(e)s, aux parents, aux frères et sœurs, au conjoint, à la famille éloignée, aux voisins et aux collègues de travail.

Quant au soutien de la part des professionnels de la santé et des services sociaux, d'après les jeunes, l'accès est difficile, car leur nombre est insuffisant. En effet, la création de services d'aide accessibles en tout temps, des groupes de discussion et d'entraide, des associations d'entraide afin de sortir de l'isolement pourraient être des solutions envisageables. Des campagnes d'information dans les médias permettraient de faire connaître aux jeunes adultes les services existants.

Plusieurs facteurs se dégagent quant aux moyens de prévention de la détresse et la promotion de la santé mentale. En premier lieu, ils s'adressent à la société en générale qui « doit offrir à ses jeunes adultes des conditions de vie décentes, une formation adéquate et enfin, un emploi satisfaisant. » (Desmarais et coll., 2000).

« Au niveau plus spécifique de la santé mentale, il faut éduquer à la prévention dès l'enfance, en amont des problèmes. L'école primaire doit être un lieu qui permette le développement global de la personne, c'est-à-dire l'estime de soi, l'identification de ses forces et de ses faiblesses, le développement de la tolérance envers soi-même et les autres, l'apprentissage de rapports harmonieux avec l'entourage. » (Desmarais et coll., 2000).

La prévention de la détresse psychologique passe aussi par l'emploi.

« Les employeurs devraient se préoccuper non seulement des compétences et de la performance de leurs employé(e)s mais aussi du capital humain qu'ils représentent. Pour réduire la détresse, un emploi doit remplir trois caractéristiques : 1) une rémunération qui permet de répondre adéquatement aux besoins de la famille (ou, le cas échéant, aux besoins individuels) ; 2) l'exercice de ses responsabilités qui permettent le développement de l'autonomie ; 3) l'élimination, autant que faire se peut, des conflits possibles entre les exigences du travail et les obligations familiales. » (Desmarais et coll., 2000).

La société a également son rôle à jouer ; « elle doit se mettre à l'écoute de ses jeunes adultes, leur donner la parole, croire en leur potentiel, leur faire confiance. La première étape consiste à transformer le discours dominant sur la jeunesse et véhiculer une image positive de cette dernière. » (Desmarais et coll., 2000). Le soutien de la part du réseau primaire et secondaire est également crucial pour les jeunes. L'isolement a des effets négatifs sur la santé mentale des jeunes et si certains ont un appui de la part de leurs parents ou amis, d'autres ont vu leur réseau se détériorer par suite à l'apparition de leurs problèmes (Desmarais et coll., 2000).

Au niveau individuel, plusieurs facteurs de prévention ont été mis de l'avant par les jeunes adultes rencontrés :

- l'épanouissement personnel ;
- la réalisation de soi ;
- l'importance de se faire plaisir ;
- la qualité de vie (la santé physique, l'activité physique, les loisirs, etc.) ;
- une vie spirituelle.

Ceci résume le modèle de la détresse psychologique des jeunes développé par Desmarais et coll. La partie suivante de ce texte présentera les spécificités de la détresse psychologique dans le contexte parental.

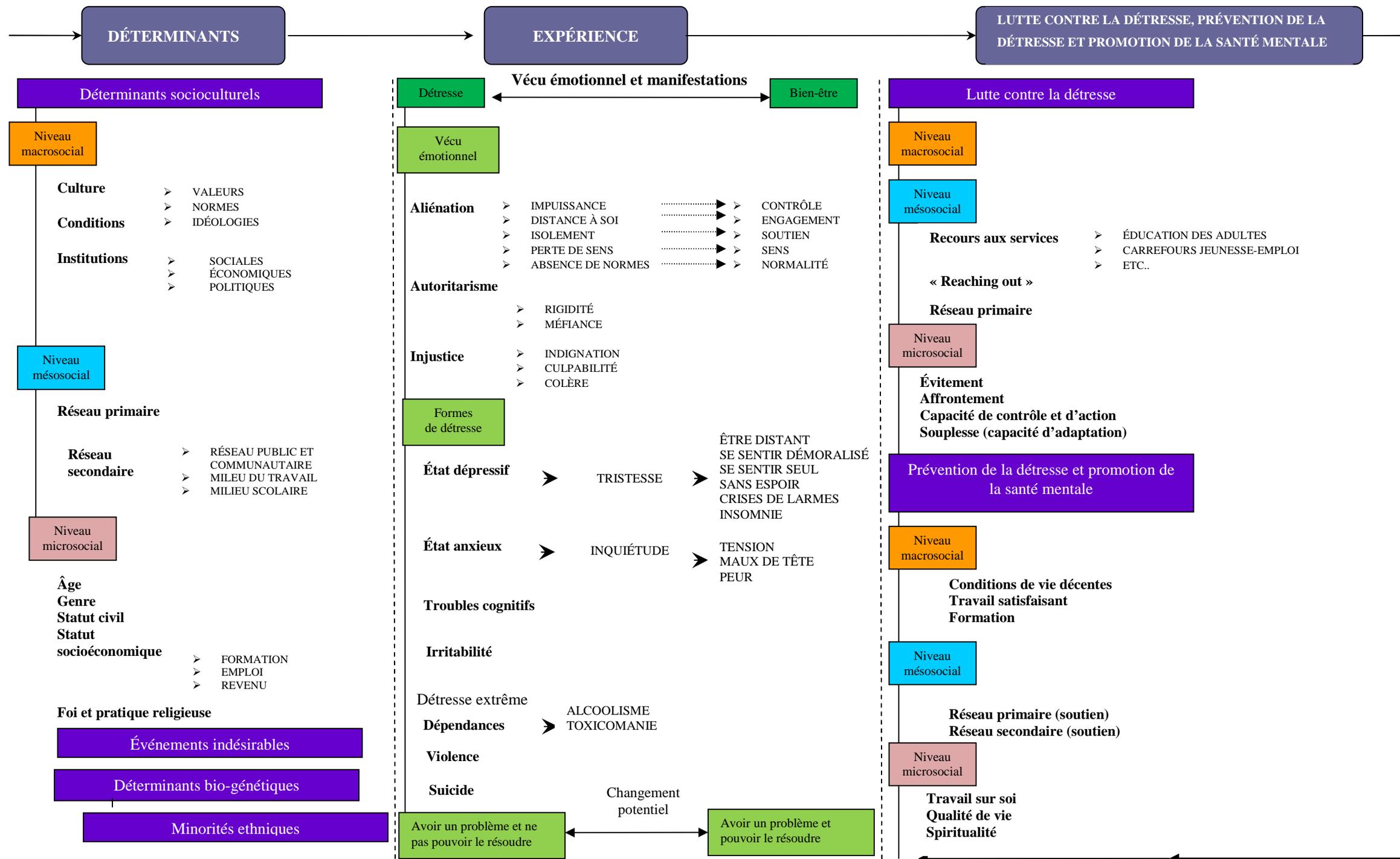


Figure 2 : Dynamique de la détresse et du bien-être (Desmarais et coll., 2000, p.33)

La détresse parentale dans un contexte de pauvreté familiale

Être parent constitue certainement un des rôles sociaux les plus exigeants sur les plans intellectuel, physique et émotionnel nécessitant un engagement important de l'adulte afin de nourrir, protéger, soigner, instruire et éduquer, mais aussi écouter, rassurer, réconforter et amuser l'enfant dont il ou elle a la responsabilité, et ce, pendant plusieurs années. Il s'agit d'une tâche qui demande temps et énergie et qui est d'autant plus complexe qu'elle s'inscrit dans un contexte social plutôt contraignant pour son accomplissement. Ces contraintes sont associées au fait d'un accès sans précédent des deux conjoints au marché du travail ainsi qu'à une instabilité croissante des unions conjugales, instabilité qui se traduit par un accroissement de la monoparentalité et des recompositions familiales (ISQ, 2000). Mettre au monde et éduquer un enfant dans un contexte conjugal harmonieux peut être, pour les parents, un projet mutuel agréable et enrichissant. Toutefois, si les parents vivent dans un environnement qui nuit à leur épanouissement (relation de couple difficile, violence, conditions économiques précaires, etc.), prendre soin et éduquer un enfant peut s'avérer une tâche difficile. De plus, être parent exige beaucoup des individus qui ne sont pas toujours bien préparés pour faire face aux exigences et aux demandes de ce nouveau rôle. Une multitude de recherches et d'études font preuve des liens qui existent entre la qualité de la relation conjugale et le développement sain de l'enfant. Il est largement reconnu que la violence et la négligence parentale, l'abus sexuel et l'exposition à la violence conjugale ont des impacts néfastes majeurs sur le développement des enfants. « Ces impacts seraient particulièrement graves lorsque différentes formes de victimisation se juxtaposent l'une à l'autre au fil du développement ou lorsqu'elles s'inscrivent dans des trajectoires d'expériences répétées. [...] Or, cette juxtaposition semble constituer la règle plutôt que l'exception chez les jeunes qui proviennent de milieux familiaux et sociaux plus détériorés » (Gagné, 2004). Ainsi, les enfants qui vivent dans la pauvreté sont plus à risque de souffrir de mésadaptation et de problèmes psychologiques : dépression, faible estime de soi, conflits avec les pairs (McLoyd et Wilson, 1991 dans Devault et al, 2003). Ils vivent davantage de difficultés scolaires et présentent plus souvent des troubles de comportements que les enfants mieux nantis (Devault et al, 2003). Cependant, il n'existe pas de consensus quant aux facteurs qui influencent ce développement. Bruniaux et Galtier (2003) ont cerné les principales théories et hypothèses que la littérature scientifique présente sur ce sujet. Selon ces auteurs, quatre grandes théories existent à ce jour.

L'approche la plus souvent utilisée est la **théorie économique du capital humain** développée par Becker, en 1991. Appelée aussi la théorie des ressources économiques, elle postule que l'héritage culturel et biologique ainsi que les investissements transmis par les parents sont à l'origine de la situation économique des enfants. L'héritage est partiellement génétique, mais peut aussi correspondre à la valeur de l'éducation aux yeux des parents. Ces derniers investissent à la fois en temps et en argent dans leurs enfants, principalement par l'éducation qu'ils leur offrent, les soins de santé qu'ils leur assurent et les conditions de logement qu'ils leur fournissent. « Le niveau d'investissement des parents dépend de leurs préférences, de leur capacité de financement (déterminée par leurs revenus et leur accès au capital) et de la disponibilité d'autres sources d'investissement, comme les programmes gouvernementaux. Dans cette théorie, les enfants de familles aisées réussissent mieux parce que leurs parents à la fois leur transmettent un héritage supérieur et peuvent investir davantage en eux. » Bruniaux et Galtier (2003).

À l'opposition de la théorie économique du capital humain, une seconde approche s'est développée, soit la **théorie des ressources non économiques**. Selon cette dernière, « la pauvreté des parents et le devenir peu enviable des enfants sont considérés comme la résultante de facteurs ou de caractéristiques des parents qui ne sont pas de nature économique. Les plus souvent cités sont le manque de formation, les ruptures familiales, le jeune âge de la mère à la naissance de l'enfant » ou encore « problèmes de santé, d'usage de drogue ou d'alcool, voire des capacités intellectuelles inférieures » (Bruniaux et Galtier, 2003). La pauvreté est ainsi la résultante de caractéristiques non identifiées qui pourraient être la source d'un développement plus défavorable des enfants.

Deux autres théories affirment que les mécanismes de transmission intergénérationnelle sont plutôt du type contagion. Elles suggèrent « qu'à un certain point, les communautés pauvres ou les familles bénéficiaires de l'aide sociale deviennent isolées des valeurs dominantes et piégées dans la pauvreté. » De cette façon, les parents à bas revenu adoptent leur situation de telle manière qu'ils « transmettent à leurs enfants des valeurs déviantes et des attitudes dysfonctionnelles » (Bruniaux et Galtier, 2003).

Une dernière théorie, tout à fait différente, découle de la psychologie du développement. Elle met l'accent sur le **stress que provoquent chez les parents leurs conditions économiques difficiles** (Mc Loyd 1990, Conger et coll. 1992, Conger et coll. 1997; dans Bruniaux et Galtier, 2003). Certains auteurs l'appellent aussi la théorie du « bon parent ». « Ce stress peut provoquer un comportement parental inadéquat et dommageable pour le développement de l'enfant. En effet, l'incertitude sur les ressources peut entraîner des conflits entre parents, voire des ruptures familiales ; ces conflits peuvent altérer le comportement des parents qui deviennent trop durs ou, au contraire, trop laxistes, ou incohérents vis-à-vis de l'enfant. Le manque d'implication ou de cohérence dans l'éducation des enfants perturbe leur développement social et affectif, les fragilise, les démotive parfois dans leurs études, ce qui, dès lors, affecte leurs chances sur les plans éducatif et social. » Bruniaux et Galtier, 2003.

Le bilan annuel 2006-2007 de la direction de la protection de la jeunesse (DPJ) confirme cette théorie. Elle insiste sur le fait qu'à travers le cumul de conditions difficiles auxquelles les parents et les jeunes doivent faire face tant au plan personnel, social, qu'économique, ils constituent les groupes particulièrement à risque de présenter des problèmes de santé mentale, voire des troubles mentaux sévères au cours de leur vie. Ce bilan précise également que les membres des familles où l'un des parents souffre de trouble mental sévère constituent un groupe à risque de développer des problèmes d'ordre psychosociaux.

« Les manifestations des troubles mentaux qui peuvent affecter les capacités du parent à jouer adéquatement son rôle sont multiples : **faible degré de tolérance, changement de l'humeur, manque d'énergie, de motivation, perceptions erronées de la réalité, difficulté à trouver des solutions à des problèmes simples de la vie, retrait social**. Au moment où le parent est aux prises avec d'intenses symptômes du trouble mental dont il souffre, il devient peu disponible à son enfant. Les risques d'abus ou de négligence sont ainsi augmentés et les impacts des diverses manifestations du trouble mental sur le développement de l'enfant doivent être pris en compte. Ces risques seront d'autant plus grands lorsque l'enfant est en bas âge et donc très vulnérable et lorsqu'il y a cooccurrence des difficultés vécues par le parent : maladie mentale, toxicomanie, alcoolisme, déficience intellectuelle. » (DPJ, 2007)

Robichaud et coll. (1994), dans leur analyse sur les liens entre la pauvreté et la santé mentale, font ressortir quelques « effets pervers » de la pauvreté familiale sur l'état de la santé des parents et de l'enfant. Selon ces auteurs, en premier lieu, **la pauvreté diminue les capacités parentales et augmente les risques d'une mauvaise santé mentale chez les enfants**. Les conditions de vie précaires (liées au revenu, au travail, au logement, à la fatigue, à l'insécurité permanente, à la non-reconnaissance sociale, à la mise en doute permanente de leur dignité) font que les parents « s'énervent et se contrôlent mal », « laissent peu de place à l'expression de la tendresse parentale » ce qui favorise « le recours à des gestes violents » (Robichaud et al, 1994). Ainsi, la relation parent-enfant est continuellement marquée par le contexte socioéconomique dans lequel ils vivent et conditionne l'expression même de la capacité parentale.

En second lieu, selon ces auteurs, **la pauvreté augmente la détresse psychologique des parents**, ce qui perturbe leur relation avec l'enfant. Les parents pauvres sont plus déprimés, plus irritables, connaissent plus de conflits conjugaux et ceci est particulièrement vrai pour les mères.

« Ainsi, un parent dépressif, irritable fait des demandes non raisonnables à son enfant qui ne peut y répondre, ce qui provoque une punition plus sévère. Par la suite, le haut niveau de critique des parents envers l'enfant, la rigidité du contrôle, la faible fréquence de félicitations, auxquels s'ajoute parfois le faible niveau d'affection exprimée par la mère, ont des effets destructeurs sur l'enfant, qui ne peut rechercher l'attention que de façon négative et développer une hyperactivité réactionnelle. Les comportements coercitifs et disciplinaires contribuent dès lors à l'apparition d'un comportement antisocial chez l'enfant » (Robichaud et coll., 1994).

Troisièmement, **la pauvreté conduit à l'absence de pouvoir des parents** et à la honte des enfants. Selon les circonstances, l'enfant devient « enfant roi » ou « enfant méchant » (Robichaud et coll., 1994). La pauvreté détruit l'image des parents et, en conséquence, l'image idéale de l'enfant : Ce dernier « voit ses parents dégradés, violents, impuissants, humiliés. L'enfant éprouve alors de la honte, ce qui entraîne de l'impuissance, de la colère, de la frustration, des réactions suscitant un fort désir de revanche. » (Robichaud et coll., 1994). Cette honte est en effet double. « À un premier niveau, l'enfant partage la honte de son milieu, de sa famille à travers les multiples détails de la vie quotidienne qui suscitent mépris, rejet et stigmatisation (les vêtements, le logement, la nourriture, le vocabulaire, les attitudes, etc.). À un deuxième niveau, l'enfant a honte de ses parents et, finalement, il a honte d'avoir honte d'eux » (Robichaud et coll., 1994). Quels que soient les changements survenus dans la vie future de l'enfant, cette honte demeure en lui pour la vie entière.

Enfin, selon Robichaud et coll. (1994), **la pauvreté engendre directement la violence et la négligence des adultes envers les enfants** ainsi que des troubles de comportement chez l'enfant. En effet, les problèmes de violence et de négligence envers les enfants ne sont pas associés uniquement aux familles défavorisées. Cependant, la fréquence de ces problèmes est plus importante dans les familles pauvres.

L'encadré ci-dessous dresse un portrait des parents ayant des adolescents avec des troubles de comportement.

Profil des parents ayant à composer avec des adolescents difficiles (Gilbert et Lafrance, 2005)

Les parents qui ont à transiger avec un adolescent dont le cas a été signalé à la DPJ partagent une ou plusieurs des caractéristiques suivantes:

- Consommateurs abusifs d'alcool ou de drogues (30 %) ;
- Valeurs criminalisées intégrées ;
- Problèmes de santé mentale avec médication (40 %), plus fréquents chez les mères ;
- Parcours personnel des parents souvent très difficile. Ils requièrent eux-mêmes des services ;
- 60 % de familles reconstituées, 30 % de mères seules ;
- Problèmes d'encadrement importants: absence de limites claires, manque de cohérence d'une situation à l'autre, d'un conjoint à l'autre ;
- Issus de milieux défavorisés et sous-scolarisés.

En parlant de troubles de comportement des enfants, il est important de bien définir ce qu'on entend par ce terme, si largement utilisé. Vachon (1978, dans Robichaud, 1994) définit les troubles de comportement chez l'enfant comme étant :

« [...] une configuration de facteurs associés où s'interrelient de façon complexe des problèmes de relation parent-enfant, de relation conjugale de même que des problèmes de santé mentale, d'alcoolisme de négligence et de refus ou d'incapacité d'assurer les soins. »

Une importante étude réalisée entre 1998 et 2002 auprès de plus de 750 jeunes et leurs parents en provenance de quatre centres jeunesse du Québec vient dresser un portrait clinique sombre de la situation¹. Les résultats de cette étude sont subdivisés selon le groupe d'âge des enfants, soit de 0 à 5 ans, de 6 à 11 ans, de 12 à 17 ans, les jeunes contrevenants² et enfin les jeunes devenus adultes. Nous avons fait ressortir quelques points communs entre tous les groupes d'âge de l'étude. Voici les résultats³ :

Une pauvreté importante :

- Plus de 45 % des familles vivent avec un revenu inférieur à 12 000 \$ par année (tous groupes d'âge confondus) ;
- 75 % des familles vivent avec un revenu inférieur à 20 000 \$ par année (0 à 5 ans) ;
- Plus de 62 % sont des familles monoparentales.

Une grande instabilité :

- Au niveau de la composition (changements fréquents de partenaire, ajout d'enfants dans la constellation familiale) ;
- Au niveau du lieu de résidence (nombre important de déménagements en peu de temps).

¹ L'échantillon comprend à la fois les nouveaux jeunes qui, entre octobre 1998 et septembre 1999, sont arrivés à l'application des mesures en protection de la jeunesse ou dans le cadre de la loi sur les services de santé et les services sociaux dans les quatre centres jeunesse participants (546 jeunes), et ceux qui, après avoir été reconnus coupables d'un délit, devaient recevoir des services dans le cadre de la loi sur les jeunes contrevenants (210 jeunes)

² Les jeunes qui composent ce groupe de l'échantillon sont tous des jeunes qui ont été pris par la police et reconnus coupables d'un ou de plusieurs délits criminels.

³ Les résultats présentés proviennent du rapport de l'étude. Voir Pauzé et al, 2005 dans la bibliographie.

Importants problèmes d'adaptation des parents dans 57 % des familles :

- ➔ 36 % manifestent des problèmes de santé mentale;
- ➔ 14 % des mères ont fait une tentative de suicide (21 % chez les 0-5 ans; 13 % chez les 6-11 ans et 8 % chez les 12-17 ans);
- ➔ 25 % souffrent de dépression majeure (29 % chez les 6-11 ans et 21 % chez les 12-17 ans) et 62 % ont eu ce diagnostic au cours de leur vie;
- ➔ 49 % vivent un stress significatif par rapport à leur relation conjugale (chez les 0-5 ans);
- ➔ Environ 20 % ont des problèmes d'alcool et presque la même proportion une dépendance aux drogues;
- ➔ 41 % se déclarent incompetents dans l'exercice de leurs rôles parentaux (chez les 0-5 ans);
- ➔ 35% à 45 % affirment avoir été maltraités eux-mêmes durant leur enfance (chez les 0-5 ans);
- ➔ 29 % ont déjà été placés dans une famille d'accueil ou un centre d'accueil (chez les 0-5 ans).

Les répercussions sur les enfants :

➔ Chez les 0-5 ans :

- ➔ 46 % des enfants de 0 à 3 ans présentent un retard de langage. Cette proportion est de 74 % pour ceux âgés de 9 à 18 mois;
- ➔ 52 % manifestent au moins un problème de comportement;
- ➔ 35 % affichent des comportements sexuels inappropriés.

➔ Chez les 6-11 ans

- ➔ 33 % présentent des retards scolaires ;
- ➔ 32 % vivent de l'anxiété et de la dépression ;
- ➔ 42 % présentent de graves problèmes extériorisés du comportement ;
- ➔ 32 % affichent des comportements agressifs ;
- ➔ 32 % montrent des problèmes d'attention ;
- ➔ 39 % manifestent des comportements sexuels inappropriés.

➔ Chez les adolescents 12-17 ans

- ➔ 63 % cumulent au moins une année de retard au plan scolaire ;
- ➔ entre 47 % et 63 % présentent au moins un diagnostic psychiatrique ;
- ➔ 70 % sont au dessus du seuil clinique pour au moins un problème de comportement étudié ;
- ➔ 22 % ont planifié leur suicide au cours de la dernière année et 22 % ont posé des gestes pour passer à l'acte ;
- ➔ 51 % des jeunes ont des comportements de nature délinquante ;
- ➔ 39 % présentent un problème sévère d'opposition ;
- ➔ 34 % ont des comportements agressifs ;
- ➔ 27 % présentent un diagnostic de dépression ;
- ➔ 26 % ont des problèmes significatifs d'attention ;
- ➔ 33 % des filles disent avoir été agressées sexuellement au cours de leur vie;
- ➔ 61 % affirment fréquenter au moins une personne qui consomme régulièrement drogues et alcool, et 31 % fréquentent au moins une personne qui commet des délits criminels.

En réalité, selon cette étude, les parents interrogés ont reconnu avoir des pratiques éducatives déficitaires et ceci surtout au niveau de la consistance des mesures disciplinaires (Pauzé et al, 2005). D'autres chercheurs pensent que la famille représente « le premier lieu d'entraînement aux conduites antisociales » (Gagné, 2004). Selon cet auteur, « Dans un milieu familial dysfonctionnel sur le plan relationnel et disciplinaire, l'enfant peut développer des conduites aversives et coercitives et apprendre à exercer un contrôle sur les autres » (Gagné, 2004). Une fois à l'école, ce même enfant risque de provoquer des conflits avec les pairs, de s'associer à des groupes qui encouragent des comportements antisociaux et de délinquance ce qui peut déboucher sur un rejet social, un échec scolaire, des problèmes d'adaptation, d'insertion, de santé mentale et, de là, même au suicide.

Un portrait chiffré de la situation

Peu de données existent pour décrire l'état de santé mentale de la population québécoise et le plus souvent il s'agit de données en provenance d'enquêtes nationales ou canadiennes. Ces données permettent de connaître certains aspects tels que la perception de l'état de santé mentale, le niveau de stress, la présence de troubles mentaux, la consultation de professionnels de la santé au sujet d'un problème de santé mentale, et souvent la détresse psychologique. À ceci on pourrait ajouter les données concernant les suicides et les idées suicidaires. Il semble également important de savoir, que les personnes qui vivent des problèmes de santé mentale ou des troubles mentaux affirment à près de 87 % que ces problèmes ont perturbé leur vie à la maison, à l'école, au travail ainsi que leurs interactions sociales.

La pauvreté et les problèmes de santé mentale au Québec

La pauvreté au Québec

Le Québec est l'un des premiers États au monde à s'être doté d'une loi et d'une stratégie nationale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, assortie d'un plan d'action gouvernemental. La loi a institué une *Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale*. Conformément à cette loi, le gouvernement du Québec a adopté, en avril 2004, un *Plan d'action gouvernemental en matière de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale 2004-2009* dont les mesures doivent permettre de progresser d'ici 2009 vers les objectifs fixés dans la loi. La mise en œuvre du plan d'action aura bénéficié durant cinq ans d'un investissement de 3 milliards de dollars pour valoriser le travail, prévenir la pauvreté, soutenir les enfants, lutter contre le décrochage scolaire, construire des logements sociaux et finalement, améliorer le bien-être de femmes, d'hommes et d'enfants, qu'ils soient immigrants, issus d'une minorité visible ou handicapés (MSSS, 2007b).

La première partie de ce texte a présenté le concept de la pauvreté et les différentes mesures utilisées au Canada pour évaluer si une personne est à faible revenu. Les données les plus récentes disponibles sur ce sujet sont basées sur la mesure du faible revenu (MFR). D'après cette mesure, en 2005 le seuil pour une personne hors famille était de 12 810 \$ et pour une famille avec deux enfants de moins de 16 ans 25 620 \$ par an (tableau 5).

Tableau 5 : Seuils de revenu en dessous desquels des familles sont définies à faible revenu selon la MFR, Québec, 2005

Avec enfants de 16 ans et plus	Familles comptant un couple				Familles monoparentales			
	Avec enfants de moins de 16 ans				Avec enfants de moins de 16 ans			
	0	1	2	3	0	1	2	3
0	17 934 \$	21 777 \$	25 620 \$	29 463 \$...	17 934 \$	21 777 \$	25 620 \$
1	23 058 \$	26 901 \$	30 744 \$	34 587 \$	17 934 \$	21 777 \$	25 620 \$	29 463 \$
2	28 182 \$	32 025 \$	35 868 \$	39 711 \$	23 058 \$	26 901 \$	30 744 \$	34 587 \$
3	33 306 \$	37 149 \$	40 992 \$	44 835 \$	28 182 \$	32 025 \$	35 868 \$	39 711 \$

Note : Le seuil pour une personne hors famille est de 12 810 \$.

Source : Statistique Canada, fichier FFT1.

Compilation : Institut de la statistique du Québec et Statistique Canada.

Selon la MFR, en 2005 au Québec, le taux de faible revenu de l'ensemble des familles et des personnes hors famille s'élevait à 15,1 % (ISQ, 2007b). À l'échelle de la province, il est deux fois et demie plus élevé chez les personnes hors famille que chez l'ensemble des familles (23,6 % contre 9,6 %).

Cependant, si on observe les données à l'intérieur des familles, on constate que le taux de faible revenu est le plus élevé chez les familles monoparentales, soit 28,2 %, contre 6,4 % pour les couples sans enfants et 5,8 % chez les couples avec enfants (ISQ, 2007b). En comparaison avec les données de 2004, on constate que les taux de faible revenu des familles ont diminué légèrement (de 10,0 % à 9,6 %) en 2005, mais il a augmenté de 0,2 % pour les personnes hors famille. Si on compare les données à plus long terme (1997-2005), on remarque une tendance générale qui est à la baisse pour l'ensemble de la province passant de 16,7 % en 1997 à 15,1 % en 2005 (idem).

Les prestataires d'aide sociale

En ce qui a trait aux prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours en décembre 2007, on comptait au Québec 332 459 ménages. Les prestataires du Programme d'aide sociale¹ représentaient 61,2 % des ménages et les prestataires du Programme de solidarité sociale² – 38,8 % (MESS³, 2007a). La majorité des prestataires (55,2 %) ont une durée de présence cumulative à ces programmes de 120 mois et plus et 22 % entre 48 et 119 mois (MESS, 2007a).

Tableau 6 : Répartition de la clientèle prestataire selon le programme et la situation familiale, Québec, décembre 2007

	Nombre de ménages	Proportion	Nombre d'adultes	Nombre d'enfants	Nombre de prestataires	Proportion	Prestation moyenne versée
Programmes							
Aide sociale	203 315	61,2 %	229 074	104 919	333 993	68,9 %	625,12 \$
Solidarité sociale	129 144	38,8 %	139 999	10 585	150 584	31,1 %	798,46 \$
Situation familiale							
Personnes seules	250 213	75,3 %	250 213	0	250 213	51,6 %	662,02 \$
Couples sans enfants	16 125	4,9 %	32 250	0	32 250	6,7 %	951,00 \$
Familles monoparentales	44 879	13,5 %	44 879	72 195	117 074	24,2 %	648,65 %
Couples avec enfants	20 489	6,2 %	40 978	43 309	84 287	17,4 %	972,85 %
Conjoints d'étudiant	753	0,2 %	753	0	753	0,2 %	250,07

Dans le Programme d'aide sociale, on dénombre 229 074 adultes et 104 919 enfants pour un total de 333 993 prestataires. 60,3 % de ces ménages reçoivent seulement une prestation de base alors que 39,7 % reçoivent en plus une allocation pour contraintes temporaires. La durée moyenne de présence cumulative des adultes avec contraintes temporaires s'établit à près de 11 ans alors que celle des adultes sans contraintes à l'emploi est d'un peu plus de 9 ans. En décembre 2007, l'aide

¹ Le **Programme d'aide sociale** vise à accorder une aide financière de dernier recours aux personnes qui ne présentent pas de contraintes sévères à l'emploi.

² Le **Programme de solidarité sociale** vise à accorder une aide financière de dernier recours aux personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi.

³ Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

moyenne versée aux ménages prestataires du Programme d'aide sociale était de 625,12 \$ par mois (MESS, 2007a).

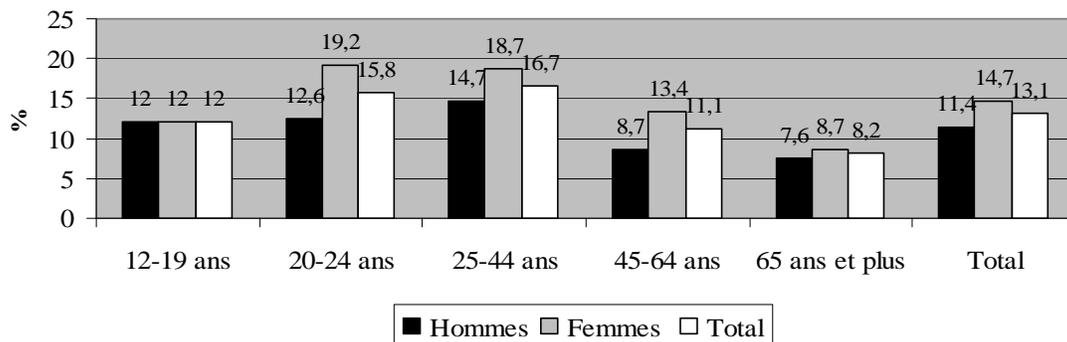
Le Programme de solidarité sociale dénombre 139 999 adultes et 10 585 enfants pour un total de 150 584 prestataires. La durée moyenne de présence cumulative des adultes prestataires du Programme de solidarité sociale s'établit à un peu plus 18 ans. L'aide moyenne versée à ces ménages est de 798,46 \$ par mois. Les adultes prestataires du Programme de solidarité sociale présentent des contraintes sévères dans la presque totalité des cas (130 805 ou 93,4 %). Il est important de noter que dans 40,5 % des cas les contraintes sont liées à des problèmes de santé mentale (MESS, 2007a).

Le tableau 6 ci-dessus, démontre que les personnes seules et les familles monoparentales représentent à elles seules plus de 75% des prestataires d'aide sociale au Québec. De plus, les enfants des familles monoparentales représentent plus de 62 % de tous les enfants prestataires.

Les jeunes de moins de 25 ans dénombrent 26 029 personnes et représentent 11,4 % des adultes prestataires. Parmi ces jeunes, 33,4 % présentent des contraintes temporaires à l'emploi. Parmi eux, 85,5 % ont des enfants à charge âgés de moins de cinq ans ou sont des femmes enceintes, et 13,5 % invoquent des problèmes temporaires liés à la santé (MESS, 2007a).

L'insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire présente aussi un indicateur fiable quant à la pauvreté dans une société. En 2003, près de 832 000 personnes ont vécu une ou des périodes d'insécurité alimentaire et ceci représente 13,1 % de la population totale. L'analyse différenciée nous révèle que les femmes sont plus nombreuses à vivre l'insécurité alimentaire et ceci dans tous les groupes d'âge (figure 3). On constate également que les groupes d'âge les plus touchés par l'insécurité alimentaire sont les 24-44 ans suivis de peu des 20-24 ans. Les adolescents (12-19 ans) sont le troisième groupe d'âge le plus touché par cet indicateur (ESCC, 2003¹).



Source : Statistique Canada

Figure 3 : Proportion de la population de 12 ans et plus en situation d'insécurité alimentaire selon l'âge et le sexe, Québec, 2003

¹ Les données proviennent de la base de données Santéscope de l'Institut national de santé publique.

Les problèmes de santé mentale au Québec

En 2005, les Québécois de 12 ans et plus se disent en excellente santé dans une proportion plus grande (23 %) que l'ensemble des Canadiens (21 %). Ceci est valide comme pour l'estimation de leur état de santé en général, ainsi qu'en ce qui a trait à l'état de la santé mentale (41 % et 38 % respectivement) (Bordeleau et Traoré, 2007). En observant la répartition par groupes d'âge on constate que cette proportion est plus élevée chez les adultes de 45-64 ans, suivis des 12-24 ans (voir tableau 7). Il est étonnant de constater que près de 27 % des personnes âgées de 15 à 74 ans au Québec éprouvent un stress quotidien élevé et à ce chapitre le Québec occupe la première place parmi les autres provinces canadiennes (Bordeleau et Traoré, 2007). Les groupes d'âge les plus touchés par le stress sont les 25-44 ans, suivis des 15-24 ans. Cette situation est encore pire si on considère le stress vécu dans le milieu du travail où près de 4 travailleurs sur 10 éprouvent un stress quotidien élevé au travail (Bordeleau et Traoré, 2007). Selon Statistique Canada¹ (2007) 50 % de l'absentéisme au travail est lié à des problèmes de santé mentale. De plus, entre 62 % et 76 % des cas d'invalidité de courte durée sont associés à la dépression et le coût lié au stress au travail est évalué à 14 milliards de dollars par ans (gouvernement du Canada², 2006).

Le tableau 7 ci-dessous fait également ressortir certains indicateurs sur l'état de la santé mentale des Québécois en considérant quelques facteurs socio-économiques. Ainsi, les Québécois titulaires d'un diplôme d'études postsecondaires se disent en excellente santé tant générale que mentale dans des proportions significativement plus élevées que ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires (27 % et 18 % respectivement pour ce qui est de la santé générale et 43 % et 39 % respectivement pour ce qui se rapporte à la santé mentale). Les personnes disposant d'un revenu du ménage plus élevé sont également plus nombreuses en proportion à évaluer leur santé mentale comme excellente ; c'est le cas de 47,6 % d'entre elles dans les déciles les plus élevés (8-9-10), comparativement à 36 % des personnes se trouvant dans le décile le moins élevé. La différence entre ces deux catégories de revenu persiste en ce qui a trait à la perception de la santé générale (Bordeleau et Traoré, 2007).

On observe également une relation entre le stress et le niveau de scolarité. Alors que près de 18 % des personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires se disent stressées, c'est le cas d'environ 30 % de la population ayant obtenu un diplôme d'études postsecondaires. La même tendance est observée quant au stress au travail.

Il existe également une relation entre le stress et le revenu. Environ 26 % des personnes se situant dans le décile inférieur de revenu se disent assez ou extrêmement stressées, comparativement à près de 32 % des personnes se classant dans les trois déciles supérieurs.

¹ Statistique Canada, 2007. Dossier du journal de « la Presse » du 18 novembre 2007 p. 2-3. « Quand l'anxiété rend malade »

² Gouvernement du Canada (2006). **Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada**. 188 p.

Tableau 7 : Pourcentage de la population de 12 ans et plus évaluant sa santé (générale et mentale) comme excellente ainsi que son niveau de stress (quotidien et au travail) comme élevé selon l'âge, le niveau de scolarité et le niveau de revenu, Québec, 2005

	Excellente santé générale	Excellente santé mentale	Stress quotidien élevé ¹	Stress au travail élevé ²
	%			
Groupe d'âge				
12 à 24 ans	26,6	42,0	22,6	25,2
25 à 44 ans	28,2	40,4	33,3	41,2
45 à 64 ans	21,5	43,0	26,2	37,7
65 ans et plus	12,7	39,4	10,1	13,6
Niveau de scolarité				
Moins d'un diplôme d'études secondaires	17,5	38,6	17,5	27,3
Diplôme d'études secondaires	23,4	42,7	23,1	31,3
Études postsecondaires	23,4	41,8	27,9	31,5
Diplôme d'études postsecondaires	26,5	42,7	30,2	40,4
Niveau de revenu				
Décile 1	18,7	35,9	25,8	30,6
Déciles 2-3	18,0	35,6	23,5	32,6
Déciles 4 à 7	23,9	42,1	25,4	35,5
Déciles 8 à 10	29,5	47,6	31,8	41,6

1. Population de 15 à 74 ans.

2. Population de 15 à 74 ans ayant travaillé au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Source : Statistique Canada; Compilation ISQ, 2007

On peut donc conclure que plus le statut social d'une personne est élevé, plus elle vit du stress élevé au travail ou au quotidien. Ceci peut sembler contradictoire si on considère que le stress nuit à la santé des personnes et pourtant ce sont les personnes ayant un niveau d'éducation élevé et un niveau de revenu élevé qui se disent le plus stressé. Il faut préciser donc que ce n'est pas le stress à lui seul qui nuit à la santé, mais le manque de contrôle et de capacité à gérer le stress qui sont les facteurs nuisibles à la santé. Or, ce sont justement les personnes dont les conditions socio-économiques sont les moins bonnes, celles qui exercent le moins de contrôle sur leur environnement ou qui se retrouvent les plus isolées qui subissent les stress les plus violents et les plus prolongés. En effet, plus le statut social d'un individu est élevé plus il exerce un contrôle sur son environnement, plus ses efforts sont récompensés, meilleure est sa santé. À l'inverse, l'absence de maîtrise de soi, la frustration et la tension permanente, l'impuissance et le manque de contrôle sur l'environnement ont un effet néfaste sur l'état de santé mentale des personnes (Boisvert, 2005, Boisvert, 2006).

En ce qui a trait au niveau de détresse psychologique, les données les plus récentes en provenance de ESCC démontrent que 25,3 % de la population québécoise a un niveau élevé de détresse psychologique (ASSMCQ, 2007). Ce taux est significativement plus élevé pour les femmes (28,5 %) que pour les hommes (22 %) (idem).

Comme nous l'avons déjà évoqué, les deux principales manifestations de détresse psychologique sont la dépression et l'anxiété.

La dépression

Selon le seuil de ISQ, en 2000-2001, il y avait près de 500 000 Québécois, soit 7,9 % de la population de 12 ans et plus qui ont dit avoir eu des périodes de dépression majeure au cours de l'année précédente (INSP, 2006b). Les personnes de 25 à 44 ans ont indiqué les taux les plus élevés de périodes de dépression (9,5 %). Ce taux diminue légèrement à 9,2 % chez les jeunes de 20 à 24 ans, et à 7,3 % chez les 45-64 ans (INSP, 2006b). Les taux de dépression sont presque deux fois plus élevés chez les femmes (9,9 %) que chez les hommes (5,9 %) (INSP, 2006b).

L'anxiété

Nous ne disposons pas de données récentes quant à l'anxiété dans la société québécoise. Cependant, d'après l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, cycle 1.2) en 2002, 4,7 % des Canadiens de 15 ans et plus ont signalé des symptômes d'anxiété au cours des 12 derniers mois et un adulte sur huit au cours de leur vie. Le taux des femmes qui vivent de l'anxiété est généralement deux fois plus élevé que celui des hommes et les groupes d'âge les plus touchés sont les 15-24 ans, suivis des 25-44 ans.

Le suicide

Comme nous l'avons déjà mentionné, le suicide ne constitue pas un problème de santé mentale en tant que tel. Cependant, il reflète « une profonde détresse psychologique et sociale des individus » (INSP, 2006a). Ainsi, le taux de suicide au Québec pour la période 2000-2003 est significativement plus élevé que dans les autres provinces canadiennes. La mortalité par suicide s'élève à 16,5 pour 100 000 habitants, alors que la moyenne canadienne est de 11,3 pour 100 000. Ceci dit qu'en moyenne plus de 1 300 personnes décèdent par suicide chaque année au Québec (INSP, 2006a). Les hommes sont de trois à quatre fois plus nombreux à se suicider que les femmes (figure 4).

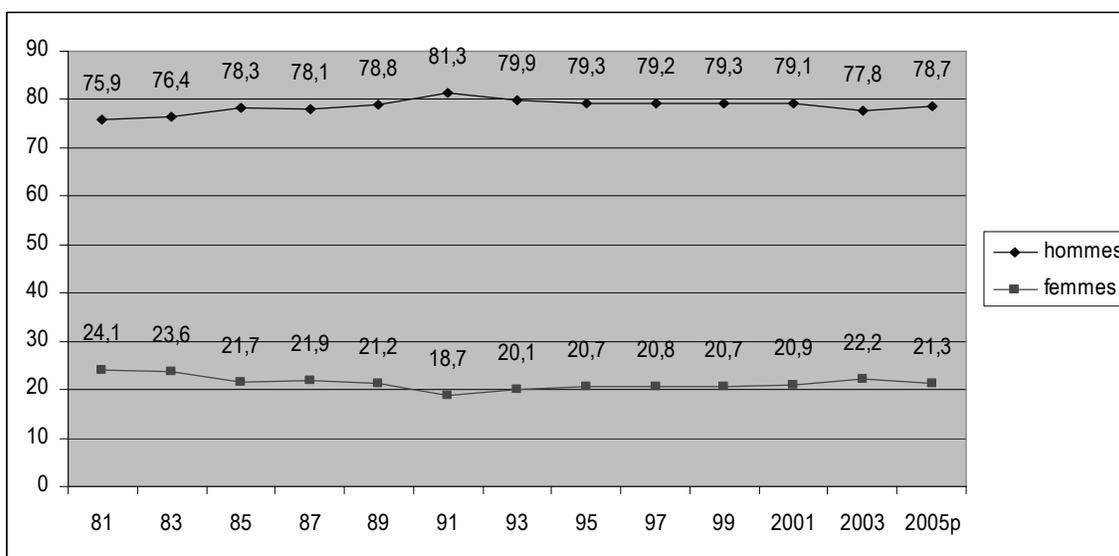


Figure 4 : Répartition (%) des décès par suicide selon le sexe, Québec, 1981 à 2005p

Il existe aussi d'importantes différences selon les groupes d'âge. Ainsi, la mortalité par suicide est généralement plus élevée chez les 30-49 ans qui enregistrent la moitié des suicides dans la province (INSP, 2006a). En ce qui a trait aux idées suicidaires, l'ESCC (2005) nous informe que 2,3 % des Québécois présentaient des idées suicidaires sérieuses au cours des 12 derniers mois. La différence entre les hommes et les femmes n'est pas très significative (2,1 % pour les hommes et 2,4 % pour les femmes) (ASSSMCQ, 2007) et les groupes d'âge les plus touchés par des idées suicidaires sont les 15-24 ans, suivis des 25-44 ans (INSP, 2006b).

Étant donné notre intérêt particulier à l'état de la santé mentale des familles québécoises, la partie qui suit portera une attention particulière sur cet aspect.

L'état de la santé mentale des jeunes québécois et québécoises et de leurs parents

Les données les plus récentes touchant l'état de la santé mentale au sein des familles québécoises proviennent de *l'Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999*, menée par l'Institut de la statistique du Québec. Cette enquête visait à « recueillir de l'information sur les habitudes de vie liées à la santé des jeunes, les problèmes psychosociaux auxquels ils sont confrontés, leur état de santé physique et mentale et les milieux de vie dans lesquels ils évoluent », soit leur famille (ISQ, 2002c).

L'étude de la santé mentale des jeunes, dans le cadre de cette enquête, prend en compte l'estime de soi en lien avec plusieurs autres variables, tel que l'âge et le sexe des jeunes, le soutien affectif des parents, la détresse psychologique et les idées suicidaires (ISQ, 2002c). Les jeunes sont étudiés en fonction de trois groupes d'âge, soit les jeunes de 9 ans, de 13 ans et de 16 ans.

Ainsi, l'enquête permet d'affirmer que la composition du milieu familial et ses caractéristiques socioéconomiques sont reconnues comme des facteurs d'influence du développement, du bien-être et de la santé des enfants. Au fil des âges, l'école, l'environnement social du quartier ou du voisinage prennent de plus en plus de place comme milieu de vie des jeunes.

Les résultats indiquent qu'à 9 ans le niveau de **troubles émotifs** est plus élevé chez les garçons que chez les filles (27 % c. 22 %). Les facteurs qui y sont associés sont des parents séparés, le faible soutien affectif des parents et la détresse psychologique d'un parent. À l'adolescence, le rapport entre les sexes se renverse alors que beaucoup plus de filles que de garçons présentent un indice de détresse psychologique élevé (27 % c. 12 % à 16 ans) (ISQ, 2002c).

Le tableau 8 ci-dessous démontre le lien étroit qui existe entre la détresse psychologique des jeunes et leur niveau d'estime de soi, de soutien affectif parental et du nombre de source de soutien. Ainsi, **l'estime de soi** s'avère associée à la détresse psychologique à l'adolescence. En effet, parmi les jeunes qui ont un niveau élevé d'estime de soi seulement 2,2 % rapportent un niveau élevé de détresse psychologique alors que la proportion augmente à 46 % chez ceux dont le niveau d'estime de soi est faible. On constate aussi que le **soutien affectif parental** et le **nombre de sources de soutiens** sont également liés à la détresse psychologique chez les jeunes (ISQ, 2002c).

Tableau 8 : Niveau élevé de détresse psychologique des adolescents de 13 ans et 16 ans selon le sexe, le niveau d'estime de soi, le niveau de soutien affectif parental et le nombre de sources de soutien, Québec, 1999

	13 ans	16 ans
Sexe	%	
Garçons	16,3	12
Filles	27,1	26,8
Sexes réunis	21,6	19,4
Niveau d'estime de soi		
Élevé	2,2	4,2
Moyen	19,1	16,3
Faible	45,8	48,8
Soutien affectif maternel		
Élevé	15,8	14,7
Moyen	22,3	23,2
Faible	37,3	24,3
Soutien affectif paternel		
Élevé	13,4	12,4
Moyen	28,5	20,5
Faible	42	35,2
Nombre de sources de soutien		
Trois ou moins	32	31,8
Quatre et plus	19	16,5

Source : ISQ, 2002c

Un peu moins de 30 % des jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique ont déclaré avoir consulté un professionnel de la santé pour ces symptômes au cours d'une période de 12 mois. L'analyse des trois catégories de raisons invoquées par les jeunes en détresse qui n'ont pas recherché d'aide professionnelle révèle que les principales raisons sont celles liées à des croyances personnelles (passerait avec le temps, pas assez important). Les raisons instrumentales (ne savait pas où s'adresser, ça aurait pris trop de temps, personne n'était disponible) et les raisons psychologiques (peur que mes parents ou d'autres le sachent) sont invoquées par de plus faibles proportions d'adolescents (ISQ, 2002c).

Les **idées suicidaires sérieuses** apparaissent très tôt chez les jeunes Québécois. À 9 ans, un enfant sur douze en a eu au cours d'une période de douze mois. La situation est similaire à 13 ans alors qu'à 16 ans, c'est un jeune sur dix. Les filles présentent plus d'idées suicidaires que les garçons : 10 % des filles et 3,6 % des garçons de 13 ans en déclarent ainsi que 12 % des filles et 8 % des garçons de 16 ans. Certains facteurs tels que le niveau d'estime de soi, le soutien affectif parental et le nombre de sources de soutiens sont aussi liés au comportement suicidaire des jeunes. Chez les enfants de 9 ans, le facteur réussite scolaire est également important.

L'enquête a également permis de constater que chez les adolescentes et les adolescents entre 3 % et 4 % ont déjà tenté de s'enlever la vie à au moins une reprise dans les 12 mois précédents l'enquête (ISQ, 2002c).

En ce qui concerne la recherche d'aide, seulement un jeune sur cinq présentant des idées suicidaires sérieuses a consulté un professionnel à ce sujet. La croyance que ces idées vont passer avec le temps ou qu'elles ne sont pas graves est le premier motif de non-consultation, suivie des problèmes d'accessibilité des services et la crainte que le problème soit connu de l'entourage immédiat (ISQ, 2002c).

Comme déjà mentionné, la qualité de l'interaction entre les parents et l'enfant a une influence reconnue sur le développement, le comportement et la socialisation des enfants. Par exemple, sur le plan du soutien affectif, une perception négative de la relation parent-enfant, une relation conflictuelle ou de faibles liens avec la famille sont associés à la présence de tendances suicidaires à la consommation de drogues ainsi qu'aux grossesses à l'adolescence (ISQ, 2002c). L'enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois fait ressortir quelques données là-dessus. Ainsi, les jeunes perçoivent plus favorablement le soutien affectif démontré par leur mère que par leur père et ceci autant chez les filles que chez les garçons. Ceci se rapporte également au contrôle abusif qui quant à lui est également perçu plus fréquemment chez les mères que chez les pères. Cependant, les garçons ont une moins bonne perception de l'interaction avec chacun de leurs parents que les filles du même âge. En ce qui a trait aux groupes d'âge, l'enquête fait ressortir le fait que les jeunes de 16 ans ont une moins bonne perception de la relation avec leurs parents que ceux de 13 ans. Considérant que l'adolescence est une période où les jeunes développent leur propre identité et manifestent leur autonomie, ce constat n'est pas étonnant (ISQ, 2002c).

De façon générale, les adolescents vivant avec un parent et un beau-parent ou avec un parent seul perçoivent moins favorablement le soutien affectif de leur mère que ceux demeurant avec leurs deux parents.

L'enquête révèle également que l'interaction avec les parents est liée au revenu relatif du ménage pour la dimension du soutien affectif chez les 9 ans et les 13 ans. Les jeunes issus d'un ménage à revenu très faible ou faible sont moins susceptibles de déclarer un niveau de soutien maternel élevé que ceux faisant partie d'un ménage à revenu moyen, élevé ou très élevé. Par contre, selon les données de l'enquête, le contrôle parental abusif n'est pas associé au revenu relatif du ménage (ISQ, 2002c).

La pauvreté et les problèmes de santé mentale au Centre-du-Québec

La pauvreté au Centre-du-Québec

Les données les plus récentes concernant la pauvreté dans la région du Centre-du-Québec, proviennent de *l'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu* de Statistique Canada et sont évaluées en fonction de la Mesure de faible revenu (MFR).

En 2004, la proportion de familles en situation de faible revenu dans le Centre-du-Québec a diminué de 0,1 % par rapport à l'année précédente et s'élève à 8,4 % ce qui représente une valeur en dessous de la moyenne provinciale (10,0 %) (voir tableau 9). Cependant, sur une période de 5 ans, le taux des familles à faible revenu a augmenté de 0,4 % pour la région en général. Uniquement la MRC de Bécancour enregistre une légère baisse. À l'échelle des MRC, seule Nicolet-Yamaska (10,6 %) a un taux de faible revenu supérieur à la moyenne québécoise. D'ailleurs, cette dernière se démarque également en étant la seule à voir son taux de faible revenu augmenter en regard de 2003. C'est dans la MRC de L'Érable (6,8 %) qu'on trouve le moins de familles à faible revenu.

Tableau 9 : Taux de faible revenu de l'ensemble des familles, MRC du Centre-du-Québec et ensemble du Québec, 2000-2004¹

	2000	2001	2002	2003	2004	Ecart 2004/2000
	%					point de pourcentage
L'Érable	6,2	6,2	6,8	7,2	6,8	0,6
Bécancour	9,0	8,4	9,2	8,6	8,6	-0,4
Arthabaska	7,3	7,1	7,5	8,0	7,6	0,3
Drummond	8,2	8,5	8,5	8,8	8,6	0,4
Nicolet-Yamaska	10,3	9,8	10,6	10,5	10,6	0,3
Centre-du-Québec	8,0	8,0	8,3	8,5	8,4	0,4
Ensemble du Québec	10,1	9,7	10,2	10,1	10,0	-0,1

Source : Statistique Canada

Le tableau 10 ci-dessous répartit les taux de faible revenu au Centre-du-Québec selon le type de famille. On constate que la tendance observée dans l'ensemble de la province se confirme aussi dans notre région. C'est les familles monoparentales et les personnes seules qui enregistrent les taux les plus inquiétants quant au faible revenu. De plus, comparativement aux données de 2001, leur citation ne s'est pas améliorée mais au contraire a légèrement dégradé. Seulement les familles monoparentales avec 3 enfants ou plus ont vu leur état s'améliorer par rapport à 2001.

¹ Institut de la statistique du Québec (2007a). **Bulletin statistique régional. Volume4 numéro 1. Centre-du-Québec.** 26 p.

Tableau 10 : Taux de faible revenu, selon le type de famille, Centre-du-Québec, 2001-2005

	2001	2002	2003	2004	2005	Écart 2001-2005
	%					Point de pourcentage
Famille à faible revenu	8	8,3	8,5	8,4	7,8	-0,2
Famille comptant un couple	4,8	5,1	5,3	5,2	4,8	–
Sans enfants	5,1	5,7	5,6	5,4	5,4	0,3
Avec 1 enfant	4	4	4,3	4,4	3,9	-0,1
Avec 2 enfants	3,6	3,9	4	4,3	3,8	0,2
Avec 3 enfants et plus	7,4	7,6	8,3	8	6,1	-1,3
Famille monoparentale	26,1	25,6	26,7	26,8	26,4	0,3
Avec 1 enfant	21,9	21,1	21,6	21,8	23	1,1
Avec 2 enfants	29	29	30	29,6	30	1
Avec 3 enfants et plus	43,5	43	47,1	46,7	38,6	-4,9
Personne hors famille à faible revenu	22,7	22,5	22,7	23,4	23,9	1,2

Source : ISQ, 2007

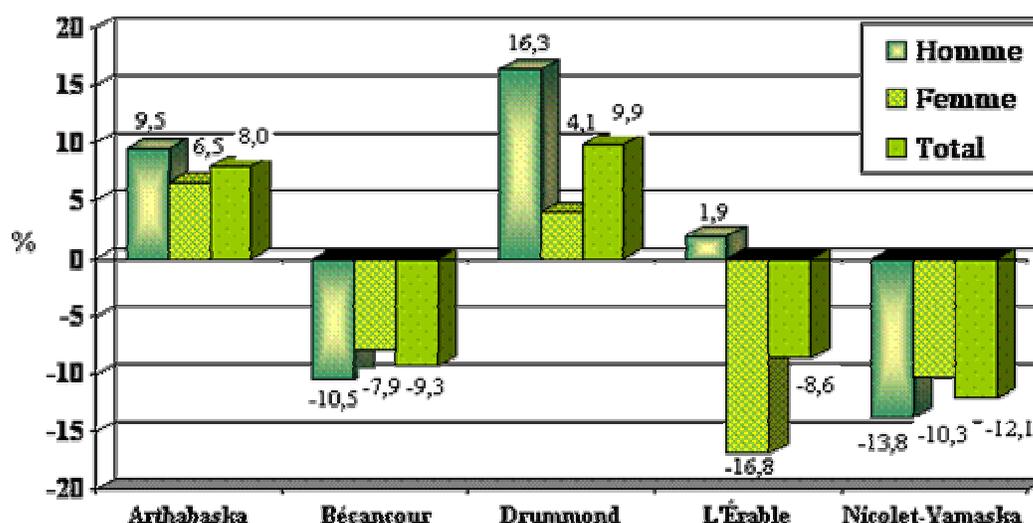
En ce qui a trait aux prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours, au Centre-du-Québec on retrouve 11 202 adultes prestataires, soit 3 % des prestataires au Québec (MESS, 2007b) et environ 5 % de la population régionale¹. En septembre 2007, les prestataires du Programme d'aide sociale dénombrèrent 6 806 adultes (près de 4 000 sans contraintes et 2 800 avec contraintes temporaires). La répartition des deux sexes est presque identique (49,65 % sont des hommes et 50,35 % sont des femmes). La principale contrainte évoquée dans la région est liée à des raisons d'âge, soit à des personnes de 55 ans et plus (49 % des prestataires avec contraintes temporaires). Les contraintes liées à une grossesse ou à enfants à charge comptent pour 30 % et les problèmes de santé pour environ 16 % des prestataires avec contraintes temporaires.

Les jeunes de moins de 25 ans comptent 1 047 prestataires d'aide sociale dans la région. Parmi eux, 698 personnes sont sans contraintes et 349 avec des contraintes temporaires. Les familles monoparentales prestataires de l'aide sociale comptent pour 1 224 familles.

Le programme de solidarité sociale dénombrerait près de 4 400 adultes en septembre 2007. 35 % de ces adultes présentent des contraintes sévères liées à des problèmes de santé mentale, 33 % à des contraintes sévères physiques et près de 20 % à des problèmes intellectuels et d'apprentissage (MESS, 2007b).

¹ Selon le portrait socioéconomique du Centre-du-Québec, la population régionale en 2006 était de 224 200 personnes.

Si on retourne quelques années en arrière pour faire une comparaison entre les années 2002 et 2006, on constate que le nombre de prestataires adultes de l'assistance-emploi¹ s'est accru de 2,6 % au Centre-du-Québec par rapport à une baisse de 7,2 % au Québec pour la même période (MAMR, 2007). Cette hausse est due surtout aux prestataires du sexe masculin qui ont enregistré une augmentation de 6,2 % comparativement aux femmes qui elles enregistrent une baisse de 1% (MAMR, 2007). La figure ci-dessous répartit ces données en tenant compte des différents territoires de MRC. En effet, les MRC les plus urbanisées, soit Drummond et Arthabaska affichent de fortes hausses du nombre d'adultes prestataires de l'assistance-emploi autant chez les hommes que chez les femmes. Cette hausse est particulièrement élevée chez les hommes adultes de la MRC de Drummond. À l'opposé, on observe des diminutions généralisées du nombre de prestataires dans les trois MRC plus rurales.



Sources: ISQ et MESS, Direction générale adjointe de la recherche, de l'évaluation et de la statistique. Données du mois de mars

Figure 5 : Adultes prestataires de l'assistance-emploi. Variation 2002-2006, selon le sexe, par MRC, (MAMR, 2007)

En 2003, 13,2 % de la population de 12 ans et plus étaient en situation d'insécurité alimentaire en Mauricie et au Centre-du-Québec. À ce chapitre, la région prend la troisième place au Québec, juste après les régions de Montréal et d'Abitibi-Temiscamingue (ESCC, 2003²)

¹ Depuis le mois de janvier 2007, les programmes d'aide financière de dernier recours (Programme d'aide sociale et Programme de solidarité sociale) ont remplacé le Programme d'assistance-emploi.

² Les données proviennent de la base de données Santéscope de l'Institut national de santé publique

Les problèmes de santé mentale au Centre-du-Québec

Selon l'Agence de la santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2007), en 2005, 3,5 % de la population, soit 14 300 personnes de 12 ans et plus de la région¹ ne se percevaient pas en bonne santé mentale. Cette proportion est semblable chez les deux sexes et ne diffère pas de celle du Québec. Cependant, en ce qui concerne le stress quotidien vécu, les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec se positionnent légèrement en dessous de la moyenne nationale avec un taux de 22,3 % des personnes (soit 88 800 personnes) de 15 ans et plus qui disent vivre un stress quotidien élevé (ASSSMCQ, 2007). Néanmoins, si on observe les données concernant la dépression, on constate que les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec sont en dessus de la moyenne québécoise. En effet, 8,1 % de la population régionale a vécu un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année (2000-2001), alors que la moyenne pour la province est de 7,9 % (INSP, 2006b).

En ce qui a trait à la détresse psychologique, environ 27 % de la population masculine de 12 ans et plus de la Mauricie et du Centre-du-Québec présente un niveau élevé de détresse en 2005. Cette proportion est significativement plus élevée que celle du Québec (22 %). Les valeurs des deux sexes réunis et des femmes ne présentent pas de différences statistiquement significatives (tableau 11). On constate de plus qu'à la différence du Québec, les hommes de la région ne présentent pas un niveau élevé de détresse significativement plus faible que celui des femmes. Malheureusement, nous ne pouvons pas faire des comparaisons sur ce critère quant aux changements survenus durant les dernières années, car l'indice de la détresse psychologique de 2005 est construit différemment que celui des enquêtes précédentes.

Tableau 11 : Proportion de la population ayant un niveau élevé de détresse K 6, ESCC Cycle 1.1 - 2005

Région	Sexe	Groupe d'âge	Nombre	%
Mauricie et Centre-du-Québec	Homme	12 ans et +	52 840	27,2
	Femme	12 ans et +	58 970	29,6
	Total	12 ans et +	111 810	28,5
Ensemble du Québec	Homme	12 ans et +	663 300	22
	Femme	12 ans et +	886 150	28,5
	Total	12 ans et +	1 549 460	25,3

Source : ASSSMCQ, 2007

La situation régionale est très inquiétante quant aux données touchant les idées suicidaires et les suicides. Si on fait exception de la région du Nunavik qui présente un taux démesurément élevé de mortalité par suicide pour la période 2001 à 2005 (138 décès par suicide pour 100 000 personnes), le taux annuel moyen de décès par suicide varie selon les diverses régions du Québec entre 12 et 24,4

¹ Les données se rapportent à la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec

suicides pour 100 000 (tableau 12). Comparativement à l'ensemble du Québec qui affiche un taux de 16,5 décès par suicide, Mauricie et Centre-du-Québec est la région ayant le taux le plus élevé, pour la même période. Fait néanmoins encourageant, le taux a diminué de 0,1 par rapport à la période précédente, soit 1996-2000. Pour 2001-2005, les taux ajustés étaient de 38,3 décès pour 100 000 hommes par rapport à 10,2 pour 100 000 femmes (SSES, 2007).

Tableau 12 : Taux annuel moyen brut de mortalité par suicide (pour 100 000 personnes) selon la RSS, Québec, 1986-1990 à 2001-2005p¹

Région sociosanitaire	1986-1990	1991-1995	1996-2000	2001-2005p
Bas-Saint-Laurent	15,7	17,4	25,9	24,0
Saguenay—Lac-Saint-Jean	16,8 *	20,9	20,9	20,1
Capitale-Nationale	17,5	20,9	24,3	18,8
Mauricie et Centre-du-Québec	19,7	21,5	24,5	24,4
Estrie	18,4	20,4	21,3	19,6
Montréal	14,0	14,9	15,7	12,0
Outaouais	17,8	19,2	19,1	16,1
Abitibi-Témiscamingue	22,8	24,9	27,2	23,5
Côte-Nord	17,5	22,8 *	24,9	21,7
Nord-du-Québec	14,8 *	19,2 *	28,2 *	21,2 *
Gaspésie—Îles-de-la-Madeleine	15,5	13,5 *	19,2	20,8
Chaudière-Appalaches	18,4	24,0	26,7	22,5
Laval	12,1	15,0	15,7	11,3
Lanaudière	17,2	17,1	19,6	15,9
Laurentides	18,4	19,5	19,7	16,1
Montérégie	14,9	15,3	16,3	13,8
Nunavik	57,4 *	70,0	138,1 *	137,9 *
Terres-Cries-de-la-Baie-James	10,6	16,6	5,0	14,7
Ensemble du Québec	16,2	17,9	19,7	16,5

* Ces résultats sont à titre indicatif dû aux faibles effectifs ; à ne pas utiliser à des fins d'interprétation et de comparaison.

Source : SSES, janvier 2007

Si on considère, le taux de suicide par groupe d'âge, on constate que les personnes âgées entre 50-64 ans représentent près de 30% des suicides dans la région, comparativement à près de 24 % au Québec (tableau 13). C'est le groupe d'âge qui enregistre le plus grand taux d'augmentation par rapport à la période précédente.

¹ Données provisoires

Tableau 13 : Répartition (%) des décès par suicide selon l'âge

Groupe d'âge	Mauricie et Centre-du-Québec		Ensemble du Québec	
	Années de décès		Années de décès	
	1996-2000	2001-2005p	1996-2000	2001-2005p
10-19 ans	9	8,1	7,7	5,7
20-29 ans	17,7	11,9	16,8	15
30-34 ans	9,6	5,9	9,9	8,1
35-39 ans	13,9	10,5	13	11,6
40-49 ans	25,8	25,1	25	26,2
50-64 ans	14,2	29	17,6	23,5
65 ans et +	9,8	9,3	9,9	9,9

Source : SSES, janvier 2007

Le groupe d'âge des 40-49 ans est le deuxième plus important quant au taux de suicide (25,1 %), mais il note une faible baisse par rapport à la période 1996-2000. À eux seuls, ces deux groupes d'âge présentent près de 55 % des suicides dans la région sociosanitaire. Les jeunes de 20-29 ans, suivis des personnes de 35 à 39 ans sont les deux autres groupes d'âge ayant les plus hauts taux de suicide dans la région. Il est à noter que les jeunes de 10 à 19 ans enregistrent des taux significativement plus élevés que le l'ensemble de la province.

Le tableau 14 ci-dessous répartit les taux de suicide dans la région du Centre-du-Québec selon les réseaux locaux de services (RLS). On constate qu'Arthabaska-L'Érable se démarque avec le plus fort taux de suicide dans la région (27 sur 100 000). Le RLS de Drummond se situe un peu plus bas avec un taux de suicide de 25 pour 100 000, mais reste tout de même significativement plus élevé que la moyenne nationale. Le RLS de Bécancour-Nicolet-Yamaska enregistre les taux les plus bas dans la région avec 19 suicides pour 100 000.

Tableau 14 : Taux ajusté de mortalité par suicide, 2001-2004 (pour 100 000), Centre-du-Québec

Réseau local de service	Taux ajusté de mortalité par suicide
Drummond	25
Arthabaska – L'Érable	27
Bécancour- Nicolet-Yamaska	19
Québec	17

En ce qui concerne les idées suicidaires dans la région, 13 % des personnes de 15 ans et plus ont eu des idées suicidaires au cours de leur vie et 2,1 % au cours des 12 derniers mois selon l'ESCC¹ de 2005 (tableau 15). Cette proportion n'est pas significativement supérieure à celle du Québec. De même, les femmes de la région, à l'instar du Québec, n'affichent pas des proportions statistiquement supérieures à celles des hommes.

¹ Enquête sur la santé des collectivités canadiennes

Tableau 15 : Proportion de la population ayant présenté des idées suicidaires sérieuses au cours de la vie et au cours des 12 derniers mois, ESCC Cycle 3.1 – 2005

Région	Au cours de la vie			Au cours des 12 derniers mois	
	Sexe	Nombre	%	Nombre	%
Mauricie et Centre-du-Québec	Homme	23 130	12,4	3 500	** 1,8
	Femme	26 830	14	4 700	* 2,4
	Total	49 960	13,2	8 300	* 2,1
Ensemble du Québec	Homme	325 730	11,3	64 500	2,1
	Femme	377 570	12,5	76 400	2,4
	Total	703 300	11,9	141 000	2,3

Source : ASSSMCQ, 2007

* Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Selon la même enquête en 2003, 7 % de la population de 12 ans et plus a consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale. Ce taux varie beaucoup entre les deux sexes (10,6 % de femmes /3,4 % d'hommes).

L'état de la santé mentale des jeunes centricois et centricoises et de leurs parents

L'Agence de santé et de services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec a mené deux enquêtes sur la santé et le bien-être des jeunes dans la région¹. La première a eu lieu en 1999 et la seconde en 2003. Ces enquêtes permettent de situer l'état de santé et de bien-être de la population régionale par rapport à l'ensemble de la population québécoise.

Le tableau 16 ci-dessous fait ressortir certains faits saillants concernant l'état de santé mentale des jeunes de la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ainsi, en ce qui a trait à l'estime de soi, on constate que les jeunes de la région ont généralement une bonne estime de soi. Cependant, environ 23 % ont une estime de soi inférieure et les garçons sont plus nombreux que les filles à présenter une estime de soi moyenne ou élevée (Coderre et Leclerc, 2005). Les résultats de cette enquête démontrent également qu'un peu plus d'un jeune sur trois (36 %) a un taux élevé de détresse psychologique. Les filles présentent des taux beaucoup plus élevés que les garçons (43 % / 28 % respectivement). Si on considère le niveau du secondaire, c'est les jeunes du secondaire I, II et III qui vivent les plus hauts taux de détresse (Coderre et Leclerc, 2005).

Quant aux pensées suicidaires, 18 % des jeunes affirment avoir pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois. Les filles enregistrent deux fois plus de pensées suicidaires comparativement aux garçons (24 % vs 12 %). De plus, l'enquête révèle que 6 % des jeunes affirment avoir fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois. Les filles sont trois fois plus nombreuses que les garçons à tenter de se suicider (9 % vs 3 %). Si on considère le niveau du secondaire, ce sont les

¹ Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec

jeunes du secondaire I qui sont les moins nombreux à avoir eu des pensées suicidaires. Cependant, en ce qui a trait aux tentatives de suicide ce sont les jeunes du secondaire I et II qui sont les plus nombreux à en avoir fait. Enfin, les résultats indiquent que la majorité des jeunes (78 %) qui ont eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, ont pensé à un moment, un moyen ou un lieu pour s'enlever la vie (Coderre et Leclerc, 2005).

Tableau 16 : État de santé mentale des jeunes du secondaire en Mauricie et au Centre-du-Québec, 2003

	Filles	Garçon	Total
	%		
Niveau d'estime de soi			
Faible	29,2	16,9	22,7
Moyen et élevé	70,8	83,1	77,3
Indice de détresse psychologique	43,3	28,2	35,5
Pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois	24,3	11,7	17,8
Tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois	8,8	3,2	5,9

Comme nous l'avons déjà mentionné, le soutien social constitue un facteur de protection face aux différents problèmes de santé mentale. L'enquête régionale sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire, nous révèle que quand il est question de soutien social, les jeunes mentionnent en plus grand nombre leur mère (67, 4 %) et leurs amis (67, 3 %). Concernant les amis, c'est plutôt les filles (79,4 %) que les garçons (56 %) qui obtiennent beaucoup de soutien social. Les jeunes affirment obtenir également beaucoup de soutien social de la part de leur père, mais ceci concerne plus les garçons (53,4 %) que les filles (37,4 %) (Coderre et Leclerc, 2005).

L'enquête régionale sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire fait ressortir également les problèmes de comportement que vivent les jeunes de la région. Ainsi, ce sont le plus souvent des garçons qui présentent des troubles de conduite (29 % vs 20 %) et qui sont victimes d'agression. Ils sont plus nombreux que les filles à agresser d'autres personnes (33 % vs 18 %), à faire du vandalisme (17 % vs 9 %) à porter une arme (15 % vs 5 %) à se faire injurier (34 % vs 24 %), à se faire menacer d'actes violents et à se faire frapper. Néanmoins ces particularités typiques aux garçons, les filles représentent autres sous dimensions des troubles de conduites. Elles sont plus nombreuses à manquer l'école sans raison valable (22 % vs 19 %), à consommer des amphétamines (10 % vs 8 %) ou à jouer à des loteries instantanées (Coderre et Leclerc, 2005).

Les résultats de cette enquête nous permettent de faire certaines comparaisons avec l'enquête régionale de 1999. Nous pouvons souligner certains aspects positifs, tels que le fait que comparativement à 1999, en 2003 moins de jeunes présentent des troubles de conduite et plus de jeunes ont une estime de soi élevée (27 % vs 22 %). Toutefois, il y a plusieurs d'autres aspects de la

vie où la situation des jeunes s'est empirée. En 2003 il y a plus de jeunes qui présentent des symptômes de détresse psychologique (36 % vs 29) et plus de filles qui ont des pensées suicidaires (24 % vs 20 %) (Coderre et Leclerc, 2005).

Si on compare cette enquête avec les données de l'enquête provinciale¹, les données sont peu favorables pour la région sociosanitaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Ceci est particulièrement vrai pour les données concernant la santé mentale et le bien-être psychologique. Ainsi, comparativement à l'ensemble de la province, dans la région on retrouve deux fois plus de jeunes qui ont eu des pensées suicidaires (13 ans : 16 % vs 7 %; 16 ans : 18 % vs 10 %) et qui ont fait des tentatives de suicide (13 ans : 7 % vs 4 %; 16 ans : 5 % vs 3 %). De plus, les proportions de jeunes qui présentent une détresse psychologique sont plus d'une fois et demie plus élevées que les jeunes du Québec (13 ans : 38 % vs 22 %; 16 ans : 32 % vs 19 %). Dans la région, on retrouve également plus de jeunes qui ont des troubles de conduite et qui sont victimes d'agression psychologique ou physique. En ce qui a trait aux relations avec les parents, il y a moins de jeunes dans la région qui disent recevoir beaucoup d'écoute de leur mère (13 ans : 27 % vs 36 %; 16 ans : 65 % vs 73 %). Quant à l'implication des parents à l'école, les jeunes de la région sont moins nombreux à dire que leurs parents se présentent souvent aux rencontres pour le bulletin (Coderre et Leclerc, 2005).

L'enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire de 2002, permet également de faire certaines comparaisons sur le comportement des jeunes de la région. Ainsi, on constate que comparativement à l'ensemble du Québec, dans notre région il y a plus de jeunes qui ont une fréquence élevée de consommation d'alcool (26 % vs 18 %), une consommation régulière de cannabis (23 % vs 18 %), une consommation à risque et problématique d'alcool et de drogue, qui sont des joueurs habituels des jeux d'argent et qui sont des fumeurs quotidiens de tabac (Coderre et Leclerc, 2005).

¹ Cette comparaison doit se faire avec prudence, car il s'agit de 4 ans de différence entre l'enquête régionale et l'enquête provinciale.

RÉFÉRENCES

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2006). **L'État de la santé de la population du Centre-du-Québec. Un portrait sociosanitaire sommaire.** Préparé par Yves Pepin. 9p.

Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec (2007). **La santé mentale en Mauricie et au Centre-du-Québec, indicateurs choisis de l'ESCC de 2003, 2005 et 2000-2001.** Préparé par Yves Pepin. 9p.
<http://www.agencesss04.qc.ca/Statistiques/documents/santementale.pdf>

Boisvert, R. (2005) **The status syndrome : quand la sociologie vient à la rescousse de la médecine...** *Développement social*, Vol. 5, no 2, pp. 33-35.

Boisvert, R. (2006) **L'égalité des chances à notre portée.** *Développement social*, Vol. 6, no 3, pp. 42-43.

Bordeleau, M., Traoré, I. (2007). **Zoom Santé. Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les lins avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu.** Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Institut de la statistique du Québec. Version révisée, juin 2007. 4p.

Bruniaux, C., Galtier, B. (2003). **L'étude du devenir des enfants de familles défavorisées : l'apport des expériences américaine et britannique.** *Les Papiers du CERC*, n° 2003-01.

CCDS, (2006). **Statistiques & Info du CCDS : La santé des Canadiens.** Document consulté en ligne : <http://www.ccsd.ca/francais/statistiques/sante/sante.pdf>

Coderre, R., Leclerc, A. (2005). **Enquête sur la santé et le bien-être des jeunes du secondaire de la Mauricie et du Centre-du-Québec.** Agence de la santé et services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec.

Conseil canadien de développement social (2007). **Définir et redéfinir la pauvreté : le point de vue du CCDS.** Document consulté en ligne : <http://www.ccsd.ca/francais/ip/2001/pauv.htm>

Desmarais, D., Beaugard, F., Guérette, D., Hrimech, M., Lebec, Y., Martineau, P., Péloquin, S. (2000). **Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes.** Un portrait complexe, une responsabilité collective, Québec, Les Publications du Québec, 192 p.

Desmarais, D. (2001). *Avoir 20 ans et vivre de la détresse psychologique: un paradoxe contemporain.* Numéro spécial de la revue **Carriéologie**: Maturité, identités adultes, jeux impossibles. Janvier 2001. pp. 173-195

Devault, A., Lacharité, C., Ouellet, F., Forget, G. (2003). **Les pères en situation d'exclusion économique et sociale : les rejoindre, les soutenir adéquatement.** *Nouvelles pratiques sociales*. V.16, n 1 pp. 45-58

Fortin, D. (1989). **La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi ?** *Santé mentale au Québec*. XIV, 2, pp. 104-113.

Forum Jeunesse. (2001). **Suicide et détresse psychologique. Portrait de la situation.** Atelier 1. Événement régional jeunesse, Montréal

Gagné, M-H., Desbien, Nadia, Blouin, K. (2004). **Trois-profils-types de jeunes affichant de problèmes de comportement sérieux.** *Éducation et Francophonie*, Vol. 32, n 1

Garel, P. (1999). **Le point de vue du psychiatre. Jeunesse et santé mentale :** État de la situation et perspectives chez les 12-18 ans. Actes du colloque. Association canadienne pour la santé mentale filiale de Montréal.

Gilbert, S., Lafrance, D. (2005). La détresse parentale face à des adolescents en difficultés. Présentation dans le cadre du Colloque « Regard sur la diversité de la famille ». Conseil de la famille et de l'enfance du Québec. 10 et 11 mai, 2005, Montréal

Gouvernement du Canada (2006). **Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada.** 188 p

Institut de la statistique du Québec (2007a). **Bulletin statistique régional. Volume4 numéro1. Centre-du-Québec.** 26 p.

Institut de la statistique du Québec (2007b). **Bulletin flash : Taux de faible revenu.** Édition 2007. 10p.

Institut de la statistique du Québec (2002a) **Variation des écarts de l'état de santé en fonction du revenu au Québec de 1987 à 1998.** Collection la santé et le bien-être. 78 p.

Institut de la statistique du Québec (2002b) **De la naissance à 29 mois. Le couple.** Étude longitudinale du développement de l'enfant du Québec (ÉLDUQ 1999-2002) Volume 2, n 11. 65 p.

Institut de la statistique du Québec (2002c). Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois 1999. Collection la santé et le bien-être. 519p.

Institut de la statistique du Québec (2000) **Les nourrissons de 5 mois. Conduites parentales et relations familiales.** Étude longitudinale du développement de l'enfant du Québec (ÉLDUQ 1999-2002) Volume 1, n 10. 62 p.

Institut de la statistique du Québec et ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. (2005). **Inventaire des indicateurs de pauvreté et d'exclusion sociale.** Rapport. Gouvernement du Québec. 95 p.

Institut National de Santé publique (2006a). **Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses**. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, gouvernement du Québec, 131p.

Institut National de Santé publique (2006b). **Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques**. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, gouvernement du Québec, 659p.

Kovess-Masféty, V. (2001). **Précarité et santé mentale**. Rueil-Malmaison, France : Doin. 103p.

Lacharite, C., Ethier, L.S., Couture, G. (1999). **Sensibilité et spécificité de l'Indice de stress parental face à des situations de mauvais traitements d'enfants**. *Revue canadienne des sciences du comportement*, V. 31, N. 4, pp. 217-220

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2002). **La volonté d'agir, la force de réussir**. Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale. Gouvernement du Québec

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005a). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens. 96p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005b). **Plan stratégique 2005-2010**. La Direction des communications du ministère de la Santé et des Services sociaux. 47 p.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007a), **Campagne nationale de sensibilisation et d'information pour combattre les préjugés entourant la maladie mentale**. Document consulté en ligne : <http://www.masantementale.gouv.qc.ca/>

Ministère de la Santé et des Services sociaux (2007b). **Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants**. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans. 163 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2007a). **Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale – décembre 2007**. Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, DGARES. 12 p.

Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale (2007b). **Rapport statistique sur la clientèle des programmes d'assistance sociale – septembre 2007**. Direction de la statistique et du soutien aux expérimentations, DGARES. 12 p.

Ministère des affaires municipales et des régions (2007). **Portrait socioéconomique du Centre-du-Québec**. Réalisé par la Direction régionale du Centre-du-Québec.

Organisation mondiale de la santé (2004). **Investir dans la santé mentale**. 47 p.

Pauzé, R., Toupin, J., Déry, M., Mercier, H., Cyr, M., Cyr, F., Frappier, J.-Y., Robert, M. et Chamberland, C. (2005) **Portrait des jeunes âgés de 0-17 ans et de leur famille desservis par les**

Centres jeunesse du Québec, leurs parcours dans les services et leur évolution dans le temps. *Cahier de GRISE*. Document consulté en ligne : http://www.grise.ca/documents/publications/synthse_compte_fass.pdf

Perreault, C. (1987). **Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée**, *Cahier technique 87-06*, Santé Québec, Montréal, 33 pages.

Pitrou A. (1980). **Qui est pauvre ?** *Économie et Humanisme*, V. 254, p. 12.

Preville, E. (2003). **Redéfinir la pauvreté : la mesure du panier de consommation**. En bref. Direction de la recherche parlementaire. Bibliothèque du Parlement. PRB03-10F 5p.

Robichaud, J-B., Guay, L., Colin, C., Pothier, M., avec le concours de Saucier, J-F. (1994). **Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité**. Publié. En collaboration avec : Comité de la santé mentale du Québec. Boucherville, Québec : G. Morin. 247 p.

Robidoux, S. (1996). **Impact de la qualité de la relation conjugale et du soutien du conjoint sur la détresse parentale de mères négligentes ou à risque de négligence**. Mémoire de maîtrise en psychologie, présenté à l'Université du Québec à Trois-Rivières. 137 p.

Service de la surveillance de l'état de santé, MSSS (2007). **Profil du suicide au Québec 1981-2005p**. : Mise à jour en 2007. Par Lucie Ross et Harry François. Document consulté en ligne sur : http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/pdf/Profil-suicide-fev07.pdf

Statistique Canada (2003). **Les statistiques de 2000 sur le faible revenu selon la mesure du panier de consommation**. 66 p.

Statistique Canada (2004a). **Mesure de faible revenu au Canada**. Division de la statistique du revenu.

Statistique Canada (2004b). **Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être 2002**. Cycle1.2, gouvernement du Canada, http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/pdf/5110015_f.pdf

Statistique Canada, 2007. **Dossier du Journal de « la Presse »** du 18 novembre 2007p. 2-3. « Quand l'anxiété rend malade »