

La santé des familles défavorisées Health and disadvantaged families

Marie-France Thibaudeau

Volume 10, numéro 1, juin 1985

Parents et enfants

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/030265ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/030265ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)

1708-3923 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Thibaudeau, M.-F. (1985). La santé des familles défavorisées. *Santé mentale au Québec*, 10(1), 27–35. <https://doi.org/10.7202/030265ar>

Résumé de l'article

Cet article brosse un tableau du fonctionnement d'un groupe de familles défavorisées et de la santé des parents et des enfants de moins de dix ans, à partir des données recueillies lors d'une étude évaluative des soins infirmiers expérimentaux prodigués à ces familles sur le territoire de deux C.L.S.C. L'échantillon de 85 familles est composé d'un nombre égal de familles biparentales et monoparentales; les trois-quart sont assistées sociales. Les conditions de logement de la majorité des familles sont déplorables. La moitié des mères viennent de milieux familiaux perturbés. Les familles ont beaucoup de difficulté à faire face aux situations stressantes de la vie quotidienne. L'échelle de Goldberg démontre que les mères sont stressées tout au long du projet. Les pères sont peu présents. Les enfants de moins de dix ans ont des hauts taux d'absentéisme scolaire et présentent des problèmes de santé physique et psychologique.

La santé des familles défavorisées

Marie-France Thibaudeau*

Cet article brosse un tableau du fonctionnement d'un groupe de familles défavorisées et de la santé des parents et des enfants de moins de dix ans, à partir des données recueillies lors d'une étude évaluative des soins infirmiers expérimentaux prodigués à ces familles sur le territoire de deux C.L.S.C. L'échantillon de 85 familles est composé d'un nombre égal de familles biparentales et monoparentales; les trois-quart sont assistées sociales. Les conditions de logement de la majorité des familles sont déplorable. La moitié des mères viennent de milieux familiaux perturbés. Les familles ont beaucoup de difficulté à faire face aux situations stressantes de la vie quotidienne. L'échelle de Goldberg démontre que les mères sont stressées tout au long du projet. Les pères sont peu présents. Les enfants de moins de dix ans ont des hauts taux d'absentéisme scolaire et présentent des problèmes de santé physique et psychologique.

Le mauvais état de santé des familles pauvres est, après le manque d'argent, la caractéristique qui leur est la plus fréquemment attribuée dans la littérature (Alpert, 1967; Conseil national du bien-être social, 1975; Kosa et Zola, 1975). Les auteurs associent la pauvreté à la somatisation, à des déficiences physiques et psychologiques et à des patterns de fonctionnement inadéquat dans la famille (Mechanic, 1964; Pratt, 1971; Lerner, 1975; Fried, 1975). De plus, ces auteurs reconnaissent que les conditions dans lesquelles ces familles vivent ont un impact sur la santé physique, mentale et sociale de leurs membres.

Il sera question dans cet article de familles défavorisées. Ce terme va au delà de la notion courante de pauvreté, laquelle est d'habitude mesurée par un revenu provenant de l'assistance sociale ou par un revenu inférieur à la limite de ceux révisés par Statistique Canada (Conseil national du bien-être social, 1982). Ce terme implique aussi non seulement des dimensions personnelles mais également des causes environnementales. Conséquemment, la famille défavorisée ne peut offrir à ses membres ni les ressources qui vont satisfaire leurs besoins fondamentaux ni les perspectives d'avenir des familles mieux nanties.

La condition des familles pauvres oblige plusieurs d'entre elles à réclamer de l'aide des services de santé, qui semblent d'ailleurs inefficaces et dému-

nis devant la complexité et la chronicité de leurs problèmes.

Cet article veut brosser un tableau du fonctionnement d'un groupe de familles défavorisées et de la santé mentale de leurs membres, à partir des données recueillies lors d'une étude évaluative des soins infirmiers prodigués à ces familles sur le territoire de deux C.L.S.C. Cette étude visait à déterminer l'impact de ces soins sur le fonctionnement en matière de santé d'un groupe de familles défavorisées, sur la santé mentale des parents et des enfants de deux à dix ans et sur l'utilisation des services de santé.

Il sera d'abord question du contexte dans lequel ces données ont été recueillies et des caractéristiques socio-démographiques des familles. Nous présenterons ensuite les résultats des soins sur le fonctionnement des familles, en matière de santé, et sur la santé mentale des parents et des enfants. Nous poserons enfin certaines questions que ces résultats soulèvent.

LE CONTEXTE DE L'ÉTUDE

Quarante familles défavorisées ont été suivies à domicile ou au C.L.S.C. par trois infirmières engagées spécifiquement pour ce projet. Ces familles constituaient le groupe expérimental. Ces infirmières avaient été entraînées à utiliser un modèle de soins basé sur la thérapie de réalité de Glasser (1965). Selon ce modèle, les parents ont un rôle actif dans la définition, le choix et la réalisation de leurs objectifs psychosociaux et de santé, et l'infirmière

* L'auteure, M.Sc.N., est professeur titulaire à la Faculté des sciences infirmières de l'Université de Montréal.

a le rôle d'agent principal du C.L.S.C. auprès de la famille. Dans le cadre d'une relation d'ami, elle établit un contrat avec la famille et met l'accent sur le renforcement du «je» chez la mère. Elle joue aussi le rôle d'avocat de la famille auprès de divers organismes si nécessaire. La participation aux activités communautaires est fortement encouragée.

Des familles semblables à celles du groupe expérimental ont constitué le groupe témoin, qui était suivi par des infirmières d'autres C.L.S.C. ou de départements de santé communautaire dans le cadre de leurs activités régulières, lesquelles comprenaient l'évaluation et la surveillance de la santé de la famille, de la mère et des enfants de tout âge, des soins préventifs, et curatifs au besoin.

Les données ont été recueillies par un interviewer lors d'une entrevue à domicile, auprès des infirmières et auprès des enseignants des écoles primaires. Les trois cueillettes de données ont eu lieu au début du projet (T_1), un an (T_2) et deux ans (T_3) plus tard. Les renseignements obtenus sur les familles du groupe expérimental sont plus complets et plus personnalisés que les renseignements sur les familles du groupe témoin ($N = 35$) qui étaient moins connues des services réguliers.

LES FAMILLES

Le projet s'est centré sur les familles que les intervenants des C.L.S.C. considéraient très démunies. Les familles présentaient les caractéristiques suivantes: un manque d'argent pour subvenir à leurs besoins essentiels tels que la nourriture, le vêtement, l'habitation, l'éducation, les loisirs; des problèmes fréquents et récurrents de santé, soit de nature psychologique, soit de nature physique; de la difficulté à fonctionner dans diverses sphères de la vie; un besoin constant des services de santé et de bien-être.

1. Caractéristiques socio-démographiques des familles

Nous retrouvons un nombre égal de familles biparentales et monoparentales ($N = 42$; $N = 43$). À la fin du projet, le nombre de familles monoparentales a augmenté de 10% car certaines mères se sont séparées. Les âges des mères s'échelonnent entre 15 et 41 ans; 44% d'entre elles ont moins de 27 ans. Cinquante-deux pour cent des mères ont fait des études secondaires; ces données incluent les étu-

des techniques au secondaire et les promotions pour des raisons «d'ancienneté» dans une classe. Les pères sont moins scolarisés. Soixante-seize pour cent (76%) des familles sont assistées sociales au début de l'étude; à la fin du projet, 78% le sont. Les proportions changent d'une période à l'autre à cause du départ de certaines familles ($N_1 = 85$; $N_3 = 65$). Le nombre plus grand de familles assistées sociales depuis deux ans, à la fin du projet, s'explique par la durée du projet et par un plus grand nombre de femmes seules qui ont des jeunes enfants et ne peuvent aller travailler à l'extérieur. Quarante-quatre pour cent (44%) des familles ont un et deux enfants; les familles ont toutes au moins un enfant en bas de 10 ans et au moins la moitié ont un ou des enfants de moins de cinq ans.

Le logement est une préoccupation constante de ces familles pauvres. Un peu plus de 20% des familles des deux groupes vivent dans des habitations à loyer modique; les autres familles habitent des maisons de trois à six pièces dont les conditions d'entretien varient. Quarante pour cent (40%) des familles ont un appartement en bonne condition au début du projet. Toutefois, cette proportion a augmenté pour atteindre la moitié des familles à la fin du projet. Les autres familles ont des conditions de logement très médiocres ou simplement inacceptables. Entre la moitié et les deux tiers des familles disposent de moins d'une pièce par personne. Dans la première année du projet, environ la moitié des familles ont déménagé.

Nous avons recueilli des renseignements sur les antécédents familiaux des mères faisant partie du projet, afin de comprendre davantage leur vécu et le mode de fonctionnement de leur famille. Sur 41 mères, 39 viennent de milieux familiaux perturbés. Ces données troublantes expliquent en partie les difficultés que ces mères éprouvent à créer un milieu familial stable. Sur ces 39 mères, 17 ont été battues, abusées sexuellement ou rejetées de leur famille; 15 ont eu des grossesses avant l'âge de 17 ans et 13 sont encore dépendantes de leur mère; seulement deux ont des parents divorcés. Les renseignements que nous avons eus du groupe témoin laissent croire que la misère était aussi grande dans ce groupe.

Nous avons regroupé en cinq catégories principales les raisons données par les services ou les

familles pour demander de l'aide. Il s'agit ici des 47 familles du groupe expérimental:

| | |
|--|------------|
| Problèmes de santé généraux et spécifiques | 42 (28,6%) |
| Comportements de santé reliés aux événements de la vie quotidienne et aux soins personnels | 35 (23,8%) |
| Relations parents-enfants et incapacité d'assumer le rôle instrumental de mère | 25 (17,0%) |
| Problèmes sociaux (absentéisme scolaire, violence, etc.) | 24 (16,3%) |
| Difficultés à faire face à des situations stressantes, surtout au niveau affectif | 21 (14,3%) |

Nous constatons que chaque famille avait une moyenne de trois problèmes majeurs; la moitié de ces problèmes étaient de nature psychosociale.

2. Le fonctionnement de la famille en matière de santé.

Le fonctionnement de la famille en matière de santé se rapporte à l'interaction, à l'habileté du groupe à satisfaire les besoins physiques, psychologiques et sociaux de ses membres, à sa capacité de faire face aux situations stressantes de la vie et de participer à la vie communautaire. Le fonctionnement de la famille est évalué par l'infirmière à l'aide d'un guide et d'une fiche qui contient les neuf échelles Likert se rapportant à chacune des neuf dimensions suivantes: les connaissances en matière de santé-maladie, l'habileté à résoudre des problèmes de santé, les habitudes de vie et son application des principes d'hygiène, les attitudes envers la santé et les services, la capacité de faire face au stress, les modes de vie familiale, l'action sur l'environnement physique, la connaissance et l'utilisation des ressources de la collectivité, la participation communautaire.

L'échelle du fonctionnement de la famille (EFF) est une mesure de compétence de la famille. Chaque échelle a neuf points; le point 1 correspond au niveau le plus bas, le point 9 au niveau le plus élevé. Une famille avec un fonctionnement moyen aurait un score de 45.

Le tableau 1 présente les scores des familles de chaque groupe pour chacune des dimensions du fonctionnement. Les familles ont au début du pro-

jet un score global moyen (27,42) au-dessous du fonctionnement moyen (45), ce qui est bien inférieur au score moyen 54, obtenu dans un échantillon de 100 familles montréalaises de classes moyenne et ouvrière, lors de la validation de l'échelle (St-Félix-Beauger, 1978). Il est même plus juste de les situer au tiers inférieur. Comme on peut le noter, ces familles éprouvent beaucoup de difficultés à faire face aux situations stressantes ou à composer avec les crises de la vie courante. Elles ont tendance soit à nier qu'une difficulté existe soit à adopter une attitude d'indifférence, de laisser-faire ou de découragement. Rappelons que la mère est seule dans la moitié des familles pour résoudre les nombreuses difficultés. Selon le cadre conceptuel relatif à cette catégorie, la demande d'aide à un service social ou à ces organismes affiliés est une marque d'efficacité dans la résolution d'une crise. Bien que les familles ne semblent pas utiliser suffisamment bien les services communautaires pour obtenir l'aide requise, la dimension «utilisation des services communautaires» obtient le plus haut score.

Les trois premières dimensions se rapportent aux connaissances sur la santé, à la capacité de résoudre des problèmes de santé et aux habitudes de santé. Il s'agit ici de ressources personnelles que doivent posséder les parents pour être efficaces comme agent de santé. Les scores dans ces dimensions sont aussi très bas, ce qui influencera plusieurs autres catégories dans le même sens. En fait, chaque famille fonctionne comme un ensemble; aucun aspect du fonctionnement n'est indépendant de l'autre. C'est ce qui explique l'étendue limitée des scores.

La dimension «mode de vie» est très complexe. Elle se rapporte aux aspects interpersonnels et transactionnels de la vie familiale et touche donc le cœur de la dynamique familiale. Les quatre aspects retenus sont: a) l'autonomie des membres: comment chacun peut être lui-même et prendre ses responsabilités selon son âge; b) les manifestations d'affection entre les membres; c) le respect des autres membres ou l'absence d'autoritarisme et de soumission; d) la structure de la famille (accord et partage des rôles, des tâches et des fonctions). Plusieurs mères dépendaient beaucoup de leur conjoint ou de leurs parents. Il était bien difficile pour elles de s'affirmer et de prendre des décisions, ce qui explique le score moyen le plus bas, à la fin, dans le

groupe expérimental (24,85). L'aspect de cette dimension qui est apparu le plus satisfaisant est la manifestation de sentiments positifs dans la famille; il s'agissait essentiellement de la relation d'affection entre la mère et les enfants. La majorité des mères s'intéressaient profondément à leurs enfants, qui étaient souvent le centre de leurs préoccupations. Plusieurs mères se sentaient d'ailleurs valorisées par leur rôle maternel.

La participation des parents à la vie communautaire reste déficiente. C'est la deuxième catégorie la plus basse, dans les deux groupes, au début et à la fin du projet. L'isolement social est presque toujours une caractéristique des familles défavorisées, probablement relié au sentiment d'impuissance que vivent plusieurs d'entre elles. La participation à un groupe social est vue, par Seligman (1975), comme un moyen pour la famille de regagner con-

fiance en elle-même, car elle peut bénéficier des succès du groupe sans toutefois s'en attribuer personnellement les échecs. Le manque d'argent peut aussi limiter cette participation si le parent ne peut prendre les transports en commun, ne peut se payer une gardienne, ne peut s'acheter le matériel pour participer à certaines activités (par exemple les sports) ou même des vêtements «semblables à ceux des autres». Les mères faisaient souvent face à ces situations, de sorte qu'elles pouvaient difficilement s'engager dans un cours régulier, un comité, un organisme. Certaines mères se sentaient d'ailleurs incompétentes pour participer à de tels regroupements.

Il faut noter que le groupe témoin est resté plutôt stable au cours des deux ans; il a même eu une légère tendance à se détériorer. Les familles du groupe expérimental, elles, ont fait des progrès mar-

TABLEAU 1

Sommaire des résultats (\bar{X}, σ) pour les dimensions et le score global du fonctionnement de la famille

| Dimensions | Groupe expérimental | | | | Groupe témoin | | | |
|---------------------------------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|-----------------------|----------|
| | T ₁ (N=47) | | T ₃ (N=36) | | T ₁ (N=38) | | T ₃ (N=30) | |
| | \bar{X} | σ | \bar{X} | σ | \bar{X} | σ | \bar{X} | σ |
| A. Connaissances | 2,64 | 1,48 | 4,78 ^b | 1,40 | 3,18 | 1,67 | 3,33 | 1,40 |
| B. Habileté | 2,66 | 1,34 | 4,61 | 1,38 | 3,13 | 1,38 | 3,20 | 1,36 |
| C. Habitudes de santé | 2,47 | 1,33 | 4,47 | 1,48 | 3,32 ^d | 1,54 | 3,53 | 1,43 |
| D. Attitudes envers la santé | 3,00 | 1,38 | 4,64 | 1,52 | 3,84 ^d | 1,53 | 3,77 | 1,28 |
| E. "Coping" | 2,09 | 1,16 | 4,72 | 1,49 | 2,87 ^d | 1,51 | 2,97 | 1,54 |
| F. Modes de vie | 2,72 | 1,38 | 4,42 | 1,65 | 3,47 ^d | 1,50 | 3,40 | 1,35 |
| G. Environnement | 3,32 | 1,66 | 4,89 | 1,28 | 3,74 ^d | 1,67 | 3,53 | 1,81 |
| H. Services de santé et sociaux | 3,23 | 1,31 | 5,11 | 1,26 | 4,08 ^d | 1,34 | 3,77 | 1,04 |
| I. Participation sociale | 2,72 | 1,31 | 4,56 | 1,38 | 3,37 | 1,51 | 3,00 | 1,31 |
| Score Global | 24,85 | 7,89 | 42,19 ^b | 1,42 | 31,00 ^d | 9,40 | 30,50 ^f | 9,51 |

b: $p < 0,05$. Diff. sign. entre T₁ et T₃ pour les 9 items.

d: $p < 0,05$.^{*}Diff. sign. entre Gr. E et Gr. C à T₁.

f: $p < 0,05$. Diff. sign. entre Gr. E et Gr. C. à T₃ pour les 9 items.

qués à toutes les dimensions de l'échelle, mais surtout à la «capacité de faire face au stress».

3. Événements importants survenus au cours du projet (Groupe expérimental)

Il semble important de rapporter certains événements survenus au cours du projet, qui jettent plus de lumière sur le genre de problèmes que les familles du groupe expérimental vivent constamment.

Comme nous l'avons indiqué plus tôt, les familles sont mobiles; 78,2% d'entre elles ont déménagé au moins une fois au cours du projet; dans 77,7% des cas, il s'agissait d'une amélioration. Les 15 séparations ou divorces (32,6%) semblent refléter une certaine instabilité; nous n'en sommes pas certains. Comme les séparations sont souvent survenues à la suite d'interventions pour amener la mère à s'affirmer, à s'exprimer et à devenir plus responsable, il faudrait y voir plutôt un phénomène de croissance et de libération. Les cinq décès survenus dans des familles aussi jeunes démontrent à quel point les problèmes de santé physique sont réels. On note, parmi ces décès, un père de 48 ans et une mère de 32 ans en traitement d'hémodialyse. Les autres étaient des enfants. Ces données indiquent que, sur les 36 familles qui restaient dans le projet au T₃, cinq avaient vécu, durant ces deux années, une situation presque constante de grand stress: d'abord la maladie, puis le décès suivi de la période de deuil.

Le pourcentage élevé de familles (52%), qui ont vécu divers autres événements stressants, montre comment ces familles sont constamment soumises à des tensions qui accaparent leur énergie.

LA SANTÉ DES MÈRES

Nous présentons au tableau 2 des données relatives à la santé physique et mentale des mères. La moitié des mères se considère en bonne santé, mais seulement le quart d'entre elles ne présente aucun problème de santé. Elles fument énormément; à la fin du projet, 49% d'entre elles fumaient plus d'un paquet de cigarettes par jour. Elles ne boivent pas d'alcool mais des boissons gazeuses en grande quantité. Contrairement à ce que l'on croit, elles prennent peu de médicaments prescrits de façon régulière, même si 65% d'entre elles ont reçu une ordonnance médicale. Elles disent que les médicaments

«ne les guérissent pas». Selon elles, les médecins évoquent souvent une cause nerveuse à leurs problèmes de santé, alors qu'elles parlent davantage de symptômes que de maladies. Tout compte fait, il ne semble pas y avoir de concordance entre les problèmes de santé qu'elles présentent et les solutions que les médecins offrent.

Les dimensions psychoaffectives de la santé de la mère ont été mesurées par trois échelles, l'échelle de Goldberg (1972), une échelle de tension, l'échelle de foyer de contrôle de Levenson (1972, 1973). La première échelle de 20 items identifie des répondants qui présentent des problèmes psychologiques non psychotiques; elle permet d'évaluer le niveau de stress d'un individu. Un score de 4 ou plus indique que la personne est stressée ou en état de perturbation psychologique qui demande plus d'attention. Nos mères sont plus stressées que la plupart des sujets non psychiatriques dans les études consultées.

Nous avons regroupé les 20 items de l'échelle de Goldberg selon les facteurs identifiés par l'auteur comme des composantes principales d'analyse (1976, 65). La structure des facteurs obtenue ressemble à celle de Goldberg. Le facteur principal «dépression et anxiété» comprend plus d'éléments que dans l'étude de Goldberg et explique 29% de la variance. Les études de corrélation entre des items du facteur «dépression et anxiété» indiquent que les mères ont tendance à manifester plus fortement des symptômes de tension que de dépression.

D'après l'analyse de certaines variables avec les scores de stress, les mères sont tendues et leurs efforts pour changer leur environnement physique les stressent davantage. De façon significative, les mères solitaires obtiennent des scores de stress plus élevés que les mères avec conjoint.

Les résultats de l'échelle de tension de cinq items démontrent une corrélation positive avec l'échelle de Goldberg et avec les dimensions «habitudes de santé et action sur l'environnement physique» de EFF. Les cinq items de cette échelle se rapportent à la surcharge du travail, à la solitude, au plein d'énergie, à la fatigue constante et à la difficulté de se lever le matin (score minimal = 5, maximal = 20).

L'échelle de Levenson, qui contient trois sous-échelles, permet de voir dans quelle mesure une personne croit à ses propres capacités (I), au hasard (C) ou à des personnes qu'elle considère plus puis-

TABLEAU 2
*Distribution des mères quant à certaines variables
 de santé aux T₁ et T₃*

| Variables | T ₁ | (N=85) | T ₃ | (N=65) |
|--|----------------|-----------|----------------|-----------|
| | Nb | % | Nb | % |
| Perception de la santé | | | | |
| Bonne | 41 | (48) | 37 | (57) |
| Passable | 34 | (40) | 28 | (43) |
| Mauvaise | 10 | (12) | 0 | () |
| Problèmes de santé | | | | |
| Aucun | 20 | (23) | 16 | (24) |
| 1-2 | 37 | (44) | 35 | (54) |
| 3-4 | 21 | (24) | 11 | (22) |
| 5 et plus | 7 | (9) | 0 | () |
| Habitude de fumer | | | | |
| Non | 18 | (21) | 18 | (28) |
| Moins de 1 paquet/jour | 32 | (38) | 15 | (23) |
| 1 paquet et plus | 35 | (41) | 32 | (49) |
| Médicaments prescrits (à prendre régulièrement) | | | | |
| Pour une condition | 17 | (20) | 14 | (21) |
| Anticonceptionnels | 11 | (13) | 10 | (15) |
| Tranquillisants | 10 | (12) | 2 | (3) |
| Vitamines | 9 | (10) | 7 | (11) |
| Autres | 10 | (12) | 4 | (6) |
| Stress | | | | |
| Échelle de Goldberg | | \bar{X} | | \bar{X} |
| | | 4,76 | | 4,36 |
| Échelle de tension | | | | |
| | | \bar{X} | | \bar{X} |
| | | 11,22 | | 10,25 |
| Foyer de contrôle | | | | |
| | | \bar{X} | | \bar{X} |
| Interne | | 35,81 | | 34,29 |
| Puissance | | 27,94 | | 26,98 |
| Hasard | | 31,69 | | 28,09 |

santes qu'elle (P). L'analyse démontre qu'au début du projet, les mères ont un foyer de contrôle interne élevé; elles ont également une forte tendance à croire au hasard et une tendance moindre à se sentir contrôlées par des gens plus puissants qu'elles.

Ces résultats peuvent paraître surprenants mais ils ne le sont pas. Il est compréhensible que ces mères contrôlent (dans une certaine mesure et pour certains aspects) leur environnement immédiat, car elles sont des chefs de famille (contrôle interne); mais comme elles sont aussi assistées sociales ou qu'elles dépendent du faible revenu de leur conjoint, elles sont aussi contrôlées par des forces extérieures.

LA SANTÉ DES PÈRES

Les pères ne sont présents que dans la moitié des familles. Nous n'avons pu compiler de données complètes pour chacun d'eux (à cause du petit nombre de sujets, certaines analyses n'ont pas pu être faites). De façon générale, les pères du groupe expérimental (N = 21) se croient en moins bonne santé (47,7%) que les pères du groupe témoin (N = 21; 28,6%). Forcément, plus de pères du groupe expérimental reçoivent l'assistance sociale pour raison de santé que ceux du groupe témoin. Les pères du groupe témoin ne prennent aucun tranquillisant, alors que 19% des pères du groupe expérimental en prennent. Au T₁, 90% du groupe expérimental et 85% du groupe témoin fument, et respectivement 66% et 57% consomment un paquet ou plus par jour. Quatorze pour cent des pères dans les deux groupes boivent régulièrement de l'alcool.

Au cours des entrevues, l'interviewer a remarqué que les pères assistés sociaux tentaient de justifier le fait qu'ils ne travaillent pas en mettant l'accent sur leur rôle dans la famille. Leurs symptômes et maladies semblent être apparus au moment où ils ont perdu l'espoir de trouver du travail.

LA SANTÉ DES ENFANTS DE 5 À 10 ANS

Il est difficile de dresser un tableau précis de la santé des enfants, à cause de la croissance rapide de ceux-ci. Nous n'indiquerons que certains résultats touchant les problèmes de santé des enfants et leur traitement, au niveau de la santé psychologique et de l'absentéisme scolaire. Moins de 25% des enfants (N = 72) sont en bonne santé. Les enfants

du groupe expérimental ont plus de problèmes que ceux du groupe témoin. L'augmentation du nombre de problèmes au T₃ peut être dû au fait que ceux-ci ont été dépistés à l'école, que les enfants ont grandi et que leurs perturbations se sont aggravées. Les problèmes dentaires et visuelles sont les plus élevés.

L'échelle de Glidewell (1968) (échelle de 22 items) permet à la mère d'identifier les symptômes d'ordre psychosomatique et psychologique chez les enfants d'âge scolaire. Les enfants avec un score de plus de 4 sont à haut risque et devraient être vus par un professionnel. Au T₁, 45% des enfants ont un score de plus de 4 et, au T₃, 35%. Les enfants du groupe expérimental ont amélioré leur santé.

L'échelle de santé de Butler (1975) (20 items) mesure cinq dimensions de la santé: les aspects physique, cognitif, social, émotif et le jeu. Plus le score est élevé, plus l'enfant est en santé. Butler utilise le score 34 (échelle de trois points) comme ligne de démarcation entre l'enfant sain et l'enfant malade (notre échelle de cinq points donne un score maximal de 85). Nos sujets se situent en deçà de cette ligne de démarcation (score 51,1). Le score le plus élevé se rapporte au comportement «de se plaindre» et le plus bas à celui de «manifeste ses sentiments». Dans l'étude de Godbout (1978), les enfants d'un quartier pauvre (N = 27) ont un score moyen de 62,5 et les enfants de classe moyenne (N = 53) ont un score moyen de 67,2. Les sujets urbains de Butler (N = 50) atteignent un score moyen ajusté de 75,1.

Les enfants de notre étude manquent de 23 à 24 jours de classe par année. Gilbert (1978) considèrerait que 20 jours ou plus d'absences scolaires était un handicap sociopédagogique. Les raisons de s'absenter qui nous ont été fournies par l'école varient d'un groupe à l'autre: 56% à 79% pour maladie aux T₁ et T₃; 20% à 43% par négligence; 6,7 à 50% pour une raison inconnue (Groupe témoin). Les pourcentages élevés d'absence pour les deux dernières raisons soulèvent la question de la relation école-enfants pauvres et de l'efficacité du système scolaire face à ce problème.

DISCUSSION

Il manque deux éléments à cette analyse de la santé familiale: d'abord l'évaluation psychoaffect-

tive des pères et, ensuite, l'évaluation des enfants de moins de cinq ans. Dans les premiers groupes de sujets, le nombre limité des pères ne nous a pas permis de faire des analyses complexes. La plus grande difficulté vient toutefois du fait que certains pères, à la fin du projet, ne sont pas les mêmes que ceux du début. En effet, les mères sont jeunes, ont peu de ressources et souffrent de solitude et d'isolement social. Aussi veulent-elles améliorer leur situation en tentant de «rebâtir» une famille avec un autre conjoint; il semble toutefois que ce projet ne soit pas souvent un succès. Le nouvel arrivant cherche souvent un gîte; il présente lui-même ses signes d'immaturation et il n'est pas rare qu'il soit sans travail.

Nous avons, avec quelque difficulté, évalué les enfants de deux à quatre ans et demi. Le manque de renseignements sur les petits, chez les infirmières du groupe témoin, limite les connaissances de ce groupe d'enfants. Peu d'outils existaient au début de l'étude pour mesurer la santé mentale des enfants de cet âge. Nous avons donc construit un certain nombre d'instruments d'évaluation mais nous avons peu de normes pour comparer ces outils. De façon générale, nous pouvons conclure que les enfants de cet âge semblent avoir moins de problèmes que leurs aînés ou, alors, que les mères décèlent moins leurs problèmes.

Il existe une cohérence très grande entre les résultats des cueillettes de données sur la santé des familles défavorisées. Ces familles ont de la difficulté à composer avec les exigences de la vie quotidienne; les membres, que ce soit les mères ou les enfants d'âge scolaire, ont tendance à être stressés et à présenter divers problèmes de santé.

Parce que la mère est l'agent de santé dans la famille et parce que sa santé mentale influence celle de ses enfants, nous avons tenté de comprendre le stress qu'elle vit constamment. Nous avons procédé à une analyse de variance multiple basée sur la régression, qui nous a permis de déterminer que la bonne condition du logement, un foyer de contrôle interne élevé chez la mère et une durée de plus de deux ans d'assistance sociale sont associés à un bas niveau de stress. Les habitudes et les modes de vie familiale sont associés également au stress de la mère. C'est dans le groupe des familles ayant les meilleurs ou les pires modes de vie que les mères ont les scores moyens de stress les plus élevés. Bref,

la mère de famille pauvre subit autant de stress à essayer d'assurer aux siens une vie «normale» qu'à endurer la misère.

Les résultats de cette étude soulèvent des questions. Combien de temps ces mères pauvres peuvent-elles vivre dans un tel état de stress? L'analyse des composantes principales de l'échelle de Goldberg indique qu'elles sont plus anxieuses que déprimées.

Puisqu'elles semblent avoir une estime d'elles-mêmes acceptable, leur stress serait alors «continuellement situationnel». Selon Rubin (1976), leur vie serait malgré tout tolérable, étant jugée meilleure que celle de leurs parents ou qu'elles-mêmes ont connue auparavant. Lazarus et Folkman (1984) fournissent une autre explication: celle des gains secondaires. Ainsi, plusieurs de ces mères pauvres évalueraient qu'il est moins difficile d'accepter leur situation actuelle d'assistées sociales que de devoir faire l'effort supplémentaire de s'intégrer au marché du travail ou au monde scolaire.

La capacité, chez les mères du groupe expérimental, d'établir une relation de confiance et l'amélioration du fonctionnement de la famille sont des signes indicateurs de santé mentale. Par contre, les familles sans soutien particulier ont eu tendance à se détériorer. Si on tient compte du fait que les familles les plus démunies étaient introuvables à la fin du projet et que les services avaient peu de moyen (ou peu d'intérêt) pour les retracer, on peut se demander ce qu'il adviendra de la santé des membres de ces familles. Les enfants d'âge scolaire présentent déjà des déficiences physiques et des carences psychologiques.

Ne faudrait-il pas nous interroger sur les moyens à prendre pour utiliser le potentiel de ces familles? Les familles ne pourraient-elles pas, grâce à une politique du logement, être logées convenablement, afin d'éliminer des sources constantes de stress? Les mères et les pères pourraient-ils être incités à poursuivre leur formation professionnelle tout en recevant l'assistance sociale, cela afin d'augmenter leur chance et celles de leur enfants de «sortir» de la pauvreté?

RÉFÉRENCES

- ALPERT, J.J., KOSA, J., HAGGERTY, R.J., 1967, A month of illness and health care among low-income families, *Public Health Reports*, 82, 705-713.

- BUTLER, A.C., 1975, The child health questionnaire, preliminary data, *Psychology in the Schools*, 12, 153-160.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, 1975, *Les enfants pauvres*, Ottawa.
- CONSEIL NATIONAL DU BIEN-ÊTRE SOCIAL, 1982, *Mesures de la pauvreté*, Ottawa.
- FRIED, M., 1975, Social differences in physical health in Kosa, J., Zola, I., eds, *Poverty and Health*, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass., 135-192.
- GILBERT, H., 1978, *L'absentéisme des élèves dans une école élémentaire en milieu populaire de Montréal*, Mémoire de maîtrise, Sciences de l'éducation, Université de Montréal.
- GLASSER, 1965, *Reality Therapy*, Harper and Row, New York.
- GLIDEWELL, J.C., 1968, Studies of mothers, reports of behavior symptoms in their children, In Sells, ed, *The Definition and Measurement of Mental Health*, U.S.D.H.E.W., Bethesda.
- GOLDBERG, D.P., 1972, *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*, Oxford University press, London.
- GOLDBERG, D.P., 1976, A comparison of two psychiatric screening tests, *British Journal of Psychiatry*, 129, 61-67.
- KOSA, J., ZOLA, I., eds, 1975, *Poverty and Health*, Harvard Univ. Press, Cambridge, Mass.
- LAZARUS, R.S., FOLKMAN, S., 1984, *Stress, Appraisal, and Coping*, Springer, New York.
- LERNER, M., 1975, Social differences in physical health, in Kosa, J., Zola, I., eds, *Poverty and Health*, 80-134.
- LEVENSON, H., 1972, Distinctions within the concept of internal-external control: development of a new scale, *Proceedings of the American Psychological Association*, 261-262.
- MECHANIC, D., 1964, The influence of mothers on their children's health attitudes and behavior, *Pediatrics*, 33, 444-453.
- PRATT, L., 1971, The relationship of socioeconomic status to health, *American Journal of Public Health*, 61, 281-291.
- RUBIN, L.B., 1976, *Worlds of Pain*, Basic Books, New York.
- SELIGMAN, M.E., 1975, *Helplessness*, W.H. Freeman and Co., San Francisco.
- THIBAUDEAU, M.F., REIDY, M., D'AMOURS, F., FRAPPIER, G., 1984, *Soins infirmiers aux familles défavorisées: étude évaluative*, Faculté des Sciences infirmières, Université de Montréal.
- ST-FELIX-BEAUGER, M., 1978, *Validation d'une échelle d'évaluation du fonctionnement de la famille en matière de santé*, Mémoire de maîtrise en nursing, Faculté des études supérieures, Université de Montréal.

SUMMARY

Using data obtained from an evaluative study of experimental health care given to families in two C.L.S.C., this article describes the functioning of a group of underprivileged families in two C.L.S.C. and the health both of the parents and their children below 10 years old. The sample of 85 families comprises an equal number of biparental and monoparental families. Three quarters of those families are on welfare and most of their living conditions are pitiable, half of the mothers come from broken families. Events of daily life involving stress are met with difficulty by most families. The «Goldberg Scale» shows that the mothers are under stress throughout the project. The children below 10 years old have high levels of school absenteeism and display physical and psychological problems.