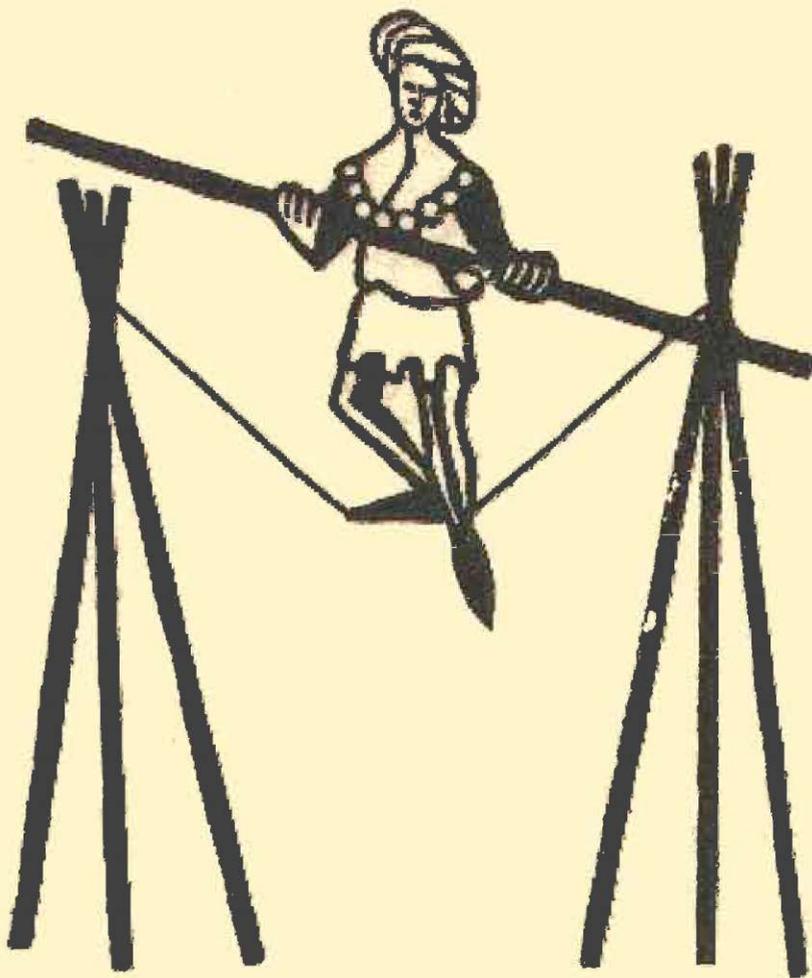


Détresse psychologique chez les jeunes de 15-30 ans



Être jeune et en santé mentale...
Un équilibre à atteindre, une aventure exigeante!

WS
463
L384
2004

S 2004

Agence
de développement
de réseaux locaux
de services de santé
et de services sociaux

Québec 
Abitibi-
Témiscamingue

INSPO - Montréal



3 5567 00003 5169

Détresse psychologique chez les jeunes de 15-30 ans

Rédaction :

Fanie Lavergne, Direction de santé publique

En collaboration :

Ghislain Beaulé, Direction de santé publique

Rita Lauzon
Secrétaire

Illustration de la couverture et des sections :

Jack Hurley, Rae Hurley et John Horler, tiré du
Psycho-tarot, publication de Taroco, 1973, 1974 et
1975

© Agence de développement de réseaux locaux de services
de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Reproduction autorisée à des fins non commerciales
avec mention de la source. Toute reproduction totale ou
partielle doit être fidèle au texte utilisé.

ISBN : 2-89391-223-0

DÉPÔT LÉGAL – BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU QUÉBEC, 2004
DÉPÔT LÉGAL – BIBLIOTHÈQUE NATIONALE DU CANADA, 2004

Prix : 13 \$ + frais de manutention

Vous pouvez vous procurer ce document au centre de documentation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue au 1, 9^e Rue, Rouyn-Noranda (Québec) J9X 2A9 tél. : (819) 764-3264, poste 49209.

Dans ce document, le générique masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte et désigne tant les femmes que les hommes.

Remerciements

La Direction de santé publique tient à remercier en premier lieu toutes les personnes qui ont pris le temps de répondre au questionnaire et de nous accorder une entrevue de groupe. Plus spécifiquement, nous remercions les étudiants du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue, de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, du secondaire III et V de la Polyvalente d'Iberville ainsi que ceux du Centre Élisabeth-Bruyère. Nous remercions également les jeunes du Centre ressources jeunesse ainsi que les animatrices qui ont participé à nos discussions. Nous tenons à souligner notre appréciation face à leur grande ouverture devant notre projet. De plus, nous remercions les jeunes adultes du marché du travail qui malgré leur surcharge ont su prendre quelques minutes pour répondre au questionnaire.

Nous désirons aussi remercier tous les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et tous les participants provenant du réseau de l'éducation qui se sont spécialement déplacés pour venir nous faire part de leurs expériences pratiques. Sans leurs précieuses contributions, cet état de situation n'existerait pas.

Nous souhaitons également remercier Sylvianne Legeault-Vandal et Michaël Chartier qui ont offert plusieurs heures supplémentaires et bénévoles pour parvenir à nous offrir un document audiovisuel (qui complète ce document) de qualité faisant le portrait de la jeunesse de Rouyn-Noranda.

Enfin, nous remercions tous les professionnels de la Direction de santé publique qui nous ont supportés dans notre démarche, fourni de précieuses références et qui ont fait partie du comité de lecture; Ghislain Beaulé, Sylvie Bellot, Marie-Claire Lacasse, Carmen V. Boucher, Olivia Hernandez-Sanchez, Nicole Belley-Lévesque, Louise Fortin et Marie-Josée Temblay. Merci à Rita Lauzon et à Josée Carrier pour leur travail de mise en page et d'assistance technique.

Nous espérons avoir produit un document à la hauteur des attentes des praticiens qui œuvrent auprès des jeunes et avoir inspiré quelques planificateurs dans leurs démarches à venir.

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Avant-propos

« (...) on pourrait dire que je me suis contenté dans ce livre de faire un bouquet des fleurs d'autrui, et que ma seule contribution est le cordon qui les lie ».

Montaigné

La Direction de santé publique de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue s'est donnée le mandat de faire un état de situation concernant le phénomène de la détresse psychologique auprès des jeunes de la région.

Le but est de cerner le plus justement possible des pistes d'intervention adaptées aux besoins des jeunes (15-30 ans) vivant dans le contexte socioculturel de l'Abitibi-Témiscamingue.

Pour remplir ce mandat, outre la consultation de travaux de plusieurs experts en matière de promotion de la santé mentale et en prévention de la détresse psychologique, nous avons recueilli les perceptions et les souhaits de certains jeunes de ce groupe d'âge ainsi que le point de vue d'intervenants concernés et soucieux du bien-être de la jeunesse de notre région.

Sommaire

Comme mentionné dans la littérature, la *détresse psychologique* est une notion difficile à cerner dans ses manifestations concrètes. Cependant, la conceptualisation visuelle (graphique 1, page 6) des axes : *problèmes/troubles de santé mentale; bien-être/détresse psychologique*, traversant le champ de la santé mentale, simplifie la compréhension des concepts de la promotion du bien-être et de la prévention de la détresse psychologique. Par ailleurs, on constate que les auteurs ne font pas l'unanimité sur le sujet, ce qui ne favorise pas une vision commune chez les intervenants. On a aussi soulevé certaines divergences de perceptions du phénomène lors de cette consultation.

Selon les données recueillies, les jeunes du Québec démontrent un taux élevé à l'indice de détresse psychologique. À ce niveau, la population de l'Abitibi-Témiscamingue se compare à celui de la province. On a vu que les facteurs de risque influençant la détresse psychologique proviennent autant du niveau macrosocial, mésosocial que microsociale (voir annexe 2, page 79). En Abitibi-Témiscamingue, on dénote, au niveau macrosocial, plusieurs facteurs pouvant contribuer à augmenter la détresse chez la population et plus particulièrement chez les jeunes entre 15 et 30 ans. On constate, en effet, des impacts en raison de l'éloignement de la région, du décrochage scolaire élevé chez les garçons, du taux de chômage élevé chez les non-diplômés, de la précarité de l'emploi et du déclin de la population.

Étant donné les précédentes constatations, faire le portrait de la détresse psychologique chez les jeunes de l'Abitibi-Témiscamingue s'avère un défi de taille et nécessiterait plus de temps et de ressources. Nous avons opté pour une consultation plus restreinte en utilisant la technique du « *focus groupe* » auprès de 25 jeunes de la Ville de Rouyn-Noranda. Un document audiovisuel a été produit lors de ces rencontres. Nous avons également consulté 48 intervenants qui oeuvrent auprès des jeunes de ce groupe d'âge (15-30 ans). De plus, nous avons procédé à la passation de 139 questionnaires auprès d'autres jeunes du secondaire (14-17 ans) et à d'autres jeunes adultes (18-30 ans) provenant de différents milieux. Au total, 212 personnes ont donné leur point de vue sur le sujet.

Les propos des participants qui se sont exprimés pour réaliser cet état de situation nous amènent à faire une réflexion sur la façon d'élaborer un programme régional de promotion de la

santé mentale en tenant compte de ce qui caractérise la clientèle visée. Parmi les intervenants consultés plusieurs adhèrent à la vision holistique et multisectorielle qu'en font les experts cités dans le présent document.

Les jeunes abordés lors de ces consultations nous invitent à nous pencher davantage sur le développement de nos communautés et de nos milieux de vie. En y regardant de plus près on y remarque une conscience partagée d'un manque de mesures mésosociales concrètes et adaptées aux réalités, besoins et intérêts spécifiques à la jeunesse. Pour pallier à ce manque, ils nous proposent de créer des lieux favorables à leur épanouissement où ils pourraient se réunir autour d'un projet commun (café-Internet, etc.), de maintenir et de développer les approches de proximité (travailleurs de rue, sentinelles dans les milieux de vie, pairs-aidants, etc.) et d'offrir encore plus de support pour leur insertion professionnelle (mentorat, stages en milieu de travail, etc.).

Les intervenants appuient les points de vue précédents. Toutefois, malgré toute l'importance de poursuivre l'intervention au niveau de la détresse élevée (ex. : la prévention du suicide), les intervenants croient qu'il faut maintenant miser davantage sur la sensibilisation concernant les manifestations de la détresse psychologique dès l'apparition des premiers « *signes de mal-être* » chez les jeunes. Pour y parvenir, ils suggèrent, entre autres, des campagnes sociétales d'information (marketing social) sur la promotion du bien-être et sur les services s'y rattachant.

En ce qui a trait aux interventions de niveau macrosocial, les acteurs concernés doivent se mobiliser afin que des politiques publiques soient axées sur le renforcement du capital humain (de la santé globale de l'individu, de ses compétences personnelles, etc.) et du capital social (de la qualité des réseaux de soutien social). Enfin, le travail sur soi, la pratique de loisirs ainsi que le développement de nouveaux modèles de spiritualité sont autant de suggestions mentionnées par les participants, à un niveau microsocial, pour favoriser le maintien ou l'atteinte d'une bonne santé mentale.

Cet état de situation, bien que modeste dans ces paramètres de collecte de données, nous amène à considérer attentivement l'impact des profondes transformations de la société chez les jeunes de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les pistes d'intervention qui se dégagent s'inscrivent dans la perspective d'une approche régionale de promotion du bien-être (ou de la santé mentale) laquelle requiert une collaboration multisectorielle ainsi qu'une approche centrée davantage sur le « pouvoir d'agir » individuel et collectif.

Table des matières

REMERCIEMENTS	iii
AVANT-PROPOS	v
SOMMAIRE	vii
LISTE DES GRAPHIQUES ET TABLEAUX	xv
INTRODUCTION	1
PREMIÈRE PARTIE	
ÉLÉMENTS THÉORIQUES ET DESCRIPTIFS DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	3
CHAPITRE PREMIER	
La détresse psychologique dans le cadre global de la santé mentale	5
1.1 Le champ de la santé mentale.....	5
CHAPITRE 2	
Les manifestations et le vécu émotionnel de la détresse psychologique	9
CHAPITRE 3	
Le contexte social de la détresse	13
3.1 Le portrait sociodémographique des jeunes en Abitibi-Témiscamingue.....	14
CHAPITRE 4	
La problématique en Abitibi-Témiscamingue	17
CHAPITRE 5	
Les déterminants et facteurs associés à la détresse psychologique	21
5.1 Les déterminants macrosociaux chez les jeunes (15-30 ans).....	21
5.2 Les déterminants mésosociaux chez les jeunes (15-30 ans).....	23
5.3 Les déterminants microsociaux chez les jeunes (15-30 ans).....	26
5.4 Autres facteurs associés.....	28

CHAPITRE 6

Les pistes d'intervention..... 31
 6.1 Les stratégies selon le modèle de Desmarais..... **32**
 6.2 Des interventions axées sur le « pouvoir d'agir » (empowerment) individuel et collectif..... **33**

DEUXIÈME PARTIE

L'ÉTAT DE SITUATION DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES (15-30 ANS) À ROUYN-NORANDA..... 37

CHAPITRE 7

La démarche de consultation..... 39

CHAPITRE 8

Les résultats de la consultation..... 41
 8.1 Synthèse des perceptions recueillies auprès des intervenants..... **41**
 8.1.1 Perception des notions de la détresse et de la santé mentale..... **41**
 8.1.2 Perception du vécu émotionnel de la détresse chez les jeunes..... **41**
 8.1.3 Connaissances et perceptions des ressources en région..... **42**
 8.1.4 Causes associées à la détresse selon les intervenants..... **44**
 8.1.5 Souhais des intervenants face à l'amélioration du bien-être et à la prévention de la détresse (stratégies macrosociales, mésosociales et microsociales).... **45**
 8.2 Synthèse des perceptions recueillies auprès des jeunes..... **47**
 8.2.1 Perception des notions de la détresse et de la santé mentale..... **47**
 8.2.2 Expérience de la détresse vécue par les jeunes..... **48**
 8.2.3 Connaissances et perceptions des ressources disponibles en région..... **48**
 8.2.4 Causes associées à la détresse selon les jeunes **49**
 8.2.5 Souhais des jeunes face à l'amélioration du bien-être et à la prévention de la détresse (stratégies macrosociales, mésosociales et microsociales).... **51**

CHAPITRE 9

Limites de la démarche et nouvelles constatations..... 61

CONCLUSION..... 65

BIBLIOGRAPHIE..... 67

ANNEXE 1

Concepts et définitions liés à la détresse psychologique.....73

ANNEXE 2

Définitions des déterminants et leurs niveaux.....79

ANNEXE 3

Services existants en région.....85

ANNEXE 4

Questionnaire et réponses recueillies auprès des jeunes.....93

ANNEXE 5

Pistes de solutions qui se dégagent de ces consultations.....103

Liste des graphiques et tableaux

GRAPHIQUE 1

Le champ de la santé mentale6

GRAPHIQUE 2

Dynamique de la détresse et du bien-être11

GRAPHIQUE 3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe (en %), population de 15 ans et plus, Abitibi-Témiscamingue, 1987, 1992-1993 et 1998.....18

GRAPHIQUE 4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'âge (en %), population de 15 ans et plus, Abitibi-Témiscamingue, 1987, 1992-1993 et 1998.....19

GRAPHIQUE 5

L'influence des différents déterminants sur l'état de santé mentale du jeune.....30

GRAPHIQUE 6

Détresse psychologique dans le champ de la santé mentale et ses niveaux.....62

GRAPHIQUE 7

Interventions selon les niveaux de détresse psychologique.....63

Tableau 1

Proportion des 15 ans et plus avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, selon le sexe, Abitibi-Témiscamingue, 1987, 1992-1993 et 1998.....17

Tableau 2

Récapitulatif des stratégies de prévention et de lutte contre la détresse psychologique chez les jeunes, selon D. Desmarais et autres.....33

***I*ntroduction**

Pour agir en amont des problèmes, le réseau de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue s'est doté, depuis une vingtaine d'années, de plusieurs programmes préventifs ayant un impact à différents niveaux sur la santé mentale des individus et des collectivités et, notamment sur la prévention de la détresse psychologique. Il s'avère cependant nécessaire de mettre nos connaissances à jour sur ce sujet et de poursuivre nos réflexions face à nos stratégies d'intervention.

La présente démarche effectuée par l'Agence de santé et de services sociaux, fidèle à son mandat et soucieuse du bien-être de sa population, s'inscrit ici dans un processus permettant de mieux cerner l'état de détresse psychologique chez les jeunes âgés entre 15 et 30 ans et d'identifier les pistes d'actions efficaces pouvant prévenir la détresse extrême.

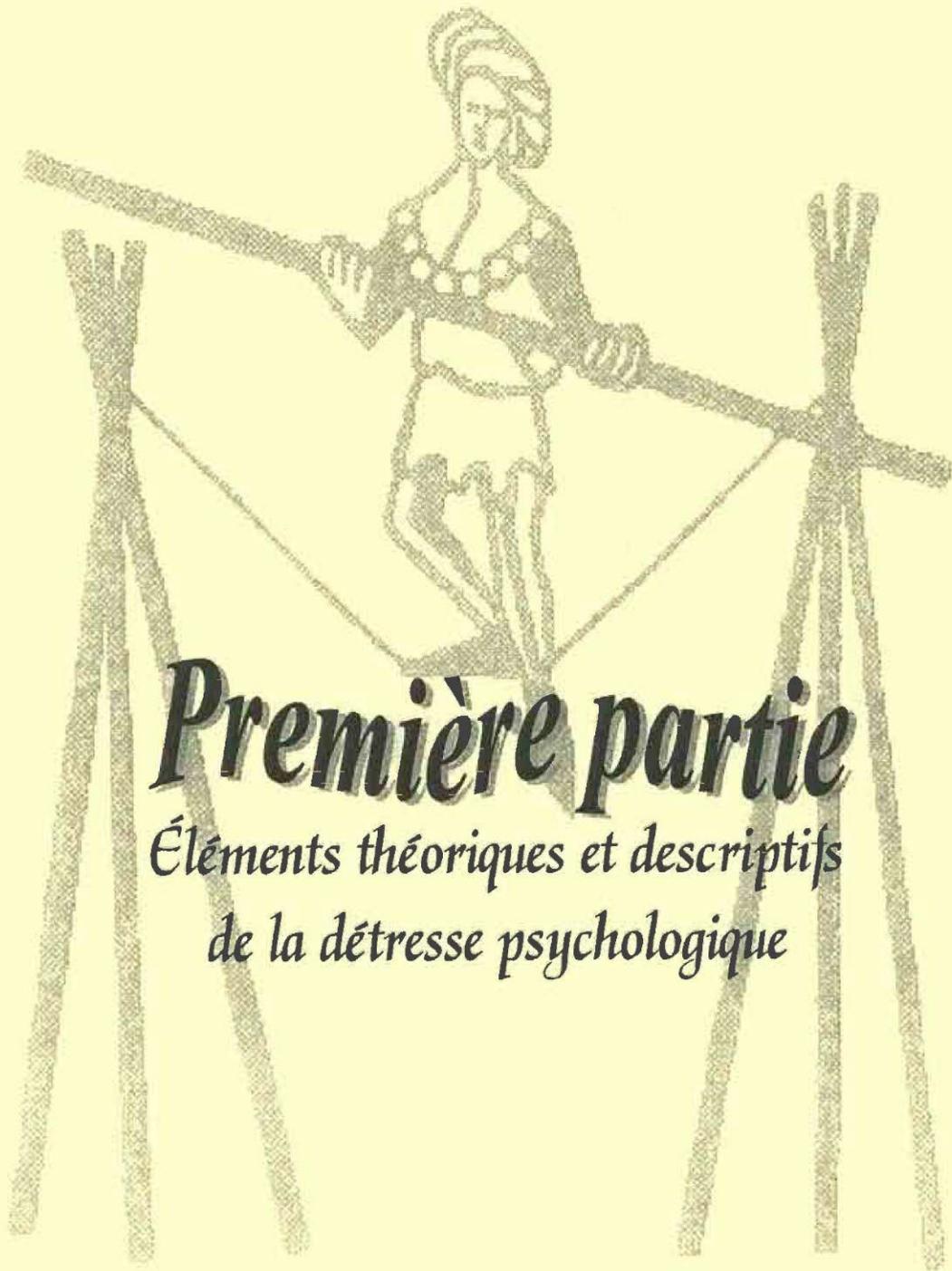
Pour ce faire, ce document situe d'abord la détresse psychologique dans le cadre global de la santé mentale. Nous faisons également ressortir l'ampleur de la problématique chez les jeunes, au niveau régional, ainsi que les facteurs de risque et de protection déjà reconnus par les experts dans le domaine. Soulignons que le cadre de référence pour classer toutes les données de cet état de situation a été basé sur le modèle d'analyse de D. Desmarais et autres (qui s'inspire de l'anthropologie culturelle, de la sociologie clinique et des histoires de vie), tiré du livre incontournable en la matière et récemment publié, intitulé : *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*.

Outre la revue de littérature, pour s'approprier une compréhension commune des concepts de bien-être, c'est-à-dire d'une bonne santé mentale, et de la détresse psychologique, nous avons eu recours à certains jeunes de Rouyn-Noranda et intervenants des différentes MRC de la région afin de connaître la perception qu'ont ceux-ci sur la détresse psychologique dans leur quotidien, sur les services de prévention mis en place par les instances de santé et de services sociaux et sur les pistes de solutions souhaitables.

Pour mieux situer le lecteur, le présent document nous fait part, dans sa première partie, des éléments théoriques et descriptifs de la détresse psychologique et, dans sa deuxième, des

résultats de la démarche de consultation, plus spécifiques aux réalités de l'Abitibi-Témiscamingue.

Enfin, à la lumière de l'ensemble des informations recueillies dans la littérature et auprès des participants, nous dégagerons des pistes d'actions à envisager en collaboration avec nos partenaires selon une perspective multisectorielle cohérente et continue.



Première partie

*Éléments théoriques et descriptifs
de la détresse psychologique*

CHAPITRE PREMIER

LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE DANS LE CADRE GLOBAL DE LA SANTÉ MENTALE

Le concept de détresse psychologique demeure un concept relativement nouveau. La première échelle de mesure de ce mal-être, développée au États-Unis dans les années 1970, n'est apparue au Canada que dans les années 1980. La détresse psychologique est en effet un phénomène complexe pour lequel il se fait encore trop peu de recherches. Plusieurs motifs expliquent pourquoi les études scientifiques n'arrivent pas à dresser un portrait global de la santé mentale des québécois. D'abord, la détresse psychologique est un phénomène invisible dans plusieurs cas. L'absence de manifestations extérieures peut être fortuite et voulue. Certains s'efforcent de camoufler leur détresse en raison des préjugés entourant les problèmes et les troubles de santé mentale. De plus, l'évaluation du phénomène doit s'appuyer sur une définition claire de la notion de détresse psychologique. Or, il s'agit, comme vous le constaterez, d'une notion complexe et multidimensionnelle dont les composantes sont difficiles à cerner¹.

(...) la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache. (Perreault 1987 in MSSS 1995 : 218).

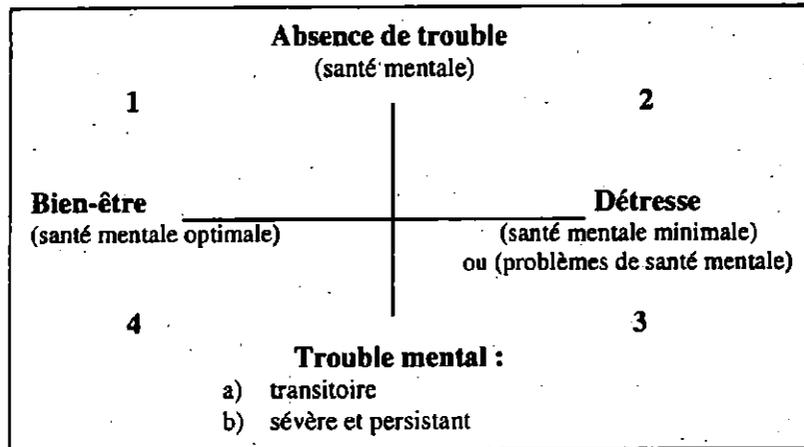
Dans cette première section nous tenterons donc de partager une conception commune de la santé mentale et de définir différents concepts nous permettant de mieux cerner la notion de détresse psychologique tout au long de ce document.

1.1 Le champ de la santé mentale

Les travaux récents proposent une conception relativement nouvelle de la santé mentale qui se situe à l'intérieur de deux axes (voir graphique 1, page 6). Le premier va de la santé mentale optimale à la santé mentale minimale, ou du bien-être à la détresse, et comprend les problèmes de santé mentale. Le deuxième situe les troubles mentaux.

¹ D. DESMARAIS et autres, *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les Publications du Québec, Québec, 2000, p. 113.

Graphique 1
Le champ de la santé mentale



L'axe de bien-être/détresse présente la détresse dans un continuum de vécu émotionnel polarisé entre, d'une part, le sentiment d'être heureux et comblé et, d'autre part, le sentiment d'être déprimé et anxieux. Le bien-être, à l'opposé de la détresse, comporte un sens de la joie de vivre, le sentiment d'être heureux, l'espoir par rapport au futur et le sentiment d'être au moins aussi bon que ses pairs (Mirowsky et Ross 1989).

Si la détresse psychologique ne renvoie pas à un trouble de personnalité ou à l'abus de substances nocives, elle peut toutefois être associée à l'un ou l'autre de ces dérèglements. La détresse psychologique se présente à des degrés variables. À des degrés extrêmes, elle peut être considérée comme un trouble mental. Pourront alors s'ajouter des vulnérabilités diverses, dont la composante biologique et des composantes situationnelles.

Les troubles mentaux situés sur l'axe absence/présence d'un trouble – sont définis comme des maladies caractérisées pouvant être diagnostiquées « et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu » (CSMQ 1994 : 8). Ces personnes éprouvent des difficultés importantes à assumer leurs activités quotidiennes sur une période plus ou moins longue².

Santé et bien-être social Canada (1988)³ fait ressortir ce rapport entre la santé mentale et les troubles mentaux en affirmant que « la santé mentale n'est pas que la simple absence de

² Ibid., p. 27 à 29.

³ Santé et bien-être social Canada, *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre*, 1988.

troubles mentaux et, en corollaire, les problèmes de santé mentale n'équivalent pas aux troubles mentaux ». Ainsi, il devient possible pour une personne « de souffrir d'un trouble mental tout en jouissant d'une santé mentale relativement bonne », surtout lorsque ses conditions de vie sont favorables. (SBESC, 1988 : 10). Par contre, même si les symptômes les plus sévères d'un trouble mental sont soulagés, la personne peut être en mauvaise santé mentale à cause, par exemple, d'une situation d'isolement (SBESC, 1988 : 9).

En s'appuyant sur la distinction établie plus haut, on « peut émettre l'hypothèse que l'état de santé mentale d'un individu, à un moment donné, se situe quelque part à l'intérieur de l'un des quatre espaces formés par le croisement de deux continuums » (CSMQ, 1994 : 9)⁴.

Cette conceptualisation de la santé mentale, comme champ traversé par deux axes, n'est pas reconnue de manière universelle dans les écrits scientifiques. En fait, les cliniciens et les chercheurs ne s'entendent pas complètement sur les critères qui définissent la frontière entre la réaction de détresse normale et anormale car il n'existe pas de moyen réel pour distinguer la réaction de détresse normale du trouble clinique (Kendell, 1988; Vaillant et Schnurr, 1988). Cette distinction apparaît ainsi essentiellement normative. L'évolution même de la classification des troubles mentaux au cours des cinquante dernières années témoigne de cette difficulté⁵.

La confusion sur les termes est d'autant plus présente dans la population. On ne fait pas la distinction entre toutes ces notions pour le moins complexes. Quoiqu'il en soit, tout au long de ce document, nous ferons référence à l'axe de bien-être/détresse. Nous ne traiterons pas de troubles de santé mentale, ni de traitement et de réadaptation. Bien que le mot « *mental* » du concept « *santé mentale* » nous plonge presque intuitivement dans celui de « *maladie ou de troubles mentaux* », lorsque nous parlons ici de la santé mentale, nous faisons référence au maintien et à l'amélioration du bien-être des individus et des collectivités.

⁴ D. WHITE et autres, *Pour sortir des sentiers battus, L'action intersectorielle en santé mentale*, Les publications du Québec, Québec, 2002, p. 45 à 47.

⁵ Enquête sociale et de santé, Résultats pour l'Abitibi-Témiscamingue, Fascicule 15, RRSSS A.-T., 2001, p. 4.

CHAPITRE 2

LES MANIFESTATIONS ET LE VÉCU ÉMOTIONNEL DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

L'expérience de la détresse psychologique constitue le volet central du modèle de D. Desmarais et autres (voir graphique 2 à la page 11). Dans le but de mieux comprendre la dynamique de la détresse psychologique et du bien-être ainsi que de mieux cerner les formes de détresse possibles, nous nous référons aux aspects dynamiques présentés dans ce modèle.

Selon Mirowsky et Ross (1989) la détresse psychologique est un état subjectif déplaisant qui peut se présenter sous deux grandes formes : la dépression et l'anxiété. Chaque expérience émotionnelle ressentie par une personne naît des situations et des conditions dans lesquelles elle vit.

« L'état dépressif se manifeste par de la tristesse, par le fait d'être démoralisé, de se sentir seul, sans espoir, par le sentiment de ne rien valoir, de vouloir mourir, par l'insomnie et de fréquentes crises de larmes, par le sentiment que tout demande énormément d'efforts et qu'on est incapable de continuer à fonctionner.

L'anxiété quant à elle, se manifeste par de la tension, par l'incapacité de se reposer, par de l'inquiétude, de l'irritabilité et de la peur (Mirowsky et Ross, 1989). Comme l'anxiété, la dépression est formée de deux composantes : l'humeur et le malaise. L'humeur se rapporte à des sentiments négatifs comme la tristesse dans la dépression et l'inquiétude dans l'anxiété. Le malaise, pour sa part, désigne plutôt un état physique, une manifestation comme la distraction dans la dépression ou les maux de tête reliés à un état d'anxiété. Ainsi, la détresse psychologique est un problème vécu individuellement qui peut être confondu avec certaines maladies physiques et traité comme tel »⁶.

⁶ D. DESMARAIS et autres, *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les Publications du Québec, Québec, 2000, p.107.

Poussée à l'extrême, la détresse peut prendre la forme d'une violence tournée contre soi-même dans ce qu'on appelle habituellement des dépendances, soit l'alcoolisme et les toxicomanies, auxquelles nous ajoutons le suicide, les gestes suicidaires et les idées suicidaires. La détresse extrême peut aussi prendre la forme de violence tournée contre les autres (agression, homicide, etc.)⁷.

Les garçons et les filles expriment la détresse psychologique différemment. Les filles sont plus susceptibles d'intérioriser la détresse sous forme de dépression, de piètre estime de soi, d'anxiété généralisée et de troubles de l'alimentation. Les garçons, quant à eux, ont tendance à l'extérioriser : ils présentent un taux plus élevé d'hyperactivité, de trouble de conduites, de trouble d'opposition, de délinquance, de problème de jeu, d'excès d'alcool et d'usage de drogues illicites⁸.

Toutes les situations d'aliénation sont susceptibles, selon Desmarais, de générer une variété d'émotions associées à la détresse. L'aliénation est ici définie dans son ensemble le plus large (toujours pour expliquer le graphique 2, page 11). Elle comprend plusieurs facettes dont les principales sont : l'absence de contrôle sur sa vie, la distance à soi, l'isolement social et enfin, l'absence de sens à sa vie. Les situations où l'on vit de l'autoritarisme sont, elles aussi, susceptibles de générer des émotions associées à la détresse, c'est-à-dire de la rigidité dans la résolution des problèmes pratiques et interpersonnels et de la méfiance. Ces situations limitent les horizons et les occasions de se réaliser et exigent conformité et soumission aux pairs.

Enfin, la colère, l'indignation et la culpabilité peuvent aussi être des manifestations devant l'injustice et provoquer de la détresse autant chez les victimes que chez les exploités (Weissman et Paydel 1974, dans Mirowsky et Ross, 1989).

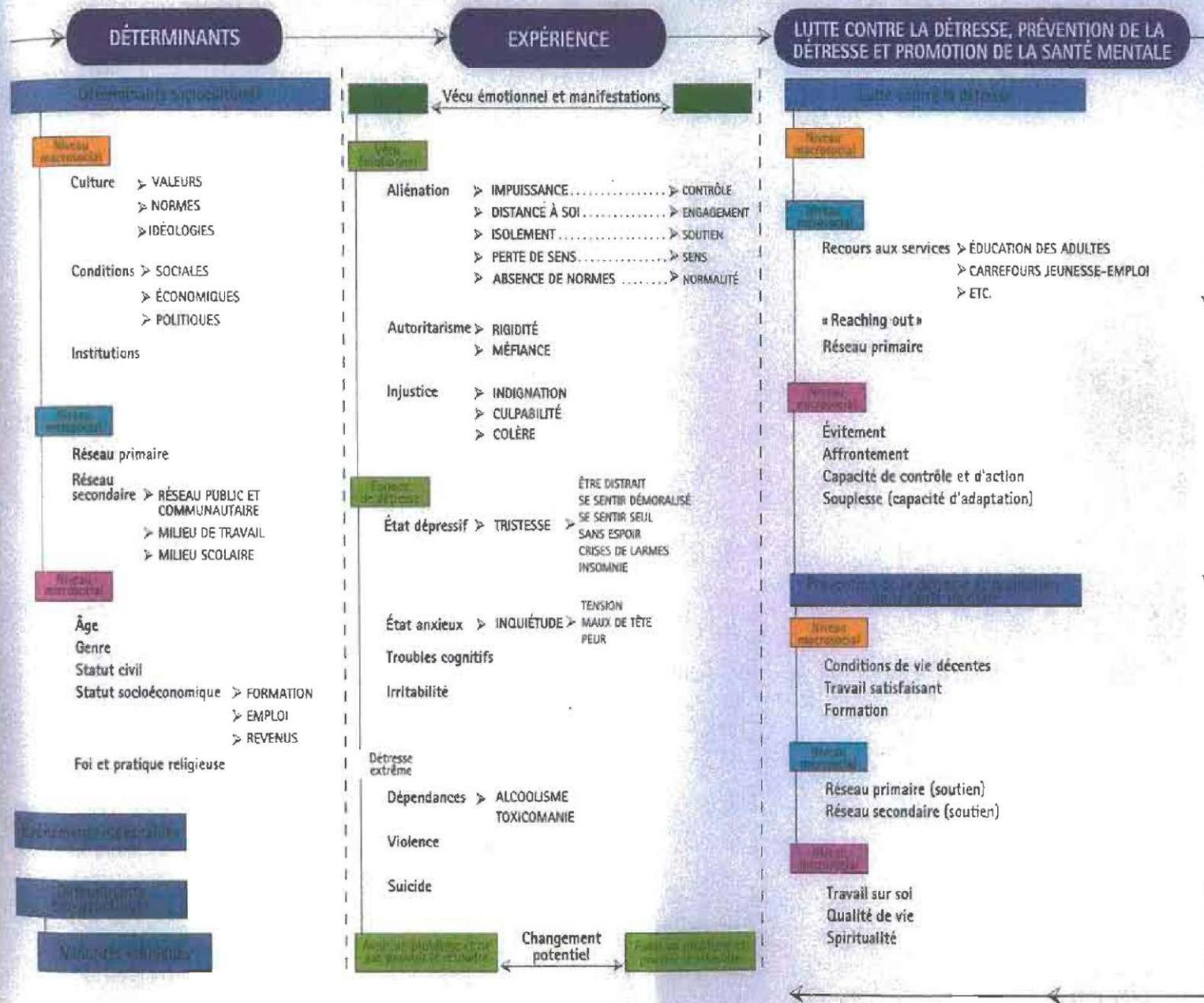
Vous trouverez en annexe 1, page 73 un résumé des concepts et définitions qui sont importants à saisir lorsque nous parlons de la prévention de détresse psychologique et de la promotion de la santé mentale ou du bien-être.

⁷ Ibid., p. 108.

⁸ Portrait jeunesse de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, 2002, et du Journal de toxicomanie et de santé mentale, 2001.

GRAPHIQUE 2

Dynamique de la détresse et du bien-être



Source : Desmarais et autres, *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les Publications du Québec, Québec, 2000, p.33.

CHAPITRE 3

LE CONTEXTE SOCIAL DE LA DÉTRESSE

Avant de vouloir prévenir la détresse psychologique chez les jeunes, il faut d'abord reconnaître ce que nos jeunes vivent et observer dans quelle société ils se développent. Pour y parvenir, nous devons nous questionner sur les deux points suivants : Qui sont les jeunes de la génération 15-30 ans? Et finalement, dans quel contexte social vivent-ils?

La génération de 15-30 ans d'aujourd'hui est bien différente de celle qui l'a précédée. Force est de constater que nous avons connu de profonds changements concernant les rapports aux institutions, à la consommation et au travail dans cette période. Cette crise a également créé un fossé entre les générations surtout en lien avec la place qui est assignée aux jeunes et à la transmission intergénérationnelle. Sous le poids démographique des « *baby-boomers* », les jeunes vivant dans la société québécoise d'aujourd'hui entrevoient peu d'espaces favorables pour s'épanouir.

La mondialisation de l'économie, qui nous jette dans une logique de fonctionnement complètement différente de ce que nous avons connu dans le passé, contribue, elle aussi, à l'augmentation de la détresse vécue par les jeunes et par l'ensemble de la population mondiale. Dans le livre « *Les nouveaux maîtres du monde et ceux qui leur résistent* », Jean Ziegler cite « *En ce début de millénaire, les oligarchies capitalistes transcontinentales règnent sur l'univers. Leur pratique quotidienne et leurs discours de légitimation sont radicalement contraires aux intérêts de l'immense majorité des habitants de la terre. Une économie qui génère (et célèbre) la concurrence individuelle à outrance, la précarité de l'emploi, la fragilité des statuts sociaux, le salaire au mérite est une économie génératrice d'angoisse* »⁹.

Le passage de l'adolescence à l'âge adulte est une période beaucoup plus longue à parcourir qu'il y a quelques années. Toujours, selon D. Desmarais, la transition entre l'adolescence et l'âge adulte s'est allongée à un tel point qu'un nouveau groupe social est apparu, celui des « *jeunes adultes* ».

⁹ Jean ZIEGLER, *Les nouveaux maîtres du monde et ceux qui leur résistent*, Ed. Fayard, 2002, p. 12 et 125.

Dans la première moitié du XX^e siècle, l'adolescence se définissait progressivement comme une transition entre l'enfance et l'âge adulte. De la même manière, aujourd'hui, les conditions d'accès à l'âge adulte ont évolué, légitimant ainsi l'appellation d'un nouvel âge de la vie (Gauthier 1993) différent de l'adolescence. Ce nouveau groupe social, *les jeunes adultes*, est marqué par une période de la vie qui ne demeure pas moins instable et déstabilisante que celle de l'adolescence.

Les adolescents et les jeunes adultes d'aujourd'hui doivent tous deux composer avec de nouvelles structures familiales et des changements à tous les niveaux : économiques, politiques, sociaux, environnementaux, culturels touchant autant aux secteurs de la vie collective qu'individuelle. Afin de mieux situer dans quel contexte social vivent les jeunes de l'Abitibi-Témiscamingue, vous trouverez des données sociodémographiques plus spécifiques dans l'encadré suivant.

3.1 Portrait sociodémographique des jeunes en Abitibi-Témiscamingue

Selon les estimations de Statistique Canada, la région de l'Abitibi-Témiscamingue compte, en 2002, 29 807 jeunes de 15-29 ans, ce qui représente 20,1 % de la population totale. Depuis les dix dernières années, le nombre de jeunes de ce groupe d'âge ainsi que le poids qu'ils représentent dans l'ensemble de la population ont diminué. Ils étaient près de 36 900 en 1991 et leur nombre a ainsi chuté de 18 %; quant à la part des jeunes, elle est passée de 23,5 % à 20,1 %. Tout ceci traduit à la fois le vieillissement de la population et son déclin.

Sur le plan de la scolarité, le recensement de 2001 confirme encore une fois que les jeunes témiscabitiens sont moins scolarisés que leurs homologues québécois. De fait, 41,5 % des jeunes de 15-29 ans en Abitibi-Témiscamingue n'ont aucun diplôme comparativement à 29,4 % des jeunes du même groupe d'âge au Québec. D'autres données récentes sur le taux de diplomation au secondaire viennent également corroborer ces constatations. Ainsi, en 2002-2003, en Abitibi-Témiscamingue, 67,3 % des personnes inscrites ont obtenu leur diplôme d'études secondaires comparativement à 72,2 % au Québec. En outre, le taux est nettement plus élevé chez les filles que chez les garçons, 76,8 % contre 58,1 %.

Malgré l'existence du phénomène du décrochage scolaire, une proportion importante de jeunes de 15-24 ans fréquente un établissement scolaire. Ainsi, en 2001, 61,3 % des jeunes témiscabitiens de 15-24 ans fréquentaient l'école à temps complet et 5,4 % à temps partiel, chiffres tout à fait comparables à ceux observés au Québec

(respectivement 60,7 % et 6,1 %). On peut néanmoins supposer que les différences entre la région et la province à cet égard concernent le type d'établissement fréquenté et le niveau scolaire atteint.

Concernant la participation au marché du travail, en 2001, comme au Québec, un peu plus de la moitié (53,3 %) des jeunes de 15-24 ans de la région faisaient partie de la population active. Le pourcentage de jeunes de 15-24 ans occupant un emploi était toutefois légèrement inférieur en Abitibi-Témiscamingue comparé au Québec, soit 41,5 % contre 43,7 %. Avec un taux de chômage de 22,0 % en 2001, la situation économique des jeunes de 15-24 ans dans la région apparaît néanmoins difficile.

Comme le rapporte l'Observatoire (2001), le revenu d'emploi des jeunes de la région croît avec l'âge. Ainsi, chez les 15-19 ans, le revenu moyen était de 4 034 \$ en 1995; chez les 20-24 ans, il s'élevait à 11 633 \$ et chez les 25-29 ans, il se situait à 23 845 \$¹⁰. En outre, les jeunes femmes gagnent toujours sensiblement moins que les hommes même si cela s'améliore avec leur scolarisation. Ainsi, le revenu moyen des jeunes femmes de 15-19 ans représente 77 % de celui des hommes; chez les 20-24 ans, la proportion est de 60 % et chez les 25-29 ans, 64 %.

Pour ce qui est du revenu en général, le recensement de 1996 a révélé que dans la région, parmi les jeunes de 15-24 ans, une personne sur cinq (20,3 %) vit sous le seuil de faible revenu, les filles dans une proportion toutefois supérieure aux garçons, soit 23,6 % comparé à 17,8 %. Par ailleurs, des données récentes sur les prestataires de l'assistance-emploi (anciennement aide sociale), indiquent, qu'en 2003, 7,9 % des jeunes témiscabitiens de moins de 18 ans sont prestataires de l'assistance-emploi.

Question situation de vie, les jeunes de 15 à 29 ans sont dans une période de transition souvent marquée par des changements de leur état civil. Selon le recensement de 1996, plus de 35 % des jeunes de 15-29 ans de la région vivent en couple, soit en étant légalement mariés soit en union de fait. À noter qu'il s'agit d'un pourcentage significativement plus élevé que celui observé au Québec (27 %). Par ailleurs, les jeunes femmes de la région se sont longtemps démarquées de leurs homologues québécoises par une fécondité plus élevée, notamment celles de 18-19 ans. Depuis 1996, la tendance à la baisse est toutefois importante, et en 2001, la situation dans la région était presque identique à celle du Québec avec un taux de 16 naissances pour 1 000 femmes de 15-19 ans¹¹.

¹⁰ Statistique Canada, Recensement de 1996, Développement des ressources humaines Canada.

¹¹ Sylvie BELLOT, Agente de recherche à l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Abitibi-Témiscamingue, 2004.

CHAPITRE 4

LA PROBLÉMATIQUE EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE

Sources d'angoisses et de tensions, ces changements rapides associés à la jeunesse risquent de créer de la détresse chez celle-ci. Bien que la majorité des jeunes ait recours à des stratégies individuelles efficaces, généralement acquises depuis l'enfance dans un milieu favorable à leur développement psycho-émotionnel, ou au soutien d'un bon réseau social primaire, certains manquent d'outils et de supports et développent des problèmes de santé mentale plus graves pouvant être considérés comme des troubles mentaux ou pires, pouvant mener au suicide.

En Abitibi-Témiscamingue, la plupart des jeunes de 15-24 ans s'estiment en excellente santé, sinon en bonne santé (notons que leur conception de la santé se réduit souvent à la notion de la santé physique), selon l'Enquête sociale et de santé. Malgré cela, leur état de santé mentale demeure toujours une situation préoccupante.

Comme au Québec, l'Abitibi-Témiscamingue compte, au sein de sa population de 15 ans et plus, environ une personne sur cinq avec un niveau élevé à l'indice de détresse, c'est-à-dire présentant plusieurs symptômes de dépression, d'anxiété, d'agressivité et de problèmes cognitifs. Nous observons également que les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes (tableau 1).

Tableau 1
Proportion des 15 ans et plus avec un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique*, selon le sexe, Abitibi-Témiscamingue, 1987, 1992-1993 et 1998.

SEXE	1987	1992-1993	1998
Hommes	14,2	26,5	16,4
Femmes	25,8	34,6	23,0

Source : Conseil permanent de la jeunesse.

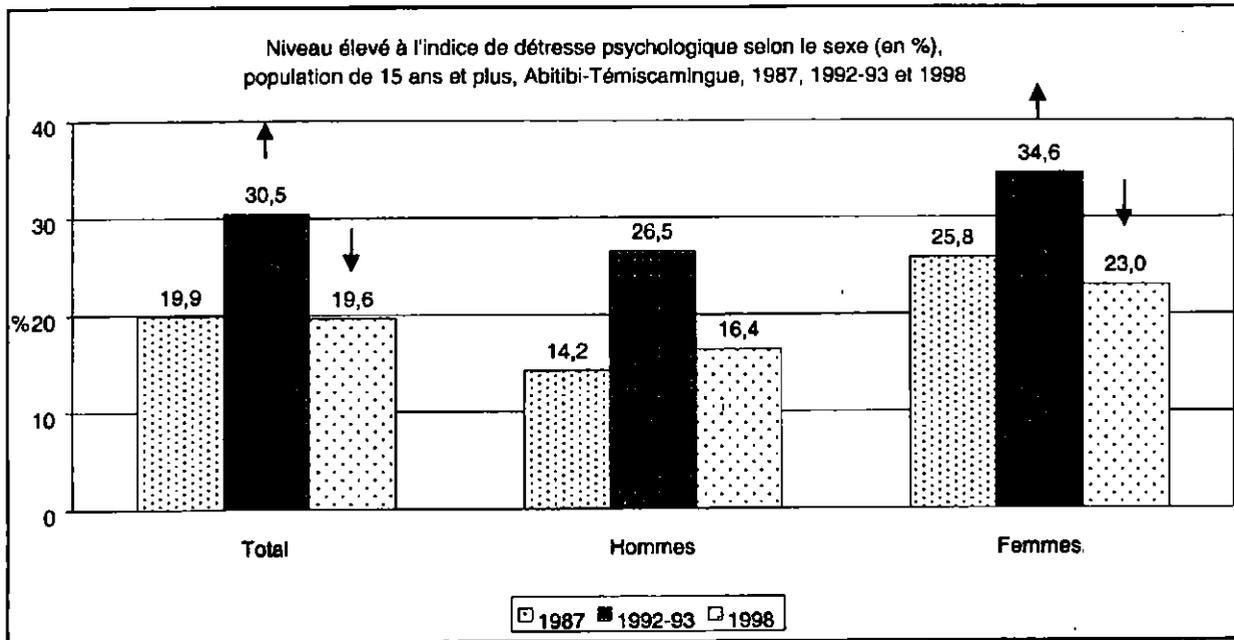
D'après : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993. Institut de la statistique du Québec, Enquête sociale et de santé 1998.

* « Ce type d'indice ne mesure pas de diagnostics précis mais « ...tente plutôt d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes assez nombreux et intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique qui nécessite une intervention ». (Radloff, 1977). ».

En Abitibi-Témiscamingue, la proportion de personnes se caractérisant par un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique a nettement diminué de 1992-1993 à 1998, redescendant au niveau initial observé en 1987. En effet, pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus, ce pourcentage est passé de 30,5 % en 1992-1993 à 19,9 % en 1998, revenant presque au taux de 1987 qui était de 19,6 %. Cette baisse s'observe autant chez les hommes que chez les femmes, mais l'écart statistique est très significatif chez ces dernières où le taux a perdu presque douze points en cinq ans, passant de 34,6 % à 23,0 %.

Graphique 3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe (en %), population de 15 ans et plus, Abitibi-Témiscamingue, 1987, 1992-1993 et 1998



↑ Hausse ou diminution statistiquement significative.
 Sources : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987 (ESQ 1987), Enquête sociale et de santé 1992-1993 (ESS 1992-1993); Institut de la statistique du Québec, ESS 1998.

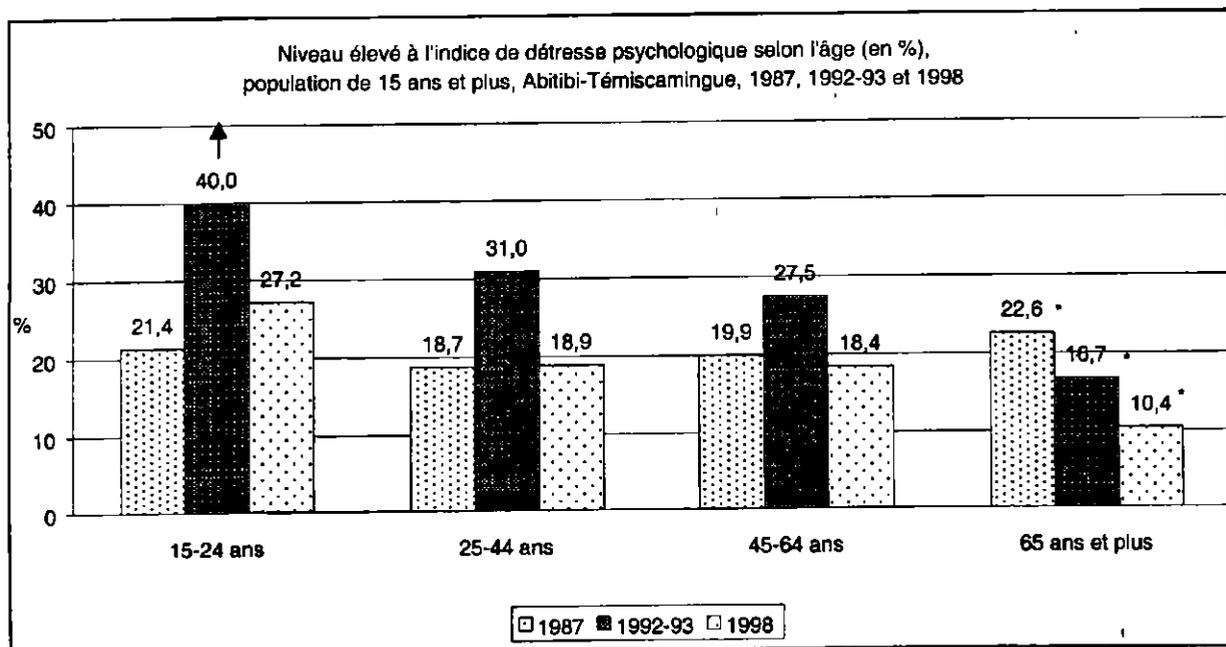
Ce phénomène a été constaté en Abitibi-Témiscamingue tout comme dans l'ensemble du Québec. Il constitue un fait marquant de l'Enquête sociale et de santé 1998 mais apparaît difficilement explicable compte tenu du fait qu'il n'y a pas eu de variations méthodologiques entre les enquêtes de 1987, 1992-1993 et 1998. On note cependant que « l'indice de détresse psychologique inclut plusieurs manifestations associées à la dépression (...) et que l'Enquête

nationale sur la santé de la population (ENSP) a enregistré une diminution de la prévalence de la dépression dans la population générale entre 1994 et 1996.»¹²

L'amélioration se reflète dans tous les groupes d'âge où l'on observe, pour 1998, une diminution de la proportion des personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique par rapport à l'enquête précédente de 1992-1993. Malgré le fait que ces écarts ne se révèlent pas statistiquement significatifs, la tendance est confirmée à l'échelle du Québec. Alors que pour les jeunes de 15-24 ans le taux de 1998 (27,2 %) demeure un peu plus élevé que celui obtenu en 1987 (21,4 %), pour les adultes de 25-44 ans et de 45-64 ans, on constate que la proportion atteinte en 1998 se rapproche sensiblement de celle de 1987.

Graphique 4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'âge (en %), population de 15 ans et plus, Abitibi-Témiscamingue, 1987, 1992-1993 et 1998



→ Hausse ou diminution statistiquement significative.
 * Coefficient de variation > 15 % et <= 25 %, interpréter avec prudence.
 Sources : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987 (ESQ 1987), Enquête sociale et de santé 1992-1993 (ESS 1992-1993); Institut de la statistique du Québec, ESS 1998.

¹² Gilles LÉGARÉ et autres, « Santé mentale », *Enquête sociale et de santé 1998*, Institut de la statistique du Québec (ISQ), 2000, p.348.

Finalement, en dépit de ces « améliorations » statistiques, les jeunes de 15-24 ans font partie du groupe comptant le plus haut taux de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (1998).

Le taux de suicide demeure également une source d'inquiétude dans la région; il est nettement supérieur au taux québécois et, excluant la région de Nunavik, l'Abitibi-Témiscamingue occupe le premier rang de mortalité par suicide au Québec. Depuis le début des années 80, l'Abitibi-Témiscamingue enregistre, toutes proportions gardées, environ une fois et demie plus de décès par suicide que la moyenne provinciale. Elle se caractérise par un taux ajusté de 29,5 décès par suicide pour 100 000 personnes annuellement comparativement à 19,9 pour l'ensemble du Québec. Cet écart significatif entre la région et le Québec est attribuable aux hommes seulement. Ainsi, en Abitibi-Témiscamingue de 1997 à 1999, 84 % des décès par suicide sont attribuables à des hommes (au Québec 79 %). Pour cette période, les hommes de la région affichent un taux annuel moyen de mortalité de 47,4 décès par suicide pour 100 000 hommes. Alors que chez les femmes, le taux annuel de mortalité par suicide est de 9,6 pour 100 000 femmes, ce qui s'avère nettement inférieur à celui observé chez ces derniers.

Selon l'Enquête sociale et de santé de 1998, « la prévalence des idées suicidaires apparaît (...) associée à l'âge dans la région ». Toujours pour la même période, le taux annuel moyen de mortalité de décès par suicide passe de 4,0 chez les moins de 15 ans à 44,1 chez les 15-24 ans, puis à 62,5 chez les 25-44 ans et se maintient par la suite autour de 62 décès par suicide pour 100 000 hommes. Chez les femmes, le taux le plus élevé se retrouve toutefois chez les jeunes filles de 15-24 ans où il se situe à 20,9 décès pour 100 000, alors que chez celles âgées de 25 ans et plus, il fluctue entre 8 et 12 pour 100 000.

L'examen des taux de mortalité de chacune des MRC, pour la période 1995 à 1999, démontre que c'est la Vallée-de-l'Or qui enregistre le taux de mortalité le plus élevé, à savoir 36,3 décès pour 100 000 personnes en moyenne par année. À l'inverse, la MRC Témiscamingue se caractérise par le taux le plus bas de mortalité par suicide, soit 17 décès par suicide pour 100 000 personnes, taux comparable à celui du Québec¹³.

¹³ Sylvie, BELLOT, RRSST A.-T., DSP, *Un aperçu de la mortalité par suicide en Abitibi-Témiscamingue*, décembre 2002.

CHAPITRE 5

LES DÉTERMINANTS ET FACTEURS ASSOCIÉS À LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Les déterminants influencent de diverses manières la santé et le bien-être des individus et des populations. Ils peuvent favoriser l'amélioration (facteurs de protection) ou contribuer à sa détérioration (facteurs de risque)¹⁴ (voir définitions en annexe 2, page 79).

Les différents déterminants de la détresse et du bien-être peuvent être appréhendés à trois niveaux : le *niveau microsocial*, celui relevant de la personne, le *niveau mésosocial* qui prend en compte les milieux de vie habituels des sujets et enfin, le *niveau macrosocial* que Sévigny (1979) appelle les grands ensembles, soit l'État et ses institutions, la culture, et en particulier les valeurs et les idéologies.

5.1 Les déterminants macrosociaux chez les jeunes (15-30 ans)

Les conditions sociales, économiques, politiques et environnementales d'aujourd'hui ont des répercussions sur le fonctionnement et le développement des jeunes. Ils peuvent avoir pour effet d'accroître, par exemple, la capacité de la famille à soutenir les jeunes et à les encourager autant que de favoriser l'insertion professionnelle de ces jeunes sur le marché du travail. La culture, c'est-à-dire, les valeurs, les normes et les idéologies, influence, elle aussi, les attitudes et les comportements de la jeunesse.

Les inégalités sociales, économiques et celles liées au sexe, la précarité de l'emploi et les mauvaises conditions de travail, la pauvreté et l'isolement ainsi que la mauvaise qualité de l'air, de l'eau, de l'alimentation, etc. sont des exemples de facteurs de risque macrosociaux qui influencent le bien-être des jeunes d'aujourd'hui. Les valeurs telles que la consommation à outrance, la performance, l'individualisme, la surexploitation de la nature sont de plus en plus contestées par la jeunesse qui constate que ces valeurs prédominantes sont source de détresse.

¹⁴ Module de promotion et prévention, DSP, RRSSS A.-T., *Principaux déterminants de la santé et du bien-être sur lesquels porte l'action du module promotion et prévention*, 1996.

Dans un article de la Presse, publié en 2003, une auteure se questionne sur une nouvelle problématique qui touche de plus en plus nos jeunes : celle du *burnout* à 20 ans. L'épuisement professionnel chez les jeunes demeure, en effet, un phénomène récent et encore peu de recherches ont été faites à ce sujet. Une étude de Santé Québec révèle une hausse considérable du taux de cas de détresse psychologique chez les travailleurs, passé de 17 % en 1987 à 25,5 % en 1993 (on peut se questionner sur le pourcentage d'aujourd'hui). Déjà en 1993, un travailleur sur quatre souffrait de stress et d'épuisement professionnel au Québec. Toujours dans le même article, on dit que la famille est un facteur de protection de la santé qui permet aux travailleurs de s'investir dans une sphère autre que celle du monde professionnel¹⁵. Par contre, le contexte social et politique actuel (le coût de la vie et l'augmentation des exigences du marché face à la diplomation, par exemple) n'encourage pas les jeunes à fonder une famille. Allons voir de plus près le point de vue de Carpentier-Roy (1995) afin de mieux saisir le processus d'influence du macrosystème sur la santé mentale des jeunes adultes.

« Cette auteure postule que la faiblesse des normes, des lois communes et de la régulation sociale (anomie sociale) provoque une difficulté pour l'identité (ce pourquoi l'individu se construit comme unique tout en étant lié à d'autres, ce par quoi il s'accomplit). Carpentier-Roy (1995) identifie la séquence d'influence que provoque la faiblesse des normes communes sur le cheminement identitaire de l'individu. D'abord, l'individu part à sa quête identitaire là où les valeurs sociales sont placés : le travail et l'argent. Ceci l'amène à un surinvestissement au travail (temps supplémentaire, importance accordée). Ensuite, vulnérable aux mesures instaurées au travail, puisque les entreprises ont comme priorité la finalité économique et non le bien-être des travailleurs, il se confronte à des mesures de gestion rentabilistes et souffre de leurs conséquences. Finalement, ces situations adverses et sa déception favoriseront la présence de problème de santé mentale chez cet individu. Carpentier-Roy conclue que « le défi du monde du travail du 21^e siècle sera de trouver un compromis entre la santé et la productivité »¹⁶.

En attendant de trouver ce compromis, les jeunes adultes sont soumis à des pressions sociales qui compromettent leur santé psychologique.

¹⁵ Sylvia, GALIPEAU, *Le Burnout à 20 ans*, La presse, 11 avril 2003.

¹⁶ CARPENTIER-ROY (1995), *Anomie sociale et recrudescence des problèmes de santé mentale au travail*, Santé mentale au Québec, Vol. 9, (1), page 9.

5.2 Les déterminants mésosociaux chez les jeunes (15-30 ans)

Plusieurs caractéristiques liées aux milieux de vie habituels du jeune, en d'autres mots son réseau primaire (famille, amis, réseau social) ainsi que son réseau secondaire (milieu scolaire, milieu de travail, réseau public des services sociaux et de la santé et le réseau communautaire) influencent aussi sa santé mentale. Tous ces déterminants constituent l'ensemble des relations interpersonnelles qu'entretient chaque jeune.

Le type de milieu familial des enfants et adolescents est relié à de nombreux aspects de leur bien-être. La famille représente le principal milieu où l'enfant développe les fondements de sa personnalité et de son identité et expérimente des émotions liées à son besoin de sécurité et d'amour. Les facteurs liés à la qualité des interactions entre le jeune et ses parents semblent tout particulièrement déterminants pour son adaptation (Towberman, 1994 ; Sampson et Laub, 1994; Rowe et Flannery, 1994 ; Dupuy, 2003).

D'après Robichaud et d'autres auteurs, les caractéristiques familiales qui comportent un risque pour la santé mentale des enfants sont un style parental inadéquat, une faible cohésion familiale, la séparation précoce d'un parent par le divorce ou la mort, les abus physiques et sexuels, la psychopathologie des parents, la faible scolarité de la mère, la monoparentalité, un niveau socio-économique faible, le manque de support social, l'isolement, ainsi que la prise en charge en dehors de la famille (Robichaud et al., 1994; Valla et Bergeron, 1994; Marcotte, 2000; Kidder et al., 2000; Paré, 1996; Bergeron et Valla, 1994). Les principaux facteurs de protection sont, à ce niveau, une relation de qualité avec un parent ou du moins avec une autre personne significative, un style parental adéquat (style autoritaire-démocratique), une bonne cohésion familiale, une bonne santé physique et mentale des parents et un soutien social suffisant¹⁷.

Nous nous permettons ici d'ouvrir une parenthèse sur un facteur de protection très important lorsque nous parlons de détresse psychologique, soit celui du lien d'attachement sain parents-enfants.

¹⁷ RRSSS du Bas-Saint-Laurent, p. 246-247. *Portrait jeunesse, travaillons ensemble tout au long du parcours!*

« Selon Bowlby, pour que le jeune puisse être en santé psychosociale, il doit y avoir la formation de lien sécuritaire et fort entre l'enfant et le parent. Bourrassa (1995) mentionne quatre principaux modèles d'attachement de l'enfant à ses parents qui sont très consistants et fortement influencés par les attitudes parentales. Le premier est l'attachement de style sécurisant qui est compatible avec le sain développement de l'enfant. Les trois autres modèles sont : l'attachement insécurisant de style résistant, l'attachement insécurisant de style évitant et l'attachement insécurisant de style désorganisé (Main et Solomon, 1990). Les niveaux d'insécurité de l'enfant, dans son développement, sont associés à ces trois derniers modèles¹⁸. L'attachement sécurisant semble prédire une meilleure compétence sociale de l'enfant avec ses pairs. Les enfants qui ont développé un lien d'attachement sécurisant sont aussi plus curieux et plus résistants dans les tâches de résolution de problèmes (Arend, Gove et Sroufe, 1979) et leur développement cognitif est généralement meilleur (Matas, Arend et Sroufe, 1978). Les styles d'attachement insécurisant de type évitant et résistant semblent associés à des troubles externalisés à l'âge préscolaire et scolaire, à plus de dépendance aux adultes, au retrait social, à la passivité et à la soumission aux pairs (Erickson, Sroufe et Egeland, 1989; LaFrenière et Sroufe, 1985; Lyons-Ruth, Alpern et Repacholi, 1993; Renken, Egeland, Marvinney, Mangelsdorf et Srouf, 1989). L'attachement insécurisant désorganisé est plus problématique car les enfants ne développent justement pas de style relationnel. Ils ont beaucoup plus de difficultés à appréhender le monde extérieur et ne savent pas à quoi s'attendre des autres. Leur niveau de stress est par conséquent plus élevé : ils sont sur le qui-vive, en état d'alerte presque continu. Ce type d'attachement serait un facteur de risque majeur dans le développement de la psychopathologie de l'enfant (Boris, Fuego et Zeanah, 1997; Lyons-Ruth, Alpern et Repacholi, 1996; Zeanah, Boris et Larrieu, 1997)¹⁹ ».

Étant donné que le mode d'attachement influence l'adaptation future de l'enfant, l'affecte dans son estime de soi et dans son équilibre psychologique, et que ces liens insécures d'attachement sont des précurseurs des problèmes psychosociaux que tant d'enfants vivent actuellement, il est important d'intervenir de façon précoce et de poursuivre les efforts en ce qui a trait au soutien des jeunes parents dans leur rôle parental²⁰.

¹⁸ La recherche en neurologie du développement : Leçons à tirer pour les éducateurs dans leur pratique auprès des enfants, *Ce que nous savons au sujet du cerveau*, 2001.

¹⁹ Louise, NOEL, *Je m'attache, nous nous attachons, Le lien entre un enfant et ses parents*. Sciences et culture, Montréal, 2003.

²⁰ Olivia, HERNANDEZ, *Les besoins de parents d'enfants de 0-5 ans en relation avec l'exercice de leur rôle parental*. Essai de maîtrise, étude à Val-d'Or Université Laval, 1997.

Plusieurs chercheurs s'entendent sur le fait que les diverses sources de soutien social (père, mère, fratrie, amis, professeurs et autres) ainsi que le nombre de sources de soutien sont associés tout particulièrement aux indicateurs de santé mentale et d'adaptation sociale des enfants et adolescents. La recherche effectuée par Dupuy (2003) portant sur le *capital social de la communauté de Val-d'Or au regard des problématiques jeunesse* vient appuyer et approfondir davantage ce constat :

« Tous les réseaux sociaux (parents, amis, enseignants, voisins, etc.) des jeunes sont associés aux problèmes de consommation, de décrochage, de violence parentale, d'idéations suicidaire, certains plus fortement que d'autres. Dans la plupart des cas, quand les indicateurs de capital social sont élevés (durée et fréquence des contacts, qualité des relations, niveau de confiance, nombre de contacts, présence), les problèmes sont moins présents (...)»²¹.

D'autres déterminants mésosociaux tels que le niveau d'organisation sociale dans la communauté, l'absence ou la présence d'activités et de loisirs offerts aux jeunes, les structures et les processus scolaires, la sécurité du milieu, etc. pour les plus jeunes et pour les jeunes adultes, la sécurité d'emploi, le milieu de travail dans lequel ils évoluent, la qualité de la relation à l'intérieur de leur couple, etc. sont aussi des facteurs qui exercent une influence sur la santé mentale des jeunes de 15 à 30 ans. Robichaud et al. (1994) estime que le degré de désorganisation sociale d'un milieu ou d'une communauté a un impact direct sur l'importance des problèmes de santé mentale qu'on y rencontre, comme si les gens intériorisaient la désorganisation du milieu où ils vivent.

Le réseau secondaire, c'est-à-dire, les professionnels et intervenants des services sociaux et de la santé ainsi que ceux du communautaire jouent également un rôle dans le vécu de la détresse chez les jeunes. Si le jeune en détresse peut avoir recours rapidement à des services spécialisés pour lui, que le soutien professionnel disponible lui permet de développer ses ressources personnelles pour faire face à son déséquilibre, qu'il peut avoir accès à des endroits où échanger avec ses pairs ainsi que participer à des groupes de discussion et d'entraide, il risque beaucoup moins de développer des problèmes de santé mentale ou psychosociaux.

²¹ Stéphane DUPUY, *Étude du capital de la communauté de Val-d'Or au regard des problématiques jeunesse*, Régie régionale de la santé et des services sociaux en Abitibi-Témiscamingue, 2003.

5.3 Les déterminants microsociaux chez les jeunes (15-30 ans)

Les facteurs individuels qui ont un impact sur la santé mentale du jeune sont encore ici très nombreux. Plus spécifiquement, Mirowsky et Ross (1989) identifient cinq caractéristiques individuelles influençant le niveau de détresse psychologique. Il s'agit, comme nous l'avons vu précédemment, de l'âge, du sexe, du statut civil et du statut socioéconomique ainsi que de la foi ou de la pratique religieuse. D'autres modèles conceptuels de la santé et du bien-être y ajouteraient les habitudes de vies, les facteurs endogènes biologiques et psychologiques et l'estime de soi.

L'âge et le sexe sont des facteurs fortement reliés à la santé mentale et au bien-être du jeune. Pour les raisons énoncées précédemment, la jeunesse que l'on qualifiait avant du plus bel âge de la vie se transforme en une période difficile et précaire. La dépression, l'anxiété et la détresse psychologique touchent, en effet, beaucoup de jeunes dans le début de la vingtaine et décroissent en majorité tout au long de l'âge adulte (sauf au moment de la retraite) (Mirowsky et Ross 1989).

Le sexe est un autre déterminant socioculturel individuel qui conditionne le vécu de la détresse. L'Enquête sociale et de santé 1998 le confirme : chez la population de 15 ans et plus, les femmes sont plus nombreuses (34,6 %) que les hommes (23 %) à présenter un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Plusieurs chercheurs se questionnent sur cet écart. Lovell et Fuhrer (1996), partent de la théorie des rôles sociaux et expliquent ce phénomène par le bouleversement des structures familiales qui entraîneraient une augmentation des responsabilités familiales dévolues aux filles, le bouleversement des rôles sexuels et, enfin, l'importance prépondérante que celles-ci accordent à la vie affective « *qui peut également expliquer la sensibilité de leurs réponses aux échelles de santé psychologique* » (Santé Québec 1989).

Le statut civil et le statut socioéconomique sont aussi des facteurs individuels de la détresse. Plusieurs recherches et enquêtes ont démontré que les personnes mariées vivent moins de détresse que les célibataires et que plus le niveau de scolarité et le revenu augmentent, plus le nombre de personnes présentant un taux élevé à l'indice de détresse psychologique baisse.

La spiritualité, en procurant un cadre de référence qui intègre les activités de la vie et lui donne un sens, agit aussi favorablement sur la santé mentale (Kidder et al. 2000). Mirowsky et Ross observent toutefois que le facteur de protection contre la détresse psychologique n'est pas la foi elle-même, mais plutôt une certaine maîtrise dans la conduite de sa propre vie. Il semblerait que cette maîtrise procure une meilleure estime de soi qui se traduit par un bien-être psychologique.

Une faible estime de soi est considérée comme un facteur de vulnérabilité en santé mentale (Lemyre, 1985). C'est l'un des facteurs importants de dépression, que l'on trouve associé à l'alcoolisme, à la toxicomanie, à la criminalité, aux maladies mentales et au suicide (Plante, 1984). Les personnes qui démontrent une faible estime d'elles-mêmes sont enclines à prendre des risques, à s'engager dans des activités dangereuses pour s'évader d'elles-mêmes et de leur environnement²². Une bonne estime de soi est donc un atout important à acquérir tout au long de notre vie. Rappelons-nous qu'une bonne estime de soi se développe dès le bas âge, qu'elle se construit au fil des années et n'est jamais définitivement acquise.

De plus, les habitudes de vie telles que l'alimentation, la consommation d'alcool, de tabac et de drogues, les comportements sexuels et l'activité physique ont une influence sur la santé physique et mentale d'une personne. Plusieurs recherches ont d'ailleurs confirmé que l'exercice améliore nos états d'âme, et ce de bien des façons. L'Institut canadienne de la recherche sur la condition physique et le mode de vie (1993) nous le confirme dans le passage suivant :

« A court terme, l'exercice amène un état de relaxation pour une période qui peut durer jusqu'à deux heures après l'arrêt de l'activité (l'exercice augmente le taux de sérotonine dans le sang, un neurotransmetteur qui favorise la détente et la bonne humeur. Les exercices de longue durée augmentent la sécrétion d'endorphines, des hormones euphorisantes de la même famille que la morphine). Cette relaxation s'accompagne d'une amélioration de la concentration, de la créativité et de la mémoire, d'une meilleure capacité à effectuer les tâches à résoudre des problèmes et d'une amélioration de l'humeur. A plus long terme l'activité physique contribue à accroître l'estime de soi, la

²² Jean-Bernard, ROBICHAUD et autres, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Ed. Gaëtan Morin, CSMQ, Montréal, 1994, p.103.

confiance en soi, le sentiment de bien-être et la compétence physique. Elle contribue à libérer le sentiment de frustration et d'agressivité que vivent certains jeunes et aide à vaincre l'ennui, facteur de risque en matière de consommation d'alcool et de drogues et de délits criminels. L'activité physique peut également jouer un rôle positif dans la prévention de la dépression et du suicide (le Dr Bob Hales, un psychiatre américain de l'Université de Georgetown, utilise depuis des années l'effet « narcotique » de l'activité physique pour traiter ses patients déprimés) »²³.

Les facteurs endogènes biologiques et psychologiques comme le patrimoine génétique, l'hérédité, les maladies antérieures, la présence de traumatismes ou de déficiences, le tempérament, etc. sont également à prendre en compte. Des recherches en neurologie du développement ont fait avancer notre compréhension sur l'évolution et le développement de l'enfant. Selon celles-ci, « *le cerveau est la clé de notre santé et de notre bien-être* ». Allons voir de plus près ce qu'ils ont découvert :

« On estime désormais que la destinée de l'enfant n'est pas fixée à la naissance, pas plus par la génétique que par le revenu. D'après une théorie récente, appelée « enchâssement biologique » (biological embedding) issue des travaux de recherche sur l'importance de revenu familial pour le développement du cerveau, le cerveau est une éponge qui absorbe tout ce qui l'entoure si bien que toute expérience, bonne et mauvaise, vécue durant la phase de son développement demeure à jamais inscrite dans ses replis. Le cerveau de l'enfant est à son stade le plus réceptif, le plus capable d'« enchâsser » des expériences durant les premiers mois de la vie et au cours de la petite enfance, alors que la configuration du cerveau bat son plein »²⁴.

5.4 Autres facteurs associés

Tout au long de la période de 15 à 30 ans, le jeune passera par toutes sortes de changements de vie, malheureux ou heureux, attendus ou imprévisibles. Les événements indésirables se traduisent souvent par une perte de statut, par des embêtements quotidiens mal gérés, par des conditions sociales comme la pauvreté, par la perte d'un emploi ou par manque de possibilités

²³ Kino-Québec, *Les jeunes et l'activité physique, situation préoccupante ou alarmante?*, 1998 et Richard, CHEVALIER, *A vos marques prêts, santé!*, Édition du renouveau pédagogique inc., Québec, 2000.

²⁴ La recherche en neurologie du développement : leçons à tirer pour les éducatrices dans leur pratique auprès des enfants, *Ce que nous savons au sujet du cerveau*, CCCF/CICH, 2001.

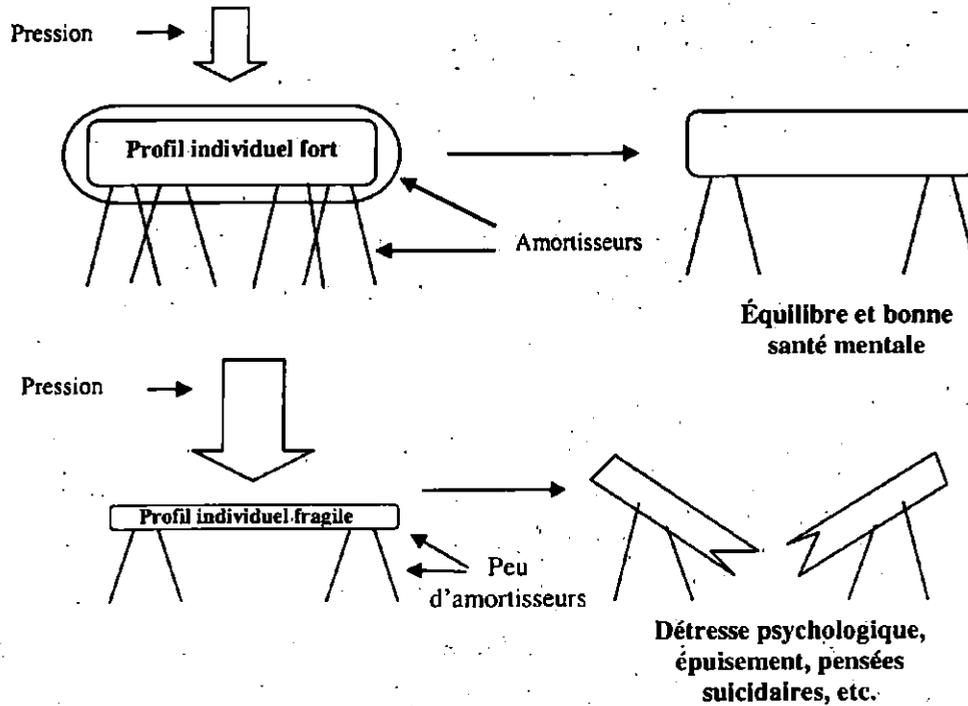
(Lazarus et Folkman (1984)). D'autres événements indésirables, plus importants, qui ont pu survenir dans l'enfance tels qu'une agression sexuelle, que le divorce ou la séparation des parents ou le placement en foyer ou dans une famille d'accueil sont significativement associés au niveau élevé de détresse psychologique.

Finalement, le fait de faire partie d'une minorité comme, les autochtones, les immigrants, les jeunes adoptés de l'étranger, les homosexuels, les personnes obèses, les jeunes ayant un handicap, etc., peut, à titre d'exemples, causer un sentiment d'infériorité ou nuire au sentiment d'appartenance et ainsi influencer le niveau de détresse de la personne.

Pour conclure, les auteurs s'entendent sur le fait que c'est la juxtaposition de problèmes provenant de l'un ou l'autre des niveaux (micro, méso, macro) sociaux qui conduit tôt ou tard les personnes à vivre de la détresse psychologique. Olivia Hernandez-Sanchez, médecin à la Direction de santé publique de l'Abitibi-Témiscamingue, nous illustre cette situation avec le graphique suivant (graphique 5, page 30) qui pourrait être une bonne synthèse de ce chapitre. Le jeune plus favorisé est représenté ici par un banc plus rembourré et solide qui repose sur huit pattes fortes. D'autre part, le jeune plus vulnérable sera comme un banc plus mince et fragile. Celui-ci repose sur quatre pattes qui pourraient être des soutiens plus ou moins forts pour maintenir son équilibre. Le jeune qui possède un profil individuel fort (bon lien d'attachement dans son enfance avec ses parents, bonne estime de lui-même, bon développement psycho-émotionnel et cognitif, etc.) ainsi que le support de son réseau primaire et secondaire (amortisseurs) aura plus de chance, lorsque la pression arrive (elle peut être intense, prolongée, de courte durée ou légère) de conserver ou de retrouver son équilibre et sa bonne santé mentale (moins de risques que le banc casse) que celui qui possède un profil individuel fragile et qui n'a aucun ou peu de soutiens de son réseau social.

Graphique 5

L'influence des différents déterminants sur l'état de santé mentale du jeune.



Conceptualisation : HERNANDEZ-SANCHEZ, Olivia, Direction de santé publique en A.-T., 2004.

En effet, un très grand nombre de facteurs à tous ces niveaux doit être considéré afin d'expliquer ou de prévenir la détresse vécue chez un jeune. Toutefois, il est évident que certains facteurs de protection sont de plus grande importance et se prêtent davantage au changement que les autres. C'est donc sur eux qu'on devrait axer les politiques et les programmes conçus pour favoriser la santé mentale, la compétence sociale et les perspectives d'avenir des jeunes.

CHAPITRE 6

LES PISTES D'INTERVENTION

De nombreuses expériences menées au Québec et ailleurs nous démontrent qu'il est possible de mettre en place des projets, services et programmes efficaces qui peuvent contrebalancer l'action des facteurs de risque et contribuer au bien-être des jeunes. Des initiatives en relais depuis l'action préventive jusqu'au développement local nous apprennent en effet que leurs visées et stratégies sont pertinentes pour contrer la rupture ou l'affaiblissement des liens familiaux; réduire l'isolement des personnes et l'affaiblissement des liens sociaux; accroître les compétences des personnes et des groupes; favoriser la réinsertion sociale des exclus ou des personnes en voie d'exclusion, notamment chez les jeunes; contribuer à la formation qualifiante des populations résidentes et reconquérir le contrôle des communautés sur leur développement (Favreau et Fréchette, 1995).

D'innombrables mesures de promotion de la santé et de prévention des problèmes psychosociaux chez les jeunes sont déjà élaborées dans plusieurs documents tels que le *Plan régional d'organisation de services enfance-jeunesse-famille (PROS)*²⁵, le *Programme national de santé publique 2003-2012*²⁶, l'*Avis du Comité de coordination des chantiers jeunesse présenté à Mme Agnès Maltais*²⁷, *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*²⁸ ainsi que dans plusieurs livres comme *Les déterminants de la santé, les enfants et les adolescents*²⁹, *Les liens étroits entre la pauvreté et la santé mentale*³⁰, *L'action intersectorielle en santé mentale*³¹ et *Agir au cœur des communautés*³², etc.

²⁵ RRSSS A.-T., *Plan régional d'organisation de services enfance-jeunesse-famille (PROS)*, juin 2002.

²⁶ Programme national de santé publique 2003-2012, Québec, 2003.

²⁷ *Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes*, Avis du Comité de coordination des Chantiers jeunesse présenté à Mme Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, 2001.

²⁸ *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, document issu de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé qui s'est tenue à Ottawa en 1986.

²⁹ *Les déterminants de la santé, les enfants et les adolescents*, édition Multimondes, Forum national sur la santé, Québec, 1998.

³⁰ J.B. ROBICHAUD et autres, *Les liens étroits entre la pauvreté et la santé mentale*, Edition Gaëtan Morin, CSMQ, Montréal, 1994.

³¹ D. WHITE et autres, *L'action intersectorielle en santé mentale*, Publication du Québec, Québec, 2002.

³² F. DUFORT et J. GUAY, *Agir au cœur des communautés*, Les Presses de l'Université de Laval, Québec, 2002.

Par contre, le fait que Desmarais et son équipe regroupent ces différentes stratégies à trois niveaux (macro, méso, micro) et qu'ils fassent appel à une perspective globale et multisectorielle retient davantage notre attention et justifie l'intérêt que nous portons à ce modèle.

6.1 Les stratégies selon le modèle de Desmarais

Dans son modèle (voir tableau 2, page 33) Desmarais et ses collègues énoncent plusieurs stratégies articulées autour de deux niveaux d'intervention. Le premier nous fait part des stratégies possibles lorsque la détresse est déjà installée, ils parlent de lutte contre la détresse et le suivant, élabore davantage les pistes de solutions avant que la détresse n'apparaisse, ils parlent alors de prévention de la détresse et de promotion de la santé mentale.

D'abord, au niveau mésosocial, Desmarais et al. identifient le recours aux services professionnels ainsi qu'au réseau primaire comme première stratégie utilisée pour lutter contre la détresse. Au niveau microsocial, les stratégies de lutte individuelles identifiées par ces derniers sont l'évitement, l'affrontement, la capacité de contrôle et d'action et la souplesse (capacité d'adaptation). Selon eux, face à un événement indésirable ou une situation problématique un premier choix s'offre aux jeunes soit, celui de fuir ou bien de l'affronter.

En ce qui a trait à la prévention de la détresse, ils croient qu'au niveau macrosocial, celle-ci passe par des conditions de vie décentes, un travail satisfaisant et la formation. S'ajoute, au niveau mésosocial, un bon réseau de soutien (primaire et secondaire). Les propos des jeunes adultes rencontrés par Desmarais et ses collègues ont permis de déceler plusieurs facteurs individuels de promotion de leur santé mentale : l'épanouissement personnel, la réalisation de soi, l'importance de se faire plaisir, la qualité de vie (par exemple, la santé physique, l'activité physique, les loisirs, etc.) et une vie spirituelle³³.

³³ D. DESMARAIS et autres, *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les publications du Québec, Québec, 2000, p 131 à 167.

Tableau 2

Récapitulatif des stratégies de prévention et de lutte contre la détresse psychologique chez les jeunes, selon D. Desmarais et autres.

NIVEAUX	PRÉVENTION DE LA DÉTRESSE ET PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE (AVANT QUE LA DÉTRESSE APPARAISSE)	LUTTE CONTRE LA DÉTRESSE (UNE FOIS QU'ELLE EST INSTALLÉE)
MACROSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Conditions de vie décentes ▪ Travail satisfaisant ▪ Formation ▪ Espaces sociaux favorables aux jeunes 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mobilisation nationale, collective et communautaire
MÉSOSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réseau primaire (soutien) ▪ Réseau secondaire (soutien) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Recours aux services (Éducation des adultes, Carrefour jeunesse-emploi, etc.) ▪ « <i>Reaching out</i> » (relance-client) ▪ Réseau primaire
MICROSOCIAL	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Travail sur soi ▪ Qualité de vie (loisirs, voyages, etc.) ▪ Spiritualité 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Évitement ▪ Affrontement ▪ Capacité de contrôle et d'action (modifier la situation) ▪ Souplesse (capacité d'adaptation)

Source : DESMARAIS et autres, *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les publications du Québec, Québec, 2000.

6.2 Des interventions axées sur le « pouvoir d'agir » (empowerment) individuel et collectif

Le fait d'avoir le contrôle sur sa vie est désigné comme le facteur le plus important qui intervient dans la dynamique de la détresse psychologique (Mirowsky et Ross ainsi que Desmarais et autres) et parmi les propositions mises de l'avant en matière de pratiques sociales novatrices, l'intervention centrée sur le développement de l'*empowerment* des personnes et des communautés est progressivement apparue comme une des approches les plus pertinentes (Newbrought, 1992).

Syme met en évidence « qu'il est essentiel de miser sur le renforcement ou le développement d'habiletés pour que l'individu puisse contrôler sa destinée ou, du moins, trouver une confiance en ses propres habiletés pour résoudre ses problèmes et être créatif en pensant à des solutions pour y arriver. Ces habiletés de base étant acquises, les individus pourront reprendre du contrôle et agir sur le facteur de risque qu'est le sentiment de non-contrôle sur les événements qui affectent leur vie. Les habiletés acquises permettront à ces personnes de trouver éventuellement des solutions qui leur sont propres pour plusieurs facteurs de risque qui influencent leur santé et bien-être. En agissant auprès d'individus sur le facteur de risque qu'est l'absence de contrôle, une mobilisation de la communauté peut ensuite s'ensuivre »³⁴.

M. Ninacs, dans ses propos sur l'*empowerment*, développe également la dimension collective de la philosophie d'intervention pronée par Syme :

« Certaines personnes et certaines collectivités sont disempowered, c'est-à-dire qu'elles ne peuvent pas exercer un pouvoir sur les ressources qu'elles requièrent pour assurer leur bien-être. Être empowered, c'est donc avoir la capacité d'exercer un pouvoir : choisir, décider et agir. L'empowerment est fondée sur la croyance que les personnes, tant individuellement que collectivement, possèdent les capacités (ou peuvent les développer) pour effectuer les transformations nécessaires pour assurer l'accès à ces ressources, voire même les contrôler. L'empowerment communautaire s'opère sur quatre plans : la participation, les compétences, la communication et le capital communautaire. Il s'agit d'un enchaînement simultané d'étapes sur chaque plan qui, dans leur ensemble et par leur interaction, forment le passage d'un état sans pouvoir, disempowered, à un état d'empowered où la communauté est capable d'agir en fonction de ses propres choix »³⁵.

Considérant que « les communautés sont aussi des « unités de solution » qui incluent des membres avec un savoir, des habiletés et l'expertise nécessaires pour résoudre des problèmes, le « Committee on capitalizing on social science and behavioral research » souligne que des interventions au niveau communautaire contribuent à la réduction de facteurs de risque détruisant l'état de santé de la population (qu'ils soient sociaux, structurels ou

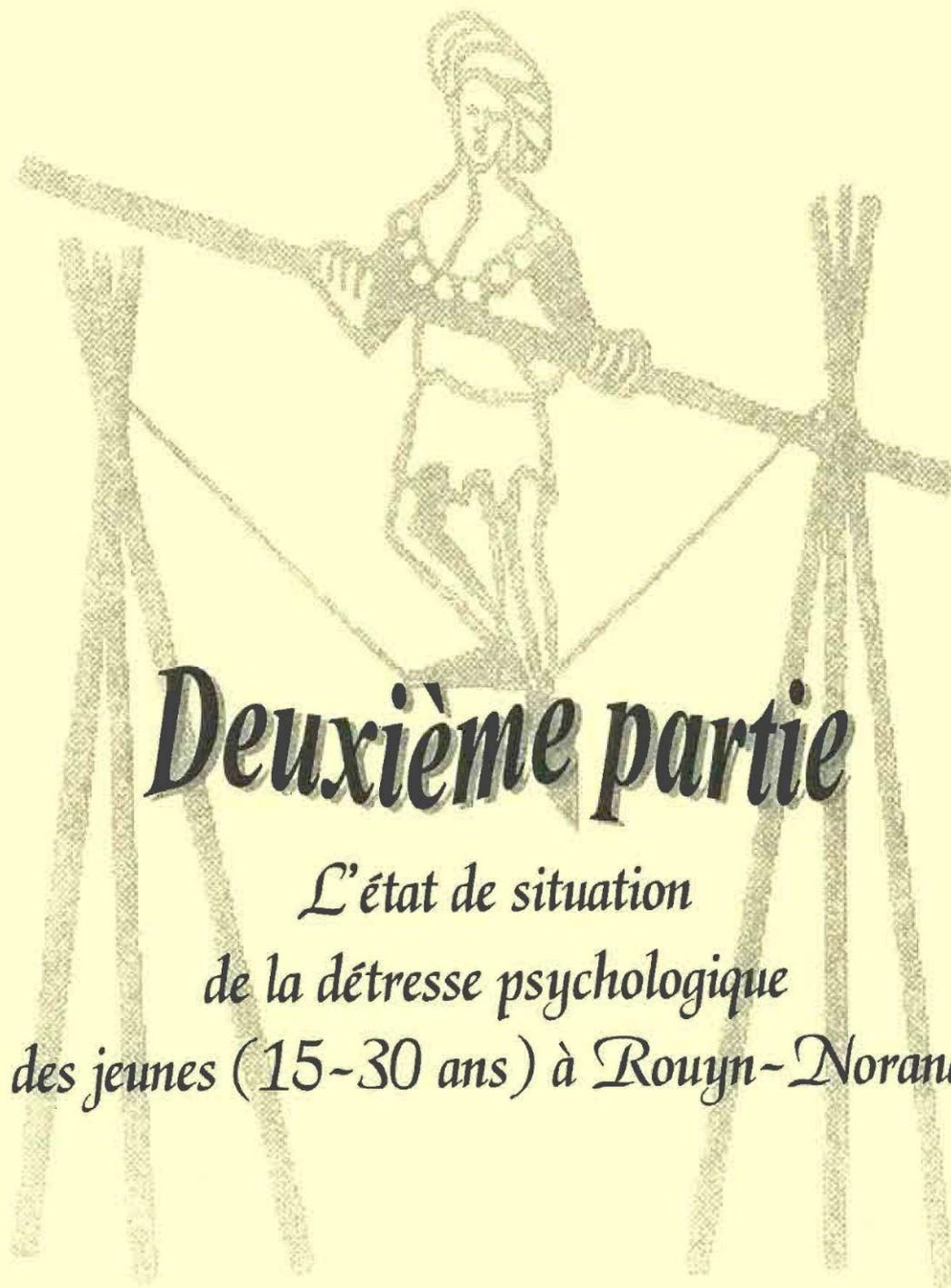
³⁴ Traduction libre de Marie-Claire LACASSE d'un article paru dans Health Promotion Matters en juillet 1997 : S. LEONARD SYME, *Individual vs. Community Interventions in Public Health practice : Some Thoughts About a New Approach*.

³⁵ W.A. NINACS, *l'empowerment : La délégation de pouvoir ou le partage de pouvoir?* Association québécoise du loisir municipal, Rimouski, septembre 2000.

environnementaux) bien au-delà des capacités de contrôle ou de changement qu'un individu pourrait avoir à lui seul »³⁶.

Aucune « *nouvelle pratique* » ne peut prétendre à elle seule prévenir la détresse ou lutter contre celle-ci et aucune « *recette miracle* » ne pourrait endiguer les multiples facteurs de risque qui lui sont associés. Plusieurs acteurs de différents milieux doivent donc s'impliquer ensemble afin de favoriser et de maintenir le bien-être de la jeunesse actuelle. En d'autres mots, la santé mentale des jeunes est l'affaire de tous! Alors, des stratégies tant au niveau individuel que collectif doivent être instaurées et ce, non seulement lorsque la détresse est installée, mais surtout en amont de celle-ci et des problèmes psychosociaux qui y sont liés.

³⁶ Institute of medicine, executive summary, 1999-2001, ES-9.



Deuxième partie

*L'état de situation
de la détresse psychologique
des jeunes (15-30 ans) à Rouyn-Noranda*

CHAPITRE 7

LA DÉMARCHE DE CONSULTATION

Le cadre théorique utilisé pour réaliser les rencontres s'inspire toujours du modèle d'analyse de perceptions de Desmarais et collaborateurs. Le questionnaire distribué aux jeunes (annexe 4) a été construit à partir d'autres questionnaires tels que celui utilisé pour le document *Aujourd'hui, les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean* (mai 1997), celui utilisé lors d'un sondage de la campagne « *Parler c'est grandir* » (décembre 2002) ainsi que par l'Enquête sociale et de santé 1998.

Trois grandes sources d'information ont servi à l'exploration du phénomène de la détresse psychologique. Tout d'abord les jeunes eux-mêmes. Cinq groupes de discussion (focus groupe) ont permis à 25 jeunes femmes et jeunes hommes dont la moyenne d'âge est de 19 ans de s'exprimer ouvertement sur ce qu'ils vivent et ressentent (à titre d'outils de référence pour les intervenants travaillant auprès de ces jeunes, un document audio-visuel a été conçu à partir de ces rencontres³⁷). Par souci d'avoir un échantillon plus représentatif, un questionnaire a également été distribué auprès de jeunes du secondaire ayant entre 14 et 17 ans (60 adolescents y ont répondu) ainsi qu'auprès de jeunes adultes de 18 à 30 ans (79 ont été questionnés). Au total, 164 jeunes de 14 à 30 ans, de la Ville de Rouyn-Noranda, ont été consultés. Les répondants proviennent de différents milieux : jeunes fréquentant l'Université, le Cégep, l'École secondaire, l'Éducation des adultes, le Centre ressources jeunesse et le marché du travail. Bien entendu, ces jeunes ne représentent pas un échantillon au sens statistique et leurs propos ne peuvent être généralisés à l'ensemble des jeunes de l'Abitibi-Témiscamingue.

Les données ont été recueillies via un questionnaire comportant des questions ouvertes de même que des questions fermées. Ces dernières ont été codifiées afin d'être saisies et traitées sur support informatique. La saisie a été effectuée avec le logiciel Excel et le traitement des données a été fait avec le logiciel SPSS (Statistical Package for Social Sciences). Quant aux questions ouvertes, les réponses ont été inventoriées puis regroupées par thèmes afin d'en faciliter l'analyse.

³⁷Ce document audio-visuel « *Portrait des jeunes de Rouyn-Noranda, 2003* » est disponible au Centre de documentation de l'Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de l'A. T., sous forme de prêt.

Finalement, deux rencontres de plus de 40 intervenants et autres experts (48) ayant des liens étroits avec les jeunes autant au niveau scolaire, communautaire, du réseau de la santé et des services sociaux ainsi que de la recherche ont permis de compléter les témoignages recueillis auprès des jeunes.

Les objectifs visés par cette consultation étaient les suivants : connaître l'état de la situation en matière de promotion du bien-être et de prévention de la détresse psychologique chez les jeunes (15-30 ans) en Abitibi-Témiscamingue; recueillir les perceptions des participants sur ce phénomène, le vécu et les causes s'y rattachant ainsi que leurs opinions sur les ressources.

CHAPITRE 8

LES RÉSULTATS DE LA CONSULTATION

Dans ce qui suit, nous présentons la synthèse des perceptions recueillies auprès de professionnels et de jeunes par le moyen de « *focus groupe* » ainsi que par un questionnaire.

8.1 Synthèse des perceptions recueillies auprès des intervenants

Voici, en premier lieu, la synthèse des perceptions recueillies lors des deux rencontres (focus groupe) auprès de 48 intervenants et experts oeuvrant étroitement auprès de jeunes et provenant du réseau de l'éducation, de celui de la santé et des services sociaux, du milieu communautaire et de la recherche.

8.1.1 Perception des notions de la détresse et de la santé mentale

Lors de ces rencontres, environ 15 % des personnes associent la santé mentale aux troubles de santé mentale. Nous constatons que le concept de bien-être plutôt que celui de santé mentale optimale vient faciliter la compréhension de tous. Le concept de détresse psychologique, pour sa part, cause un problème d'interprétation au niveau de la frontière étroite entre la détresse extrême et les troubles de santé mentale lesquels se distinguent par un diagnostic professionnel de la maladie. Il est vrai que le niveau de détresse psychologique (faible, modéré et élevé) ainsi que la durée des symptômes sont deux aspects qui auraient pu être plus approfondis lors de nos rencontres. Malgré ceci, la majorité des professionnels démontrent, dans l'ensemble, une bonne compréhension de ces concepts. Toutefois, ces professionnels, qui interviennent pour la plupart directement auprès de la clientèle, auraient souhaité discuter davantage des interventions possibles plutôt que d'élaborer sur les aspects théoriques ou conceptuels du phénomène.

8.1.2 Perception du vécu émotionnel de la détresse chez les jeunes

Toujours selon ces différentes personnes actives auprès des jeunes, la détresse psychologique peut se manifester de multiples façons. Selon elles, nous pouvons constater chez les jeunes en

détresse certains comportements tels que l'isolement, le changement d'attitude, un changement dans les relations interpersonnelles, la banalisation du problème, le goût de dormir constamment ou à l'inverse l'insomnie, une mauvaise alimentation et la démotivation à faire des activités. D'autres exprimeront leurs souffrances par des pleurs, de l'anxiété, de la colère, de la frustration et par des excès multiples comme par la consommation de drogues et d'alcool.

On souligne aussi que les manifestations sont souvent différentes selon le sexe, l'âge et le bagage personnel de la personne. À titre d'exemple, « *la détresse chez les jeunes hommes se manifeste plus souvent, par des vols ou par la consommation abusive de drogue ou d'alcool alors que les jeunes femmes exprimeraient plutôt leur détresse par des pleurs et de l'angoisse* ».

Les conséquences du vécu de la détresse chez les jeunes varient en fonction du niveau de détresse soit; faible, moyen ou élevé. Tous les intervenants s'entendent pour dire qu'elle aura des répercussions sur la santé mentale et physique de la personne et sur son environnement social (famille, couple, amis et voisinage). Selon eux, la détresse peut créer du retard au niveau scolaire, causer des difficultés professionnelles et même amener des conséquences légales. En revanche, certains ajoutent que « *le fait de vivre de la détresse peut être constructif et pousser la personne à aller plus loin* ». D'autres intervenants sont d'accord sur le fait que « *plus le jeune arrive à surmonter les obstacles qui se présentent à lui, plus il gagnera la confiance en lui-même et plus il sera outillé pour affronter les difficultés futures de la vie* ».

8.1.3 *Connaissances et perceptions des ressources en région*

Afin de mieux connaître les actions concrètes qui ont été réalisées au niveau du terrain, nous avons demandé à tous les participants de faire ressortir les projets, activités et services existants dans leur milieu de travail qui contribuent à la prévention de la détresse et à la promotion du bien-être chez les jeunes (voir les services existants en annexe 3, page 85).

À la suite de ces échanges, nous avons relevé plusieurs activités qui s'inscrivent dans le cadre de la promotion du bien-être et la prévention de la détresse psychologique. Plusieurs se font en milieu scolaire telles que, entre autres, la prévention de la toxicomanie et du suicide, la prévention de la violence dans les relations amoureuses, la promotion de la relation

harmonieuse adolescents-parents, la communication interpersonnelle, le développement de l'estime de soi et la promotion du respect des différences. La tournée de la campagne « *Parler c'est grandir* » avec la pièce théâtrale « *Facile à dire* », présentée à l'ensemble des écoles, semble aussi avoir eu du succès auprès des jeunes. Finalement, les Pairs aidants au niveau du secondaire et les travailleurs de corridor sont également des exemples d'actions préventives qui ont eu des impacts positifs sur le comportement des jeunes dans les écoles qui en bénéficient.

Les activités relevant du marketing social et la promotion des ressources disponibles ont été peu mentionnées. Cependant d'autres activités ponctuelles d'animation en milieu scolaire, permettant aux étudiants d'avoir accès à un lieu de rencontre en soirée autour de projets sportifs ou informatiques, ont retenu notre attention. Dans le milieu communautaire, la Semaine du goût de vivre, le 24 h de silence, les chants méditatifs, la peinture d'un mur dans un stationnement (graffitis) effectués à Amos, la réalisation de pièces de théâtre ou de disques à Notre-Dame-du-Nord, le jeux de cartes thématiques « *Stresser des liens* » s'adressant aux familles à La Sarre, sont autant d'exemples d'activités qui favorisent l'épanouissement des jeunes, toujours selon les intervenants consultés.

Plusieurs activités sont dispensées spécifiquement auprès des parents. Les programmes de soutien auprès des jeunes parents (PSJP, NEGS, Parentraide, Maison de la famille), des rencontres thématiques offertes aux parents d'adolescents sur l'intimidation, la consommation de drogues, la gestion de l'anxiété, sur la communication efficace, etc. et des groupes de parents d'enfants hyperactifs ou anxieux en sont des exemples.

Les approches de proximité sont les plus fortement approuvées par les intervenants présents lors des rencontres. Les travailleurs de milieu, les travailleurs de rue, les comités de jeunes en milieu rural sont tous des acteurs qui, par leur écoute, leur support, leur accompagnement, leurs initiatives (par exemple par la mise sur pied d'un nouveau local pour jeunes de la rue, la réalisation de disques fait par les jeunes, etc.) et l'organisation de toutes sortes d'activités (activités gratuites telles que la boxe, « *party* » de Noël pour jeunes de la rue, etc.) rejoignent les jeunes, souvent les plus défavorisés et améliorent ainsi leur bien-être et leur qualité de vie.

D'autres projets et activités offerts par le réseau de la santé et des services sociaux et les institutions ont également été nommés. Parmi ceux-ci, nous retrouvons le projet Sortie 14-25

des CLSC; la Clinique jeunesse du CLSC Le partage des eaux; des rencontres de groupes sur le deuil, la gestion du stress ou la gestion du temps; les programmes offerts par la Fondation québécoise de la santé mentale ainsi que différentes activités favorisant la création de réseaux de soutien social organisées par les Maisons de jeunes et les Centres de femmes. Les lignes téléphoniques (Gai-écoute, Tel-Jeunes, Jeunesse j'écoute, Prévention du suicide, etc.) sont aussi, selon les participants, des mesures efficaces à conserver. Finalement, considérant l'importance de développer des mesures novatrices afin d'améliorer l'insertion professionnelle des jeunes, l'UQAT a mis récemment sur pied un projet de tutorat et de mentorat pour lequel plusieurs intervenants accordent beaucoup d'intérêt.

Après avoir mentionné ci-haut de nombreuses activités se rattachant à notre sujet, les intervenants précisent maintenant les ressources humaines et organisationnelles qui les dispensent. Les services reconnus pour répondre aux besoins des personnes en détresse sont le CLSC, les organismes communautaires, le Centre ressources jeunesse, les travailleurs de rue, le Centre Normand, les psychoéducateurs du milieu scolaire, les Centres de prévention du suicide, les Centres hospitaliers et les Lignes d'intervention téléphoniques. D'autres services ont aussi été nommés tels que la pastorale jeunesse, les scouts, cadets ou 4-H, ainsi que des adultes significatifs dans le milieu de vie du jeune comme; des bénévoles, des policiers...

Toujours selon ces mêmes intervenants, de nombreux préjugés sociaux perdurent chez les jeunes au sujet de la santé mentale, des psychologues ou des psychiatres et font en sorte que beaucoup de jeunes ne consultent pas les ressources formelles mises à leur disposition. Cependant, à leur avis, la principale raison de ce faible niveau de consultation par les jeunes, s'explique surtout par le fait que les services offerts sont plus ou moins adaptés à leurs besoins. On constate que l'accessibilité en est difficile, le délai est long et l'approche n'est pas assez personnalisée.

8.1.4 Causes associées à la détresse selon les intervenants

Au niveau macrosocial, les facteurs de risque énumérés sont l'individualisme, l'abus de pouvoir, la pauvreté, les étiquettes sociales, les valeurs axées sur l'argent et la performance, le profit des entreprises, la bureaucratie, la recherche de l'idéal véhiculé par les médias, le fatalisme, la normalisation de la violence, l'éclatement de la famille, les valeurs ne favorisant pas la famille,

la précarité des emplois, l'inquiétude face à la détérioration de l'environnement (OGM, etc.) et la mondialisation.

Les facteurs de risque nommés, au niveau mésosocial, sont : le manque de présence des parents, la surprotection, la violence ou l'abus; la famille recomposée, la perte d'emploi ou la maladie d'un membre de la famille et des attentes trop élevées de la part des parents. L'influence de l'entourage, le phénomène de l'alcoolisme et la toxicomanie, le rejet des pairs, le décès d'un proche et le déménagement sont aussi associés aux causes de la détresse. Au niveau du réseau secondaire, un seul facteur a été identifié soit celui de l'étiquetage et des préjugés fait par certains intervenants envers les jeunes.

Au niveau microsocial, ces professionnels croient que les personnes les plus à risque de vivre de la détresse sont : les jeunes adultes en raison des changements qu'ils vivent ainsi qu'à leur manque d'expérience dans la vie; les étudiants; les jeunes décrocheurs; les personnes économiquement défavorisées; celles faisant partie de groupes minoritaires (ex. : gais, obèses); les personnes moins scolarisées; non spécialisées; qui sont insatisfaites face à leur travail ou qui travaillent dans un milieu non valorisant; qui ont perdu leur emploi; qui n'ont pas un environnement favorable à leur développement; qui ont une faible estime d'elles-mêmes; qui ont des antécédents pathologiques familiaux ou génétiques; les personnes qui vivent de l'isolement; les personnes célibataires (surtout chez les jeunes hommes); les jeunes femmes (rôles multiples, attentes du milieu, « *superwomen* ») et les jeunes qui vivent une situation difficile (pertes significatives : deuil, perte d'emploi ou rupture amoureuse).

8.1.5 *Souhaits des intervenants face à l'amélioration du bien-être et à la prévention de la détresse (stratégies macrosociales, mésosociales et microsociales)*

Plusieurs stratégies énoncées se situent davantage au niveau macrosocial et au niveau mésosocial. Elles se résument comme suit.

L'accès aux communications efficaces et rapides, l'adaptation des institutions aux besoins des jeunes, la démocratie, la réglementation protégeant davantage l'environnement et réduisant l'accès aux drogues, une politique familiale améliorée, une politique favorisant de meilleures

conditions de travail et des valeurs telles que le partage et l'entraide sont des mesures macrosociales soulignées par les participants.

Ces derniers souhaiteraient que les dirigeants s'engagent encore plus dans la mise en place de mesures de prévention de la détresse et la promotion de la santé mentale chez les jeunes, que les décideurs appuient et développent des projets pour et avec les jeunes et qu'ils diminuent les barrières administratives qui y sont associés. La valorisation de la jeunesse doit se faire pour vaincre les préjugés et reconnaître leurs contributions à la vie sociale. Ces participants proposent, entre autres, la création d'un disque ou d'un document audiovisuel qui énonceraient les « *bons coups* » et les réussites des jeunes âgés entre 15 et 30 ans. Selon eux, les adultes ont la responsabilité d'aider les jeunes à réaliser leurs rêves.

Dans la catégorie mésosocial (réseau primaire), les intervenants croient qu'il faut poursuivre le soutien offert aux parents et jeunes parents, développer des réseaux d'entraide pour tisser des liens entre ces derniers, élargir les projets sentinelles dans les milieux de jeunes (conducteurs d'autobus, entraîneurs sportifs, etc.), augmenter les actions qui favorisent les conditions et la qualité de vie des jeunes ainsi que l'appartenance à leur communauté.

En ce qui a trait au réseau secondaire, des changements au niveau des pratiques et des approches deviennent incontournables. Une approche multisectorielle et plus spécifique pour les jeunes ainsi que l'approche de proximité s'imposent. En effet, selon les personnes consultées, une approche milieu plutôt qu'un mode de fonctionnement sur référence serait plus appropriée à cette jeunesse. Toutefois, pour y parvenir, il faudrait simplifier les processus, mobiliser les ressources concernées, sortir des bureaux et sortir des sentiers battus! Il serait aussi important de favoriser les approches centrées sur les solutions et de faire appel au pouvoir personnel de l'individu.

On rappelle l'importance d'avoir des endroits où les jeunes pourraient s'épanouir et développer leurs talents. Un lieu où ils pourraient faire du théâtre, du sport, de la musique et des arts plastiques (mur graffiti, atelier de percussion); un local ouvert 24h/7j pour les jeunes et les parents offrant des ressources humaines et matérielles sont tous des besoins identifiés par ces acteurs qui travaillent avec les jeunes. Favoriser des activités qui permettent de faire vivre des expériences personnelles positives aux jeunes et de développer leurs compétences telles que

des échanges internationaux, stages sur une ferme ou projets de construction genre Chantiers jeunesse ou cadets de l'air, sont des mesures novatrices à explorer davantage. Ce qui précède vient supporter la notion de mentor souvent mentionnée comme moyen de supporter les jeunes dans leurs apprentissages et dans leurs choix professionnels qui a un lien direct avec le sentiment de satisfaction de soi et de bien-être chez les jeunes.

D'autres campagnes médiatiques, telles que « *Parler c'est grandir !* », utilisant des moyens plus dynamiques et adaptés aux jeunes comme des pièces de théâtre, des messages plus clairs quant à la problématique de la détresse et des contenus axés sur des solutions concrètes ont aussi été soulignées.

8.2 Synthèse des perceptions recueillies auprès des jeunes

Dans le texte suivant, vous retrouverez la synthèse des perceptions recueillies par l'intermédiaire d'un questionnaire distribué auprès de 139 jeunes de Rouyn-Noranda (provenant de l'École secondaire, de l'Éducation des adultes, du Centre ressources jeunesse et de différents milieux de travail).

8.2.1 Perception des notions de la détresse et de la santé mentale

En ce qui a trait à la compréhension du concept de « *santé mentale* » le même phénomène que chez les intervenants s'observe chez nos jeunes ; dès que nous leurs demandons s'ils sont en bonne santé mentale, ceux-ci nous répondent qu'ils ne sont pas « *légumes* » ou qu'ils n'ont aucun problème psychiatrique. Toutefois, les jeunes ont une conception du bien-être fort intéressante; tous reconnaissent que la vie a des hauts et des bas et que le sentiment d'être bien est un état variable et instable. Or, l'important à leurs yeux est de trouver les ressources nécessaires en eux et autour d'eux pour parvenir à se sortir de ces phases parfois plus difficiles que la vie leur apporte. Ils savent que la détresse ne constitue pas un état permanent ou chronique en soi.

8.2.2 Expérience de la détresse vécue par les jeunes

« La détresse peut se définir, globalement, comme un sentiment d'angoisse causé par une situation très pénible ou par différents problèmes qui peuvent amener une personne à se sentir désespérée à un tel point qu'elle y voit difficilement des solutions »³⁸.

Selon cette définition de la détresse, 55,4 % des jeunes qui ont répondu à notre questionnaire (77 sur 139) croient vivre ou avoir vécu de la détresse au cours des six derniers mois. Le niveau de détresse faible, moyen ou élevé n'a pas été mesuré ici. Par contre, la définition laisse sous-entendre un niveau plutôt élevé de détresse psychologique.

En tout, 62 % de ces jeunes (86 sur 139) connaissent un ami ou un jeune de leur entourage qui a déjà songé sérieusement au suicide et 36 % d'entre eux (50 sur 139) avouent avoir songé sérieusement au suicide (voir le questionnaire et les réponses brutes, en annexe 4, page 93).

8.2.3 Connaissances et perceptions des ressources disponibles en région

Les principaux organismes et personnes-ressources identifiés par les 139 adolescents et jeunes adultes pour répondre à leurs besoins en cas de détresse sont en première place, Tel-Jeunes (identifié 49 fois; 35,3 %), en deuxième, Prévention suicide et Centre de prévention du suicide (identifiés 31 fois, donc 22,3 % des jeunes ont répondu ceci) en troisième place, le CLSC (nommé 16 fois; 11,5 %), en quatrième, les intervenants en milieu scolaire (14 fois, donc 10 %) et en cinquième place, Jeunesse j'écoute (10 fois, donc 7,2 %). Cependant, 20 personnes (14,4 %) avouent ne connaître aucun organisme ou professionnel pouvant les aider s'ils vivent de la détresse.

Ces résultats semblent laisser croire qu'ils préfèrent se confier par téléphone à une personne-ressource. La confidentialité et le fait de ne pas s'engager dans un long processus (thérapie) peuvent favoriser cette confiance. Nous observons que les ressources disponibles en cas de détresse sont en général connues des jeunes, mais malheureusement, parmi les jeunes qui ont répondu, il en existe encore un certain nombre qui ne connaissent pas les endroits et les

³⁸ Sondage MSSS, impact recherche, 2001.

personnes qui peuvent leur venir en aide; et les autres qui les connaissent ne s'y rendent pas pour la majorité.

La plupart des répondants disent ne pas consulter ces ressources car ils ont peurs d'être jugés (autant par l'entourage que par l'intervenant), d'être identifiés, peurs qu'on raconte leurs problèmes à d'autres (confidentialité difficile dans une petite région où tous se connaissent!) ou simplement par gêne. La deuxième raison qu'ils énoncent est la difficulté de se confier à un inconnu. Les jeunes préfèrent aller chercher le support de quelqu'un qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. Chez les adolescents, la peur de se faire ridiculiser par leurs pairs est la première raison qui explique cette basse fréquentation, selon eux, alors que chez les plus âgés, le fait de ne pas reconnaître ou d'admettre qu'ils ont un problème serait la principale raison. La majorité croit que les jeunes consultent peu ces ressources sans doute parce qu'ils ne les connaissent pas, par manque d'information.

Bref, les jeunes reprochent beaucoup de choses aux services de la santé et aux services sociaux : un nombre insuffisant de professionnels, leur manque de disponibilité, une liste d'attente trop longue, des services inconnus et inaccessibles et des ressources mal adaptées à leurs besoins.

8.2.4 Causes associées à la détresse selon les jeunes

Malgré l'énumération de quelques points positifs (progrès technologique ou ouverture sur le marché du travail, par exemple), 46 % des jeunes interrogés croient que les conditions de vie seront moins favorables au Québec dans 15 ans : « *Le risque que la société devienne encore plus capitaliste, que le coût de la vie augmente, que tout continue d'aller trop vite, qu'on soit encore plus surchargé au travail, qu'on soit davantage malade en raison du stress de la vie, que les guerres et la pollution persistent, que la surexploitation de la nature et l'exploitation des ressources humaines dans les pays du sud prennent de l'ampleur, que les valeurs véhiculées par notre culture ne soient plus « humaines » et qu'elles deviennent, comme un jeune le cite, des valeurs « états-uniennes »* » les inquiètent beaucoup.

Au niveau mésosocial, les principales causes associées à leur détresse sont souvent en lien avec leurs relations amoureuses (rupture ou problèmes dans le couple), familiales (mauvaise

relation avec un parent, surprotection ou divorce et séparation) ou leurs relations amicales (rejet d'un pair, difficulté à se trouver un ami de confiance). La surcharge de travail, les exigences de l'école créant la peur de l'échec scolaire sont également des raisons énoncées par les jeunes. L'instabilité financière, la précarité de l'emploi, les difficultés à faire des choix de vie et de carrière ainsi qu'à prendre sa place socialement sont davantage des causes possibles de détresse chez les 25-30 ans. Ces jeunes adultes s'accordent aussi sur le fait qu'ils vivent de la détresse lorsqu'ils réalisent qu'ils approchent de la trentaine et qu'ils n'ont pas encore travaillé dans leur domaine.

Par contre, lorsque nous demandons, à ces mêmes jeunes, quelles sont les causes de la détresse chez les autres jeunes de leur âge, la consommation de drogues et d'alcool apparaît comme l'une des premières sources de détresse. Au niveau microsocial, à part celle-ci, très peu de causes ont été mentionnées. Seuls une piètre estime de soi et un faible statut socio-économique ont été relevés.

Lors de l'analyse des résultats de notre questionnaire, nous avons constaté que les filles sont, comme dans les autres enquêtes mesurant la détresse, proportionnellement plus nombreuses (33,8 %) que les garçons (19,5 %) à se considérer en détresse psychologique ou à avoir vécu de la détresse dans les six derniers mois. Passant environ de 46 % pour les adolescents du secondaire (de 14-17 ans) à environ 64 % pour les jeunes adultes (de 20-30 ans), la proportion de jeunes se considérant en détresse augmente également avec l'âge. La perception qu'ont les jeunes de leur condition financière semble aussi avoir un impact sur leur bien-être; la majorité (74 %) des personnes qui se considèrent plutôt en difficulté ou très en difficulté financièrement, vivent ou ont vécu de la détresse dans les six derniers mois.

Toutefois, le fait d'avoir ou pas un conjoint, d'être étudiant ou pas, d'avoir quitté le domicile parental ou le fait d'avoir ou pas des enfants, la perception de leur santé et de leur vie sociale ainsi que le niveau d'étude atteint, n'ont pas été relevés comme des facteurs spécifiquement ou directement associés à la détresse dans notre état de situation. Nous observons par ces résultats, tout comme dans la littérature, que c'est l'interaction de plusieurs facteurs qui provoquent de la détresse chez les jeunes et que ces facteurs agissent différemment sur le bien-être du jeune selon le groupe d'âge auquel il appartient. Par exemple, pour l'adolescent (15-17 ans), le fait d'habiter chez ses parents peut être un facteur de protection contre la

détresse alors que chez le jeune adulte, cette situation peut être source d'angoisse et ainsi devenir un facteur de risque.

8.2.5 *Souhaits des jeunes face à l'amélioration du bien-être et à la prévention de la détresse (stratégies macrosociales, mésosociales et microsociales)*

Étant donné que dans le livre, *La détresse psychologique et l'insertion sociale des jeunes adultes*, les auteurs avaient questionné 144 jeunes de 18 à 30 ans, nous avons cru bon de joindre les perceptions de ces derniers à celles des jeunes que nous avons consultés à Rouyn-Noranda (autant par focus groupe que par le questionnaire). Vous pourrez distinguer dans le texte suivant les propos des jeunes recueillis par Desmarais et autres qui seront inscrits en retrait et en italique de ceux de notre groupe qui seront écrits en caractère régulier.

Valeurs et conditions de vie

Sans revenir sur ce que nous avons énoncé plus haut, les jeunes que nous avons consultés considèrent que des valeurs telles que la performance, le capitalisme et l'individualisme sont trop véhiculées dans la société québécoise d'aujourd'hui. Ces jeunes rêvent, à un niveau macrosocial, d'un « *Québec des années 70 modernisé* » où l'amour, la paix, le partage, la solidarité, la famille, la liberté d'expression reprendraient toute leur importance. Outre ces valeurs, très peu de solutions au niveau macrosocial ont été suggérées à part celles de créer de meilleures conditions de travail, souhaitées par les jeunes adultes qui débutent leur carrière.

Travail satisfaisant

« Un emploi satisfaisant est aussi un facteur de protection important pour prévenir la détresse et favoriser le bien-être du jeune adulte. Pour contribuer véritablement à réduire la détresse, un emploi doit répondre à trois critères selon Mirowsky et Ross : être suffisamment payant pour répondre adéquatement aux besoins de la famille (ou individuels); laisser à la personne une part de responsabilité suffisante pour qu'elle puisse évaluer et développer son autonomie; présenter le moins de conflits possibles entre les exigences du travail et les obligations familiales (plus le niveau d'éducation est élevé, plus les emplois accessibles ont de chances de répondre à ces critères). Il est de plus en plus difficile d'entrer sur le marché du travail puisque les employeurs demandent des jeunes à la fois expérimentés et diplômés. »

Tel que le réseau des carrefours jeunesse emploi (CJE) le fait, tout doit être mis en œuvre pour donner aux jeunes la chance d'explorer le marché de l'emploi par des stages, par jumelage avec un employeur et par une expérience concrète de travail. Les milieux de travail ont un rôle à jouer dans la promotion de la santé mentale. Les employeurs devraient se préoccuper non seulement des compétences et de la performance de leur personnel mais aussi du capital humain qu'il représente. Ils pourraient mettre en place des conditions de travail favorisant la santé physique et mentale des personnes à leur emploi, particulièrement celle des jeunes qui occupent un emploi précaire ».³⁹

Faire un travail par amour est l'une des solutions les plus nommées par les jeunes que nous avons questionnés pour maintenir leur bien-être. Ils se disent prêts à renoncer à un emploi plus rémunéré pour faire un travail satisfaisant. Ces derniers réalisent qu'il n'y a pas uniquement le travail dans la vie. La majorité des jeunes femmes interrogées accordaient une importance au fait d'avoir une vie équilibrée; elles désirent mettre autant d'énergie sur leur famille que sur leur carrière. En fait, cette nouvelle génération de 15 à 30 ans accorde une place primordiale à leur qualité de vie.

Formation

« En ce qui concerne la formation, les jeunes adultes participant à la recherche de D. Desmarais et autres croient que l'éducation de demain devra valoriser l'apprentissage en soi ainsi qu'une panoplie de stratégies d'apprentissage. Elle devra aussi faire appel à la personne tout entière en insistant sur l'appropriation de l'étudiant (empowerment). De plus, elle devra favoriser chez les jeunes adultes l'exercice d'une responsabilité de citoyenne et de citoyen à part entière. En fait, l'école devrait être un lieu privilégié pour l'implantation de programmes de promotion de la santé mentale. L'école primaire pourrait être un lieu qui favorise le développement global de la personne : estime de soi, identification de ses forces et faiblesses, développement de la tolérance envers soi-même et les autres, apprentissage de rapports harmonieux avec l'entourage. Les jeunes adultes proposent des cours obligatoires axés sur la croissance personnelle dont les buts seraient l'apprentissage de la résolution de problèmes, des principes de base d'une bonne communication, de la gestion du stress ainsi qu'une sensibilisation aux problèmes

³⁹Les textes en retrait sont tous des extraits de D. Desmarais et autres. Tirés du livre *La détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les Publications du Québec, Québec, 2000.

de santé mentale. Le jeune étudiant doit être encouragé à jouer un rôle actif dans son éducation, à s'éduquer lui-même mais avec les autres.

Ces jeunes adultes parlent aussi de formation continue. L'éducation devrait être accessible à tous, quel que soit l'âge, et devrait répondre aux besoins d'apprentissage de ces différentes personnes tout au long de leur vie. Divers obstacles limitent la participation des jeunes adultes aux activités éducatives. Ces obstacles se divisent en quatre catégories : situationnelles (coût des études, le manque de temps, l'absence de service de garde, les problèmes de transports et les conflits d'horaire avec l'emploi), institutionnelles (salles de cours inappropriées, horaires difficiles, etc.), informationnelles (manque de publicité et incapacité des gens à trouver l'information) et psychosociales (croyances, valeurs, attitudes et perceptions qui peuvent empêcher des personnes de participer à des activités d'apprentissage organisées). Les programmes éducatifs doivent accommoder les étudiants en multipliant les formes d'organisation des activités pédagogiques : travail individuel, rencontres individuelles ou de petits groupes, ouverture des locaux tôt le matin, tard le soir et durant les fins de semaine (Goldman et Bradley 1997).

Selon d'autres recherches, on observe aussi qu'il faut mettre en place un système proactif afin d'aller chercher les jeunes là où ils sont et installer un guichet unique accueillant pour tous les programmes d'éducation accessible à cette clientèle (Merlon 1997), en particulier à l'éducation des adultes. Les programmes d'études ouverts et autogérés doivent prendre de l'ampleur. Les nouveaux moyens électroniques, le développement de l'Éducation à distance et le débordement des activités d'apprentissage au-delà des établissements d'éducation traditionnels augmentent de plus en plus l'accessibilité à la formation ».

Les jeunes que nous avons rencontrés souhaitent en général que le système d'éducation soit plus adapté à leurs besoins, qu'il tienne compte de leur disponibilité. Selon eux, le système d'éducation devrait être en mesure de s'ajuster autant à la réalité des jeunes qui vivent chez leurs parents qu'à celle des jeunes de la rue, des jeunes femmes enceintes, des jeunes parents et des jeunes qui travaillent en même temps qu'ils étudient. Certains parmi eux reprochent au système d'éducation régulier « le nombre trop élevé d'élèves dans une classe, l'attitude de supériorité de la part du professeur envers ses élèves et l'obligation de performer pour l'atteinte des objectifs fixés ». Le fait de faire partie d'un groupe restreint hétérogène (jeunes de 16 à 30

ans et plus, provenant de toutes sortes de milieux), de bénéficier d'un support personnalisé de la part du tuteur et de pouvoir étudier à leur rythme comme le fait l'éducation des adultes leur conviendrait davantage.

Réseau primaire

« Un bon réseau de soutien est essentiel à l'atteinte du bien-être au niveau mésosocial. Émotionnellement, il est bon d'avoir quelqu'un dont on peu prendre soin et qui est disponible pour la réciproque. Pour bien fonctionner, un réseau de soutien doit être équilibré au sens où personne ne doit se sentir exploitée. Une bonne formation et un revenu adéquat facilitent la création de ce réseau. La flexibilité des personnes qui ont suivi une formation augmente son habileté à construire et à maintenir un réseau de soutien. (Mirowsky et Ross 1989 : 184-185)... lorsqu'ils espèrent recevoir du soutien, les jeunes adultes s'adressent en premier à leur entourage immédiat... la qualité de l'écoute s'avère particulièrement importante ».

Selon les jeunes répondants à notre questionnaire, la première chose à faire pour contrer la détresse est d'en parler à une personne de confiance. Les premières personnes à qui ils aimeraient parler en premier s'ils vivaient de la détresse sont le ou la meilleur(e) ami(e), les ami(e)s, la mère, un membre de la famille et chez les plus vieux, le ou la conjoint(e). En effet, quand le jeune a 14-16 ans, il se confie en premier à son ou sa meilleur(e) ami(e), souvent du même sexe. En deuxième plan, il se tourne vers les membres de sa famille, surtout la mère ou vers d'autres ami(e)s. Plus il devient un jeune adulte, plus il se confie, en premier lieu, à son partenaire et ensuite à un membre de sa famille ou à un(e) ami(e).

Réseau secondaire

« Les jeunes adultes rencontrés par Desmarais et autres, jugent le réseau de la santé et des services sociaux inadéquat. Les services publics devraient s'inspirer de l'approche des travailleurs de rue et aller là où se trouvent les jeunes. Pour minimiser l'impact des listes d'attente, les jeunes proposent aussi la création de services d'aide accessibles en tout temps. Étant donné que plusieurs jeunes ne savent pas encore à quelle porte frapper, des campagnes d'information, à la radio et à la télévision, permettraient de mieux faire connaître les ressources déjà existantes mais actuellement peu utilisées. Avant de penser à la restructuration des services offerts, la création d'un réseau de ressources s'adressant spécifiquement aux jeunes adultes qui sont particulièrement

touchés par les changements sociaux serait souhaitable⁴⁰. Le financement des services accessibles aux jeunes et adaptés à leurs besoins particuliers, doit être partagé par plusieurs partenaires. Le modèle communautaire développé entre autres par le réseau des carrefours jeunesse emploi (CJE) pourrait servir d'inspiration.».

Les jeunes interrogés à Rouyn-Noranda, optent aussi et de plus en plus pour les approches de milieu, pour l'augmentation du nombre de travailleurs de rue ainsi que pour la mise en place de services s'adressant spécifiquement aux jeunes (15-30 ans) avec des professionnels, qui comprennent les préoccupations de chaque groupe d'âge (les 15-18, les 18-25 et les 25-30 ans).

Les conseils qu'ils aimeraient donner aux intervenants qui tentent d'aider les jeunes se résument à ceux-ci : « *écoutez vraiment, ouvertement et avec compassion ceux qui se confient à vous* », « *ne les jugez pas, respectez-les, ne prenez pas leurs problèmes à la légère* », « *mettez-vous à la place des jeunes sans faire comme eux, cherchez à les connaître un peu plus* », « *soyez plus près d'eux, plus proche du milieu, plus présents, venez à eux et n'attendez pas qu'ils soient en détresse pour les aider* » et « *montrez-leur les côtés positifs de leurs problèmes, de la vie, aidez-les à trouver leurs propres solutions, soyez dynamiques et donnez-leur espoir en l'avenir* ».

Plusieurs avouent avoir fait face à des déceptions lorsqu'ils ont consulté un professionnel pour la première fois; certains avaient l'impression de ne pas être entendus ou qu'on les prenait pour des enfants, d'autres déploraient le fait qu'ils y allaient juste pour parler alors qu'ils auraient aimé entreprendre une démarche les menant à une croissance personnelle et certains étaient frustrés de s'être fait répondre qu'ils n'étaient pas à la bonne place, sans se faire guider ailleurs.

Par contre, plusieurs disent aussi, de continuer, de persévérer, d'être patients, de poursuivre nos efforts en ce qui a trait au soutien qu'on leur offre.

⁴⁰ L'Avis du Comité de coordination des chantiers jeunesse, *Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes*, document discuté lors du Forum jeunesse du 3 décembre 2001. Celui-ci énonce plusieurs stratégies et consolide les alliances afin de mieux prévenir les difficultés ou les situations de détresse. Ce document est, à mon avis, un modèle à suivre pour effectuer une restructuration au niveau des services (en lien avec la détresse).

La mise en place d'activités de divertissement et d'endroits⁴¹ leur permettant de se réaliser, de se réunir et de discuter (activités sportives et artistiques, roulathèque, bénévolat, forum, etc.) semblent être l'idée qui tient le plus à cœur nos jeunes participants de Rouyn-Noranda. Les jeunes de 15-17 ans prétendent que « les jeunes fument et « traînent » devant le Burger King parce qu'ils n'ont rien à faire, ni de place où se rassembler ». Tous s'accordent sur le fait qu'il manque d'activités spécifiques pour les jeunes, qu'elles devraient être plus accessibles et moins coûteuses. Selon certains jeunes adultes qui fréquentent le Centre ressources jeunesse (CRJ), il faut « aller les chercher pour qu'ils fassent des activités qui les valorisent et qui leur apportent quelque chose de plus dans leur quotidien ». Toujours selon eux, « il faut faire plus de publicité sur le CRJ car les jeunes ne connaissent pas cet endroit ». À l'unanimité, tout le monde affirme qu'il manque de campagne d'information sur les endroits et les projets existants pour les jeunes en région.

L'évitement ou l'affrontement

« Les stratégies d'évitement ne sont souvent qu'une première étape avant d'affronter directement l'événement stressant ou la situation problème. Quand un problème persiste ou ne peut être réglé à court ou moyen terme, l'évitement peut devenir une stratégie de santé mentale. L'évitement passif, c'est-à-dire la négation de l'existence de l'événement sans aucune action particulière pour diminuer le stress qu'elle engendre, par exemple dormir, attendre que le malaise passe, etc., semble peu utilisé par l'ensemble des jeunes adultes. Les stratégies d'évitement actif peuvent permettre de diminuer le niveau de stress, de se donner des périodes de répit, de recharger ses batteries. L'évitement actif prend principalement la forme d'actions que l'on pose pour se changer les idées mais aussi pour évacuer ses émotions. Les arts permettent d'exprimer ses émotions et sont des façons de fuir la déprime, de diminuer le stress, de contrer l'angoisse. Les loisirs, le sport, l'activité physique, les voyages, les vacances, les sorties, le travail, la consommation d'alcool et de drogues, etc., sont des activités qui permettent de faire le vide, d'oublier temporairement le problème. Même si la fuite peut être une solution à court terme, elle sera suivie dans la plupart des cas d'une deuxième phase au cours de laquelle l'événement stressant ou la situation problème sera affrontée directement.

⁴¹ Le Café Membo à La Sarre et les activités offertes dans le cadre de Mobilisation jeunesse à Amos sont des initiatives intéressantes à évaluer, à améliorer et à instaurer dans les autres MRC de la région.

D'autres actions entreprises peuvent aussi viser à se changer soi-même : adopter une attitude moins anxieuse face à l'endettement lié aux études, par exemple. Les actions entreprises peuvent également tenter de modifier son environnement comme dans le cas d'une séparation. La deuxième stratégie la plus fréquemment utilisée par les jeunes adultes est la réévaluation cognitive de l'événement. Elle consiste à mettre en jeu ses perceptions en vue de modifier la signification qu'on accorde à l'événement ou à la situation problème ».

Finalement, des stratégies individuelles au niveau microsocial ont aussi été nommées. Lorsqu'ils vivent des moments angoissants, les jeunes rencontrés adoptent différentes stratégies pour retrouver une sensation de bien-être. Premièrement, ils tentent d'arrêter d'y penser, ils se divertissent et font des choses qu'ils aiment (prennent une marche, magasinent, vont se balader en voiture, sortent, s'entraînent, font du sport, du vélo, de la moto, font de la peinture, écrivent, écoutent de la musique, regardent un film). Deuxièmement, ils en parlent à leurs proches, ils se confient (amis, mère, tante, amoureux). En troisième place, ils dorment, relaxent, se reposent et méditent ou d'autres cherchent des solutions par des remises en question individuelle et en misant sur leurs forces et réussites antérieures.

Certains avouent boire quelques bières entre ami(e)s ou fumer une cigarette pour relaxer. Malgré les inquiétudes qu'ils mentionnent plus haut concernant les abus de drogues dans leur milieu de vie, aucun n'a signalé avoir recours à cette stratégie pour diminuer leur propre stress. Toutefois, plusieurs études font état de cette difficulté qu'on les répondants à avouer leur toxicomanie lors d'entrevues ou à l'intérieur d'un questionnaire.

Travail sur soi

« Les jeunes accordent une grande importance à l'épanouissement personnel : l'estime de soi, l'amour de soi, en d'autres termes, au fait de s'aimer, d'être satisfait de soi, de croire en son potentiel. Ils croient que l'estime de soi est un élément important de la santé mentale. Visualiser ses objectifs et se projeter dans l'avenir doit pouvoir aboutir à la réalisation de certains projets. Pour plusieurs jeunes, relever des défis, prendre des risques et aller au bout de ses passions donnent un sens à la vie. Se faire plaisir a aussi des effets positifs sur la santé mentale. Se faire plaisir peut prendre différentes formes : satisfaire ses besoins matériels et affectifs ou faire ce qui nous plaît malgré la désapprobation de l'entourage ».

Les propos des jeunes lors de nos rencontres nous démontrent à quel point ils accordent une importance à leur bien-être individuel. Par exemple, ils ne veulent pas poursuivre une relation amoureuse s'ils ne se sentent plus bien à l'intérieur ce celle-ci. Leurs choix se font, avant tout, par rapport à leur intérêt personnel, mais ils sont prêts à les assumer (garde partagée, célibat, etc.).

De plus, lorsque nous demandions à ces jeunes quel souhait feraient-ils en lien avec la jeunesse d'aujourd'hui, en général, ceux-ci nous répondaient qu' « *ils aimeraient que la jeunesse soit heureuse et ne soit plus en détresse, qu'elle s'épanouisse, puisse s'exprimer et réaliser ses rêves* ».

Qualité de vie

« Les jeunes adultes interrogés par Desmarais et son équipe ont mentionné l'importance des loisirs dans leur vie (la télévision, la lecture, la musique, les sorties entre amis, etc.). Les loisirs sont pour eux des moyens de se détendre, de se changer les idées, de fuir ses problèmes ou de décrocher de ses responsabilités. De plus, les voyages sont considérés par plusieurs comme une occasion de mieux se connaître, de consolider son identité. Ils permettent un dépaysement, une rupture avec le réseau social et l'exposition à d'autres réalités. Cependant, ils peuvent aussi n'être qu'une façon de fuir des problèmes qui ne tarderont pas à refaire surface. Être en bonne santé mentale et physique, s'alimenter correctement et faire de l'exercice font aussi partie de la santé mentale mais ces moyens ont moins été discutés ».

La majorité des jeunes de notre groupe se disent motivés pour participer à des activités organisées (aller à la plage en groupe, jouer au billard, préparer des spectacles de musique, faire du sport, faire du bénévolat, etc.) ou même pour investir dans la mise en place de nouveaux projets (café-rencontre et café-Internet, endroit pour aller danser à l'extérieur de celui de l'école, roulathèque ou « *skate park* » intérieur). Les loisirs occupent une grande place dans leur vie et semblent être bénéfiques pour les aider à retrouver un état de bien-être ou à le maintenir.

Spiritualité

« L'importance d'une vie spirituelle a aussi été mentionnée par plusieurs des jeunes adultes rencontrés par Desmarais et autres. Les pratiques sont diverses : adhésion à un

groupe de prière, à d'autres pratiques religieuses, une philosophie du nouvel âge, etc. Ces croyances sont autant de façons de trouver réponses aux grandes questions de l'existence et de se donner du courage pour passer à travers les difficultés de la vie. Pour plusieurs jeunes, les valeurs spirituelles font partie intégrante de leur bagage culturel. Elles sont une source de réconfort et contribuent positivement à leur santé mentale ».

En ce qui a trait à la spiritualité, ce concept semble plutôt ambigu pour les jeunes. En effet, la majorité ne savent pas s'ils doivent interpréter la spiritualité comme la pratique d'une religion ou encore comme une sorte d'introspection. Certains jeunes universitaires affirment qu' « *il est important de croire en quelque chose, mais pas en un Dieu préfabriqué* ». « *Nous sommes assez ouverts d'esprit pour trouver notre propre morale et nous voulons adhérer à des valeurs morales, mais pas nous endoctriner dans une religion* », ajoute l'un d'entre eux. Des jeunes adultes qui travaillent auprès de jeunes observent, pour leur part, que ces derniers manquent de modèles spirituels, de mentors ou de parrains pour les raccrocher à la vie. Pour eux, « *il n'y a pas qu'un seul chemin ou une seule façon de pratiquer sa spiritualité* ». D'autres croient plutôt en une énergie qui les guide et aide à passer à travers les moments plus difficiles de la vie. D'ailleurs, la relaxation et la méditation sont des pratiques qui semblent de plus en plus fréquentes dans le quotidien de ces jeunes.

En guise de conclusion, nous observons que face à un événement jugé défavorable (créant du stress), l'être humain est placé devant trois grands choix : soit de faire comme si la nouvelle situation n'existait pas (fuite), d'affronter la situation et d'agir sur ce qu'il peut (attaque) ou de ne pas trouver de solutions efficaces à celle-ci (impuissance). On voit que la façon dont l'individu conçoit les choses est en lien directe avec son sentiment d'avoir ou de ne pas avoir le contrôle sur sa vie (les théories sur l'adaptation humaine⁴² mériteraient une nouvelle attention).

⁴² Monique TREMBLAY, *l'Adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir*, ed. Saint-Martin, Montréal, 1992.

L'ensemble des personnes consultées ici prétendent qu'il manque d'activités et de lieux spécifiques pour les jeunes de 15 à 30 ans, qu'il n'y a pas assez de publicité sur les services existants, sur les activités auxquelles ils peuvent adhérer et pas suffisamment d'information sur la détresse comme telle. Encore trop de jeunes ne parviennent pas à nommer une seule ressource pouvant leur venir en aide s'ils vivent de la détresse alors que les intervenants en connaissent tellement qu'ils ne peuvent toutes les nommer. En plus ne pas connaître ces services, les raisons pour lesquelles les jeunes ne consultent pas ceux-ci sont plutôt des raisons personnelles et sociales alors que les intervenants attribuent plutôt cette résistance à la structure dans laquelle ils travaillent.

Selon la littérature, les causes de la détresse vécue par les jeunes s'expliquent par plusieurs déterminants autant au niveau macrosocial, mésosocial que microsociale. Nous observons toutefois, dans notre état de situation, que les jeunes associent souvent leur mal-être à des problèmes liés à leur réseau primaire et secondaire. Les intervenants, ont pour leur part, une vision beaucoup plus globale et systémique de cette problématique. Les façons de lutter ou de prévenir cette détresse, selon les trois sources d'information exposées ci-haut sont énumérées en annexe 5, page 103.

CHAPITRE 9

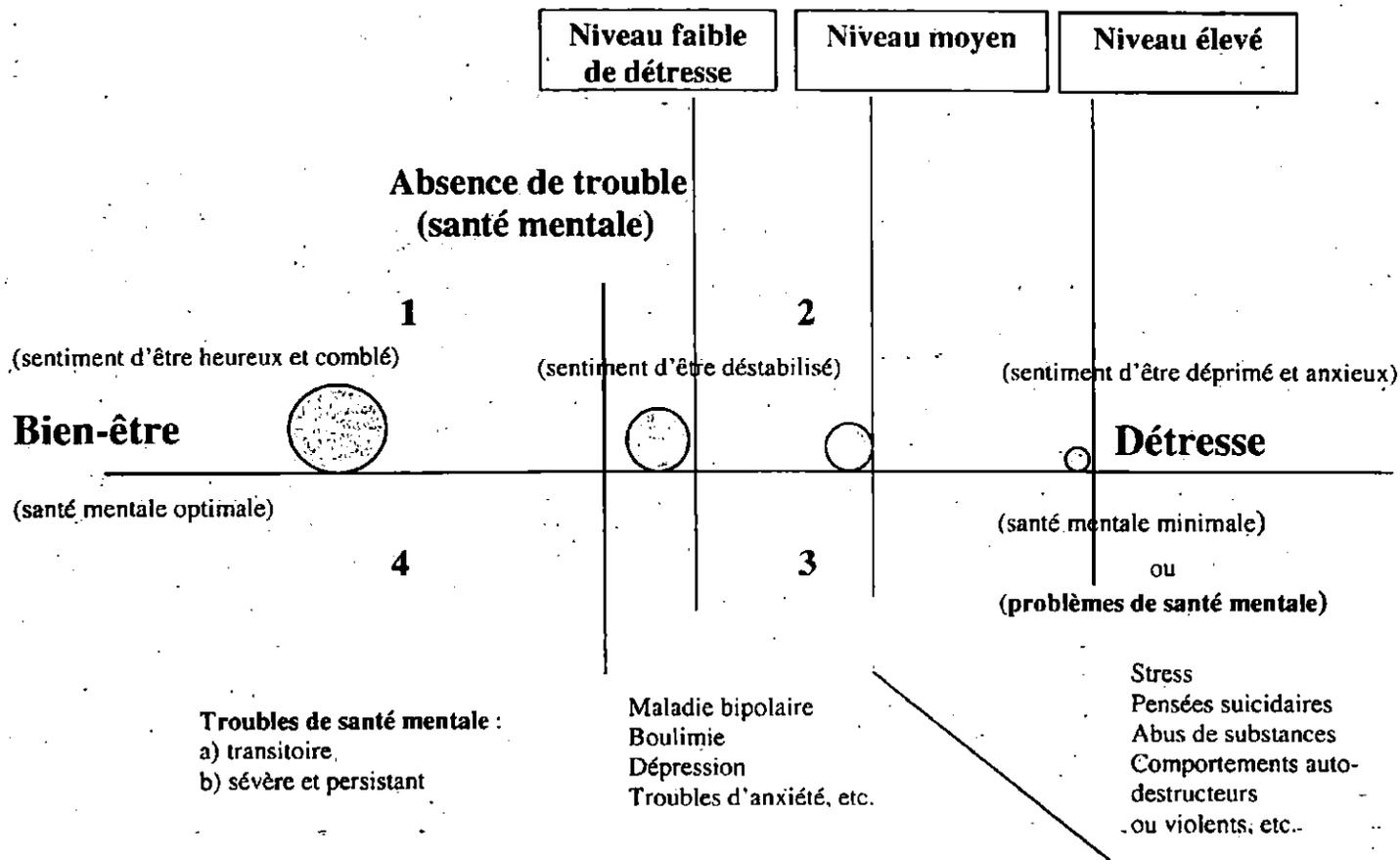
LIMITES DE LA DÉMARCHE ET NOUVELLES CONSTATATIONS

Les limites de cet état de situation se situent d'abord au niveau de l'échantillon; nous aurions souhaité bénéficier de la participation de groupes de jeunes dans toutes les MRC de l'Abitibi-Témiscamingue ainsi que d'aller chercher la perception de jeunes autochtones ou d'autres faisant partie de minorités visibles (immigrants, homosexuels, jeunes adoptés, etc.). Pour mieux compléter ce travail, nous suggérons d'intégrer ces derniers groupes, mais aussi de considérer les besoins propres aux trois groupes d'âge se retrouvant dans celui des 15-30 ans (les 15-17 ans, les 18-25 ans et les 25-30 ans). À la suite de nos démarches, nous avons effectivement constaté qu'étant donné que les adolescents et les jeunes adultes ne sont pas aux mêmes étapes de leur développement personnel et social, leur état de détresse n'est pas causé par les mêmes déterminants et les pistes de solutions sont différentes d'un groupe à l'autre. Finalement, nous observons qu'il est difficile de bien répondre aux besoins globaux de ces jeunes sans tenir compte des différents niveaux (faible, moyen et élevé) de détresse vécus par ceux-ci.

Dans cet état de situation on relève une certaine confusion sur la perception de la nature des services pour les jeunes. En effet, ces derniers semblent juger les services inadaptés à leurs besoins puisque, selon les propos relevés, la majorité des jeunes qui se situent à un niveau faible et ou moyen sur l'échelle de l'indice de la détresse psychologique, ne croient pas qu'ils peuvent consulter une personne-ressource pouvant l'aider à retrouver son bien-être (soit par manque d'information ou par croyance que cette consultation ne lui apportera rien de plus que de se confier à un proche). Ceci nous amène à constater que les mesures déjà en place dans la région visent surtout et avec raison, à répondre aux besoins les plus urgents des personnes en détresse élevée (ex. prévention du suicide, toxicomanie, etc.). Cette confusion sur la qualité des services en est finalement une sur la nature même de ces services en lien avec le niveau de détresse psychologique visé. Nous devons replacer les besoins des jeunes dans l'optique d'un continuum de services (voir les graphiques 6 et 7 aux pages suivantes).

Graphique : 6

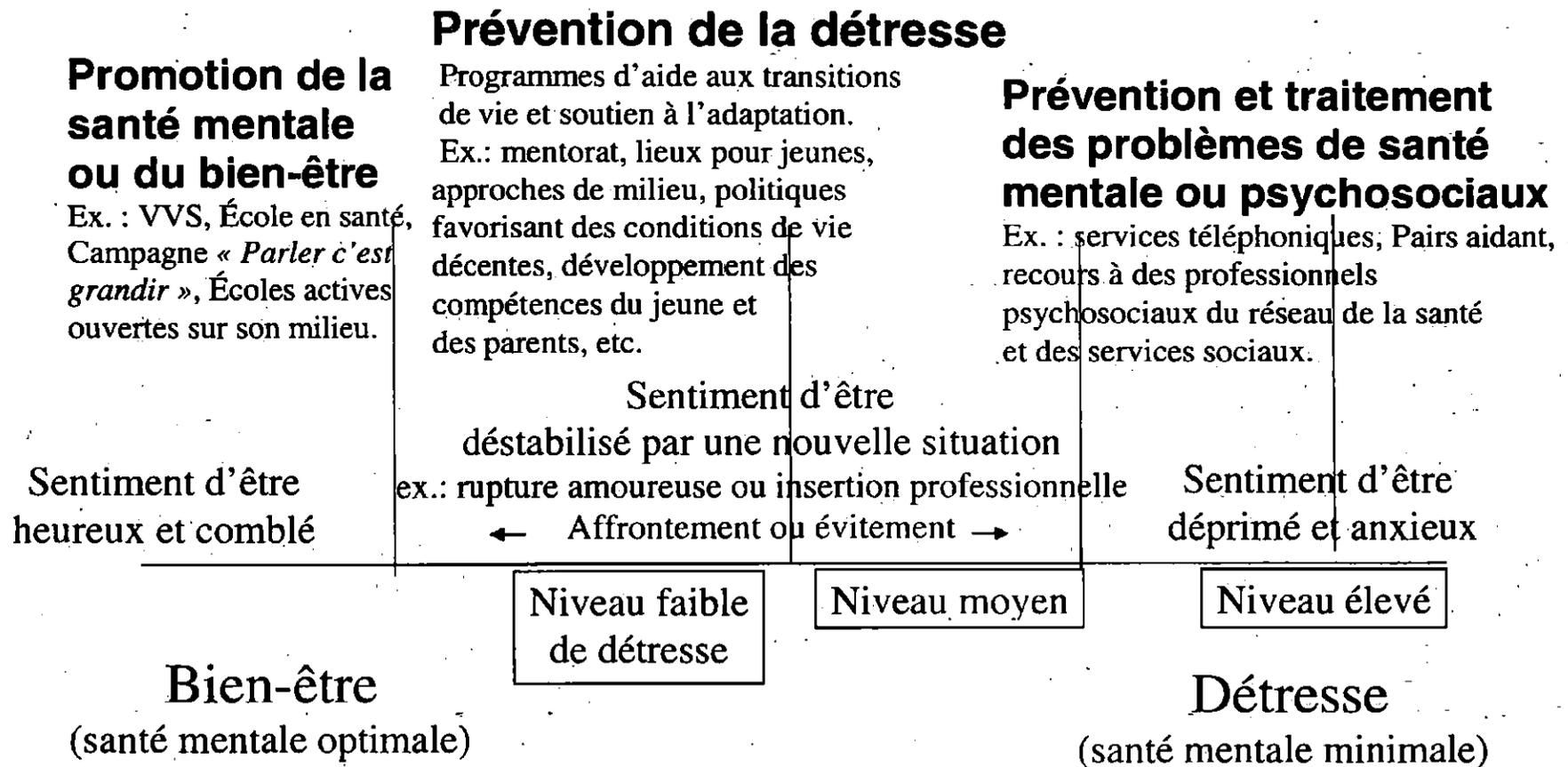
Détresse psychologique dans le champ de la santé mentale et ses niveaux



Inspiré de : D. Desmarais, « *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes* », 2000.

Graphique : 7

**Interventions selon les niveaux
de détresse psychologique**



Il s'agit maintenant de poursuivre nos efforts en visant des stratégies favorisant aussi la promotion du bien-être. Pour s'y faire, des programmes de soutien à l'adaptation face à la société en transition doivent faire l'objet de nos préoccupations en matière de prévention de la détresse psychologique tels : au niveau microsocial; le soutien et la poursuite des programmes visant le développement des compétences individuelles, au niveau mésosocial; la poursuite et le soutien des programmes visant le développement des habilités parentales et la création de réseaux sociaux de soutien ainsi qu'au niveau macrosocial; le développement de politiques favorisant ces mesures.

Finalement, les approches de proximité (par ex. : travailleurs de milieux, de corridor, de rue) et des interventions spécifiques aux jeunes (par ex. : intervenants jeunesse, tables jeunesse, etc.) en tenant compte de leurs groupes d'âge et du sexe des personnes qui en font partie sont des points fortement soulevés par les participants lors de nos échanges.

De cette consultation il se dégage des pistes d'actions qui ne peuvent se réaliser qu'avec la collaboration de plusieurs partenaires.

Conclusion

La détresse psychologique chez les jeunes de 15 à 30 ans en Abitibi-Témiscamingue s'avère un phénomène complexe et inquiétant. La société québécoise, dans laquelle les jeunes tentent de se réaliser, manque de cohésion et d'engagement pour la jeunesse. Coïncée sous l'emprise des oligarchies capitalistes, un nouveau clivage social basé sur la consommation prend forme et laisse de côté des valeurs plus favorables au développement des jeunes. La rapidité des changements tant au niveau familial, social, économique, politique, culturel que personnel s'ajoute à cette dure réalité que doivent vivre ces derniers.

Bien que la majorité des jeunes questionnés aient une perception positive de leur santé mentale; 55,4 % de ceux-ci croient vivre ou avoir vécu de la détresse au cours des six derniers mois; 62 % connaissent un ami ou un ami de leur entourage qui a déjà songé sérieusement au suicide et 36 % avouent avoir eux-mêmes songé sérieusement au suicide. Ces résultats nous interpellent, malgré le fait qu'ils soient non représentatifs au sens statistique, et nous poussent à trouver des pistes de solutions nous permettant de lutter contre cette détresse vécue par les jeunes en région et mieux, de la prévenir.

Le sentiment d'avoir le « *contrôle sur sa vie* » s'avère un aspect très influent sur le bien-être de l'individu. Certains auteurs croient que les véritables choix appartiennent à l'individu et aux communautés et d'autres sont persuadés que seules des politiques d'une large envergure peuvent s'attaquer aux déterminants sociaux de l'état de santé mentale des populations. Cet état de situation nous confirme qu'une panoplie de stratégies doit être déployée à tous les niveaux (macrosocial, mésosocial et microsocal) et doit tenir compte du degré de détresse (faible, moyen ou élevé) vécu par le groupe cible ainsi que du groupe d'âge auquel il appartient.

L'intensification des interventions préventives actuellement jugées efficaces, mais surtout le développement d'actions axées sur la promotion du bien-être (ou de la santé mentale); en collaboration avec les partenaires intersectoriels, sont deux voies à favoriser pour réduire la détresse psychologique des jeunes de 15 à 30 ans en Abitibi-Témiscamingue.

Bibliographie

Livres :

CHEVALIER, Richard, *À vos marques, prêts, santé!*, 2^e édition, Ed. Du renouveau pédagogique inc., Québec, 2000.

DESMARAIS, D., BEAUREGARD, F., GUÉRETTE, G., HRIMECH, M., LABEL, Y., MARTINEAU, P., PÉLOQUIN, S., *Détresse psychologique et insertion sociale des adultes*, Les publications du Québec, Québec, 2000.

DUFORT, Francine, GUAY, Jérôme et autres, *Agir au cœur des communautés*, La psychologie communautaire et le changement social, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 2002.

GOTTLIEB, Benjamin H., *Promouvoir le développement optimal des jeunes au Canada*, Les déterminants de la santé, Les enfants et les adolescents, Ed. Multimondes, Forum National sur la Santé, Québec, 1998.

NOËL, Louise, *Je m'attache, nous nous attachons*, Le lien entre un enfant et ses parents, Sciences et Culture, Montréal, 2003.

ROBICHAUD, Jean-Bernard et autres, *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale*, Ed. Gaétan Morin, CSMQ, Montréal, 1994.

TREMBLAY, Monique, *L'adaptation humaine, un processus biopsychosocial à découvrir*, Éditions Saint-Martin, Montréal, 1992.

WHITE, Deena, JOBIN, Lyne, MCCANN, Danielle, MORIN, Paul, *Pour sortir des sentiers battus, L'action intersectorielle en santé mentale*, Les publications du Québec, Québec, 2002.

Documents :

Abitibi-Témiscamingue : L'environnement et les enjeux, Plan d'affaires 2002-2003, Développement des ressources humaines Canada, 2003.

Allons à l'essentiel, Offre minimale de services de base en CLSC aux familles, aux enfants et aux jeunes de 0 à 17 ans, Association des CLSC et des CHSLD du Québec, 2001.

Au service de la jeunesse, Gouvernement du Québec, 2002.

BELLOT, DUPUY, SIMARD, CHAMPAGNE, *Travail de corridor à l'école La Source*, Faits saillants, RRSS A.-T., 2001.

BELLOT, Sylvie, Compilation à partir du fichier des décès du MSSS, Direction de santé publique, RRSS A.-T., 2001.

- BELLOT, Sylvie, Enquête sociale et de santé 1998, Résultats pour l'Abitibi-Témiscamingue Santé mentale, idées suicidaires et parasuicides, Fascicule 15, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2001.
- BELLOT, Sylvie, *Un aperçu de la mortalité par suicide en Abitibi-Témiscamingue*, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2002.
- DUCHESNE, Louis. *La situation démographique au Québec. Bilan 2002*. Institut de la statistique du Québec.
- DUGRÉ, Suzanne, *Auto-évaluation de la santé mentale chez des enfants d'âge moyen : considérations empiriques et méthodologiques associées à l'utilisation du questionnaire Dominique*, Thèse de doctorat présentée comme exigence partielle du doctorat en éducation en vue de l'obtention du grade de Philosophiae Doctor (PH.D) Doctorat en sciences de l'Éducation, Université de Sherbrooke, 2003.
- DUPUY, Stéphane, *Le capital social des jeunes : Résultats préliminaires et Étude du capital social de la communauté de Val-d'Or au regard des problématiques jeunesse*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue et la Table de concertation jeunesse de la MRC de la Vallée-de-l'Or, 2003.
- Écoute-moi quand je parle*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 1997.
- Enquête régionale 1997, « *Aujourd'hui, les jeunes du Saguenay-Lac-Saint-Jean* », Rapport de recherche de la phase II, *Trajectoire d'adolescence : stratégies scolaires, conduite et vécu psychoaffectif*, groupe Écobes, 1999.
- Enquête sociale et de santé auprès des enfants et des adolescents québécois, 1999, Collection La santé et le bien-être, Institut de statistique du Québec, Québec 2002.
- Faire front commun contre la détresse et les difficultés graves des jeunes*, Avis du Comité de coordination des chantiers jeunesse présenté à madame Agnès Maltais, ministre déléguée à la Santé, aux Services sociaux et à la Protection de la jeunesse, document de travail pour discussion au Forum jeunesse du 3 décembre 2001, 2001.
- FAVREAU ET FRÉCHETTE, *Le développement social des communautés : le défi des nouvelles générations de travailleurs sociaux*. Cahier du Centre d'étude et de recherche en intervention sociale (CÉRIS), série Recherche, n° 23, Université du Québec en Outaouais, 2003.
- GARANT, Vivianne, ALAIN, Michel, *Perception de contrôle, désir de contrôle et santé psychologique*, Université du Québec à Trois-Rivières, 1995.
- GIRARD, Chantai, BELLOT, Sylvie (2000), *La population de l'Abitibi-Témiscamingue : caractéristiques démographiques et socio-économiques. Tome 1 : Portrait de la région Abitibi-Témiscamingue*. Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue.

GIRARD, Chantal, THIBAUT, Normand, ANDRÉ, Dominique (2002) « *La migration interrégionale au Québec au cours des périodes 1991-1996 et 1996-2001* ».

HERNANDEZ, Olivia, *Les besoins de parents d'enfants de 0-5 ans en relation avec l'exercice de leur rôle parental*. Une étude auprès de Val-d'Or. Essai de maîtrise, Université Laval, 1997.

HOULE, Valérie, *Prévention de la dépression chez les adolescents et adolescentes à risque*, Consultation sur la faisabilité de l'implantation d'un programme dans la région de Québec, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec, Équipe Adaptation familiale et sociale, 2003.

JÉLIU, Gloria, *L'attachement, un départ pour la vie*, Groupe de travail québécois sur le plaidoyer pour les enfants.

Jeunes du Québec, Conseil permanent de la jeunesse Québec, (www.Cpj.gouv.qc.ca/fr/stat_jeunes.html), 2002.

L'adaptation des services sociaux et de santé aux réalités homosexuelles, Orientations ministérielles, ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, Québec, 1997.

La population de l'Abitibi-Témiscamingue : caractéristiques démographiques et socio-économiques; Tome 1 : Portrait de la région Abitibi-Témiscamingue, RRSSS A.-T.

La recherche en neurologie du développement : Leçons à tirer pour les éducateurs dans leur pratique auprès des enfants. *Ce que nous savons au sujet du cerveau*, 2001.

Le programme national de santé publique 2003-2012, *Les interventions et les services à la population*, Santé et Services sociaux Québec, Québec, 2003.

NINACS. William. A., *L'empowerment : La délégation du pouvoir ou le partage de pouvoir?*, Association québécoise du loisir municipal, Québec, 2000.

NINACS. William. A., *Petit lexique à Bill du Développement*, Coopérative de consultation en développement La Clé, 2003.

Osez la santé!, Valeurs et orientations du plan stratégique triennal d'organisation de services (PSTOS), Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2003.

PAGEAU, Michel et al. (2001) *Le portrait de santé. Le Québec et ses régions*. Institut national de santé publique du Québec.

Plan régional d'organisation de services enfance-jeunesse-famille, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 2002.

Plan régional d'organisation de services en santé mentale en Abitibi-Témiscamingue, RRSSS A.-T., 1995.

Portrait Jeunesse, *Travaillons ensemble... tout au long du parcours!*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'A.-T., *Promoting health, Intervention strategies from social and behavioral research*, National Academy of Sciences, United States of America, 2001.

Principaux déterminants de la santé et du bien-être sur lesquels porte l'action du module de promotion et prévention, Module promotion et prévention, Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, 1996.

Profil des collectivités jeunes en Abitibi-Témiscamingue, Information socio-économique, Développement des ressources humaines Canada, 2003.

Rapport annuel d'activité, RRSSS A.-T., 2001-2002.

Rapport d'activité 2002-2003, Centre ressources jeunesse de l'Abitibi-Témiscamingue, 2003.

Résultats, *Campagne « Parler c'est grandir »*, Sondage comparatif parents d'adolescents et adolescents de 11 à 17 ans, Préparé pour le ministère de la Santé et des Services sociaux, Impact Recherche, 2002.

Shaping the future for health, Institute of Medicine, National Academy of Sciences, United States of America, 2001.

SIMARD, Paule, BARON Martin et al. *Le travail de rue à Rouyn-Noranda : une histoire de collaboration*. Rouyn-Noranda, Arrimage Jeunesse/Régie régionale de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Direction de santé publique, 2002.

ST-HILAIRE, Édith, *Évaluation de l'implantation de programme de formation de sentinelles*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Chaudière-Appalaches, DSP, 2002.

Style de vie des jeunes du secondaire en Outaouais 1991-1996-2002, Enquête sociale et de santé 2002.

VALLA, Jean-Pierre, *La prévention des problèmes de santé mentale en milieu scolaire chez les enfants de 4 à 11 ans*, Réflexion sur les modalités d'intervention, UDM, UQAM et RRSSS Gaspésie-Iles-de-la-Madeleine, 2000.

KINO-QUÉBEC, *Les jeunes et l'activité physique, situation préoccupante ou alarmante?*, Programme du ministère des Affaires municipales, du ministère de la Santé et des Services sociaux des Régions régionales de la santé et des services sociaux, 1998.

Articles de journaux et revues :

BOILARD, Diane (2003). « *L'emploi au Québec* ». *Emploi Québec*, Bulletin mensuel. Volume 19, numéro 2, février 2003.

COLLINI, Mariella, THIBEAULT, Julie, *Être jeune aujourd'hui*, Bulletin de l'Observatoire de l'Abitibi-Témiscamingue, juillet-août, 2001.

DUMAS, Hugo, ALLARD, Marie, *Des gars, des filles*, La Presse, Montréal, 15 septembre, 2001.

GAGNIER, Jean-Pierre, *La résilience : Déjouer les prédictions, tirer profit des ressources et des opportunités*, Revue Action Tox., 2002.

GALIPEAU, Sylvia, *Le Burnout à 20 ans*, La presse, 11 avril 2003.

JEAN, Thérèse, *Les jeunes seront-ils vraiment entendus?*, Le Sommet du Québec et de la Jeunesse, Nouvelle CSN, 469, 2000.

SYME, S. Leonard, Traduction libre de Marie-Claire Lacasse d'un article paru dans Health Promotion Matters en juillet 1997 : *Individual vs. Community Interventions in Public Health practice : Some Thoughts About a New Approach.*

Cédérom et films :

Collection « *Quand jeunesse rime avec détresse* », comprenant six films : « *L'armée de l'ombre* », « *Enfer contre tous* », « *L'idée noire* », « *Tu as crié let me go* », « *La vie en bleu* » et « *Seul dans mon putain d'Univers* », ONF (disponibles à la Bibliothèque municipale).

Mauve, Cédérom et guide d'accompagnement pour les intervenants pour la prévention des situations de crise fait par et pour les jeunes, Médiaspaul, Pentafolio-Multimédiat, Montréal, 1998.

ANNEXE 1

*Concepts et définitions
liés à la détresse psychologique*

Les concepts et définitions liés à la détresse psychologique dans le champ de la santé mentale.

<p>Détresse psychologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La détresse psychologique est un état subjectif déplaisant qui peut se présenter sous deux formes : la dépression et l'anxiété. Elle peut être causée par une situation très pénible ou par différents problèmes qui peuvent amener la personne à se sentir désespérée à un tel point qu'elle ne peut plus y voir de solutions (Sondage MSSS, impact recherche, 2001). ➤ Dans son sens habituel, la détresse psychologique est conceptuellement distincte des troubles mentaux. La détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache (Perreault 1987 in MSSS 1995 : 218).
<p>L'indice de détresse psychologique</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ L'indice de détresse psychologique est une mesure globale qui n'a pas été conçue pour distinguer des troubles mentaux spécifiques, mais pour permettre d'identifier les personnes qui présentent des symptômes affectifs influençant leur vie sociale. Cet indice a été utilisé dans les enquêtes auprès des populations pour mesurer l'état de santé mentale qui y prévaut (Légaré, 2000).
<p>Bien-être</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Le bien-être est la mesure dans laquelle non seulement les besoins primaires comme l'alimentation, l'habillement, la santé, le logement et un climat social positif sont satisfaits, mais aussi la mesure dans laquelle l'individu participe à la vie sociale et prend part à sa culture et ses valeurs, et où il peut s'épanouir pour développer une personnalité faisant face aux contraintes sociales (Jef Breda, <i>La construction d'une mesure synthétique du bien-être</i>, Université d'Anvers, Belgique).

<p>Santé mentale</p>	<p>↘ La santé mentale correspond à l'équilibre psychique d'une personne à un moment donné. Le bien-être subjectif, les capacités mentales et la qualité des relations avec le milieu sont des dimensions qui permettent d'apprécier l'état de santé mentale d'une personne (Comité de la santé mentale du Québec, 1994).</p>
<p>Problèmes de santé mentale</p>	<p>↘ Les problèmes de santé mentale constituent un ensemble large de problèmes résultant de la perturbation des relations entre la personne et son environnement. Les expressions « <i>problèmes psychosociaux</i> » et « <i>problèmes d'adaptation sociale</i> » sont des équivalents des problèmes de santé mentale (Comité de la santé mentale du Québec, 1994).</p>
<p>Dépression</p>	<p>↘ Nous parlons de dépression lorsque la personne se sent en état de profonde tristesse pendant plusieurs semaines. Les symptômes sont intenses, persistants et ils ne s'améliorent pas avec le temps. La plupart du temps, la personne déprimée n'a plus le goût de rien faire, elle perd de l'intérêt pour les activités qu'auparavant, elle appréciait (Teljeunes.com/site internet).</p>
<p>L'anxiété et l'angoisse</p>	<p>↘ L'anxiété est une forme de peur. Être anxieux ou angoissé c'est à la fois une peur de faire face et une impression de se mettre en danger en négligeant de s'occuper d'un aspect de sa vie. C'est un message que nous envoie notre organisme pour nous inviter à l'auto-régulation. L'angoisse est une expérience émotive de même nature que l'anxiété mais plus intense. L'intensité plus forte est le signe que l'importance du sujet repoussé est plus grande et donc qu'il est plus urgent encore de l'aborder (Michel Larivey, <i>L'anxiété et l'angoisse; les Virgiles de l'équilibre mental</i>, 1997).</p>
<p>Stress</p>	<p>↘ Le stress est une réaction de l'organisme à tout ce qui apporte un changement dans la vie normale d'une personne, et ce, qu'il soit positif ou négatif. En fait, lorsqu'il est soumis à un</p>

	<p>événement inhabituel, le corps met en branle un processus pour s'y ajuster. Le stress peut être perçu positivement ou négativement selon la personne ou la situation qui le cause. Lorsqu'il est perçu positivement, il peut donner l'énergie nécessaire pour faire face à certaines situations : dans le cas contraire, il peut être la source de certains troubles psychiques et psychologiques (Service Vie-Santé, Stress, 2002).</p>
<p>Troubles mentaux</p>	<p>↳ Les troubles mentaux ou les troubles de santé mentale sont définis comme des maladies caractérisées pouvant être diagnostiquées et qui entraînent une détérioration marquée des capacités cognitives, affectives ou relationnelles de l'individu et se manifestent par un dysfonctionnement dans l'une ou l'autre de ces sphères (CSMQ 1994; Breton et Al., 1997):</p>

ANNEXE 2

Définitions des déterminants
et leurs niveaux

Les déterminants (facteurs de risque et de protection) et leurs niveaux.

Au niveau macrosocial

- ♦ Les déterminants socioculturels de la détresse psychologique incluent les conditions sociales, économiques, politiques et environnementales. Les inégalités sociales, économiques, entre les sexes, la précarité de l'emploi, les mauvaises conditions de travail, la pauvreté et la mauvaise qualité de l'air, l'eau, etc. en sont autant d'exemples. La culture, c'est-à-dire, les valeurs, les normes et les idéologies influence, elle aussi, les attitudes et les comportements de la jeunesse. La performance, la consommation excessive, l'individualisme et la surexploitation de la nature sont des valeurs actuelles de plus en plus contestées par la jeunesse qui réalisent que celles-ci créent de la détresse chez eux.

Au niveau mésosocial

- ♦ Plusieurs caractéristiques liées aux milieux de vie habituels du jeune, en d'autres mots son réseau primaire (famille, milieu scolaire, milieu de travail) ainsi que son réseau secondaire (professionnels et intervenants des services sociaux et de la santé) influencent aussi sa santé mentale. Au niveau du réseau primaire, le type de milieu familial, l'attachement sain parents-enfants, le niveau d'organisation sociale, l'absence ou la présence d'activités et de loisirs offerts aux jeunes, les structures et les processus scolaires, la sécurité du milieu, le soutien de pairs, etc. pour les plus jeunes et pour les jeunes adultes, la sécurité d'emploi, le milieu de travail dans lequel ils évoluent, la qualité de la relation à l'intérieur de leur couple, etc. sont aussi des facteurs qui exercent une influence sur la santé mentale des jeunes de 15 à 30 ans.

<p>Au niveau microsocial</p>	<p>→ <i>Mirowsky et Ross (1989) identifient cinq caractéristiques individuelles influençant le niveau de détresse psychologique. Il s'agit de l'âge, du genre, du statut civil et du statut socioéconomique ainsi que de la foi ou de la pratique religieuse. D'autres modèles conceptuels de la santé et du bien-être y ajouteraient les habitudes de vie (habitudes alimentaires, consommation d'alcool, de tabac ou de drogues et activités physiques), les facteurs endogènes biologiques (génétiques, antécédents) et psychologiques (tempérament) et l'estime de soi.</i></p>
<p>Autres facteurs associés</p>	<p>→ <i>Le fait d'avoir vécu des événements indésirables (divorce, séparation, perte d'emploi, etc.) et de faire partie d'une minorité (autochtones, immigrants, jeunes adoptés, homosexuels, etc.) peut également influencer le niveau de détresse de la personne.</i></p>
<p>Déterminants de la santé en lien avec le groupe d'âge</p>	<p>→ <i>Les déterminants de la santé et du bien-être exercent une influence tout au long de notre vie; toutefois ils ont un impact particulier selon les étapes de développement où se situe l'individu.</i></p>
<p>Facteurs de risque</p>	<p>→ <i>Des facteurs de risque d'ordre personnel, familial et scolaire sont prédictors de problèmes ultérieurs d'adaptation. Certains facteurs de risque ont plus d'impact négatif à certaines périodes du développement qu'à d'autres et l'accumulation des facteurs crée un effet de mutuellisation qui aggrave les situations.</i></p>

<p>Facteurs de protection</p>	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Les facteurs de risque peuvent provenir de différentes sources : de la société, comme l'accès à des drogues illicites, la désorganisation sociale, la précarité de l'emploi, la pauvreté, l'isolement, etc., de la famille, comme les problèmes de gestion de la vie familiale, les parents souffrant de psychopathologies, ayant un style parental inadéquat, etc., des individus et des pairs, comme la marginalisation, le tempérament difficile, une faible estime de soi, etc. Les facteurs héréditaires et génétiques sont aussi à prendre en compte. ➤ Outre le bagage génétique et les saines habitudes de vie, les facteurs de protections se retrouvent souvent sous trois catégories : les caractéristiques personnelles du jeune (bonne estime de soi, capacité à « travailler » sur soi, ouvert spirituellement, etc.), l'attachement sain à un ou des adultes socialement adaptés (soutien du réseau primaire et secondaire) et la présence de valeurs prosociales (favorisant des conditions de vie décentes, travail satisfaisant, espace favorable à l'épanouissement de l'humain, etc.).
--------------------------------------	---

Sources : Desmarais et autres, *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Les Publications du Québec, Québec, 2000 et *Portrait jeunesse, Travaillons ensemble...tout au long du parcours!*, Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent, Direction de la santé publique, de la Planification et de l'Évaluation, 2002.

ANNEXE 3

Services existants
en région

Point 1 : L'état de la situation régionale concernant les programmes de prévention en lien avec la détresse psychologique.

La littérature dans le domaine de la santé mentale reconnaît l'importance des programmes visant la promotion du bien-être. À la Régie régionale de la santé et des services sociaux, plusieurs programmes de promotion de la santé mentale et de prévention sont mis en place dont ceux de soutien parental, de promotion de l'estime de soi, de relations égalitaires, Villes et Villages en santé, prévention de l'alcoolisme et toxicomanies, de la négligence, abus et de la violence ainsi que de la prévention du suicide qui visent tous, à des degrés différents, la promotion du bien-être et la prévention de la détresse psychologique.

Au niveau de la prévention primaire et de la promotion de la santé, le milieu scolaire demeure un excellent endroit pour instaurer des activités qui permettent aux adolescents de développer leurs capacités et aux parents d'en faire autant. L'Entente de complémentarité des services entre le réseau de la Santé et des Services sociaux et le réseau de l'Éducation, la campagne « *Parler c'est grandir* », École en santé et le travail de milieu (corridor) sont des exemples d'actions qui contribuent spécifiquement à ces besoins. Toutefois, tel que nous le constatons de plus en plus, il est aussi important de sortir du milieu scolaire et d'aller dans d'autres milieux fréquentés par ces jeunes. Deux excellents moyens pour y parvenir ont été la création d'endroits où se regroupent les jeunes ainsi que l'embauche de travailleurs de rue. À ce niveau, soulignons les efforts bénéfiques déployés par le Centre ressources jeunesse (CRJ), le Projet St-Michel, l'ouverture de la nouvelle Clinique jeunesse et plusieurs autres que vous pouvez retrouver dans le Plan régional d'organisation de services enfance-jeunesse-famille (PROS). Vous y trouverez également les services offerts par les organismes communautaires, les établissements ayant une mission CLSC, dans les communautés autochtones, ceux offerts par les services policiers et par les services scolaires pour les jeunes de 12 à 17 ans et leur famille, en Abitibi-Témiscamingue.

En l'an 2000, la Direction régionale de santé publique déposait au ministère de la Santé et des Services sociaux son *Modèle régional de soutien au développement des communautés* qui fut considéré comme novateur au Québec. Essentiellement, par ce modèle la Direction de santé publique veut assurer tout le support et l'accompagnement nécessaires aux municipalités de la région afin qu'elles puissent s'approprier le pouvoir de décider des actions pour promouvoir la santé et prévenir les problèmes de santé et de bien-être dans celles-ci et par le fait même promouvoir la santé des jeunes et prévenir une détérioration de leur bien-être.

Toutefois, en ce qui concerne les jeunes adultes âgés de 18 à 30 ans, aucun répertoire officiel des services qui leur sont offerts n'a été élaboré. Cependant, suite à l'élaboration du Plan d'action jeunesse 2002-2005, les membres du Comité de suivi de la mise en œuvre de la Politique québécoise de la jeunesse ont ciblé l'accès à une information claire sur les services destinés aux jeunes comme étant une priorité. Le projet « *Partenaires de la jeunesse* » du Réseau des Carrefours jeunesse-emploi du Québec (RCJEQ) tentera de répondre, entre autres, à ce besoin urgent par l'intermédiaire de ses 118 mobilisateurs communautaires qui seront bientôt en action à travers le Québec⁴³.

En attendant l'information concernant les différents services existants pour les 18-30 ans, voici quelques ressources que nous avons identifiées pour répondre aux besoins des jeunes adultes abitibémiscamiens : Stratégie emploi jeunesse (gouvernement du Canada), Carrefour jeunesse-emploi (pour les 16-35 ans), Centre ressources jeunesse, Place aux jeunes, Solidarité jeunesse (16-24 ans), Chantiers jeunesse (16-30 ans), CLSC (répit-dépannage, Parentraide, NEGS, PSJP, Info-santé, La ligne parents pour les jeunes parents), Centre de femmes, Centre Normand, cliniques médicales, etc.

Nous observons que les services offerts pour les jeunes adultes sont de plus en plus efficaces pour répondre aux besoins de ceux-ci en matière de placements professionnels, d'emploi d'été ou pour fournir des renseignements sur les bourses d'études. Toutefois des nouveaux efforts doivent se déployer au niveau du soutien psychosocial afin de mieux répondre à leurs besoins et attentes.

⁴³Projet « *Partenaires de la jeunesse* », Réseau des Carrefours Jeunesse-emploi du Québec, Montréal, 2003.

Point 2 : Activités et projets énumérés par les intervenants rencontrés.

ACTIVITÉS ET PROJETS

Dans le milieu scolaire :

- Identification des personnes en détresse psychologique dans le milieu scolaire, secondaire III, IV et V (Barraute).
- Prévention de la violence dans les relations amoureuses en milieu scolaire et atelier sur la communication pour les jeunes du secondaire (Rouyn-Noranda).
- Activités auprès de jeunes de sixième année (La Sarre).
- Atelier en toxicomanie (auprès des jeunes adultes à l'Éducation des adultes).
- Information et prévention du suicide et intervention posttraumatique à l'Éducation des adultes (Amos).
- Projet fonds jeunesse, animation en milieu scolaire. L'école devient un lieu de rencontre en soirée, il y a un accès au plateau sportif ou au local informatique. (Ce projet développe un sentiment d'appartenance à l'école et une ouverture de l'école sur son milieu) (Senneterre).
- Prévention du suicide à l'Éducation des adultes.
- Pairs entraidents (secondaire).
- Programme plein l'dos (primaire) : activités préventives sur différentes thématiques telles que les relations amoureuses, les relations ado-parents, l'estime de soi, le respect des différences, le suicide, etc.
- Projet de toxicomanie en milieu scolaire pour les jeunes touchés par une suspension liée aux psychotropes et service aux parents.
- Présentation dans les écoles pour faire connaître les ressources : Maisons des jeunes, Solidarité jeunesse, etc.
- La pièce théâtrale « *Facile à dire* », présentée à l'ensemble des écoles.
- Centre Normand : intervenant dans les polyvalentes pour travailler avec des jeunes qui présentent des problèmes ou risques de consommation et possibilité de subvention pour un projet sur trois ans (« *Tolérance zéro à l'égard du produit et non à l'égard du jeune* »).
- Sac à dos.
- Intervention psychologique chez le jeune et auprès de la famille par les écoles.

Ressource documentaire :

- Le Bulletin d'info à l'intention des intervenants.
- Info-Ataq.

Détresse comme telle :

- Une rencontre avec des médecins à La Sarre sur la détresse psychologique visant les intervenants (Rouyn-Noranda).

Approche de proximité :

- Travailleurs de rue, mise sur pied d'un nouveau local pour jeunes de la rue, activités gratuites telles que la boxe (Rouyn-Noranda).
- Approche milieu, création de comités de jeunes en milieu rural (visant le travail dans les milieux ruraux tel que l'animation communautaire avec les familles) (Amos).
- Production de disques réalisée par les jeunes pour Notre-Dame-du-Nord en santé et autres projets instaurés par le travailleur de milieu.
- Travail de rue (Senneterre).
- Travailleur de rue, « party » de Noël pour les jeunes de la rue, accompagnement pour faire toutes sortes d'activités (Val-d'Or).
- Comité jeunesse en milieu rural.

Offert par le réseau de la santé et des services sociaux :

- Projet Sortie 14-25 au niveau du CLSC, de Gai-écoute et des jeunes eux-mêmes.
- Clinique jeunesse, CLSC Le partage des eaux (accueil fait par des intervenants psychosociaux qui tentent d'établir une relation de confiance et de collaboration avec d'autres organismes comme CRJ).
- PSJP, Naître égaux-Grandir en santé.
- La campagne « Parler c'est grandir ».
- CR La Maison; consultation d'un psychologue (Patrice) visant deux objectifs : la neutralisation et la gestion du pourquoi. Approche axée sur les solutions, éducation à l'interne et à l'externe et recherche des facteurs précipitant dans la détresse psychologique. Désir de créer des collaborations avec les organismes de son milieu.
- Maison des jeunes à Val-d'Or, souper de filles et soirées organisées.
- Groupe de sensibilisation sur le deuil, la gestion du stress et la gestion du temps.

Recherches :

- ▼ Au niveau de la recherche à l'UQAT : Projet de tutorat et mentorat pour soutenir les jeunes, formation aux tuteurs (une étude sur les symptômes de dépression a été effectuée et a démontré que 60 % des jeunes en présentaient).

À l'intention des parents :

- ▼ Projet CPS (pour les parents et activités parents-enfants).
- ▼ Activités thématiques auprès des parents portant sur l'intimidation, la consommation de drogues, etc.
- ▼ Rencontres parents-ados ou pré-ados (7 rencontres) portant sur la gestion de l'anxiété, sur la communication efficace, etc., (Amos).
- ▼ Projet pour les jeunes parents (PSJP), (Senneterre).
- ▼ Naître égaux-Grandir en santé, (Senneterre).
- ▼ Maison de la famille, café-rencontre, (Senneterre).
- ▼ Groupe de parents d'enfants hyperactifs, groupe pour enfants anxieux, participation à des activités passe-partout sur les thèmes en santé mentale; parentraide.
- ▼ Cuisine collective.

Activités ponctuelles :

- ▼ Semaine du goût de vivre, 24 h de silence (axée sur l'estime de soi), chants méditatifs, peinture d'un stationnement (Amos).
- ▼ Pièce de théâtre (Senneterre).
- ▼ Jeux de cartes thématiques « *stresser des liens* » envoyé à chaque famille (La Sarre).
- ▼ Présentation d'une pièce de théâtre sur le suicide.

Offerts par les Centres de femmes :

- ▼ Café-rencontre animé par le Centre de femmes (Témiscamingue).
- ▼ Organisme Centre de femmes l'Érige (La Sarre) pour information et discussion.

Santé mentale :

- ▼ Programme de promotion de la santé mentale par la Fondation québécoise des maladies mentales à Barraute.
- ▼ CHRN services axés sur le curatif.

ANNEXE 4

Questionnaire et réponses
recueillies auprès des jeunes

Questionnaire sur la détresse psychologique

La détresse peut se définir, globalement, comme un sentiment d'angoisse causé par une situation très pénible ou par différents problèmes qui peuvent amener une personne à se sentir désespérée à un tel point qu'elle y voit difficilement des solutions.

1. Selon cette description, croyez-vous vivre ou avoir vécu de la détresse au cours des six derniers mois ?

2. Pourriez-vous identifier les raisons qui provoquent chez vous de la détresse ?

3. Quelles sont les causes possibles de la détresse chez les jeunes adultes de 25 à 30 ans ?

4. À votre avis, quelles sont les mesures qui pourraient être mises de l'avant pour contrer la détresse chez ces personnes ?

5. Pour chacun des énoncés suivants, veuillez indiquer si vous êtes totalement en accord, assez en accord, assez en désaccord ou totalement en désaccord.

ÉNONCÉS	Totalement en accord	Assez en accord	Assez en désaccord	Totalement en désaccord
La détresse chez les jeunes adultes est essentiellement causée par la pauvreté (par sa situation financière).				
La détresse chez les jeunes adultes peut être causée par des situations difficiles en lien avec les études (stress, performance, fatigue, etc.).				
La détresse peut être causée par des situations familiales difficiles vécues dans leur jeunesse tels que les divorces et les séparations.				
Les jeunes adultes vivent de la détresse lorsqu'ils ont une piètre estime d'eux-mêmes.				
Les jeunes adultes vivent de la détresse lorsqu'ils réalisent qu'ils approchent de la trentaine et qu'ils n'ont pas encore travaillé dans leur domaine.				
Beaucoup de jeunes adultes sont malheureux car ils se créent eux-mêmes des problèmes.				
Les problèmes des jeunes adultes sont généralement causés par la société car celle-ci n'est pas adaptée à eux.				

6. Quelles sont les trois personnes à qui vous aimeriez parler en premier dans votre entourage si vous viviez de la détresse, en commençant par la plus importante ? :

1. _____ 2. _____ 3. _____

7. Connaissez-vous un ami ou un jeune de votre entourage qui a déjà songé sérieusement au suicide ?

Oui Non

8. Pour votre part, vous est-il déjà arrivé de songer sérieusement au suicide ?

Oui Non

9. Connaissez-vous des organismes ou des personnes-ressources pouvant vous venir en aide ou venir en aide à un ami qui serait en détresse ? Quels sont-ils ?

10. Pourquoi, selon vous, les jeunes adultes ne consultent pas ces endroits ?

11. Si vous aviez un souhait à faire en lien avec la situation des jeunes adultes d'aujourd'hui, quel serait-il ?

12. Si vous aviez un conseil à donner aux intervenants qui essayent d'aider les jeunes adultes, quel serait-il ?

Résultats globaux des questionnaires distribués auprès des jeunes et jeunes adultes à Rouyn-Noranda

1. Nombre de participants :

139 jeunes et jeunes adultes ont répondu à ces questionnaires portant sur la détresse psychologique (74 femmes et 65 hommes) :

- ▼ 60 de 14-17 ans (secondaire 3 et 5 réguliers)
- ▼ 8 de 18-20 ans (ce groupe se complète par les focus groupe, nous y avons consulté environ 25 autres jeunes dont la moyenne d'âge est de 20 ans)
- ▼ 12 de 20-30 ans (ce groupe est difficile à joindre, limite la recherche)
- ▼ 59 de 18-29 ans (école des adultes, cheminement particulier)

2. La moyenne d'âge :

Quatre sous-groupes ont été touchés, les 14-17 ans, les 18-20 ans, les 20-30 ans et les 18-29 ans. Si nous faisons la moyenne d'âge de toutes ces personnes nous parvenons à 20,5 ans.

3. Le statut :

118 répondants sur 139 (85%) avaient un statut de célibataire, 19 de conjoint de fait (14%) et 2 de marié.

4. En couple ou pas :

55 personnes avaient un chum ou une blonde et 83 n'en avaient pas. Soulignons que 60 jeunes du secondaire ont répondu à ce questionnaire, donc il est normal que ces derniers ne soient pas encore en couple.

En effet, chez les 14-17 ans du secondaire, 51 jeunes sur 60 (85%) n'étaient pas en couple alors que chez les personnes âgées de 18 ans et plus, 32 sur 79 (40,5%) n'étaient pas en couple.

5. Quitté le domicile parental :

39 jeunes adultes de 18 ans et plus ont quitté le domicile parental (39 sur 79 (49%) ne considérant pas les 60 jeunes du secondaire qui sont encore chez leurs parents).

6. Des enfants :

Évidemment, en raison de notre échantillon, seulement 18 avaient des enfants.

7. L'emploi :

65 occupent un emploi à temps partiel et 12 à temps plein. Considérons toujours que 60 jeunes étaient du secondaire (étudiants, chez leur parent).

8. Financièrement :

Financièrement la majorité des jeunes et jeunes adultes se considèrent ou considèrent leur parent comme étant plutôt à l'aise (68 personnes). Ensuite, ils se perçoivent comme étant plutôt en difficulté (39) et très à l'aise (20). Seulement 7 parmi les 139 se considèrent très en difficulté.

9. Niveau d'étude atteint :

D'abord, les 60 jeunes étaient au secondaire, donc 60 au niveau secondaire, mais ils n'ont pas terminé leurs études. Sur les 20, de 18 à 30 ans, la majorité a été à l'Université (8) et au Cégep (7). Seulement 2 avaient un DEP et 2 s'étaient arrêtés en secondaire 1. En ce qui a trait aux répondants de l'École des adultes, la majorité avaient atteint le secondaire IV (20), le secondaire V (18) et le secondaire III (13). Seulement trois de ce dernier groupe avaient atteint le niveau collégial.

10. Leurs sources de revenus :

39 avaient un revenu issu d'un emploi et du soutien financier des parents, 8 personnes bénéficiaient de la sécurité du revenu, 26 d'un emploi, 2 d'un emploi et des prêts et bourses, 32 du soutien financier des parents et 20 d'autres revenus.

11. La santé et la vie sociale :

La majorité des personnes questionnées se considèrent en bonne santé physique et mentale (116 sur 139 = 83,5%) et seulement 16 personnes (11,5%) ne se considèrent pas en bonne santé. Ils sont également, en majorité, satisfaits de leur vie sociale (104 sur 131 = 79,4% car cette question n'a pas été posée au groupe du cégep et CRJ) et, à l'inverse, 20 personnes se disaient insatisfaites de leur vie sociale (15,3%).

12. Vivre de la détresse :

Selon cette définition de la détresse :

« La détresse peut se définir, globalement, comme un sentiment d'angoisse causé par une situation très pénible ou par différents problèmes qui peuvent amener une personne à se sentir désespérée à un tel point qu'elle y voit difficilement des solutions »

77 jeunes et jeunes adultes sur 139 (55,4%) croient vivre ou avoir vécu de la détresse au cours des six derniers mois.

13. Les raisons :

Les raisons qui provoquent cette détresse chez-eux sont principalement les suivantes :

- 14-17 ans : relations amoureuses, familiales et amicales
- 18-20 ans : surcharge de travail, relations amoureuses et l'école
- 20-30 ans : difficultés financières et le travail
- 18-29 ans : difficultés financières, relations amoureuses et le travail

14. Causes possibles de détresse :

- ◆ Chez les 14-17 ans, les jeunes identifient les relations amoureuses et la toxicomanie comme étant les sources possibles de la détresse chez les 15-18 ans.
- ◆ Chez le groupe de 18-20 ans, l'insécurité financière, les peines d'amour, la toxicomanie et l'alcoolisme ainsi que la solitude sont énumérés.
- ◆ Chez les jeunes adultes (20-30 ans), les difficultés financières, le travail, les difficultés à faire des choix de vie, de carrière et à prendre sa place socialement ressortent comme étant des causes possibles de détresse chez les 25-30 ans.
- ◆ Finalement, chez les 18-29 ans, de l'École des adultes, les principales causes de détresse chez les 18-30 ans nommées par ceux-ci sont en lien avec l'argent, l'emploi, l'amour et la consommation de drogue et d'alcool.

Bref, les causes possibles de détresse chez les 14-30 ans sont selon eux, les ruptures ou relations amoureuses difficiles, l'insécurité financière, la difficulté à trouver un emploi, de faire un choix de carrière et la toxicomanie ou l'alcoolisme.

15. Les mesures qui pourraient être mises de l'avant, selon ces jeunes :

Voici les principales mesures qui pourraient être mises de l'avant afin de contrer la détresse psychologique chez les jeunes et jeunes adultes :

- En parler à une personne de confiance
- Appeler à une ligne téléphonique qui peut nous venir en aide
- Faciliter l'accès aux services (proximité, confidentialité, pas trop d'attente, services plus spécialisés pour les jeunes, etc.)
- Faire plus de publicité sur les services disponibles, campagne de sensibilisation
- Mise en place d'activités pour changer les idées des jeunes (endroit pour se réunir et discuter, activités sportives et artistiques, roulathèque, activités peu coûteuses, bénévolat, forum, etc.)
- Prendre du temps pour soi et pour voir ceux qu'on aime
- Créer de meilleures conditions de travail

16. Toujours les causes :

Tous les gens questionnés ici sont en accord avec le fait que la détresse est essentiellement causée par des situations difficiles en lien avec les études et lorsque le jeune a une piètre estime de soi. Par contre, les plus jeunes (de 14 à 20 ans) ainsi que 46% des jeunes de l'école des adultes s'entendent sur le fait que les situations familiales difficiles (divorces et séparations) ont aussi un impact sur la détresse. Pour leur part, les jeunes adultes s'accordent sur le fait qu'ils vivent de la détresse lorsqu'ils réalisent qu'ils approchent de la trentaine et qu'ils n'ont pas encore travaillé dans leur domaine.

17. À qui parler :

Les deux premières personnes à qui ils aimeraient parler en premier s'ils vivaient de la détresse sont les suivantes :

14-16 ans : 1-Meilleur(e) ami(e) ou ami(e)
2-Mère et famille

18-20 ans : 1-Meilleur(e) ami(e), mère, chum
2-Mère et meilleur(e) ami(e)

20-30 ans : 1-Leur conjoint(e) (mon chum, ma blonde, mon amoureux, etc.)
2-Conjoints, famille (père, mère, parents), ami(e) ou meilleur(e) ami(e)

18-29 ans : 1-Meilleur(e)s ami(e)s et ami(e)s, mère et conjoint
2- Meilleur(e)s ami(e)s et ami(e)s, parents et conjoint

Quand les jeunes ont 14-16 ans, ils se confient en premier à son ou sa meilleur(e) ami(e), souvent du même sexe. En deuxième plan, ils se tournent vers les membres de sa famille, surtout la mère ou vers d'autres ami(e)s. Plus le jeune devient un jeune adulte, plus il se confie, en premier lieu, à son partenaire, et ensuite à un membre de sa famille ou à un ami. On suppose que le partenaire devient le « meilleur ami ».

18. Suicide et l'autre :

En tout, 86 personnes (62%) connaissent un ami ou un jeune de leur entourage qui a déjà songé sérieusement au suicide.

19. Suicide et moi :

Au total, 50 personnes (36%) avouent avoir elle-même songées sérieusement au suicide.

20. Organismes et personnes-ressources connus :

Les principaux organismes et personnes-ressources identifiés par les 139 jeunes et jeunes adultes sont les suivants :

- 1- Tel-Jeunes (identifié 49 fois sur 139 donc 35,3%)
- 2- Prévention suicide (23) et Centre de prévention du suicide (8) (identifiés 31 fois sur 139 donc 22,3% des jeunes ont répondu ceci)
- 3- Ne les connaissent pas (à 20 reprises sur 139, 14,4%)
- 4- CLSC (nommé 16 fois sur 139, 11,5%)
- 5- Intervenant en milieu scolaire (14 fois donc 10%)
- 6- et Jeunesse, J'écoute (10 fois, donc 7,2%)

Les résultats semblent laisser croire qu'ils préfèrent se confier par téléphone à une personne-ressource. La confidentialité et le fait de ne pas s'engager dans un long processus (thérapie) favorisent cette confiance. Prévention du suicide et le Centre de prévention du suicide sont assez connus des jeunes (22%), mais malheureusement, parmi les jeunes qui ont répondu, encore un nombre ne connaissent pas les endroits et les personnes qui peuvent leur venir en aide (14%) et les autres qui les connaissent ne s'y rendent pas pour la majorité. Allons découvrir pourquoi.

21. Pourquoi ne pas consulter?

La grande majorité des répondants ne consultent pas car ils ont peur d'être jugés (autant par l'entourage que par l'intervenant), d'être identifiés, peur qu'on raconte ses problèmes à d'autres (confidentialité difficile dans une petite région où tous se connaissent!) ou simplement par gêne. La deuxième raison est qu'il est difficile de se confier à un inconnu. Les gens préfèrent, en effet, aller chercher le support de quelqu'un qu'ils connaissent et en qui ils ont confiance. Évidemment chez les plus jeunes, la peur de faire rire d'eux est encore plus grande alors que chez les plus âgés, le fait de ne pas reconnaître et admettre qu'ils ont un problème est une des premières raisons pour laquelle ils ne consultent pas. Finalement, selon eux, les gens ne les connaissent pas et manque d'information.

22. Fais un souhait :

Lorsque nous demandions à ces jeunes quel souhait feraient-ils en lien avec la jeunesse d'aujourd'hui, en général, ceux-ci nous répondaient qu'ils aimeraient que la jeunesse soit heureuse et ne soit plus en détresse, qu'elle s'épanouisse, puisse s'exprimer et réalise ses rêves. Ils souhaitaient aussi que les jeunes prennent du temps pour eux-mêmes et qu'ils soient bien entourés.

Plus spécifiquement, les jeunes de 14-16 ans souhaitent que la drogue disparaisse, qu'elle n'ait jamais existée ou encore que les jeunes cessent d'en consommer. Les jeunes adultes souhaitent davantage d'avoir des emplois stables, permanents, plaisants avec de bonnes conditions de travail. Alors que les jeunes adultes de l'École des adultes souhaitent que

tous les jeunes aient plus de soutien dans leurs études, plus d'encouragements et de moyens pour y retourner ainsi que du support dans la recherche d'emploi. Les interventions souhaitables auprès de ces trois groupes sont donc très différentes.

23. Conseils aux intervenants :

Les conseils qu'ils aimeraient donner aux intervenants qui tentent d'aider les jeunes se résument à :

- Écoutez vraiment, ouvertement et avec compassion celui qui se confie à vous.
- Ne les jugez pas, respectez-les, ne prenez pas leurs problèmes à la légère.
- Mettez-vous à la place du jeune sans faire comme lui, cherchez à les connaître un peu plus.
- Soyez plus près d'eux, plus proche du milieu, plus présents, venez à eux et n'attendez pas qu'ils soient en détresse pour les aider.
- Montrez-leur les côtés positifs de leurs problèmes, de la vie, aidez-les à trouver leurs propres solutions, soyez dynamiques et donnez-leur espoir en l'avenir.
- Plusieurs disent toutefois, de continuer, de persévérer, d'être patients, qu'il y a déjà un bon travail de mis en place.

24. Le futur :

Sur 131 jeunes qui ont répondu à cette question sur l'avenir, 60 (46%) croient que les conditions de vie seront moins favorables au Québec dans 15 ans et 39 (30%) seulement croient qu'elles seront plus favorables. 32 jeunes n'ont toutefois pas répondu à cette question ou ont répondu les deux.

Malgré le fait que les progrès technologiques se poursuivent, que la société évoluera forcément, que le système de la santé s'améliorera, qu'ils auront plus d'emploi et que la population est de plus en plus consciente par exemple de la pollution, plusieurs jeunes demeurent plutôt pessimistes face à l'avenir. Le risque que la société devienne encore plus capitaliste, que tout soit basé sur l'argent, que le coût de la vie augmente, que tout continue d'aller trop vite, qu'on soit encore plus surchargé au travail, qu'on soit davantage malade en raison du stress de la vie, que les guerres et la pollution persistent, que la surexploitation de la nature et l'exploitation des ressources humaines dans les pays du sud prennent de l'ampleur, que les valeurs véhiculées par notre culture ne soient plus « humaines » et qu'elles deviennent, comme un jeune le cite, des valeurs « états-uniennes » les inquiètent beaucoup.

25. Stratégies individuelles pour retrouver une sensation de bien-être :

Lorsqu'ils vivent des moments angoissants, les jeunes adultes (seulement 67 jeunes adultes (8 du marché du travail et 59 de l'École des adultes) ont répondu à cette question) adoptent principalement les stratégies suivantes pour retrouver une sensation de bien-être :

- 1- Ils tentent d'arrêter d'y penser, ils se divertissent et font des choses qu'ils aiment (prennent une marche, magasinent, promenade en véhicule, sortent, s'entraînent, font du sport, du vélo, de la moto, font de la peinture, écrivent, écoutent de la musique, regardent un film).
- 2- Ils en parlent à leurs proches, ils se confient (amis, mère, tante, amoureux).
- 3- Dorment, relaxent, se reposent et méditent ou d'autres cherchent des solutions, font des efforts pour passer à travers, pour régler son problème et s'encouragent.

Certains avouent boire quelques bières entre ami(e)s ou fumer une cigarette pour relaxer. Malgré l'inquiétude face à la consommation de drogues chez leurs pairs énoncée précédemment, aucun jeune n'a évoqué ici cette stratégie pour retrouver son bien-être.

Un seul sur ces 67 jeunes adultes a dit qu'il réglerait son problème le mieux qu'il peut à l'aide de ressources qui lui seraient offertes. Aucune autre personne n'a fait référence aux ressources professionnelles.



ANNEXE 5

*Pistes de solutions qui se
dégagent de ces consultations*

1. Les pistes d'intervention qui se dégagent globalement de ces consultations selon les trois niveaux

MACRO

- Politiques contrant la pauvreté et la précarité de l'emploi.
- Adaptations des institutions scolaires aux nouveaux besoins des jeunes.
- Implication des dirigeants dans cette lutte contre la détresse et budgets favorisant la promotion de la santé.
- Choix collectifs de nouvelles valeurs et reconnaissance de celles-ci.

MÉSO

Réseau secondaire :

- Poursuite de la prévention de la toxicomanie et de l'alcoolisme et réduction des méfaits.
- Mise en place et valorisation des approches de proximité (travailleur de rue, de corridor, pairs aidants, sentinelle autant à l'école, en milieu de travail que dans un quartier ou une communauté) et d'approches multisectorielles (regroupant différents secteurs pour intervenir).
- Rendre les services offerts pour les jeunes beaucoup plus accessibles, moins d'attente, ouverts à des heures qui leur conviennent, spécialisés pour eux, etc.
- Continuité des services de lignes téléphoniques et formation plus adaptée des intervenants qui répondent aux jeunes.
- Formation des professionnels et sensibilisation des adultes significatifs de son milieu (entraîneur de sport, conducteur d'autobus, professeur, etc.) pour qu'ils puissent identifier les indices de détresse et offrir les services requis.
- Offre de services apportant un support aux jeunes qui vivent ou ont vécu des événements indésirables (divorce de ses parents, perte d'un parent ou d'un ami(e), échec professionnel ou peine d'amour).
- Développement de l'accès à des groupes de croissance (art thérapie et jeux de rôle) ou thérapie de groupe dans leur milieu (à l'école, travail, etc.).

- Poursuite du soutien fait aux parents et information des ressources disponibles.
- Amélioration de l'accès aux services pour les jeunes homosexuels et minorités ethniques.
- Poursuite des actions pour la prévention du suicide (encore trop de jeunes voient ce moyen comme solution).
- Promotion des services offerts en cas de détresse, de la publicité sur ceux faisant de la promotion de la santé (chantier jeunesse, solidarité jeunesse, CRJ, St-Michel, etc.), sensibilisation de la population générale sur ce qu'est la détresse et sur l'importance de consulter (enlever les préjugés envers ceux qui consultent) ainsi que la valorisation d'une image positive de la jeunesse (faire ressortir leurs bons coups) par des campagnes sociétales (télé, radio, dépliants, affiches, théâtre, concours de dessin, d'écriture sur ces thèmes à l'école, information dispensée par travailleur de corridor, de rue et pairs aidants, etc.).
- Création de lieux favorables pour les jeunes de 15-30, d'un endroit où ils pourraient se rencontrer, sans alcool pour les moins de 18 ans (café-Internet, roulathèque, etc.) et facilitation de l'accès à différents projets et activités conçus pour et par eux.
- Aide à l'insertion professionnelle des jeunes (par stages en accord avec des entreprises, poursuite des activités offertes par CRJ, mentorat par retraités, etc.).
- Développement de liens d'appartenance à la communauté, amélioration de l'environnement immédiat du jeune, etc. Bref, développement et renforcement du capital social⁴⁴ des communautés (facilitant le développement de la santé globale du jeune en lui offrant, au niveau de sa collectivité, des opportunités, plus de stabilité, des normes et un accès au capital humain et au support social).

⁴⁴ COLEMAN(1988) dans Promoting health, intervention strategies from social and behavioral research, p.230.

Réseau primaire :

- Développement des compétences parentales (ateliers sur la communication interpersonnelle parents/enfants, sur comment soutenir son enfant, sur le renforcement positif, sur l'imposition de limites, sur la résolution de problèmes, etc.).
- Formation de réseaux entre parents, amis, femmes ou hommes, la collectivité d'un village ou d'un quartier.

MICRO

- Développement des compétences personnelles et sociales des jeunes par la poursuite et la création de programmes et d'ateliers qui favorisent les relations égalitaires entre les deux sexes, qui améliorent la communication interpersonnelle, qui les aide à faire le choix de pairs positifs dans leur environnement, qui leur montrent comment planifier leur travail ou leur temps, qui leur apprend la résolution de problèmes, la gestion du stress, l'affirmation de soi, l'estime de soi et le processus de l'adaptation humaine face à l'environnement en changement, incitant le jeune à développer ses habiletés de coping, etc. Un atelier pour contrer l'homophobie et pour apprendre à respecter les différences, un autre sur l'organisation des communautés et la gestion de petits projets seraient aussi souhaitables.
- Amélioration de l'accès à des loisirs, aux voyages, etc.
- Valorisation de différents modèles spirituels, de nouvelles pratiques telles que la relaxation et la méditation ou d'anciens modèles.