



# LASER

● Laboratoire de recherche  
sur la **santé** en région

UQAR

---

## Portrait régional sur la santé mentale des femmes qui fréquentent les organismes communautaires en Chaudière-Appalaches

---

Réalisé dans le cadre de l'Entente spécifique en matière d'égalité entre les  
femmes et les hommes de la Chaudière-Appalaches 2011-2015.

Par

### Chercheuses principales (LASER - UQAR)

**Emmanuelle Bédard**, Ph.D., Département des sciences infirmières

**Claire Page**, Ph.D., Département des sciences infirmières

### Cochercheuses (LASER - UQAR)

**Nicole Ouellet**, Ph. D., Département des sciences infirmières

**Caroline Sirois**, Ph. D., Département des sciences infirmières

**Hélène Sylvain**, Ph.D., Directrice du LASER, Département des sciences  
infirmières

**Lorraine Gaudreau**, Ph.D., Département de psychosociologie et travail  
social

**Cécile Cormier**, M. ser.s., Département de psychosociologie et travail social

### Recherche et rédaction (LASER - UQAR)

**Marylène Dugas**, Ph. D.

Mars 2015

## Remerciements

Cette étude a été préconisée et financée par les partenaires de l'Entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes de la Chaudière-Appalaches 2011-2015. Elle a été rendue possible grâce à la collaboration étroite entre la coordonnatrice de l'Entente du projet désignée par le Réseau des groupes de femmes Chaudière-Appalaches (RGFCA), madame Karine Drolet, et une équipe de chercheuses membres du Laboratoire de recherche sur la santé en région (LASER) de l'Université du Québec à Rimouski (UQAR).

Nous souhaitons remercier les nombreuses intervenantes des groupes membres du RGFCA, qui ont participé généreusement à différentes étapes du projet. Entre autres, leur apport a été crucial pour le recrutement des participantes à l'étude. Tout particulièrement, nous remercions vivement toutes ces femmes qui ont accepté de répondre à notre questionnaire, souvent au prix d'une douloureuse anamnèse des événements ayant profondément affecté leur être et la trajectoire de leur vie.

À toutes ces personnes, nous disons **MERCI!**

## TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS .....	I
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE .....	III
1. INTRODUCTION.....	1
2. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE ET CADRE DE RÉFÉRENCE .....	2
2.1 Objectifs de l'étude .....	2
2.2 Cadre de référence .....	3
3. MÉTHODE.....	5
3.1 Outil de collecte des données : questionnaire.....	5
3.2 Procédure de recrutement et déroulement de l'étude .....	6
3.3 Analyse des données .....	8
3.4 Aspects éthiques.....	8
4. RÉSULTATS DE LA REVUE DE LA LITTÉRATURE .....	9
4.1 Les femmes et la santé mentale.....	9
4.2 La santé mentale des femmes québécoises.....	10
4.3 La santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches .....	11
4.4 Caractéristiques des services offerts dans la région .....	15
5. RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE PAR QUESTIONNAIRE .....	16
5.1 Caractéristiques sociodémographiques .....	16
5.2 Données relatives aux facteurs positifs sur la santé mentale.....	18
5.3 Données relatives aux facteurs négatifs sur la santé mentale.....	30
5.4 Analyses croisées.....	42
6. DISCUSSION DES RÉSULTATS .....	44
6.1 Principaux constats relatifs aux résultats de l'étude .....	44
7. CONCLUSION ET PISTES D'INTERVENTIONS PROPOSÉES .....	51
7.1 Interventions auprès des femmes sur le plan personnel.....	53
7.2 Amélioration des conditions de vie des femmes et des ressources accessibles dans la communauté .....	55
RÉFÉRENCES .....	57
ANNEXE 1 QUESTIONNAIRE .....	61
ANNEXE 2 PROTOCOLE DE RECRUTEMENT .....	77
ANNEXE 3 DOCUMENT D'INFORMATION .....	82

## LISTE DES TABLEAUX ET FIGURE

Figure 1 : Formule du modèle conceptuel portant sur la santé mentale.....	3
Tableau 1 : Distribution des sites de recrutement .....	6
Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participantes (N = 171).....	17
Tableau 3 : Faire face aux défis et aux demandes de la vie de tous les jours .....	19
Tableau 4 : Estime de soi .....	20
Tableau 5 : Soutien social .....	21
Tableau 6 : Entraide et soutien.....	22
Tableau 7 : Perception du milieu de vie : aspects positifs.....	24
Tableau 8 : Perception de la présence de services de santé et de services sociaux .....	26
Tableau 9 : Professionnels consultés pour un problème de santé mentale (N=101) .....	26
Tableau 10 : Nombre de visites dans la dernière année en lien avec les problèmes de santé mentale (N=101) .....	27
Tableau 11 : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir consulté un professionnel de la santé.....	29
Tableau 12 : Aide non obtenue malgré le besoin ressenti au cours des 12 derniers mois.....	30
Tableau 13 : Perception de sa santé mentale (N=171).....	31
Tableau 14 : Principaux troubles mentaux vécus par les répondantes (actuels ou passés) (n=171) .....	32
Tableau 15 : Nombre de troubles mentaux mentionnés par les participantes (troubles courants ou passés) (N=171) .....	33
Tableau 16 : Troubles mentaux observés en concomitance (N=65) .....	33

Tableau 17 : Impact de la comorbidité sur les activités quotidiennes en fonction du nombre de troubles mentaux présents .....	34
Tableau 18 : Impact de la comorbidité en fonction du nombre de troubles mentaux présents.....	34
Tableau 19 : Âge moyen d'apparition des troubles mentaux rapportés.....	35
Tableau 20 : Problèmes en lien avec la santé physique (N=170) .....	36
Tableau 21 : Événements rapportés comme causant le plus grand stress .....	37
Tableau 22 : Événements stressants vécus .....	38
Tableau 23 : Perception de la situation financière .....	39
Tableau 24 : Sentiment d'exclusion sociale .....	40
Tableau 25 : Perception du milieu de vie : aspects négatifs.....	41

## 1. Introduction

La santé ne pourrait être envisagée comme étant seulement l'absence de maladie ou d'une quelconque infirmité ou déficience physique. Elle est plutôt définie comme un état de *complet bien-être à la fois physique, mental et social* (OMS, 2010; ONU, 2008). Ainsi, la santé mentale constitue un pilier important de l'état de santé globale des individus (OMS, 2012a). Cet état de bien-être permet de se réaliser en tant que personne, de surmonter les tensions courantes de la vie, d'accomplir un travail productif et de contribuer activement à la vie de sa communauté (OMS, 2010). Or, pour de nombreuses femmes, des inégalités sociales et physiologiques liées au genre entravent significativement l'atteinte de cet état de santé globale (CIHR Institute of Gender and Health, 2012) et, par extension, leur capacité de se réaliser en tant qu'individu.

Le *Projet de plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020* de l'Assemblée mondiale de la santé et, plus près de nous, le *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015*, issu de la politique gouvernementale *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*, entérinent une approche globale des problématiques en santé mentale (OMS, 2012b; Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, 2011). On y propose, entre autres, de s'attarder au développement d'interventions visant l'obtention de services adaptés aux besoins des femmes et des groupes les plus vulnérables de la société, et la recherche de plus d'égalité entre les genres (OMS, 2012b; Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, 2011).

Ce rapport s'inscrit dans ce paradigme d'intervention en santé mentale qui vise à se centrer sur la recherche d'équité et d'égalité des sexes dans la santé comme dans les autres facettes de la vie sociale afin de promouvoir la création de conditions favorables à l'amélioration et au maintien d'une bonne santé mentale des femmes ainsi qu'à la réalisation de leur plein potentiel.

Les prochaines sections précisent les objectifs et le cadre de référence de l'étude ainsi que la méthode employée pour répondre aux objectifs. Ensuite, les résultats de la revue de littérature et ceux de l'étude sont présentés. Une discussion fait le lien entre ces résultats et la littérature scientifique. Pour terminer, une conclusion et des pistes d'interventions sont proposées.

## 2. Objectifs de l'étude et cadre de référence

### 2.1 Objectifs de l'étude

La présente étude fait suite à l'appel d'offres lancé par le Réseau des groupes de femmes Chaudière-Appalaches dans le cadre de l'Entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes de la Chaudière-Appalaches. Au départ, elle visait les objectifs suivants :

- Établir le portrait de l'état de santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches;
- Déterminer la distribution géographique des services existants en santé mentale pour les femmes sur le territoire de la région;
- Déterminer les besoins des intervenantes qui oeuvrent en santé mentale auprès des femmes de la région;
- Déterminer les besoins en santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches;
- Établir des constats concernant la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches et émettre des recommandations pour la région.

Toutefois, en raison du temps et des moyens impartis, certains choix ont été faits. Tout d'abord, il a été convenu de porter notre attention sur les femmes qui fréquentent les organismes communautaires membres du Réseau des groupes de femmes Chaudière-Appalaches. Ensuite, les objectifs de l'étude se concentrent sur le portrait de l'état de santé mentale de ces femmes, sur leurs besoins en matière de santé mentale et sur les constats et recommandations pour la région.

Plus précisément, le projet entend décrire les ressources, le soutien et les services dont elles disposent et ceux qu'elles utilisent. Le projet permet aussi de déterminer la nature et le niveau de satisfaction des besoins des femmes en lien avec leur condition de santé mentale. Dans cette optique, l'étude s'intéresse aux problèmes qui s'avèrent particulièrement préoccupants pour les intervenantes et intervenants, à savoir les contextes de vulnérabilité sociale de leurs clientèles ainsi que les troubles mentaux qui se présentent souvent en concomitance avec d'autres troubles liés à l'utilisation de substances (médicaments, alcool, drogues) ou à d'autres problèmes sur le plan médical et social. L'accès aux soins et aux services de santé dont les femmes ont besoin est un autre aspect sur lequel porte l'étude.

Les besoins spécifiques des intervenantes oeuvrant dans les organismes communautaires ou en institution n'ont pu être investigués. Le portrait de la situation établi dans cette étude devrait toutefois offrir aux intervenantes et intervenants des

organismes communautaires un outil leur permettant de poser un regard réflexif sur l'aide qu'ils apportent aux femmes qui utilisent leurs services et, éventuellement, bonifier les interventions existantes dans le domaine de la prévention des troubles mentaux et de la promotion de la santé mentale pour les femmes adultes de la région de Chaudière-Appalaches. Enfin, puisque cette étude a lieu au moment qui suit la mise en œuvre au Québec du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005), les recommandations qui en découlent pourront alimenter les groupes et organismes de la région afin d'influencer un prochain plan d'action en santé mentale.

## 2.2 Cadre de référence

Le modèle conceptuel pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux décrit par Desjardins, D'Amours, Poissant & Manseau (2008) a été utilisé, en tant que cadre de référence, pour guider l'étude. Ce modèle regroupe de façon cohérente les différentes dimensions à la base des principales préoccupations soulevées par les intervenantes du réseau communautaire.

En fait, ce modèle est issu de la combinaison des éléments de deux autres modèles, soit un modèle axé sur la promotion de la santé mentale (MacDonald et O'Hara, 1998 cité dans Desjardins et al., 2008) et un modèle basé sur la prévention de troubles mentaux (Albee, 1993 cité dans Desjardins et al., 2008). Il concerne l'ensemble de la population, tout en accordant une attention particulière aux individus considérés plus à risque de développer des troubles mentaux.

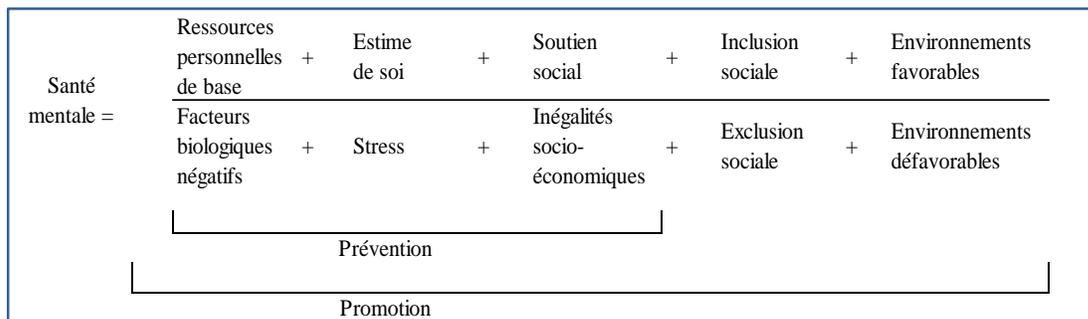


Figure 1 Formule du modèle conceptuel portant sur la santé mentale

Selon les auteurs du modèle, la santé mentale dépend de facteurs individuels et environnementaux et de l'interaction entre les deux (Desjardins, D'Amours, Poissant & Manseau, 2008). Pour promouvoir les facteurs positifs et prévenir ceux plus négatifs, il importe d'agir sur l'ensemble de ces facteurs de façon systémique. Ainsi, tout programme d'intervention visant à maintenir ou à améliorer l'état de santé mentale se doit d'agir à la fois sur la réduction des facteurs de risque des troubles mentaux (par la prévention) et sur le renforcement des facteurs de protection (par la promotion de la santé) (voir figure 1). Plus précisément, dix catégories de facteurs interreliés sont énoncées. Les intervenants dans le domaine de la santé ou dans celui du social peuvent agir sur ces facteurs pour promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux dans la population. Cinq facteurs favorisent une bonne santé mentale : les ressources personnelles de base, l'estime de soi, le soutien social, l'inclusion sociale et les environnements favorables. Ils sont en lien avec la promotion de la santé. À l'inverse, cinq autres facteurs ont une influence négative sur la santé mentale : les facteurs biologiques négatifs, le stress, les inégalités socioéconomiques, l'exclusion sociale et les environnements défavorables qui eux, sont en lien avec la prévention des troubles mentaux.

Plus il y a de facteurs positifs, meilleures sont les chances d'être en bonne santé mentale. Par exemple, une faible estime de soi serait comprise comme l'absence d'un facteur qui aurait comme effet d'accroître la robustesse de la personne et de prévenir les problèmes de santé mentale. Inversement, plus il y a de facteurs négatifs, plus les problèmes se multiplient et plus la personne risque d'avoir une mauvaise santé mentale. Par exemple, la pauvreté (inégalités socioéconomiques) ou la violence (environnement défavorable) peuvent être des sources importantes de stress ou conduire à l'exclusion sociale. Plus les facteurs négatifs sont importants dans la vie de la personne, moins celle-ci est susceptible d'être en mesure d'exercer un contrôle sur sa santé, de la maintenir ou de l'améliorer.

Ces déterminants de la santé mentale, identifiés et définis dans le modèle, ont inspiré l'élaboration du questionnaire utilisé pour la collecte des données et ont servi de cadre pour analyser les données et présenter les résultats. Ce modèle de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux s'avère pertinent pour dégager des pistes d'intervention basées sur la meilleure connaissance possible de la situation des femmes en Chaudière-Appalaches.

### 3. Méthode

Un devis de type descriptif utilisant essentiellement des données quantitatives a été utilisé dans cette étude. Des données qualitatives ont également été recueillies: les participantes étaient invitées à apporter des précisions et des explications supplémentaires à leurs réponses pour plusieurs questions. L'étude se divise en deux parties pour répondre aux objectifs de recherche : 1) une revue de la littérature sur la santé mentale des femmes dans la région de Chaudière-Appalaches et 2) les résultats de l'enquête quantitative par questionnaire pour dresser le portrait de la santé mentale des femmes de cette région et identifier leurs besoins en matière de santé mentale.

En première partie, une revue de la littérature a été réalisée afin de dresser le portrait de la santé mentale des femmes en contexte québécois et pour la région de la Chaudière-Appalaches et faire ressortir les besoins et les problèmes les plus fréquemment observés dans ce domaine. L'accessibilité à des services de santé mentale a également été prise en compte dans la revue de la littérature. Ces résultats ont ensuite permis de préciser plusieurs éléments à intégrer dans le questionnaire utilisé dans la seconde partie de cette étude.

#### 3.1 Outil de collecte des données : questionnaire

Les besoins des femmes en santé mentale de Chaudière-Appalaches ont été explorés par l'entremise d'un questionnaire auto-administré, développé dans l'esprit du cadre de référence retenu pour l'étude (Desjardins et al., 2008). Plusieurs questions ont été adaptées à partir d'autres questionnaires existants, dont ceux utilisés par le gouvernement du Canada (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale* (ESCC-SM), versions 2003 et 2011), l'échelle d'estime de soi de Rosenberg traduite par Vallières et Vallerand (1990), et le questionnaire sur le soutien social de Sarason, Sarason, Sherin et Pearce (1987).

Le questionnaire comporte en tout 91 questions, essentiellement des questions fermées à choix multiples ou avec échelles de mesure. De plus, quelques questions offraient aux participantes la possibilité d'expliquer leur réponse ou de développer brièvement leurs idées (voir annexe 1). Le questionnaire comprend quatre sections principales :

- Profil sociodémographique des participantes
- Histoire médicale des femmes
- Appréciation des facteurs de risque et de protection
- Besoins liés à la prévention et à la gestion des troubles mentaux, ainsi qu'à la promotion de la santé mentale

Un prétest a été effectué afin d'évaluer la compréhension des questions par les participantes et la durée de passation. Le questionnaire a été rempli par quatre femmes provenant d'un organisme communautaire de la région, en décembre 2013. Quelques modifications mineures ont été apportées à la suite de ce prétest.

### 3.2 Procédure de recrutement et déroulement de l'étude

Le recrutement s'est fait à partir des organismes communautaires<sup>1</sup> membres du RGFC, qui est signataire de l'Entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes en Chaudière-Appalaches 2011-2015. En tout, 16 organismes communautaires ont été sollicités et ont accepté de participer au recrutement des femmes. Ces organismes étaient répartis dans quatre des cinq territoires de CSSS et situés dans les grands centres ou en périphérie (voir tableau 1).

**Tableau 1 : Distribution des sites de recrutement**

Territoire CSSS	Grands-centres	Périphéries	Total
<b>Alphonse Desjardins</b>	3	7	10
<b>Beauce</b>	3	0	3
<b>Montmagny-L'Islet</b>	0	2	2
<b>Thetford</b>	1	0	1
<b>Les Etchemins<sup>2</sup></b>	0	0	0

<sup>1</sup> Provenant du Réseau des groupes de femmes Chaudière-Appalaches.

<sup>2</sup> Bien qu'aucun organisme du territoire des Etchemins n'a pu participer au recrutement, les participantes, quant à elles, pouvaient toutefois y résider.

Entre 5 et 20 questionnaires par organisme ont été envoyés<sup>3</sup> pour un total de 263 questionnaires. Afin d'éviter les biais de sélection, nous avons demandé aux intervenantes de proposer à toutes les femmes âgées de 18 ans et plus et résidant en Chaudière-Appalaches de participer à l'étude, plutôt que de ne proposer l'étude qu'à celles qu'elles pourraient juger plus enclines à participer. Dans le cas où une participante éprouvait de la difficulté à lire ou à écrire le français, elle pouvait demander de l'assistance à une intervenante.

Les consignes ont été préalablement transmises par écrit aux intervenantes (se reporter au protocole de recrutement des participantes à l'annexe 2). Afin d'assurer la confidentialité des réponses fournies, l'intervenante remettait à celles qui acceptaient : 1) le document d'information (voir l'annexe 3), 2) le questionnaire (voir l'annexe 1) et 3) une grande enveloppe non scellée. Il a été demandé aux intervenantes de donner les instructions suivantes aux participantes :

- Prendre connaissance du document d'information (les coordonnées des chercheurs et responsables étaient fournies pour toutes informations complémentaires).
- Compléter les différentes sections du questionnaire.
- Conserver le document d'information, replacer le questionnaire rempli dans l'enveloppe fournie et sceller l'enveloppe avant de la remettre à l'intervenante.

Les femmes ont été sollicitées en personne par les intervenantes des organismes participants pour répondre au questionnaire. Elles étaient conviées à le remplir sur place<sup>4</sup>. Il a été convenu que l'intervenante en charge du recrutement puisse assister les femmes dans les cas où, pour diverses raisons, elles éprouveraient de la difficulté à lire ou à saisir toutes les questions. Dans ce cas, l'intervenante devait indiquer sur le questionnaire que la participante a reçu de l'aide pour y répondre. Cependant, aucune femme n'a eu besoin de cette assistance. Les données ont été récoltées dans une période de 8 semaines, soit de la mi-janvier à la mi-mars 2014.

---

<sup>3</sup> Parmi ces questionnaires envoyés, cinq ont été transmis directement à des femmes puisqu'elles faisaient partie d'un organisme dont les membres sont dispersées dans l'ensemble de la région de Chaudière-Appalaches.

<sup>4</sup> Dans le cas où les questionnaires étaient directement transmis au domicile des participantes, celles-ci pouvaient le remplir chez elles et l'acheminer par courrier à l'équipe de recherche par la suite.

### 3.3 Analyse des données

Les données quantitatives obtenues au moyen du questionnaire ont été analysées à l'aide du logiciel SPSS, version 21. Des analyses descriptives et comparatives ont été réalisées sur ces données ainsi que des analyses croisées (khi-carré de Pearson) entre la perception de la santé mentale des femmes (en trois groupes<sup>5</sup>) et diverses variables d'intérêt. Les données qualitatives fournies par les commentaires écrits pour compléter les réponses au questionnaire ont été synthétisées et regroupées par thèmes.

### 3.4 Aspects éthiques

Le projet de recherche a été approuvé par le Comité d'éthique de la recherche de l'UQAR (CER-77-500). Les données étaient anonymes et confidentielles puisqu'il s'agit de questionnaires remplis par les participantes et insérés dans une enveloppe scellée. Aucun nom ni coordonnée n'apparaissait sur le questionnaire. Seules les intervenantes connaissaient les participantes à l'étude sans toutefois avoir accès aux réponses de ces dernières<sup>6</sup>. Un document d'information a été remis aux participantes afin de leur présenter le but et les objectifs de l'étude, leur assurer l'anonymat et la confidentialité, les informer des avantages et des inconvénients possibles à leur participation et du temps<sup>7</sup> moyen prévu pour y répondre. Elles étaient également informées qu'elles étaient libres de participer ou de se retirer en tout temps sans subir de préjudice et de l'utilisation des données de l'étude. Les coordonnées de la chercheuse principale leur étaient fournies pour répondre à toutes questions éventuelles relatives à l'étude. Les intervenantes des organismes communautaires pouvaient offrir un soutien aux participantes dans le cas où la remémoration d'événements difficiles, occasionnée par leur participation à l'étude, entraînerait une difficulté quelconque sur le plan psychologique.

---

<sup>5</sup> Les femmes ont été divisées en trois groupes distincts en fonction de la perception de leur santé mentale : excellente ou très bonne, bonne et passable ou mauvaise.

<sup>6</sup> Nous avons transmis cinq questionnaires par la poste à des participantes. Nous avons donc leurs coordonnées mais les questionnaires demeuraient anonymes et confidentiels.

<sup>7</sup> Le temps moyen prévu était d'une heure.

## 4. Résultats de la revue de la littérature

Cette partie des résultats présente les données issues de la revue de la littérature en regard de la santé mentale des femmes en général, au Québec et en Chaudière-Appalaches, ainsi que certaines caractéristiques des services offerts dans la région.

### 4.1 Les femmes et la santé mentale

Il a été démontré que le risque de vivre un ou plusieurs épisodes de troubles mentaux est exacerbé chez les femmes et les jeunes filles (Wittchen, 2010). En effet, l'impact du genre sur l'incidence des troubles mentaux est rencontré sur plusieurs plans.

Tout d'abord, les caractéristiques physiologiques liées au genre, et plus particulièrement en ce qui a trait au système reproducteur, prédisposent les femmes à des problèmes de santé mentale spécifiques. Parmi ceux-ci, se retrouvent les troubles dysphoriques prémenstruels, les dépressions post-partum et les complications physiques et physiologiques liées à la grossesse et à l'accouchement et pouvant avoir une certaine incidence sur le bien-être et la santé mentale (douleur périnéale, incontinence urinaire, maux de dos, troubles sexuels, etc.) (International Association for Women's Mental Health, 2011; OMS, 2000; Wittchen, 2010). De plus, différentes études épidémiologiques ont souligné des taux particulièrement plus élevés d'anxiété, de dépression, de détresse psychologique, de trouble obsessionnel-compulsif, de personnalité histrionique, de trouble panique et de certaines comorbidités chez les femmes que chez les hommes (OMS, 2000; Toneatto & Wang, 2009).

La pression sociale exercée sur les femmes et les multiples rôles qu'elles jouent régulièrement au sein de la famille (mère, épouse, pourvoyeuse, ménagère, aidante naturelle, etc.) les exposent aussi davantage à des troubles mentaux (OMS, 2000). Un soutien déficient de la part de l'entourage immédiat, la garde d'un enfant qui demande davantage de soins ou d'attention, la responsabilité permanente d'un proche en tant qu'aidante naturelle, le surmenage et le manque chronique de périodes de repos (Watson, Small, Brown, Dawson, & Lumley, 2004) font partie des événements affectant de façon plus marquée les femmes que les hommes par rapport au maintien d'une bonne santé mentale.

Des différences de genre sont aussi notées quant à la présence de facteurs de risque de troubles mentaux liés à la situation socioéconomique ou psychosociale comme la

pauvreté, la précarité d'emploi, le manque de soutien social, l'exploitation, les violences et les sévices sexuels qui touchent de façon plus notable les femmes que les hommes (Fortin, 1989; International Association for Women's Mental Health, 2011; McWhirter, 2011; OMS, 2000).

Enfin, l'accès aux soins en santé mentale et la reconnaissance clinique d'un trouble mental présentent des variations importantes entre les sexes, ce qui peut entraîner des complications médicales plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes (OMS, 2008; Wittchen, 2010). Les inégalités de genre dans le domaine des services de santé, tant sur le plan du diagnostic et des approches thérapeutiques, que sur le plan de l'accès aux soins, jouissent, depuis quelques décennies déjà, d'une certaine reconnaissance sans pour autant que les services de santé aient été suffisamment amendés pour répondre de manière efficace aux besoins particuliers de la clientèle féminine (Foster, 2007; Toneatto & Wang, 2009).

## **4.2 La santé mentale des femmes québécoises**

Au Québec, les différentes recherches sur l'impact du genre sur l'incidence de troubles ou de problèmes de santé mentale et sur leur prise en charge arrivent à des conclusions tout à fait similaires à celles auxquelles est parvenue la communauté internationale.

En somme, les femmes et les adolescentes québécoises sont globalement plus touchées par les troubles mentaux modérés ou courants, tels que la dépression et l'anxiété, qui sont deux fois plus élevées chez les femmes que chez les hommes, ou les troubles de l'alimentation, qui sont quatre fois plus élevés chez elles (Fleury & Grenier, 2012). De plus, selon les résultats obtenus par l'Institut de la statistique du Québec, les femmes seraient plus susceptibles que les hommes de vivre un épisode de dépression majeure, de trouble anxieux ou de l'humeur ou encore d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010).

Pour sa part le Réseau québécois d'action pour la santé des femmes (RQASF), dans son rapport de recherche intitulé *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*, corrobore, pour le contexte québécois, les conclusions avancées par la communauté internationale quant aux facteurs de risque sociodémographiques et psychosociaux, ainsi qu'au manque d'accès aux soins pour les femmes atteintes de troubles mentaux (Mimeault, Cassan, & Cadotte-Dionne, 2011).

Relativement aux facteurs de risque, on y dénonce la pauvreté et l'appauvrissement des femmes, les violences et sévices sexuels qu'elles subissent, la crise du logement et l'impossibilité d'accéder à un logement convenable et abordable, les conditions de travail précaires ou discriminatoires et le manque d'emploi (Mimeault et al., 2011).

Selon le RQASF, le manque d'accès aux soins se traduirait, entre autres, par une insuffisance en services publiques, un manque d'accès à un médecin de famille et de longues listes d'attente pour les services en psychologie (Mimeault et al., 2011).

### **4.3 La santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches**

La région sociosanitaire de Chaudière-Appalaches ne fait pas exception en regard de ces inégalités liées au genre dans le domaine de la santé mentale. Une étude financée dans le cadre du Programme de subventions en santé publique faisait d'ailleurs déjà état, en 1999, de ces problématiques qui sont aussi propres aux femmes de la région et de leurs besoins en matière de santé mentale (Langlois & Larose, 1999).

La revue de la littérature a aussi permis de souligner quelques particularités régionales en lien avec la santé mentale des femmes. De façon générale, bien qu'il puisse y avoir de grandes disparités entre les MRC, la région présente globalement des indicateurs sociosanitaires légèrement plus favorables que la moyenne québécoise. La disparité entre les femmes et les hommes demeure à l'avantage de ces derniers par rapport à plusieurs caractéristiques considérées (Desaulniers, 2010; Levesque, Ouellet, Labbé, & Shabah, 2009).

#### **4.3.1 Perception de l'état de santé mentale**

Globalement, les résidents (femmes et hommes) de la Chaudière-Appalaches se perçoivent en moins bonne santé mentale que ceux des autres régions du Québec (Levesque et al., 2009). En 2005, la proportion moyenne de la population québécoise de 12 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé mentale était estimée à 3,7 %. La région de Chaudière-Appalaches se distinguait alors très légèrement de l'ensemble du Québec avec une proportion plus élevée (4,3 %) (Institut national de santé publique du Québec, 2008).

De plus, dans cette région, les proportions diffèrent selon les sexes avec 4,5 % des femmes contre 3,2 % des hommes de 12 ans et plus qui affirmaient percevoir leur santé

mentale comme étant passable ou plutôt mauvaise (Desaulniers, 2010). Au Québec, les proportions étaient respectivement de 4,0 % pour les femmes et de 3,4 % pour les hommes.

Cependant, la proportion des Québécois de 12 ans et plus ayant consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale en 2003 était de 8,1 %, alors que la région de Chaudière-Appalaches présentait une proportion significativement plus faible de consultation que la moyenne nationale, soit une proportion de 5,3 % avec de fortes variations intrarégionales (Institut national de santé publique du Québec, 2008). De plus, les dernières données disponibles indiquent que le taux d'hospitalisation en raison d'une maladie mentale est de 605 pour 100 000 femmes pour la région contre 391 pour 100 000 femmes pour l'ensemble du Québec (Statistique Canada, 2013). La proportion est donc ici significativement plus élevée pour la région.

En 2005, 12,3 % de la population de 12 ans et plus du Québec a déclaré présenter des besoins non satisfaits en matière de soins de santé en général (Institut national de santé publique du Québec, 2008). La région de Chaudière-Appalaches enregistrait pour cette période une proportion significativement plus faible, soit de 8,2 %.

#### 4.3.2 Détresse psychologique

Selon les données de 2008, 25,6 % des femmes de 12 ans et plus de Chaudière-Appalaches auraient révélé avoir ressenti un niveau élevé de détresse psychologique selon l'échelle de Kessler<sup>8</sup>, comparativement à 23,2 % pour l'ensemble des femmes du Québec (Éco-Santé, 2013). De plus, 5 % des femmes de la région contre 5,4 % de l'ensemble des femmes du Québec auraient reçu en 2008 un diagnostic de trouble de l'humeur tels que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie (Éco-Santé, 2013). Cependant, les données de 2009 indiquent que la proportion de la population ayant vécu un épisode dépressif majeur est moindre dans la Chaudière-Appalaches que dans la plupart des régions du Québec (Levesque et al., 2009).

---

<sup>8</sup> L'échelle de Kessler (Kessler, Andrews, Colpe, & al., 2002) évalue la détresse psychologique à partir de la nervosité, le désespoir, l'agitation, la mauvaise humeur (se sentir déprimé), le fait de se sentir dépassé (tout est un effort) et de se sentir inutile. La différence entre les taux de perception de la santé mentale et celui relatif à la détresse psychologique peut donc être expliquée, du moins en partie, par la manière de les mesurer.

Par rapport au stress, les dernières données disponibles (2007-2008) indiquent qu'environ 27,0 % des femmes de 15 ans et plus en Chaudière-Appalaches et dans la même proportion au Québec (27,0 %) éprouveraient un stress quotidien élevé, comparativement à 26,4 % des hommes pour l'ensemble du Québec (Desaulniers, 2010; Institut national de santé publique du Québec, 2008).

Concernant le suicide, six régions enregistraient durant la période 2000-2004 une mortalité par suicide significativement supérieure à la moyenne québécoise, dont la région de Chaudière-Appalaches (Institut national de santé publique du Québec, 2008). Les dernières données datant de 2009 indiquent un taux de suicide de 22 pour 100 000 habitants comparativement à 16,3 pour 100 000 dans l'ensemble du Québec (Levesque et al., 2009). Chez les femmes, ce taux était également supérieur à celui de l'ensemble des femmes québécoises (9,4 contre 7,5 pour 100 000 femmes) (Desaulniers, 2010).

#### 4.3.3 Criminalité

De 2006 à 2010 en Chaudière-Appalaches, le taux de crimes violents (taux annuel sur 5 ans) était de 591,2 pour 100 000 individus, soit près de la moitié du taux québécois (1070,6 pour 100 000) (Éco-Santé, 2013). Ce sont surtout les voies de fait qui sont signalées en 2006 chez les femmes : 279,6 victimes de voies de fait pour 100 000 femmes (499,9 au Québec) (Desaulniers, 2010).

Entre 2006 et 2010, une moyenne annuelle de 42,8 victimes d'agression sexuelle pour 100 000 habitants, surtout des jeunes filles, aurait porté plainte, comparativement à 57,7 victimes pour 100 000 habitants ayant porté plainte annuellement pour ce même crime dans l'ensemble du Québec (Desaulniers, 2010; Éco-Santé, 2013).

Chaudière-Appalaches était en 2006 la région québécoise où l'on retrouvait le moins de femmes et d'hommes victimes de violence conjugale déclarée par rapport à la population totale (Desaulniers, 2010). En 2007, 262 femmes sur 100 000 ont indiqué avoir été victimes de violence conjugale dans la région de la Chaudière-Appalaches, ce qui serait moindre que le taux global pour le Québec qui se chiffrait, pour la même période, à 421 femmes victimes ayant porté plainte pour 100 000 femmes (Éco-Santé, 2013).

#### 4.3.4 Contexte social et de vulnérabilité

La région de Chaudière-Appalaches, composée d'une ville (Lévis) et de 9 municipalités régionales de comté (MRC) et de 136 municipalités, a connu ces 15 dernières années une bonne croissance économique, générant des conditions sociales plutôt favorables pour ses 408 188 habitants comparativement à l'ensemble du Québec (Levesque et al., 2009).

La proportion de femmes vivant sous le seuil de faible revenu est, selon les dernières données de Statistiques Canada (2006 cités dans Deslauniers, 2010), globalement moins élevée dans la région de Chaudière-Appalaches que dans l'ensemble du Québec (7,6 % vs 13,3 %) (Desaulniers, 2010). La proportion de familles monoparentales avec enfants de moins de 18 ans était aussi plus faible en 2010 que la moyenne québécoise (18,5 % contre 26,2 %) (Institut de la statistique du Québec, 2013).

Les femmes de plus de 55 ans seraient les plus affectées par la pauvreté dans la région de Chaudière-Appalaches (Desaulniers, 2010). C'est principalement à Lévis que se retrouve la majorité des femmes vivant dans la pauvreté, avec une forte proportion d'entre elles qui serait âgée de plus de 65 ans.

Dans la région de Chaudière-Appalaches, les proportions de femmes occupant un emploi à temps plein et à temps partiel sont respectivement de 60,5 % et 24,4 %, comparativement à des proportions de 56,7 % pour le temps plein et 25,9 % pour le temps partiel pour l'ensemble des femmes québécoises (Institut de la statistique du Québec, 2013). Dans les territoires de L'Islet, Les Etchemins et L'Amiante, la participation des femmes au marché du travail est plus faible comparativement à Lévis et à La Nouvelle-Beauce. Les femmes y sont moins nombreuses à travailler que la moyenne régionale et plus nombreuses à occuper des emplois à temps partiel (Desaulniers, 2010).

Selon l'Institut national de santé publique du Québec, la proportion de la population âgée de 12 ans et plus n'ayant pas un niveau élevé de soutien social était de 15,3 % en 2008 pour la région de Chaudière-Appalaches, ce qui était similaire au reste du Québec qui présentait une proportion de 15,2 % pour la même période (Institut national de santé publique du Québec, 2008). Enfin, la population issue de l'immigration est faible, tournant autour de 1 % (Levesque et al., 2009).

#### 4.4 Caractéristiques des services offerts dans la région

Pour ce qui est de l'organisation des services en santé mentale en Chaudière-Appalaches, la gamme de services est considérée complète par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les services de consultation téléphonique *Urgence-Détresse* et *Info-Santé* sont disponibles. Un service téléphonique est également dédié aux partenaires. Le service mobile de crise, comprenant un intervenant pouvant se déplacer dans la communauté pour évaluer une situation de crise et offrir un soutien immédiat, est assuré par les CSSS en lien avec les organismes communautaires en ce qui concerne l'hébergement (MSSS, 2012).

Un document du ministère de la Santé et des Services sociaux (2012) précise que le CSSS Alphonse Desjardins possède le statut de soutien régional aux autres CSSS de la région, aux équipes de 2e ligne des centres hospitaliers et auprès du Centre jeunesse quant à l'offre de services en pédopsychiatrie. Cependant, selon le MSSS, la trajectoire des services ainsi que le guichet d'accès en santé mentale étaient, en 2012, toujours en cours de développement et de consolidation.

Un programme de traitement, d'hébergement et de réadaptation pour les personnes atteintes de troubles mentaux graves et de troubles liés à la dépendance (consommation de substances psychoactives ou autres) est offert à la population régionale par l'entremise du programme le Rond-Point, en partenariat avec le CSSS de Beauce (MSSS, 2012).

Selon le Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux la région de Chaudière-Appalaches présente un nombre important d'indicateurs favorables ainsi qu'un bon niveau d'atteinte des balises de performance des services (adaptation, production, culture organisationnelle, atteinte des buts) au Québec avec 83,9 % des objectifs ayant été atteints (Levesque et al., 2009).

## 5. Résultats de l'enquête par questionnaire

Les questionnaires de l'étude ont été distribués par l'intermédiaire de 16 organismes communautaires de la région tel qu'indiqué à la section 3. Un total de 171 femmes provenant des cinq territoires des CSSS de Chaudière-Appalaches ont répondu au questionnaire. Les caractéristiques sociodémographiques des participantes sont présentées à la section 5.1. Les sections suivantes décrivent les résultats selon les dix catégories de facteurs du modèle conceptuel pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux (Desjardins et al., 2008). Les résultats relatifs aux facteurs ayant un impact positif en termes de promotion de la santé mentale et de prévention des problèmes de santé mentale sont d'abord présentés. Ils sont suivis des résultats relatifs aux facteurs ayant un impact négatif sur la santé mentale. Pour chacune des catégories, les variables sont décrites en termes de mesures descriptives (proportions, moyennes et écart-types<sup>9</sup>). Certains résultats sont complétés par des données qualitatives.

### 5.1 Caractéristiques sociodémographiques

Les caractéristiques sociodémographiques des participantes à cette étude apparaissent au tableau 2. La moyenne d'âge des femmes est de 45 ans, avec plus de 40 % des femmes âgées de 55 ans et plus. Environ la moitié des participantes possède une formation postsecondaire<sup>10</sup> et la majorité (58,5 %) vit en couple. Les femmes occupant un emploi (43,3 %) et les femmes retraitées (27,5 %) représentent les principales catégories d'occupation, alors qu'une participante sur cinq se trouve soit au foyer sans emploi, soit bénéficiaire de l'aide sociale ou prestataire de l'assurance-emploi. Environ le tiers des répondantes rapporte une situation financière précaire.

Les participantes proviennent principalement de Lévis (23,4 %), Beauce-Sartigan (20,5 %), Lotbinière (11,1 %), L'Islet (8,2 %), La Nouvelle-Beauce (7,0 %) et Bellechasse (6,4 %). Conséquemment, selon les CSSS, les répondantes proviennent essentiellement

---

<sup>9</sup> L'écart-type est une mesure de la dispersion des données. Il indique l'écart des données autour de la moyenne. Plus l'écart-type est grand, plus les données sont étendues, ce qui est le cas ici.

<sup>10</sup> Selon les données du Conseil du statut de la femme (2006), 36,9 % des femmes de Chaudière-Appalaches ont effectué des études post-secondaires. Les femmes de notre échantillon sont davantage scolarisées que la moyenne régionale.

des CSSS Alphonse-Desjardins (48 %), CSSS de Beauce (24 %) et CSSS de Montmagny L'Islet (11,7 %).

**Tableau 2 : Caractéristiques démographiques des participantes (N = 171)**

Caractéristiques	N	%
<b>Âge (moyenne ± écart-type : 45,4 ± 18,1)</b>		
18 à 24 ans	36	21,1
25 à 34 ans	24	14,0
35 à 44 ans	19	11,1
45 à 54 ans	23	13,5
55 ans et plus	65	40,4
Données manquantes	4	2,3
<b>Niveau d'éducation complété</b>		
Primaire	38	22,2
Secondaire	53	31,0
Postsecondaire	80	46,8
<b>État civil</b>		
Célibataire	31	18,1
Mariée / Conjointe de fait / Union libre	100	58,5
Veuve / Divorcée / Séparée	39	22,8
Données manquantes	1	0,6
<b>Occupation principale</b>		
En emploi	74	43,3
Étudiante	13	7,6
Retraitée	47	27,5
Autre (à la maison, assurance-emploi, aide sociale)	37	21,6
<b>Évaluation auto-rapportée du revenu</b>		
Très pauvre	15	8,8
Pauvre	40	23,4
Revenu suffisant	91	53,2
À l'aise	20	11,7
Données manquantes	5	2,9
<b>Lieu de résidence</b>		
CSSS Alphonse-Desjardins	82	48,0
CSSS de Beauce	41	24,0
CSSS de la région de Thetford	6	3,5
CSSS de Montmagny-l'Islet	20	11,7
CSSS des Etchemins	8	4,7
Autre	1	0,6
Données manquantes	13	7,6

## 5.2 Données relatives aux facteurs positifs sur la santé mentale

### 5.2.1 Ressources personnelles de base

Les ressources personnelles de base ont trait aux connaissances et aux compétences que la personne possède pour faire face aux demandes et aux défis de la vie de tous les jours. Il est question d'attitudes, de gestion des émotions, d'autocontrôle, de capacité de repérer, traiter et utiliser adéquatement l'information. Les attitudes en lien avec le recours à l'aide professionnelle selon les besoins font aussi partie des ressources personnelles de base.

**Faire face aux défis et aux demandes de la vie.** Les données indiquent que plus des deux-tiers des participantes (69,6 %) se sentent capables de faire face aux défis et aux demandes de la vie quotidienne (voir tableau 3). Par contre, près du quart des participantes (24 %) ne se disent qu'un peu d'accord avec cet énoncé, tandis que 2,9 % (5 femmes) disent s'en sentir incapables. Plus de la moitié (57,9 %) croit posséder toutes les connaissances nécessaires pour faire face aux défis de leur quotidien, tandis que le tiers (32,2 %) ne se dit qu'un peu d'accord avec cet énoncé et 5,8 % (10 femmes) croient ne pas avoir les connaissances nécessaires. Les deux tiers (64,9 %) estiment rester positives face aux demandes de la vie. Ainsi, selon les données, moins de 5,8 % des femmes risquent d'éprouver des difficultés à faire face aux défis de la vie quotidienne faute de connaissances, de capacité suffisante ou d'une attitude positive. Cependant, en incluant les réponses « un peu d'accord », autour de 32,2 % des participantes pourraient aussi ressentir certaines difficultés dans ce sens.

**Attitudes envers la recherche d'aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale chez les femmes qui croyaient avoir probablement besoin de cette aide.** En tout, 89 femmes (52,0 % de l'échantillon total) font partie de ce groupe, c'est-à-dire qu'elles ont cru avoir besoin, à un moment ou l'autre de leur vie, d'aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale. Plus de la moitié de ce groupe (56,2 % : 50 femmes) disent avoir consulté un professionnel de la santé alors qu'elles croyaient en avoir besoin, tandis que 43,8 % de ce groupe (39 femmes) ont dit ne pas l'avoir fait malgré qu'elles en ressentaient le besoin. Parmi ces 39 femmes, 19 ont évoqué comme raison vouloir résoudre le problème sans aide professionnelle, 18 croyaient que le problème allait s'améliorer tout seul, sans aide professionnelle, 11 croyaient que l'aide serait inutile et 9 se sont dites trop gênées ou embarrassées pour consulter un professionnel de la santé ou des services sociaux.

**Tableau 3 : Faire face aux défis et aux demandes de la vie de tous les jours**

Énoncés	Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Tout à fait d'accord	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
En général, je crois posséder toutes les connaissances nécessaires pour faire face aux défis de ma vie de tous les jours	10 (5,8)	55 (32,2)	99 (57,9)	7 (4,1)
En général, je me sens capable de faire face aux demandes et aux défis de ma vie de tous les jours	5 (2,9)	41 (24,0)	119 (69,6)	6 (3,5)
En général, je reste positive face aux demandes et aux défis de ma vie de tous les jours	7 (4,1)	46 (26,9)	111 (64,9)	7 (4,1)

### 5.2.2 Estime de soi

L'estime de soi correspond à la perception de sa valeur, de son identité distincte. Une bonne estime de soi procure un sentiment de bien-être et contribue au développement de relations interpersonnelles positives.

**Estime de soi.** La majorité des participantes (79,5 % : 136 femmes) se perçoit comme une personne de valeur au même titre que toute autre personne et est généralement satisfaite d'elle-même (63,7 % : 109 femmes) (voir tableau 4). Une faible estime de soi semble être le lot d'environ une dizaine de femmes ayant participé à l'étude. Les données indiquent que 3,5 % des répondantes (6 femmes) ne se sentent généralement pas satisfaites d'elles-mêmes, 4,1 % (7 femmes) croient ne pas avoir de valeur au même titre que toute autre personne, 5,8 % (10 femmes) disent ne pas avoir une attitude positive envers elles-mêmes, 14,8 % (24 femmes)<sup>11</sup> estiment avoir peu de raisons d'être fières d'elles-mêmes et 47,4 % (81 femmes) souhaiteraient avoir plus de respect pour elles-mêmes.

---

<sup>11</sup> Cette donnée légèrement plus élevée que les autres peut être expliquée par le fait que le choix de réponses à cette question était inversé par rapport aux autres du même thème (estime de soi). Certaines femmes ont pu répondre rapidement sans remarquer cette particularité.

**Satisfaction dans la vie affective et sexuelle.** Seules les femmes vivant avec un conjoint (en union libre ou mariées), soit 113 femmes (66,1 %), ont été invitées à répondre aux deux questions en lien avec leur vie affective et sexuelle. De ce groupe, 77,0 % (87 des 113 femmes) estiment avoir une vie affective satisfaisante, tandis que 67,7 % (74 femmes de ce groupe) considèrent satisfaisante leur vie sexuelle. Ainsi, environ le quart des femmes vivant avec un conjoint ne peut affirmer avoir une vie affective et sexuelle satisfaisante avec ce dernier.

**Tableau 4 : Estime de soi**

Énoncés	Pas du tout d'accord	Un peu d'accord	Tout à fait d'accord	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Je suis généralement satisfaite de moi (Q42)	6 (3,5)	51 (29,8)	109 (63,7)	5 (2,9)
Je pense que je suis une personne de valeur au même titre que n'importe qui d'autre (Q43)	7 (4,1)	23 (13,5)	136 (79,5)	5 (2,9)
J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même (Q44)	33 (19,3)	49 (28,7)	81 (47,4)	8 (4,7)
J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même (Q45)	10 (5,8)	60 (35,1)	94 (55,0)	7 (4,1)
Je sens peu de raisons d'être fière de moi (Q46)	100 (58,5)	37 (21,6)	24 (14,0)	10 (5,8)

### 5.2.3 Soutien social

Le soutien social correspond aux réponses de l'environnement à la demande d'aide et de soutien sur les plans émotif, informatif ou matériel. Sont considérées dans cette catégorie les perceptions en regard du réconfort, des soins et de l'aide reçus par l'entourage et au sein des relations interpersonnelles entre pairs, amis, membres de la famille et proches.

**Soutien disponible.** La majorité des participantes estime pouvoir compter sur des gens pour se procurer du soutien, comme l'indiquent les proportions relatives aux six questions posées sur ce thème (entre 60,6 % et 78,2 % des répondantes sont tout à fait

d'accord) (voir tableau 5). Cependant, l'accord est mitigé (un peu d'accord) pour des proportions variant entre 16,5 % et 30,0 % des femmes. Entre 3,5 % et 7,3 % des répondantes (4 et 12 femmes) se disent pas du tout d'accord avec l'un ou plusieurs des énoncés, ce qui indique un pauvre soutien social perçu par ces dernières.

**Tableau 5 : Soutien social**

<b>Caractéristiques</b>	<b>Pas du tout d'accord</b>	<b>Un peu d'accord</b>	<b>Tout à fait d'accord</b>	<b>Données manquantes</b>
	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>	<b>N (%)</b>
Il y a autour de moi des gens ...				
... sur qui je peux compter quand j'ai besoin d'aide (Q47)	6 (3,5)	31 (18,2)	129 (75,9)	4 (2,4)
... sur qui je peux compter pour m'aider à me détendre lorsque je suis sous pression (Q48)	10 (5,9)	51 (30,0)	103 (60,6)	6 (3,5)
... qui m'acceptent telle que je suis, avec mes bons et mes mauvais côtés (Q49)	4 (2,4)	28 (16,5)	133 (78,2)	5 (2,9)
... sur qui je peux compter pour s'occuper de moi quoi qu'il arrive (Q50)	9 (5,3)	43 (25,3)	113 (66,5)	5 (2,9)
... sur qui je peux compter pour m'aider à me sentir mieux quand je broie du noir (Q51)	12 (7,3)	41 (24,1)	112 (65,9)	5 (2,9)
... sur qui je peux compter pour me consoler quand je suis bouleversée (Q52)	8 (4,7)	44 (25,9)	113 (66,5)	5 (2,9)

Si on considère uniquement les femmes qui habitent avec d'autres personnes et qui ont répondu à la question, seulement 26 femmes sur 138 (18,8 %) se disent tout à fait en désaccord avec le fait qu'il y a beaucoup d'entraide et de soutien entre les gens qui vivent avec elles (voir tableau 6). Aussi, si l'on ne retient que les femmes vivant avec un conjoint, 29 femmes sur 112 (25,9 %) se disent tout à fait en désaccord avec la proposition qu'elles reçoivent beaucoup d'aide de ce conjoint, ce qui représente plus du quart d'entre elles.

**Tableau 6 : Entraide et soutien**

Caractéristiques	En désaccord	En accord	Ne sais pas	Manquante
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Il y a beaucoup d'entraide et soutien entre les gens vivant avec elles (Q74)	26 (15,3)	112 (65,9)	18 (10,6)	13 (7,6)
Il y a beaucoup de soutien de la part du conjoint (Q83)	29 (17,1)	83 (48,8)	6 (3,5)	52 (30,6)
Il y a beaucoup d'entraide entre voisins dans le quartier (Q59)	41 (24,1)	91 (53,5)	37 (21,8)	1 (0,6)

**Groupe de soutien ou d'entraide.** En tout, 44 femmes (25,7 %) disent avoir participé, au cours des 12 derniers mois, à un groupe de soutien ou d'entraide pour obtenir du soutien et pour partager les problèmes reliés à leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogue. Les principaux groupes de soutien nommés par les femmes sont reliés à la naissance d'un enfant (13 femmes), à la violence physique/psychologique/sexuelle (6 femmes), à la confiance en soi, aux émotions et au stress (5 femmes), au soutien aux parents (4 femmes), à un problème de santé physique ou mental (4 femmes), à la consommation abusive d'alcool (2 femmes) et au deuil ou à la maladie (2 femmes). Seulement 3 femmes rapportent avoir participé à un forum de discussion sur Internet afin d'obtenir du soutien.

#### 5.2.4 Inclusion sociale

L'inclusion sociale, à savoir la contribution active de tous et de toutes à la société, est un facteur positif pour le maintien d'une bonne santé mentale. Elle comprend les relations de réciprocité et de confiance qui facilitent la coopération et l'entraide pour l'atteinte d'un but commun.

**Contribuer sur le plan social.** Il ressort que 66,5 % des femmes (113 femmes) disent avoir généralement le sentiment de contribuer activement à la société sur les plans économique, social, culturel ou politique. Par ailleurs, 31,8 % (54 femmes) affirment qu'elles contribuent parfois aux activités d'un groupe communautaire, d'une association ou d'un regroupement alors que 40 % (68 femmes) affirment y contribuer souvent, ce qui revient à dire que près des trois quarts de l'ensemble des femmes de l'étude (71,8 %) y participent parfois ou souvent. Quelques femmes (22 femmes) disent faire du bénévolat dans leur communauté sans toutefois préciser le domaine dans lequel elles le font, alors que 13 femmes précisent qu'elles travaillent dans un organisme communautaire. De plus, 14 participantes rapportent qu'elles contribuent aux activités d'un regroupement destiné aux femmes<sup>12</sup> alors que 12 contribuent à un regroupement lié à la naissance. D'autres se disent actives dans des organisations visant les loisirs tels que les activités artistiques, artisanales ou sportives (11 femmes). Enfin, 6 femmes disent faire du bénévolat auprès des jeunes et 4 auprès des aînés. Les autres rapportent faire du bénévolat dans différents domaines tels que l'alimentation (5 femmes), la santé physique ou mentale (4 femmes) ou encore l'environnement (3 femmes).

#### 5.2.5 Environnements favorables

Les environnements favorables ont trait aux conditions adéquates sur les plans socioéconomique, physique, politique et communautaire. Ils comprennent les infrastructures et les services sociaux et de santé, de même que l'accès à des milieux sains, stimulants et sécuritaires.

**Milieu de vie.** Les données indiquent que la grande majorité des répondantes se considèrent bien logées (89,4 %) et disposent d'une épicerie près de chez elles (88,8 %) (voir tableau 7). Les répondantes estiment que des services éducationnels sont accessibles dans leur quartier dans une proportion de 57,6 %. À ce sujet, 13,5 % des

---

<sup>12</sup> Elles ne précisent pas toutes si c'est dans le cadre d'un travail ou de bénévolat.

femmes affirment qu'elles auraient eu besoin de formation<sup>13</sup> dans les 12 derniers mois mais que ce besoin n'a pu être satisfait.

**Tableau 7 : Perception du milieu de vie : aspects positifs**

Caractéristiques	En désaccord	En accord	Ne sait pas	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Être bien logée (loyer sain et abordable) (Q69)	15 (8,8)	152 (89,4)	1 (0,6)	2 (1,2)
Épiceries accessibles près de chez soi (Q65)	17 (10,0)	151 (88,8)	0 (0,0)	2 (1,2)
N'y avoir que des dépanneurs pour faire ses courses près de chez soi (Q66)	85 (50,0)	78 (45,9)	2 (1,2)	4 (2,4)
Services éducationnels accessibles dans son quartier (Q68)	48 (28,2)	99 (57,6)	20 (11,8)	4 (2,4)
Activités sportives et culturelles stimulantes dans son quartier (Q67)	31 (18,2)	121 (71,2)	15 (8,8)	3 (1,8)
Se sentir en sécurité chez soi (Q70)	9 (5,3)	157 (92,4)	2 (1,2)	2 (1,2)
Se sentir en sécurité dans mon quartier (Q57)	9 (5,3)	154 (90,6)	5 (2,9)	2 (1,2)

<sup>13</sup> Formation pour obtenir un diplôme ou un emploi ou encore concernant le développement de certaines compétences, par exemple les compétences parentales ou encore l'estime de soi ou l'autodéfense.

Plus précisément, 5 femmes ont mentionné avoir souhaité une formation technique (cégep par exemple) ou conduisant à l'obtention d'un emploi ou à un changement d'emploi et n'avoir pas eu accès à cette formation. Trois femmes ont rapporté que les services éducationnels n'étaient pas disponibles dans leur milieu et qu'elles ne disposaient pas de moyen de transport pour avoir accès aux services éducationnels plus éloignés. Les coûts de la formation, de même que le fait de ne pas répondre aux critères d'admissibilité ont été évoqués à deux reprises comme obstacles à la formation. Enfin, la majorité des femmes disent se sentir en sécurité dans leur foyer (92,4 %) de même que dans leur quartier (90,6 %).

**Services de garde et d'éducation pour les enfants.** Parmi les 105 femmes qui ont des enfants de moins de 16 ans, 67,6 % d'entre elles (71 femmes) considèrent qu'il y a des services de garde de qualité et accessibles dans leur milieu. Une proportion de 19,0 % (20 femmes) croit plutôt le contraire, tandis que 13 % (14 femmes) disent ne pas savoir. Par ailleurs, 43,3 % de ce groupe (45 femmes) estiment qu'il manque de places dans les services de garde à contribution réduite dans leur quartier alors que 21,9 % (23 femmes) croient le contraire; 34,6 % (36 femmes) disent ne pas le savoir. La grande majorité des femmes ayant des enfants de moins de 16 ans (91,4 % : 96 femmes), estiment qu'il y a de bonnes écoles (primaires et secondaires) dans leur quartier. Enfin, 5,7 % (6 femmes) croient le contraire, tandis que 2,9 % (3 femmes) disent ne pas le savoir.

**Services de santé.** Les données indiquent que près des trois quarts des participantes (73,5 %) reconnaissent qu'il y a des services de santé accessibles dans leur quartier (voir tableau 8). La situation est différente en regard des services de santé mentale puisque la proportion des femmes reconnaissant leur accessibilité s'élève à 49,4 %. Près du quart des femmes (23,5 %) disent ne pas le savoir et le quart d'entre elles sont d'avis que les services de santé mentale ne sont pas accessibles dans leur quartier. Les services sociaux et les services communautaires sont davantage perçus par les femmes comme accessibles, et ce, dans des proportions respectives de 64,7 % et de 70,0 %. Par ailleurs, 14,7 % et 12,4 % ne sauraient dire à propos de ces services.

**Professionnels consultés.** Parmi les 101 femmes rapportant souffrir ou avoir souffert d'un problème de santé mentale, 96,0 % d'entre elles (97 femmes) ont consulté un professionnel pour ce problème (voir tableau 9). Les ressources les plus fréquemment utilisées sont les médecins de famille, qui ont été consultés par 70,3 % des femmes. Les psychologues ou psychiatres suivent de près, avec une proportion de 68,3 % des femmes ayant recouru à leurs services. De fait, parmi les 71 femmes ayant consulté un médecin de famille, une majorité (78,8 % de ce groupe : 56 femmes) a également consulté un

psychologue ou un psychiatre. Une forte proportion (44,6 %) de femmes a bénéficié de l'apport d'un travailleur social. Parmi les autres professionnels consultés, les femmes ont également mentionné des intervenants sociaux (5 femmes), des psychothérapeutes (4 femmes) et des professionnels travaillant dans le domaine neurologique (2 femmes).

**Tableau 8 : Perception de la présence de services de santé et de services sociaux**

Caractéristiques	En désaccord	En accord	Ne sait pas	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Il y a des services de santé accessibles dans mon quartier (Q61)	38 (22,4)	125 (73,5)	6 (3,5)	1 (0,6)
Il y a des services de santé mentale accessibles dans mon quartier (Q62)	43 (25,3)	84 (49,4)	40 (23,5)	3 (1,8)
Il y a des services sociaux accessibles dans mon quartier (Q63)	32 (18,8)	110 (64,7)	25 (14,7)	3 (1,8)
Il y a des services communautaires accessibles dans mon quartier (Q64)	27 (15,9)	119 (70,0)	21 (12,4)	3 (1,8)

**Tableau 9 : Professionnels consultés pour un problème de santé mentale (N=101)**

Professionnel consulté	N	%
Médecin de famille ou omnipraticien	71	70,3
Psychologue ou psychiatre	69	68,3
Travailleur social	45	44,6
Infirmière	5	5,0
Conseiller religieux ou spirituel	4	4,0
Professeur ou orienteur	4	4,0
Autre	11	10,9

**Nombre de visites chez un professionnel.** Le nombre de visites effectuées durant la dernière année par les femmes ayant un problème de santé mentale est très variable. La moitié des femmes (50,6 %) ont rencontré un professionnel quatre fois ou moins durant la dernière année tandis que 19,9 % d'entre elles comptent dix visites et plus (voir tableau 10).

**Tableau 10 : Nombre de visites dans la dernière année en lien avec les problèmes de santé mentale (N=101)**

Nombre de visites	N	%
Aucune visite	16	15,8
1 à 4 visites	51	50,6
5 à 9 visites	14	13,9
10 à 19 visites	12	11,9
20 visites et plus	8	8

**Services sollicités pour de l'aide.** Lorsque questionnées quant aux services auxquels elles font appel pour leurs problèmes de santé mentale, les femmes ont majoritairement mentionné la clinique externe avec rendez-vous (50,5 % de ce groupe: 51 femmes). Suivent le CLSC (29,7 % : 30 femmes), l'hôpital (23,8 % : 24 femmes), la clinique externe de psychiatrie (15,8 % : 16 femmes), la clinique sans rendez-vous (13,9 % : 14 femmes), un service de désintoxication (2,9 % : 3 femmes), une ligne téléphonique (2,9 % : 3 femmes), la clinique externe d'un hôpital (1,9 % : 2 femmes) et enfin, une consultation au travail ou à l'école (4,9 % : 5 femmes).

**Types d'aide ou de service reçu.** Une proportion de 59,0 % des femmes (101 femmes) ont rapporté avoir soit un problème de santé mentale au moment de l'enquête, soit avoir eu un problème de santé mentale auparavant. De ce nombre, près de la moitié (46,5 % : 47 femmes) ont suivi une psychothérapie, alors que 58,4 % (59 femmes) ont été traitées avec des médicaments. Sept femmes ont reçu d'autres traitements, comme une relation d'aide par un intervenant social, de l'homéopathie ou un traitement de la douleur. Quatorze femmes ont mentionné ne pas avoir eu de traitement pour leurs problèmes de santé mentale. Six d'entre elles n'en ont pas ressenti le besoin, ayant préféré utiliser leurs ressources personnelles et deux ont rapporté ne pas avoir accepté une médication.

**Niveau de satisfaction de l'aide ou des services reçus.** Parmi les 101 femmes ayant ou ayant eu dans le passé des problèmes de santé mentale, 53,5 % se disent plutôt satisfaites des traitements et des services reçus pour leurs problèmes de santé mentale, 18,8 % sont neutres et 11,9 % se disent plutôt insatisfaites. Près de la moitié des femmes de ce groupe (49,5 %) ont répondu que les professionnels les ont beaucoup aidées lors de leur dernier épisode de trouble mental, 29,7 % affirment qu'en général, les professionnels les ont aidées un peu et 3,9 % estiment que les professionnels ne les ont pas du tout aidées. Quelques commentaires ont été mentionnés, parmi lesquels 13 précisent que le service a été aidant, 7 révèlent une bonne écoute, 3 ont trait au fait de ne pas s'être senties jugées et 3 autres rapportent la compétence du personnel. Trois commentaires relatent par contre des listes d'attente longues et deux autres soulignent une absence de services.

Les femmes qui ont affirmé avoir été aidées par des professionnels de la santé spécifiquement ont émis plusieurs commentaires en complément de leurs réponses. Dix femmes disent avoir été aidées par le soutien, les conseils et la compréhension. D'autres femmes (9) ont tiré profit des prises de conscience sur elles-mêmes; 7 ont trouvé des solutions à leurs problèmes ou en sont arrivées à prendre soin d'elles-mêmes et 5 se sont senties aidées grâce à une médication appropriée. Les commentaires plus négatifs portaient principalement sur le temps d'attente pour obtenir un service (3 femmes), l'insuffisance de ressources ou la courte durée des traitements (3 femmes) et le fait de ne toujours pas être guéries ou d'être en processus de guérison (3 femmes).

**Abandon de l'aide ou des services initiés.** Parmi les 89 femmes ayant obtenu un suivi d'un professionnel pour un problème de santé mentale, 26,9 % (24 femmes) l'ont mené à terme. Par contre, 73,0 % (65 des 89 femmes) ont révélé avoir mis fin à leur suivi. Parmi ces 65 femmes, 7 ont évoqué comme raison la croyance que le problème allait s'améliorer tout seul sans plus d'aide professionnelle, tandis que 5 ont dit souhaiter résoudre le problème sans plus d'aide professionnelle. Seulement l'une d'entre elles se sentait trop gênée ou embarrassée de consulter un professionnel pour des problèmes de santé mentale. Les autres raisons que les femmes ont évoquées pour cesser de consulter sont la difficulté d'obtenir un rendez-vous (3 femmes), l'insatisfaction à l'égard du professionnel (3 femmes), l'obligation de changer de professionnel (2 femmes) ou la croyance que le problème était résolu (2 femmes).

Outre les femmes pour lesquelles la question ne s'applique pas (67 femmes) et les données manquantes (15 femmes), 43,8 % (39 femmes sur 89) ont mentionné ne pas avoir consulté un professionnel alors qu'elles en avaient probablement besoin, tandis que

56,1 % (50 femmes) disent avoir consulté lorsqu'elles croyaient en avoir besoin. Le tableau 11 présente les raisons évoquées par les femmes n'ayant pas consulté.

**Tableau 11 : Raisons évoquées par les femmes pour ne pas avoir consulté un professionnel de la santé**

<b>Raisons pour ne pas avoir consulté</b>	<b>N (%)</b>
Vouloir résoudre le problème sans aide professionnelle	19 (48,7)
Croire que le problème allait s'améliorer tout seul, sans aide professionnelle	18 (46,2)
Penser que cela n'aiderait pas, que c'était inutile	11 (28,2)
Être trop gênée ou embarrassée de consulter	9 (23,1)
Croire ne pas pouvoir payer	8 (20,5)
Le problème s'est réglé rapidement	4 (10,3)
Ne pas s'être sentie confortable avec l'approche d'un professionnel rencontré dans le passé	4 (10,3)
Le service ou le programme n'était plus disponible	4 (10,3)
Problèmes de transport	3 (7,7)
Problèmes relatif à la garde des enfants	2 (5,1)
Problème d'horaire	1 (2,6)
<b>Autres raisons évoquées par les femmes</b>	
Difficulté à admettre avoir un problème de santé mentale	3
Délais d'attente trop long	2
Manque de motivation (pas envie)	1
Ne pas être consciente d'avoir un problème de santé mentale	1
Pression de l'entourage (« tu n'as pas besoin d'un psychologue »)	1

**Aide ou services non obtenus pour des problèmes de santé mentale malgré les besoins ressentis.** Le tiers des 85 femmes (31,8 % : 27 femmes), pour lesquelles la question s'applique et qui ont répondu à celle-ci, affirment ne pas avoir obtenu l'aide pour leur problèmes de santé mentale malgré qu'elles en ressentaient le besoin et ce, au cours des 12 derniers mois. Concernant précisément les besoins de services de santé, 19,0% des femmes (16 des 84 femmes), pour lesquelles la question s'applique et qui y ont

répondu, affirment ne pas avoir obtenu de service de santé pour leur problèmes de santé mentale malgré qu’elles en ressentaient le besoin (voir tableau 12).

**Aide ou soutien domestique non obtenu malgré le besoin ressenti.** Une proportion de 16,5 % (28 femmes) de l’ensemble des répondantes estiment ne pas avoir reçu l’aide ou le soutien domestique dont elles ressentaient le besoin au cours des 12 derniers mois (voir tableau 12).

**Tableau 12 : Aide non obtenue malgré le besoin ressenti au cours des 12 derniers mois**

Caractéristiques	Non applicable	Oui	Non	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Besoin d’aide ressenti pour des problèmes de santé mentale, mais aide non obtenue (Q87)	72 (42,4)	27 (15,9)	58 (34,1)	13 (7,6)
Besoin de services de santé ressenti pour des besoins en santé mentale, mais services non obtenus (Q88)	72 (42,4)	16 (9,4)	68 (40,0)	14 (8,2)
Besoin d’aide ou de soutien domestique, ou de soutien d’un réseau communautaire ressenti, mais aide ou soutien non obtenu (Q89)	-	28 (16,5)	136(80,0)	6 (3,5)

### 5.3 Données relatives aux facteurs négatifs sur la santé mentale

#### 5.3.1 Facteurs biologiques négatifs

Les facteurs biologiques négatifs correspondent aux différents problèmes de santé mentale et de santé physique vécus par les femmes, aux problèmes de consommation de drogue et d’alcool et à la question de la comorbidité.

**Perception de son état de santé.** Parmi les 171 participantes à l'étude, un peu plus de la moitié (59,1 % : 101 femmes) rapporte souffrir ou avoir souffert d'un problème de santé mentale. Néanmoins, la majorité des femmes (81,3 % : 139 femmes) soutient actuellement avoir une bonne à excellente santé mentale. De même, 74,3 % (127 femmes) rapportent une santé physique actuelle de bonne à excellente (voir tableau 13). Inversement, 18,7 % (32 femmes) considèrent leur santé mentale mauvaise ou passable tandis que pour la santé physique, c'est le cas de 25,7 % (44 femmes) des femmes.

**Tableau 13 : Perception de sa santé mentale (N=171)**

Question	Mauvaise	Passable	Bonne	Très bonne	Excellente
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Actuellement, diriez-vous que votre santé mentale est : (Q11)	4 (2,3)	28 (16,4)	63 (36,8)	49 (28,7)	27 (15,8)
Actuellement, diriez-vous que votre santé physique est : (Q12)	8 (4,7)	36 (21,1)	71 (41,5)	42 (24,6)	14 (8,2)

**Troubles mentaux reconnus par les femmes.** Le tableau 14 présente les principales affections mentales rapportées par les participantes. Les troubles dépressifs et anxieux constituent les maladies les plus fréquentes, avec environ 40 % des répondantes indiquant avoir été affectée ou être affectée par l'un ou l'autre de ces troubles. Une plus petite proportion (13,5 % : 23 femmes) reconnaît avoir ou avoir eu des problèmes de dépendance. Des proportions similaires de femmes disent présenter un trouble de la personnalité (8,2 % : 14 femmes) ou un trouble de l'alimentation (8,2 % : 14 femmes). Enfin, 4,7 % (8 femmes) présentent un trouble bipolaire et aucune, selon les réponses obtenues, ne souffre de schizophrénie.

**Tableau 14 : Principaux troubles mentaux vécus par les répondantes (actuels ou passés) (n=171)**

Trouble mental	N	%
Troubles anxieux	67	39,2
Troubles dépressifs	72	42,1
Dépendances (jeux, alcool, drogues, médicaments, etc.)	23	13,5
Troubles de la personnalité	14	8,2
Troubles de l'alimentation	14	8,2
Trouble bipolaire	8	4,7
Schizophrénie	0	0
Autres	4	2,3

**Comorbidité.** La comorbidité s'avère également importante puisque plus du tiers des participantes (38 % : 65 femmes) rapporte avoir présenté ou présente actuellement au moins deux troubles mentaux différents (voir tableau 15).

L'anxiété et la dépression constituent les deux comorbidités les plus souvent citées (26,9 % de l'ensemble des 171 répondantes : 46 femmes), suivies par la concomitance d'anxiété et de dépendances (8,7 % : 15 femmes), d'anxiété et de troubles alimentaires (8,7 % : 15 femmes) et d'anxiété et de troubles de la personnalité (6,4 % : 11 femmes) (voir tableau 16). Les présences simultanées de dépression et de dépendance (8,7 % : 15 femmes), de dépression et de troubles alimentaires (9,9 % : 17 femmes) et de dépression et de troubles de la personnalité (7,6 % : 13 femmes) sont également fréquemment rapportées.

**Caractère continu ou permanent du trouble mental.** Si l'on ne retient que les femmes qui ont rapporté un trouble de santé mentale et qui ont répondu à la question sur le caractère continu ou permanent du trouble mental, 17,5 % d'entre elles (17 des 97 femmes de ce groupe) croient que le trouble est continu ou permanent, 27,8 % (27 des 97 femmes de ce groupe) le considèrent intermittent, tandis que 54,6 % (53 des 97 femmes) croient que le trouble est passager ou résolu.

**Tableau 15 : Nombre de troubles mentaux mentionnés par les participantes (troubles courants ou passés) (N=171)**

Nombre de troubles courants ou passés mentionnés	N	%
0	70	40,9
1	36	21,1
2	37	21,6
3	15	8,8
4	10	5,8
≥5	3	1,8

**Tableau 16 : Troubles mentaux observés en concomitance (N=65)**

	Dépression N	Trouble bipolaire N	Dépendance N	Trouble personnalité N	Trouble de l'alimentation N	Autres N
Anxiété	46	6	15	11	15	1
Dépression		5	15	13	17	1
Trouble bipolaire			2	2	3	0
Dépendances				7	11	1
Troubles de la personnalité					8	1
Troubles de l'alimentation						2

**Impact du trouble mental sur les activités quotidiennes.** Parmi les femmes qui ont rapporté souffrir ou avoir souffert d'un trouble mental, 99 ont répondu à la question de l'impact du trouble mental sur les activités quotidiennes. Une proportion de 19,2 % (19 des 99 femmes de ce groupe) disent que le trouble perturbe beaucoup leurs activités à l'heure actuelle, 40,4 % (40 femmes de ce groupe) rapportent qu'il perturbe un peu leurs activités et la même proportion 40,4 % (40 femmes de ce groupe), indique qu'il ne perturbe pas du tout leurs activités (voir tableau 17).

**Tableau 17 : Impact de la comorbidité sur les activités quotidiennes en fonction du nombre de troubles mentaux présents**

	Beaucoup N (%)	Un peu N (%)	Pas du tout N (%)	Données manquantes ou non applicable N (%)
À quel point le trouble mental (passé ou présent), perturbe les activités	19 (11,1 %)	40 (23,4 %)	40 (23,4 %)	72 (42,1)

Par ailleurs, l'impact semble croître avec la comorbidité, tel que l'indiquent les données regroupées au tableau 18.

**Tableau 18 : Impact de la comorbidité en fonction du nombre de troubles mentaux présents**

	1 trouble mental N (%)	2 troubles mentaux N (%)	3 troubles mentaux ou plus N (%)
Beaucoup	3 (9 %)	4 (11 %)	11 (39 %)
Un peu	12 (36 %)	19 (53 %)	9 (32 %)
Pas du tout	18 (55 %)	13 (36 %)	8 (29 %)

**Âge d'apparition du trouble mental.** En moyenne, l'âge d'apparition du premier épisode de trouble mental chez les participantes est de 27 ans ( $\pm 14,6$ ). Les troubles alimentaires semblent être survenus en moyenne plus tôt (18,0 ans), alors que l'âge moyen d'apparition des troubles bipolaires était le plus élevé (34,5 ans) (voir tableau 19).

**Tableau 19 : Âge moyen d'apparition des troubles mentaux rapportés**

Troubles mentaux	Âge (années)
Troubles anxieux	27,2
Trouble dépressif	28,7
Trouble bipolaire	34,5
Dépendance	24,3
Trouble de la personnalité	28,7
Trouble de l'alimentation	18,0
Schizophrénie	Nil

**Incapacité physique.** En tout, 36,8 % (63 femmes) des participantes rapportent vivre avec une difficulté ou une incapacité physique (voir tableau 20). De ce groupe, 55,6 % (35 des 63 femmes) affirment avoir une douleur chronique et 23,8 % (15 des 63 femmes de ce groupe) disent avoir un handicap physique ou une maladie chronique.

**Tableau 20 : Problèmes en lien avec la santé physique (N=170)**

Difficultés ou incapacité physique	N (%)
Aucune incapacité	98 (57,3)
Au moins une incapacité ou une difficulté	63 (36,8)
Données manquantes	9 (4,7)
Difficultés ou incapacités mentionnées par les femmes qui ont rapporté au moins une incapacité (N=63) <sup>14</sup>	
Douleur chronique	35 (20,5)
Handicap physique ou maladie chronique	15 (8,8)
Blessure(s) causée(s) par un accident	13 (7,6)
Complications de grossesse/accouchement	4 (2,3)
Autres problèmes évoqués par les femmes	
Différentes formes d'arthrite	5
Diabète de type 2	2
Blessures liées à la violence conjugale	2

### 5.3.2 Stress

Le stress correspond à une situation où il existe un déséquilibre entre les demandes de l'environnement et les ressources dont dispose une personne. Les stress peuvent être quotidiens (conciliation travail/famille), transitoires (déménagement, maladie) ou majeurs (perte d'un être cher).

Une proportion de 18,7 % des participantes (32 femmes) considèrent très élevé leur niveau de stress, tandis que la majorité (57,9 % : 99 femmes) qualifie leur vie d'un peu stressante et 22,8 % (39 femmes) ne la considèrent pas stressante du tout (voir tableau 21). De plus, 44,4 % des participantes (76 femmes) disent avoir l'impression de manquer souvent d'énergie pour accomplir l'ensemble de leurs tâches quotidiennes. Une proportion similaire (44,4 %) affirme que cela leur arrive seulement quelquefois. La famille a été mentionnée le plus fréquemment comme principale source de stress

<sup>14</sup> Notez qu'une femme peut avoir plus d'une incapacité physique, raison pour laquelle l'addition du nombre de femmes arrive à 67 et non à 63.

(45,6 % : 78 femmes), suivi d'un revenu insuffisant (37,4 % : 64 femmes :). La violence est mentionnée par 5,8 % des répondantes (10 femmes) comme source de stress.

**Tableau 21 : Événements rapportés comme causant le plus grand stress**

Sources de stress	N (%)
Famille	78 (45,6)
Revenu insuffisant	64 (37,4)
Travail (trop ou pas assez)	54 (31,6)
Violence	10 (5,8)
Problème de dépendance	3 (1,8)
Autres	73 (42,7)

À la question ouverte sur les principales sources de stress perçues par les femmes, celles-ci ont nommé la famille, plus particulièrement le conjoint (17 femmes), un ou des enfants (10 femmes) et un parent (3 femmes). Viennent ensuite les questions de santé (16 femmes), les aléas de la vie (6 femmes), le travail (5 femmes) ou le manque de travail (4 femmes).

Les résultats en lien avec la liste d'événements stressants proposée aux répondantes sont présentés au tableau 22. La perte d'un proche a touché 67,8 % des participantes (116 femmes). Il s'agit de l'événement le plus fréquemment rapporté. Le tiers des participantes (33,9 % : 58 femmes) a vécu des problèmes financiers. La violence conjugale et la violence à caractère sexuel ont été respectivement le lot de 21,1 % (36 femmes) et de 16,4 % (28 femmes) des répondantes. Enfin, 9,9 % des participantes (17 femmes) rapportent avoir déjà fait une tentative de suicide.

**Tableau 22 : Événements stressants vécus**

Événements vécus	N (%)
Perte d'un proche (décès, séparation, divorce)	116 (67,8)
Déménagement/éloignement	82 (48,0)
Situation de pauvreté/difficultés financières	58 (33,9)
Rôle en tant qu'aidante naturelle	51 (29,8)
Difficulté avec l'un ou plusieurs de ses enfants	44 (25,7)
Perte d'emploi/chômage	36 (21,1)
Violence conjugale	36 (21,1)
Fausse(s) couche(s)	33 (19,3)
Difficulté entourant la naissance d'un enfant	31 (18,1)
Violence à caractère sexuel	28 (16,4)
Tentative(s) de suicide	17 (9,9)
Avoir soi-même été placée en famille ou centre d'accueil	10 (5,8)
Enfant(s) placé en famille ou centre d'accueil	5 (2,9)
Incarcération	5 (2,9)
Immigration	2 (1,2)
Aucun de ces événements	12 (7,0)
Autres	24 (14,0)

### 5.3.3 Inégalités socioéconomiques

Les inégalités socioéconomiques concernent les ressources en termes de revenu et de scolarisation.

Tel que présenté dans la section portant sur les données sociodémographiques, environ la moitié des participantes possède une formation postsecondaire. Les données indiquent que 32,0 % des participantes (54 femmes) se considèrent pauvres ou très pauvres (voir tableau 23), ce qui signifie que près du tiers des répondantes rapporte une situation financière précaire. Rappelons également que le tiers des participantes (33,9 % : 58 femmes) soutient avoir déjà vécu des problèmes financiers.

**Tableau 23 : Perception de la situation financière**

Caractéristiques	Très pauvre	Pauvre	Revenu suffisant	À l'aise	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Perception de la situation financière	15 (8,9)	39 (23,1)	90 (53,3)	20 (11,8)	5(3,0)

#### 5.3.4 Exclusion sociale

La stigmatisation ou l'exclusion de la société en raison de la race, du genre, de la classe sociale, de la condition de santé mentale, ou d'autres raisons discriminatoires, influencent négativement la santé mentale. Il en va de même des facteurs qui réduisent l'accès aux ressources sociales, économiques et politiques.

L'exclusion de la vie sociale et l'accès limité à des ressources sociales sont des faits rapportés parfois ou souvent par, respectivement, 20,6 % (35 femmes) et 24,1 % (41 femmes) des participantes (tableau 24). Selon les commentaires apportés en complément des réponses, les femmes se sentent exclues de la vie sociale particulièrement lorsqu'elles doivent rester à la maison parce qu'elles n'ont pas de travail (4 femmes) ou pour s'occuper de leurs enfants (4 femmes), lorsque leur revenu est précaire (4 femmes) ou à cause de leur milieu de travail principalement masculin (3 femmes).

Rappelons que parmi les 39 femmes qui ont dit ne pas avoir consulté un professionnel de la santé alors qu'elles croyaient en avoir probablement besoin, 9 d'entre elles (23,0 % de ce groupe) ont évoqué comme raison de la gêne ou de l'embarras, ce qui laisse présager la crainte de la stigmatisation. Quelques commentaires (3 à 4), rappellent l'accès limité à des ressources disponibles en santé mentales, à savoir : les longues listes d'attentes, la difficulté à voir un professionnel, le manque de services dans sa région, l'inaccessibilité en raison de la distance, les coûts des services privés et le peu de compréhension du service médical et infirmier.

**Tableau 24 : Sentiment d'exclusion sociale**

Caractéristiques	Jamais	Rarement	Parfois	Souvent	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Exclusion de la vie sociale en raison de l'ethnie, de la religion, du sexe, de la classe sociale, de problèmes de santé mentale, de l'orientation sexuelle ou autres (Q55)	104 (61,2)	26 (15,3)	21 (12,4)	14 (8,2)	5 (2,9)
Accès limité aux ressources sociales, économiques et politiques à cause de la condition sociale ou économique, du manque de services disponibles en externe ou de longues listes d'attente (Q56)	72 (42,4)	53 (31,2)	30 (17,6)	11 (6,5)	4 (2,4)

### 5.3.5 Environnements défavorables

Les environnements défavorables correspondent à des milieux ou à des conditions de vie considérés comme ayant une influence négative sur la santé mentale. Il peut s'agir de facteurs pouvant nuire, par exemple, à l'estime de soi comme la violence physique ou psychologique.

**Milieu de vie.** Les données indiquent que le quart des répondantes reconnaissent avoir grandi dans une famille dysfonctionnelle (24,1 % : 41 femmes) ou avoir été maltraitées dans leur enfance (23,5 % : 40 femmes) et 20,6% des participantes affirment avoir été abusées sexuellement (35 femmes) (tableau 25). Certaines d'entre elles rapportent vivre dans des conditions défavorables telles que vivre avec des gens ayant des problèmes de dépendance (11,2 % : 19 femmes), subir de la violence psychologique chez soi (6,5 % : 11 femmes) et éprouver de la peur chez soi (4,1 % : 7 femmes).

**Tableau 25 : Perception du milieu de vie : aspects négatifs**

Caractéristiques	En désaccord	En accord	Ne sait pas	Données manquantes
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Avoir grandi dans une famille dysfonctionnelle (p.ex. : drogues, abus, violence) (Q77)	126 (74,1)	41 (24,1)	1 (0,6)	2 (1,2)
Avoir été maltraitée physiquement ou psychologiquement dans l'enfance (Q78)	128 (75,3)	40 (23,5)	0 (0)	2 (1,2)
Avoir été abusée sexuellement dans l'enfance (Q79)	134 (78,8)	35 (20,6)	0 (0)	1 (0,6)
Vivre avec des gens aux prises avec des dépendances importantes (drogues, alcool) (Q75)	140 (82,4)	19 (11,2)	5 (2,9)	6 (3,5)
Subir de la violence physique autre que conjugale chez soi (Q71)	165 (97,1)	1 (0,6)	2 (1,2)	2 (1,2)
Subir de la violence psychologique chez soi (Q72)	154 (90,6)	11 (6,5)	4 (2,4)	1 (0,6)
Beaucoup de violence entre gens vivant chez soi (Q73)	165 (97,1)	2 (1,2)	2 (1,2)	1 (0,6)
Éprouver souvent de la peur chez soi (Q76)	156 (91,8)	7 (4,1)	2 (1,2)	5 (2,9)
Beaucoup de querelles entre voisins dans le quartier (Q60)	122 (71,8)	13 (7,6)	34 (20,0)	1 (0,6)
Beaucoup de violence ou de drogue dans son quartier (Q58)	106 (62,4)	13 (7,6)	49 (28,8)	2 (1,2)

## 5.4 Analyses croisées

À partir d'analyses croisées réalisées entre la perception de la santé mentale des répondantes et certaines variables d'intérêt, des tendances significatives peuvent être observées pour un petit nombre de femmes<sup>15</sup> ayant participé à l'étude. Ces analyses portent l'attention sur le fait qu'un certain nombre de femmes qui recherchent de l'aide auprès des organismes communautaires sont particulièrement vulnérables et peuvent présenter des besoins particuliers en lien avec leur état de santé mentale ou physique.

Tout d'abord, nous observons que les femmes qui perçoivent leur santé physique comme étant mauvaise à passable considèrent leur santé mentale comme étant moins bonne que celles qui se disent en bonne ou en très bonne santé physique ( $p < 0,0001$ )<sup>16</sup>. Il est également possible de constater, chez les femmes qui ont vécu un épisode de trouble anxieux, une tendance à se percevoir en moins bonne santé mentale que celles qui n'ont pas vécu ce trouble ( $p < 0,0001$ ). Nous observons la même tendance chez les femmes qui ont vécu une dépression ou qui soutiennent avoir une vie très stressante (respectivement  $p < 0,003$  et  $p < 0,001$ ).

Ensuite, les femmes qui évaluent leur revenu comme étant faible ou très faible sont plus enclines à se percevoir en moins bonne santé mentale que celles qui considèrent leur revenu comme étant suffisant ou élevé ( $p < 0,001$ ). Nous observons la même tendance chez les femmes qui affirment avoir perdu leur emploi ou être au chômage, vivre en situation de pauvreté ou encore vivre un stress en raison d'un revenu insuffisant (respectivement  $p < 0,007$ ,  $p < 0,006$  et  $p < 0,005$ ).

Par ailleurs, les femmes qui rapportent vivre de la violence conjugale auraient tendance à se percevoir en moins bonne santé mentale que celles qui n'en vivent pas ( $p < 0,001$ ). Dans le même sens, les participantes qui soutiennent avoir été maltraitées physiquement ou psychologiquement durant l'enfance seraient plus nombreuses à se percevoir en moins bonne santé mentale que celles qui disent ne pas avoir vécu de maltraitance ( $p < 0,04$ ).

En ce qui a trait au sentiment d'exclusion sociale et au manque d'accès aux ressources, les données nous informent que les femmes qui affirment se sentir parfois ou souvent exclues de la société se perçoivent en moins bonne santé mentale que celles qui

---

<sup>15</sup> Il s'agit d'une vingtaine de femmes de notre échantillon.

<sup>16</sup> La valeur du « p » indique le degré de signification du test du khi-carré (différence entre deux distributions de fréquences). Plus le chiffre est petit, plus il est significatif et plus les chances de se tromper sont faibles.

affirment se sentir rarement ou jamais exclues ( $p < 0,0001$ ). Cette association avec une moins bonne perception de la santé mentale s'observe également chez les femmes qui disent vivre parfois ou souvent un manque d'accès aux ressources contrairement à celles qui ne le vivent que rarement ou jamais ( $p < 0,0001$ ).

En outre, les femmes qui révèlent avoir une faible estime de soi auraient une moins bonne perception de leur santé mentale que celles qui disent avoir une bonne estime de soi ( $p < 0,001$ )<sup>17</sup>. Dans le même sens, les femmes qui affirment ne pas contribuer à la société ou encore aux activités d'un groupe communautaire auraient une moins bonne perception de leur santé mentale que celles qui affirment y contribuer ( $p < 0,0001$ ).

Concernant l'entraide, l'aide ou le soutien, les participantes qui considèrent qu'il n'y a pas d'entraide dans leur quartier auraient tendance à percevoir leur état de santé mentale comme étant moins bon que celles qui vivent de l'entraide ( $p < 0,005$ ). Cette tendance se percevrait également chez celles qui affirment ne pas avoir reçu l'aide domestique dont elles avaient besoin contrairement à celles qui en ont bénéficié ( $p < 0,0001$ ).

Dans le même sens, les femmes qui affirment n'avoir personne ou très peu de personnes sur qui compter autour d'elles sembleraient avoir une moins bonne perception de leur santé mentale que celles qui affirment avoir ces personnes autour d'elles ( $p < 0,009$ ). Cette tendance s'observe également chez les femmes qui soutiennent n'avoir personne ou très peu de personnes pour s'occuper d'elles en cas de besoin ( $p < 0,04$ ) ou encore qui n'ont personne ou très peu de personnes pour les consoler ( $p < 0,006$ ). Enfin, les femmes qui ont déjà participé à un groupe de soutien auraient, elles aussi, une moins bonne perception de leur état de santé mentale que celles qui n'y ont jamais participé ( $p < 0,04$ ).

---

<sup>17</sup> Ces résultats sont significatifs pour quatre des cinq questions portant sur l'estime de soi.

## 6. Discussion des résultats

Cette étude a pour objectif de dresser un portrait de la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches qui utilisent les services offerts par différents organismes communautaires ou encore qui y travaillent ou y oeuvrent bénévolement. Elle s'intéresse particulièrement aux ressources, au soutien et aux services sociaux et de santé dont les femmes disposent ainsi qu'à la nature et à la satisfaction de leurs besoins en lien avec leur condition de santé mentale. De plus, les contextes de vulnérabilité sociale des femmes, les troubles mentaux et les troubles concomitants, et d'autres problèmes d'ordre médical et social font également partie de ces préoccupations.

La présente discussion s'appuie sur les prémisses du modèle de promotion de la santé mentale et de la prévention des troubles mentaux (Desjardins et al., 2008) dont les différents facteurs correspondent aux principaux leviers d'intervention en matière de santé mentale. La conception multifactorielle de la santé mentale implique des actions communautaires sur plusieurs dimensions, prenant en compte tant les déterminants individuels que les conditions familiales et sociales. Le modèle choisi s'appuie sur le consensus selon lequel « ce serait le cumul des facteurs de risque et de protection, plutôt que ceux-ci pris isolément, qui déterminerait l'influence exercée sur la santé mentale » (Desjardins et al., 2008, p.15). Il est entendu que l'action communautaire utilise de multiples stratégies<sup>18</sup> susceptibles d'influencer l'effet de nombreux facteurs non exclusifs et interactifs.

Ayant ce cadre en tête, nous présenterons les principaux constats des résultats de cette étude. Ceux-ci fournissent des indications sur les facteurs de risque et de protection spécifiques aux participantes de l'étude. À partir de ces constats, seront proposées des pistes d'intervention qui devraient contribuer, dans la communauté, à mieux répondre aux besoins des femmes en matière de santé mentale.

### 6.1 Principaux constats relatifs aux résultats de l'étude

D'emblée, il ressort que les organismes communautaires rejoignent principalement des femmes d'âge moyen et que plus de 40 % d'entre elles ont plus de 55 ans. Aussi, le

---

<sup>18</sup> Par exemple, des interventions individuelles, de groupes ou collectives; des actions dans les secteurs de la santé, des services sociaux et de l'éducation; des actions de prévention et des actions visant à contrer aussi bien les causes que les effets des problèmes sociaux.

premier constat positif de cette étude est que la majorité des femmes qui ont répondu à l'enquête qualifient actuellement leur santé mentale comme étant bonne ou excellente. Les données provenant de la recension des écrits sur les femmes de la région de Chaudière-Appalaches indiquent un résultat similaire (INSPQ, 2008). Ainsi, la perception d'avoir une bonne santé mentale pourrait être attribuable aux facteurs positifs qui contribuent au maintien d'une bonne santé mentale, c'est-à-dire les ressources personnelles, l'estime de soi, le soutien social, l'inclusion sociale et l'environnement favorable. Les participantes à l'étude apparaissent avantagées par rapport à certains de ces facteurs. Par exemple, la moitié des participantes possède une formation post-secondaire, ce qui s'avère supérieur à la moyenne des femmes de la région où l'on retrouve un taux de 36,9 % pour ce niveau de formation (Conseil du statut de la femme, 2006). Les participantes, en majorité, se sentent capables de faire face aux demandes et aux défis de leur quotidien, ont une bonne estime de soi, ont une vie peu stressante et reconnaissent avoir accès à un soutien social satisfaisant. La plupart de celles qui habitent avec un conjoint ou d'autres personnes sont d'avis qu'elles reçoivent beaucoup de soutien de leurs proches. Enfin, les femmes de l'étude, en majorité, considèrent favorable leur milieu de vie en ce qui a trait à leur logement, aux écoles primaires et secondaires, à la sécurité dans leur foyer et dans leur quartier de résidence.

Bien que ces éléments apparaissent positifs pour la majorité des participantes, une très faible proportion d'entre elles (2,9 % à 7,0 %) soutient le contraire. Par exemple, certaines affirment avoir une très faible estime de soi ou avoir l'impression de ne pas arriver à faire face aux demandes et aux défis de leur quotidien. Par rapport à l'inclusion sociale, bien que les deux-tiers des participantes disent avoir généralement le sentiment de contribuer activement à la société, et ce, sur différents plans, ceci n'est pas le cas pour le tiers d'entre elles. En ce qui a trait à l'environnement, 40 % des femmes estiment ne pas avoir les services éducationnels accessibles dans leur milieu ou ne savent tout simplement pas si les services qu'elles souhaiteraient avoir existent.

Le fait de recourir à une aide professionnelle en santé mentale lorsque le besoin se fait sentir est considéré dans l'étude comme une « ressource personnelle ». Dans l'étude, un peu plus de la moitié des participantes qui ont rapporté vivre ou avoir vécu un trouble mental affirment avoir consulté un professionnel de la santé à ce sujet. Ce taux de consultation s'avère nettement supérieur à celui retrouvé en Chaudière-Appalaches, où 5,3 % des femmes de la région (âgées de 12 ans et plus) ont affirmé avoir consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale (INSPQ, 2008). Cette différence s'explique en grande partie par le fait que cette étude a ciblé les femmes fréquentant les organismes communautaires membres du Réseau des groupes de femmes Chaudière-Appalaches.

Celles-ci sont plus âgées et possiblement plus sensibilisées à l'importance de consulter en cas de besoin. De plus, il semble que les personnes qui éprouvent des besoins en matière de santé mentale vont davantage rechercher de l'aide des services lorsque le réseau social de la personne est engagé dans le processus de recherche d'aide (Vogel, Wade, Wester, Larson et Hackler, 2007). Nous pourrions donc penser que les organismes communautaires membre du RGFCa contribuent positivement au taux de consultation d'un professionnel de la santé mentale chez les femmes qui fréquentent ces organismes.

Par ailleurs, les ressources auxquelles les participantes de l'étude font le plus souvent appel pour des besoins en matière de santé mentale sont le médecin de famille, le psychologue ou le psychiatre et le travailleur social. Elles se rendent prioritairement dans les cliniques externes avec rendez-vous et les CLSC. Ceci rappelle l'urgence de renforcer les services de première ligne en santé mentale pour les personnes qui ont des troubles mentaux légers ou modérés.

En outre, une majorité de femmes qui a consulté un professionnel pour des problèmes de santé mentale affirme avoir mis fin de façon précoce à ce suivi. Les principales raisons sont le fait de croire que le problème allait s'améliorer tout seul, souhaiter résoudre le problème sans aide supplémentaire ou encore la difficulté d'obtenir un rendez-vous. La qualité des services ne pourrait être en cause pour expliquer ces résultats puisqu'une minorité de participantes se dit insatisfaite des services reçus. Par contre, ces raisons pour mettre fin à un suivi font écho à celle évoquée pour ne pas consulter un professionnel de la santé lors de la présence d'un trouble mental. En effet, selon l'étude d'Andrews, Issakidis et Carter (2001), la principale raison mise de l'avant pour ne pas consulter un professionnel de la santé serait de préférer s'en sortir par soi-même. Dans la présente étude, un peu moins de la moitié des femmes qui croyait avoir besoin d'une aide professionnelle pour des problèmes de santé mentale n'a pas recherché cette aide. Les raisons évoquées sont un peu différentes de l'étude d'Andrew et al. (2001) et font plutôt ressortir la croyance que le temps arrangera les choses, que l'aide serait inutile ou encore la crainte d'être stigmatisée. Ces mêmes barrières sont toutefois identifiées dans le *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux* (Commissaire à la santé et au bien-être, 2012). Selon cette source, la méconnaissance de la maladie et la stigmatisation sont encore présentes non seulement dans la population mais aussi dans le réseau de la santé. La stigmatisation risque de décourager la recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale ou d'être à l'origine d'expériences négatives lorsque la personne a recours à cette aide. La lutte contre la stigmatisation constitue d'ailleurs la première des cinq recommandations formulées par le Commissaire à la santé et au bien-être (2012). Cette recommandation

nous apparaît d'autant plus importante du fait que les femmes de l'étude présentent un taux de tentative de suicide élevé. Même si le taux de consultation des participantes est déjà supérieur à la moyenne des femmes de la région, il n'en demeure pas moins qu'un meilleur taux de consultation ou encore la poursuite du suivi initié chez les femmes qui fréquentent les organismes communautaire du RGFCFA pourrait possiblement contribuer à diminuer les tentatives de suicide.

Par ailleurs, il semble plus probable pour les femmes qui rapportent vivre ou avoir déjà vécu un problème de santé mentale d'être traitées avec une médication plutôt qu'une psychothérapie. Cependant, la différence entre les données est très faible<sup>19</sup> si on tient compte du fait que l'accès à la psychothérapie au Québec est limité aux personnes qui ont les moyens de se l'offrir en privé comme le souligne le *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux* (Commissaire à la santé et au bien-être CSBE, 2012). D'ailleurs, un accès équitable à la psychothérapie fait partie des cinq recommandations formulées par le Commissaire à la santé et au bien-être (2012). Il peut donc être considéré comme positif le fait qu'un nombre si élevé de femmes aient eu accès à une psychothérapie.

L'accès à des services de santé a été considéré dans l'étude comme l'un des facteurs d'un environnement favorable. De fait, la majorité des participantes considère les services de santé, les services sociaux et les services communautaires comme étant accessibles. En outre, bien que le ministère de la Santé et des Services sociaux qualifie la couverture des services de santé et des services sociaux comme étant complète en Chaudière-Appalaches (2012), le quart des participantes considère que les services de santé n'apparaissent pas suffisamment accessibles ou ne savent pas s'ils le sont. Ce taux est similaire pour les organismes communautaires puisque le quart des participantes considèrent insuffisante leur accessibilité ou ne peuvent se prononcer sur la question. Ce taux prend toutefois de l'ampleur en ce qui concerne les services sociaux (le tiers des femmes) et encore davantage pour les services de santé mentale (la moitié des femmes). À cet égard, soulignons que Chaudière-Appalaches est l'une des trois régions sur neuf où la mise en place des guichets d'accès aux services de santé mentale était toujours en voie de parachèvement au Québec en 2012. L'arrimage entre les guichets d'accès et les organismes communautaires semble toujours limité à plusieurs endroits (MSSS, 2012). Une étude indique par ailleurs que 90 % des médecins généralistes déclarent ne pas faire

---

<sup>19</sup> En guise de rappel, les données indiquent respectivement 58,4% pour la médication contre 46,5 % pour la psychothérapie.

appel aux organismes communautaires ni aux centres de crise lorsqu'ils reçoivent un patient qui présente un problème de santé mentale (Fleury et al., 2008).

Après cette discussion sur les facteurs positifs, passons aux facteurs négatifs du modèle utilisé. Ceux-ci ont trait aux facteurs biologiques négatifs, au stress, aux inégalités socioéconomiques, à l'exclusion sociale et à un environnement défavorable.

Si la majorité des répondantes se dit en bonne ou en très bonne santé mentale, il n'en demeure pas moins que près de 20 % d'entre elles perçoivent leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise. Ce taux apparaît élevé si on le compare à celui des femmes de la population générale de la région de Chaudière-Appalaches et à celui de l'ensemble des québécoises qui se situent respectivement autour de 5 % et de 4 % (Desaulniers, 2010). Les femmes fréquentant les organismes communautaires de la région se percevraient donc en moins bonne santé mentale que les femmes de la population générale.

Près de 60 % des femmes interrogées dans la présente étude disent vivre ou avoir déjà vécu un trouble mental. Plus spécifiquement, 40 % rapportent vivre ou avoir vécu un trouble anxieux ou de l'humeur. La prévalence de ces troubles dans la population générale varie entre 5 % et 6 % et les troubles anxiodépressifs forment 65 % de l'ensemble des troubles mentaux (INSPQ, 2001). La dépression et les troubles anxieux sont des troubles mentaux courants dont la prévalence est très élevée et qui touchent davantage les femmes que les hommes. Selon l'Institut de la statistique du Québec (2010), la prévalence sur 12 mois d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux diminue avec l'âge. Elle est estimée à 13,2 % chez les québécoises et québécois de 15 à 25 ans, à 8,3 % chez les 25 à 64 ans et à 3,3 % chez les 65 ans et plus (ISQ, 2010).

Chez les participantes à l'étude, 13,5 % rapportent avoir ou avoir eu des problèmes de dépendance, ce qui s'avère plus élevé que les données de la population générale du Québec où la prévalence sur 12 mois de la dépendance à l'alcool est estimée à 5,9 % s'il y a présence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux (ISQ, 2010). En l'absence de ces troubles, elle est estimée à 1,5 %. En outre, la présence d'un trouble mental semble fortement liée à la tentative de suicide (Cavanagh, Carson, Sharpe et Lawrie, 2003). Considérant le taux élevé de troubles mentaux (présents ou passés) chez les participantes de l'étude, il n'est pas surprenant de constater que 9,9 % d'entre elles affirment avoir déjà fait une tentative de suicide. Les troubles de la personnalité et les troubles alimentaires, bien que moins fréquemment mentionnés par les participantes, sont beaucoup plus prévalents chez celles-ci comparativement à la population générale (ISQ, 2010). Par ailleurs, la majorité des troubles mentaux débiterait avant l'âge de 25 ans

(Commissaire à la santé et au bien-être, 2012; UNICEF, 2011). À cet égard, un consensus ressort dans les écrits par rapport à l'attention particulière qui devrait être portée aux jeunes en général. Dans le cas présent, comme les organismes communautaires rejoignent principalement des femmes d'âge moyen et que plus de 40% ont plus de 55 ans, les jeunes femmes devraient être une cible de choix pour les interventions préventives.

Par ailleurs, les troubles mentaux sont souvent accompagnés de problèmes de santé physique (Schmitz, Wang, Malla et Lesage, 2007). Ce fait est observé chez les participantes de l'étude puisqu'il existe un lien significatif entre une santé mentale considérée comme mauvaise ou passable et une santé physique similaire. À cet égard, 36,8 % des participantes présenteraient une difficulté ou une incapacité sur le plan physique et la moitié de ce groupe soutient qu'il s'agirait d'une douleur chronique.

Les résultats indiquent également que près de 20 % des participantes estiment que leur niveau de stress dans la vie de tous les jours est élevé. Ce taux est moins élevé que celui observé dans la population générale de Chaudière-Appalaches où 27 % des femmes ont rapporté un stress quotidien élevé (INSPQ, 2008). Ceci pourrait être considéré comme positif. Les responsabilités familiales et un revenu insuffisant occupent les premiers rangs des sources de stress mentionnées. La perception de la situation financière précaire et ce, indépendamment du revenu réel, est rapporté comme un événement stressant vécu par le tiers des répondantes. Nous remarquons aussi qu'une participante sur cinq serait sans emploi ou dépendrait de l'assistance sociale ou de l'assurance-emploi. Dans la région, 7,6 % des femmes de la population générale vivraient sous le seuil de faible revenu (Desaulniers, 2010). La situation financière des femmes de cette étude pourrait donc être moins favorable que celles des femmes de la population générale. Soulignons un certain paradoxe du fait que les participantes de l'étude présentent un niveau d'éducation plus élevé mais en même temps un revenu plus faible que celui des femmes de la région. Or, la pauvreté, l'absence d'emploi ou de mauvaises conditions d'emploi sont des facteurs de risque d'une mauvaise santé mentale (Fleury et Grenier, 2012). Dans l'étude, la perception d'un revenu faible ou très faible, le fait de vivre en situation de pauvreté ou encore un stress en raison d'un revenu insuffisant est associé à une santé mentale passable ou mauvaise.

Il importe de mentionner que près du quart des participantes disent avoir grandi dans une famille dysfonctionnelle, avoir été maltraitées physiquement ou psychologiquement, ou abusées sexuellement dans leur enfance. De plus, une petite proportion de femmes rapporte la violence qu'elles subissent comme principale source de stress et quelques-

unes disent ne pas se sentir en sécurité dans leur quartier ou dans leur foyer. La violence, physique, sexuelle ou psychologique, est identifiée comme un facteur de risque d'un trouble mental (Fleury et Grenier, 2012). Toutefois, contrairement à l'étude qui avait été menée au sujet des problèmes de santé mentale des femmes de Chaudière-Appalaches en 1999 (Langlois et Larose, 1999), l'expérience de la violence, sous toutes ses formes, n'apparaît pas au premier rang des problèmes vécus par les femmes qui fréquentent les organismes communautaires du RGFC.

Enfin, les analyses croisées révèlent qu'un petit groupe de femmes apparaît particulièrement vulnérable sur le plan de leur santé mentale en raison d'une multitude de facteurs négatifs qu'elles rencontrent et qui sont interreliés. Ce constat converge, comme on pouvait s'y attendre, avec le modèle de santé mentale qui a guidé cette étude. En effet, il semble bien que pour ces femmes, des facteurs positifs comme le soutien social et l'accès aux ressources sont loin de faire le poids devant une accumulation de facteurs négatifs tels que les problèmes de santé physique, la pauvreté, l'estime de soi, la violence conjugale, un passé de maltraitance, une vie stressante et un sentiment d'exclusion sociale. Or, plusieurs de ces facteurs sont reconnus, comme nous l'avons souligné précédemment, comme des facteurs de risque de développer un trouble mental (Fleury et Grenier, 2012). La présence de multiples facteurs de risque chez ces participantes s'avère donc préoccupante. Quoi qu'il en soit, des études complémentaires seraient nécessaires pour mieux comprendre les besoins spécifiques de ces femmes en matière de santé mentale et développer des stratégies adaptées pour y répondre.

## 7. Conclusion et pistes d'interventions proposées

Cette étude avait pour but de fournir aux partenaires de l'Entente et aux intervenantes et intervenants de la région de la Chaudière-Appalaches, l'occasion de poser un regard réflexif sur l'aide qu'ils apportent aux femmes qui utilisent leurs services en vue de développer de nouvelles interventions. Dans la perspective du modèle conceptuel pour la promotion de la santé mentale et la prévention des troubles mentaux (Desjardins et al., 2008), les résultats obtenus sur les besoins des femmes en matière de santé mentale peuvent confirmer la pertinence des cibles d'intervention prioritaires et des actions accomplies par les intervenantes et intervenants, et permettre l'identification de nouvelles cibles ou actions potentielles.

La majorité des femmes qui ont participé à cette étude présente des forces et des ressources importantes pour la plupart des facteurs qui influencent la santé mentale. Il s'agit en majorité de femmes qui ont la capacité de se procurer de l'aide et du soutien. Cela est probablement dû au fait qu'elles ont été recrutées directement parmi les participantes ou clientes des organismes communautaires.

Les résultats de l'étude soulignent également l'importance du rôle des organismes communautaires dans le soutien apporté aux femmes de la région en matière de santé mentale. Ceci corrobore les propos de Fleury et Grenier (2012) qui soulignent également l'efficacité et la pertinence des services de santé mentale offerts par ce type d'organisme. Ainsi, par le biais des activités et des interventions auxquelles les femmes participent au sein des différents organismes communautaires, il est probable qu'elles reçoivent des messages positifs sur leur valeur personnelle, qu'elles développent des compétences pour faire face à leur quotidien et qu'elles entretiennent un sentiment d'appartenance et une bonne estime de soi. La participation aux activités basées sur l'entraide peut contribuer à favoriser leur bien-être selon le principe bien connu « s'aider soi-même en aidant les autres ». Ces facteurs interreliés agissent en synergie en faveur d'une bonne santé mentale. Dans une perspective de promotion de la santé mentale, ces facteurs positifs tiennent lieu de leviers qu'il faut renforcer.

Parallèlement aux résultats positifs observés pour la majorité des femmes, il reste qu'un grand nombre d'entre elles ont déjà présenté un trouble mental, ce qui confère en soi une certaine vulnérabilité quant à leur état de santé mentale. Plus encore, un petit groupe de femmes ayant participé à l'étude semble particulièrement vulnérable en raison de la présence de facteurs biologiques négatifs, de ressources personnelles de base limitées, d'une faible estime de soi, d'un sentiment d'exclusion sociale, d'un passé de

maltraitance et d'un environnement jugé défavorable et peu soutenant. Ainsi, cette situation reflète une faible présence des facteurs ayant un impact positif sur la santé mentale et un cumul de facteurs négatifs qui agissent de façon combinée. Ceci fait en sorte que, d'une part, ces femmes peuvent avoir l'impression de ne pas pouvoir s'en sortir, alors que d'autre part, elles présentent un défi de taille pour les intervenantes et intervenants qui tentent d'apporter à ces femmes une aide qui répond le mieux possible à leurs besoins complexes.

Il est à noter également que la majorité des troubles mentaux sont reconnus comme étant des maladies chroniques. En ce sens, il est d'usage de viser le rétablissement plutôt que la guérison, c'est-à-dire être capable de réaliser ses objectifs personnels et d'accéder à une vie satisfaisante malgré les inconvénients liés à un trouble mental. Il arrive néanmoins que certaines personnes guérissent, même dans le cas de troubles mentaux graves. Cela dit, il est juste de considérer que les troubles mentaux risquent d'entraîner une certaine vulnérabilité chez les femmes qui en ont déjà souffert et que cette vulnérabilité varie en fonction d'une multitude de facteurs.

Par ailleurs, cette étude comporte cependant certaines limites. Tout d'abord, les femmes ont été recrutées parmi celles qui ont recours aux services d'organismes communautaires de la région, qui y travaillent ou y font du bénévolat. Les femmes de notre étude présentent également un niveau de scolarité relativement élevé. Ces caractéristiques font en sorte que l'échantillon n'est pas représentatif de l'ensemble des femmes de Chaudière-Appalaches. Par contre, il est sans doute assez représentatif des femmes qui consultent les organismes communautaires membres du Réseau des groupes de femmes de la région.

Ensuite, étant donné le fait qu'il s'agit ici de troubles mentaux rapportés par les femmes elles-mêmes, il se pourrait que ces troubles ne soient pas reconnus par plusieurs d'entre elles, qu'elles aient préféré ne pas les divulguer ou qu'elles les aient rapportés de façon inexacte (ex. : une dépression lorsqu'il s'agit d'un trouble de la personnalité). Il est également possible de penser que les organismes communautaires qui ont participé au recrutement rejoignent peu les femmes qui présentent des troubles mentaux graves et persistants ou encore que ces femmes n'aient pas voulu participer à l'étude. Ainsi, les conclusions issues de cette étude sur les besoins éventuels des femmes en matière de santé mentale ne pourraient être extrapolées à des femmes atteintes de troubles mentaux graves. Les besoins de ces dernières pourraient être différents.

Malgré ces limites, il est possible d'émettre quelques pistes d'interventions. Dans le domaine de la santé mentale, les intervenantes savent qu'il n'y a pas de « bonne façon »

de solutionner les problèmes. Les besoins complexes et nombreux en matière de santé mentale requièrent des réponses souples et créatives, sans cesse renouvelées par un retour réflexif sur les stratégies utilisées. Les quelques pistes d'intervention abordées en guise de conclusion à cette étude sont probablement déjà connues des intervenantes des organismes communautaires et mises en œuvre. Néanmoins, les résultats de l'étude et ses conclusions peuvent servir d'élément déclencheur à un travail participatif à entreprendre avec les femmes elles-mêmes en vue de déterminer, éventuellement, des moyens de renforcer ou de bonifier les stratégies d'aide ou d'entraide actuelles.

À la lumière des résultats, les pistes d'intervention peuvent être divisées en deux thèmes principaux : 1) les interventions auprès des femmes sur le plan personnel et 2) les interventions reliées à l'amélioration des conditions de vie des femmes et des ressources accessibles dans la communauté.

### 7.1 Interventions auprès des femmes sur le plan personnel

- **Sensibiliser les femmes aux facteurs qui contribuent au maintien d'une bonne santé mentale.** Par le biais d'activités diversifiées, individuelles ou de groupe, il peut s'avérer utile de sensibiliser les femmes sur l'impact des facteurs positifs et négatifs de leur santé mentale. Des discussions sur les troubles mentaux (les manifestations et les traitements par exemple) pourraient être abordées selon les besoins exprimés par les femmes. Des moyens pour accéder à des connaissances justes pourraient également être mis de l'avant. Il pourrait s'agir de littératie en santé (documents écrits et recherche documentaire sur Internet), d'invitation de personnes susceptibles de transmettre l'information jugée utile ou encore de partage d'expériences.
- **Faciliter l'adoption de comportements favorables au maintien ou à l'amélioration de la santé mentale.** De façon participative, des moyens pour faciliter l'engagement dans des actions ciblées par les femmes pourraient être élaborés et mis en œuvre. Il pourrait être question, par exemple, de gestion du stress ou encore de soutien entre pairs. Si elles en voient la pertinence, des femmes pourraient s'habiliter à utiliser des guides d'autogestion de leur santé mentale tels que celui de Blisker et Paterson (2009) pour la dépression. Ces guides sont facilement accessibles et pourraient soutenir un travail poursuivi individuellement ou en groupe, selon les préférences des femmes.

- **Aider les femmes à croire en leur valeur personnelle.** Toute intervention susceptible de renforcer l'estime de soi s'avère cruciale. Les femmes qui ont une très faible estime de soi pourraient bénéficier d'un soutien plus spécifique par rapport à cette dimension. Le soutien par les pairs à cet égard s'avère particulièrement précieux.
- **Sensibiliser les femmes à l'importance d'entretenir les liens qui leur apportent du soutien social pour le maintien d'une bonne santé mentale.** L'importance du soutien social, les caractéristiques d'un soutien social valable, l'utilisation du soutien et la notion d'entraide sont des thèmes susceptibles d'aider plusieurs femmes.
- **Soutenir les femmes dans la recherche de moyens de gérer le stress relié à la famille.** Par diverses activités, plusieurs femmes pourraient bénéficier d'aide pour identifier des moyens de diminuer ou de faire face aux exigences familiales qu'elles reconnaissent comme des sources de stress importantes. Cela peut être lié au rôle de parent, à la relation avec le conjoint ou encore au soutien procuré à un membre de sa famille.
- **Informar les femmes de l'ensemble des services d'aide, professionnelle ou communautaire, disponibles pour des problèmes de santé mentale dans la région de Chaudière-Appalaches.** Il y a lieu d'informer les femmes sur les types d'aide professionnelle (services de santé et services sociaux) et communautaires disponibles, les objectifs visés par ces services, leur utilité et leurs limites. Les femmes sont susceptibles de bénéficier d'un accompagnement visant à prendre des décisions éclairées par rapport à la recherche d'aide pour leur santé mentale.
- **Sensibiliser les femmes sur le phénomène de la stigmatisation de la maladie mentale et des personnes qui en souffrent.** La stigmatisation et ses effets sur la personne atteinte d'un trouble mental peuvent être discutés avec les femmes. En groupe, elles peuvent identifier des moyens pour s'en prémunir si elles ont l'impression d'en être victimes d'une façon ou d'une autre. Ces sensibilisations pourraient aussi permettre de démystifier ce que sont les troubles mentaux et de diminuer les craintes qui empêchent certaines femmes de parler de leurs problèmes de santé mentale à un professionnel de la santé.
- **Développer chez les femmes, le réflexe de consulter les services sociaux et de santé ou les organismes communautaires qui offrent un soutien en santé mentale.** Si les femmes de la région consultent davantage les services sociaux et de santé que les autres femmes pour des besoins de santé mentale, il n'en demeure pas moins qu'un

bon nombre d'entre elles n'ont pas fait appel à de tels services lorsqu'elles en avaient besoin dans le passé.

- **Apporter un soutien accru aux femmes qui vivent dans un contexte qui les rend particulièrement vulnérables sur le plan de la santé mentale.** Il apparaît judicieux de réfléchir aux manières d'apporter un soutien particulier et adapté aux femmes dont les conditions de vie précaires combinées à de multiples facteurs physiques, psychologiques et sociaux, les places dans une situation de grande vulnérabilité sur le plan de leur santé mentale. Ces femmes sont souvent sources de préoccupations pour les intervenantes. Une réflexion entre les intervenantes et ces femmes afin de trouver des solutions communes pourrait porter fruit. Par exemple, le développement voire le renforcement d'un réseau de soutien dans leur milieu et l'obtention d'une aide professionnelle au besoin pourraient être discutés.
- **Identifier des moyens de rejoindre les jeunes femmes.** Puisque la plupart des troubles mentaux apparaissent dans l'enfance, l'adolescence ou au début de la vie adulte, certaines activités de sensibilisation, d'aide ou d'entraide conduites par les organismes communautaires pourraient viser plus particulièrement les jeunes femmes.

## **7.2 Amélioration des conditions de vie des femmes et des ressources accessibles dans la communauté**

- **Identifier des moyens de rendre plus accessibles les services de santé mentale et les services sociaux destinés aux femmes dans la région.** Une réflexion sur les moyens d'assurer un accès équitable à des services de santé et des services sociaux, notamment à la psychothérapie, pourrait être entreprise. La porte d'entrée aux services de santé mentale et services sociaux est le guichet d'accès en santé mentale pour les territoires de 50 000 habitants et plus. Pour les plus petits milieux, il est impératif que des liens et des procédures claires de collaboration soient établis avec les services de santé et les services sociaux pour que les femmes puissent avoir accès aux services dont elles ont besoin dans des délais raisonnables. Dans tous les cas, la distance géographique devrait être prise en compte.
- **Poursuivre collectivement les actions sociales relatives à l'amélioration des conditions de vie et de travail des femmes.** L'influence des conditions socio-économiques, de l'inclusion sociale et des environnements favorables sur la santé mentale rend impératif l'engagement dans toutes actions susceptibles d'améliorer la

vie des femmes. Participer à des actions collectives dans un contexte plus large de société constitue en soi un engagement valorisant qui pourrait permettre aux femmes d'augmenter leur capacité d'agir tant sur leur propre bien-être que sur celui de leur famille et de la communauté.

## Références

- Andrews, G., Issakidis, C. et Carter, G. (2001). Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry*, 179(5), 417-425.
- Bilsker, D. & Paterson, R. (2009). *Guide d'autosoins pour la dépression: Développer des stratégies pour surmonter la dépression*. 2eme édition. Vancouver, Canada: Simon Fraser University.
- Cavanagh, J.T., Carson, A.J., Sharpe, M. et Lawrie, S.M. (2003). Psychological autopsy studies of suicide : a systematic review. *Psychological Medicine*, Apr;33(3),395-405.
- CIHR Institute of Gender and Health (2012). *What a difference sex and gender make : a gender, sex and health research casebook*. Vancouver: CIHR Institute of Gender and Health. Repéré de [http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/What\\_a\\_Difference\\_Sex\\_and\\_Gender\\_Make-en.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/e/documents/What_a_Difference_Sex_and_Gender_Make-en.pdf)
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 - Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Conseil du statut de la femme (2006). *Chaudière-Appalaches : portrait des québécoises en huit temps*. Québec : Gouvernement du Québec.
- Desaulniers, A. (2010). *Portrait statistique égalité femmes / hommes : Où en sommes-nous dans la Chaudière-Appalaches?* Québec: Conseil du statut de la femme femme.
- Desjardins, N., D'Amours, G., Poissant, J., & Manseau, S. (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*. Québec: Institut national de santé publique du Québec .
- Éco-Santé. (2013). *Éco-Santé - Québec 2013/2014*. Québec: ministère de la Santé et des services sociaux. Site consulté en février 2014: <http://www.ecosante.fr/index2.php?base=QUEB&langh=FRA&langs=FRA>
- Fleury, MJ, Bamvita J.M., Farand L., Tremblay J., Lesage, A., Lambert, F., Aubé, D. Fournier, L., Poirier, L.R., Lussier, M.T., Lamarche, P., Ouadahi, Y., et Imboua, A. (2008). Rôle des médecins omnipraticiens en santé mentale au Québec. *Rapport final - Décembre 2008*. Montréal : Institut Universitaire en Santé Mentale Douglas.
- Fleury, M.-J., & Grenier, G. (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec: Commissaire à la santé et au bien-être.
- 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*, 14(2), 104. <http://nelson.cen.umontreal.ca/revue/smq/1989/v14/n2/031519ar.pdf>

- Foster, R. P. (2007). Treating depression in vulnerable urban women: a feasibility study of clinical outcomes in community service settings. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 443-453. doi: 10.1037/0002-9432.77.3.443
- Gouvernement du Canada (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC-SM)*. [http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226\\_Q1\\_V2-fra.pdf](http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/instrument/3226_Q1_V2-fra.pdf)
- Gouvernement du Canada (2011). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC-SM)*. [http://search2.odesi.ca/documentation/escc-enquete-sante-collectivites-canadiennes/2012-sm/escc\\_sm\\_que.pdf](http://search2.odesi.ca/documentation/escc-enquete-sante-collectivites-canadiennes/2012-sm/escc_sm_que.pdf)
- Institut de la statistique du Québec (ISQ)(2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une hypothèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2). Québec : Gouvernement du Québec.
- Institut de la statistique du Québec. (2013). Profils de la région administrative - Chaudière-Appalaches 12. Repéré de [http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil12/12ra\\_index.htm#sante](http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/profils/profil12/12ra_index.htm#sante)
- Institut national de santé publique du Québec. (2008). *Santéscope*. Québec: INSPQ. Site consulté: <http://www2.inspq.qc.ca/santescope/default.asp?NumVol=1&nav=N>
- Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2012). Surveillance des troubles mentaux au Québec: Prévalence, surmortalité et profil d'utilisation des services, Gouvernement du Québec, INSPQ, 26 p., [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578\\_SurvTroublesMentauxQc\\_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf](http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf)
- International Association for Women's Mental Health. (2011). Abstracts of the 4th World Congress on Women's Mental Health, hosted by the International Association for Women's Mental Health. March 16-19, 2011. Madrid, Spain. *Archives of Womens Mental Health*, 14(Suppl 2), 89-163.
- Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, DK, Normand, SL, Walters, EE, & Zaslavsky, AM. (2002). Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 32, 959-976.
- Langlois, D., & Larose, L. (1999). *Cap sur la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches : Les problèmes et les besoins exprimés*. Réseau des groupes de femmes de Chaudière-Appalaches, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches.
- Lesage, A., Bernèche, F. et Bordeleau, M. (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC cycle 1.2)*. Santé et bien-être. Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, Québec.

- Levesque, J.-F., Ouellet, M., Labbé, D., & Shabah, A. (2009). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. L'appréciation globale et intégrée de la performance: Analyse des indicateurs de monitoring*. Commissaire à la santé et au bien-être. [http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009\\_PremiereLigne/csbe-AnalyseIndicateursMonitoring-t2-12-2009.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2009_PremiereLigne/csbe-AnalyseIndicateursMonitoring-t2-12-2009.pdf)
- McWhirter, P. T. (2011). Differential therapeutic outcomes of community-based group interventions for women and children exposed to intimate partner violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 26(12), 2457-2482. doi: 10.1177/0886260510383026
- Mimeault, I., Cassan, C., & Cadotte-Dionne, M. (2011). *Santé mentale au Québec : les organismes communautaires de femmes à la croisée des chemins*. Montréal: RQASF.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2005/05-914-01.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*. Direction de l'évaluation. Direction de la santé mentale. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-914-09W.pdf>
- OMS. (2000). *Les femmes et la santé mentale*. Aide-mémoire N°248, juin 2000. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2008). *Élargir l'accès aux soins pour lutter contre les troubles mentaux, neurologiques et liés à l'utilisation de substances psychoactives. mhGAP, Programme d'action Combler les lacunes en santé mentale*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2010). *La santé mentale: renforcer notre action*. Aide-mémoire N°220, Septembre 2010. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2012a). *Projet de plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020*. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- OMS. (2012b). *Projet zéro de plan d'action mondial sur la santé mentale 2013-2020*. Version datée du 27 août 2012. Genève: Organisation mondiale de la santé.
- ONU. (2008). *Le secrétaire général appelle à redoubler d'efforts pour prendre en considération la santé mentale dans les politiques sanitaires et sociales*. Secrétaire générale. Communiqué de presse, SG/SM/11843, OBV/731. 1<sup>er</sup> octobre 2008. New York: Nations Unies.

- Sarason, I.G., Sarason, B.R., Sherin, E.N., Pierce, G.R. (1987). A brief measure of social support: practical and theoretical implications. *Journal of Social and Personal Relationships*, 4, 497-510.
- Schmitz, N., J. Wang, A., Malla et A. Lesage (2007). Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study, *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, no 4, p. 332-338.
- Secrétariat à la condition féminine du ministère de la Culture, des Communications et de la Condition féminine (2011). *Plan d'action gouvernemental pour l'égalité entre les femmes et les hommes 2011-2015. Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Québec: Direction des communications et des affaires publiques.
- Statistique Canada. (2013). *Profil de la santé, décembre 2013*. Région de la Chaudière-Appalaches, Québec (tableau). Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Toneatto, T., & Wang, J. J. (2009). Community treatment for problem gambling: sex differences in outcome and process. *Community Mental Health Journal*, 45(6), 468-475.
- UNICEF (2011). La situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence. L'âge de tous les possibles, 148 p., [En ligne], [http://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report\\_FR\\_02092011.pdf](http://www.unicef.org/french/sowc2011/pdfs/SOWC-2011-Main-Report_FR_02092011.pdf)
- Vallières, E.F. et Vallerand R.J. (1990). Traduction et validation canadienne-française de l'échelle de l'estime de soi de Rosenberg. *International Journal of Psychology*, 10, 305-316.
- Vogel, D.L., Wade, N.G., Wester, S.R., Larson, L. et Hackler, A.H. (2007). Seeking Help From a Mental Health Professional : The Influence of One's Social Network. *Journal of Clinical Psychology*, 63(3), 233-245.
- Watson, L., Small, R., Brown, S., Dawson, W., & Lumley, J. (2004). Mounting a community-randomized trial: sample size, matching, selection, and randomization issues in PRISM. *Control Clinical Trials*, 25(3), 235-250.
- Wittchen H-U. (2010). Women-specific mental disorders in DSM-V: are we failing again? *Archives Womens Mental Health*, 1, 51-55.

**Annexe 1**  
**Questionnaire**

**Questionnaire sur la santé des femmes en  
Chaudière-Appalaches**

Réservé au personnel de recherche

No de questionnaire | \_\_\_\_ - \_\_\_\_ |

1. Âge : |\_\_|\_\_| ans

2. Code postal: |\_\_|\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|

3. Combien d'enfants vivent avec vous : |\_\_|\_\_| enfant(s)

4. En vous incluant, indiquez le nombre de personnes vivant avec vous :  
|\_\_|\_\_| personne(s)

5. État civil :

1. Célibataire vivant seule

2. En union libre avec quelqu'un

3. Mariée/conjointe de fait/partenariat domestique

4. Veuve/divorcée/séparée

5. Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

6. Statut d'emploi :

1. Assistée sociale

2. Au foyer non rémunérée

3. Chômeuse

4. Étudiante

5. Travailleuse indépendante

6. Retraitée

7. Salariée

7. Scolarité :

1. Primaire complété

2. Secondaire sans diplôme

3. Secondaire avec diplôme

4. Étude collégiale avec diplôme

5. Universitaire avec diplôme

6. Autre, spécifiez : \_\_\_\_\_

8. De combien d'argent disposez-vous chaque mois ?  
évaluez-vous votre revenu?

9. Comment

<p>Environ _____ \$ par mois</p> <p>suffisants</p>	<input type="checkbox"/> 1. Très pauvre <input type="checkbox"/> 2. Pauvre <input type="checkbox"/> 3. Revenus <input type="checkbox"/> 4. À l'aise
<p><b>10. Orientation sexuelle :</b></p> <p>Hétérosexuelle</p> <p>Bisexuelle</p>	<input type="checkbox"/> 0. <i>Je préfère ne pas répondre</i> <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. Homosexuelle ou lesbienne <input type="checkbox"/> 3.

<b><u>Historique médical</u></b>	
<p><b>11.</b> Actuellement, diriez-vous que votre <u>santé mentale</u> est : mauvaise, passable, bonne, très bonne ou excellente?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Mauvaise <input type="checkbox"/> 2. Passable <input type="checkbox"/> 3. Bonne <input type="checkbox"/> 4. Très bonne <input type="checkbox"/> 5. Excellente
<p><b>12.</b> Actuellement, diriez-vous que votre <u>santé physique</u> est : mauvaise, passable, bonne, très bonne ou excellente?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Mauvaise <input type="checkbox"/> 2. Passable <input type="checkbox"/> 3. Bonne <input type="checkbox"/> 4. Très bonne <input type="checkbox"/> 5. Excellente
<p><b>13.</b> Vous est-il arrivé au cours des 12 derniers mois d'avoir l'impression de manquer d'énergie pour arriver à accomplir l'ensemble de vos tâches quotidiennes?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Souvent <input type="checkbox"/> 2. Seulement quelques fois <input type="checkbox"/> 3. Jamais
<p><b>14.</b> En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont :</p>	<input type="checkbox"/> 1. Très stressantes <input type="checkbox"/> 2. Un peu stressantes <input type="checkbox"/> 3. Pas du tout stressantes

<p><b>15.</b> Qu'est-ce qui vous cause le plus de stress actuellement? (plus d'une réponse possible)</p> <p>Si autre – précisez :</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Revenu insuffisant</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Travail (trop ou pas assez)</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Famille</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Violence</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Problème de dépendance</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Autre</p>																
<p>Nous aimerions en savoir un peu plus concernant votre vécu au niveau des troubles de santé mentale. Nous souhaitons vous rappeler que <u>ces informations demeureront strictement confidentielles</u>.</p> <p>Pour chacun des troubles, veuillez nous indiquer en cochant tous les troubles de santé mentale que vous vivez actuellement (1<sup>re</sup> colonne); les troubles que vous avez vécus par le passé et qui sont aujourd'hui résolus (2<sup>e</sup> colonne); les troubles qui ont été diagnostiqués par un professionnel de la santé (3<sup>e</sup> colonne); les troubles pour lesquels vous avez bénéficié d'un traitement (médicament ou psychothérapie) (4<sup>e</sup> colonne).</p> <p><b><u>Si vous n'avez jamais vécu de trouble de santé mentale, ne rien cocher et passez directement à la question 27.</u></b></p>																	
<p>Pour chacun des troubles, veuillez cocher (<input checked="" type="checkbox"/>) la ou les catégories s'appliquant à vous (plus d'une réponse possible)</p> <p><b>16.</b> Trouble anxieux (<i>anxiété, phobie, phobie sociale, état de stress post-traumatique, trouble obsessionnel compulsif, trouble panique</i>)</p> <p><b>17.</b> Trouble dépressif (<i>dépression ou autre trouble de l'humeur</i>)</p> <p><b>18.</b> Trouble bipolaire (<i>maniaco-dépression</i>)</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="706 1228 876 1396">Je vis actuellement ce(s) trouble(s)</th> <th data-bbox="885 1228 1023 1417">J'ai vécu ce(s) trouble(s) par le passé</th> <th data-bbox="1031 1228 1209 1438">Un professionnel de la santé a diagnostiqué ce(s) trouble(s)</th> <th data-bbox="1218 1228 1347 1417">J'ai reçu un traitement pour ce(s) trouble(s)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="771 1512 812 1554"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="933 1512 974 1554"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1096 1512 1136 1554"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1258 1512 1299 1554"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="771 1669 812 1711"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="933 1669 974 1711"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1096 1669 1136 1711"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1258 1669 1299 1711"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td data-bbox="771 1785 812 1827"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="933 1785 974 1827"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1096 1785 1136 1827"><input type="checkbox"/></td> <td data-bbox="1258 1785 1299 1827"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table>	Je vis actuellement ce(s) trouble(s)	J'ai vécu ce(s) trouble(s) par le passé	Un professionnel de la santé a diagnostiqué ce(s) trouble(s)	J'ai reçu un traitement pour ce(s) trouble(s)	<input type="checkbox"/>											
Je vis actuellement ce(s) trouble(s)	J'ai vécu ce(s) trouble(s) par le passé	Un professionnel de la santé a diagnostiqué ce(s) trouble(s)	J'ai reçu un traitement pour ce(s) trouble(s)														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

<b>19.</b> Dépendance ( <i>drogues, alcool, médicaments, jeux, sexe, etc.</i> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>20.</b> Trouble de la personnalité ( <i>limite, dépendante, ou autre</i> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>21.</b> Trouble de l'alimentation ( <i>anorexie, boulimie</i> )		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>22.</b> Schizophrénie		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>23.</b> Autre trouble de santé mentale : <i>(écrivez le trouble et cochez les bonnes cases)</i>  1.  2.  3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>24.</b> Quel âge aviez-vous <u>la première fois</u> que vous avez eu un trouble de santé mentale?	Environ _____ ans				
<b>25.</b> Considérez-vous que ce(s) trouble(s) de santé mentale est (sont) plutôt :	<input type="checkbox"/> 1. Continu(s)/permanent(s) <input type="checkbox"/> 2. Chronique(s)/intermittent(s) <input type="checkbox"/> 3. Passager(s)/résolu(s)				
<b>26.</b> À quel point ce(s) trouble(s) vécu(s) par le passé ou encore présent(s) <u>perturbe(nt) actuellement</u> vos activités quotidiennes (travail, études, soins personnels, soins des enfants, faire les courses, préparer les repas, etc.)?	<input type="checkbox"/> 1. Beaucoup <input type="checkbox"/> 2. Un peu <input type="checkbox"/> 3. Pas du tout				
<b>27.</b> Avez-vous vécu l'un ou l'autre de ces événements suivants?	<input type="checkbox"/> 1. Je suis/j'ai été aidante naturelle <input type="checkbox"/> 2. Perte d'un proche (décès, séparation, divorce)				

(Cochez toutes les situations que vous avez vécues, *plus d'une réponse possible*)

- 3. Immigration
- 4. Déménagement/éloignement
- 5. Difficulté entourant la naissance d'un ou de plusieurs enfants
- 6. Violence conjugale
- 7. Violence à caractère sexuel/viol
- 8. Situation de pauvreté/difficultés financières
- 9. Perte d'emploi/Chômage
- 10. Incarcération
- 11. Au moins un de mes enfants a été placé en famille/centre d'accueil
- 12. J'ai été placé en famille/centre d'accueil dans mon enfance
- 13. J'ai fait une (des) fausse(s) couche(s)
- 14. Tentative de suicide
- 15. Difficultés avec un ou plusieurs de mes enfants
- 16. Autre :  
\_\_\_\_\_
- 17. Aucun de ces évènements

*Si autre, cochez et précisez :*

**28.** Avez-vous présentement des difficultés ou des incapacités physiques?  
(*plus d'une réponse possible*)

- 1. Aucune incapacité (***passez à la question 29***)
- 2. Douleur chronique
- 3. Complications de grossesse/d'accouchement
- 4. Blessure(s) à cause d'un accident

<p><i>Si autre, cochez et précisez :</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 5. Handicap physique ou maladie chronique</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Autre :</p>
<p><b>29.</b> Quel(s) professionnel(s) <u>avez-vous déjà consulté</u> pour l'un ou l'autre des problèmes de <u>santé mentale</u>?</p> <p><i>(plus d'une réponse possible)</i></p> <p><i>Si autre, cochez et précisez :</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 0. Je n'ai jamais eu de problème de santé mentale <b>(passez à la question 35)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 1. Je n'ai pas consulté pour mon (mes) problème(s) <b>(passez à la question 35)</b></p> <p><input type="checkbox"/> 2. Médecin de famille ou omnipraticien</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Infirmière</p> <p><input type="checkbox"/> 4. Psychologue ou psychiatre</p> <p><input type="checkbox"/> 5. Travailleur social ou autre conseiller social</p> <p><input type="checkbox"/> 6. Conseiller religieux ou spirituel (prêtre, aumônier, rabbin,...)</p> <p><input type="checkbox"/> 7. Professeur ou orienteur</p> <p><input type="checkbox"/> 8. Autre :</p>
<p><b>30.</b> Environ combien de visites avec ce(s) professionnel(s) avez-vous eues au cours des <u>12 derniers mois</u> pour vos <u>problèmes de santé mentale</u>?</p> <p><i>(additionner ensemble toutes les visites de tous les professionnels rencontrés)</i></p>	<p>À peu près _____ visites au total</p>
<p><b>31.</b> Où avez-vous consulté le ou les professionnels énumérés ci-haut pour raisons de santé mentale?</p> <p><i>(plus d'une réponse possible)</i></p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Hôpital (Hospitalisation pendant une nuit ou plus)</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Clinique – sans rendez-vous</p> <p><input type="checkbox"/> 3. Clinique – avec rendez-vous</p>

<p><i>Si autre, cochez et précisez :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 4. Clinique externe de psychiatrie</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Clinique externe de désintoxication (alcool et drogue)</li> <li><input type="checkbox"/> 6. Autre clinique externe d'un hôpital (p. ex., chirurgie d'un jour, cancer)</li> <li><input type="checkbox"/> 7. CLSC/Centre de santé communautaire</li> <li><input type="checkbox"/> 8. Au travail/à l'école</li> <li><input type="checkbox"/> 9. À la maison</li> <li><input type="checkbox"/> 10. Consultation téléphonique uniquement</li> <li><input type="checkbox"/> 11. Autre :</li> </ul>
<p><b>32.</b> Avez-vous reçu un ou des traitements en lien avec vos problèmes de santé mentale? (plus d'une réponse possible) <i>Si « Autre », cochez et précisez :</i></p> <p><i>Si vous avez coché « Aucun », expliquez pourquoi, selon vous, vous n'avez reçu aucun traitement :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Psychothérapie (Thérapie psychologique, discussion)</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Médication (Prise de médicament)</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Autre :</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Aucun :</li> </ul>
<p><b>33.</b> En général, dans quelle mesure êtes-vous <u>satisfaite des traitements et des services que vous avez reçus</u> pour gérer ou régler votre trouble de <u>santé mentale</u> lors de votre <u>dernier épisode</u> de trouble mental?</p> <p><i>Cochez et expliquez :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Plutôt insatisfaite</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Ni satisfaite, ni insatisfaite</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Plutôt satisfaite</li> </ul>

<p><b>34.</b> En général, dans quelle mesure diriez-vous que <u>les professionnels de la santé</u> vous ont aidé lors de votre <u>dernier épisode</u> de trouble mental?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Pas du tout <input type="checkbox"/> 2. Un peu <input type="checkbox"/> 3. Beaucoup
<p><i>Cochez et expliquez :</i></p>	
<p><b>35.</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à un <u>groupe de soutien</u> ou un <u>groupe d'entraide</u> pour obtenir du soutien et pour partager vos problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Non <input type="checkbox"/> 2. Oui
<p><i>Si oui, cochez et précisez le groupe et l'aide obtenue :</i></p>	
<p><b>36.</b> Au cours des 12 derniers mois, avez-vous participé à un <u>forum de discussion sur Internet</u> afin d'obtenir du soutien pour vos problèmes de santé mentale ?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Non <input type="checkbox"/> 2. Oui :
<p><i>Si oui, cochez et précisez :</i></p>	
<p><b>37.</b> Vous est-il arrivé de <u>cesser de consulter</u> un professionnel de la santé que vous aviez commencé à voir pour des soins de santé mentale?</p>	<input type="checkbox"/> 1. Ne s'applique pas (je n'ai pas eu de troubles mentaux) <b>(passez à la question 39)</b> <input type="checkbox"/> 2. Oui (j'ai déjà cessé de consulter un professionnel) <input type="checkbox"/> 3. Non (je continue de le voir régulièrement) <b>(passez à la question 38)</b>
<p><i>Si oui, cochez la ou les raisons :</i></p>	
<input type="checkbox"/> 1. Je me sentais mieux <input type="checkbox"/> 2. J'avais complété le traitement recommandé	

<p><i>(plus d'une réponse possible)</i></p> <p><i>Si autre raison – cochez et précisez :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 3. Je pensais que cela n'aidait pas, que c'était inutile</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Je pensais que le problème allait s'améliorer tout seul, sans recevoir plus d'aide professionnelle</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Je pensais ne pas pouvoir payer</li> <li><input type="checkbox"/> 6. J'étais trop gênée ou embarrassée de consulter le professionnel</li> <li><input type="checkbox"/> 7. Je voulais résoudre le problème sans aide professionnelle</li> <li><input type="checkbox"/> 8. J'avais des problèmes de transport</li> <li><input type="checkbox"/> 9. J'avais des problèmes au niveau de la garde d'un de mes enfants</li> <li><input type="checkbox"/> 10. J'avais des problèmes avec mon horaire</li> <li><input type="checkbox"/> 11. Le service ou le programme n'était plus disponible</li> <li><input type="checkbox"/> 12. Je n'étais pas confortable vis-à-vis l'approche du professionnel</li> <li><input type="checkbox"/> 13. Autre</li> </ul>
<p><b>38.</b> Vous est-il déjà arrivé <u>de ne pas consulter</u> un professionnel pour des soins de santé mentale alors que <u>vous en aviez probablement besoin</u> ?</p> <p><i>Si oui, cochez la ou les raisons :</i></p> <p><i>(plus d'une réponse possible)</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 1. Oui (j'ai eu un trouble mental et je n'ai pas consulté)</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Non (j'ai toujours consulté si j'en avais besoin)</li> <li><input type="checkbox"/> 1. Mon problème s'est rapidement terminé</li> <li><input type="checkbox"/> 2. Il me restait des médicaments d'un traitement précédant</li> <li><input type="checkbox"/> 3. Je pensais que cela n'aidait pas, que c'était inutile</li> <li><input type="checkbox"/> 4. Je pensais que le problème allait s'améliorer tout seul, sans recevoir d'aide professionnelle</li> <li><input type="checkbox"/> 5. Je pensais ne pas pouvoir payer</li> </ul>

	<input type="checkbox"/> 6. J'étais trop gênée ou embarrassée de consulter le professionnel <input type="checkbox"/> 7. Je voulais résoudre le problème sans aide professionnelle <input type="checkbox"/> 8. J'avais des problèmes de transport <input type="checkbox"/> 9. J'avais des problèmes au niveau de la garde d'un de mes enfants <input type="checkbox"/> 10. J'avais des problèmes avec mon horaire <input type="checkbox"/> 11. Je ne m'étais pas senti confortable vis-à-vis l'approche d'un professionnel rencontré auparavant <input type="checkbox"/> 12. Le service ou programme n'était plus disponible <input type="checkbox"/> 13. Autre
<i>Si autre raison – cochez et précisez :</i>	

<i>À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :</i>	1. Non, pas du tout d'accord	2. Juste un peu d'accord	3. Oui, tout à fait d'accord
<b>39.</b> En général, je crois posséder toutes les connaissances nécessaires pour faire face aux défis de ma vie de tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>40.</b> En général, je me sens capable de faire face aux demandes et aux défis de ma vie de tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>41.</b> En général, je reste positive face aux demandes et aux défis de ma vie de tous les jours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<i>À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :</i>	1. Non, pas du tout d'accord	2. Juste un peu d'accord	3. Oui, tout à fait d'accord
<b>42.</b> Je suis généralement satisfaite de moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>43.</b> Je pense que je suis une personne de valeur au même titre que n'importe qui d'autre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>44.</b> J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>45.</b> J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

46. Je sens peu de raisons d'être fière de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :</i>	1. Non, pas du tout d'accord	2. Juste un peu d'accord	3. Oui, tout à fait d'accord
47. Il y a autour de moi des gens sur qui je peux compter quand j'ai besoin d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48. Il y a autour de moi des gens sur qui je peux compter pour m'aider à me sentir plus détendue lorsque je suis sous pression ou crispée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
49. Il y a autour de moi des gens qui m'acceptent tel que je suis, c'est-à-dire avec mes bons et mes mauvais côtés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
50. Il y a autour de moi des gens sur qui je peux compter pour s'occuper de moi quoiqu'il arrive	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
51. Il y a autour de moi des gens sur qui je peux compter pour m'aider à me sentir mieux quand je broie du noir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
52. Il y a autour de moi des gens sur qui je peux compter pour me consoler quand je suis bouleversée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
53. Avez-vous généralement le sentiment de <u>contribuer activement</u> à la <u>société</u> sur le plan économique, social, culturel ou encore politique?	<input type="checkbox"/>	1. Non	
	<input type="checkbox"/>	2. Oui	
54. Vous arrive-t-il de <u>contribuer activement aux activités</u> d'un groupe communautaire, d'une association ou d'un autre regroupement?	<input type="checkbox"/>	1. Jamais	
	<input type="checkbox"/>	2. Rarement	
	<input type="checkbox"/>	3. Parfois	
	<input type="checkbox"/>	4. Souvent	
<i>Si vous avez répondu « Parfois » ou « Souvent », cochez et précisez la ou les activités :</i>			
55. Vous arrive-t-il de vous sentir <u>exclue de la vie sociale</u> à cause de votre ethnie, de votre religion, de votre sexe, de votre classe sociale, de vos troubles mentaux (stigma	<input type="checkbox"/>	1. Souvent	
	<input type="checkbox"/>	2. Parfois	
	<input type="checkbox"/>	3. Rarement	

social), de votre orientation sexuelle ou d'autres raisons?	<input type="checkbox"/> 4. Jamais			
<i>Si vous avez répondu « Souvent » ou « Parfois » cochez et précisez la ou les raisons principales :</i>				
<b>56.</b> Avez-vous parfois l'impression de ne pas avoir un bon accès aux ressources sociales, économiques et politiques à cause de votre condition sociale ou économique, ou du manque de services disponibles en externe et les longues listes d'attente?	<input type="checkbox"/> 1. Souvent <input type="checkbox"/> 2. Parfois <input type="checkbox"/> 3. Rarement <input type="checkbox"/> 4. Jamais			
<i>Si vous avez répondu « Souvent » ou « Parfois », cochez et précisez la ou les raisons principales :</i>				
<b>À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes :</b>		<b>1. Non</b>	<b>2. Oui</b>	<b>3. Ne sais pas</b>
<b>57.</b> Je me sens en sécurité dans mon quartier (près de chez moi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>58.</b> Il y a beaucoup de violence/de drogue qui circule dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>59.</b> Il y a beaucoup d'entraide entre les voisins de mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>60.</b> Il y a beaucoup de querelles entre voisins dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>61.</b> Il y a des services de santé accessibles dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>62.</b> Il y a des services de santé mentale accessibles dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>63.</b> Il y a des services sociaux accessibles dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>64.</b> Il y a des services communautaires accessibles dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>65.</b> Il y a des épiceries accessibles près de chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>66.</b> Il n'y a que des dépanneurs pour faire mes courses près de chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>67.</b> Mon quartier offre des activités (sport, culture) stimulantes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>68.</b> Il y a des services éducationnels accessibles dans mon quartier (recevoir une formation professionnelle, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>69.</b> Je suis bien logée (logement sain, loyer abordable)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>70.</b> Je me sens en sécurité chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>71.</b> Je vis de la violence physique (autre que conjugale) chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>72.</b> Je vis de la violence psychologique chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>73.</b> Il y a beaucoup de violence entre les gens qui vivent chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>74.</b> Il y a beaucoup d'entraide/soutien entre les gens qui vivent chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>75.</b> Je vis avec des gens aux prises avec des dépendances importantes (drogue, alcool, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>76.</b> J'ai souvent peur chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>77.</b> J'ai grandi dans une famille dysfonctionnelle (drogue, abus, violence, etc.),	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>78.</b> J'ai été maltraitée physiquement ou psychologiquement dans mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>79.</b> J'ai été abusée sexuellement dans mon enfance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes : (si vous n'avez pas d'enfant de moins de 16 ans, passez à la question 83)</i>	1. Non	2. Oui	3. Ne sais pas
<b>80.</b> <u>Il y a des services de garde (CPE ou autre) de qualité et accessibles</u> dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>81.</b> Il <u>manque de place à contribution réduite</u> (CPE ou milieu familial) dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>82.</b> <u>Il y a de bonnes écoles</u> (primaire et secondaire) dans mon quartier	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>À quel point êtes-vous d'accord avec les affirmations suivantes : (si vous n'avez pas de conjoint(e) ou n'êtes pas en couple, passez à la question 87)</i>	1. Non	2. Oui	3. Ne sais pas
<b>83.</b> Je reçois beaucoup de soutien de la part de mon (ma) conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>84.</b> Je vis de la violence conjugale chez moi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>85.</b> J'ai une vie affective (amoureuse) satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>86.</b> J'ai une vie sexuelle satisfaisante	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>87.</b> Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez <u>besoin d'aide pour des problèmes de santé mentale</u>, mais vous ne l'avez <b>pas obtenue</b>?</p> <p><u>Si oui</u>, qu'auriez-vous aimé recevoir comme aide ou soutien?</p>	<p><input type="checkbox"/> 0. Ne s'applique pas (je n'ai pas eu de troubles mentaux) (<i>prenez la question 89</i>)</p> <p><input type="checkbox"/> 1. Oui</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Non, j'ai eu tout ce dont j'avais besoin</p>
<p><b>88.</b> Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez <u>besoin de services de santé</u> appropriés à vos besoins en <u>santé mentale</u>, mais vous ne les avez <b>pas obtenus</b>?</p> <p><u>Si oui</u>, qu'auriez-vous aimé recevoir comme aide ou soutien?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Oui</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Non, j'ai eu tout ce dont j'avais besoin</p>
<p><b>89.</b> Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez <u>besoin d'aide ou de soutien domestique</u> ou de <u>soutien d'un réseau communautaire</u>, mais vous ne l'avez <b>pas obtenu</b>?</p> <p><u>Si oui</u>, qu'auriez-vous aimé recevoir comme aide ou soutien?</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Oui</p> <p><input type="checkbox"/> 2. Non, j'ai eu tout ce dont j'avais besoin</p>
<p><b>90.</b> Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez</p>	<p><input type="checkbox"/> 1. Oui</p>

senti que vous aviez des besoins en termes de formation ou de développement de compétence (formation pour obtenir un diplôme ou un emploi, formation pour développer certaines compétences (parentales, autodéfense, estime de soi), mais vous ne l'avez **pas obtenue**?

2. Non, j'ai eu tout ce dont j'avais besoin

Si oui, qu'auriez-vous aimé recevoir en termes de formation?

**91.** Y a-t-il autre chose que vous n'avez pas déjà dit dans le questionnaire (des besoins en services ou en ressources par exemple) et que vous trouvez importante pour garder ou retrouver la santé mentale ou l'équilibre mental que vous souhaitez?

**Non**, je crois avoir tout dit  
chose encore

**Oui**, j'aimerais ajouter quelque

Si oui, expliquez (au besoin, utilisez l'autre côté de la page) :

**Merci de votre précieuse collaboration!**

**Équipe du LASER – UQAR et  
les partenaires de l'Entente spécifique en matière d'égalité  
entre les femmes et les hommes de la Chaudière-Appalaches 2011-2015**



Commission scolaire  
de la Côte-du-Sud



**Annexe 2**  
**Protocole de recrutement**



Université du Québec  
à Rimouski

*Portrait régional sur la santé mentale des femmes en  
Chaudière-Appalaches.*

Bonjour,

En tant que coordonnatrice ou intervenante d'un organisme communautaire, vous avez accepté de contribuer à cette recherche en recrutant des participantes.

Vous recevez aujourd'hui l'ensemble des documents qui vous seront nécessaires à réaliser ce recrutement. Dans cet envoi, vous trouverez :

1. Le protocole de recrutement (celui que vous lisez présentement)
2. Une copie de référence du questionnaire (elle est pour vous)
3. Le document d'information à remettre à chacune des participantes (15 copies + 5 copies supplémentaires en cas de besoin)
4. 15 copies du questionnaire insérées dans des enveloppes non scellées
5. Une grande enveloppe préadressée et préaffranchie (pour le retour des 15 enveloppes scellées contenant les questionnaires remplis).

Nous vous demandons de **lire ce protocole et de téléphoner à Marylène Dugas avant de débuter le recrutement**. Ses coordonnées sont indiquées au bas de cette page. Vous pourrez ensuite la contacter au besoin si vous avez des questions ou désirez des précisions sur la procédure de recrutement ou de passation des questionnaires.

L'équipe de chercheuses de l'UQAR vous remercie sincèrement de votre précieuse collaboration à cette étude. Sans vous, rien de ceci ne serait possible!

Merci!

Emmanuelle Bédard, Ph.D.  
Professeure et chercheuse principale  
Département des sciences infirmières  
UQAR, Campus de Lévis  
(418) 833-8800 # 3328.

Marylène Dugas, Ph.D.  
Professionnelle de recherche

### **Qui peut participer à l'étude?**

Toutes les femmes âgées de 18 ans et plus et qui résident en Chaudière-Appalaches peuvent participer à l'étude. Ces femmes doivent être en mesure de lire et de comprendre le français, puisqu'elles devront remplir le questionnaire elles-mêmes.

### **Que faire si une femme n'a pas pris avec elle ses lunettes de lecture ou ne se sent pas à l'aise de le remplir elle-même?**

Au besoin (et seulement si vous le désirez et en avez le temps), vous pourrez assister les femmes qui le souhaitent pour remplir le questionnaire, mais vous devrez l'indiquer en inscrivant la mention « remplie par l'intervenant(e) » n'importe où sur la première page du questionnaire.

### **Combien de femmes dois-je recruter?**

Nous souhaitons obtenir l'avis de 15 femmes. Vous disposerez de deux semaines pour faire remplir ces 15 questionnaires.

### **Que dois-je leur dire à propos de l'étude et du questionnaire?**

Vous pourrez leur dire que :

Une équipe de chercheuses de l'*Université du Québec à Rimouski (UQAR)* conjointement avec l'*Entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes de Chaudière-Appalaches* réalise une étude dans la région de Chaudière-Appalaches pour connaître les besoins en soutien et services des femmes en vue de les aider à maintenir une bonne santé mentale.

Vous pourrez ensuite leur remettre le *Document d'information* qu'elles pourront lire puis conserver. Vous disposerez de plus de *Document d'information* que de

questionnaires. Ce faisant, les femmes pourront amener le *Formulaire d'information* à la maison pour y réfléchir avant d'accepter ou de refuser de participer à l'étude. En raison des contraintes de temps pour effectuer la collecte de données, il est important de demander à celles qui acceptent de participer à l'étude de répondre au questionnaire sur place uniquement. Seul le *Document d'information* pourra être emporté à la maison par les femmes. Elles pourront aussi conserver leur copie de ce formulaire après vous avoir remis le questionnaire rempli.

### **Que dois-je faire une fois qu'elles ont lu la lettre d'information?**

Une fois le *Document d'information* lu, demandez-leur si elles ont des questions à propos de l'étude ou du questionnaire. Si vous n'êtes pas en mesure de répondre à leurs questions, des numéros de téléphone sont indiqués au bas de ce document. Il nous fera plaisir de répondre à vos questions.

### **À quoi sert le questionnaire portant la mention « copie de référence »?**

Cette copie vous appartient. Vous pourrez prendre quelques minutes pour la parcourir et prendre connaissance des questions. Il peut arriver que des participantes éprouvent de la difficulté à comprendre le sens de certaines questions et vous demandent des explications. Cette copie vous permettra de vous familiariser avec le questionnaire et de vous préparer à répondre aux questions des participantes. Nous vous invitons à nous téléphoner ou à nous écrire par courriel advenant qu'une question ne vous semble pas claire. Nous vous invitons aussi à prendre connaissance du *Document d'information*.

### **Que dois-je faire avec le questionnaire et son enveloppe?**

Lorsque la participante aura accepté de répondre au questionnaire sur place, vous pourrez lui remettre une enveloppe contenant le questionnaire en lui demandant de :

- 1- remplir le questionnaire,
- 2- vérifier elle-même, une fois le questionnaire complété, qu'elle a bien répondu à toutes les questions,
- 3- remettre le questionnaire dans l'enveloppe, et
- 4- sceller l'enveloppe avant de vous la redonner.

Toutes les enveloppes et tous les questionnaires (remplis ou non) devront nous être retournés à la fin de la période de recrutement de deux semaines.

**Que dois-je faire si une femme commet une erreur en remplissant le questionnaire?**

Vous pourrez lui dire de l'indiquer en marge, de bien entourer les bonnes réponses et de mettre un X sur les réponses erronées.

**Que dois-je faire avec les enveloppes et les questionnaires à la fin des deux semaines de recrutement?**

Une enveloppe de retour préaffranchie est fournie avec les questionnaires. Vous pourrez poster les copies dès que la quinzième femme aura rempli son questionnaire. Si vous prévoyez ne pas terminer le recrutement dans les deux semaines allouées, veuillez en aviser la professionnelle de recherche (Marylène Dugas) vers la fin de la deuxième semaine. Nous évaluerons s'il y a lieu de poursuivre de quelques jours la période de recrutement ou de poster les copies remplies même si l'objectif de recruter 15 femmes n'est pas atteint.

**Annexe 3**  
**Document d'information**

## Document d'information

**Titre de la recherche :** *Portrait régional sur la santé mentale des femmes en Chaudière-Appalaches.*

**Chercheuses principales :** Emmanuelle Bédard, Claire Page

**Co-chercheuses :** Hélène Sylvain, Nicole Ouellet, Caroline Sirois, Nicole Allard, Lorraine Gaudreau et Cécile Cormier.

En collaboration avec l'Entente spécifique en matière d'égalité entre les femmes et les hommes de Chaudière-Appalaches.

Le présent projet de recherche vise à mieux **connaître les besoins des femmes en matière de santé mentale ainsi que les soins et les services qui leurs sont offerts** dans la région de Chaudière-Appalaches.

Si vous acceptez de participer à cette étude, **nous vous demanderons de répondre à un questionnaire portant sur la perception que vous avez de votre santé mentale et l'aide et les services que vous recevez ou souhaiteriez recevoir**. Le questionnaire demandera environ 60 minutes de votre temps. Aucune compensation financière ne sera versée pour votre participation à la présente recherche.

**Aucune information personnelle qui permettrait de vous identifier (nom, adresse, numéro de téléphone, etc.) ne vous sera demandée.** Nous vous invitons à remplir le questionnaire sur place, aujourd'hui même. Vous pourrez insérer le questionnaire rempli dans une enveloppe que vous scellerez vous-même avant de le remettre à la personne responsable du recrutement qui le fera parvenir aux chercheurs.

Votre participation à cette étude est très importante puisqu'elle **permettra de mettre en place des interventions visant à améliorer les services en santé mentale offerts aux femmes de la région** de Chaudière-Appalaches.

**Il est possible que le fait de répondre à certaines questions vous dérange ou vous rappelle des souvenirs désagréables.** Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler à la personne qui vous a remis le questionnaire. **Au besoin, celle-ci pourra vous référer à une personne ressource.**

**Vous êtes libre de participer ou non à l'étude et de vous retirer en tout temps, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision.** Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez insérer le questionnaire dans l'enveloppe, la sceller et remettre le tout à la personne qui vous a demandé de participer à l'étude en spécifiant que vous ne désirez plus participer. Le questionnaire sera ensuite détruit par les chercheuses de l'étude.

Les données seront conservées pendant sept ans par la chercheuse principale et seront détruites par la suite.

**Pour toute question relative à la recherche, vous pouvez communiquer avec :**

Emmanuelle Bédard, Chercheuse principale, Département des sciences infirmières, UQAR, Campus Lévis, 1595 boul. Alphonse Desjardins, Lévis, Québec. Téléphone : (418) 833-8800 # 3328

|