

# **CEPE**

Centre d'étude sur la  
pauvreté et l'exclusion



## **LES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PAUVRETÉ AU QUÉBEC**

Compilation statistique, analyse et rédaction :  
Aline Lechaume et Frédéric Savard

**Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion**  
Direction de la recherche  
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale  
425, rue Jacques-Parizeau, 4<sup>e</sup> étage  
Québec (Québec) G1R 4Z1  
Téléphone : 418 646-0425, poste 34603  
Télécopieur : 418 644-1299  
Courriel : [cepe@mtess.gouv.qc.ca](mailto:cepe@mtess.gouv.qc.ca)

On peut consulter ce document sur le site Web du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CÉPE) à l'adresse suivante : [mtess.gouv.qc.ca/cepe/](http://mtess.gouv.qc.ca/cepe/). Sa reproduction totale ou partielle est autorisée, à la condition que la source soit mentionnée.

Dépôt légal – Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2019  
ISBN 978-2-550-80985-2 (PDF)

© Gouvernement du Québec



# TABLE DES MATIÈRES

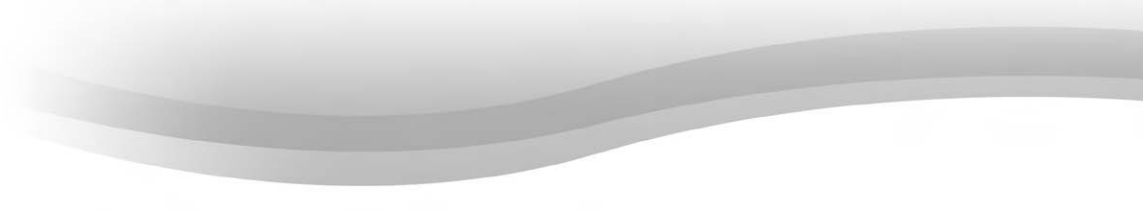
Liste des tableaux.....	2
Liste des graphiques .....	2
Introduction .....	3
1. Survol de la littérature.....	4
1.1. De l'impact de la pauvreté sur la santé mentale .....	4
1.2. De la pauvreté chez les personnes ayant des troubles de la santé mentale .....	5
1.3. Du cercle vicieux des troubles de la santé mentale et de la pauvreté.....	5
2. Les troubles de la santé mentale : de quoi parle-t-on? .....	6
3. Les liens entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale : quatre hypothèses.....	6
4. Que tirer de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes?.....	9
4.1 L'univers de l'ESCC et la population à faible revenu .....	9
4.2 Un portrait statistique réalisé par l'Institut de la statistique du Québec .....	11
4.3 Ce que révèlent les données issues de l'édition de 2012 de l'ESCC sur les liens entre les troubles de la santé mentale et la pauvreté.....	14
• Les troubles de la santé mentale selon certaines caractéristiques socioéconomiques .....	15
• La détresse psychologique.....	18
• La dépression et l'anxiété .....	18
• Les troubles associés à la consommation d'alcool et de drogues .....	20
• Les facteurs de protection et de prévention .....	21
5. Les troubles de la santé mentale chez les personnes prestataires d'une aide financière de dernier recours.....	23
Conclusion .....	24
Proposition de trois indicateurs à suivre.....	24
Bibliographie.....	25
ANNEXE 1 : Membres du comité de direction du CÉPE.....	29

# LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU A2.2 - Prévalence de certains troubles mentaux ou troubles liés à la consommation de substances au cours de la vie ou au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau de revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2012 .....	13
TABLEAU 1 - Prévalence des troubles de la santé mentale selon le revenu et certaines caractéristiques socioéconomiques, Québec, 2012 .....	17
TABLEAU 2 - Prévalence de la détresse psychologique selon le revenu et certaines caractéristiques socioéconomiques, Québec, 2012 .....	19
TABLEAU 3 - Prévalence de la dépendance à l'alcool ou à la drogue (à l'exclusion du cannabis) selon le revenu, Québec, 2012 .....	20
TABLEAU 4 - Facteurs de protection et de prévention dont bénéficie la population ayant déclaré avoir eu des troubles de la santé mentale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, Québec, 2012 .....	22

# LISTE DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1 - Prévalence des troubles de santé mentale .....	15
GRAPHIQUE 2 - Répartition de la population selon la durée des épisodes.....	20





# INTRODUCTION

Les déterminants sociaux de la santé ne sauraient aujourd'hui être remis en question. De nombreuses études ont montré que les populations socialement et économiquement favorisées sont en meilleure santé mentale et physique. Ce constat s'explique notamment par le fait que les inégalités sociales de santé touchent davantage les personnes en situation de pauvreté, lesquelles sont en général plus exposées à des conditions de vie stressantes et ont accès à moins de ressources protectrices (De Koninck, 2008; Boisvert, 2012). En se combinant tout au long de la vie, ces facteurs d'inégalité agissent sur les parcours des individus touchés et ceux de leurs proches. La pauvreté constitue ainsi un puissant prédicteur de l'état de santé et de la qualité de vie des personnes. Les liens entre pauvreté et santé mentale sont d'ailleurs démontrés depuis le XIX<sup>e</sup> siècle. C'est dire qu'il ne s'agira pas ici de réitérer des faits déjà bien établis dans la littérature scientifique. L'approche qui sera adoptée se déplacera ailleurs afin de documenter, essentiellement, la situation de faible revenu des personnes qui vivent avec des troubles de santé mentale ainsi que la prévalence des troubles de santé mentale chez les personnes en situation de pauvreté. Ces deux aspects de la relation entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale pourraient servir à orienter le Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion (CEPE) dans ses travaux de suivi d'indicateurs sur les liens entre pauvreté et santé mentale au Québec. Après une brève revue de la littérature qui permettra de cerner l'univers dans lequel cette note de recherche s'inscrit, on présentera les concepts qui ont été retenus ainsi que les principales hypothèses qui sous-tendent les liens entre santé mentale et pauvreté. Par la suite, une analyse statistique des données disponibles, notamment celles issues de l'édition de 2012 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), sera proposée et certaines pistes quant aux indicateurs pouvant être déterminés seront explorées.

## 1. SURVOL DE LA LITTÉRATURE...

### 1.1. DE L'IMPACT DE LA PAUVRETÉ SUR LA SANTÉ MENTALE

La thèse qui voudrait que les troubles de la santé mentale soient une cause de pauvreté ou de « précarité sociale » (Bresson, 2003) n'est pas si souvent défendue dans la littérature. C'est qu'il faut être prudent, à défaut de quoi on pourrait avoir tendance à la dérive. On n'a qu'à prendre en considération, par exemple, que la majorité de la population mondiale vit en situation de pauvreté. Cependant, certains auteurs reconnaissent ce rapport de causalité, mais de façon nuancée. C'est notamment le cas de ceux qui abordent, au sujet des parcours de vie des personnes en situation de pauvreté, les thèmes de la fragilité (Paugam, 1991 et 2014) ou de la vulnérabilité (Castel, 1995; Châtel et Roy, 2008). La prudence quant au rapport de causalité entre troubles de la santé mentale et pauvreté peut notamment s'expliquer par le fait que, bien qu'il ait été reconnu qu'il y a bien prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes sans domicile fixe (Bresson, 2003), de nombreux travaux menés essentiellement aux États-Unis par plusieurs chercheurs, en particulier Snow (1986) et Wright (1988 et 1998), ont largement déboulonné le « mythe des sans-abri malades mentaux ». Dans le même ordre d'idées, les auteurs du rapport *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, publié par le Comité de la santé mentale du Québec (Robichaud et autres, 1994), ont insisté à plusieurs reprises sur le fait qu'« affirmer que les troubles mentaux sont plus fréquents en milieux défavorisés ne doit aucunement conduire, il faut le répéter, à adopter l'équation simpliste voulant qu'une personne pauvre économiquement soit automatiquement une personne ayant des problèmes de santé mentale ».

Pourtant, en 2004, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) attirait l'attention sur le cercle vicieux de la pauvreté et des troubles de la santé mentale, précisant que la pauvreté est un facteur jouant un rôle important dans l'apparition des troubles de la santé mentale, et inversement. L'OMS insistait alors sur les répercussions de ce cercle vicieux sur plusieurs dimensions du développement social et individuel : « Les troubles mentaux sont coûteux puisqu'ils exigent de longs traitements et entraînent une perte de productivité : ces troubles contribuent donc indéniablement à appauvrir les malades et leur famille. Par ailleurs, on sait que des facteurs tels que l'insécurité, un bas niveau d'éducation, de mauvaises conditions de logement et la malnutrition contribuent à l'apparition de troubles mentaux courants » (OMS, 2004). Ainsi, la précarité économique, la dégradation progressive des conditions de vie, l'accroissement des facteurs de stress (perte de contrôle, faible estime de soi, stigmatisation) [De Koninck et autres, 2011] et la détérioration des conditions de santé des personnes, qui sont caractéristiques des situations de pauvreté, riment souvent avec une dégradation de l'état de santé mentale.

Les effets de la pauvreté sur la santé mentale sont bien établis : la pauvreté mine la santé mentale (OMS, 2004). D'ailleurs, plusieurs études ont montré que la prévalence de la dépression est plus élevée chez les personnes à faible revenu que chez les personnes qui ne le sont pas et que les personnes sans emploi et à la recherche d'un emploi présentent davantage de symptômes dépressifs que les personnes qui ont un emploi. Cela s'expliquerait essentiellement – et les résultats pointent de plus en plus dans cette direction – par le fait que ces personnes sont exposées à plus de stress et qu'elles réagissent plus fortement à ceux-ci en raison du contexte de précarité dans lequel elles se trouvent. Les impacts de la défavorisation sur la santé mentale, notamment en ce qui concerne la dépression, semblent clairement démontrés. Dans un article paru en 2017, Quesnel-Vallée et Cerigo abondent dans ce sens :

*Alternatively, the social gradient in depression may also be explained by the social causation hypothesis, in which the adversity and stresses that are associated with societal disadvantage causally increase an individual's risk of developing depression. This hypothesis underscores the role of the social determinants*

*of health as a cause of depression. (...) A variety of pathways have been identified to explain the social causation of depression, such as greater exposure to stressful life events and heightened reactivity to these stressors, notably due to less access to and recourse to effective coping mechanisms.*

De même, il existerait un lien très net entre la prévalence des troubles mentaux courants et un bas niveau de scolarité (Patel et Kleinman, 2003). D'ailleurs, selon l'OMS, un faible niveau de scolarité rend l'accès à la plupart des emplois qualifiés impossible, accroît la vulnérabilité et l'insécurité et contribue à la persistance d'un faible capital social. Cette observation l'a menée à faire la recommandation suivante : « Seuls des investissements bien ciblés et structurés dans le domaine de la santé mentale permettront de briser le cercle vicieux de la pauvreté et des troubles mentaux, et ainsi de faire reculer la pauvreté qui entrave le développement ».

## 1.2. DE LA PAUVRETÉ CHEZ LES PERSONNES AYANT DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE

Une autre thèse concernant les liens entre troubles de la santé mentale et pauvreté semble plus largement répandue dans la littérature. Dans un rapport qu'elle a publié en 2013, l'OCDE soulignait que « par rapport aux personnes en bonne santé mentale, celles souffrant d'une mauvaise santé mentale présentent en moyenne un taux d'emploi inférieur de 15 à 30 points de pourcentage et un taux de chômage deux fois supérieur. Elles sont également deux fois plus susceptibles de vivre dans des ménages pauvres ». Les personnes souffrant de troubles de la santé mentale seraient donc beaucoup plus à risque d'être en situation de pauvreté. Toujours selon le rapport de l'OCDE, les troubles de la santé mentale constituent de réels facteurs pouvant précipiter les personnes qui en souffrent vers la pauvreté, en raison notamment des coûts à assumer quant aux soins de santé requis (souvent non couverts par les régimes d'assurance, excepté en ce qui concerne les médicaments), de la précarité des conditions matérielles attribuable à la faiblesse des revenus de travail ou à l'absence de tels revenus ainsi qu'à la faiblesse des prestations compensatoires. Ainsi, on constate que « les données [...] décrivent une réalité brutale. Les personnes atteintes de troubles mentaux présentent un risque sensiblement plus élevé de vivre dans un ménage à faible revenu. Pour les personnes souffrant de troubles légers à modérés, le risque est plus élevé d'un tiers environ, tandis que pour celles souffrant de troubles sévères, il est souvent au moins deux fois plus élevé que pour les personnes non malades ». Plusieurs études vont également dans ce sens. Elles traitent de la grande précarisation des conditions de vie des personnes souffrant de troubles de la santé mentale (Wilkinson et Pickett, 2013), et font notamment ressortir le fait que ces personnes sont souvent mal soignées (Bock, 2010) pour diverses raisons qui dépendent tant de l'accès aux soins que de la couverture des soins.

C'est donc la relation bidirectionnelle, ou autrement dit l'interaction entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale, qui alimente le cercle vicieux.

## 1.3. DU CERCLE VICIEUX DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PAUVRETÉ

Même s'il n'y a pas de détermination simple et univoque entre ces deux termes : on peut être pauvre et en bonne santé mentale, on peut être riche et en mauvaise santé mentale » (De Gaulejac, 1994), il existe néanmoins des liens entre la pauvreté et la détresse émotionnelle. En effet, il est bien établi que la pauvreté joue un rôle important dans l'augmentation et la persistance des problèmes de santé mentale dans la population (RQASF, 2001). Ainsi, toujours selon De Gaulejac (1994), « s'il n'y a pas de corrélation simple, il existe des rapports multiples et des influences réciproques entre les processus sociaux et les processus psychiques qui déterminent la santé mentale, la pauvreté et les rapports entre les deux ». Encore faut-il bien circonscrire ce dont on parle : maladie mentale, trouble de la santé mentale, détresse psychologique, etc.

## 2. LES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE : DE QUOI PARLE-T-ON?

Selon l'Agence de santé publique du Canada, les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement associées à un état de détresse et de dysfonctionnement marqués. Parmi les maladies mentales, on trouve les troubles de l'humeur (dépression majeure et trouble bipolaire), la schizophrénie, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité, les troubles de l'alimentation, le jeu pathologique et la consommation abusive de substances. Dans le présent document, on parlera de « troubles de la santé mentale » pour désigner les maladies mentales telles que définies par l'Agence de santé publique du Canada.

Pour lever toute ambiguïté, l'univers de la santé mentale étant complexe, il faut préciser que les troubles de la santé mentale ont été distingués des affections neurologiques, lesquelles ne seront pas considérées dans cette note de recherche. Par affections neurologiques, on entend par exemple les séquelles d'un accident vasculaire cérébral (AVC), les traumatismes cérébraux, l'épilepsie, les traumatismes de la moelle épinière, la maladie d'Alzheimer et autres formes de démences, la sclérose en plaques et la maladie de Parkinson. De même, ne seront pas considérées dans cette note de recherche les déficiences intellectuelles ou les incapacités (réduction d'aptitudes) liées à des troubles de la santé mentale ni les handicaps<sup>1</sup>.

## 3. LES LIENS ENTRE LA PAUVRETÉ ET LES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE : QUATRE HYPOTHÈSES

Bien que la santé mentale soit un objet de recherche récurrent dans la communauté scientifique, rares sont les chercheurs qui ont récemment abordé les liens entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale, mis à part, au Québec, Jocelyn Vinet et Danielle Filion, qui ont publié en 2015 l'ouvrage intitulé *Pauvreté et problèmes sociaux*, comportant un chapitre consacré à ce sujet. L'un des auteurs (Vinet) y rappelle que la pauvreté constitue un terrain propice aux problèmes et aux troubles de la santé mentale et y traite des facteurs de risque individuels, relationnels ou environnementaux (environnement immédiat ou social) associés à ceux-ci.

Ces facteurs de risque jalonnent tous les travaux sur les liens entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale. On souligne ainsi systématiquement que la pauvreté accroît les risques de souffrir de troubles de la santé mentale et limite la réussite des programmes de prévention, de traitement et de réadaptation. Mais si les recherches établissent clairement le lien entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale, il demeure plus difficile de comprendre les raisons de ces liens. On trouve néanmoins dans la littérature quelques textes fondateurs écrits par des auteurs qui se sont interrogés en profondeur sur ces liens, dont celui de Fortin (1989). S'appuyant sur plus d'un siècle de publications portant sur le sujet, tant en psychiatrie qu'en sociologie, l'auteur y pose quatre hypothèses quant à la relation entre la pauvreté et les troubles de la santé mentale : celles de la fragilité constitutionnelle, de la dérive sociale, de la vulnérabilité sociale et de l'inégalité des soins.

L'hypothèse de la fragilité constitutionnelle est l'hypothèse la plus ancienne et celle qui réunit le moins de partisans aujourd'hui. Selon cette hypothèse, les classes pauvres auraient une plus grande vulnérabilité biologique à la maladie mentale.

---

1. Selon l'Office des personnes handicapées du Québec, « toute personne ayant une déficience entraînant une incapacité significative et persistante et qui est sujette à rencontrer des obstacles dans l'accomplissement d'activités courantes » est considérée comme une personne handicapée.



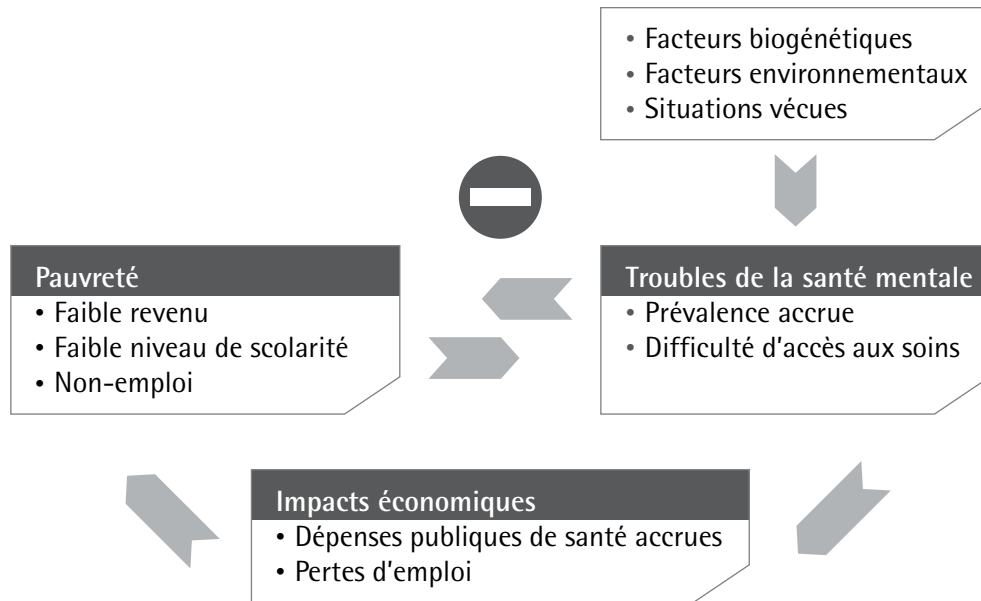
L'hypothèse de la dérive sociale, comme la précédente, considère que les troubles psychiatriques possèdent une composante biologique. Cependant, elle ne mène pas à la conclusion qu'une classe sociale a une plus grande vulnérabilité biologique qu'une autre aux pathologies. Selon cette hypothèse, le rôle des conditions sociales comme facteur de vulnérabilité (mobilité sociale descendante) et comme agent déclencheur des troubles psychiatriques est significatif.

L'hypothèse la plus largement véhiculée est celle de la vulnérabilité sociale. Selon celle-ci, les groupes sociaux les plus pauvres présentent plus de troubles à caractère psychiatrique. Toutefois, cette hypothèse n'est pas axée sur les facteurs biologiques liés à la maladie mentale, mais sur les facteurs sociaux. Celle-ci met en lumière certains faits qui permettent de comprendre les liens entre pauvreté et santé mentale, notamment le fait que les personnes à faible revenu vivent des stress plus intenses que la moyenne des gens, qu'elles sont plus susceptibles de vivre des événements pénibles et que, souvent, elles ne bénéficient que peu du facteur de protection que représente le soutien social. Cette hypothèse a été formulée par de nombreux chercheurs, dont Dohrewen (1969 et 1981) et Egris (1981). Elle a également été corroborée par la première édition de l'Enquête Santé Québec (1988).

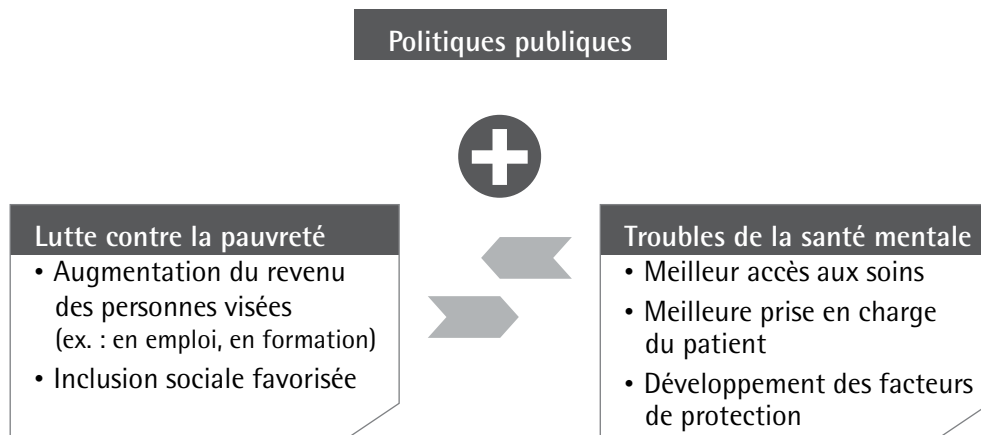
Enfin, l'hypothèse de l'inégalité des soins repose sur l'idée que la plus grande prévalence des problèmes psychiatriques chez les personnes pauvres s'expliquerait par le fait qu'elles reçoivent moins de soins ou que les soins qu'elles reçoivent sont moins adéquats. Cette hypothèse suggère que l'inégalité des soins a pour effet d'allonger la période de rétablissement et d'accroître le risque de rechute.

La présente note de recherche s'appuiera sur les deux dernières hypothèses : celle de la vulnérabilité sociale et celle de l'inégalité des soins. Dans un premier temps, les données qui montrent la prévalence des troubles de la santé mentale chez les personnes à faible revenu, tout comme la prévalence de la pauvreté chez les personnes souffrant de troubles de la santé mentale, seront analysées et une attention particulière sera portée sur la thèse que, en raison de la pauvreté, les troubles de la santé mentale se chronicisent, s'accroissent et se perpétuent. Dans un deuxième temps, l'inégalité des soins sera abordée. Les données concernant les facteurs de protection et de prévention que représentent la couverture des soins et l'accès aux soins seront étudiées. Le schéma qui suit vise à représenter, d'une part, l'interaction entre pauvreté et troubles de la santé mentale et, d'autre part, l'impact des politiques publiques. Autant la corrélation entre pauvreté et santé mentale est forte, autant l'impact de politiques publiques bien élaborées et appliquées pourrait renverser le phénomène.

## INTERACTION ENTRE PAUVRETÉ ET TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE



## IMPACT DES POLITIQUES PUBLIQUES



Source : Robichaud et autres, 1994, adaptation du Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

La source principale de données utilisée dans le cadre de cette note est l'édition de 2012 de l'ESCC, qui comportait un volet additionnel de questions portant sur la santé mentale. Par ailleurs, en 2015, l'Institut de la statistique du Québec a publié un portrait statistique de la santé mentale des Québécois qui présentait quelques données croisées recoupements selon le niveau de revenu du ménage (par quintiles). Après avoir proposé une synthèse de cette publication, on proposera une analyse approfondie des données issues de l'édition de 2012 de l'ESCC.

## 4. QUE TIRER DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES?

### 4.1 L'UNIVERS DE L'ESCC ET LA POPULATION À FAIBLE REVENU

Cette note s'appuie sur les données issues de l'édition de 2012 de l'ESCC. Lors de cette enquête, un volet additionnel de questions portant sur la santé mentale a été ajouté au questionnaire. Bien qu'elle n'ait pas été menée pour obtenir des données sur les personnes en situation de pauvreté, certaines informations qu'elle a permis d'obtenir sont d'intérêt. Elles permettent d'établir des liens entre les troubles de la santé mentale et la pauvreté.

L'objectif de l'enquête était notamment de recueillir des renseignements concernant les facteurs susceptibles d'avoir un effet sur la santé mentale en utilisant une approche multidisciplinaire axée sur des déterminants de la santé et des déterminants socioéconomiques. Elle a été menée auprès de personnes de 15 ans et plus vivant dans leur domicile et habitant dans l'une ou l'autre des dix provinces canadiennes. Les personnes vivant dans les réserves indiennes et les personnes appartenant à des peuples autochtones ne vivant pas dans les réserves, la population vivant en établissement et les membres à temps plein des Forces canadiennes ont été exclus, ce qui représente environ 3 % de la population vivant au Canada.

L'enquête visait aussi à recueillir des données permettant l'examen des liens entre les troubles de la santé mentale, les troubles liés à la consommation de substances et certaines caractéristiques sociales, démographiques, géographiques et économiques. Trois troubles de la santé mentale étaient couverts : la dépression, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Était considérée comme une personne ayant vécu un trouble de la santé mentale toute personne qui déclarait avoir présenté, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête ou encore au cours de sa vie, au moins un des troubles cités précédemment.

Étaient associés aux troubles de la santé mentale les troubles liés à la consommation de substances (alcool, drogues, médicaments, etc.) lorsqu'il y avait abus et dépendance. L'abus était défini comme la consommation récurrente de substances, à laquelle s'ajoutait au moins l'un des problèmes suivants : impossibilité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison, consommation dans des situations où il est dangereux de le faire, problèmes récurrents liés à la consommation ou poursuite de la consommation malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels causés ou amplifiés par celle-ci. Quant à la dépendance, elle était définie comme la consommation récurrente d'une substance, à laquelle s'ajoutaient au moins trois problèmes parmi les suivants : tolérance accrue, présence de symptômes de sevrage, consommation accrue, tentatives d'arrêt infructueuses, temps perdu pour des raisons de récupération et de consommation, diminution des activités et poursuite de la consommation malgré les problèmes physiques ou psychologiques persistants causés ou exacerbés par celle-ci. L'abus d'alcool est inclus dans l'indicateur de dépendance. En d'autres mots, il ne peut y avoir de dépendance sans abus, mais il pourrait y avoir abus sans dépendance.

Par ailleurs, l'enquête a permis d'obtenir des réponses sur les épisodes de détresse psychologique vécus par les répondants au cours des 12 mois qui l'ont précédée, sur une base auto-déclaratoire. La détresse psychologique a été mesurée à partir d'une échelle à dix items (questions) développée par Kessler et connue sous le nom de *K10* (Kessler et autres, 2002).

Les questions suivantes ont été posées aux répondants :

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti

1. épuisé sans véritable raison?
2. nerveux?
3. si nerveux que rien ne pouvait vous calmer?
4. désespéré?
5. agité ou comme si vous ne teniez pas en place?
6. si agité que vous ne pouviez pas rester immobile?
7. triste ou déprimé?
8. si déprimé que plus rien ne pouvait vous faire rire?
9. bon à rien?
10. comme si tout était un effort?

Cinq choix de réponses étaient possibles : « jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps ». Les répondants devaient faire le choix correspondant à la fréquence à laquelle certains sentiments ou pensées négatives avaient été présents au cours des 30 jours ayant précédé l'enquête.

Pour l'analyse, une valeur allant de 0 à 4 a été attribuée selon les réponses données; la valeur 0 a été attribuée lorsque la réponse « jamais » a été donnée, alors que la valeur 4 a été attribuée lorsque la réponse « tout le temps » a été donnée. Ainsi, plus le score était élevé, plus la détresse était prononcée.

Cette méthode s'inscrit en adéquation avec la méthode appliquée par l'Institut de la statistique du Québec dans le cadre des travaux qu'elle a effectués relativement aux données issues de l'édition de 2002 de l'ESCC (Lesage et al., 2010) ainsi qu'à celles issues d'enquêtes québécoises antérieures. Étant donné que les concepteurs de l'échelle n'ont pas proposé de seuils facilitant l'interprétation des données et que les écrits scientifiques montrent que, dans une enquête, un même seuil ne peut généralement pas s'appliquer à toutes les populations, une analyse basée sur une répartition de la population en quintiles s'est avérée un compromis acceptable (Camirand et al., 2008, 2010). Le quintile supérieur des scores sur l'échelle de détresse psychologique, qui comprenait les 20 % de personnes ayant obtenu les scores les plus élevés, a servi à établir le seuil à partir duquel on pouvait postuler qu'une personne avait ressenti une détresse psychologique profonde. Ce seuil avait été établi à 9 lors des analyses effectuées par l'Institut de la statistique du Québec quant aux données de 2002. L'examen des données de 2012 a permis d'établir qu'un seuil de 9 était toujours approprié.

Dans le cadre de l'analyse, la population à faible revenu comprend tout ménage qui éprouvait des difficultés à faire face aux dépenses liées aux besoins de base, telles celles liées à l'achat de nourriture et de vêtements et au logement. En 2012, 12,5 % de la population interrogée avait répondu éprouver de telles difficultés. Bien que le CEPE recommande d'utiliser la mesure du panier de consommation (MPC) pour étudier les situations des personnes à faible revenu sous l'angle de la couverture des besoins de base, cette méthode n'a pu être retenue dans le cadre de la présente note pour définir quelle était la population à faible revenu, faute d'information à ce sujet. Toutefois, l'estimation utilisée (12,5 %) se compare à celle qui avait été faite à l'aide de la MPC. En effet, en 2012, 11,8 % de la population du Québec était considérée comme étant à faible revenu selon la MPC.

#### 4.2 UN PORTRAIT STATISTIQUE RÉALISÉ PAR L'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC

En 2015, l'Institut de la statistique du Québec a publié un portrait statistique de la santé mentale des Québécois<sup>2</sup>, dressé à partir des données issues de l'édition de 2012 de l'ESCC.

Le principal constat présenté dans cette publication est que, pour l'ensemble des variables retenues aux fins de l'analyse, excepté celle qui concerne les épisodes dépressifs vécus dans les 12 mois ayant précédé l'enquête, on n'observe pas de différences statistiquement significatives entre les personnes qui se situaient dans le premier quintile de revenu et celles qui se situaient dans le cinquième quintile. Toutefois, des différences sont remarquables lorsque l'on compare les données liées aux différents troubles de la santé mentale de manière plus précise.

Dans l'ensemble, les données révèlent que, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, c'est la dépression qui a touché le plus de personnes (4,4 %). À cet égard, il est à noter que les femmes ont été davantage touchées que les hommes par un épisode dépressif (5,7 % contre 3,1 %). Quant au trouble bipolaire, il a touché 1,1 % de la population (aucune distinction significative selon le sexe). De même, 2,3 % de la population a souffert du trouble d'anxiété généralisée. Il est à noter ici que davantage de femmes que d'hommes ont souffert du trouble d'anxiété généralisée au cours de leur vie (12 % contre 6 %).

Par ailleurs, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, parmi les troubles liés à la consommation de substances, c'est l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool qui a touché le plus de répondants (2,7 % d'entre eux) et les hommes ont présenté un taux de prévalence plus élevé que les femmes (3,9 % contre 1,6 %). Il convient de mentionner que la prévalence de l'abus ou de la dépendance au cannabis (taux de 1,4 %) ou à d'autres drogues (0,5 %) a touché également une faible proportion de la population.

Certains résultats présentés dans le portrait permettent d'aller au-delà des grandes généralités et d'aborder la question des troubles de la santé mentale sous l'angle du faible revenu. Les auteurs présentent en effet certaines données ventilées selon les quintiles de revenu avant impôt. Comme on peut le constater au tableau suivant, lequel est tiré de la publication, plus de personnes qui se situaient dans le premier quintile (personnes ayant les revenus les plus faibles) que de personnes qui se situaient dans le cinquième quintile (personnes ayant les revenus les plus élevés) ont souffert d'un épisode dépressif (6,3 % contre 2,7 %) au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête.

Enfin, aucune différence significative n'a été notée quant à la prévalence de certains troubles de la santé mentale ou troubles liés à la consommation de certaines substances au cours de la vie entre le premier et le cinquième quintile de revenu.

Outre les troubles de la santé mentale et les troubles liés à la consommation de substances, une attention particulière doit être accordée au suicide, car on observe, en ce qui concerne le nombre de personnes touchées par ce problème, des différences significatives selon le niveau de revenu du ménage. La proportion de la population québécoise âgée de 15 ans ou plus ayant répondu avoir eu des pensées suicidaires au cours de sa vie est de 12 %. Toutefois, cette proportion était de 13,8 % pour les personnes situées dans le quintile de revenu le plus faible contre 9,7 % pour celles du quintile le plus élevé. Quant à la proportion de la population ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, elle se situe autour de 3 % et aucune différence significative selon le niveau de revenu du ménage n'a été constatée.

2. Rosanna Baraldi, Katrina Joubert et Monique Bordeleau (2015), *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 135 p.

La proportion de la population ayant déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de sa vie est d'environ 3 %. Ces personnes se situaient dans une plus forte proportion dans le quintile de revenu le plus faible que dans les quintiles 3 et 5 (taux de 4,9 %, 2,2 % et 1,4 % respectivement). Les écarts entre ces proportions doivent cependant être interprétés avec prudence en raison de la taille de l'échantillon. Ce sont ici les seuls résultats pour lesquels des différences peuvent être observées selon le niveau de revenu.

A priori et compte tenu de la littérature sur le sujet, ces constats peuvent paraître surprenants : on aurait pu s'attendre à ce que les liens entre santé mentale et faible revenu soient plus nombreux et plus flagrants. En effet, comme il a été exposé dans la première partie de ce texte, plusieurs études ont déjà montré que la prévalence de la dépression est plus élevée chez les groupes à faible revenu et que les personnes à la recherche d'un emploi présentent davantage de symptômes dépressifs que les personnes qui ont un emploi.

Une des explications possibles à ces constats qui peuvent paraître surprenants pourrait être la notion de faible revenu retenue. En effet, l'utilisation du premier quintile de revenu pourrait englober une partie non négligeable de répondants qui, dans les faits, n'étaient pas nécessairement à faible revenu.

En raison des éléments pertinents qui ressortaient du portrait dressé par l'Institut de la statistique du Québec, il a été établi qu'il fallait pousser plus loin l'exploration de la banque de données issues de l'édition de 2012 de l'ESCC afin de mieux comprendre les liens entre les troubles de la santé mentale et la pauvreté.

TABLEAU A2.2

PRÉVALENCE DE CERTAINS TROUBLES MENTAUX OU TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU COURS DE LA VIE OU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON LE NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, QUÉBEC, 2012

	À vie		12 mois	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
<b>Épisode dépressif</b>				
Niveau de revenu du ménage				
Quintile 1 – le plus faible	12,6	[9,0 ; 16,1]	6,3*	[4,4 ; 8,7]
Quintile 2	11,8*	[9,0 ; 15,2]	4,2**	[2,8 ; 6,0]
Quintile 3	12,3	[9,7 ; 15,2]	5,0*	[3,5 ; 6,9]
Quintile 4	12,8	[9,9 ; 16,1]	3,8**	[2,2 ; 6,1]
Quintile 5 – le plus élevé	11,5*	[8,7 ; 14,8]	2,7**	[1,6 ; 4,2]
<b>Trouble bipolaire</b>				
Niveau de revenu du ménage				
Quintile 1 – le plus faible	2,9**	[1,8 ; 4,3]	1,7**	[0,9 ; 3,0]
Quintile 2	1,9**	[1,1 ; 3,1]	1,1**	[0,5 ; 2,1]
Quintile 3	2,3**	[1,2 ; 3,8]	0,9**	[0,2 ; 2,2]
Quintile 4	2,4**	[1,1 ; 4,6]	1,3**	[0,3 ; 3,4]
Quintile 5 – le plus élevé	1,5**	[0,4 ; 3,7]	x**	[0,1 ; 1,3]
<b>Trouble d'anxiété généralisée</b>				
Niveau de revenu du ménage				
Quintile 1 – le plus faible	9,9*	[7,7 ; 12,5]	3,5**	[2,1 ; 5,6]
Quintile 2	8,8*	[6,1 ; 12,3]	3,0**	[1,8 ; 4,6]
Quintile 3	9,1*	[6,9 ; 11,8]	2,4**	[1,4 ; 3,9]
Quintile 4	9,2*	[6,8 ; 12,2]	1,3**	[0,6 ; 2,4]
Quintile 5 – le plus élevé	9,8*	[6,5 ; 14,1]	1,0**	[0,3 ; 2,5]
<b>Abus ou dépendance à l'alcool</b>				
Niveau de revenu du ménage				
Quintile 1 – le plus faible	10,3*	[7,0 ; 13,6]	2,8**	[1,8 ; 4,0]
Quintile 2	10,9*	[7,9 ; 14,5]	2,0**	[1,2 ; 3,2]
Quintile 3	16,8	[13,3 ; 20,9]	4,6**	[2,4 ; 7,8]
Quintile 4	15,1	[12,0 ; 18,7]	2,4**	[1,5 ; 3,7]
Quintile 5 – le plus élevé	13,2	[10,2 ; 16,9]	1,9**	[0,9 ; 3,4]

	À vie		12 mois	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
<b>Abus ou dépendance au cannabis</b>				
<b>Niveau de revenu du ménage</b>				
Quintile 1 – le plus faible	6,3*	[3,7 ; 9,8]	1,4**	[0,7 ; 2,5]
Quintile 2	5,5*	[3,3 ; 8,4]	1,5**	[0,7 ; 2,6]
Quintile 3	6,7*	[4,6 ; 9,3]	1,4**	[0,5 ; 3,1]
Quintile 4	5,9*	[4,0 ; 8,4]	1,8**	[0,7 ; 3,9]
Quintile 5 – le plus élevé	8,0*	[4,8 ; 12,3]	1,1**	[0,4 ; 2,3]
<b>Abus ou dépendance à d'autres drogues</b>				
<b>Niveau de revenu du ménage</b>				
Quintile 1 – le plus faible	5,7*	[3,2 ; 9,2]	0,5**	[0,2 ; 1,1]
Quintile 2	3,7**	[1,8 ; 6,6]	0,3**	[0,1 ; 0,9]
Quintile 3	5,1*	[2,9 ; 8,1]	0,5**	[0,2 ; 1,2]
Quintile 4	3,2**	[1,8 ; 5,2]	0,9**	[0,1 ; 3,2]
Quintile 5 – le plus élevé	3,9**	[2,0 ; 6,6]	x	...

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 % ; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier de microdonnées à grande diffusion. Adapté par l'Institut de la statistique du Québec (Baraldi, R. et autres, 2015).

### 4.3 CE QUE RÉVÈLENT LES DONNÉES ISSUES DE L'ÉDITION DE 2012 DE L'ESCC SUR LES LIENS ENTRE LES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE ET LA PAUVRETÉ

Dans cette section de la note, il sera question de la prévalence de certains troubles de la santé mentale chez les personnes ayant participé à l'ESCC menée en 2012, en particulier la détresse psychologique et la dépression, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée ainsi que le trouble associé aux pensées suicidaires, au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête et au cours de la vie. On présentera également des résultats concernant la dépendance à l'alcool et aux drogues ainsi que certains facteurs de protection et de prévention. Les résultats seront ventilés selon les revenus (personnes à faible revenu ou non).

Le graphique 1 montre la prévalence des troubles de la santé mentale chez les répondants au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. On constate que plus de personnes qui étaient à faible revenu que de personnes qui ne l'étaient pas ont souffert d'un trouble de la santé mentale au cours de leur vie, exception faite du trouble associé aux pensées suicidaires. En effet, un peu moins de 30 % des personnes qui étaient à faible revenu ont répondu avoir souffert d'un trouble de la santé mentale au cours de leur vie, contre un peu plus de 15 % de personnes qui n'étaient pas à faible revenu. On remarque ainsi que les personnes qui étaient à faible revenu ont été deux fois

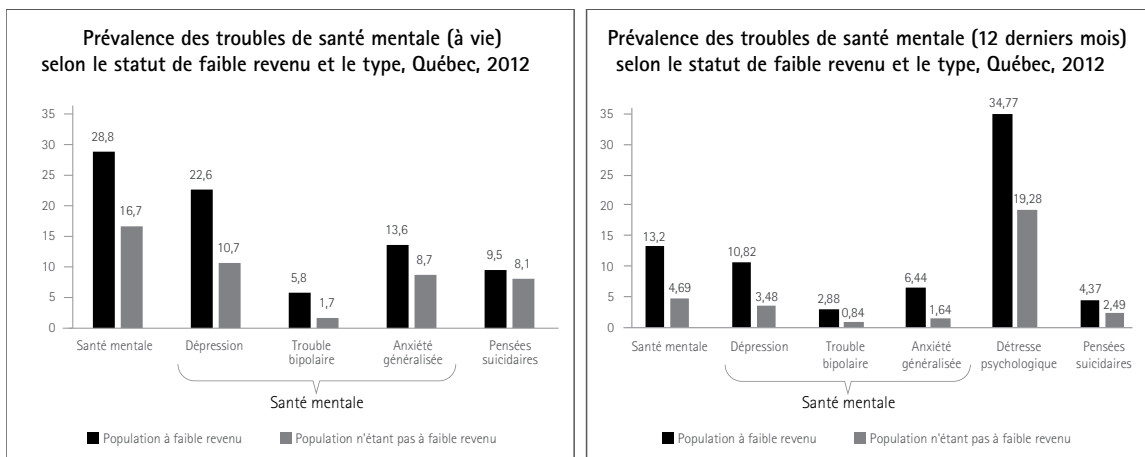


plus nombreuses à être touchées. Enfin, en ce qui concerne les personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, on n'observe pas de différence statistiquement significative entre la population qui était à faible revenu et celle qui ne l'était pas. Par ailleurs, on constate que ce trouble touchait près d'une personne sur 10 au Québec.

On observe aussi que, quel que soit le revenu, le trouble ayant touché le plus de répondants a été la dépression, suivi par le trouble d'anxiété généralisée et le trouble bipolaire. On remarque également que plus du tiers de la population qui était à faible revenu (34,8 %) a souffert de détresse psychologique au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, contre un peu moins d'une personne sur cinq (19,3 %) qui n'était pas à faible revenu.

## GRAPHIQUE 1

### PRÉVALENCE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichiers de microdonnées à grande diffusion. Compilation : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

- **Les troubles de la santé mentale selon certaines caractéristiques socioéconomiques**

Le tableau 1 présente la prévalence des troubles de la santé mentale selon le revenu et certaines caractéristiques socioéconomiques. D'emblée, on remarque que, quel que soit l'angle d'analyse, la population qui était à faible revenu a été plus touchée par un trouble de la santé mentale, qu'il soit mesuré à l'échelle de la vie ou au cours des douze derniers mois.

Les données selon le sexe n'indiquent pas qu'il y avait une différence significative entre les hommes et les femmes qui étaient à faible revenu en ce qui a trait à la prévalence des troubles de la santé mentale. Toutefois, on constate que plus de femmes que d'hommes qui n'étaient pas à faible revenu ont souffert d'un trouble de la santé mentale (21,5 % contre 11,9 %) au cours de leur vie. Sur une échelle de temps plus courte, soit pour les 12 mois ayant précédé l'enquête, on constate que plus d'hommes que de femmes qui étaient à faible revenu ont souffert d'un trouble de la santé mentale.

Les données selon le groupe d'âge indiquent que ce sont les jeunes de 15 à 24 ans à faible revenu qui ont souffert d'un trouble de la santé mentale au cours de leur vie dans la plus forte proportion (45,3 %). Il convient de rappeler ici que les jeunes représentaient un peu plus de 15 % de la population à faible revenu. En ce qui concerne les 12 mois ayant précédé l'enquête, la proportion de ces jeunes ayant indiqué avoir souffert d'un trouble de la santé mentale était relativement moins élevée (36,7 %). Enfin, l'examen des données a montré que, en ce qui concerne les autres groupes d'âge, la prévalence des troubles de la santé mentale a été plus élevée chez les personnes qui étaient à faible revenu que chez celles qui n'étaient pas à faible revenu. Toutefois, on n'a pas observé de grande différence quant à cette prévalence.

Les personnes seules, qui représentaient 40 % de la population à faible revenu, ont été de loin celles qui ont indiqué dans la plus forte proportion avoir souffert d'un trouble de la santé mentale au cours de leur vie (40,5 %). Pour ce qui est des personnes auxquelles correspondent les autres états matrimoniaux, on n'observe pas de différence significative, excepté le fait que celles qui étaient à faible revenu ont été davantage touchées par un trouble de la santé mentale que celles qui n'étaient pas à faible revenu. En ce qui concerne les 12 mois ayant précédé l'enquête, le même constat se dégage, mais les taux de prévalence sont moins élevés.

L'analyse des données en fonction des types d'unités familiales a permis de mettre en lumière une autre réalité dont les répercussions sont encore méconnues : celle d'être un enfant vivant dans une famille pauvre dont un des parents présente un trouble de la santé mentale. Pourtant, c'était le cas de nombreux enfants. En effet, 20,9 % des personnes à faible revenu ayant souffert d'un trouble de la santé mentale au cours de leur vie et 12,9 % des personnes à faible revenu ayant souffert d'un trouble de la santé mentale au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête avaient au moins un enfant de moins de 12 ans. Or on sait que « pour un enfant né au Québec à la fin des années 1990, vivre depuis sa naissance dans une famille qui se situe au bas de l'échelle sociale, quant à la scolarité, au revenu et à la profession des parents, augmente ses probabilités d'être en moins bonne santé » (Paquet et autres, 2003). Nul doute que le double stigmate de la pauvreté et des troubles de la santé mentale peut représenter un fardeau lourd à porter pour ces enfants.

Concernant la prévalence des troubles de la santé mentale selon le niveau de scolarité, on n'observe pas de corrélation précise, mais on peut dire que les personnes qui étaient à faible revenu ont été davantage touchées par un trouble de la santé mentale, et inversement, et ce, quelle que soit l'échelle du temps. À y regarder de plus près, on voit que c'est chez les répondants à faible revenu qui n'avaient pas de diplôme d'études secondaires et chez ceux qui avaient un diplôme d'études postsecondaires que la prévalence des troubles de la santé mentale a été la plus élevée, mais les données disponibles ne permettent de savoir si les deux groupes ont été touchés par des troubles de la santé mentale distincts.

Enfin, bien qu'elles regroupent une petite partie de la population, les personnes ayant une incapacité permanente ont été celles qui ont été le plus touchées, au cours de leur vie, par un trouble de la santé mentale, et ce, quel que soit leur revenu. Toutefois, la prévalence a été plus forte chez les personnes qui étaient à faible revenu que chez celles qui ne l'étaient pas (48,2 % contre 37,4 %). En soi, ce constat n'est pas surprenant dans la mesure où certains des troubles de la santé mentale ayant fait l'objet de l'enquête peuvent être considérés comme des formes d'incapacités. Par ailleurs, chez la population qui était à faible revenu ayant déclaré occuper un emploi (57,5 % de la population à faible revenu), la prévalence des troubles de la santé mentale a été deux fois supérieure à celle observée chez la population en emploi qui n'était pas à faible revenu (32,4 % contre 16,3 %). Ces résultats tout à fait inquiétants sont loin d'être anodins et révélateurs de la situation des travailleurs à faible revenu. Ils ne sont malheureusement, pas étonnants. Au contraire, ils concordent avec ceux obtenus par l'OCDE (2013), qui avait observé que les personnes en emploi ayant des troubles de la santé mentale occupent la plupart du temps des emplois plus précaires et moins bien rémunérés. Ces observations amènent la réflexion sur le terrain des conditions de travail des personnes ayant des troubles de la santé mentale. On manque encore à l'heure actuelle de données probantes en cette matière, alors que de telles données permettraient d'obtenir un éclairage fondamental sur la réalité de l'emploi chez ces personnes.

En revanche, les liens entre pauvreté et santé mentale sont moins flagrants du côté des personnes à la recherche d'un travail : un peu plus d'une personne sur cinq qui était à faible revenu (22,2 %) a déclaré avoir souffert d'un trouble de la santé mentale. Cette proportion s'apparente à celle correspondant à la population qui n'était pas à faible revenu (18,7 %).

TABLEAU 1

## PRÉVALENCE DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE SELON LE REVENU ET CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES, QUÉBEC, 2012

	À vie		12 derniers mois	
	Population à faible revenu	Population n'étant pas à faible revenu	Population à faible revenu	Population n'étant pas à faible revenu
<b>Santé mentale</b>	28,8	16,7	13,2	4,7
<b>Sexe</b>				
Hommes	28,1	11,9	16,1	2,9
Femmes	29,4	21,5	11,1	6,5
<b>Groupe d'âge</b>				
15-24 ans	45,3	15,8	36,7	7,8
25-44 ans	26,7	16,4	9,8	5,7
45-64 ans	29,9	19,4	14,0	3,9
65 ans et plus	20,4	12,6	3,9	2,0
<b>Type d'unité familiale</b>				
Marié/union libre	24,8	15,6	8,4	3,6
Veuf/divorcé/séparé	22,6	18,9	10,6	4,9
Célibataire	40,5	17,7	23,6	7,1
<b>Plus haut diplôme obtenu</b>				
Inférieur au diplôme secondaire	36,2	14,9	16,5	3,9
Diplôme secondaire	15,4	14,0	7,8	4,7
Études postsecondaires partielles	24,0	19,8	14,7	7,8
Diplôme d'études postsecondaires	29,1	17,2	12,2	4,4
<b>Statut sur le marché du travail</b>				
En emploi	32,4	16,3	13,8	4,3
Sans emploi	22,2	18,7	12,5	6,3
Incapacité permanente	48,2	37,4	24,3	12,6

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichiers de microdonnées à grande diffusion. Compilation : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

- **La détresse psychologique**

La détresse psychologique a également été retenue dans le cadre de cette note de recherche, car plusieurs études ont démontré qu'un épisode prolongé d'une telle détresse peut précipiter les individus touchés vers des troubles de la santé mentale plus importants et que la détresse psychologique peut témoigner de la prévalence des troubles de la santé mentale dans la population. Le tableau 2 présente la prévalence de la détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques et selon le revenu. D'emblée, on constate que l'examen des résultats renvoie à la même observation que celle faite précédemment : la population à faible revenu a été plus touchée. On remarque encore une fois que ce sont les jeunes, les personnes seules et celles ayant une incapacité qui présentaient les plus forts taux de prévalence.

- **La dépression et l'anxiété**

L'examen des résultats concernant les épisodes dépressifs et les épisodes d'anxiété généralisée selon la durée et selon le revenu révèle un certain contraste entre la population qui était à faible revenu et celle qui ne l'était pas. D'une part, en ce qui concerne les personnes ayant souffert de dépression, on remarque que celles qui étaient à faible revenu ont été relativement moins sujettes à vivre un épisode de courte durée (six mois ou moins) que celles qui n'étaient pas à faible revenu (39 % contre 58 %). On constate en revanche que 14,1 % de la population qui était à faible revenu a déclaré avoir vécu un épisode dépressif qui a duré cinq ans ou plus, alors que seulement 6 % de la population qui n'était pas à faible revenu a déclaré avoir vécu un épisode d'une aussi longue durée. En somme, plus des deux tiers de la population à faible revenu qui a été touchée par un épisode dépressif l'a été durant plus de sept mois. Ces résultats semblent ainsi conforter l'idée qu'il existe un cercle vicieux de la pauvreté et des troubles de la santé mentale : d'une part, la pauvreté perpétue les troubles de la santé mentale et, d'autre part, les troubles de la santé mentale, lorsqu'ils touchent les personnes à faible revenu durant une longue période, tendent à cantonner celles-ci dans leur situation.

TABLEAU 2

PRÉVALENCE DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE SELON LE REVENU  
ET CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIOÉCONOMIQUES, QUÉBEC, 2012

	12 derniers mois	
	Population à faible revenu	Population n'étant pas à faible revenu
<b>Détresse psychologique</b>	34,8	19,3
<b>Sexe</b>		
Hommes	36,6	16,5
Femmes	33,4	22,1
<b>Groupe d'âge</b>		
15-24 ans	53,2	27,1
25-44 ans	33,5	19,9
45-64 ans	34,1	17,4
65 ans et plus	27,3	15,5
<b>Type d'unité familiale</b>		
Marié/union libre	30,7	15,6
Veuf/divorcé/séparé	27,1	19,1
Célibataire	47,9	27,4
<b>Plus haut diplôme obtenu</b>		
Inférieur au diplôme secondaire	40,5	22,3
Diplôme secondaire	23,0	23,8
Études postsecondaires partielles	29,8	22,5
Diplôme d'études postsecondaires	35,1	16,9
<b>Statut sur le marché du travail</b>		
En emploi	32,0	19,0
Sans emploi	32,2	20,9
Incapacité permanente	68,2	37,0

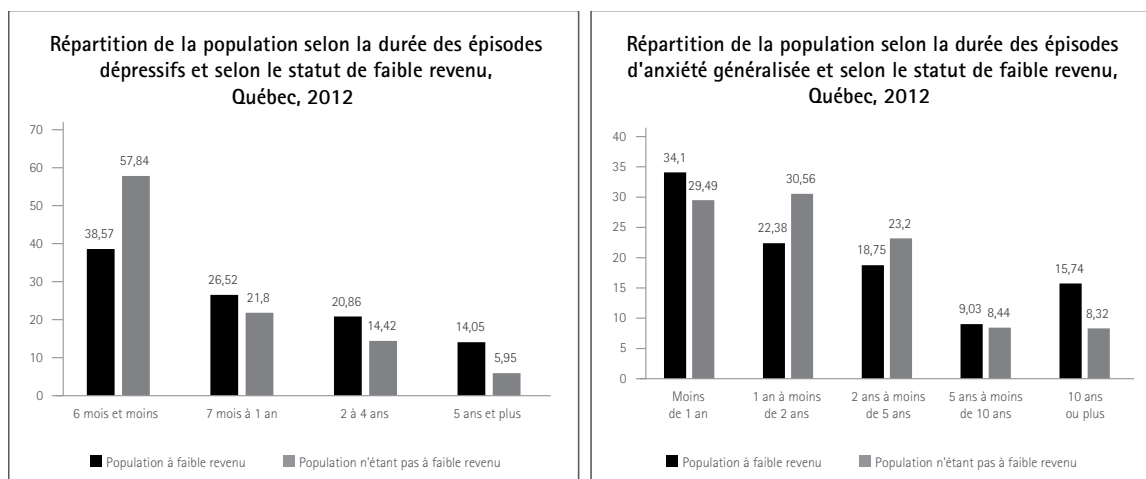
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichiers de microdonnées à grande diffusion. Compilation : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

Du côté du trouble d'anxiété généralisée, le clivage entre les personnes qui étaient à faible revenu et celles ne l'étaient pas est plus nuancé. L'information colligée à ce sujet a montré que les personnes qui étaient à faible revenu représentaient la plus forte proportion des personnes ayant été atteintes du trouble d'anxiété généralisée durant une période de moins d'une année ou durant une période de dix ans ou plus. Entre ces deux extrémités, la situation est plus nuancée. La proportion de personnes ayant souffert du trouble d'anxiété généralisée durant une période allant d'une année à moins de cinq années a été plus élevée chez la population qui n'était pas à faible revenu et la

proportion de la population ayant souffert de ce trouble durant une période allant de cinq ans à moins de dix ans a été la même, quel que soit le revenu.

## GRAPHIQUE 2

### RÉPARTITION DE LA POPULATION SELON LA DURÉE DES ÉPISODES



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichiers de microdonnées à grande diffusion. Compilation : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

- **Les troubles associés à la consommation d'alcool et de drogues**

Dans son enquête, Statistique Canada a accordé une place aux troubles associés à la consommation d'alcool et à l'usage de drogues illicites telles que le cannabis. Les questions posées visaient à établir la proportion de personnes aux prises avec des problèmes d'abus ou de dépendance. Aux fins de cette note, il a été décidé de traiter de la dépendance à l'alcool et aux drogues, à l'exception du cannabis.

Comme on peut le constater au tableau 3, près de 7 % de la population qui était à faible revenu a déclaré avoir eu une dépendance à l'alcool ou à la drogue, ce qui représente une proportion deux fois plus élevée que pour la population qui n'était pas à faible revenu. Ce problème a touché une plus forte proportion d'hommes que de femmes, et ce, quel que soit le revenu.

## TABLEAU 3

### PRÉVALENCE DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL OU À LA DROGUE (À L'EXCLUSION DU CANNABIS) SELON LE REVENU, QUÉBEC, 2012

	À vie ou au cours des 12 derniers mois	
	Population à faible revenu	Population n'étant pas à faible revenu
<b>Dépendance à l'alcool ou à la drogue</b>	6,8	3,0
<b>Sexe</b>		
Hommes	9,9	3,9
Femmes	4,4	2,1

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichiers de microdonnées à grande diffusion. Compilation : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.

- **Les facteurs de protection et de prévention**

Enfin, on ne saurait s'intéresser aux liens entre les troubles de la santé mentale et la pauvreté sans tenter de comprendre l'impact des facteurs de protection et de prévention, qui demeure un enjeu important. En effet, tel qu'exposé précédemment, selon une hypothèse largement défendue par la communauté scientifique, la grande prévalence des problèmes de santé mentale chez les personnes à faible revenu s'expliquerait par le fait que ces personnes reçoivent moins de soins ou que les soins qu'elles reçoivent sont moins adéquats. Cette hypothèse suggère que l'inégalité des soins a pour effet d'allonger les épisodes de troubles de la santé mentale, de faire en sorte que les troubles se chronicisent et d'accroître le risque de rechute. Elle pourrait également soutenir l'idée, qui commence à circuler plus largement dans la littérature, que le système de santé lui-même aurait tendance à stigmatiser les patients en situation de pauvreté et à ne pas nécessairement les considérer comme il se devrait (Hyppolite, 2013; Paquet, 2003; Raynault, 2013). Selon cette idée, certains professionnels de la santé pourraient avoir une approche teintée de préjugés plutôt défavorables envers les personnes à faible revenu et d'autres pourraient se sentir dépassés ou mal équipés pour répondre aux besoins de ces personnes. De ce fait, les patients en situation de pauvreté, qui ont le plus souvent besoin de plus de soins que la population en général, seraient plus susceptibles de ne pas recevoir les soins appropriés (Loignon et autres, 2015). Et alors qu'elles sont officiellement considérées comme des patients vulnérables<sup>3</sup>, les personnes ayant des troubles de la santé mentale, si elles sont de surcroît en situation de pauvreté, pourraient bien être à risque d'une double stigmatisation quand elles sont confrontées au système de santé, ce qui pourrait avoir des effets néfastes sur leur état de santé.

L'OCDE (2015) a d'ailleurs souligné dans un rapport le fait que les personnes ayant une mauvaise santé mentale ont besoin en temps opportun d'un traitement adéquat afin d'éviter une détérioration de leur état. Selon ce même rapport, le « sous-traitement » serait un problème persistant, car seulement environ 50 % des personnes ayant une maladie mentale sévère et environ 30 % des personnes dont la santé mentale présente une atteinte modérée recevraient un traitement.

Afin de tenter de mesurer l'inégalité des soins, on a retenu quatre éléments pour analyser les données relatives aux personnes à faible revenu issues de l'édition de 2012 de l'ESCC :

- le soutien de l'entourage;
- le non-recours aux soins pour des raisons financières;
- la non-couverture ou la non-prise en charge des soins;
- l'accès aux soins (prise en charge par un professionnel de la santé).

Ces éléments ont été retenus, car ils permettent de cerner, de manière approximative mais néanmoins pertinente, l'importance du réseau et de l'accès aux ressources pour les personnes concernées.

Le fait d'avoir dans leur entourage des personnes qui peuvent les informer ou les diriger vers des ressources renforce la capacité d'agir des individus. À cet égard, disposer d'un réseau personnel constitue un facteur de protection. Le soutien de l'entourage renvoie aux personnes qui ont eu la possibilité de consulter un membre de leur famille, un ami, un collègue de travail, un enseignant, un directeur d'école ou toute autre personne sur laquelle ils peuvent s'appuyer relativement à leur trouble de la santé mentale ou leur trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogue.

En ce qui a trait au non-recours aux soins pour des raisons financières, il renvoie aux répondants ayant été aux prises avec un trouble de la santé mentale qui n'ont pas consulté ou ont cessé de consulter un professionnel de la santé ou encore qui n'ont pas pris de médicaments ou ont cessé de

3. Voir à ce sujet le site de la Régie de l'assurance maladie du Québec, à l'adresse [www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens\\_Brochure\\_no1.html#6906](http://www.ramq.gouv.qc.ca/SiteCollectionDocuments/professionnels/manuels/syra/medecins-omnipraticiens/104-brochure-1-omnipraticiens/Omnipraticiens_Brochure_no1.html#6906).

prendre leurs médicaments parce qu'ils trouvaient que les coûts liés aux traitements n'étaient pas abordables ou encore parce qu'ils n'avaient plus les moyens d'assumer ces coûts.

La notion de non-couverture ou de non-prise en charge des soins renvoie aux personnes ayant été aux prises avec un trouble de la santé mentale qui ont affirmé avoir eu besoin d'aide (thérapie, médicaments ou information), mais ne pas en avoir reçu ou qui ont indiqué qu'ils auraient eu besoin de plus d'aide.

Enfin, la notion d'accès aux soins renvoie aux personnes ayant été aux prises avec un trouble de la santé mentale qui ont pu consulter un professionnel de la santé (psychiatre, médecin, psychologue, infirmière ou travailleur social) relativement à leur trouble.

Le tableau 4 présente les résultats qui couvrent ces quatre aspects. Tout d'abord, on constate qu'un peu moins d'une personne à faible revenu et aux prises avec un trouble de la santé mentale sur trois (32,2 %) a bénéficié d'un soutien de son entourage, alors qu'une personne sur deux (49,5 %) chez la population mieux nantie aux prises avec un trouble de la santé mentale a bénéficié d'un tel soutien.

Pour ce qui est du non-recours aux soins pour des raisons financières, les données révèlent qu'un peu moins d'une personne qui était à faible revenu sur cinq (17,4 %) a été touchée par ce problème, contre un peu moins d'une personne qui n'était pas à faible revenu sur dix (9,3 %). C'est donc dire que les personnes à faible revenu aux prises avec un trouble de la santé mentale courent presque deux fois plus de risques que les personnes n'étant pas à faible revenu de ne pas recourir aux soins pour des raisons financières.

La non-couverture des soins ou la non-prise en charge a touché deux personnes qui étaient à faible revenu sur cinq (41,9 %), tandis qu'elle a touché moins d'une personne qui n'était pas à faible revenu sur trois (27,4 %).

Enfin, une personne qui était à faible revenu sur deux (48,7 %) a déclaré avoir été prise en charge par un professionnel de la santé. Du côté des personnes qui n'étaient pas à faible revenu, on constate que près de deux personnes sur trois (61,1 %) ont été prises en charge par un professionnel de la santé.

En somme, les personnes à faible revenu sont plus susceptibles que les personnes mieux nanties de se trouver devant un déficit en ce qui a trait à la protection contre les troubles de la santé mentale et à leur prévention. Ces résultats, dont on ne saurait se réjouir, corroborent tout à fait l'hypothèse de l'inégalité des soins.

**TABLEAU 4**

**FACTEURS DE PROTECTION ET DE PRÉVENTION DONT BÉNÉFICIE LA POPULATION AYANT DÉCLARÉ AVOIR EU DES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE AU COURS DES 12 MOIS AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE, QUÉBEC, 2012**

	Population à faible revenu	Population n'étant pas à faible revenu
Dispose de soutien de son entourage	32,2	49,5
Non recours aux soins pour des raisons financières	17,4	9,3
Non couverture ou prise en charge des soins	41,9	27,4
Accessibilité aux soins (prise en charge par un prof. de la santé)	48,7	61,1

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichiers de microdonnées à grande diffusion. Compilation : Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion.



L'inégalité des soins, tout comme le déficit en ce qui a trait aux facteurs de protection et de prévention, se révèle à son paroxysme lorsque l'on s'intéresse à la mortalité par suicide. Lors de la mise à jour qu'il a faite en 2016 des données sur le sujet pour le Québec, l'Institut national de santé publique du Québec a présenté quelques résultats permettant d'établir des liens entre suicide et inégalités sociales.

En se fondant sur les concepts de l'Indice de défavorisation matérielle (IDMS), il apparaît que le taux de suicide est deux fois plus élevé chez la population se trouvant dans le quintile le plus défavorisé que chez la population se trouvant dans le quintile le plus favorisé (16,5 décès par 100 000 contre 7,8 décès par 100 000 <sup>4</sup>) [Institut national de santé publique du Québec, 2016]. Permettant d'établir un lien entre milieu défavorisé et risque accru de mortalité par suicide, ces résultats montrent encore une interaction entre les troubles de la santé mentale et la pauvreté. Enfin, ici aussi et faisant référence aux travaux de Burrow (2010, 2011), on n'hésite pas à souligner le rôle crucial de la mise en œuvre de politiques publiques visant à promouvoir des stratégies de prévention adaptées et efficaces en matière de santé mentale afin de diminuer les facteurs de risque et d'améliorer l'accès aux soins, qui représente un important facteur de protection.

## **5. LES TROUBLES DE LA SANTÉ MENTALE CHEZ LES PERSONNES PRESTATAIRES D'UNE AIDE FINANCIÈRE DE DERNIER RECOURS**

Outre les données obtenues dans le cadre de l'édition de 2012 de l'ESCC, les données administratives portant sur les programmes d'aide financière de dernier recours proposent un éclairage complémentaire concernant la prévalence des troubles de la santé mentale chez la population à faible revenu. Lorsqu'on analyse les données concernant les personnes prestataires de la solidarité sociale, c'est-à-dire les personnes qui présentent des contraintes sévères à l'emploi, on observe que 43,1 % d'entre elles ont obtenu un diagnostic lié à un trouble de la santé mentale. En effet, en janvier 2017, sur les 128 142 prestataires de la solidarité sociale, 55 220 avaient reçu un tel diagnostic, ce qui représente une augmentation de près de 10 % en 10 ans (en janvier 2007, 51 573 prestataires sur 128 357 avaient reçu un diagnostic lié à un trouble de la santé mentale). Les diagnostics les plus fréquents étaient liés à des troubles névrotiques, suivis par les diagnostics liés à la dépression majeure et à la schizophrénie. Cependant, il convient d'être prudent quant à l'interprétation de ces données. En effet, la croissance observée pourrait s'expliquer par le fait que l'on peut mieux diagnostiquer les troubles de la santé mentale chez les personnes atteintes tout comme elle pourrait résulter du fait que les personnes atteintes ne reçoivent pas les soins adéquats. Par ailleurs, on constate, sans grande surprise, que les prestataires visés bénéficient du Programme de solidarité sociale depuis de longues années (durée cumulative moyenne de 239,7 mois) et présentent une moyenne d'âge relativement plus élevée que l'ensemble des prestataires des programmes d'aide financière de dernier recours. De fait, en 2012, la moyenne d'âge des prestataires qui avaient un trouble de la santé mentale était de 47,9 ans et 37,8 % de ces personnes étaient âgées de 55 ans et plus. Ces résultats pourraient contribuer à entretenir l'idée que les programmes d'aide financière de dernier recours ne permettent que difficilement de sortir du cercle vicieux des troubles de la santé mentale et de la pauvreté.

4. Ces taux ont été ajustés selon l'âge, le sexe, la zone géographique et la période. Tous les taux sont significativement supérieurs à ceux observés quant au quintile le plus favorisé. Sources : Ministère de la santé et des services sociaux, fichier des décès (1989 à 2011), recensements canadiens (1991, 1996, 2001, 2006, 2011), compilation de l'indice par le Bureau d'information et d'études en santé des populations, (janvier 2016), portail de l'Infocentre de santé publique.



# CONCLUSION

L'analyse des données issues de l'édition de 2012 de l'ESCC et de données complémentaires provenant de sources diverses démontre clairement l'interaction entre les troubles de la santé mentale et la pauvreté et que le cercle vicieux des troubles de la santé mentale et de la pauvreté est bien réel. Bien que plus marginaux pour certains aspects du spectre, les liens entre la pauvreté et ces troubles sont incontestables. Ainsi, il apparaît manifestement que les personnes aux prises avec des troubles de la santé mentale sont beaucoup plus à risque de se retrouver en situation de faible revenu, et que les personnes à faible revenu sont plus à risque de vivre des épisodes plus ou moins chroniques ou prolongés de troubles de la santé mentale. Et, surtout, il faut parler de la relation bidirectionnelle entre santé mentale et pauvreté, car à cause d'elle, les troubles de la santé mentale se chronicisent et s'aggravent.

Outre les facteurs de risque, ce sont surtout les inégalités en ce qui a trait aux facteurs de protection et de prévention, notamment quant à l'accès aux soins et à la couverture des soins liés aux troubles de la santé mentale, qui ressortent des analyses et témoignent de la vulnérabilité des personnes à faible revenu. Et on peut malheureusement sans risquer de se tromper parler d'une double stigmatisation, d'une double marginalisation, des personnes en situation de pauvreté ayant un trouble de la santé mentale, car la porte est ici, plus souvent qu'autrement, ouverte sur les préjugés. Ces éléments nourrissent l'idée qu'il serait important de pouvoir suivre, au fil du temps, l'évolution de la situation et militent en faveur du développement d'indicateurs de suivi sur les liens entre troubles de la santé mentale et pauvreté. Ces indicateurs permettraient la prise en compte de la santé mentale dans les politiques publiques en matière de lutte contre la pauvreté, tant du point de vue de l'accès aux soins que des autres facteurs de protection ou de prévention, qui représentent des éléments fondamentaux dans les parcours de vie des personnes. Il serait ainsi possible de poser un des jalons du développement de conditions sociales favorisant le bien-être au Québec.

## Proposition de trois indicateurs à suivre

- Une proportion de 45,3 % des jeunes de 15 à 24 ans qui étaient à faible revenu ont déclaré avoir eu un trouble de la santé mentale au cours de leur vie.
- En 2016, le taux de suicide était deux fois plus élevé chez les personnes se trouvant dans le quintile inférieur que chez les personnes se trouvant dans le quintile supérieur (16,5 décès par 100 000 personnes contre 7,8 décès par 100 000 personnes).
- Un peu moins d'une personne sur trois qui était à faible revenu et aux prises avec un trouble de la santé mentale (32,2 %) disposait d'un soutien de son entourage (contre 49,5 % pour les personnes n'étant pas à faible revenu).



# BIBLIOGRAPHIE

- Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2011). *Les inégalités sociales de santé à Montréal Le chemin parcouru*, 31 p. [Rapport du directeur de santé publique 2011]
- BARALDI, Rosanna, Katrina JOUBERT et Monique BORDELEAU (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 135 p.
- BLAIS, Louise, et Lorraine GUAY (1991). « Pauvreté, santé mentale et stratégies d'existence », *Santé mentale au Québec*, vol. 16, n° 1, p. 117-138. [<http://www.erudit.org/revue/smq/1991/v16/n1/032206ar.pdf>]
- BOISVERT, Réal, et autres (2012). « Les inégalités sociales de santé ne sont pas une fatalité, voyons-y », *Rapport du directeur de santé publique sur les inégalités sociales de santé en Mauricie et au Centre-du-Québec*, Agence de la santé et des services sociaux de la Mauricie et du Centre-du-Québec, Trois-Rivières, 96 p.
- BOUFFARD, Léandre et Micheline DUBÉ (2013). « L'inégalité de revenu : un virus qui affecte la santé mentale et le bonheur », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 2, p. 215-233. [<http://www.erudit.org/revue/smq/2013/v38/n2/1023997ar.pdf>]
- BRESSON, Maryse (2003). « Le lien entre santé mentale et précarité sociale : une fausse évidence », *Cahiers internationaux de sociologie*, vol. 115, n° 2, p. 311-326. [<http://www.cairn.info/revue-cahiers-internationaux-de-sociologie-2003-2-page-311.htm>]
- BURROWS, Stephanie, et autres (2010). "Socio-Economic Inequalities in Suicide Attempts and Suicide Mortality in Quebec", *Public Health, Canada, 1990-2005*, vol. 124, n° 2, p. 78-85.
- BURROWS, Stephanie, et autres (2011). "Influence of Social and Material Individual and Area Deprivation on Suicide Mortality among 2.7 Million Canadians: A Prospective Study." *BMC Public Health*, 11 p.
- CAMIRAND, Hélène, et autres (2010). *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 205 p.
- CAMIRAND, Hélène et Virginie, NANHOU (2008). *La détresse psychologique chez les Québécois en 2005*. Québec, Institut de la statistique du Québec, 4 p.
- CERIGO, Helen, et Amélie, QUESNEL-VALLÉE (2017). "The Social Epidemiology of Socioeconomic Inequalities in Depression", dans COHEN, Neal L. Eds. *Public Health Perspectives on Depressive Disorders*, The Johns Hopkins University Press, p. 117-146. [<https://muse.jhu.edu/chapter/2000676>]

- Commission ontarienne des droits de la personne (2014). *Politique sur la prévention de la discrimination fondée sur les troubles mentaux et les dépendances*, chap. 8, « Pauvreté, santé mentale et dépendance ». [<http://www.ohrc.on.ca/fr/book/export/html/11516>]
- CORVELEYN, Jos et Catherine MAES (2002). « Pauvreté et risques pour la santé mentale », *Revue Quart Monde*, La santé pour tous : pour quand?, n° 184. [<http://www.editionsquartmonde.org/rqm/document.php?id=2469>]
- DE GAULEJAC, Vincent (1994). « Postface : 3. Évaluation de Vincent de Gaulejac », J.-B, ROBICHAUD, et autres. « Comité de la santé mentale du Québec (CSSMQ) », *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Boucherville, Gaëtan Morin, p. 227-236.
- DE KONINCK, Marc, et autres (2011). *Un préjugé, c'est coller une étiquette*, Document de réflexion, Centraide Québec-Chaudière-Appalaches, 48 p.
- DE KONINCK, Maria, et autres (2008). *Santé : pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*, Québec, INSPQ, 78 p. et ann.
- DE KONINCK, Maria, et autres (2006). « Inégalités sociales de santé : influence des milieux de vie », *Lien social et Politiques*, n° 55, p. 125-136.
- Directeur de santé publique (2011), « Les inégalités sociales de santé à Montréal », ASSSM. [[http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx\\_asssmpublications/978-2-89673-133-6.pdf](http://publications.santemontreal.qc.ca/uploads/tx_asssmpublications/978-2-89673-133-6.pdf)]
- DORVIL, Henri (2007). « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale » dans les *Problèmes sociaux. Tome 3 : Théories et méthodologies de la recherche*, chap. 6, p. 169-202. Québec : PUQ, 526 p.
- DUBOIS GRARD, Christine (2008). *Pauvreté et santé mentale*, Vivre ensemble éducation, Bruxelles, 5 p. [[http://www.vivre-ensemble.be/IMG/pdf/05-2008\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.vivre-ensemble.be/IMG/pdf/05-2008_sante_mentale.pdf)]
- FARMER, Olivier (2011). « Santé mentale au cœur de la ville », *Santé mentale au Québec*, vol. 36, n° 2, p. 7-14. [<http://www.erudit.org/revue/smq/2011/v36/n2/1008587ar.pdf>]
- FORTIN, Daniel (1989). « La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui pourquoi? », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2. [<http://www.erudit.org/revue/smq/1989/v14/n2/031519ar.pdf>]
- FROHLICH, Katherine, et autres (2008). *Les inégalités sociales de santé au Québec*, Collection « Paramètres », Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 408 p.
- Front d'action populaire en réaménagement urbain (2010). « Femmes, logement et pauvreté, sortir du privé un enjeu de société », FRAPRU, Montréal, 15 p.
- FUNK, Michelle, Natalie, DREW et Martin, KNAPP (2012). "Mental health, poverty and development", *LSE research online*, vol. 11, n° 4, p. 166-185. [[http://eprints.lse.ac.uk/47609/1/Mental%20health%20poverty%20and%20development%20\(Isero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/47609/1/Mental%20health%20poverty%20and%20development%20(Isero).pdf)]

- GOULD, Nick (2006). *Mental health and child poverty*, York, Joseph Rowntree Foundation, 23 p. [<https://www.jrf.org.uk/report/mental-health-and-child-poverty>] [<http://www.crd.s.centre-du-quebec.qc.ca/client/uploads/36/185509170154622.pdf>]
- HUDSON, Christopher G (2005). Socioeconomic status and mental illness, *American Journal of Orthopsychiatry*, 75 (1), p. 3-18. [<http://www.apa.org/pubs/journals/releases/ort-7513.pdf>]
- HYPPOLITE, Shelley-Rose (2013). *Comprendre et agir autrement pour viser l'équité en santé dans la région de la Capitale-Nationale, Rapport du directeur régional de santé publique sur les inégalités sociales de santé 2012*, Québec, Direction régionale de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de la Capitale-Nationale, 161 p.
- JEKOVSKA, Monica (2008). « Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence », Comité régional de développement sociale – Centre du Québec, 50 p.
- LOIGNON, Christine, et autres (2015). "Providing care to vulnerable populations: a qualitative study among GPs working in deprived areas in Montreal", *Family Practice*, Oxford University, vol. 32, n° 2, p. 232-236.
- MCALL, Christopher et autres (2012). *Au-delà du préjugé. Trajectoires de vie, pauvreté et santé*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 143 p.
- MESSING, Karen (2000). « Les stressés émotionnels dans les emplois féminins », dans *La santé des travailleuses : la science est-elle aveugle?*, Montréal, Éditions du Remue-Ménage/Toulouse, Octarès éditions, p. 159-188.
- MORROW, Marina et Monika, CHAPPELL (1999). *Hearing Women's Voices, Mental Health Care for Women*, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, Vancouver, 89 p.
- MURALI, Vijaya and Femi OYEBODE (2004). "Poverty, social inequality and mental health", *Advanced in psychiatric treatment*, vol. 10, p. 216-224. [<http://apt.rcpsych.org/content/aptrpsych/10/3/216.full.pdf>]
- OCDE (2015). *Santé mentale et insertion professionnelle : De la théorie à la pratique*, Paris, OCDE, 190 p. [<http://dx.doi.org/10.1787/9789264242074-fr>]
- Organisation mondiale de la santé (2012). « Les risques pour la santé mentale : aperçu des vulnérabilités et des facteurs de risque », OMS, 17 p. [[http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/risks\\_to\\_mental\\_health\\_FR\\_27\\_08\\_12.pdf](http://www.who.int/mental_health/mhgap/risks_to_mental_health_FR_27_08_12.pdf)]
- Organisation mondiale de la santé (2014). « 10 faits sur la santé mentale », [En ligne]. [[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/)]
- Organisation mondiale de la santé (2004). *Investir dans la santé mentale*, Genève, OMS, 49 p.
- Organisation mondiale de la santé (2013). *Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*, Genève, Éditions de l'OMS, 52 p.

- PAMPALON, Robert, et autres (2013). *Une stratégie et des indicateurs pour la surveillance des inégalités sociales de santé au Québec*, Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 81 p.
- PAQUET, Ginette et Denis HAMEL (2003). *Inégalités sociales et santé des tout-petits : l'identification de facteurs de protection*, Québec, Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 16 p.
- POTVIN, Louise, Marie-José MOQUET et Catherine M. JONES (dir.) (2010). *Réduire les inégalités sociales en santé*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 380 p.
- RAYNAULT, Marie-France et Dominique CÔTÉ (2013). *Le bon sens à la scandinave, Politiques et inégalités sociales de santé*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, 171 p.
- REID, Colleen (2002). *A Full Measure: Towards a Comprehensive Model for the Measurement of Women's Health*, Vancouver, British Columbia Centre of Excellence for Women's Health, 35 p.
- ROBICHAUD, Jean-Bernard, et autres (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale : de l'exclusion à l'équité*, Comité de la Santé mentale du Québec, Boucherville, Gaëtan Morin, 247 p.
- ROSS, Nancy (2004). « Qu'avons-nous appris en étudiant l'inégalité du revenu et la santé de la population ? », Ottawa, Initiative sur la santé de la population canadienne et Institut canadien d'information sur la santé, 28 p.
- ROASF (2001). « Femmes et santé mentale : grille thématique », Montréal, ROASF, p. 1.
- RRASMQ (2016). « Agir sur la pauvreté et l'exclusion, agir sur la santé mentale », *mémoire du RRASMQ*, Consultation publique en matière de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, 24 p. [[http://rrasmq.com/publications/Memoires/Memoire\\_2016\\_Planpauvreteexclusion.pdf](http://rrasmq.com/publications/Memoires/Memoire_2016_Planpauvreteexclusion.pdf)]
- Secrétariat à la condition féminine (2010). « L'égalité entre les femmes et les hommes au Québec : Faits saillants », Québec, Gouvernement du Québec, 44 p.
- TOUSIGNANT, Michel (1989). « La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, n° 2. [<http://www.erudit.org/revue/smq/1989/v14/n2/031518ar.pdf>]
- VINET, Jocelyn et Danielle FILION (2015). *Pauvreté et problèmes sociaux*, Montréal, Fides Éducation, 254 p.



# ANNEXE 1

## **MEMBRES DU COMITÉ DE DIRECTION DU CÉPE**

**Présidente**

**Céline Bellot**, professeure titulaire  
École de travail social, Université de Montréal

**Marc De Koninck**, organisateur communautaire  
Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux (CIUSSS) de la Capitale-Nationale  
et président du Comité de développement social de Centraide Québec et Chaudière-Appalaches

**Marco de Nicolini**, directeur par intérim  
Direction de la recherche, ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale

**Jérôme Martinez**, chef d'unité scientifique  
Institut national de santé publique du Québec

**Sylvie Morel**, professeure titulaire  
Département des relations industrielles, Université Laval

**Amélie Quesnel-Vallée**, professeure agrégée  
Département de sociologie et Département d'épidémiologie,  
de biostatistique et de santé au travail, Université McGill

**Luc Savard**, professeur titulaire  
Département d'économie, Université de Sherbrooke

**Valérie Saisset**, directrice générale  
Recherche, évaluation et statistiques, ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur

**Anne-Marie Séguin**, professeure chercheure  
Institut national de la recherche scientifique – Urbanisation Culture Société

