
Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé

J. Caron, Ph. D. (1,2); A. Liu, M. Sc. (2,3)

Résumé

Objectif : Cette étude descriptive compare la prévalence de la détresse psychologique élevée et des troubles mentaux dans la population à faible revenu à celle de la population à revenu plus élevé du Canada.

Méthode : Les données ont été recueillies dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC cycle 1.2), réalisée auprès de 36 984 Canadiens âgés de 15 ans et plus. La population à faible revenu (définie par la Mesure de faible revenu) a constitué 17,9 % (n = 6 620) de cet échantillon. On a utilisé l'échelle de Kessler K-10 pour mesurer la détresse psychologique, et l'entrevue CIDI pour évaluer les troubles mentaux.

Résultats : Un Canadien sur 5 a déclaré éprouver une grande détresse psychologique, et 1 sur 10, souffrir d'au moins un des cinq troubles mentaux étudiés ou de dépendance à une substance. Les femmes, les célibataires, les personnes séparées ou divorcées, les non-immigrants et les Autochtones ont été plus nombreux à déclarer souffrir de détresse psychologique, de troubles mentaux ou d'abus de substances. Les taux déclarés de détresse psychologique, de troubles mentaux ou d'abus de substances ont été beaucoup plus élevés chez les populations à faible revenu, et les différences mesurées étaient statistiquement cohérentes dans la plupart des catégories sociodémographiques.

Conclusion : Cette étude permet de mieux cerner les populations vulnérables en matière de santé mentale, susceptibles de bénéficier des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé.

Mots clés : détresse psychologique, troubles mentaux, pauvreté, enquête dans les collectivités

Introduction

Au cours des 40 dernières années, une quantité croissante de données issues d'études épidémiologiques réalisées dans différentes parties du monde¹⁻¹⁰ ont démontré que les populations défavorisées sur le plan économique présentaient des taux plus élevés de troubles psychiatriques et de détresse psychologique. Cette plus grande vulnérabilité semble attribuable à la présence d'un plus grand nombre de facteurs de risque et à l'absence de certains facteurs de protection.

Les études révèlent clairement que le fait d'être confronté à des situations stressantes et à des conditions de vie difficiles qui perdurent, qu'il soit question de revenu, de logement, de travail ou de relations sociales, constitue un terreau favorable à l'apparition de symptômes de dépression au sein des populations défavorisées sur le plan économique¹¹⁻¹⁶. Par ailleurs, on sait que ces populations vivent des événements stressants, tels que le décès d'un proche, un accident, la maladie, le divorce et la perte d'emploi, plus fréquemment que les populations mieux nanties¹⁶⁻¹⁸.

Qui plus est, on observe souvent parmi les populations pauvres l'absence d'un des principaux facteurs de protection favorisant le développement et le maintien d'une bonne santé mentale, soit le soutien social. Plusieurs études ont établi

Rattachement

1. Département de psychiatrie, Université McGill, Montréal, Québec

2. Institut universitaire en santé mentale Douglas, Montréal, Québec

3. Département d'épidémiologie, de biostatistique et de santé au travail, Université McGill, Montréal, Québec

Correspondance : Jean Caron, Division de recherche psychosociale, Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, 6875 boul. LaSalle, arrondissement de Verdun, Montréal, Québec, H4H 1R3, Canada; tél. : 514-762-3445; télécopieur : 514-762-3049; courriel : jean.caron@douglas.mcgill.ca

un lien entre le soutien social et la santé, et plus particulièrement la santé mentale¹⁹. Certaines études portant expressément sur la santé mentale ont révélé une forte relation entre la présence et l'efficacité du réseau de soutien et la gravité de la maladie mentale¹⁹⁻²¹, tandis que d'autres ont fait ressortir des lacunes importantes concernant ces deux dimensions du soutien social au sein des populations défavorisées sur le plan économique²²⁻²⁶.

Bien que le lien entre une situation économique défavorable et la prévalence accrue de troubles psychiatriques ne soit plus à démontrer, aucune étude publiée n'indique, d'une part, de quelle manière et dans quelle mesure les Canadiens défavorisés sur le plan économique souffrent comparativement aux personnes plus favorisées et, d'autre part, si les différences observées dans les troubles psychiatriques entre les populations à faible revenu et les populations mieux nanties sont fonction des caractéristiques sociodémographiques de ces groupes.

L'objectif de cette étude est de fournir une vue d'ensemble des liens existant entre le faible revenu et la maladie mentale au sein de la population canadienne. Puisque de nombreuses variables sociodémographiques, comme l'âge, le sexe, la scolarité, l'état matrimonial, la langue, la race, l'origine ethnique et la région de résidence^{1,27-32}, ont été reliées à la santé mentale au cours d'études antérieures, nous comparerons la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population du Canada à faible revenu et à revenu plus élevé en fonction de ces paramètres.

Méthodologie

Enquête et échantillon

En 2002, Statistique Canada a réalisé l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC cycle 1.2)*, une étude transversale représentative de l'ensemble de la population canadienne ayant permis de recueillir des données sur divers aspects du bien-être

psychologique, des troubles psychiatriques et des problèmes de santé mentale des Canadiens.

L'enquête visait les personnes de 15 ans et plus habitant un logement privé dans l'une des 10 provinces, et a exclu les personnes résidant en institution, dans une réserve indienne, sur les terres de la Couronne ou dans certaines régions éloignées ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes. L'échantillon de l'enquête a compté au total 36 984 participants, soit environ 98 % de la population cible, et le taux de réponse a été de 77 %.

Facteurs mesurés

Les facteurs mesurés étaient les caractéristiques sociodémographiques, la détresse psychologique et divers troubles mentaux, ainsi que les problèmes de dépendance à une substance (TMPDS).

Caractéristiques sociodémographiques.

Les caractéristiques sociodémographiques choisies ont été les suivantes : âge, sexe, niveau de scolarité, état matrimonial, race/origine ethnique, statut vis-à-vis de l'immigration, langue maternelle, revenu, situation par rapport à l'emploi, logement et région de résidence.

Les mesures de faible revenu (MFR) ont été élaborées par Statistique Canada pour identifier la population à faible revenu. Pour calculer les MFR, la procédure a été la suivante : 1) Obtenir le revenu familial avant impôt grâce à la réponse à la question suivante : « Au mieux de vos connaissances, pour les 12 derniers mois, à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres du ménage provenant de toutes sources, avant impôts et autres retenues? » 2) Calculer les facteurs d'ajustement pour la taille de la famille, fondés sur le nombre total de membres du ménage. Le premier adulte du ménage (≥ 16 ans) reçoit un facteur d'ajustement de 1; les autres adultes obtiennent un facteur de 0,4 multiplié par le nombre de membres du ménage; les enfants du ménage (< 16 ans) reçoivent un facteur d'équivalence de 0,3

multiplié par le nombre de membres du ménage. Le facteur d'ajustement total pour la taille de la famille constitue la somme des facteurs de tous les membres de la famille.

3) Calculer le revenu familial ajusté, qui correspond au revenu familial avant impôt divisé par le facteur d'ajustement pour la taille de la famille. 4) Calculer le revenu familial ajusté médian pour la population totale de l'enquête. 5) Relever les répondants ayant un revenu familial ajusté inférieur à 50 % de la médiane comme constituant la population à faible revenu et les autres comme formant la population à revenu plus élevé.

Détresse psychologique. La détresse psychologique a été évaluée à l'aide de l'échelle de Kessler à 10 questions (K-10)³³ visant à mesurer la fréquence des symptômes de détresse psychologique au cours du dernier mois grâce à une échelle de Likert à 5 points. Les scores peuvent varier de 0 à 40. Bien que l'échelle K-10 soit fréquemment utilisée pour mesurer la détresse psychologique, elle ne comporte pas de seuil à partir duquel la détresse psychologique serait considérée comme élevée. Pour établir le point de césure optimal, nous avons suivi deux démarches. Dans la première, nous avons utilisé une régression logistique pour les scores continus de détresse psychologique et de troubles mentaux, englobant la dépression, la manie, le trouble panique, la phobie sociale, l'agoraphobie et la dépendance à des substances, afin de comparer les valeurs de spécificité et de sensibilité de chaque point de césure possible. Le point de césure optimal a été établi à 9 : il procurait une sensibilité de 47,9 % et une spécificité de 91,7 % avec une aire sous la courbe (ASC) de 0,836. La seconde approche, basée sur les critères utilisés dans l'Enquête Santé Québec³⁴, utilise comme point de césure optimal le quintile supérieur de la distribution des scores à l'échelle K-10 dans l'ensemble de la population de l'étude. Il correspond également à une valeur de 9. Nous avons donc fixé à 9 le seuil au-delà duquel la détresse psychologique est élevée.

* <http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2>

Troubles mentaux et dépendance à une substance. La prévalence des troubles mentaux selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux DSM-IV³⁵* – trouble dépressif majeur, manie, trouble panique, phobie sociale, agora-phobie, dépendance à l'alcool et dépendance aux drogues – a été évaluée à l'aide de l'entrevue composite diagnostique internationale (Composite International Diagnostic Interview), ou CIDI^{36,37}.

Analyse statistique

Nous avons effectué des estimations ponctuelles de la prévalence en utilisant les poids d'échantillonnage fournis par Statistique Canada et des estimations de la variance et de l'intervalle de confiance (IC) réalisées à l'aide du programme Bootvar V2.0, version SAS, également fourni par Statistique Canada. Nous avons appliqué la méthode de *bootstrap* pour effectuer des tests t de comparaison entre les différents groupes. Lorsque de multiples comparaisons entre catégories sont présentées dans le texte (mais pas dans les tableaux), seules les valeurs les plus basses des tests t sont données (t_{\min}), ce qui signifie que les autres valeurs sont plus élevées.

Résultats

Caractéristiques sociodémographiques

Le tableau 1 détaille les caractéristiques sociodémographiques des Canadiens de 15 ans et plus. Le rapport hommes-femmes est d'environ 1. L'âge moyen de la population de l'enquête est de 44 ans et un peu plus de la moitié des répondants sont mariés (52,32 %) et ont effectué des études postsecondaires (55,42 %). Les Néo-Canadiens forment presque le quart (22,15 %) de l'échantillon. La majorité des répondants (83,76 %) est de race blanche. La majorité également vit en Ontario (38,63 %) et au Québec (24,17 %); ensemble, ces répondants représentent près des deux tiers de la population de l'enquête.

La population à faible revenu – 6 620 répondants (18 %) – présente une distribution de la plupart des variables sociodémographiques nettement différente de celle du reste de population. Elle compte un plus grand nombre de femmes, de

personnes de moins de 25 ans ou de plus de 65 ans, d'immigrants et d'habitants du Québec, de la Saskatchewan et de la région de l'Atlantique. Elle comprend moins d'individus ayant terminé leurs études postsecondaires, mariés ou vivant avec un conjoint de fait ou encore de race blanche (tableau 1).

Détresse psychologique

Profil de la prévalence globale. La prévalence globale d'un niveau élevé de détresse psychologique au cours des 12 mois précédant l'enquête s'élève à 21 % (tableau 2). On retrouve les taux les plus élevés chez les jeunes (15 à 24 ans), les Autochtones et les personnes séparées; dans ces groupes, 3 répondants sur 10 déclarent vivre une grande détresse psychologique. Les personnes de plus de 65 ans et les répondants mariés affichent la prévalence la plus faible (environ 15 %).

Les femmes sont plus sujettes que les hommes à ressentir une grande détresse psychologique ($t = 4,75$, $p < 0,001$). La prévalence de la détresse psychologique élevée diminue avec l'âge ($t_{\min} = 3,96$; $p < 0,001$) et le niveau de scolarité ($t_{\min} = 2,10$; $p < 0,05$). Les répondants mariés, veufs ou conjoints de fait obtiennent des taux inférieurs à ceux des personnes séparées, divorcées ou célibataires ($t_{\min} = 2,17$; $p < 0,05$). Par comparaison aux immigrants, on observe chez les non-immigrants des taux plus élevés ($t = 3,01$; $p < 0,01$). La détresse psychologique élevée est beaucoup plus fréquente chez les francophones ($t_{\min} = 3,24$; $p < 0,01$). Les Canadiens d'origine chinoise présentent la plus faible prévalence de détresse psychologique, qui est significativement inférieure à celle des Autochtones, des Asiatiques du Sud et des répondants de race blanche ou noire ($t_{\min} = 2,58$; $p < 0,05$). Les Autochtones sont beaucoup plus affectés que la population blanche ($t = 3,39$; $p < 0,01$). La prévalence est aussi beaucoup plus élevée au Québec comparativement à la région de l'Atlantique, à l'Ontario, à la Colombie-Britannique et à l'Alberta ($t_{\min} = 2,38$; $p < 0,05$).

Effet de l'appartenance à la population à faible revenu. La prévalence d'un haut degré de détresse psychologique est 50 % plus élevée au sein de la population à faible revenu (28,5 %) qu'au sein de la population plus favorisée (18,96 %; $t = 10,30$; $p < 0,001$). La population à faible revenu déclare un niveau plus élevé de détresse psychologique pour la plupart des variables sociodémographiques; les rapports de prévalence entre les groupes à faible revenu et les groupes à revenu supérieur varient de 1,2 à 2,22 ($t_{\min} = 2,11$; $p < 0,05$), sauf dans certaines analyses par origine ethnique. Plus précisément, il n'y a pas de différence significative entre les strates de répondants de race noire ou d'origine chinoise, sud-asiatique, arabe ou latino-américaine.

Interaction entre le niveau de faible revenu et les caractéristiques sociodémographiques.

On observe des différences significatives dans la prévalence de la détresse psychologique élevée entre les sexes et les niveaux de scolarité uniquement au sein de la population à revenu plus élevé ($t_{\min} = 3,61$; $p < 0,001$). Les répondants de race noire ont déclaré éprouver un niveau de détresse psychologique moins marqué que les répondants de race blanche dans la population à revenu plus élevé ($t = -2,1$; $p < 0,05$), mais pas dans la population à faible revenu ($t = 0,79$; $p > 0,05$). À l'inverse, on note des différences significatives entre les immigrants et les non-immigrants seulement au sein de la population à faible revenu ($t = 4,12$; $p < 0,001$). Dans la population à faible revenu, presque la moitié des personnes séparées (45,49 %) a déclaré souffrir d'une grande détresse psychologique, et cette prévalence est significativement plus élevée que dans la plupart des autres sous-groupes de l'état matrimonial ($t_{\min} = 2,83$; $p < 0,01$). Cette observation n'est pas valable pour la population à revenu plus élevé. De la même manière, même si la prévalence parmi les Autochtones à faible revenu était importante (45,17 %) et de beaucoup supérieure à celle qu'on a enregistrée dans les autres sous-groupes ethniques à faible revenu ($t_{\min} = 2,28$; $p < 0,05$), les Autochtones plus favorisés présentaient un niveau de détresse psychologique élevée tout à fait

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques de la population à faible revenu, de la population à revenu plus élevé et de la population totale, membres d'un ménage ayant 15 ans et plus, Canada (sauf territoires), 2002 (ESCC 1.2)

Caractéristiques sociodémographiques	Population totale N = 36 984	Population à faible revenu n = 6 620	Population à revenu plus élevé n = 30 364	Test de comparaison ^a	
				t[499] ^b	p
	%	%	%		
Sexe					
Hommes	49,15	43,28	50,43	7,16	< 0,001
Femmes	50,85	56,72	49,57	7,16	< 0,001
Âge					
15-24	16,55	20,03	15,79	5,45	< 0,001
25-44	38,03	33,14	39,10	5,82	< 0,001
45-64	30,51	25,26	31,65	7,14	< 0,001
65+	14,91	21,57	13,45	11,91	< 0,001
Scolarité					
Études secondaires partielles	25,50	42,16	21,86	21,15	< 0,001
Diplôme d'études secondaires	19,08	17,71	19,38	2,12	0,03
Études postsecondaires	55,42	40,13	58,76	18,74	< 0,001
État matrimonial					
Marié	52,32	39,96	55,02	14,71	< 0,001
Conjoint de fait	9,33	7,65	9,70	3,90	< 0,001
Veuf	5,46	10,34	4,39	13,24	< 0,001
Séparé	2,57	3,92	2,28	5,59	< 0,001
Divorcé	4,80	7,89	4,13	7,63	< 0,001
Célibataire	25,41	30,03	24,40	6,21	< 0,001
Immigrant					
Oui	22,15	28,59	20,74	7,75	< 0,001
Non	77,85	71,41	79,26	7,75	< 0,001
Langue maternelle					
Anglais	57,23	48,95	59,04	9,77	< 0,001
Français	23,85	25,62	23,47	2,39	0,02
Autre langue	19,54	25,83	18,16	6,77	< 0,001
Groupe ethnique					
Blanc	83,76	75,52	85,56	9,56	< 0,001
Noir	2,01	3,29	1,73	3,19	0,001
Chinois	3,59	5,16	3,25	4,01	< 0,001
Autochtone (Indien, Métis, Inuit)	1,08	2,14	0,85	6,06	< 0,001
Sud-asiatique	3,34	4,56	3,08	2,63	0,01
Latino-américain	0,61	1,37 ^c	0,45	2,40	0,02
Autre	0,78	1,45 ^c	0,64	2,97	0,003
Province/région					
Alberta	9,72	8,76	9,92	2,27	0,02
Colombie-Britannique	13,33	12,74	13,46	1,06	0,29
Manitoba	3,46	3,71	3,41	1,20	0,23
Canada atlantique ^d	7,66	9,96	7,16	7,82	< 0,001
Ontario	38,63	32,58	39,95	7,53	< 0,001
Québec	24,17	28,52	23,22	5,31	< 0,001
Saskatchewan	3,04	3,73	2,88	3,56	< 0,001

Abréviations : ESCC 1.2, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être; p : valeur p.

^a On a effectué des tests de comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé à l'aide de la méthode *bootstrap* (500 échantillons *bootstrap*).

^b Valeur t avec un degré de liberté de 499, calculée à partir des 500 différences des échantillons *bootstrap*.

^c On a utilisé les techniques du *bootstrap* pour produire un coefficient de variation (CV). Ces données ont un CV de 16,6 % à 33,3 % et doivent donc être interprétées avec prudence.

^d Le Canada atlantique comprend Terre-Neuve-et-Labrador, l'île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick.

similaire à celui de la plupart des autres sous-groupes ethniques.

Troubles mentaux et dépendance à des substances

Le trouble dépressif majeur est le trouble mental le plus fréquent (4,81 %) au sein de la population canadienne, suivi par la dépendance à une substance (3,07 %), la phobie sociale (3,01 %) et le trouble panique (1,53 %). La manie et l'agoraphobie affectent moins de 1 % de la population. On observe la même hiérarchie des diagnostics parmi les populations à faible revenu et à revenu plus élevé, mais les taux de prévalence sont nettement plus élevés dans le groupe à faible revenu pour tous les troubles mentaux, deux fois plus notamment pour la manie et l'agoraphobie. Le rapport de prévalence hommes-femmes pour les troubles mentaux est de beaucoup inférieur chez les hommes (dépression = 0,63, trouble panique = 0,66, phobie sociale = 0,74 et agoraphobie = 0,31), sauf pour la manie, où les taux sont similaires. Par contre, le rapport de prévalence est plus du double chez les hommes pour la dépendance à une substance (2,75) (tableau 3).

Comme il serait fastidieux de présenter les taux de prévalence de chaque trouble en relation avec chacun des sous-groupes sociodémographiques, nous avons regroupé à des fins d'analyse certains troubles mentaux et problèmes de dépendance à une substance (TMPDS).

Profil de la prévalence. La prévalence des TMPDS concerne les cas présentant au moins l'un des troubles mentaux ou problèmes de dépendance à une substance étudiés (trouble dépressif majeur, manie, trouble panique, agoraphobie, phobie sociale, dépendance à l'alcool et dépendance aux drogues illicites) au cours des 12 mois précédant l'enquête. Près de 11 % des répondants de 15 ans et plus ont déclaré souffrir d'au moins un de ces TMPDS. La prévalence globale des TMPDS diminue de façon significative avec l'âge ($t_{\min} = 6,15; p < 0,001$); les personnes de 15 à 24 ans sont 5 fois plus nombreuses à présenter un des TMPDS que celles de 65 ans et plus. On observe chez les personnes séparées, divorcées ou

célibataires un taux de prévalence des TMPDS significativement plus élevé que chez les répondants mariés, veufs ou vivant avec un conjoint de fait ($t_{\min} = 2,20; p < 0,05$). Les personnes vivant avec un conjoint de fait sont deux fois plus sujettes à éprouver l'un des TMPDS que les personnes mariées ($t = 6,52; p < 0,001$) (tableau 4).

La prévalence des TMPDS chez les non-immigrants est deux fois plus élevée que chez les immigrants ($t = 10,12; p = 0,001$). On observe un taux similaire chez les anglophones comparativement aux répondants dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français ($t = 10,17; p < 0,001$). Dans le cas des Autochtones, la prévalence des TMPDS est 2 à 5 fois supérieure à celles des autres sous-groupes ethniques ($t_{\min} = 4,12; p < 0,001$). Les taux de TMPDS parmi les répondants d'origine chinoise et de race noire sont environ deux fois moins élevés que ceux des répondants de race blanche ($t_{\min} = 3,24; p < 0,01$).

Effet de l'appartenance à la population à faible revenu. La prévalence globale des TMPDS au sein de la population à faible revenu est de 13,47 %, soit 37 % plus élevée que pour la population à revenu plus élevé (10,02 %; $t = 5,890; p < 0,001$). On retrouve cette différence significative dans presque toutes les analyses par strates, les rapports de prévalence se situant entre 1,3 et 2,2. On note néanmoins des exceptions : il n'y a pas de différence significative dans la prévalence des TMPDS parmi les répondants de 15 à 24 ans, ceux qui n'ont pas terminé leurs études secondaires, les répondants mariés, veufs ou célibataires, les immigrants et les personnes de race noire ou d'origine chinoise, sud-asiatique ou latino-américaine, les répondants dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français et les habitants de l'Alberta et du Manitoba.

Interaction avec le niveau de faible revenu. Nous avons noté des liens similaires entre les variables sociodémographiques et la prévalence des TMPDS tant dans la population à faible revenu que dans celle qui dispose d'un revenu plus élevé en ce qui concerne l'âge, l'état matrimonial, le statut d'immigrant et la

langue maternelle. Cependant, au sein de la population à revenu plus élevé, la prévalence des TMPDS chez les Autochtones est 1,5 fois supérieure à celle des répondants de race blanche ($t = 2,07; p = 0,0434$), alors que le rapport est de 2,2 dans la population à faible revenu ($t = 4,42; p < 0,001$).

Analyse

Les taux de détresse psychologique et de chacun des TMPDS sont nettement supérieurs au sein de la population à faible revenu, et les différences observées sont cohérentes sur le plan statistique pour la plupart des catégories sociodémographiques : région/province, sexe, âge, état matrimonial, immigration, langue maternelle et origine ethnique. Les données confirment les résultats de la majorité des études épidémiologiques réalisées dans le monde : les personnes les plus pauvres sont les plus vulnérables aux problèmes de santé mentale¹⁻¹⁰.

Un Canadien sur 5 affirme éprouver une grande détresse psychologique, proportion qui concorde avec les résultats d'une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes²⁷. Cependant, le taux de détresse est 50 % plus élevé au sein de la population à faible revenu que dans le reste de la population. Presque 14 % de la population à faible revenu a reçu un diagnostic de trouble mental ou de dépendance à une substance, soit un taux 37 % plus élevé que pour les autres Canadiens.

Deux cadres ont été proposés pour expliquer cette relation^{38,39}. Tout d'abord, il pourrait y avoir une association indirecte entre la pauvreté et la maladie mentale due à un processus de sélection et de « dérive ». La notion de sélection établit que certains individus seraient prédisposés à la maladie mentale tout en ayant moins d'attentes face à la vie, ce qui se traduirait par un niveau d'instruction et de réussite professionnelle plus bas et la pauvreté. L'hypothèse de la dérive veut que les personnes souffrant de maladie mentale glissent vers la pauvreté probablement parce qu'elles ont de la difficulté à obtenir et à conserver un emploi stable. Certaines données appuient

TABLEAU 2

Prévalence de la détresse psychologique élevée au sein de la population à faible revenu, la population à revenu plus élevé et la population totale, membres d'un ménage ayant 15 ans ou plus, Canada (sauf territoires), 2002 (ESCC 1.2)

	Population totale N = 36 984	Population à faible revenu n = 6 620	Population à revenu plus élevé n = 30 364	Rapport de prévalence ^a	Test de comparaison ^a	
					t[499] ^c	p
	%	%	%			
	20,74	28,50	18,96	1,50	10,30	< 0,001
Sexe						
Hommes	19,23	26,84	17,80	1,51	6,36	< 0,001
Femmes	22,20	29,89	20,28	1,47	7,98	< 0,001
Âge						
15-24	29,20	32,95	28,16	1,17	2,31	0,02
25-44	21,28	31,00	19,47	1,59	6,98	< 0,001
45-64	18,40	29,42	16,48	1,79	7,35	< 0,001
65 +	14,74	19,76	12,99	1,52	4,35	< 0,001
Scolarité						
Études secondaires partielles	25,58	29,50	23,93	1,23	3,80	< 0,001
Diplôme d'études secondaires	20,44	30,54	18,42	1,66	5,91	< 0,001
Études postsecondaires	18,62	26,72	17,42	1,53	6,89	< 0,001
État matrimonial						
Marié	15,94	22,28	14,93	1,49	5,05	< 0,001
Conjoint de fait	23,28	32,45	21,70	1,50	3,85	< 0,001
Veuf	19,53	23,27	17,60	1,32	2,80	0,005
Séparé	30,67	45,49	25,14	1,81	4,59	< 0,001
Divorcé	26,98	37,28	22,71	1,64	3,96	< 0,001
Célibataire	27,79	33,38	26,29	1,27	4,18	< 0,001
Immigrant						
Oui	18,85	22,88	17,63	1,30	2,75	0,006
Non	21,13	30,56	19,27	1,59	11,56	< 0,001
Langue maternelle						
Anglais	19,76	29,49	18,00	1,64	10,40	< 0,001
Français	23,32	31,64	21,31	1,48	5,27	< 0,001
Autre langue	19,90	23,14	18,89	1,22	2,11	0,04
Groupe ethnique						
Blanc	20,48	29,35	18,77	1,56	10,73	< 0,001
Noir	17,41	24,94	14,28	1,75	1,79	0,07
Chinois	16,39	17,79	15,90	1,12	0,45	0,65
Autochtone (Indien, Métis, Inuit)	29,17	45,17	20,35	2,22	4,83	< 0,001
Sud-asiatique	23,72	21,50	24,46	0,88	0,54	0,59
Arabe	25,86	23,04	27,75	0,83	0,37	0,71
Latino-américain	22,64	15,43	26,21	0,59	1,54	0,12
Province/région						
Alberta	20,61	26,50	19,36	1,37	3,00	0,003
Colombie-Britannique	20,01	27,90	18,20	1,53	4,26	< 0,001
Manitoba	20,89	29,20	18,78	1,55	3,99	< 0,001
Canada atlantique ^d	19,41	26,32	17,25	1,53	6,43	< 0,001
Ontario	19,64	27,61	18,15	1,52	6,61	< 0,001
Québec	23,35	31,32	21,16	1,48	4,39	< 0,001
Saskatchewan	20,78	26,55	19,07	1,39	2,94	0,003

Abréviations : ESCC 1.2, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être ; p : valeur p

^a Rapport de prévalence : prévalence au sein de la population à faible revenu / prévalence au sein de la population à revenu plus élevé

^b On a effectué des tests de comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé à l'aide de la méthode *bootstrap* (500 échantillons *bootstrap*).

^c Valeur t avec un degré de liberté de 499, calculée à partir des 500 différences des échantillons *bootstrap*

^d Le Canada atlantique comprend Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick.

TABLEAU 3

Prévalence au cours des 12 derniers mois de divers troubles mentaux et des problèmes de dépendance à une substance au sein de la population à faible revenu, la population à revenu plus élevé et la population totale, membres d'un ménage de 15 ans ou plus, Canada (sauf territoires), 2002 (ESCC 1.2)

Troubles mentaux	Population totale N = 36 984	Population à faible revenu n = 6 620	Population à revenu plus élevé n = 30 364	Rapport de prévalence ^a	Test de comparaison ^b	
	%	%	%		t[499] ^c	P
Trouble dépressif majeur	4,81	6,51	4,41	1,48	5,36	< 0,001
Manie	0,96	1,64	0,81	2,02	4,57	< 0,001
Trouble panique	1,53	2,13	1,37	1,55	3,11	0,002
Phobie sociale	3,01	3,57	2,86	1,25	2,51	0,01
Agoraphobie	0,74	1,30	0,61	2,13	2,52	0,01
Dépendance à une substance	3,07	3,86	2,87	1,34	2,66	0,01

Abréviations : ESCC 1.2, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être; p : valeur p;

^a Rapport de prévalence : prévalence au sein de la population à faible revenu / prévalence au sein de la population à revenu plus élevé

^b On a effectué des tests de comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé à l'aide de la méthode *bootstrap* (500 échantillons *bootstrap*).

^c Valeur t avec un degré de liberté de 499, calculée à partir des 500 différences des échantillons *bootstrap*

l'hypothèse de la dérive dans les cas de psychose⁴⁰. Par ailleurs, la théorie de la fragilité sociale fait un lien plus direct entre pauvreté et maladie mentale : elle suppose que les conditions de vie qui prévalent au sein des populations défavorisées sur le plan socioéconomique engendrent un plus grand nombre de troubles psychiatriques. Une foule de données montrent que les pauvres sont plus souvent confrontés au stress chronique et à des événements difficiles dans leur vie^{1,15-18} et que par ailleurs ils ne peuvent compter sur les réseaux sociaux fiables dont disposent les populations mieux nanties²²⁻²⁶. Combinés à des prédispositions génétiques, de tels facteurs peuvent contribuer à l'apparition de troubles mentaux. Dans une autre étude portant sur l'ESCC cycle 1.2, Caron et Liu⁴¹ ont constaté que les capacités d'adaptation, le soutien social et les sources de stress constituaient les meilleurs prédicteurs de la détresse psychologique au sein de la population à faible revenu du Canada.

Les femmes, les personnes célibataires, séparées ou divorcées, les non-immigrants et les Autochtones sont plus nombreux à souffrir de détresse psychologique ou de TMPDS. Les répondants de plus de 65 ans, les personnes mariées, les immigrants, les personnes dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais de même que les répondants d'origine chinoise sont

ceux qui affichent les taux de prévalence les plus bas de détresse psychologique et de TMPDS. Les femmes, les répondants n'ayant pas terminé leurs études secondaires, les francophones et les habitants du Québec affichent des niveaux plus élevés de détresse psychologique, mais leurs taux de prévalence pour les TMPDS sont semblables à ceux des autres groupes de leur strate de revenu.

Stephens et ses collaborateurs²⁷ ont constaté que la probabilité d'éprouver un sentiment de cohérence croît avec l'âge et que l'estime de soi et l'impression de bonheur atteignent un pic entre 40 et 59 ans. Ces données pourraient expliquer nos résultats indiquant que l'âge est associé à des taux inférieurs de détresse psychologique et de TMPDS, ce qui concorde également avec ce qu'on retrouve dans la littérature^{27,42-46}.

Comme le corroborent de nombreuses études^{27,44,46-54}, les femmes faisant partie de la population plus favorisée affichent un niveau de détresse psychologique plus élevé que les hommes; elles souffrent aussi davantage de dépression et de troubles anxieux, indépendamment de leur situation économique. D'un autre côté, les hommes déclarent abuser d'alcool ou de drogues deux fois plus souvent que les femmes. Cette différence entre les

sexes n'a pas été observée dans toutes les études^{43,47}. Les taux plus élevés de détresse psychologique, mais pas de TMPDS, chez les femmes pourraient être le signe que la mesure de la détresse psychologique permet de détecter les troubles dépressifs et anxieux plus efficacement que la dépendance à une substance.

De nombreuses études ont fait état de l'effet protecteur d'une scolarité élevée contre la détresse psychologique^{49,51}, et nos résultats pour l'ensemble de l'échantillon ne font pas exception. Toutefois, des analyses plus poussées du niveau de scolarité par rapport à la situation économique révèlent qu'un faible niveau de scolarité n'est associé à une détresse psychologique élevée qu'au sein de la population plus favorisée. Par ailleurs, Caron et ses collaborateurs¹ ont observé qu'un niveau de scolarité supérieur était lié à une hausse de la détresse psychologique parmi les populations pauvres de Montréal. Ils ont expliqué ce lien par le fait que les personnes qui ont atteint un plus haut niveau de scolarité tout en restant défavorisées sur le plan économique ont des attentes plus élevées face à leur qualité de vie. Étonnamment, nous n'avons pas noté de relation entre les TMPDS et le niveau de scolarité.

TABLEAU 4

Prévalence des troubles mentaux et des problèmes de dépendance à une substance (TMPDS) au sein de la population à faible revenu, la population à revenu plus élevé et la population totale, membres d'un ménage de 15 ans ou plus, Canada (sauf territoires), 2002 (ESCC 1.2)

	Population totale N = 36 984	Population à faible revenu n = 6 620	Population à revenu plus élevé n = 30 364	Rapport de prévalence ^a	Test de comparaison ^a	
					t[499] ^c	p
	%	%	%			
	10,99	13,47	10,02	1,34	5,89	< 0,001
Sexe						
Hommes	10,23	12,86	9,74	1,32	3,31	0,001
Femmes	11,71	14,77	10,95	1,35	4,52	< 0,001
Âge						
15-24	18,61	19,78	18,28	1,08	0,99	0,32
25-44	12,23	15,76	11,58	1,36	3,57	0,001
45-64	8,84	14,74	7,82	1,88	4,72	< 0,001
65 +	3,40	4,54	3,00	1,51	2,17	0,03
Scolarité						
Études secondaires partielles	11,54	12,75	11,03	1,16	1,64	0,10
Diplôme d'études secondaires	11,78	16,11	10,92	1,48	2,90	0,004
Études postsecondaires	10,46	14,24	9,89	1,44	4,52	< 0,001
État matrimonial						
Marié	6,59	6,88	6,55	1,05	0,39	0,70
Conjoint de fait	13,96	18,54	13,18	1,41	2,26	0,02
Veuf	6,60	7,73	6,03	1,28	1,07	0,29
Séparé	20,75	29,95	17,30	1,73	3,21	0,001
Divorcé	17,48	23,43	14,95	1,57	2,63	0,009
Célibataire	17,59	19,62	17,04	1,15	1,95	0,05
Immigrant						
Oui	6,66	7,05	6,55	1,08	0,47	0,64
Non	12,17	16,66	11,29	1,48	7,29	< 0,001
Langue maternelle						
Anglais	12,58	17,76	11,65	1,52	6,90	< 0,001
Français	10,56	14,39	9,64	1,49	3,51	0,001
Autre langue	6,63	6,31	6,74	0,94	0,32	0,75
Groupe ethnique						
Blanc	11,38	15,19	10,64	1,43	6,52	< 0,001
Noir	6,82	9,96	5,47	1,82	1,34	0,18
Chinois	4,16	3,51	4,39	0,80	0,47	0,64
Autochtone (Indien, Métis, Inuit)	22,18	33,51	15,95	2,10	3,62	< 0,001
Sud-asiatique	9,59	4,89	11,10	0,44	1,94	0,05
Arabe	–	–	–	–	–	–
Latino-américain	6,92	4,75	8,04	0,59	0,74	0,46
Province/région						
Alberta	12,19	14,82	11,69	1,27	1,47	0,14
Colombie-Britannique	12,41	16,78	11,51	1,46	2,61	0,01
Manitoba	11,28	14,06	10,63	1,32	1,47	0,14
Canada atlantique ^d	10,21	12,39	9,56	1,30	2,35	0,02
Ontario	10,70	13,05	10,29	1,27	3,12	0,002
Québec	10,27	13,71	9,35	1,47	2,84	0,005
Saskatchewan	11,94	16,06	10,77	1,49	2,25	0,03

Abréviations : ESCC 1.2, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être; p: valeur p;

^a Rapport de prévalence : prévalence au sein de la population à faible revenu / prévalence au sein de la population à revenu plus élevé

^b On a effectué des tests de comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé à l'aide de la méthode *bootstrap* (500 échantillons *bootstrap*).

^c Valeur t avec un degré de liberté de 499, calculée à partir des 500 différences des échantillons *bootstrap*

^d Le Canada atlantique comprend Terre-Neuve-et-Labrador, l'Île-du-Prince-Édouard, la Nouvelle-Écosse et le Nouveau-Brunswick.

Nos résultats concordent avec les études qui montrent que le mariage pourrait aussi avoir un effet protecteur contre la maladie mentale^{45,49,51,54}. D'autres études ont fait état d'interactions entre l'âge, le sexe et l'état matrimonial; McDonough et Strohschein⁵⁴ ont révélé que le lien marqué entre état matrimonial et détresse était limité aux personnes de moins de 44 ans, tandis que Banhadur et Hauff⁴⁷ de même que Caron et Liu⁴¹ ont indiqué que le fait de vivre sans partenaire augmente le niveau de détresse seulement chez les femmes. Au sein de la population à faible revenu, près de la moitié des personnes séparées disent souffrir de détresse psychologique, proportion qu'on ne retrouve pas dans la population à revenu plus élevé. Par ailleurs, le taux de la plus faible de TMPDS s'observe chez les personnes mariées, alors qu'il est le double chez les personnes vivant avec un conjoint de fait appartenant à la population mieux nantie et presque le triple dans la population à faible revenu. De nombreuses hypothèses pourraient être avancées pour expliquer ces phénomènes, mais d'autres études seront nécessaires pour élucider ces questions.

Selon nos données, la détresse psychologique est nettement plus fréquente au Québec qu'en Alberta, en Colombie-Britannique, en Ontario et dans la région de l'Atlantique. De leur côté, Stephens et ses collaborateurs ont constaté que les populations de Terre-Neuve et de l'Île-du-Prince-Édouard affichaient les niveaux de détresse psychologique les plus bas au pays, tandis que les Québécois avaient les plus élevés²⁷. Cependant, nous avons dégagé certaines différences dans la prévalence de la détresse psychologique et des TMPDS selon la langue maternelle et la province des répondants. Les francophones ont un niveau de détresse psychologique plus élevé que les anglophones, mais affichent les taux de troubles mentaux les plus bas. On observe le même phénomène chez les répondants du Québec, à majorité francophone : un taux élevé de détresse psychologique, mais l'un des taux de troubles mentaux les plus faibles au Canada. Le recours aux modèles stress/adaptation/soutien social pourrait aider à formuler une explication possible¹²⁻¹⁴. Dans ces modèles, la détresse psychologique constitue un état

transitoire causé par le stress chronique ou les événements difficiles de la vie, état qui pourrait être atténué par les stratégies d'adaptation et le soutien social. L'une des hypothèses proposées pour expliquer ces résultats est la suivante : les francophones et les Québécois vivent plus de situations stressantes et de détresse, mais ils utiliseraient de meilleures stratégies d'adaptation ou bénéficieraient d'un meilleur soutien social, évitant ainsi que leur détresse devienne un état chronique se soldant par l'apparition de troubles mentaux ou de problèmes de dépendance. Il faudra d'autres études pour vérifier cette hypothèse.

Le statut d'immigrant est associé à des niveaux moindres de détresse psychologique et de TMPDS. Dans l'Enquête sur la diversité ethnique⁵⁵, les immigrants ont été plus nombreux à faire état d'un fort sentiment d'appartenance à leur communauté ethnique ou culturelle que les individus nés au Canada. Qu'ils soient récemment arrivés au pays ou non, les immigrants ont davantage tendance à se joindre à des associations regroupant des représentants de groupes ethniques ou des immigrants que les Canadiens nés au pays. Le sentiment d'appartenance à la collectivité est un prédicteur d'un faible niveau de détresse psychologique^{1,27,41,56}. L'explication de la faible prévalence de la détresse psychologique et des TMPDS au sein de cette population pourrait aussi tenir à la nature des critères de sélection des immigrants, qui excluent les personnes souffrant de maladies chroniques comme les troubles mentaux.

Le taux de détresse psychologique élevée parmi les Autochtones vivant en dehors des réserves a été de 42 % supérieur à celui des répondants de race blanche et le plus élevé de l'ensemble des groupes ethniques. Les Autochtones du Canada sont aussi 2 à 5 fois plus nombreux que les autres groupes ethniques à présenter des TMPDS. Bien que la prévalence d'un niveau de détresse psychologique élevé parmi les Autochtones à faible revenu soit considérable et dépasse de beaucoup celle de la plupart des sous-groupes de la population à faible revenu, on note chez les Autochtones mieux nantis un niveau de détresse psychologique tout

à fait similaire à celui de la plupart des autres sous-groupes. Chez les Autochtones à faible revenu, une personne sur trois a dit souffrir de l'un des TMPDS. Cette donnée semble montrer clairement les effets de la pauvreté sur la santé mentale des Autochtones du Canada. De leur côté, Kirmayer et coll.⁵⁷ ont aussi enregistré un taux élevé de détresse psychologique chez les Cris de la baie James de même que de nombreux facteurs de risque. Ils ont néanmoins observé que le fait d'avoir de bonnes relations avec les autres membres de la collectivité et de passer plus de temps sur les territoires de chasse et pêche était associé à une détresse moindre. En Australie, des chercheurs ont noté une incidence plus élevée de détresse psychologique et de troubles mentaux chez les Aborigènes et les habitants du détroit de Torres vivant en milieu urbain^{58,59}. Cependant, ceux qui avaient été élevés au sein de leur famille et qui éprouvaient un fort sentiment identitaire et un attachement à leur culture semblaient moins sujets à la détresse psychologique.

Par comparaison aux répondants de race blanche, les personnes d'origine chinoise ont affiché un taux de détresse nettement moins élevé, quel que soit leur niveau de revenu. Ce groupe a présenté également peu de TMPDS, presque la moitié moins que les répondants de race blanche. La littérature des États-Unis⁴⁴ et de la Finlande³⁷ sur le sujet fait état d'un effet protecteur de l'ascendance asiatique. Toutefois, la norme culturelle, de même que la réticence à dévoiler un état de détresse par crainte d'être stigmatisé, pourraient être en partie à l'origine de ces taux inférieurs⁶⁰. Une autre explication possible réside dans le fait que la majorité des instruments utilisés dans les enquêtes sur les populations ont été conçus dans des pays occidentaux et qu'ils ne sont donc pas culturellement adaptés pour la détection de la détresse psychologique au sein de la population d'origine asiatique.

Les répondants de race noire ont déclaré éprouver moins de détresse psychologique que les personnes de race blanche s'ils appartenaient à la population à revenu plus élevé, mais pas s'ils avaient un faible revenu; par ailleurs, leurs taux de TMPDS

étaient presque deux fois plus bas que ceux de la population blanche. Toutefois, les troubles mentaux dans la population de race noire étaient presque deux fois plus fréquents lorsqu'ils avaient un faible revenu que lorsqu'ils avaient un revenu élevé. Les répondants noirs ont été plus enclins à déclarer avoir été l'objet de discrimination ou traités injustement en raison de leurs caractéristiques ethno-culturelles⁵⁵. Dans ce groupe, le fait de disposer d'un meilleur revenu semblait atténuer l'impression d'être victime de discrimination et à réduire le nombre d'expériences stressantes vécues.

Limites

L'ESCC cycle 1.2 comporte plusieurs limites. D'abord, elle sous-estime probablement la prévalence des troubles mentaux et des problèmes de dépendance à une substance chez les Canadiens, et ce pour trois raisons. Premièrement, elle ne mesure pas toutes les formes de maladie mentale. Deuxièmement, les répondants avaient probablement tendance à répondre aux questions d'une manière socialement acceptable : il est par exemple plausible que les personnes dépendantes à des drogues illicites aient minimisé leur consommation ou n'en aient tout simplement pas parlé. Troisièmement, les sans-abri et les personnes vivant en institution, deux groupes reconnus pour avoir une prévalence de troubles mentaux et de problèmes de dépendance à des substances plus élevée que le reste de la population, étaient exclus de l'enquête.

Bien que, par sa taille et sa composition, l'échantillon soit représentatif de la population du Canada et nous ait permis de cerner un grand nombre de variables socio-démographiques associées à une détresse psychologique élevée et aux troubles mentaux, la nature transversale de l'enquête nous a empêchés d'établir des liens de causalité à l'égard des variables déterminées. Des études longitudinales seront nécessaires pour évaluer les voies à suivre.

Nous avons utilisé les taux bruts de détresse psychologique élevée pour la comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé. Les résultats pourraient de ce fait avoir été

biaisés en raison de la distorsion causée par l'âge ou d'autres facteurs. Mais étant donné que la répartition par âge ne diffère pas beaucoup d'un niveau de revenu à l'autre (âge moyen de 45,31 ans pour la population à faible revenu et de 43,66 ans pour la population à revenu plus élevé), nous croyons que nos résultats ne sont pas sérieusement biaisés. Toutefois, une analyse prenant en compte l'âge et d'autres variables confusionnelles possibles permettrait d'obtenir des résultats plus précis.

Un certain nombre de variables sociodémographiques comme l'âge, le sexe, la scolarité, l'état matrimonial, la pauvreté et l'origine ethnique, sont associées à de solides prédicteurs de détresse psychologique et de troubles mentaux, comme les sources de stress, les stratégies d'adaptation et le manque de soutien social^{1,41}. Par conséquent, pour pouvoir évaluer la contribution relative des différents facteurs sociodémographiques, il est important de mettre à l'essai des modèles multidimensionnels englobant bien d'autres variables puissantes. Cela a déjà été fait pour évaluer la détresse psychologique au sein de la population canadienne⁴¹.

En conclusion, même si la prévalence est sous-estimée, cette étude a permis de broser le portrait des groupes vulnérables aux problèmes de santé mentale pour lesquels des programmes de prévention de la maladie et de promotion de la santé pourraient être mis sur pied.

Remerciements

Nous désirons remercier Statistique Canada de nous avoir permis d'utiliser les données de l'ESCC cycle 1.2. L'aide financière pour la réalisation de cette étude provient de l'Institut de recherche en santé du Canada, ACC-65789.

Références

1. Caron J, Latimer E, Tousignant M. Predictors of psychological distress in low income populations of Montreal. *Can J Public Health*. 2007;98 Suppl 1:S35-44.

2. Dohrenwend BP. Socioeconomic status (SES) and psychiatric disorders. Are the issues still compelling? *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1990 Jan;25(1):41-7.
3. Légaré G, Préville M, Massé R, Poulin C, St-Laurent D, Boyer R. Santé Mentale. Rapport de l'enquête Santé Québec, Chapitre 16. Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. 1998.
4. Caron J, Martel F, Vitaro F. Les groupes vulnérables en santé mentale: études d'archives. *Can J Commun Ment Health*. 1988;7(10):99-116.
5. Catalano, R. Health, behaviour and the community: an ecological perspective. New York: Pergamon Press; 1979.
6. Aber JL, Jones S, Cohen J. The impact of poverty on the mental health and development of very young children. In: Zeanah CH Jr, editor. *Handbook of infant mental health*. 2nd ed. New York: Guilford Press; 1988. p. 113-28.
7. Dore MM. Family preservation and poor families: when «homebuilding» is not enough. *Families in Society*. 1993;74(9):545-56.
8. McLeod JD, Shanahan, MJ. Poverty, parenting, and children's mental health. *American Sociological Review*. 1993;58(3):351-66.
9. McLoyd VC, Wilson L. The strain of living poor: parenting, social support, and child mental health. In: Huston AC, editor. *Children in poverty: child development and public policy*. Cambridge (UK): Cambridge University Press; 1993. p. 105-35.
10. Sameroff AJ, Seifer R. Accumulation of environmental risk and child mental health. In: Fitzgerald HE, Lester, BM, Zuckerman B, editors. *Children of poverty: research, health, and policy issues*. Cambridge (MA): Garland, 1995. p. 233-58.
11. Selye H. *Stress sans détresse*. Montréal (QU): La Presse; 1974.
12. Dohrenwend BS, Dohrenwend BP. Some issues in research on stressful life events. *J Nerv Ment Dis*. 1978;166:7-15.

13. Caron, J. Una teoria ecologica de la intervencion comunitaria: acceso y conservacion de los recursos. *Intervencion psicosocial: revista sobre igualdad y calidad de vida*. 1996;5(14):53-68. [en espagnol]
14. Lazarus RS. *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer; 1999.
15. Brown GW, Bifulco A, Harris TO. Life events, vulnerability and onset of depression: some refinements. *Br J Psychiatry*. 1987;150:30-42.
16. Dohrenwend, BP, Dohrenwend BS. *Social status and psychological disorder, a causal inquiry*. New York:Wiley; 1969.
17. Dohrenwend BP, Dohrenwend BS. *Social and cultural influences on psychopathology*. *Annu Rev Psychol*. 1974;25:417-51.
18. Brunelle Y, Tremblay D. *Environnement social. Et la Santé, ça va? Rapport d'enquête de Santé Québec*. Québec (QU): Les publications du Québec. 1988:67-86.
19. Cohen S, Gottlieb BH, Underwood LG. *Social relationships and health*. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists*. New York: Oxford University Press; 2000. p. 3-28.
20. Andrews G, Tennant D, Hewson DM, Vaillant GE. *Life event stress, social support, coping style, and risk of psychological impairment*. *J Nerv Ment Dis*. 1978;166:307-16.
21. Caplan G, Killilea M. *Support system and mutual help: multidisciplinary explorations*. New York: Grune & Stanton; 1976.
22. Kessler RC. *A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress*. *Am Sociol Rev*. 1982;47(6):752-64.
23. Biegel D E, Naparstek A J, Khan MM. *Social support and mental health in ethnic neighbourhoods*. In: Biegel DE, Naparstek A, editors. *Community support systems and mental health*. New York: Springer; 1982. p. 395-402.
24. Brennan T. *Loneliness at adolescence*. In: Pepleau L A, Perlman D, editors. *Loneliness: a sourcebook of current theory, research and therapy*. New York: John Wiley and Sons; 1982. p. 269-91.
25. Ouellet F. *Enquête promotion de la santé à Montréal : Le réseau social*. Montréal (QU): DSC Sacré-Coeur. 1988.
26. Bouchard C. *Lutter contre la pauvreté ou ses effets? Les programmes d'intervention précoce*. *Sante Ment Que*. 1989;14:138-49.
27. Stephens T, Dulberg C, Joubert N. *La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive. Maladies chroniques au Canada*. 2000;20(3):131-140.
28. Ross CE, Van Willigen M. *Education and the subjective quality of life*. *J Health Soc Behav*. 1997;38(3):275-97.
29. Park J, Turnbull AP, Turnbull III HR. *Impacts of poverty on quality of life in families of children with disabilities*. *Except Children*. 2002;68(2):151-72.
30. Defrances CJ. *The effects of racial ecological segregation on quality of life: a comparison of middle-class blacks and middle-class whites*. *Urban Aff Rev*. 1996;31(6):799-809.
31. DeVorezt DJ. *Diminishing returns: the economics of Canada's immigration policy*. Toronto (ON): University of Toronto Press; 1995.
32. Beiser M, Hou F, Hyman I, Tousignant M. *Poverty, family process, and mental health of immigrant children in Canada*. *Am J Public Health*. 2002;92(2):220-7.
33. Kessler RC, Barker PR, Colpe LJ, Epstein JF, Gfroerer JC, Hiripi E, Howes MJ, Normand SL, Manderscheid RW, Walters EE, Zalavsky, AM. *Screening for serious mental illness in the general population*. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60:184-9.
34. Boyer R, Préville M, Légaré G, Valois P. *La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête santé Québec*. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1993;38:339-43.
35. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. Washington (DC): American Psychiatric Association Press; 1994.
36. Kessler RC, Wittchen HU, Abelson JM, McGonagle K, Schwarz N, Kendler KS, Knauper B, Zhao S. *Methodological studies of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) in the US national comorbidity survey (NCS)*. *Int J Meth Psych Res*. 1998;7:33-5.
37. Wittchen HU. *Reliability and validity studies of the WHO--Composite International Diagnostic Interview (CIDI): a critical review*. *J Psychiatr Res*. 1994;28:57-84.
38. Eaton WW, Muntaner C. *Socioeconomic stratification and mental disorder*. In: Horwitz AV, Sheid TL, editors. *A handbook for the study of mental health: social context, theories, and systems*. Cambridge University Press (UK); 1999. p. 259-83.
39. Fortin, D. *La pauvreté et la maladie mentale : est-ce que les pauvres sont plus malades et si oui, pourquoi? Santé mentale au Québec*. 1989;14(2):104-113.
40. Dohrenwend BP, Levav I, Shrout PE, Schwarz S, Naveh G, Link BG, Skodol AE, Stueve A. *Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue*. *Science*. 1992 Feb 21;255(5047):946-52.
41. Caron J, Liu A. *Predictors of psychological distress in the Canadian population: comparison between low income and non-low income*. *Community Ment Hlt J*. À paraître en 2010.
42. Jorm AF, Windsor TD, Dear KB, Anstey KJ, Christensen H, Rodgers B. *Age group differences in psychological distress: the role of psychosocial risk factors that vary with age*. *Psychol Med*. 2005;35:1253-63.
43. Marchand A, Demers A, Durand P. *Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress*. *Soc Sci Med*. 2005;61:1-14.

44. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Self-reported frequent mental distress among adults--United States, 1993-2001. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2004;53(41): 963-6.
45. McDonough P, Stroschein L. Age and the gender gap in distress. *Women Health.* 2003;38:1-20.
46. Bijl A, Ravelli G, van Zessen. Prevalence of psychiatric disorder in the general population: results of the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33(12):587-95.
47. Thapa SB, Hauff E. Gender differences in factors associated with psychological distress among immigrants from low- and middle-income countries--findings from the Oslo Health Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2005;40:78-84.
48. Jacobi F, Wittchen HU, Holting C, Hofler M, Pfister H, Muller N, Lieb R. Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health Interview and Examination Survey (GHS). *Psychol Med.* 2004;34:597-611.
49. Harford TC, Grant BF. Prevalence and population validity of DSM-III-R alcohol abuse and dependence: the 1989 National Longitudinal Survey on Youth. *J Subst Abuse.* 1994;6:37-44.
50. Hughes TL, Day LE, Marcantonio RJ, Torpy E. Gender differences in alcohol and other drug use among young adults. *Subst Use Misuse.* 1997;32:317-42.
51. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Study. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.
52. Piccinelli M, Wilkinson G. Gender differences in depression. Critical review. *Br J Psychiatry.* 2000;177:486-92.
53. McCallum J, Shadbolt B. Ethnicity and stress among older Australians. *J Gerontol.* 1989;44(3):S89-96.
54. Matthews S, Manor O, Power C. Social inequalities in health: are there gender differences? *Social Sci Med.* 1999;48:49-60.
55. Statistique Canada. Enquête sur la diversité ethnique : portrait d'une société multiculturelle. Ottawa (ON): Statistique Canada; 2003 Sep. Catalogue no.: 89-593-XIE.
56. Brissette I, Cohen S, Seeman TE. Measuring social integration and social networks. In: Cohen S, Underwood LG, Gottlieb BH, editors. *Social support measurement and intervention: a guide for health and social scientists.* New York: Oxford University Press; 2000. p. 53-85.
57. Kirmayer et al. Psychological Distress among the Cree of James Bay. *Transcult Psychiatry.* 2000;37:35-56.
58. McKendrick J H, Cutter T, Mackenzie A, Chiu E. The pattern of psychiatric morbidity in a Victorian urban aboriginal general practice population. *Aust N Z J Psychiatry* 26: 40-7.
59. Trewin D, Madden R. The health and welfare of Australia's Aboriginal and Torres Strait Islander peoples. Canberra (AU): Australian Bureau of Statistics & Australian Institute of Health Welfare; 2005. ABS Catalogue no.: 4704.0, AIHW Cat. no.: IHW14.
60. US public health service. Mental health: culture, race, and ethnicity. A supplement to mental health: a report to the surgeon general. Rockville (MD): US department of health and human services, office of the surgeon general. 2001.