

IDENTIFICATION

1- Nom du chercheur principal et de son établissement

Maria De Koninck, Département de médecine sociale et préventive, Faculté de médecine, Université Laval.

2- Nom du ou des cochercheur(s), du ou des chercheur(s) collaborateur(s) et de leur(s) établissement(s) respectif(s)

Ginette Paquet, INSPQ, CSSS Vieille-Capitale

Robert Pampalon, INSPQ

Denis Hamel, INSPQ

Bertrand Nolin, INSPQ

Julie Poissant, INSPQ

Michèle Clément, CSSS Vieille-Capitale

Bernard Roy, Faculté des sciences infirmières, Université Laval

Anne-Marie Hamelin, Faculté de l'agriculture et de l'alimentation, Université Laval

3- Nom des partenaires du milieu impliqués dans la réalisation du projet (le cas échéant)

Comité conseil :

Michel Beauchemin, Coordonnateur, Shelley-Rose Hyppolite, Médecin spécialiste en santé publique, Pauvreté, développement social et des communautés DRSP, Québec

Denis Servais, Directeur de la Division culture, loisir et vie communautaire, Antoine Dufour, Technicien en développement social, Ville de Québec, Arrondissement de Charlesbourg

Mario Duchesne Organisateur communautaire CSSS Québec-Nord (CLSC La Source)

Sylvie Fournier, Conseillère culture, loisirs et vie communautaire, Ville de Québec, Arrondissement Limoilou

Claude Légaré, Organisateur communautaire, CSSS de la Vieille-Capitale, Limoilou

Isabelle Mercure, Chargée de projet ATI Limoilou, Stéphanie Langlois, Agente de développement économique communautaire, CDEC de Québec

Doris Julien, Directrice adjointe, développement local SADC de Portneuf

Harold Côté, Organisateur communautaire, CSSS de Portneuf

Marie-Josée Racine Coordonnatrice, Bernard Bouchard, Président CA, Carrefour famille monoparentale de Charlesbourg

André Beaulieu, Directeur général AutonHommie

Ginette Boisvert, Directrice Centre des familles monoparentales et recomposées de Québec

Isabelle Falardeau Coordonnatrice Carrefour familles monoparentales de Portneuf

4- Établissement gestionnaire de la subvention

CSSS Vieille-Capitale

5- Titre du projet de recherche

La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction : le rôle déterminant des milieux de vie

6- Numéro du projet de recherche

AC-118831

7- Titre de l'action concertée

La pauvreté et l'exclusion sociale

8- Partenaires de l'action concertée

Centre d'étude sur la pauvreté et l'exclusion sociale

Ministères : Affaires municipales et régions, santé et services sociaux, emploi et solidarité sociale

Société d'habitation du Québec

Fondation Lucie et André Chagnon

PARTIE A – CONTEXTE DE LA RECHERCHE

1. Problématique

Le projet intitulé « *Inégalités de santé et milieux de vie : déterminants sociaux en cause et leurs interactions* », que nous avons réalisé antérieurement a fait ressortir la présence d'écart de santé appréciables entre trois territoires de la région de Québec et au sein même des trois territoires dont un est situé au centre-ville, un autre en banlieue et le dernier en milieu rural (De Koninck et al. 2008). Deux groupes sont alors apparus particulièrement défavorisés sur le plan de la santé, soit les hommes de 45 à 64 du territoire de centre-ville et les familles monoparentales ayant de jeunes enfants, tant de ce territoire que de secteurs défavorisés dans les deux autres. Le présent projet a été conçu pour mieux saisir les facteurs sociaux et les dynamiques en cause dans la situation de défavorisation plus marquée de ces deux groupes de population que (De Koninck et Paquet 2007).

Au terme de cette première étude, nous avons constaté que si les conditions économiques sont déterminantes, elles ne peuvent suffire pour permettre d'acquérir et de maintenir un bon état de santé. Les données recueillies nous ont notamment démontré que les milieux dans lesquels les populations vivent ont aussi une influence sur l'état de santé. Cette influence est multidimensionnelle et parmi les facteurs présents dans les milieux de vie qui agissent sur la construction d'états de santé différenciés, les liens sociaux et les réseaux sociaux dont disposent les populations jouent un rôle particulièrement significatif. En effet, les écarts de santé paraissent tributaires de défavorisation sociale plutôt que de simple défavorisation économique.

Avec l'étude présentée ici il ne s'agit plus non seulement de mieux saisir la réalité de ces sous-groupes ni de mieux comprendre comment s'est construite leur défavorisation, mais aussi d'approfondir nos résultats dont le potentiel heuristique pour faire avancer les connaissances sur la genèse de la pauvreté et de l'exclusion sociale paraissait indéniable notamment pour l'orientation des politiques publiques. Les informations qui nous ont particulièrement interpellés sont que si dans les trois territoires, plus de 90% des hommes âgés de 44 ans et moins considèrent de « bon à excellent » leur état de santé général, après 45 ans, cette appréciation chute considérablement dans le territoire du centre-ville (72%) et plus que dans les deux autres territoires. Ces résultats conjugués à d'autres comme l'exclusion du marché du travail, suggéraient que leur situation méritait d'être investiguée davantage. Pour ce qui est des familles monoparentales, selon notre perspective de construction des inégalités de santé, la petite enfance et l'enfance occupent une place stratégique. Il est, entre autres, reconnu que l'enfance constitue la période la plus propice pour développer un sentiment d'emprise sur sa vie et que peuvent s'y retrouver plusieurs facteurs de protection déterminants pour la santé. Nos données sur les familles

monoparentales défavorisées dans nos trois territoires laissaient à penser que la situation pourrait ne pas évoluer positivement.

Que pouvons-nous avancer sur la base des résultats obtenus jusque là à propos de ce qui génère la pauvreté, l'exclusion sociale et les inégalités sociales de santé? D'une part, les conditions matérielles difficiles, le cumul de difficultés et la faiblesse ou l'absence de liens sociaux protecteurs poussent ou maintiennent certaines populations dans une situation délétère. Nous supposons que la présence de populations en situation de pauvreté et d'exclusion sociale agit dans un milieu par l'intermédiaire de dynamiques sociales: représentations, perceptions de problèmes, orientation des dynamiques collectives, etc. D'autre part, les caractéristiques (physiques, environnementales, sociales) des milieux influencent aussi le choix des populations qui s'y installent. (Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé 2006 D). Si la situation des populations qui y résident n'est pas améliorée, l'ensemble du milieu peut en souffrir. Enfin, les conditions structurelles contribuent également aux conditions de vie des populations. Ces conditions peuvent en effet pallier à des liens et réseaux sociaux ne pouvant offrir le soutien nécessaire. Qu'il s'agisse de ressources communautaires ou étatiques, celles-ci jouent un rôle qui, dans les meilleurs des cas, permettent aux individus (et éventuellement à leurs communautés) de contrer l'adversité, d'éviter la pauvreté et l'exclusion ou d'en sortir.

2. Question de recherche

Afin de favoriser l'élaboration de politiques publiques reposant sur une meilleure connaissance des facteurs influençant les parcours de vie des citoyens, nous avons cherché à comprendre les dynamiques qui permettent à certaines personnes ou collectivités de déjouer ou pas l'adversité.

Nous avons inscrit notre démarche dans une perspective de parcours de vie, telle que proposée par Paul Bernard et ses collègues (Bernard et al. 2006). Selon cette perspective, quatre grands principes sous-tendent le parcours de vie des individus : la vie se déroule dans le temps, la vie est faite de multiples aspects intégrés, les trajectoires de vie sont inter reliées, les trajectoires de vie s'inscrivent dans des milieux socialement façonnés.

Selon cette perspective, le cadre retenu se présente ainsi : l'état de santé physique et mental des individus appartenant à des sous-groupes de populations découle de leurs trajectoires de vie (dimensions famille, parcours scolaire, conjugal et parental, professionnel) au cours de laquelle elles et ils ont été en interaction avec des ressources (sociales, sanitaires). Ces trajectoires s'inscrivent dans des milieux résidentiels, dans des milieux de vie. Comme nos travaux sont réalisés dans une perspective d'intervention, nous sommes à la recherche de chaînes de causalité soit de l'enchaînement des facteurs tout au long de la vie. (Lang et al. 2009)

Être ou devenir vulnérable expose les individus à la pauvreté et à l'exclusion sociale (dynamique à deux sens). Ce qui nous intéresse ce sont les conditions qui fragilisent les individus et éventuellement leurs communautés de façon à les rendre vulnérables. Ce sont donc les processus structurels, sociaux et individuels qui participent d'épisodes plus ou moins longs de fragilité qui font l'objet des questionnements qui ont guidé nos investigations.

La pauvreté est ici définie comme un état caractérisé par la privation individuelle et sociale qui met en cause les possibilités de combler ses besoins (physiques, psychologiques et sociaux) et de développer ses capacités permettant de mettre en œuvre ses aspirations (Dupéré et Disant 2005). Cette privation crée une fragilité et conséquemment une vulnérabilité à l'exclusion de la vie sociale. L'expérience individuelle de la vulnérabilité résulterait notamment d'une exposition cumulative et différenciée aux environnements dommageables ou favorables à la santé. Cette exposition semble déterminante car elle peut atteindre deux aspects de l'expérience personnelle particulièrement significatifs pour le bien-être et la santé: la perception d'une efficacité personnelle et l'estime de soi. L'efficacité personnelle se définit comme la croyance qu'a une personne dans sa capacité à accomplir des tâches. Cette croyance est basée sur une évaluation positive de ses propres compétences et des résultats escomptés. Nous nous intéressons aussi à une dimension généralement absente de travaux traitant de populations identifiées comme défavorisées ou marginalisées, soit la pratique de l'activité physique compte tenu de la relation entre ce comportement, ses effets positifs sur la santé et le sentiment de pouvoir exercer un certain contrôle sur ses conditions de vie.

L'existence d'un lien entre la perception individuelle d'avoir le contrôle sur le cours de sa vie et l'engagement dans la vie collective fait partie des hypothèses à approfondir. Nous postulons que les liens sociaux et plus spécifiquement les liens tissés à partir des milieux de vie sont et demeurent un facteur dont le rôle est incontestable dans la construction de dynamiques de pauvreté et d'exclusion sociale. Outre les caractéristiques de la famille, du travail et de l'offre de services institutionnels ou communautaires en milieu local, il nous importe d'examiner comment différentes dynamiques sociales se conjuguent pour procurer un sentiment d'emprise sur sa destinée et protéger ou non de l'adversité nos deux sous-populations à l'étude. C'est dans cette perspective que nous avons fait appel à un indicateur de sentiment de contrôle communautaire qui vient compléter celui du sentiment de contrôle sur sa vie en ajoutant une perspective nouvelle, celle du recours aux liens sociaux pour l'exercice de ce contrôle (Hobfoll et al. 2002A).

Le concept de contrôle communautaire (*communal mastery*) renvoie à la perception qu'ont les individus de pouvoir atteindre leurs objectifs et de s'adapter aux défis de l'existence en raison des liens qui les unissent à des personnes significatives (Hobfoll et al. 2002A; Hobfoll et al. 2002B). Ce concept se distingue de celui de contrôle personnel (*self mastery*), où cette perception résulte davantage de capacités, de décisions et d'actions qui sont

individuelles. Les deux formes de contrôle exercent une influence sur la santé, en réduisant notamment la détresse psychologique.

Transposé à l'échelle locale, ce sentiment de contrôle communautaire est en partie conditionné par le temps vécu dans un même espace résidentiel, lequel permet d'établir des contacts, des liens qui favoriseront la prise en charge collective de besoins tant individuels que communautaires. Aussi, la mobilité résidentielle ou son contraire, la stabilité, dans le milieu local est associée à la santé de diverses façons (Ross et al. 2000).

Nous avons aussi utilisé le concept de *résilience*. « *La résilience représente la capacité d'affronter avec succès les risques et les déboires sérieux de l'existence. Il s'agit d'une combinaison de force intérieure, d'appui de l'extérieur et d'apprentissage à partir de l'expérience acquise. La confiance en soi est importante, comme le sont aussi une bonne scolarité, la capacité d'apprendre et de résoudre des problèmes et l'aptitude à entretenir de bons rapports humains. Une personne qui possède une bonne dose de ces attributs peut souvent être autonome, c'est-à-dire qu'elle peut faire face à l'adversité sans détresse apparente.* » (23) (Cyrułnik 1999)

La résilience apparaît comme un processus, non comme un état. Trois éléments de la résilience sont à prendre en compte : les événements de vie, les facteurs personnels et les liens à l'environnement. Cela nous amène à nous centrer sur les ressources mobilisables, sur les compétences et les forces des populations fragilisées par la pauvreté.

3. Objectifs poursuivis

Dans le but d'améliorer les connaissances en ce qui a trait à la genèse et à la réduction de la pauvreté et de l'exclusion sociale et plus spécifiquement à propos des facteurs de risque et de protection présents dans les trois milieux locaux qui retiennent notre attention, nous avons pour objectif de répondre aux deux questions suivantes :

- Au-delà des facteurs identifiés dans nos travaux (conditions matérielles, liens sociaux, perceptions de cohésion sociale, de problèmes sociaux et environnementaux etc.)(Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé 2006 A; 2006 B; 2006 C; 2006 D) quels sont les facteurs sociaux et les dynamiques plus précises en cause dans la genèse de la défavorisation plus marquée des deux sous-groupes retenus?
- Au sein de ces deux sous-groupes identifiés comme particulièrement vulnérables à la pauvreté et à l'exclusion sociale, en quoi se distinguent les parcours de vie des personnes qui ne se considèrent ni pauvres ni exclues?

PARTIE B – PISTES DE SOLUTION EN LIEN AVEC LES RÉSULTATS, RETOMBÉES ET IMPLICATIONS DE VOS TRAVAUX (maximum 5 pages)

Nous proposons quelques cibles pour des interventions en ce qui concerne les familles, la paternité, l'école, le travail, l'habitation, les politiques et les ressources. La perspective globale à adopter pour mettre en œuvre les pistes d'action que nous proposons est celle du développement des communautés.

Le développement des communautés

Au cœur des problèmes se trouvent des liens sociaux à améliorer et à consolider, au cœur des solutions, se trouve, pensons-nous, le développement des communautés. Par développement des communautés, nous entendons ici tel que le propose Chavis (2000), cité dans un rapport de l'INSPQ : un processus de coopération volontaire, d'entraide et de construction de liens sociaux entre les résidents et les institutions d'un milieu local, visant l'amélioration des conditions de vie sur le plan physique, social et économique. (Leroux et Ninacs 2002). Penser le développement dans ces termes, c'est le penser en donnant un rôle déterminant aux femmes, aux hommes et aux enfants qui vivent dans le milieu.

Les familles et la paternité

Le développement des communautés signifie se soucier des jeunes, de leur évolution, de leur maturité, de leur avenir. Les actions qui permettent la création et l'entretien de liens intrafamiliaux sains sont nécessairement à encourager. Celles qui visent à prévenir le développement de relations dysfonctionnelles et à réduire les impacts de dynamiques familiales malsaines sont aussi à poursuivre et à améliorer. Au chapitre des familles et de la parentalité, nous nous devons de souligner que d'immenses lacunes sociales ressortent de nos résultats (voir la partie D) concernant l'exercice du rôle paternel. Or, les communautés peuvent faire quelque chose pour aider en ce sens. En cherchant à valoriser la paternité, les milieux locaux peuvent voir à la mise en place ou au renforcement d'activités qui favorisent les liens pères-enfants. Le point de départ est sans doute celui des représentations des activités familiales qui trop souvent sont encore associées à une parentalité d'abord maternelle.

Le rôle des organismes communautaires dans l'accompagnement de la maternité et de la paternité comme, dans celui des personnes isolées et exclues, n'est plus à démontrer. Ce rôle, lorsqu'il s'inscrit dans une perspective de développement communautaire plutôt que dans celui de substitution pour combler les lacunes des services publics, peut faire une différence significative dans l'amélioration des conditions de vie et dans la remise en cause de la reproduction de situations délétères. Si les services de type individuel sont nécessaires pour soutenir individus et familles, une approche communautaire est essentielle pour briser le cycle. Une des façons de faire est de recourir aux pairs. L'entraide entre parents, pratique vieille

comme le monde, doit être encouragée et facilitée encore plus qu'elle ne l'est maintenant. Les organismes œuvrant dans les milieux sont les ressources les plus aptes à soutenir des initiatives qui respectent la diversité des familles et favorisent leur rencontre.

Le besoin d'une figure d'attachement et idéalement de figures d'attachement multiples dans le contexte de l'enfance ressort comme un incontournable. Il apparaît dans notre enquête que le père peut être une de ces figures. Mais, manifestement les hommes n'y parviennent pas toujours. Il nous apparaît indispensable de recommander ici que des efforts soient déployés pour favoriser chez les garçons et les jeunes hommes le développement de compétences paternelles ne serait-ce que par la valorisation du rôle de père dans notre société. Pour ce faire, il faudrait soutenir les organismes, intervenantes et intervenants, citoyennes, citoyens et chercheurs qui s'y intéressent dans une perspective d'ouverture, de manière participative et dans un souci de coparentalité. Il n'y a pas qu'un seul modèle de parentalité. Lorsque les enfants présentent des difficultés, il convient de faire les efforts nécessaires pour associer les pères aux démarches. Certaines expériences ayant déjà des acquis, pourraient être sources d'inspiration pour les actions à mettre en place.

Enfin, les milieux locaux devraient poursuivre leurs efforts pour offrir des services aux familles, tels les Centres de la petite enfance (CPE), les garderies et les loisirs afin que l'expérience de la conciliation travail-famille ne participe ni à la dégradation des conditions de vie ni à la négligence des enfants. Rappelons que l'offre de services de garde de grande qualité éducative doit être flexible afin de prendre en compte les conditions et les horaires atypiques des travailleuses et travailleurs au bas de l'échelle sociale.

L'école

Le parcours scolaire de la vaste majorité des hommes que nous avons interviewés, résilients ou non, s'est avéré peu heureux et chez les femmes responsables de familles monoparentales un lieu qui n'a pas non plus réussi, pour plusieurs, à les retenir ou à leur donner une formation utile pour qu'elles puissent devenir autonomes financièrement. Nos analyses statistiques montrent qu'une faible scolarité est associée à un faible sentiment de contrôle communautaire chez les hommes de 45 à 64 ans et qu'elle intervient même directement sur leur état de santé. Nous devons insister sur l'importance d'intervenir et appuyons les milieux de recherche et d'intervention qui tentent de trouver les meilleures approches pour que l'école soit un véritable milieu de vie au sein d'une communauté. Nos résultats plaident pour des changements qui concernent non seulement les garçons mais aussi les filles. Tous les programmes qui encouragent le développement de leur autonomie sont à maintenir et à développer. L'abandon scolaire et l'absence de formation sont aussi tragiques chez les filles qu'ils ne le sont chez les garçons. Il faut déboulonner chez les filles, la croyance que leur sécurité économique, ainsi que celle de leurs futurs

enfants, pourra être remise entre les mains d'un «prince charmant» à trouver. De même l'estime de soi et la confiance en soi sont des facteurs clés chez les garçons comme chez les filles pour qu'une fois adultes elles et ils soient en mesure de vivre des relations conjugales saines et deviennent des parents responsables. Il importe de fournir aux filles de milieu défavorisé un projet scolaire et professionnel qui retarde la maternité précoce. La paternité responsable doit être valorisée auprès des garçons mais elle doit l'être aussi auprès des filles afin qu'elles se préparent à partager les responsabilités parentales. Le rôle parental est clé dans le développement des jeunes quel que soit leur sexe et ce rôle s'apprend. Les milieux d'éducation peuvent faire leur part à ce chapitre.

Dans une perspective de développement des communautés, l'école devient un lieu à privilégier pour la dynamique du milieu. En effet, l'engagement parental, la rencontre de parents et l'organisation d'activités communautaires peuvent en faire une ressource qui s'inscrit en continuité de la vie familiale, qui donne aux enfants un sentiment que l'école est un lieu qui leur appartient en tant que membres d'une communauté plutôt qu'un endroit qui leur impose un passage obligé pour devenir adultes.

Le travail

Avoir un travail est d'abord une nécessité. Chez les hommes de 45 à 64 ans, avoir un travail améliore leur sentiment de contrôle communautaire sur leur destinée personnelle. Chez les responsables de familles monoparentales, il réduit la perception d'être pauvre et accroît de façon significative leur santé générale et leur santé mentale. Au chapitre de l'emploi et du travail, nos données nous amènent à souscrire à toutes les mesures existantes et pouvant être améliorées qui visent les trois questions suivantes : une plus grande autonomie financière chez les travailleuses et travailleurs, une amélioration au chapitre de la conciliation travail-famille et les possibilités de réintégration en emploi après une période d'exclusion.

L'habitation

La conception de l'habitation comme d'abord et avant tout lieu de rapports humains pourrait favoriser la mise en place de formules qui, au-delà du logement subventionné, associent les locataires à sa gestion et à son animation. La coopérative ressort comme un modèle à suivre sans doute parce qu'en plus de fournir un logement qui en général est de bonne qualité, elle permet un certain *empowerment* en responsabilisant les locataires, ce qui favorise le développement de leur autonomie. Mais aussi la recherche d'une plus grande mixité sociale, des blocs appartements de petite taille, les organismes à but non lucratif (OBNL) et le privé qui offre des logements sont des formules à privilégier alors que les grands immeubles HLM sont à proscrire...

La situation d'insécurité alimentaire n'interpelle pas que le milieu local. Toutefois, de multiples interventions à cette échelle et sous différentes formes (aide alimentaire; cuisines collectives; groupes d'achats, etc.) ont cours actuellement et soulagent ponctuellement les ménages qui y ont accès et s'en prévalent. L'approche participative à la planification de la sécurité alimentaire à l'échelle des communautés (McCullum et al. 2004) est une voie prometteuse au sein des comités locaux Approche territoriale intégrée (ATI) lesquels sont issus des tables régionales de développement social. Cependant, faut-il souligner, à l'instar des travaux de Hamelin et al. (2007/2008; 2008) qu'établir une sécurité alimentaire durable pour tous passe par des politiques économique et sociale propices.

Ces efforts pour créer des milieux de vie sains, s'ils veulent porter fruit pour les plus démunis, doivent être complétés par des initiatives communautaires visant le développement de compétences sociales. La vie communautaire pensée en ces termes exige que des ressources financières aillent vers les communautés plutôt qu'elles ne soient réservées à des niveaux de planification et d'intervention loin de la vie quotidienne. Elle demande aussi une concertation significative des intervenantes et intervenants, qu'ils agissent auprès des familles, dans les milieux de dépannage alimentaire ou autre, dans les écoles, dans les loisirs etc.

Les politiques et services publics

Au premier chef, la lutte à la pauvreté doit se poursuivre et il est clair que les montants offerts actuellement pour les bénéficiaires d'aide sociale sont insuffisants. Mais au-delà de ce constat qui ne cesse d'être formulé par différents organismes intervenants auprès des populations démunies, des actions s'imposent au chapitre de la culture des organismes impliqués dans la dispensation de cette aide. Ce changement de culture porte un nom, le respect. Nous invitons les responsables des programmes de soutien financier (notamment l'aide de dernier recours) à réclamer les moyens d'assurer une gestion plus humaine de ces programmes dans la perspective d'empowerment des bénéficiaires. Au-delà de leur intégration au marché du travail, c'est le développement de leur estime de soi qui doit être soutenue. Pour ce faire, l'approche visée dans la dispensation des services est celle de l'accompagnement et non de la surveillance (même si celle-ci est nécessaire, elle peut être exercée avec doigté et respect). Une telle approche demande que les personnes qui donnent les services aient une charge de travail qui leur fournit l'espace nécessaire à l'écoute et l'accompagnement ainsi que des moments de ressourcement pour contrer le cynisme et la méfiance inévitable lorsque la pression est forte et constante. La fatigue de compassion doit aussi être une cible pour que les personnes qui sont sur la ligne de front de la souffrance et de la misère ne soient pas à leur tour fragilisées.

Nous estimons important que soient soutenues des interventions de proximité, personnalisées et non normatives auprès de personnes vivant des situations de souffrance, nécessitant de l'aide et du soutien afin de les guider

vers des ressources aptes à répondre aux besoins ressentis ou exprimés – parfois dans des modes autres que ceux attendus par les structures d'accueil.

Nous ne pouvons passer sous silence les grandes difficultés rencontrées par la majorité de nos participantes et participants afin d'obtenir des services en matière de santé mentale pour eux-mêmes et pour leurs enfants. Or si l'on veut prévenir et briser la reproduction intergénérationnelle des conditions de pauvreté et d'exclusion sociale, une réflexion sérieuse s'impose dans l'offre de services en santé mentale pour les populations démunies financièrement. La priorité souvent accordée à la santé physique et aux services de nature curative ressort de nos données comme contrindiquée. L'équilibre personnel est une expérience dont sont privées beaucoup trop de personnes fragilisées par des événements et des rapports sociaux délétères. Les ressources sont rares, l'accompagnement sur de bonnes périodes également peu accessible. Or ces ressources, psychologues, psychiatres, travailleuses sociaux et travailleurs sociaux peuvent changer une vie lorsqu'elles sont accessibles, à l'écoute et peuvent accompagner pendant un moment. Encore ici, le développement des communautés offre une perspective intéressante car la communauté peut compléter le travail des ressources irremplaçables en période de crise. La concertation et la continuité dans les interventions sont évidemment, dans ce cas, centrales.

Les critiques sont fréquentes à l'égard de la Direction de la protection de la jeunesse. Nous considérons qu'elle joue un rôle essentiel pour nos enfants. Mais nous déplorons, comme plusieurs, qu'elle ne dispose pas de plus de ressources qui lui permettraient, à l'instar de l'aide de dernier recours, de mieux jouer son rôle d'accompagnement et d'intervenir en amont des situations délétères. Les coûts humains et sociaux associés aux enfances malmenées justifient pleinement l'ajout de ressources. Une recommandation formulée maintes fois par le passé mérite d'être réitérée : en milieu défavorisé, créer des postes de type «intervenant privilégié» pour favoriser la concertation entre les différents professionnels de la santé, des services sociaux et des services de garde, notamment, qui dispensent des services aux familles.

Finalement, deux besoins fondamentaux du corps humain (alimentation et activité physique) ont été brièvement abordés. Des efforts importants, dans ce domaine (Direction générale de la santé publique 2006), sont faits aux niveaux provincial et régional. Cependant, l'action locale doit, elle aussi, venir supporter ces actions plus globales afin qu'elles prennent «racines» dans chacun des milieux de vie. Sur le plan de l'activité physique, l'école et la municipalité doivent poursuivre leurs efforts afin de rejoindre le plus «grand nombre». Parmi ceux-ci, les clientèles plus vulnérables doivent conserver une place de choix car, pour plusieurs d'entre elles, l'offre de service du secteur privé demeure inaccessible. Rappelons toutefois que travailler que sur les habitudes de vies en pensant que d'adopter de saines habitudes peut se faire indépendamment d'une situation de défavorisation est voué à l'échec.

PARTIE C - MÉTHODOLOGIE (maximum 1 page)

Nous utilisons une approche territoriale et le découpage des territoires en unités de voisinage développé dans le projet précédent (Lebel et al. 2007). Nous bénéficions aussi de l'accompagnement d'un comité conseil composé d'acteurs locaux provenant des trois territoires. Ces derniers ont été invités à suivre toutes les phases du projet.

La méthodologie retenue est mixte : quantitative et qualitative. La démarche quantitative s'applique à comparer la situation entre les trois territoires à l'étude et entre certains secteurs de ces territoires. La démarche quantitative comporte une analyse des données issues du recensement de 2006, un inventaire d'organismes communautaires favorisant le développement social et une enquête téléphonique. L'enquête téléphonique a été réalisée dans les trois territoires d'étude auprès des deux populations cibles du présent projet, soit les hommes de 45 à 64 ans (N= 763) et les responsables de famille monoparentale (N=271), entre le 6 février et le 7 mars 2008. L'enquête visait à sonder la santé générale et la santé mentale des répondant-es (et de leurs enfants dans le cas des familles), leur situation économique et leur perception de celle-ci, leur sentiment de contrôle communautaire, la présence d'insécurité alimentaire et la pratique d'activités physiques, la mobilité résidentielle et la perception du milieu local. Les liens de voisinage et les ressources publiques et communautaires ont été investiguées. Ces informations ont données lieu à des analyses descriptives, par territoire et population étudiée, puis explicatives, faisant appel à la régression logistique.

La démarche qualitative a été réalisée à partir d'entrevues individuelles en face à face. 24 entrevues ont été menées avec la population masculine et 24 avec celle des familles monoparentales. Les entrevues ont eu lieu pour la grande majorité au domicile des interviewées. La question initiale était la suivante : *Nous avons mené une recherche sur la santé dans [X]. Suite à cela, nous avons constaté que nous ne connaissions pas bien certains éléments et en particulier les conditions de vie des familles monoparentales (ou des hommes de 45 à 64 ans). C'est pourquoi, nous avons souhaité rencontrer des familles monoparentales (ou des hommes). Acceptez-vous de nous raconter votre histoire personnelle et celle de votre famille ?*

Les entrevues face à face ont été transcrites et analysées selon une approche de parcours de vie à l'aide d'une grille d'analyse découpée de façon chronologique (par dizaines d'années de vie). Pour chacune, les propos ont été inscrits selon le parcours auquel ils faisaient références. Les parcours retenus étaient les suivants : famille d'origine, parcours conjugal, parcours de maternité et de paternité, parcours scolaire, parcours de travail et parcours résidentiel. Ont également été pris en compte, les caractéristiques personnelles, les liens sociaux et les ressources utilisées par les répondantes et répondants. La mise en commun a permis de répartir les populations selon leur résilience et de repérer dans les parcours les récurrences associées à la présence ou non de résilience.

PARTIE D - RÉSULTATS (maximum 7 pages)

Les faits saillants qui ressortent de l'enquête téléphonique sont les suivants : Les hommes du territoire de centre-ville plus que ceux des autres territoires, se perçoivent pauvres (14%), disent manquer d'argent pour certaines dépenses importantes telles que le loyer ou les médicaments (19%) et présentent un faible sentiment de contrôle communautaire (20%), signifiant une faible emprise sur leur destinée même avec l'aide de leurs proches (parents, amis, voisins). Les liens de voisinage sont effectivement plus faibles dans ce milieu qu'ailleurs et l'on y signale davantage le manque d'organismes communautaires ou d'entraide. À l'inverse, ces hommes se révèlent nettement plus satisfaits en ce qui regarde le transport en commun. Enfin, s'ils ne se distinguent guère de ceux des autres territoires quant à la pratique d'activités physiques, ils manifestent davantage d'insécurité face à la possibilité de manquer de nourriture (13%). Tous ces facteurs peuvent intervenir sur leur état de santé qu'ils habitent là ou ailleurs. Notre étude révèle, que parmi ces facteurs, ce sont la perception de la pauvreté, le sentiment de contrôle communautaire, une faible scolarité et le fait de vivre seul qui interviennent le plus directement sur la santé. Ainsi peut-on comprendre que les hommes du centre-ville soient plus nombreux que les résidents d'ailleurs à signaler une santé générale mauvaise ou passable (16%) et une santé mentale bonne, mauvaise ou passable (27%) comparativement à 9% et 15% dans le premier et 12% et 16% dans le second territoire où s'est déroulée l'enquête.

Du côté des entrevues, certaines caractéristiques ressortent des parcours et permettent de mieux saisir pourquoi certains hommes semblent avoir été en mesure de rebondir dans leur vie après avoir rencontré des difficultés majeures, donc d'avoir pu manifester de la *résilience*, et pourquoi d'autres n'ont pu le faire.

Parcours famille : Les récits des hommes nous révèlent qu'une enfance malmenée peut avoir des effets dévastateurs. L'absence de figures d'attachement durant l'enfance se présente aussi comme une entrave au développement harmonieux. Les pères et mères laissent indéniablement des traces dans le parcours de vie des enfants. Les événements qui se sont produits dans l'enfance, souvent en lien avec la famille d'origine, semblent avoir eu un impact déterminant pour les expériences qui allaient suivre. Des hommes interviewés nous ont décrit des milieux aimants qui ont favorisé chez eux le développement d'une attitude ou d'habiletés qui devaient leur permettre, en tant qu'adultes, de réaliser des projets, de sortir de situations difficiles, de rebondir après un coup dur ou d'éviter certains risques. Mais la plupart ne semblent pas avoir trouvé dans leur enfance ce soutien auprès de leur famille et un certain nombre ont grandi dans des conditions difficiles sur tous les plans. À partir des témoignages recueillis, trois caractéristiques du rôle de la famille ressortent comme déterminantes dans la construction de la vulnérabilité 1) l'ancrage familial soit le sentiment d'appartenance à une famille, la possibilité de se tourner vers elle dans les moments significatifs de sa vie; 2) la désorganisation dans certaines familles qui semblent « piper »

les dés. D'après les témoignages reçus, les problèmes de toxicomanie des parents, de violence entre parents, envers les enfants, entre les enfants et la mauvaise santé mentale des parents sont des conditions qui prennent un lourd tribut et les récits des hommes qui les ont vécus sont ceux d'histoires marquées; 3) l'affection reçue dans l'enfance participe à la résilience, c'est-à-dire à la capacité de faire face aux difficultés même si elles sont majeures. Les hommes qualifiés de résilients, proviendraient de milieux familiaux relativement stables dans lesquels se trouve au moins une figure d'attachement. Dans le cas des hommes qualifiés de non résilients, la trajectoire de vie débute dans des conditions familiales difficiles.

Parcours conjugaux : Parmi les hommes rencontrés, quelques-uns ont raconté avoir eu une vie conjugale stable et satisfaisante. Cette expérience ressort de leurs récits comme ayant contribué à leur capacité de surmonter les difficultés majeures vécues. Les autres parcours conjugaux sont marqués par des insatisfactions et des ruptures. Les témoignages abondent sur les difficultés inhérentes au développement de relations de nos participants avec les femmes. Manifestement, les responsabilités parentales sont aussi la source de conflits, les hommes s'en disant écartés ou démissionnant. Chez les résilients, sur le plan conjugal, quelques-uns connaissent une vie amoureuse relativement stable et satisfaisante, voire même heureuse. Les autres se sont davantage inscrits dans un parcours de relations multiples, souvent malheureuses et mal vécues.

Parcours de paternité : À l'exception d'un participant, tous ceux qui ont expérimenté la paternité parlent de leur expérience de père avec une certaine tendresse. Ils se disent attachés, fiers et dévoués envers leurs enfants ou, encore, vouloir en obtenir la garde. Malgré cela, cette expérience a été pour plusieurs d'entre eux déchirante, principalement dans le contexte de ruptures conjugales, celles-ci se traduisant en ruptures parentales. Le plus souvent, toutefois, les hommes disent avoir joué un rôle secondaire auprès de leurs enfants par rapport à celui occupé par la mère. Certains hommes dits résilients ont choisi d'être pères alors que d'autres ont préféré ne pas vivre la paternité pour éviter de reproduire le modèle paternel négatif qu'ils avaient eux-mêmes connu. La paternité ne semble pas subie. Elle est choisie et assumée à des degrés divers. Les choses diffèrent avec les hommes éprouvant plus de difficultés. Ces hommes ne sont pas stables et sont parfois souffrants d'une paternité peu ou mal vécue. En fait, ils n'ont pas toujours d'enfant même si parfois ils le souhaitent. Nos données permettent d'affirmer que plusieurs hommes sont mal préparés à devenir père ce qui milite en faveur d'un soutien aux parcours de paternités lesquels peuvent être diversifiés.

Parcours scolaire : Le parcours scolaire des hommes dits résilients est plutôt sans problème. Parfois, ils ont construit leur projet de vie autour des études et gardent, de cette expérience, de bons souvenirs. Pour autant, ce parcours ne sera pas forcément marqué par de grands succès scolaires. Tous les hommes dits moins résilients ont pour leur part une expérience scolaire

négative. Pratiquement tous ces hommes ont, dans leur parcours scolaire, vécu des expériences difficiles et troublantes et n'ont aucun souvenir heureux associé à leur passage à l'école. Celui-ci est plutôt assimilé à des expériences d'humiliation, de violence et d'échec. Ce que nous avons entendu dans les récits fait écho au phénomène du décrochage scolaire qui, nous le savons, affecte aujourd'hui de manière exacerbée les garçons.

Parcours travail : Le parcours travail des hommes qui semblent mieux armés pour s'en sortir montre une entrée relativement précoce sur le marché du travail tandis que peu d'entre eux ont été encouragés par leurs parents à poursuivre des études. Sauf exception, ils ne travaillent généralement pas dans un domaine associé à leur formation. On observe également une relative stabilité d'emploi. Parmi les autres, rares sont ceux qui ont gardé un même emploi. La majorité en ont plutôt eu plusieurs. Il ressort de leur propos, en contrepartie, qu'ils n'ont jamais manifesté de désir de ne pas travailler. Si quelques-uns reçoivent des prestations d'aide sociale, ce n'est pas par manque de recherche d'emploi mais plutôt parce qu'ils sont disqualifiés sur le marché de l'emploi. Le risque que peut présenter le travail pour la santé ressort comme faisant partie de l'expérience de travail. En effet, des hommes ont parlé d'accidents de travail, d'épuisement professionnel et de problèmes de santé attribuables au travail.

Parcours santé : Dans leurs discours les hommes accordent beaucoup plus d'importance à la santé mentale qu'à la santé physique. Pourtant, certains ont eu des traumatismes, d'autres subi des opérations, certains souffrent de maladies chroniques, etc. Mais c'est leur santé mentale qui les préoccupe le plus. Les comportements de dépendance que ce soit à l'alcool ou aux drogues sont ressortis dans dix récits. Plusieurs participants ont mentionné explicitement avoir vécu des épisodes de dépression. D'autres ont raconté avoir eu besoin d'aide à un moment ou l'autre. Certains ont été traités en psychiatrie. Le suicide est aussi une réalité évoquée dans les propos de plusieurs hommes. Les hommes résilients, même s'ils s'en sortent mieux que d'autres ne sont pas à l'abri de la dépression. Par contre, ils vont chercher de l'aide. Du côté des hommes dits moins résilients on rencontre souvent des expériences de problèmes de santé mentale et de dépression et des problèmes de santé physique (cœur, obésité, arthrite, ...). Il n'est pas rare non plus qu'ils consomment de l'alcool et/ou des drogues. S'il arrive à l'occasion qu'ils demandent de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale et (ou) physique, ce qui les caractérise surtout c'est le fait qu'ils n'utilisent pas de ressources dans lesquelles, d'ailleurs, ils n'ont que très peu confiance. Cela est également vrai de tous les services offerts par l'État.

Parcours résidentiel : À l'image des autres facettes de leurs vies, la plupart des participants ont un parcours résidentiel instable. Le rapport au domicile lui-même a, pour sa part, été souvent mentionné, notamment lorsqu'il y a eu propriété de maison ou accès à un logement social. Les récits confirment l'importance de l'accès au logement lors des périodes difficiles. L'accès au logement est évoqué comme un luxe, une chance, un privilège. Et, certains

participants qui sont chambreurs ne bénéficient pas de conditions favorables, un logement décent semblant hors de leur portée.

Parcours ressources : Certains participants ont trouvé, lorsque nécessaire, les ressources pour les appuyer dans leur réseau personnel. Lorsque ce soutien est donné par des membres de la famille, on remarque que les liens avaient été tissés dans l'enfance. Cet appui a pu se révéler déterminant à un moment ou un autre. D'autres l'ont trouvé dans leur entourage : voisin, voisine ou propriétaire compréhensif et aidant. Au fil de leur vie, ces hommes ont rencontré médecin, psychologue, organisme communautaire (besoins alimentaires, psychologiques, en logement etc.) qui ont pu à une ou plusieurs reprises donner un bon coup de main. En contrepartie, certaines critiques ont aussi été énoncées. Il ressort en effet des récits que souvent des appels à l'aide n'ont pas trouvé de réponse.

Les familles monoparentales

Les responsables de familles monoparentales ayant participé à l'enquête présentent des caractéristiques socio-économiques particulières. Ainsi, la perception d'être pauvre est répandue et elle peut varier du simple au double (17% et 34%) selon que ces familles résident en milieu rural ou dans le territoire de centre-ville. Si plus de 40% des familles résidant dans le territoire de centre-ville affirment en effet manquer d'argent pour certaines dépenses telles que le loyer ou les médicaments, c'est toutefois le tiers d'entre elles dans territoires rural et de banlieue qui tiennent de tels propos. Aussi, n'est-il pas surprenant de constater chez les familles monoparentales la présence d'un faible sentiment de contrôle communautaire, notamment chez celles habitant le territoire de centre-ville (30%) mais également chez les familles en milieu rural et de banlieue (environ 20%). Les responsables de familles monoparentales nous ont aussi informés sur certaines caractéristiques de leur milieu local de résidence. Chez ces familles, les liens de voisinage apparaissent un peu plus faibles dans le territoire de banlieue (16%) qu'ailleurs (environ 9%). Les familles de milieu rural sont beaucoup plus nombreuses à déplorer le manque de transport en commun (35%) et de services de garde (31%) qu'en banlieue (14% et 24%) et qu'au centre-ville (7% et 21%). Enfin, c'est dans le territoire de centre-ville que les familles regrettent le plus l'absence d'espaces de jeu sécuritaires pour les enfants (32%) et en milieu rural où cette absence se révèle la moins problématique (15%). Qu'en est-il alors de la pratique d'activités physiques durant les loisirs et de l'insécurité alimentaire chez les familles monoparentales? D'après les répondants-tes, environ le tiers des responsables de ces familles se disent sédentaires (32%) ou affirment avoir vécu de l'insécurité alimentaire (37%) dans le territoire de centre-ville contre des valeurs inférieures en milieu rural (21% et 27%) en dans le territoire de banlieue (25% et 25%). Tous ces facteurs peuvent intervenir sur l'état de santé des responsables de familles monoparentales. Notre étude révèle que c'est le fait d'être sans travail et de ressentir un faible sentiment de contrôle communautaire qui intervient le plus directement sur la santé, qu'il s'agisse

de santé générale ou de santé mentale. Dans l'ensemble du Québec, selon les estimations de la dernière Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC, 2007-2008), la proportion de personnes de 12 ans et plus déclarant leur santé générale passable ou mauvaise est d'environ 10%. Chez nos répondants-tes, cette proportion s'élève à 16%, 7% et 14% au centre-ville, en banlieue et en milieu rural, respectivement. Toujours selon l'ESCC, la proportion de personnes déclarant leur santé mentale bonne, passable ou mauvaise se chiffre à environ 23%. Chez nos répondants-tes, cette proportion atteint 36%, 25% et 27% au centre-ville, en banlieue et en milieu rural, respectivement. Ainsi, les responsables de familles monoparentales, et ce, particulièrement dans le territoire de centre-ville, présentent un état de santé inférieur à celui de la l'ensemble de la population québécoise.

En plus de l'enquête téléphonique, nous avons par ailleurs rencontré 22 femmes et 2 hommes responsables de familles monoparentales pour des entrevues face à face. Aucun des parcours de vie qui nous ont été racontés n'a été facile. Tous ont présenté des difficultés importantes; ces difficultés semblent même parfois pratiquement insurmontables. D'après nos analyses, ce sont surtout des composantes de leurs trajectoires familiales, scolaires et d'utilisation des ressources qui font la différence entre les résilientes et les non résilientes.

Parcours famille : La majorité de nos responsables de famille n'ont pas connu la grande pauvreté économique dans leur enfance. Cependant leur enfance et leur adolescence ont été difficiles pour la plupart d'entre elles, la pauvreté familiale se situant sur un autre plan. Ce n'est qu'une infime minorité de nos participantes qui ont parlé de leurs parents de façon très positive. Plusieurs témoignages recueillis parlent du besoin ou de la volonté de quitter le milieu familial et une des solutions trouvées est la mise en couple très jeune avec ou sans une maternité précoce. En effet, un des traits caractéristiques des problèmes de plusieurs femmes rencontrées est d'avoir commencer à compter sur les hommes alors qu'elles étaient encore très jeunes. Des participantes ont en revanche parlé de familles saines et ce sont ces dernières qui ont pu rebondir suite à des expériences difficiles. Alors que même si provenir d'une famille dysfonctionnelle n'a pas toujours été une condamnation à une trajectoire de vie descendante, elle l'a souvent été si l'on se fie à nos récits. Alcoolisme, toxicomanie, violence, abus et problèmes de santé mentale chez les parents ainsi que placement comme enfant, sont des expériences familiales qui font en sorte qu'il paraît très difficile de réussir sa vie par la suite.

L'adolescence des participantes a été peu ou mal accompagnée. De là, le développement de comportements qui alourdiront l'hypothèque de leur enfance : mise en couple hâtive, grossesse précoce, début de consommation d'alcool ou de drogue, abandon scolaire.

Parcours de maternité et de paternité : Les participantes ont des parcours de maternité qui ne sont pas faciles. La reproduction des difficultés vécues dans l'enfance et les informations qui laissent présager que leurs propres enfants vivent aussi des expériences difficiles nous interpellent. Certaines mères ont, pour différentes raisons, eu leurs enfants alors qu'elles étaient très jeunes. Dans d'autres cas, les parcours peuvent susciter des inquiétudes en ce qui concerne le développement des enfants compte tenu de situations de pauvreté, de consommation ou de violence conjugale. Dans certains cas, la DPJ est intervenue. De façon générale, les participantes qui ont eu leurs enfants plus tard semblent mieux s'en sortir.

Parcours conjugal : Au-delà des liens qui ressortent entre les enfances malmenées des personnes rencontrées et celles de leurs enfants, les résultats qui nous interpellent le plus concernent les parcours conjugaux. La violence conjugale est très présente dans les récits des participantes. Et, il s'agit de violence sévère. Si la violence psychologique et verbale a été mentionnée, c'est la violence physique qui semble avoir été la source de ruptures. La DPJ, les corps policiers, les CLSC et les maisons de femmes ont été impliquées dans ces situations. Certaines femmes ont vécu cette expérience avec un premier, un second ou un troisième conjoint. Dans les autres récits, les pères s'ils ne sont pas décrits comme ayant des comportements violents, ne le sont pas non plus dans la grande majorité des cas comme des compagnons qui ont procuré du bonheur ou de la tendresse. Et les allusions à l'imaginaire de prince charmant ou d'hommes aimants sont là. Les femmes qui s'en sortent mieux toutefois sont celles qui ont eu le moins de conjoints. Les parcours conjugaux les plus négatifs sont ceux où apparaissent plusieurs conjoints, ou il ne semble pas y avoir eu de véritable choix de partenaires et dans les cas les plus difficiles où l'on retrouve des patterns (conjointes violents ou alcooliques). Tous les cas où les études ont été abandonnées pour suivre un conjoint se révèlent ceux de femmes qui ont de la difficulté à rebondir lorsqu'elles vivent des événements négatifs.

Parcours scolaire et parcours travail : L'absence de formation se conjugue à une situation où elles dépendent d'hommes et des services étatiques et communautaires et les parents de nos participantes ne semblent pas souvent avoir encouragé ou soutenu leur fille dans ses études. Dans la plupart des histoires, c'est l'absence de qualifications qui ressort et fait en sorte que des participantes n'arrivent pas à trouver un emploi satisfaisant, ce qui les rend plus vulnérables au développement d'une relation conjugale marquée par la dépendance. Enfin, dans quelques cas, ce sont les problèmes de développement et de santé des enfants qui justifieront une sortie du marché du travail. L'aide sociale deviendra une solution avec les effets négatifs qu'une telle solution génère.

Parcours santé : Dans le parcours santé, c'est la santé mentale qui ressort. Les expériences de plusieurs femmes rencontrées sont marquées par des épisodes plus ou moins longs de problèmes de santé mentale. En sus de l'alcoolisme et de la dépendance à la cocaïne et au jeu compulsif, les autres

problèmes qui nous ont été rapportés sont les suivants : divers troubles de la personnalité, dépression, troubles de panique, stress post-traumatique. Des facteurs complémentaires peuvent enfin être évoqués pour tenter d'expliquer la construction de tels problèmes de santé mentale. Il en est ainsi du cumul des échecs conjugaux, de l'absence de liens sociaux et de la dépendance économique, tous des éléments sources de stress. Pourraient aussi être mentionnés dans certains cas, les rapports malsains avec des services sociaux qui minent l'estime de soi. L'absence de problèmes de santé mentale est évidemment un atout. L'est aussi la prise en charge réussie lorsqu'il y a eu des épisodes de fragilité sur ce plan.

Parcours résidentiel : Les expériences d'instabilité affective et financière s'inscrivent dans des parcours résidentiels où l'on retrouve de l'instabilité et de la précarité. Au-delà de territoires spécifiques, ce qui revient le plus souvent ce sont les préoccupations pour les logements. La qualité de ceux-ci et le coût qui explique une partie des déménagements et par là de l'instabilité dans les parcours des participantes. L'accès à un logement subventionné fait la différence et ce qui semble en faire une encore plus grande, c'est l'accès à une coopérative. Les femmes (et hommes) responsables de familles avec enfants disent avoir besoin de ressources pour elles et leurs enfants, ressources de base concernant l'alimentation etc. et ressources en éducation (services de garde, aide pour les enfants ayant des problèmes de développement, activités familiales etc.). Avoir un logement décent et qui laisse une marge de manœuvre financière est la seconde condition qui semble prioritaire pour leur assurer une qualité de vie. Les coopératives représentent un idéal, parfois atteint. Vivre en coopérative fournit un ancrage social et soutient l'estime de soi.

D'autre part, la création de milieux de vie dans lesquels les familles trouvent leur espace, leur reconnaissance et des ressources se dégage comme une piste pour contrer l'instabilité et la dépendance affective et économique qui tirent vers le bas de l'échelle sociale les responsables de familles monoparentales et leurs enfants. Milieux d'abord sécuritaires mais aussi ouverts et soutenant.

Parcours ressources : Les ressources qui font la différence sont celles dont la philosophie fait en sorte que les activités cherchent à permettre à leur clientèle de réaliser leurs aspirations (donc à contrer la pauvreté telle que définie dans ce projet). Les exemples qui nous ont été proposées par nos interviewées sont les maisons d'hébergement. Les ressources soutenant le rôle de parents surtout dans le cas où les enfants ont des problèmes de développement peuvent faire la différence. Du côté de la santé, les ressources utilisées dont on nous a parlé sont surtout celles en santé mentale. Psychologues, psychiatres, pédopsychiatres ont été consultés avec plus ou moins de succès. Les témoignages révèlent que dans certains cas le lien de confiance établi avec une ressource professionnelle peut avoir provoqué des changements positifs déterminants. Du côté des enfants, les prises en charge des problèmes de développement et de santé semblent

avoir requis des efforts importants mais là aussi, il semble que les résultats sont là. Les ressources étatiques (aide sociale etc.) ont été pour leur part décrites de façon plus négative mais pas toujours ! L'aide sociale, dont on tente de contourner les règles parce qu'elle ne permet pas de survivre est aux yeux de plusieurs un soutien social dégradant, humiliant, alors qu'aux yeux de quelques unes, elle permet de se consacrer à son enfant ou à ses enfants. Elle ne suffit manifestement pas. Chez quelques familles monoparentales l'intervention de la DPJ fut très bien reçue. Alors que dans un certain nombre de cas, l'intervention de la DPJ représente pour les mères une menace, celle de perdre leurs enfants. Alors que les propos recueillis au sujet des CLSC sont à quelques exceptions près positifs. Ceux-ci ressortent en effet comme une ressource accessible et qui accompagne. Si certaines critiquent les services reçus, d'autres ont raconté le rôle déterminant joué par un CLSC dans leur parcours, notamment dans le cas de violence conjugale. Est-il besoin de dire ici que le manque de places en garderie est déploré par plusieurs ? Ce manque, les délais encourus pour en trouver une ont été souvent dénoncés. Pourtant, les besoins sont là... C'est concernant les CPE et garderies que les résultats sont les plus évidents : apport bénéfiques de ces milieux et manque de places.... Du côté des pères, il faut souligner ici qu'ils sont souvent considérés comme marginaux lorsqu'ils utilisent des services et que beaucoup de travail reste à faire pour donner aux pères responsables la place qui leur revient.

N.B. Une version détaillée de ce rapport a été remise aux membres de notre comité conseil qui le diffusent de façon restreinte dans leurs territoires. Ce rapport détaillé a aussi été remis à nos autres bailleurs de fonds : la Conférence régionale des élus de la Capitale – Nationale, le Centre de santé et de services sociaux de la Vieille-Capitale et l'Institut national de santé publique du Québec. Ce même rapport détaillé a été déposé au FQRSC pour diffusion restreinte aux partenaires de l'Action concertée. Il ne peut être mis en circulation plus large, notamment pour des raisons d'éthique sociale.

PARTIE E - PISTES DE RECHERCHE (maximum 1 page)

1. Quelles nouvelles pistes ou questions de recherche découlent de vos travaux (en termes de besoins de connaissances ; de pratiques, d'intervention)?

- Quels sont les meilleurs services, pratiques et interventions à développer pour briser la reproduction intergénérationnelle des dysfonctions familiales pendant l'enfance qui conduisent trop souvent à la pauvreté et à l'exclusion sociale?
- Chez les jeunes filles vivant au bas de l'échelle sociale, quelles sont les représentations de la maternité et qu'elles sont les meilleures interventions à développer pour retarder la maternité?
- Comment développer une meilleure compréhension à l'égard du mythe du «prince charmant» à trouver, comme moyen pour les filles d'assurer leur sécurité affective et économique ainsi que celles de leurs enfants?
- Comment offrir avec succès aux filles de milieux défavorisés un horizon scolaire et professionnel stimulant?
- De quelle manière développer chez les filles et les garçons les compétences nécessaires afin qu'elles ou ils puissent vivre une maternité et une paternité responsables?
- Comment accroître l'offre de services en santé mentale afin qu'elle réponde adéquatement aux besoins criants des personnes et des enfants vivant au bas de l'échelle sociale? Des améliorations importantes dans ce domaine, notamment en ce qui a trait à l'accessibilité financière, à la concertation et à la continuité des services offerts, devront être déployées.
- Explorer davantage la contribution (actuelle) des organismes communautaires et des institutions publiques au développement social et communautaire, à l'échelle locale. Comment les organismes communautaires, au travers des activités qu'ils organisent, des services qu'ils offrent et des groupes qu'ils rejoignent, favorisent-ils le développement des individus et des communautés du territoire ? Comment les institutions publiques telles que l'école, les services de santé (CLSC, RLS) et les municipalités contribuent-elles au renforcement des liens sociaux et à la vie communautaire du territoire? Une telle exploration demandera que des entrevues structurées avec les responsables d'organismes communautaires et d'institutions publiques soient menées.
- Les conclusions sur les déterminants et le rôle du sentiment de contrôle communautaire sur la santé des résidentes et résidents (de l'ensemble de la population ou des deux sous-groupes ici étudiés) pourraient être

renforcées. Pour y parvenir, une enquête avec un fort échantillon s'impose. Cela permettrait de distinguer sentiment de contrôle individuel et sentiment de contrôle communautaire, pour mieux saisir le rôle du dernier.

2. Quelle serait la principale piste de solution à cet égard?

Accroître de beaucoup le financement et le soutien aux équipes effectuant des travaux de recherche sur les facteurs sociaux de la genèse de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Soutenir la recherche empirique qui fait appel à des informations de première main, soit celles qui sont communiquées par les premiers concernés : intervenantes, intervenants et populations visées.

PARTIE F - RÉFÉRENCES ET BIBLIOGRAPHIE

- Bernard, P. et al., 2006. *Capturing The Lifecourse, The contribution of a Panel Study of Lifecourse Dynamics (PSLD) to public policy analysis in Canada*. Ottawa, A report on the opportunity and feasibility of the PSLD, submitted to Social Development – Canada.
- Chavis, D. M., 2000. *Mobilizing for Community Capacity Building*. LAREHS, 28 avril 2000, Université du Québec à Montréal.
- Cyrulnik, B., 1999. *Un merveilleux malheur*. Paris, Odile Jacob.
- De Koninck, M. et al., 2008. *Santé: Pourquoi ne sommes-nous pas égaux? Comment les inégalités sociales de santé se créent et se perpétuent*. Québec, Institut national de santé publique du Québec.
- De Koninck, M. et G. Paquet, 2007. *La pauvreté et l'exclusion sociale, leur genèse et leur réduction: le rôle déterminant des milieux de vie*. Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval; Institut national de santé publique du Québec.
- Direction générale de la santé publique, 2006. *Investir pour l'avenir: plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids*. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec. [en ligne]: <http://www.msss.gouv.qc.ca/documentation/publications>.
- Dupéré, S. et M.-J. Disant, 2005. *Réflexion sur les ancrages théoriques du concept de pauvreté*. Québec, Département de médecine sociale et préventive, Université Laval.
- Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, 2006 A. *Inégalités de santé et milieux de vie: déterminants sociaux en cause et leurs interactions, Monographie de Limoilou*. Québec, Département de médecine sociale et préventive (Université Laval), INSPQ, CSSS de la Vieille-Capitale.
- Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, 2006 B. *Inégalités de santé et milieux de vie: déterminants sociaux en cause et leurs interactions, Monographie de Charlesbourg*. Québec, Département de médecine sociale et préventive (Université Laval), INSPQ, CSSS de la Vieille-Capitale.
- Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, 2006 C. *Inégalités de santé et milieux de vie: déterminants sociaux en cause et leurs interactions, Monographie de Portneuf*. Québec, Département de médecine sociale et préventive (Université Laval), INSPQ, CSSS de la Vieille-Capitale.
- Équipe de recherche sur les inégalités sociales de santé, 2006 D. *Trois territoires, trois réalités. Éléments d'analyse comparative sur la construction des inégalités sociales de santé*. Québec, Département de médecine sociale et préventive (Université Laval), INSPQ, CSSS de la Vieille-Capitale.
- Hamelin, A.-M., C. Mercier et A. Bédard, 2008. Perception of Needs and Responses in Food Security: Divergence Between Households and Stakeholders. *Public Health Nutrition* 11(12): 1389-1396.

- Hamelin, A.-M., C. Mercier et J. Gauthier, 2007/2008. Lutte à la pauvreté et sécurité alimentaire au Québec. Comparaison de la logique d'intervention gouvernementale et du discours des acteurs du terrain. *Canadian Review of Social Policy* 60/61: 52-74.
- Hobfoll, S. E., A. Jackson et I. Hobfoll, 2002B. The Impact of Communal-Mastery Versus Self-Mastery on Emotional Outcomes During Stressful conditions: A Prospective Study of Native American Women. *American Journal of Community Psychology* 30(6): 853-871.
- Hobfoll, S. E. et al., 2002A. Communal versus individualistic construction of sense of mastery in facing life challenges. *Journal of Social and Clinical Psychology* 21(4): 362-399.
- Lang, T., M. Kelly-Irving et C. Delpierre, 2009. Inégalités sociales de santé: du modèle épidémiologique à l'intervention. Enchaînements et accumulations au cours de la vie. *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique* 57(6): 429-435.
- Lebel, A., R. Pampalon et P. Villeneuve, 2007. An integrated approach for defining neighbourhood units in the context of a study on health inequalities in the Quebec City region. *International Journal of Health Geographics* 6(27).
- Leroux, R. et W. A. Ninacs, 2002. *La santé des communautés: perspectives pour la contribution de la santé publique au développement social et au développement des communautés*, Revue de littérature. Québec, INSPQ.
- McCullum, C. et al., 2004. Mechanisms of Power Within a Community-Based Food Security Planning Process. *Health Education and Behavior* 31(2): 206-222.
- Ross, C. E., J. R. Reynolds et K. G. Geis, 2000. The Contingent Meaning of Neighborhood Stability for Residents' Psychological Well-Being. *American Sociological Review* 65(4): 581-597.