



Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans
Données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012

Louise Bouchard, Ricardo Batista and Ian Colman

Number 9, 2018

Santé mentale des jeunes des communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) au Canada : l'état des lieux
Youth Mental Health in Official Language Minority Communities (OLMCs) in Canada: Situation Analysis

URI: <https://id.erudit.org/iderudit/1043504ar>

DOI: <https://doi.org/10.7202/1043504ar>

[See table of contents](#)

Article abstract

Most mental illnesses first appear during adolescence or in early adulthood; they affect academic achievement, career opportunities and success, and personal relationships, and can have life-long impacts. Whereas most young people navigate adolescence without problems, a sufficiently large proportion however have worrisome profiles, and this must be considered. Using data from the Canadian Community Health Survey—Mental Health (CCHS-MH 2012), the purpose of this article is to provide a portrait of the mental health of Francophone youth aged 15 to 24 living in a minority language community and to compare it to that of Francophone youth living in Quebec.

Publisher(s)

Institut canadien de recherche sur les minorités linguistiques / Canadian Institute for Research on Linguistic Minorities

ISSN

1927-8632 (digital)

[Explore this journal](#)

Cite this article

Bouchard, L., Batista, R. & Colman, I. (2018). Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012. *Minorités linguistiques et société / Linguistic Minorities and Society*, (9), 227–245.
<https://doi.org/10.7202/1043504ar>



Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones de 15 à 24 ans : données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012

Louise Bouchard

Université d'Ottawa

Ricardo Batista

Université d'Ottawa

Ian Colman

Université d'Ottawa

Résumé

La plupart des maladies mentales apparaissent à l'adolescence ou au début de la vie adulte; elles influent sur les réussites scolaires, les possibilités et les succès professionnels ainsi que les relations personnelles et peuvent avoir des répercussions tout au long de la vie. Bien que la majorité des jeunes traversent leur adolescence sans problèmes, une proportion suffisamment importante montre toutefois un profil préoccupant dont il faut prendre acte. L'objectif de cet article est de brosser, à partir des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM 2012), un portrait de la santé mentale des jeunes francophones de 15 à 24 ans vivant en situation linguistique minoritaire et de le comparer à celui des jeunes francophones vivant au Québec.

Abstract

Most mental illnesses first appear during adolescence or in early adulthood; they affect academic achievement, career opportunities and success, and personal relationships, and can have life-long impacts. Whereas most young people navigate adolescence without problems, a sufficiently large proportion however have worrisome profiles, and this must be considered. Using data from the Canadian Community Health Survey—Mental Health (CCHS-MH 2012), the purpose of this article is to provide a portrait of the mental health of Francophone youth aged 15 to 24 living in a minority language community and to compare it to that of Francophone youth living in Quebec.

Les incertitudes qui caractérisent le monde moderne ainsi que la forte pression de performance, de réalisation de soi et de réussite seraient la source d'un mal-être grandissant chez de nombreuses personnes, qui pourrait être qualifié de nouveau « malaise dans la civilisation » (Stora, 2005). Le stress en serait une des principales causes et ses conséquences sur la santé des individus, sur celle des populations et sur l'économie (absentéisme, présentéisme et baisse de productivité) sont largement démontrées. Les angoisses d'aujourd'hui ont plusieurs visages : anxiété vis-à-vis de l'avenir, surtout chez les jeunes ; peur de l'échec, du chômage, de l'isolement, de la maladie ; fractures et tensions sociales. Ces difficultés seraient à l'origine d'une détresse, d'une souffrance, voire d'une incapacité dont les effets entravent les trajectoires de vie, que ce soit dans les rapports familiaux et sociaux, à l'école ou au travail. La santé mentale s'avère d'une très grande importance pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays.

Selon la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) (2012b), les troubles mentaux toucheraient environ 20 % de la population canadienne, mais plus de 28 % des jeunes adultes de 20 à 29 ans. La Commission évalue que, à l'âge de 40 ans, une personne sur deux souffrira d'un trouble mental. Plusieurs de ces problèmes apparaissent à l'adolescence, une période de transition qui peut avoir une influence déterminante sur la santé la vie durant (Kessler et coll., 2007). Les troubles mentaux ont un impact substantiel sur l'économie canadienne ; ils auraient coûté, en 2011, 50 milliards de dollars, soit 2,8 % du PIB (CSMC, 2012b : 15).

Statistique Canada a mené deux cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes traitant spécifiquement de la santé mentale en 2001 et en 2012 (ESCC-SM). Ces enquêtes transversales produisent des estimations nationales portant autant sur la santé mentale positive que sur les principaux troubles mentaux et la prestation des services de santé mentale (Statistique Canada, 2013). Quelques rapports en ont émané mais aucun ne traite de la santé mentale des minorités de langue officielle du Canada. Pourtant, ce contexte est reconnu pour avoir des effets sur l'accès aux ressources sociales dans sa langue et, par ricochet, sur la santé et le bien-être des individus et des populations (Bouchard et Desmeules, 2011). L'objectif du présent article est de brosser, à partir des données de l'ESCC-SM 2012, un portrait de la santé mentale des jeunes francophones de 15 à 24 ans vivant en situation linguistique minoritaire et de le comparer à celui des jeunes francophones vivant au Québec.

État des connaissances

La maladie mentale et la santé mentale doivent être conçues comme deux notions distinctes – bien qu'inter reliées – et appellent à de nouvelles stratégies d'intervention pour le mieux-être des populations. La Commission de la santé mentale du Canada (2012a) ainsi que de nombreux rapports indiquent l'importance de promouvoir la santé mentale pour toute

la population et de prévenir la maladie mentale le plus tôt possible. Ces rapports reconnaissent également que le traitement seul ne suffit pas à réduire l'impact des troubles mentaux.

La santé mentale n'est pas que l'absence de maladie, comme la définit l'Organisation mondiale de la Santé. Elle est vue comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (Organisation mondiale de la Santé, 2014).

La santé mentale optimale est une notion qui se rapproche de celle du bien-être, qui fait référence aux ressources psychologiques, sociales et environnementales qui permettent à l'individu et aux collectivités de mener une « vie satisfaisante », de se développer et de surmonter l'adversité (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Cette vision éminemment sociale de la santé la relie aux conditions et trajectoires de vie qui touchent de façon différentielle les individus et les populations. Certains seront plus vulnérables que d'autres et certaines conditions sociales sont plus génératrices de mal-être que d'autres : pauvreté, faible instruction, insécurité sociale, conditions de travail éprouvantes, discrimination, exclusion, mode de vie malsain, risques de violence et de mauvaise santé physique comptent parmi les déterminants les plus importants (OMS, 2016a).

La maladie mentale, quant à elle, renvoie à la gamme de comportements, de pensées et d'émotions à l'origine d'une détresse, d'une souffrance, d'une incapacité qui limite la personne dans son fonctionnement et ses relations sociales (CSMC, 2012b). Ces troubles sont généralement associés aux troubles anxieux, de l'humeur, de consommation de substances, de la personnalité, des conduites, du comportement alimentaire, du sommeil, aux troubles psychotiques, au retard mental ainsi qu'aux démences (Kovess-Masféty, 2010).

Le brouillage des repères de sens et de valeurs de notre monde en forte mutation rendrait plus difficile pour les jeunes le passage à l'âge adulte (Le Breton, 2003 ; MacKinnon et Colman, 2016). Si une majorité de jeunes s'intègrent bien, une part non négligeable d'entre eux peinent à trouver leur place. Les « conduites à risque » qui ont pris une ampleur remarquable sont des signaux inquiétants : accidents, tentatives de suicide et suicides, toxicomanie, errance, troubles alimentaires, violences, etc., témoignent d'un mal de vivre. La recherche de sensations fortes, d'expériences intenses et de défis serait pour les jeunes une manière de tester leurs possibilités personnelles, voire même un « affrontement symbolique de la mort » (Le Breton, 2003).

Quel portrait avons-nous de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada? Tout d'abord, en ce qui a trait à la santé mentale complète qui allie sentiment positif à l'égard de la vie, bonne santé fonctionnelle (santé mentale florissante) et absence de troubles mentaux, l'étude de Gilmour (2014) indique que si 73 % de l'ensemble des Canadiens se classent

dans cette catégorie, la proportion tombe à 65 % chez les jeunes de 15 à 24 ans. Outre l'âge, d'autres facteurs sociaux influent sur la prévalence de la santé mentale complète. Ainsi, le célibat, l'invalidité, le statut d'Autochtone, la faible éducation et le faible revenu, le milieu urbain, l'absence de forte spiritualité caractérisent les groupes les moins susceptibles d'avoir une santé mentale complète. Il est à souligner que les hommes et les femmes ne présenteraient pas de différence sur ce plan. L'étude de Gilmour rapporte également que la proportion de personnes ayant une santé mentale florissante est plus élevée au Canada qu'aux États-Unis ou qu'en France, à titre d'exemples.

Des études ont montré que l'absence de santé mentale florissante augmente la probabilité de mortalité pour toutes les causes de maladie chez les hommes et les femmes à tout âge et qu'elle est un indicateur d'un risque accru d'épisode dépressif majeur (Keyes et Simoes, 2012). On a également trouvé que la santé mentale positive constitue un facteur protecteur contre le comportement suicidaire et le dysfonctionnement scolaire chez les étudiants, qu'ils soient ou non affectés d'un trouble mental reconnu (Keyes et coll., 2012). Une étude auprès d'une cohorte d'étudiants durant leur internat de médecine a montré que ceux qui déclaraient un faible niveau de bien-être risquaient davantage de souffrir d'un épisode dépressif (Grant, Guille et Sen, 2013). L'évaluation du bien-être a des retombées pratiques pour la prédiction et la prévention de la dépression.

La détresse psychologique, un état de souffrance émotionnelle caractérisé par des symptômes de dépression et d'anxiété modérés à sérieux, constitue un bon indicateur de la santé mentale d'une population. Les études montrent que le niveau de détresse est généralement plus élevé chez les jeunes adultes que chez les plus âgés et chez les femmes que chez les hommes, et ce, dans tous les groupes d'âge (Drapeau, Marchand et Forest, 2014). Ce résultat se confirme dans le portrait de la santé mentale des Québécois : les femmes (26 %) plus que les hommes (20 %) et les jeunes de 15 à 24 ans (30 %) plus que les 65 ans et plus (19 %) se situent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, comparativement à 23 % pour l'ensemble du Québec et à 20 % pour le reste du Canada (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015).

Le tiers des Canadiens (33 %) ont déclaré avoir eu, au cours de leur vie, un trouble mental (anxiété, dépression, trouble bipolaire) ou un trouble de consommation de substances (alcool, cannabis, drogues) selon les mesures de l'ESCC-SM. Une étude de Pearson, Janz et Ali (2013) révèle que 13 % des Canadiens ont un trouble de l'humeur et 22 % un trouble de consommation. Par contre, cette étude signale que ce sont les plus jeunes (15 à 24 ans) qui sont les plus nombreux à rapporter avoir eu un trouble de l'humeur au cours des 12 mois précédant l'enquête de 2012 (8 %) par rapport aux 65 ans et plus (2 %), ainsi qu'un trouble de consommation (12 %) par rapport aux 45 ans et plus (2 %). Les jeunes femmes sont plus

touchées par les troubles de l'humeur et les jeunes hommes, par les troubles de consommation de substances (Pearson, Janz et Ali, 2013).

Les études qui ont cherché à déterminer s'il y avait des différences quant aux problèmes de santé mentale entre populations de langue officielle minoritaire et majoritaire sont arrivées à la conclusion que les profils étaient, en 2002, plutôt similaires, hormis une prévalence significative légèrement plus élevée des troubles de l'humeur dans la population de langue officielle minoritaire francophone (Puchala, Leis, Lim et Tempier, 2013). Chartier et ses collaborateurs (2014) n'ont pas trouvé de différences concernant les troubles anxieux ou de l'humeur entre les populations francophone et non francophone du Manitoba. La même étude révèle cependant qu'en région rurale les francophones avaient des taux plus faibles de troubles liés à la consommation de substances, de suicide et de tentatives de suicide.

Le suicide constituait en 2012 la deuxième cause de décès dans le monde chez les jeunes de 15 à 29 ans (OMS, 2016b; Statistique Canada, 2014). Selon les données de l'ESCC-SM 2012, 14 % des jeunes Canadiens de 15 à 24 ans ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (Findlay, 2017). Ces jeunes montrent des taux plus élevés d'idéation suicidaire que les adultes (MacKinnon et Colman, 2016). Une étude réalisée au Nouveau-Brunswick rapporte que 10 % des jeunes francophones des 10^e, 11^e et 12^e années avaient déclaré en 2002 avoir réellement tenté de se suicider au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête. La proportion de filles (13 %) était plus élevée que celle des garçons (8 %) (Poirier, Godin et Schofield, 2005). Bien que le suicide soit considéré comme découlant d'un trouble mental, principalement la dépression, les preuves sont nombreuses à l'attribuer à la consommation de substances (Weeks et Colman, 2016). Selon le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies (2016), le risque de suicide serait 9,8 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble lié à l'alcool.

Les jeunes seraient moins enclins que les personnes plus âgées à utiliser des services professionnels de la santé mentale et plus susceptibles d'abandonner leurs soins ou d'avoir des attitudes négatives envers ces soins (Edlund et coll., 2009; Findlay et Sunderland, 2014; Mackinnon et Colman, 2016). L'étude Findlay et Sunderland (2014) rapporte que 12 % des jeunes Canadiens de 15 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé un service professionnel de santé mentale au cours de l'année 2012 et que 27 % ont cherché à obtenir de l'aide auprès de sources de soutien informelles parmi lesquelles l'Internet occupe une place importante. Seulement la moitié des jeunes ayant un trouble mental et le quart de ceux ayant un trouble de consommation de substances ont déclaré utiliser un service professionnel, et parmi eux les jeunes femmes tendent à utiliser davantage des services de santé mentale, qu'ils soient formels ou informels (Bergeron, Poirier, Fournir, Roberge et Barrette, 2005; Fleury et coll., 2012; Findlay et Sunderland, 2014). Les jeunes rapportent comme principales barrières à la recherche de services de santé mentale la stigmatisation liée aux troubles mentaux, la

difficulté à reconnaître les symptômes (faible littératie) et la volonté de régler le problème soi-même (Gulliver, Griffiths et Christensen, 2010). Les attitudes négatives à l'endroit de la recherche d'aide sont plus élevées chez les jeunes hommes défavorisés sur le plan socioéconomique, célibataires et peu instruits. Le trouble de consommation de substances et le trouble de la personnalité antisociale seraient associés à des attitudes négatives plus marquées envers les soins (Jagdeo, Cox, Stein et Sareen, 2009).

Selon les données du Système canadien de surveillance des maladies chroniques¹, au cours de chaque année de la période de 1996 à 2010, 14 % de la population canadienne a utilisé des services de santé pour des maladies mentales. L'augmentation relative la plus forte au cours de la période de surveillance a été observée chez les jeunes adolescents de 10 à 14 ans. Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'utiliser des services de santé pour des maladies mentales, surtout celles âgées de 25 à 39 ans. Par contre, les garçons de moins de 15 ans utiliseraient davantage les services pour des maladies mentales, probablement à cause des troubles des conduites ou de déficit de l'attention, plus fréquents dans ce groupe (Agence de la santé publique du Canada, 2015). D'autre part, l'Institut canadien d'information sur la santé a relevé un accroissement important du nombre d'hospitalisations chez les jeunes de 10 à 17 ans pour une blessure auto-infligée, ce qui englobe l'intoxication, le suicide et les tentatives de suicide. Cette hausse serait attribuable à une augmentation de 102 % chez les filles de 2009 à 2014 (Institut canadien d'information sur la santé, 2014).

Méthodologie

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC-SM) a pour principaux objectifs : 1) d'évaluer l'état de santé mentale de la population canadienne en ce qui a trait aux continuums de la maladie mentale et de la santé mentale positive ; 2) de documenter l'accessibilité et l'utilisation des services de santé mentale, l'aide reçue de la part de l'entourage, les besoins perçus et les besoins non comblés ; 3) d'évaluer le fonctionnement, les capacités et les incapacités en regard de la santé mentale et de la maladie mentale ; 4) d'examiner les liens entre la santé mentale et certaines caractéristiques sociales, démographiques, géographiques et économiques ; 5) d'évaluer les changements survenus au plan de la santé et de la maladie mentales, l'utilisation des services et le niveau de fonctionnement par rapport aux données recueillies dans le cadre de l'ESCC – Santé mentale et bien-être de 2002 (Statistique Canada, 2013).

1. Le Système canadien de surveillance des maladies chroniques « relève les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales, lesquelles incluent les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux » (Agence de la santé publique du Canada, 2015 : 1).

Notre objectif est de dresser le portrait de la santé et de la maladie mentales, des besoins de services, des ressources consultées, des caractéristiques sociodémographiques des jeunes francophones de 15 à 24 ans vivant soit au Québec (une province officiellement francophone), soit en situation linguistique minoritaire (les autres provinces canadiennes majoritairement anglophones).

Échantillon

L'échantillon transversal de l'ESCC-SM de 2012 était composé de la population à domicile de 15 ans et plus des provinces, excluant les habitants des réserves et d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et la population vivant en établissement (environ 3 % de la population). Le taux de réponse a été de 68,9 %, ce qui correspond à un échantillon de 25 113 personnes représentatif de 28,3 millions de Canadiens (Statistique Canada, 2013). La présente analyse se fonde sur un sous-échantillon de 1 040 francophones vivant à l'extérieur de la province de Québec (en situation minoritaire). Des poids d'échantillonnage d'enquête ont été appliqués afin que les résultats soient représentatifs de la population canadienne, ainsi que des poids *bootstrap* afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuable au plan de sondage complexe (Rust et Rao, 1996).

L'identité linguistique francophone a été déterminée à l'aide d'un algorithme permettant de sélectionner les individus en fonction de quatre variables présentes dans l'ESCC : la langue de conversation, la langue parlée à la maison, la langue de l'entrevue et la langue de contact préférée lors de l'enquête. Cette méthode a permis de distinguer le plus clairement possible les groupes à partir de la langue parlée et préférée, et de retenir uniquement les personnes qui déclarent parler le français, qu'elles soient francophones ou nouvellement immigrées.

Mesures administrées dans l'ESCC-SM 2012

Santé mentale positive – L'échelle du Continuum de santé mentale (CSM) élaborée par Keyes (2002) évalue, au moyen d'un questionnaire abrégé de 14 questions, le bien-être émotionnel et certains aspects du fonctionnement psychologique et social des participants. Cette échelle permet de distinguer trois catégories de santé mentale : florissante, languissante et modérément bonne. Cet instrument a été utilisé dans plusieurs enquêtes populationnelles au Canada (enquêtes de Statistique Canada), en Australie et aux États-Unis (Gilmour, 2014).

Troubles mentaux et troubles liés à la consommation de substances – Six troubles (dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool et/ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis et/ou dépendance au cannabis, abus d'autres drogues et/ou dépendance à d'autres drogues) ont été mesurés, tels que déterminés par le Composite International Diagnostic Interview 3.0 (Kessler et Üstün, 2004) de l'Organisation mondiale

de la Santé (CIDI-OMS), basé sur les définitions du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV)* et de la *Classification internationale des maladies (CIM-10)*. Il s'agit d'un instrument normalisé couramment utilisé dans les enquêtes de population.

Santé mentale complète – Cette variable a été créée à partir de la catégorie *santé mentale florissante* et de la variable *absence de troubles mentaux et de consommation de substances* au cours de la vie (Gilmour, 2014).

Détresse psychologique – Cette variable est mesurée selon l'échelle de Kessler et coll. (2003) en 10 questions portant sur les sentiments d'épuisement, de nervosité, d'agitation, de désespoir, de tristesse et de dépression, de découragement et d'inutilité ressentis au cours du dernier mois. Chacune des questions est notée sur 4 points ; plus le score est élevé, plus la détresse est prononcée. Étant donné que les concepteurs de l'échelle n'ont pas proposé de seuil facilitant l'interprétation des données, nous nous sommes alignés sur la méthode utilisée par l'Institut de la statistique du Québec et basée sur la répartition de la population en quintiles. Ainsi, les 20 % de la population qui présente les scores les plus élevés ont servi à établir le seuil à partir duquel on peut postuler que les personnes se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Ce seuil, établi à 9 lors des analyses effectuées en 2002 (cycle 2.1 de l'ESCC sur la santé mentale), a été repris pour les analyses de l'ESCC-SM 2012. Ce seuil n'étant pas un seuil clinique, on ne peut l'interpréter comme une prévalence de la détresse psychologique (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015).

Besoins perçus et état du besoin – Ces variables ont été créées à partir d'une série de questions concernant l'aide recherchée pour traiter un problème de santé mentale, soit une aide relative à l'information, aux médicaments, à la consultation ou aux services de santé mentale, ainsi que l'appréciation de l'aide reçue afin de déterminer dans quelle mesure le besoin de services de santé mentale a été satisfait ou non.

Ressources en santé mentale – On a demandé aux répondants si, au cours des 12 derniers mois, ils avaient consulté en personne ou par téléphone une ressource professionnelle ou informelle de soutien pour un problème émotionnel, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues. Les *ressources professionnelles* incluaient les psychiatres, les médecins de famille/omnipraticiens, les psychologues, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les conseillers/psychothérapeutes et l'hospitalisation. Les *ressources informelles* incluaient les membres de la famille, amis, collègues de travail, superviseurs ou patrons, enseignants et directeurs d'école, services offerts par les employeurs, groupes d'entraide, lignes téléphoniques, médias sociaux et forums de discussion.

Analyses

Les résultats obtenus découlent d'analyses descriptives bivariées et sont présentés sous forme de proportions (%). Le test du khi carré a été utilisé pour la comparaison des proportions entre les deux populations de jeunes francophones. Les tests statistiques pour évaluer la précision de l'estimation ont été effectués au seuil de 5 %. Les analyses ont été exécutées à l'aide du logiciel SAS, v. 9.4.

Résultats

Profil sociodémographique

Notre échantillon de jeunes francophones vivant à l'extérieur de la province de Québec et âgés de 15 à 24 ans est composé de 44 % de jeunes femmes et de 56 % de jeunes hommes, dont 57 % vivent en Ontario, 14 % dans les provinces de l'Ouest (du Manitoba à la Colombie-Britannique) et 29 % dans les provinces de l'Atlantique. Les trois quarts des jeunes vivent en milieu urbain (74 %). La plupart d'entre eux sont encore aux études (68 %), mais 43 % n'ont pas obtenu de diplôme d'études secondaires alors que 37 % détiennent un diplôme d'études collégiales. Quatre jeunes sur 10 (41 %) vivent dans un ménage se situant dans le quintile de revenu inférieur (quintiles 1 et 2 combinés). La très grande majorité est célibataire (93 %), contre 7 % qui sont mariés ou en couple. Parmi ces jeunes francophones, 10 % ont un statut d'immigrants et 5 % sont autochtones. Enfin, 44 % des jeunes disent accorder une très grande importance à la spiritualité. Le profil sociodémographique des jeunes Québécois est similaire, mais diffère sur le plan du niveau d'éducation, qui est plus élevé (54 % détiennent une certification postsecondaire ou un diplôme collégial alors que seulement 23 % des jeunes ont obtenu un diplôme d'études secondaires, presque deux fois moins que les jeunes francophones hors Québec). En outre, les jeunes Québécois seraient moins enclins à affirmer avoir une forte spiritualité (34 %).

Comportements sanitaires

Les jeunes francophones hors Québec sont des fumeurs réguliers dans une proportion de 20 % et des buveurs réguliers dans une proportion de 49 %. Sur cet aspect, la prévalence est plus élevée chez les jeunes Québécois (65 %). Plus du tiers serait en surplus de poids (35 %) et un faible pourcentage (13 %) déclare être inactif au plan de l'activité physique.

Santé et bien-être

La perception de la santé physique et mentale constitue un indicateur assez juste de l'état de santé objectif : 71 % des jeunes francophones hors Québec estiment avoir une santé physique très bonne ou excellente et 75 %, une santé mentale très bonne ou excellente. Par

contre, une proportion élevée (41 %) déclare une maladie chronique (un état qui dure au moins six mois et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé) et le tiers des jeunes (32 %) se situe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique de Kessler, reconnue pour sa sensibilité à détecter certains troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété (Bougie, Arim, Kohen et Findlay, 2016). Une proportion importante signale la présence de problèmes mentaux ou de consommation de substances dans leur famille (38 %) et 17 % des jeunes ont déclaré avoir vécu des expériences traumatisantes au cours de leur enfance. Les tendances sont à peu près les mêmes chez les jeunes Québécois.

Troubles mentaux et de consommation des substances

Trente-et-un pour 100 des jeunes ont déclaré avoir éprouvé un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances au cours de leur vie. Pour ce qui est des troubles mentaux, 14 % mentionnent un trouble de l'humeur, 14 % un épisode dépressif majeur et 4 % un trouble d'anxiété généralisée. Ce dernier trouble est plus prévalent chez les jeunes Québécois (7 %). Quant aux troubles de consommation de substances, ils touchent 17 % des jeunes francophones hors Québec et 20 % des jeunes du Québec, soit 10 % des jeunes à l'extérieur du Québec contre 13 % au Québec dans le cas de l'alcool et 10 % des jeunes à l'extérieur du Québec contre 13 % au Québec dans le cas du cannabis et des autres drogues.

Santé mentale complète

Vu sur un continuum, le niveau de santé mentale, tel que mesuré par l'échelle de Keyes (2002), est représenté à l'un des pôles par la présence de troubles mentaux et à l'autre par la santé mentale florissante. La santé mentale complète s'applique aux personnes ayant une santé mentale florissante et qui n'ont pas de maladie mentale (Gilmour, 2014). Selon cette mesure, 63 % des jeunes francophones vivant en situation minoritaire auraient une santé mentale complète contre 56 % des jeunes francophones du Québec.

Utilisation des ressources en santé mentale

Un jeune sur 10 (11 % des jeunes) a reçu des traitements pour un trouble mental au cours de sa vie et 9 % ont dû prendre au moins un médicament. Les sources informelles (amis, famille, proches, médias sociaux, etc.) de consultation liée à la santé mentale (22 %) sont plus recherchées que les sources professionnelles (médecins, travailleurs sociaux, psychologues, etc.) (12 %). Quant aux besoins perçus de soins de santé mentale, 16 % des jeunes déclarent en avoir eu besoin, dont 52 % disent que ce besoin n'a été que partiellement satisfait ou n'a pas été satisfait (36 % au Québec).

Discussion

Il est reconnu que la plupart des maladies mentales apparaissent à l'adolescence ou au début de la vie adulte, qu'elles ont un effet sur les réussites scolaires, les possibilités et les succès professionnels ainsi que les relations personnelles et qu'elles peuvent se répercuter la vie durant. Bien que la majorité des jeunes traversent leur adolescence sans problèmes, une proportion suffisamment importante montre toutefois un profil préoccupant dont il faut prendre acte.

Depuis les travaux magistraux de Bronfenbrenner (1979) sur l'écologie du développement humain, il est reconnu que le contexte social s'avère déterminant pour favoriser ou limiter les capacités individuelles (Claes et Lannegrand-Willems, 2014). Par ailleurs, l'avancement de la puberté et l'autonomisation sociale plus tardive induisent des décalages non sans créer quelques brouillages dans les repères (Bariaud et Dumora, 2004). Par exemple, des experts de la psychologie de l'adolescence ont recensé des études montrant que la présence de conflits familiaux ou encore l'appartenance à un statut socioéconomique faible prédisposent à une maturation précoce du jeune, « appuyant ainsi la théorie dite de l'accélération sociale qui stipule que la présence d'adversités dans l'enfance favorise une puberté précoce » (Alsaker, 2014 : 24). La plupart de ces études arriveraient à la conclusion que les filles présentant une puberté précoce sont à risque de présenter des « troubles internalisés et externalisés » tels que l'humeur dépressive, voire même des indicateurs de dépression majeure ou encore des problèmes de délinquance et des comportements sexuels à risque en se liant à des pairs plus âgés et déviants. Les résultats de recherche démontreraient moins clairement chez les garçons un lien avec des problèmes émotionnels, sans toutefois l'écarter, mais pas pour les risques de déviance, notamment en ce qui a trait à la consommation de substances (Alsaker, 2014). Parmi les principaux facteurs d'influence sur le développement sain et l'identité des jeunes, les normes sociales transmises par les médias, notamment celles relatives à l'image corporelle, modèlent probablement fortement les consciences. Les jeunes d'aujourd'hui auraient plus de difficulté « à trouver des repères pour la construction de soi comme pour l'orientation de soi » (Bariaud et Dumora, 2004 : 4).

Un autre élément de contexte qui pourrait influencer sur le bien-être des jeunes est la situation linguistique minoritaire. Landry, Deveau, Losier et Allard (2009) ont trouvé un lien positif entre l'identité ethno linguistique forte (autodéfinition et engagement) et le bien-être psychologique (satisfaction de vie et autoévaluation positive de son état de santé) chez des élèves d'écoles francophones secondaires en contexte minoritaire.

Nos résultats montrent qu'une proportion de jeunes francophones de 15 à 24 ans présente un profil de santé mentale dont il faut se préoccuper. Si l'on prend la santé mentale complète en guise de mesure, 63 % des jeunes francophones vivant en situation minoritaire mais 56 % des jeunes du Québec auraient une santé mentale complète; c'est donc dire que

plus d'un jeune sur trois pourrait se situer dans une zone de vulnérabilité en ce qui a trait à sa santé mentale. En termes de comportements sanitaires, environ un jeune sur sept est un fumeur régulier, un jeune sur deux un buveur régulier et un sur trois serait en surplus de poids. Quatre jeunes sur 10 déclarent avoir un problème de santé chronique. Un tiers des jeunes se situe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, 4 sur 10 signalent la présence de problèmes de santé mentale dans leur famille et 2 jeunes sur 10 disent avoir vécu au cours de leur enfance une expérience traumatique. Enfin, un jeune sur trois indique avoir vécu un trouble mental ou un trouble de consommation au cours de sa vie. Les sources informelles de consultations liées à la santé mentale sont deux fois plus choisies que les sources professionnelles et un jeune sur six a mentionné avoir eu un besoin de services de santé mentale, dont plus de la moitié n'auraient eu qu'une réponse partielle ou insatisfaisante.

Nos données montrent des tendances similaires chez les jeunes francophones, qu'ils vivent au Québec ou à l'extérieur du Québec, hormis un niveau d'éducation plus élevé au Québec ainsi qu'un abus d'alcool ou de drogues légèrement plus prévalent et un niveau plus faible de santé mentale complète. Par ailleurs, on dénote une spiritualité plus forte chez les jeunes francophones vivant dans les autres provinces et l'expression d'un besoin de services de santé mentale perçu comme étant partiellement satisfait ou non satisfait. Cette dernière dimension est toutefois préoccupante en contexte linguistique minoritaire, caractérisé par une offre déficiente de services de santé en français, et pourrait signifier pour ces jeunes un manque d'accès aux services de santé mentale. Ces données, cependant, ne nous permettent pas de postuler un effet spécifique de la situation linguistique minoritaire qui pourrait influencer sur la santé et la maladie mentales des jeunes. Des analyses ultérieures seront nécessaires pour mieux comprendre les déterminants sociaux de la santé et de la maladie mentales dans différents milieux.

Limites

L'ESCC-SM étant une enquête transversale, elle n'autorise pas à établir de liens de causalité entre les variables. Comme certains troubles mentaux ont été pris en compte et d'autres exclus, la prévalence des troubles mentaux et des besoins de services de santé mentale pourrait être sous-estimée. De plus, les données autodéclarées sur les diagnostics et la recherche d'aide pourraient aussi différer des données provenant de fichiers administratifs, en raison de certains biais de mémoire ou de désirabilité sociale. Il faut également considérer que l'échantillon de l'enquête exclut la population vivant en établissement de son champ d'observation. Enfin, le faible échantillon de francophones limite les analyses, tout particulièrement pour les sous-groupes tels que les jeunes de 15 à 24 ans, pour lesquels la description différenciée selon le sexe n'a pas été possible. Ce faible échantillon a également un impact sur la précision des estimations, qu'il faut généralement interpréter avec prudence.

Néanmoins, ces enquêtes représentatives de la population permettent d'avoir un aperçu des tendances en l'absence de données plus exhaustives.

Conclusion

Si la prédiction de la Commission de la santé mentale du Canada (2012b) selon laquelle à l'âge de 40 ans 1 personne sur 2 a ou aura eu une maladie mentale se confirme et étant donné que celle-ci apparaît généralement au cours de l'adolescence et de la transition à l'âge adulte, la promotion de la santé mentale devrait être au premier plan des priorités sociales. Sachant que tout près d'un tiers des jeunes francophones de 15 à 24 ans se situerait au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, un filtre sensible aux troubles anxieux et de l'humeur; sachant que la moitié des jeunes qui déclarent un trouble mental ou de consommation ne consulte pas; sachant que l'aide que reçoivent les jeunes ne répond pas au besoin d'une proportion importante d'entre eux; sachant que certaines conditions sociales sont des déterminants majeurs de la santé (voir le tableau 1), un plan de promotion de la santé qui touche véritablement les jeunes dans leurs différents milieux de vie s'avère primordial. L'école joue un rôle fondamental pour donner aux jeunes le maximum de chances de s'autonomiser, de réaliser leur plein potentiel et de bien vivre leur vie, particulièrement à ceux et celles qui vivent davantage d'adversités en raison de leurs conditions sociales. Ainsi, face à ces constats, il est à souhaiter que les professionnels de la prévention et des soins obtiennent les ressources nécessaires pour exercer leur métier auprès des jeunes, de même que soient multipliées les opportunités d'emploi, de formation et de développement des jeunes, qui encore de nos jours souffrent d'un important sous-financement qui va en s'accroissant quant à l'accès aux études, notamment en ce qui a trait aux études supérieures (Vadeboncoeur, Grenier, de Tilly et Dumas, 2009), creusant encore davantage le fossé des iniquités intergénérationnelles.

Tableau 1
Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones
de 15 à 24 ans : données de l'ESCC-SM 2012

	Francophones	
	Hors Québec	Québec
	% IC (95 %)	% IC (95 %)
Âge		
15-17 ans	40 (26,0-54,1)**	30,9 (25,6-36,2)
18-24 ans	60 (46,0-74,1)	69,1 (63,9-74,4)
Sexe		
Femme	44,4 (31,8-57,0)	49,4 (47,2-51,6)
Homme	55,6 (43,0-68,2)	50,6 (48,4-52,8)

Tableau 1 (suite)
Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones
de 15 à 24 ans : données de l'ESCC-SM 2012

	Francophones	
	Hors Québec	Québec
	% IC (95 %)	% IC (95 %)
Lieu de résidence		
<i>Ontario</i>	57,2 (42,9-71,5)	
<i>Ouest/Pacifique</i>	13,9 (4,5-23,3)*	
<i>Est/Atlantique</i>	28,9 (18,5-39,4)*	
<i>Québec</i>		100
Milieu urbain	74 (62,8-85,2)	77,1 (71,8-82,5)
Milieu rural	26 (14,8-37,2)*	22,9 (17,5-28,2)
Niveau d'éducation		
<i>Moins d'un diplôme d'études secondaires</i>	43,0 (29,4-56,5)*	23,0 (19,4-27,4)
<i>Diplôme d'études secondaires</i>	14,2 (5,2-23,1)*	14,1 (9,6-18,5)
<i>Certificat postsecondaire et diplôme collégial</i>	37,3 (23,9-50,7)*	53,7 (48,4-59,0)
<i>Certificat et diplôme universitaires</i>	5,4 (0,3-10,5)**	8,7 (5,7-11,7)*
Statut d'étudiant	68,4 (56,5-80,3)*	62,4 (57,6-67,2)
Niveau de revenu du ménage		
Quintiles de revenu 1-2 (faible/moyen inf.)	40,7 (28,6-52,9)	38,6 (33,4-43,7)
Quintiles de revenu 3-4-5 (moyen/élevé)	59,3 (47,1-71,4)	61,4 (56,3-66,6)
Statut civil		
<i>Vivant seul</i>	92,8 (88,5-97,2)	86,9 (83,4-90,0)
<i>Marié ou en couple</i>	7,2 (2,8-11,5)*	13,1 (9,8-16,4)
Statut d'immigrant	9,7 (2,1-17,4)**	10,6 (7,1-14)**
Statut d'Autochtone	5,1 (0,9-11,1)**	2,1 (0,42-3,7)**
Forte spiritualité (oui)	44,1 (30,2-58,0)*	33,6 (28,7-38,2)
Style de vie		
<i>Fumeur (régulier)</i>	14,4 (5,2-23,7)*	13,4 (10,3-16,5)
<i>Buveur (régulier)</i>	49,3 (36,6-62,1)	64,9 (60,1-69,7)
<i>Embonpoint/obésité (IMC ≥ 25)</i>	35,2 (20,8-48,0)*	27,6 (21,7-31,4)
<i>Niveau d'activité physique : inactif</i>	12,7 (6,0-19,4)	16,2 (12,6-19,8)
Perception de sa santé physique		
<i>Très bonne ou excellente</i>	71,3 (60,9-81,8)	73,1 (68,8-77,4)
Perception de sa santé mentale		
<i>Très bonne ou excellente</i>	74,9 (64,0-86,7)	73,9 (69,6-78,2)
Détresse psychologique		
<i>Élevée (K10 ≥ 9)</i>	31,8 (19,1-44,6)*	31,4 (26,5-35,1)
Problèmes de santé chronique (oui)	41,3 (28,4-53,5)	40,2 (35,0-45,6)
Problèmes de santé mentale dans la famille	38,1 (25,5-50,7)*	39,9 (34,9-44,9)

Tableau 1 (suite)
Santé mentale et maladies mentales des jeunes francophones
de 15 à 24 ans : données de l'ESCC-SM 2012

	Francophones	
	Hors Québec	Québec
	% IC (95 %)	% IC (95 %)
Expérience traumatique dans l'enfance (oui)	16,8 (8,4-25,3)*	21,1 (16,9-25,3)
Troubles mentaux (au cours de la vie)		
<i>Abus/dépendance à l'alcool</i>	9,9 (2,9-16,9)**	13,2 (10,2-16,2)
<i>Abus/dépendance au cannabis et aux drogues</i>	10,3 (4,9-15,7)*	13,9 (10,5-17,3)
<i>Troubles de l'humeur</i>	13,9 (3,5-24,3)**	14,7 (11,2-18,2)
<i>Épisode dépressif majeur</i>	13,9 (3,5-24,3)**	12,6 (9,4-15,8)
<i>Trouble d'anxiété généralisée</i>	3,8 (0,7-8,4)**	7,1 (4,3-10,0)*
Troubles de consommation (alcool et drogues)	17,4 (8,5-26,3)*	20,4 (16,5-24,4)
Troubles mentaux et de consommation	31 (19,2-42,9)*	30,4 (26,0-34,9)
Santé mentale complète¹	62,9 (49,7-76,1)	56 (51,1-61,0)
Traitements pour troubles mentaux (vie)	11,4 (4,8-18)	11,5 (8,7-14,3)
Médication pour troubles mentaux	8,5 (0,9-16,2)**	5,5 (3,2-7,7)*
Consultation liée à la santé mentale		
<i>Source professionnelle</i>	7,8 (2,9-12,7)*	9,8 (6,6-12,2)
<i>Source informelle</i>	22,4 (11,2-33,6)*	22,4 (18,0-26,5)
Besoins perçus de soins de santé mentale		
<i>A eu un besoin</i>	15,5 (5,7-25,3)*	18,3 (14,8-21,7)
<i>Besoin partiellement satisfait ou non satisfait</i>	52,4 (43,3-61,5)*	35,8 (33,7-37,9)

1. La santé mentale complète signifie être classé comme ayant une santé mentale florissante selon le continuum de la santé mentale de Keyes (2002) et ne répondre aux critères d'aucun des six troubles mentaux ou de consommation au cours de sa vie (Gilmour, 2014).

N.B. : En raison du faible échantillon de la population de jeunes francophones vivant à l'extérieur du Québec, les estimations ne sont pas toujours précises.

« IC » signifie l'intervalle de confiance et permet d'évaluer la précision de l'estimation d'un paramètre statistique sur un échantillon.

* Coefficient de variation entre 16,5 % et 33,3 %; à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif.

Remerciements

Nous remercions les réviseurs de cet article pour leur excellent travail. Cette étude a reçu l'appui financier du Consortium national de formation en santé (CNFS) – volet Université d'Ottawa ainsi que du Programme des chaires de recherche du Canada pour la collaboration d'Ian Colman. Les analyses contenues dans cet article ont été réalisées au Centre de données de recherche de Carleton, Ottawa, Outaouais (CDR-COO), membre du Réseau canadien des Centres de données de recherche (RCCDR) soutenus par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et Statistique Canada. Les idées exprimées dans ce texte n'engagent que ses auteurs.

Références

- AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA (2015). *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada*, Ottawa, ministère de la Santé.
- ALSAKER, Françoise (2014). « La puberté : étapes du développement pubertaire et incidence psychologique », dans Michel Claes et Lyda Lannegrand-Whillems (dir.), *La psychologie de l'adolescence*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 17-42, coll. « Paramètres ».
- BARALDI, Rosanna, Katrina JOUBERT et Monique BORDELEAU (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- BARIAUD, Françoise, et Bernadette DUMORA (2004). « Les adolescents dans la société d'aujourd'hui », *L'orientation scolaire et professionnelle*, vol. 33, n° 2. En ligne : <http://osp.revues.org/2136> (consulté le 21 novembre 2016).
- BERGERON, Émilie, Léo-Roch POIRIER, Louise FOURNIER, Pasquale ROBERGE et Geneviève BARRETTE (2005). « Determinants of service use among young Canadians with mental disorders », *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, n° 10, p. 629-636.
- BOUCHARD, Louise, et Martin DESMEULES (2011). *Minorités de langue officielle du Canada : égales devant la santé?*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- BOUGIE, Evelyne, Rubab G. ARIM, Dafna E. KOHEN et Leanne C. FINDLAY (2016). « Validation de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (K10) à partir de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2012 », *Rapports sur la santé*, vol. 27, n° 1, p. 3-11, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
- BRONFENBRENNER, Urie (1979). *The ecology of human development*, Cambridge, Harvard University Press.
- CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE LES TOXICOMANIES (2016). « Consommation de substances et suicide chez les jeunes : stratégies de prévention et d'intervention », résumé thématique. En ligne : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSA-Substance-Use-Suicide-Prevention-Youth-Summary-2016-fr.pdf> (consulté le 14 novembre 2016).
- CHARTIER, Mariette Jeanne, Gregory FINLAYSON, Heather PRIOR, Kari-Lynne MCGOWAN, Hui CHEN, Randy WALLD et Janelle DE ROCQUIGNY (2014). « Are there mental health differences between Francophone and non-Francophone populations in Manitoba? », *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 59, n° 7, p. 366-375.
- CLAES, Michel, et Lyda LANNEGRAND-WILLEMS (2014). « La psychologie de l'adolescence : perspectives scientifiques contemporaines », dans Michel Claes et Lyda Lannegrand-Willems (dir.), *La psychologie de l'adolescence*, Montréal, Presses de l'Université de Montréal, p. 7-14, coll. « Paramètres ».
- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012a). *Changer les orientations, changer des vies : stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, Calgary, la Commission.

- COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CMSC) (2012b). *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, s.l., la Commission. En ligne : http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/2016-06/Investing_in_Mental_Health_FINAL_FRE.pdf (consulté le 14 novembre 2016).
- DRAPEAU, Aline, Alain MARCHAND et Charlotte FOREST (2014). « Gender differences in the age-cohort distribution of psychological distress in Canadian adults: Findings from a national longitudinal survey », *BMC Psychology*, vol. 2, n° 25. En ligne : <http://www.biomedcentral.com/2050-7283/2/25>.
- EDLUND, Mark J., Philip S. WANG, Patricia A. BERGLUND, Stephen J. KATZ, Elisabeth LIN et Ronald C. KESSLER (2002). « Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario », *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, n° 5, p. 845-851.
- FINDLAY, Leanne C. (2017). « Dépression et idéation suicidaire chez les Canadiens de 15 à 24 ans », *Rapports sur la santé*, vol. 28, n° 1, p. 3-12, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
- FINDLAY, Leanne C., et Adam SUNDERLAND (2014). « Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans », *Rapports sur la santé*, vol. 25, n° 12, p. 3-13, n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
- FLEURY, Marie-Josée, Guy GRENIER, Jean-Marie BAMVITA, Michel PERREAULT, Yan KESTENS et Jean CARON (2012). « Comprehensive determinants of health service utilisation for mental health reasons in a Canadian catchment area », *International Journal for Equity in Health*, vol. 11, n° 20. En ligne : <http://www.equityhealthj.com/content/11/1/20>.
- GILMOUR, Heather (2014). « Santé mentale positive et maladie mentale », *Rapports sur la santé*, vol. 25, n° 9, p. 3-10 n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada.
- GRANT, Faren, Constance GUILLE et Srijan SEN (2013). « Well-being and the risk of depression under stress », *PLoS ONE*, vol. 8, n° 7, p. e67395.
- GULLIVER, Amelia, Kathleen M. GRIFFITHS et Helen CHRISTENSEN (2010). « Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review », *BMC Psychiatry*, vol. 10, p. 113. En ligne : <http://www.biomedcentral.com/1471-244X/10/113>.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2014). « Blessures auto-infligées chez les jeunes au Canada », fiches d'information. En ligne : https://www.cihi.ca/web/resource/fr/info_child_harm_fr.pdf (consulté le 14 novembre 2016).
- JAGDEO, Amit, Brian J. COX, Murray B. STEIN et Jitender SAREEN (2009). « Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada », *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 54, n° 11, p. 757-766.
- KESSLER, Ronald C., Paul AMMINGER, Sergio AGUILAR-GAXIOLA, Jordi ALONSO, Sing LEE et T. Bedirhan ÜSTÜN (2007). « Age of onset of mental disorders: A review of recent literature », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 20, n° 4, p. 359-364.

- KESSLER, Ronald C., Peggy R. BARKER, Lisa J. COLPE, Joan F. EPSTEIN, Joseph C. GFROERER, Eva HIRIPI, Mary J. HOWES, Sharon-Lise T. NORMAND, Ronald W. MANDERSCHIED, Ellen E. WALTERS et Alan M. ZASLAVSKY (2003). « Screening for serious mental illness in the general population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, n° 2, p. 184-189
- KESSLER, Ronald C., et T. Bedhira ÜSTÜN (2004). « The World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, vol. 13, n° 2, p. 93-121.
- KEYES, Corey L.M. (2002). « The mental health continuum: From languishing to flourishing in life », *Journal of Health and Social Research*, vol. 43, n° 2, p. 207-222.
- KEYES, Corey L.M., Daniel EISENBERG, Geraldine S. PERRY, Shanta R. DUBE, Kurt KROENKE et Satvinder S. DHINGRA (2012). « The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students », *Journal of American College Health*, vol. 60, n° 2, p. 126-133.
- KEYES, Corey L.M., et Eduardo J. SIMOES (2012). « To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality », *American Journal of Public Health*, vol. 102, n° 11, p. 2164-2172.
- KOVES-MASFÉTY, Vivian (2010). « Où commence la pathologie mentale? », dans Catherine HALPERN (coord.), *La santé : un enjeu de société*, Paris, Éditions Sciences Humaines, p. 31-36.
- LANDRY, Rodrigue, Kenneth DEVEAU, Gaëtan F. LOSIER et Réal ALLARD (2009). « Identité ethno-linguistique, autodétermination et satisfaction de vie en contexte francophone minoritaire », *Francophonies d'Amérique*, n° 28, p. 47-70.
- LE BRETON, David (dir.) (2003). *L'adolescence à risque*, Paris, Hachette Littératures.
- MACKINNON, Nathalie, et Ian COLMAN (2016). « Factors associated with suicidal thought and help-seeking behaviour in transition-aged youth versus adult », *Canadian Journal of Psychiatry = Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 61, n° 12, p. 789-796.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2014). « 10 faits sur la santé mentale ». En ligne : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/ (consulté le 6 novembre 2017).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2016a). « La santé mentale : renforcer notre action », *Aide-mémoire*, n° 220. En ligne : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr/> (consulté le 10 novembre 2016).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2016b). « Santé mentale : données et statistiques sur le suicide ». En ligne : http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/suicideprevent/fr/.
- POIRIER Martine, Lise GODIN et Aurel SCHOFIELD (2005). *Enquête panatlantique QCRJ 2002 : comportements à risque en matière de santé des élèves francophones de la 10^e, 11^e et 12^e année*, Acadie-Sherbrooke inc., Centre de recherche et de développement en éducation (CRDE), Université de Moncton.
- PUCHALA Chassidy, Anne LEIS, Hyun LIM et Raymond TEMPIER (2013). « Official language minority communities in Canada: Is linguistic minority status a determinant of mental health? », *Canadian Journal of Public Health = Revue canadienne de santé publique*, vol. 104, n° 6 (suppl. 1), p. S5-S11.

- RUST, Keith F., et Jon N.K. RAO (1996). « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, vol. 5, n° 3, p. 283-310.
- STATISTIQUE CANADA (2013). *Guide de l'utilisateur de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale*, Ottawa, Statistique Canada. En ligne : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015.
- STATISTIQUE CANADA (2017). *Les 10 principales causes de décès 2013*, Ottawa, Statistique Canada. En ligne : <https://www.statcan.gc.ca/pub/82-625-x/2017001/article/14776-fra.htm> (consulté le 6 novembre 2017).
- STORA, Jean-Benjamin (2005). *Le stress*, Paris, Presses universitaires de France, coll. « Que sais-je ».
- VADEBONCOEUR, Julien, Amélie GRENIER, Julien DE TILLY et Gabriel DUMAS (2009). *Mémoire sur l'aide financière aux études*, Montréal, Association pour une solidarité syndicale étudiante. En ligne : <http://www.asse-solidarite.qc.ca/wp-content/uploads/2012/11/me9moire20sur20127afe20assc920septembre2020091.pdf> (consulté le 27 août 2014).
- WEEKS, Murray, et Ian COLMAN (2017). « Predictors of suicidal behaviors in Canadian adolescents with no recent history of depression », *Archives of Suicide Research*, vol. 21, p. 354-364.

Mots clés

identité ethnolinguistique, continuité culturelle, minorité francophone, jeunes adultes, santé mentale

Keywords

ethnolinguistic identity, cultural continuity, Francophone minority, young adults, mental health

Correspondance

louise.bouchard@uottawa.ca

rbati057@uottawa.ca

icolman@uottawa.ca