

# Chapitre 16

## Santé mentale

**Gilles Légaré**

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent

**Michel Préville**

Centre de recherche en gérontologie  
Université de Sherbrooke

**Raymond Massé**

Département d'anthropologie  
Université Laval

**Carole Poulin**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

**Danielle St-Laurent**

Direction générale de la santé publique  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

**Richard Boyer**

Centre de recherche psychiatrique Fernand-Seguin

---

### Introduction

Le Québec dispose de peu de données permettant d'estimer la santé mentale de l'ensemble de la population. Les enquêtes de Santé Québec permettent de dépasser les données d'utilisation des services et d'apprécier la santé mentale des Québécois. Lors de l'enquête *Santé Québec 1987* et de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*, une estimation indirecte de la santé mentale des Québécois était effectuée, principalement à l'aide de l'indice de détresse psychologique. Pour l'*Enquête sociale et de santé 1998*, le même indicateur a été retenu permettant ainsi de suivre l'évolution d'une dimension importante de l'état de santé mentale de la population québécoise au cours des dix dernières années. De plus, une question globale sur la perception de la santé mentale et un second indice de mesure de la détresse, l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23), ont été ajoutés afin d'affiner l'appréciation de la santé mentale des Québécois.

La *Politique de la santé et du bien-être du Québec*, adoptée par le gouvernement du Québec en 1992

(MSSS, 1992), comprenait un objectif touchant l'amélioration de la santé mentale des Québécois. Les indicateurs retenus dans l'*Enquête sociale et de santé* permettent de documenter cette dimension et d'en suivre l'évolution, mais ne donnent pas la possibilité de déterminer le nombre de Québécois atteints par un trouble mental défini selon les classifications usuelles.

Le présent chapitre permet d'évaluer la perception qu'ont les Québécois de leur santé mentale et de mesurer le niveau de détresse psychologique de la population à partir de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14).

Par la suite, l'analyse permet de caractériser les personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique ainsi que de mesurer certaines conséquences de cet état. Ainsi, la population québécoise qui se classe à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique définie par l'IDPESQ14 est analysée en fonction de certaines caractéristiques démographiques (âge, sexe et état matrimonial de fait) et socioéconomiques (statut d'activité, scolarité relative et niveau de revenu) ainsi

qu'en fonction de certains indicateurs de santé (problèmes de santé de longue durée, limitations d'activité à long terme et perception de la santé mentale) et de l'environnement social (événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence, satisfaction quant à la vie sociale et indice de soutien social). Sont aussi décrites les conséquences de la détresse psychologique, soit la durée de certaines manifestations en lien avec la détresse psychologique, les secteurs de la vie affectés (vie familiale ou sentimentale, travail ou études, activités sociales) et le recours à une aide extérieure.

Finalement, est présentée une comparaison des mesures de détresse psychologique obtenues par le biais des indices IDPESQ14 et l'ÉMMDP23.

## 16.1 Aspects méthodologiques

### 16.1.1 Indicateurs

#### Perception de la santé mentale

La perception que les individus ont de leur santé est un indicateur précieux de l'état de santé d'une population. Levasseur (1995) rapporte que l'autoévaluation de l'état de santé est associée à la morbidité déclarée, à la morbidité diagnostiquée, à l'utilisation des services de santé, à la consommation de médicaments, à l'incapacité fonctionnelle et à la limitation des activités. Les enquêtes de Santé Québec de 1987 et de 1992-1993 avaient démontré une association entre l'autoévaluation de l'état de santé et un indice de santé global ainsi que le soutien social.

Une mesure semblable permettant d'évaluer la perception de la santé mentale a été développée et utilisée lors de la *National Comorbidity Study* menée aux États-Unis et de l'enquête de santé mentale ontarienne menée au début des années 90 (Kessler et autres, 1997; Offord et autres, 1996). Au Québec, ce même indicateur a été utilisé sur l'île de Montréal en 1992 lors d'une enquête sur la santé mentale visant à déterminer les besoins de services en santé mentale dans la population générale (Lesage et autres, 1994).

C'est la première fois que cet indicateur est employé dans le cadre d'une enquête de Santé Québec.

La question portant sur la perception de la santé mentale se retrouve à la section IX - Divers problèmes personnels du questionnaire autoadministré (QAA140). Il s'agit d'une question unique où les sujets de 15 ans et plus autoévaluent leur santé mentale comparativement à celle des personnes de leur âge. La question se libelle ainsi « Si vous comparez votre santé mentale à celle des autres personnes de votre âge, diriez-vous qu'elle est en général ... » avec un choix de cinq réponses variant d'excellente à mauvaise. Les catégories de réponse « moyenne » et « mauvaise » sont regroupées au moment de l'analyse.

#### Détresse psychologique

Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ14)

L'indice de détresse psychologique de Santé Québec, utilisé lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993, a été repris lors de l'enquête de 1998 pour mesurer l'état de santé mentale de la population québécoise. Cet indice est une adaptation du *Psychiatric Symptom Index*, développé et validé par Ilfeld (1976 et 1978). L'IDPESQ14 appartient à une famille d'échelles qui postulent l'existence d'un continuum de santé/maladie mentale, avec à une extrémité la réaction de tristesse normale et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires et d'incapacités fonctionnelles graves (Klerman, 1989, 1990; Gold, 1990). Cet indice n'a pas été conçu pour distinguer l'ensemble des psychopathologies. Il s'agit plutôt d'une mesure non spécifique qui recouvre deux des plus importants syndromes observés en santé mentale : la dépression et l'anxiété. Dans la population générale, ces émotions apparaissent fréquemment, mais elles sont généralement éphémères et fluctuent à l'intérieur de ce que l'on peut appeler des limites normales. Il y a un seuil cependant au-delà duquel les personnes présentant des symptômes intenses et persistants fonctionnent avec difficulté. À ce stade, ces phénomènes sont définis comme un trouble clinique. Les cliniciens et les chercheurs ne s'entendent

cependant pas complètement sur les critères qui définissent la frontière entre la réaction de détresse normale et anormale. Un des facteurs explicatifs de cette situation est qu'il n'existe pas de réelle mesure étalon permettant d'établir objectivement la morbidité psychiatrique. Par conséquent, dans la zone de transition, il n'existe pas un moyen réel pour distinguer la réaction de détresse normale du trouble clinique (Kendell, 1988; Vaillant et Schnurr, 1988). Cette distinction apparaît ainsi essentiellement normative. L'évolution même de la classification des troubles mentaux au cours des 50 dernières années témoigne de cette difficulté.

Les études épidémiologiques menées à l'aide de mesures de détresse psychologique fournissent des résultats relativement invariants. Approximativement de 15 % à 20 % de la population générale présente un problème de détresse psychologique sévère (Tousignant, 1992; Robins et Regier, 1991; Link et Dohrenwend, 1980; Kaplan et autres, 1987; Ilfeld, 1978; Prévile, 1995). C'est donc en référence à ces résultats que le seuil de sévérité de l'IDPESQ (version à 29 questions) a été fixé au 80<sup>e</sup> percentile de la distribution des valeurs obtenues à cet indice lors de l'enquête *Santé Québec 1987* (Boyer et autres, 1993). La présence de valeurs normatives établies pour la population générale en 1987 permet ainsi de suivre l'évolution de la proportion de personnes touchées par ce problème de santé dans la population québécoise et de comparer des groupes d'individus particuliers à la population générale (Boyer et autres, 1993; Massé et autres, 1991).

Une première version de cette échelle a été traduite et validée lors de l'enquête pilote de Santé Québec (Kovess, 1985) puis utilisée à nouveau lors de l'enquête de 1987. Une seconde validation effectuée en 1992 a permis de réduire cette échelle à 14 questions (Prévile et autres, 1992, 1995). Cette mesure a montré une validité de construit appréciable dans différents groupes d'âge, chez les hommes et les femmes et dans des groupes ayant différentes langues d'usage. La stabilité de la structure factorielle postulée

a aussi été vérifiée chez les Inuits et les Cris. Finalement, les résultats des analyses touchant la fiabilité de l'IDPESQ14 suggèrent une consistance interne appréciable de l'échelle (alpha de Cronbach de 0,92). Les analyses portant sur la validité de critère de l'IDPESQ14 ont, par ailleurs, montré que cet indice de la détresse psychologique était associé à l'état de santé des individus, à la consommation de psychotropes et à la présence d'idées et de tentatives suicidaires (Prévile et autres, 1992, 1995).

Les questions utilisées pour décrire cet indice proviennent aussi de la section IX du questionnaire autoadministré - Divers problèmes personnels (questions QAA98 à QAA111) qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus. Ces questions mesurent la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à la dépression, à l'anxiété, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.

Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23)

Les enquêtes antérieures de Santé Québec ont montré que l'indice de détresse psychologique était clairement associé à divers dysfonctionnements telle une augmentation de la consommation d'alcool ou de médicaments psychotropes, à un recours accru aux services de santé ou encore à une autoévaluation négative de l'état de santé. Il s'agit toutefois d'un concept aux frontières floues, susceptible de couvrir une pluralité de dimensions difficilement saisissables par des outils de mesure succincts. Il a donc été jugé pertinent d'intégrer à la présente enquête un second outil de mesure, soit l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique qui présente des points de convergence, mais aussi de divergence avec l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14). En effet, tout en reposant sur des facteurs communs telles la dépression et l'anxiété, l'ÉMMDP23 est basée sur les signes de détresse auxquels une population non clinique a recours pour exprimer et communiquer ses malaises dans le cadre d'épisodes vécus (Massé et autres, 1998a).

L'ÉMMDP23 est un outil de mesure élaboré à partir d'une liste de manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotives qui furent rapportées à travers des récits d'épisodes de détresse vécus. L'outil répond à deux critères majeurs : a) il est fondé sur des « manifestations » d'un mal-être ou d'une détresse globale ressentie par une population non clinique; b) il se veut sensible au contexte socioculturel du Québec contemporain puisque les manifestations rapportées sont tirées d'entrevues en profondeur effectuées auprès de la population québécoise.

L'ÉMMDP23 repose sur 23 items mesurant les dimensions d'autodévalorisation (7 items), d'irritabilité-anxiété (5 items), d'anxiété-dépression (5 items) et de désengagement social (6 items). Des analyses factorielles confirmatives (Massé et autres, 1998b) montrent la structuration du construit de détresse autour de ces quatre facteurs. La validité concomitante de l'échelle et sa capacité à identifier des cas relativement lourds de détresse psychologique furent confirmées par le constat d'une association significative des scores élevés de détresse (quintile supérieur) avec les variables suivantes : augmentation de la consommation d'alcool et augmentation de la consommation de médicaments psychotropes, recours aux services d'un professionnel de la santé, insatisfaction face à la vie en général, autodiagnostic de dépression ou « burn-out », autoévaluation négative de l'état de santé psychologique et autoévaluation négative de l'état de santé général (Massé et autres, 1998b). Des analyses factorielles confirmatives ont permis de confirmer que ces quatre dimensions traduisent bien un concept latent de détresse (Massé et autres, 1998c). Tant l'échelle totale (alpha de Cronbach de 0,93) que les sous-échelles présentent une forte cohérence interne (alpha variant de 0,81 à 0,89). Le pourcentage de variance expliquée pour l'analyse en composantes principales est de 60 %. Soulignons que l'ÉMMDP23 est actuellement utilisée dans une dizaine de recherches épidémiologiques et/ou évaluatives au Québec.

L'ÉMMDP23 a été intégrée à l'*Enquête sociale et de santé 1998* à l'aide des questions QAA117 à QAA139 de la section IX - Divers problèmes personnels du

questionnaire autoadministré qui s'adresse aux personnes de 15 ans et plus. Ces questions mesurent la présence et la fréquence de certaines manifestations liées à un mal-être ou à une détresse globale au cours du dernier mois précédant l'enquête. Le score total de l'ÉMMDP23 est construit par la sommation des scores bruts à l'échelle de fréquence de ces manifestations (de 1 « jamais » à 5 « presque toujours ») ramenés sur une échelle de 0 à 100. Comme pour l'IDPESQ14, le point de césure utilisé correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle.

#### Conséquences de la détresse psychologique

À la suite des questions portant sur les manifestations liées à l'état dépressif telles qu'elles sont définies dans l'IDPESQ14, une nouvelle question a été introduite dans la présente enquête afin de déterminer la durée des manifestations identifiées, soit depuis deux semaines, un mois, six mois, un an ou plus d'un an (QAA112). Cette question s'adresse uniquement aux personnes ayant rapporté au moins une des manifestations (QAA98 à QAA111) au cours de la semaine ayant précédé l'enquête. On estime ainsi que la population étudiée ici correspond à environ 82 % des Québécois âgés de 15 ans et plus, soit quelque 3 579 000 personnes de ce groupe d'âge (76 %) se classant dans le niveau bas à moyen de l'indice de détresse psychologique et 1159 000 personnes se retrouvant dans la catégorie élevée de cet indice. Les réponses à cette question ont été regroupées en trois catégories soit moins d'un mois, de six mois à un an et plus d'un an.

Comme en 1992-1993, l'intensité de la détresse psychologique est mesurée ici à l'aide d'une série de questions cherchant à déterminer si les manifestations liées à l'état dépressif ont nui à la vie familiale ou sentimentale ou à la capacité de travailler ou de poursuivre des études ou encore, ont restreint les activités sociales (loisirs, rencontres, autres) au cours des six mois ayant précédé l'enquête (QAA113 à QAA115). Ces questions s'adressent aux personnes qui rapportent, à la question QAA112, avoir ressenti ces manifestations depuis au moins six mois. Une

dernière question permet de savoir si la personne a consulté quelqu'un à ce sujet (QAA116). La population de référence pour ces quatre questions couvre environ 65 % de celle des personnes de 15 ans et plus ayant eu au moins une manifestation liée à l'état dépressif sur une période d'une semaine, c'est-à-dire, près de 53 % de la population totale des personnes de 15 ans et plus correspondant à 3 094 000 Québécois. Toutefois, la couverture de la population étudiée n'est pas uniforme en fonction de l'indice de détresse psychologique. Ainsi, pour celles qui se classent dans le niveau bas à moyen de l'IDPESQ14, c'est environ 65 % des personnes de 15 ans et plus ayant eu au moins une manifestation liée à l'état dépressif qui déclarent une durée de ces manifestations d'au moins six mois, soit quelque 47 % de toutes les personnes de 15 ans et plus se classant au niveau bas à moyen de l'indice de détresse psychologique (2 222 000 personnes). Toutefois, l'étude de ces conséquences de la détresse concerne près de 75 % des personnes de 15 ans et plus appartenant à la catégorie élevée de l'IDPESQ14 (872 000 personnes).

#### **16.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec**

Les questions de l'indice de détresse psychologique (version IDPESQ14; QAA98 à QAA111) sont les mêmes dans les trois enquêtes générales de Santé Québec. Les questions sur les conséquences des manifestations (QAA113 à QAA116) proviennent de l'enquête de 1992-1993 mais s'adressent cette fois-ci uniquement aux personnes qui déclarent des manifestations ayant duré six mois ou plus. De ce fait, elles ne sont pas comparables avec les résultats de l'enquête précédente. Les questions qui portent sur la perception de la santé mentale (QAA140), sur l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23; QAA117 à QAA139) et sur la durée des manifestations en lien avec l'IDPESQ14 (QAA112) sont présentées pour la première fois dans les enquêtes de Santé Québec.

#### **16.1.3 Portée et limites des données**

Le taux de non-réponse partielle de la question sur la perception de la santé mentale s'élève à 2,7 %, ce qui devrait avoir très peu d'impact sur les estimations. En ce qui a trait à la détresse psychologique telle qu'elle est mesurée par l'IDPESQ14, le taux de non-réponse s'élève à 4,6 %. Cette non-réponse ne se répartit pas uniformément entre les divers groupes d'âge avec une proportion inférieure à 4 % chez les personnes de moins de 64 ans et une proportion de 17 % chez les 65 ans et plus. La non-réponse est également associée à un faible niveau de scolarité et de revenu. Ainsi, ce sont surtout les personnes de 65 ans et plus, et particulièrement les femmes âgées, qui ont le moins répondu à l'indice. Une étude menée sur les non-répondants à l'indice de détresse psychologique lors de l'enquête de 1987 montrait que ceux-ci étaient plus souvent des personnes âgées, ayant un faible revenu et qui déclaraient plus fréquemment un problème de santé mentale (Légaré et autres, 1992). L'effet de cette non-réponse sur la mesure du niveau de détresse psychologique est difficile à évaluer car les caractéristiques des non-répondants pourraient faire varier à la baisse ou à la hausse la proportion estimée.

La non-réponse partielle aux questions portant sur les conséquences de la détresse psychologique varie entre 1,0 % et 2,3 % pour les réponses aux secteurs de la vie affectés et est de 11 % pour la durée des manifestations (QAA112). Pour cette dernière question, les non-répondants sont surtout des personnes âgées se classant au niveau bas à moyen de l'IDPESQ14. On peut penser que la non-réponse partielle entraîne une surestimation de la durée des manifestations.

Le taux de non-réponse partielle pour l'échelle de mesure de la détresse psychologique (ÉMMDP23) est de 6 %. Cette non-réponse partielle augmente avec l'âge, pour les deux sexes, et atteint 21 % chez les 65 ans et plus. De plus, la proportion de non-répondants est plus élevée chez les personnes ayant un revenu faible ou un niveau de scolarité peu élevé. Cette distribution de la non-réponse partielle pourrait induire une légère surestimation du point de césure utilisé dans la définition de l'ÉMMDP23.

## 16.2 Résultats

### 16.2.1 Perception de la santé mentale

Une majorité de Québécois de 15 ans et plus considèrent leur santé mentale comme étant excellente (35 %), très bonne (36 %) ou bonne (21 %) (tableau 16.1). Par contre, 8 % de la population juge sa santé mentale comme moyenne ou mauvaise. Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à s'estimer en excellente santé mentale (38 % c. 32 %) comparativement aux femmes qui, pour leur part, sont proportionnellement plus nombreuses à considérer leur santé mentale moyenne ou mauvaise (9 % c. 7 %). La perception de la santé mentale est également associée à l'âge : la proportion de Québécois s'estimant en moins bonne santé mentale est plus élevée chez les jeunes de 15 à

24 ans que chez les personnes de plus de 45 ans (10 % c. 7 % chez les 45-64 ans et 6 % chez les 65 ans et plus). Cet écart entre les groupes d'âge s'observe chez les femmes et semble être une tendance chez les hommes.

La perception de la santé mentale est étroitement associée à la satisfaction quant à la vie sociale. En effet, près de 56 % des Québécois qui s'estiment très satisfaits de leur vie sociale considèrent leur santé mentale excellente alors que cette même appréciation chute à environ 14 % chez les personnes non satisfaites de leur vie sociale (tableau 16.2). À l'inverse, près de 28 % des Québécois non satisfaits de leur vie sociale qualifient leur santé mentale de moyenne ou mauvaise alors que cette proportion est de seulement 2 % chez les personnes très satisfaites.

Tableau 16.1

#### Perception de la santé mentale selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
<b>Hommes</b>				
15-24 ans	38,0	34,9	19,0	8,1
25-44 ans	38,7	33,6	20,2	7,5
45-64 ans	38,7	36,0	18,4	6,9
65 ans et plus	34,9	33,6	26,4	5,0
<b>Total</b>	<b>38,2</b>	<b>34,5</b>	<b>20,2</b>	<b>7,2</b>
<b>Femmes</b>				
15-24 ans	28,9	35,0	23,4	12,7
25-44 ans	31,4	37,5	21,5	9,8
45-64 ans	34,5	36,5	22,0	7,0
65 ans et plus	33,2	36,1	24,0	6,8
<b>Total</b>	<b>32,2</b>	<b>36,6</b>	<b>22,3</b>	<b>9,0</b>
<b>Sexes réunis</b>				
15-24 ans	33,5	35,0	21,2	10,4
25-44 ans	35,1	35,5	20,8	8,6
45-64 ans	36,6	36,2	20,2	7,0
65 ans et plus	33,9	35,0	25,0	6,0
<b>Total</b>	<b>35,1</b>	<b>35,6</b>	<b>21,3</b>	<b>8,1</b>
<b>Pe '000</b>	<b>2 045</b>	<b>2 071</b>	<b>1 240</b>	<b>470</b>

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 16.2

#### Perception de la santé mentale selon la satisfaction face à la vie sociale, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Excellente	Très bonne	Bonne	Moyenne ou mauvaise
	%			
Très satisfait	55,8	31,9	10,2	2,0
Plutôt satisfait	28,8	39,9	24,7	6,7
Non satisfait	13,7	26,6	31,3	28,4

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

### 16.2.2 Indice de détresse psychologique de Santé Québec (IDPESQ14)

Selon l'*Enquête sociale et de santé 1998*, approximativement 20 % de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (tableau 16.3). Toute proportion gardée, les femmes sont significativement plus nombreuses que les hommes à faire partie de cette catégorie (23 % c. 17 %) et cet écart demeure entre les sexes pour tous les groupes d'âge. La proportion d'individus se situant dans la catégorie élevée de l'indice diminue avec l'âge et cette tendance est similaire tant chez les hommes que chez les femmes. Un peu plus d'un jeune Québécois sur quatre, âgé de 15 à 24 ans (28 %), se situe dans la catégorie élevée alors que cette proportion tombe à un sur dix (11 %) chez les personnes de 65 ans et plus. De façon significative, les jeunes se distinguent de tous les autres groupes d'âge avec une proportion plus importante à la catégorie élevée de l'indice, tandis que les personnes de 65 ans et plus obtiennent la proportion la plus faible.

Entre les enquêtes de 1992-1993 et de 1998, la proportion d'individus de 15 ans et plus se situant dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique est passée de 26 % à 20 %, retrouvant ainsi le niveau initial défini en 1987 (tableau 16.3). Cette diminution se produit tant chez les hommes que chez les femmes mais semble plus importante chez les femmes (8 % c. 4,8 %). Les Québécoises retrouvent ainsi la proportion de la catégorie élevée de l'indice enregistrée il y a dix ans lors de l'enquête de 1987 (23 % c. 24 %) alors que les hommes, malgré la diminution observée, conservent un niveau de détresse psychologique significativement supérieur à ce qu'il était en 1987 (17 % c. 15 %). Globalement, pour les deux sexes réunis, on observe cette même diminution dans tous les groupes d'âge, mais de façon inégale. En effet, bien que la proportion de jeunes de 15 à 24 ans se situant dans la catégorie élevée de l'indice en 1998 soit inférieure à celle de 1992-1993, elle demeure supérieure à ce qu'elle était dix ans auparavant (28 % c. 23 %), et ce, notamment chez les jeunes hommes (23 % c. 17 %).

Tableau 16.3

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000
<b>Hommes</b>				
15-24 ans	17,4	29,7	23,1	115
25-44 ans	14,9	22,8	17,7	207
45-64 ans	13,7	20,8	16,7	141
65 ans et plus	11,6	9,3	8,0	28
<b>Total</b>	<b>14,8</b>	<b>22,1</b>	<b>17,3</b>	<b>491</b>
<b>Femmes</b>				
15-24 ans	29,6	40,8	33,5	159
25-44 ans	22,9	32,2	22,8	262
45-64 ans	22,1	26,4	21,5	187
65 ans et plus	21,1	20,0	12,8	60
<b>Total</b>	<b>23,8</b>	<b>30,4</b>	<b>22,8</b>	<b>668</b>
<b>Sexes réunis</b>				
15-24 ans	23,4	35,2	28,2	274
25-44 ans	19,0	27,5	20,2	469
45-64 ans	18,0	23,7	19,2	328
65 ans et plus	17,0	15,4	10,7	88
<b>Total</b>	<b>19,4</b>	<b>26,3</b>	<b>20,1</b>	<b>1 159</b>

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La proportion de Québécois de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique a aussi diminué en 1998 se rapprochant ainsi des proportions estimées en 1987. Par ailleurs, les personnes de 65 ans et plus forment le seul groupe d'âge chez qui on note une tendance à la baisse de la proportion de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice de détresse entre les trois enquêtes de 1987, 1992-1993 et 1998, et ce, autant chez les hommes (12 %, 9 % et 8 % respectivement) que chez les femmes (21 %, 20 % et 13 %).

L'indice de détresse psychologique est associé à l'état matrimonial de fait, et ce, quel que soit le sexe ou l'âge des individus (tableau 16.4). Les personnes mariées se démarquent de celles en union de fait, veuves, séparées ou divorcées et des célibataires du fait qu'elles présentent une proportion plus faible de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice (15 % c. 21 %, 22 % et 26 %). On observe ceci autant chez les hommes (12 % c. 19 %, 20 % et 23 %) que chez les femmes (18 % c. 23 %, 23 % et 30 %). Les personnes célibataires obtiennent, dans l'ensemble, la proportion la plus élevée (26 %), et ce, tant pour les hommes (23 %) que pour les femmes (30 %). Les personnes veuves, séparées ou divorcées forment le sous-groupe enregistrant la plus forte proportion de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice chez les 25 ans et plus. Les mêmes associations ont été remarquées lors de l'enquête de 1992-1993 mais avec des proportions plus élevées dans chacune des catégories de l'état matrimonial de fait (données non présentées).

Le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines est associé à la détresse psychologique (tableau 16.5). Ce sont les personnes à la retraite (13 %) qui obtiennent les plus faibles proportions à la catégorie élevée de l'indice, suivies des personnes qui occupent un emploi ou tiennent maison (19 %), alors que les étudiants et les personnes sans emploi affichent les proportions les plus élevées (29 % et 30 % respectivement).

Tableau 16.4  
**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et l'état matrimonial de fait, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%
<b>Hommes</b>	
Marié	12,4
En union de fait	19,2
Veuf, séparé ou divorcé	19,7
Célibataire	23,1
<b>Femmes</b>	
Marié	18,3
En union de fait	23,4
Veuf, séparé ou divorcé	22,9
Célibataire	30,0
<b>Sexes réunis</b>	
15-24 ans	
Marié	24,9*
En union de fait	27,5
Veuf, séparé ou divorcé	-
Célibataire	28,5
25-44 ans	
Marié	16,2
En union de fait	20,7
Veuf, séparé ou divorcé	30,3
Célibataire	24,7
45-64 ans	
Marié	16,5
En union de fait	21,2
Veuf, séparé ou divorcé	24,6
Célibataire	24,5
65 ans et plus	
Marié	9,0
En union de fait	7,7**
Veuf, séparé ou divorcé	13,8
Célibataire	8,6**
<b>Total sexes réunis</b>	
Marié	15,3
En union de fait	21,3
Veuf, séparé ou divorcé	21,8
Célibataire	26,3

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

L'association entre le statut d'activité et la détresse psychologique persiste tant chez les hommes que chez les femmes avec des proportions à la catégorie élevée de l'indice de détresse supérieures chez ces dernières, à l'exception de celles qui tiennent maison.



L'âge est également associé au statut d'activité. En effet, comparativement aux autres groupes d'âge, une plus forte proportion de sans emploi, âgées entre 45 et 64 ans, se classent dans la catégorie élevée (37 %).

La proportion de Québécois aux études, en emploi ou qui tiennent maison qui se situent à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique a diminué entre 1992-1993 et 1998 (figure 16.1). Les personnes à la retraite et celles sans emploi n'ont toutefois pas connu de baisse significative entre ces deux périodes. Il est à noter que les personnes sans emploi forment le groupe chez qui on avait estimé une forte proportion de personnes se situant à un niveau élevé de l'indice tant en 1992-1993 (33 %) qu'en 1998 (30%). Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* montrent que les proportions de personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique dans les différentes catégories du statut d'activité ont à peu près rejoint les proportions enregistrées dix ans auparavant en 1987, à l'exception des personnes sans emploi qui affichent une augmentation.

La scolarité relative et le niveau de revenu sont inversement associés à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (tableau 16.6). En effet, les personnes ayant la scolarité la plus faible présentent les proportions les plus élevées à la catégorie élevée de l'indice (23 %) tandis que les plus instruites, les plus faibles proportions (17 %).

Il en va de même avec le niveau de revenu où la proportion de personnes se classant au niveau élevé passe de 16 % chez les personnes ayant un revenu supérieur à 27 % chez celles ayant un niveau de revenu plus faible (catégorie très pauvre) avec des écarts significatifs entre les catégories extrêmes. Les mêmes associations entre la scolarité relative et le niveau de revenu étaient observées lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (données non présentées).

Tableau 16.5

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%
<b>Hommes</b>	
En emploi	16,0
Aux études	21,8
Tient maison	22,5*
À la retraite	10,6
Sans emploi	28,0
<b>Femmes</b>	
En emploi	22,8
Aux études	35,3
Tient maison	18,5
À la retraite	15,2
Sans emploi	33,3
<b>Sexes réunis</b>	
15-24 ans	
En emploi	26,0
Aux études	28,7
Tient maison	39,3*
À la retraite	-
Sans emploi	27,3
25-44 ans	
En emploi	19,0
Aux études	27,2
Tient maison	20,5
À la retraite	35,6**
Sans emploi	27,2
45-64 ans	
En emploi	17,2
Aux études	26,2**
Tient maison	19,8
À la retraite	14,3
Sans emploi	37,4
65 ans et plus	
En emploi	3,7**
Aux études	-
Tient maison	10,5*
À la retraite	11,3
Sans emploi	6,8**
<b>Total sexes réunis</b>	
En emploi	19,0
Aux études	28,5
Tient maison	18,9
À la retraite	12,6
Sans emploi	30,0

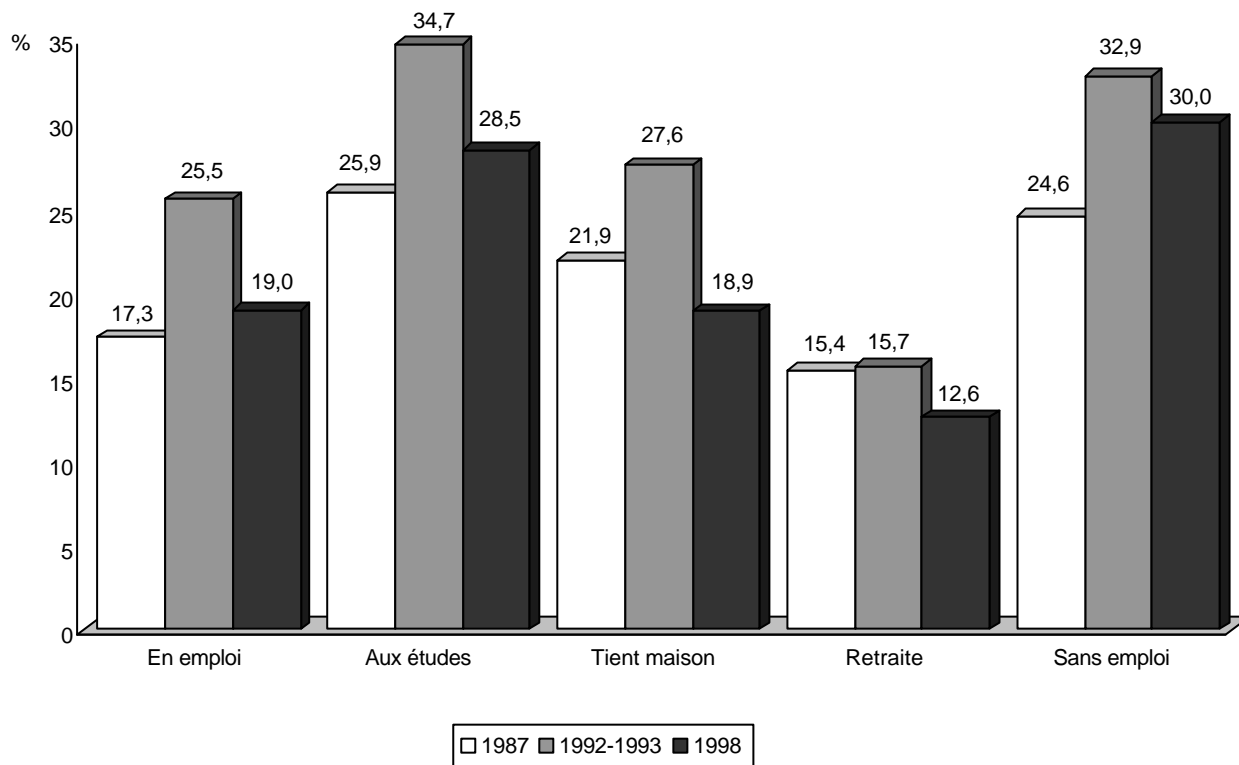
\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 16.1

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours d'une période de deux semaines, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**



Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les problèmes de santé de longue durée sont associés à un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique; la proportion de personnes présentant un tel niveau est plus élevée chez les personnes qui rapportent deux problèmes de santé de longue durée ou plus (25 %) que chez celles qui n'en rapportent pas (17 %) (figure 16.2).

Il en va de même avec la présence de limitations d'activité à long terme où le tiers (33 %) des personnes souffrant de ces limitations font partie de la catégorie élevée de l'indice. La même association était observée lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 entre la perception de la santé et la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (données non présentées).

Tableau 16.6

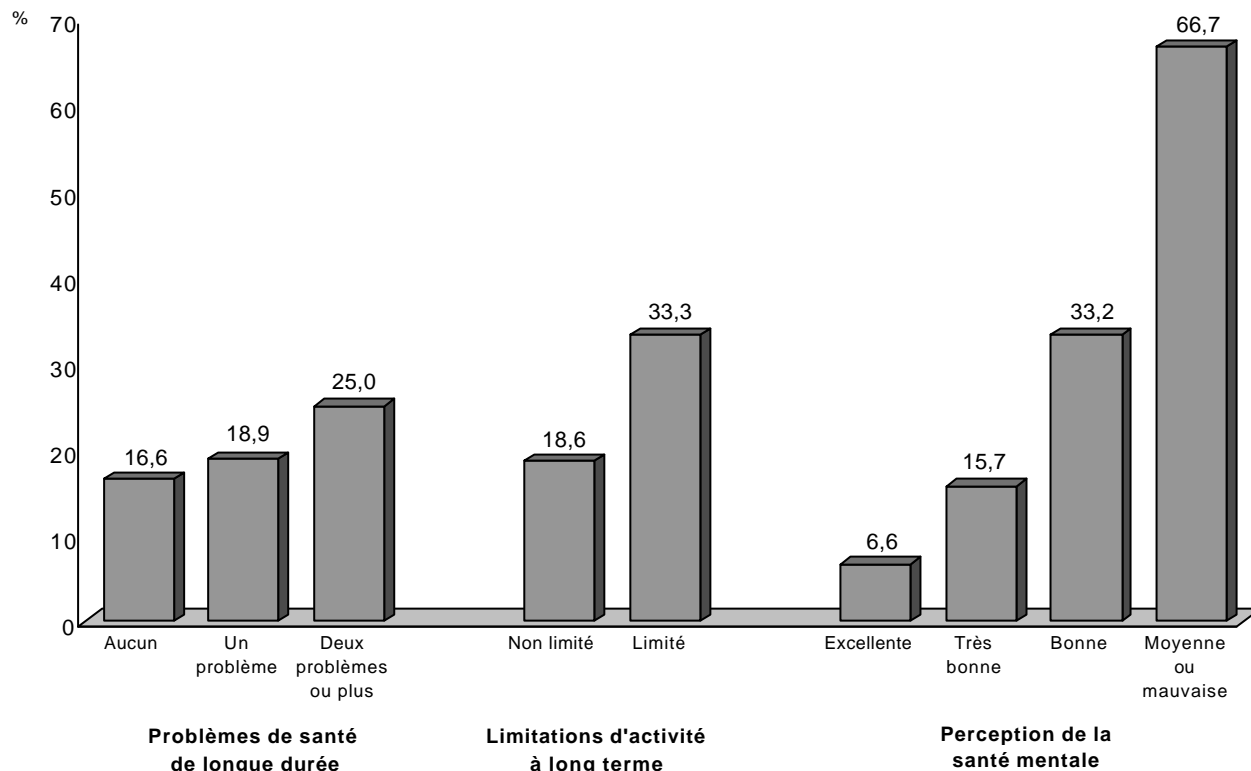
**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la scolarité relative et le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%	Pe '000
<b>Scolarité relative</b>		
Plus faible	23,4	250
Faible	20,7	237
Moyenne	20,5	243
Élevée	19,0	221
Plus élevée	17,3	208
<b>Niveau de revenu</b>		
Très pauvre	27,0	105
Pauvre	24,0	150
Moyen inférieur	20,6	384
Moyen supérieur	18,6	410
Supérieur	16,2	111

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Figure 16.2

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon les problèmes de santé de longue durée, les limitations d'activité à long terme et la perception de la santé mentale, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La perception de la santé mentale y est également associée. En effet, la proportion de personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse est d'environ 7 % chez les personnes qui s'estiment en excellente santé mentale et atteint 67 % chez celles qui se considèrent en moyen ou mauvais état de santé mentale (86 % chez celles dans la catégorie « mauvais »).

Plusieurs caractéristiques liées à l'environnement social sont étroitement associées à la détresse psychologique (tableau 16.7). Les événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence sont associés de façon graduelle à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (ces événements sont décrits au chapitre 25 de ce rapport). La proportion de

personnes se classant dans la catégorie élevée de l'indice est de 13 % chez les personnes n'ayant pas rapporté de tels événements, et augmente rapidement pour atteindre 37 % chez les personnes qui ont rapporté trois événements traumatisants et plus. La satisfaction exprimée quant à la vie sociale est fortement liée à la détresse psychologique. La proportion de personnes se classant au niveau élevé de l'indice est de 8 % chez les personnes très satisfaites de leur vie sociale et de 53 % chez celles qui s'en disent insatisfaites. L'indice de soutien social y est aussi associé. Un indice de soutien social élevé s'accompagne d'une proportion plus faible (16 %) de personnes se situant à la catégorie élevée de l'IDPESQ14 comparativement aux personnes ayant un faible indice de soutien social (38 %).

Tableau 16.7

**Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques liées à l'environnement social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Pe	
	%	'000
Événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence		
Aucun	13,1	380
Un événement	20,9	284
Deux événements	28,8	202
Trois événements et plus	37,1	202
Satisfaction quant à la vie sociale		
Très satisfait	7,7	138
Plutôt satisfait	19,3	622
Non satisfait	52,6	399
Indice de soutien social		
Faible	37,6	429
Élevé	15,8	730

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

La même association entre la détresse psychologique et la satisfaction quant à la vie sociale était enregistrée en 1987 et 1992-1993 (données non présentées).

Tableau 16.8

**Durée des manifestations associées à l'indice de détresse psychologique selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	Moins d'un mois		Six mois à un an		Plus d'un an	
	Bas à moyen	Élevé	Bas à moyen	Élevé	Bas à moyen	Élevé
	%					
Hommes	36,5	21,5	24,9	25,6	38,6	52,9
Femmes	41,1	27,8	26,1	31,7	32,9	40,5
Sexes réunis						
15-24 ans	57,0	42,2	21,4	27,4	21,7	30,4
25-44 ans	39,5	22,9	26,2	32,6	34,3	44,6
45-64 ans	31,3	16,3	25,5	26,3	43,2	57,4
65 ans et plus	23,3	11,9**	29,4	25,5*	47,3	62,6
<b>Total</b>	<b>38,7</b>	<b>25,1</b>	<b>25,5</b>	<b>29,1</b>	<b>35,8</b>	<b>45,8</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

### 16.2.3 Conséquences de la détresse psychologique

Les personnes se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique présentent ces manifestations depuis une période relativement longue (tableau 16.8). En effet, près de la moitié rapportent ces manifestations depuis plus d'un an (46 %) et cette proportion atteint 53 % chez les hommes. Par ailleurs, les jeunes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à déclarer ces manifestations depuis moins longtemps (moins d'un mois) comparativement aux autres groupes d'âge de la population (42 % c. 23 %, 16 % et 12 %). C'est chez les personnes âgées de 65 ans et plus que les épisodes les plus longs des manifestations qui composent l'indice de détresse psychologique (plus d'un an) sont rapportés (63 % c. 30 %, 45 % et 57 %).

Près de 20 % des Québécois appartenant à la population de référence, soit celle des 15 ans et plus, ayant déclaré au moins une manifestation ou un symptôme de détresse psychologique qui dure depuis six mois et plus ont aussi rapporté des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études (tableau 16.9). Parmi la population de référence, la proportion de personnes signalant de telles conséquences est de 40 % chez celles qui se classent au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique comparativement à 11 % chez celles classées à un niveau plus faible.

Tableau 16.9

**Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois et plus, Québec, 1998**

	Secteur de la vie affecté			Recours à une aide extérieure
	Travail ou études	Vie familiale ou sentimentale	Activités sociales	
	%			
Bas à moyen	11,3	20,3	13,5	11,0
Élevé	39,5	58,2	45,9	29,1
<b>Total</b>	<b>19,5</b>	<b>31,3</b>	<b>23,0</b>	<b>16,2</b>

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les hommes de la population étudiée ici qui se situent au niveau élevé de l'indice rapportent de telles conséquences dans une proportion plus élevée que ceux qui se situent au niveau bas à moyen de l'indice (44 % c. 13 %) (tableau C.16.1). Comme l'indique le tableau C.16.1, la proportion de personnes ayant déclaré de telles conséquences est sensiblement la même chez les femmes appartenant à la population de référence qui se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que chez les hommes qui sont dans la même situation (36 % c. 44 %).

Les données de l'enquête indiquent par ailleurs que la proportion de personnes rapportant des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études est associée à l'âge. Comme on pouvait s'y attendre, c'est chez les 15-24 ans appartenant à la population étudiée que l'on retrouve la proportion la plus élevée (34 %) de personnes rapportant des conséquences sur leur capacité de travailler ou de poursuivre des études et c'est chez les personnes âgées de 65 ans et plus que l'on observe la proportion la plus faible (8 %). Les données ne permettent pas de mettre en évidence une différence significative entre les hommes et les femmes quant à l'association entre l'âge et la présence de conséquences sur la capacité de travailler ou de poursuivre des études.

Comme l'indique le tableau 16.9, 31 % des Québécois de 15 ans et plus présentant au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus ont rapporté des conséquences de ces

manifestations sur leur vie familiale ou sentimentale. Les résultats indiquent aussi que cette proportion est significativement plus élevée parmi les individus de la population étudiée qui se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (58 % c. 20 %). Par ailleurs, aucune différence dans la proportion de personnes rapportant ce type de conséquences n'a été observée entre les hommes et les femmes (tableau C.16.1).

Les jeunes de 15 à 24 ans présentant au moins une manifestation liée à l'état dépressif qui dure depuis six mois ou plus sont, en proportion, plus nombreux que dans les autres groupes d'âge à mentionner que ces manifestations ont nui à leur vie familiale ou sentimentale (tableau C.16.1). En effet, 45% des individus de la population de référence, qui appartiennent à ce groupe d'âge et qui déclarent au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, connaîtraient des conséquences de ces manifestations sur leur vie familiale ou sentimentale alors que 10 % des personnes de 65 ans et plus seraient dans cette situation. Comme l'indique le tableau C.16.1, des résultats similaires ont été observés concernant les conséquences des manifestations de détresse psychologique sur les activités sociales. Cette proportion est de 46 % lorsqu'on étudie les Québécois de 15 ans et plus qui présentent au moins une manifestation qui dure depuis six mois ou plus et qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse (tableau 16.9).

Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998* montrent que près de 16 % des personnes qui présentent au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, ont consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations (tableau C.16.1). Comme l'indiquent les données présentées au tableau 16.9, la proportion de personnes ayant consulté quelqu'un est plus élevée chez les personnes se situant au niveau élevé de l'indice que chez celles se classant au niveau bas à moyen (29 % c. 11 %). Par ailleurs, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (19 % c. 13 %) à avoir consulté quelqu'un au sujet des manifestations de détresse psychologique (tableau C.16.1). En outre, ceci s'observe également parmi les personnes qui se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (33 % c. 24 %) (tableau C.16.1). La proportion de personnes de 65 ans et plus appartenant à la population de référence qui ont consulté quelqu'un pour des manifestations de détresse est inférieure à celle observée dans les autres groupes d'âge (11 % c. 16 %, 17 % et 18 %) (tableau C.16.1).

#### 16.2.4 Échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (ÉMMDP23)

Deux indicateurs permettent d'estimer le degré de concordance dans les scores obtenus à l'IDPESQ14 et à l'ÉMMDP23. D'abord, un coefficient de corrélation de 0,81 fut obtenu à partir du croisement des scores bruts pondérés des deux échelles continues. Ensuite, l'analyse de la concordance dans la classification de la population montre qu'environ 87 % des Québécois sont classés dans les mêmes catégories (niveau bas à moyen - niveau élevé) aux deux échelles (tableau 16.10).

Par contre, près de 7 % de la population classée au niveau élevé selon l'ÉMMDP23 se situe au niveau bas à moyen selon l'IDPESQ14. Inversement, 6 % des personnes classées au niveau élevé de l'IDPESQ14 se situent au niveau bas à moyen selon l'ÉMMDP23. Au total, près de 13 % des Québécois sont donc classés dans des catégories opposées.

Bien que la corrélation dans les scores continus des deux échelles soit plutôt forte, il est d'intérêt de signaler que l'on observe une tendance systématique de l'ÉMMDP23 à identifier un plus grand pourcentage de Québécois dans la catégorie élevée de l'échelle, et ce, en particulier pour les sous-groupes sociaux en difficulté. Ainsi, les proportions d'individus appartenant au niveau élevé sont de 3 % à 5 % supérieures avec l'ÉMMDP23 comparativement à l'IDPESQ14, chez ceux qui se perçoivent comme « très pauvres », chez les individus insatisfaits de leur vie sociale ou chez ceux qui présentent un indice de soutien social faible (données non présentées). On note aussi cette tendance pour les jeunes de 15 à 24 ans, les célibataires et les sans emploi. Dans certains cas, on obtient, avec l'ÉMMDP23, des proportions de 6 % à 9 % plus élevées que celles de l'IDPESQ14 de personnes appartenant à la catégorie supérieure (données non présentées). Tel est le cas pour les individus qui perçoivent l'état de leur santé mentale comme moyen ou mauvais ou qui ont rapporté des idées suicidaires. Dans ce dernier cas, la proportion estimée d'individus appartenant au niveau élevé est de 67 % à l'IDPESQ14 et passe à 76 % à l'ÉMMDP23 (données non présentées).

Tableau 16.10

#### Concordance entre l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) et l'échelle de mesure des manifestations de détresse psychologique (ÉMMDP23), population de 15 ans et plus, Québec, 1998

IDPESQ14	ÉMMDP23	
	Bas à moyen	Élevé
	%	
Bas à moyen	73,2	6,8
Élevé	6,3	13,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Il est à noter que tous les écarts rapportés ici sont statistiquement significatifs, même une fois pris en considération les effets potentiellement confondants de l'âge et du sexe de la population québécoise de 15 ans et plus (données non présentées).

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

#### Perception de la santé mentale

La perception de la santé mentale a fait l'objet d'une première mesure pour l'ensemble des Québécois en 1998. Les résultats montrent qu'une majorité de Québécois de 15 ans et plus qualifient leur santé mentale d'excellente (35 %), très bonne (36 %) ou bonne (21 %). On observe toutefois que la perception de la santé mentale suit les mêmes tendances que l'indice de détresse psychologique soit une moins bonne perception et un niveau plus élevé à l'indice de détresse chez les jeunes et les femmes tout en ayant une même faible satisfaction face à la vie sociale. La perception de la santé mentale est associée à la satisfaction quant à la vie sociale et compte tenu du fait que les deux indicateurs font appel à la perception qu'ont les Québécois de leur situation personnelle ils traduisent une cohérence entre ces deux perceptions. La perception de la santé mentale des Québécois mesurée en 1998 se situe dans l'intervalle des résultats rapportés lors de deux vastes études menées aux États-Unis et en Ontario au début des années 90 (Kessler et autres, 1997).

#### Détresse psychologique et conséquences

L'*Enquête sociale et de santé 1998* estime à 20 % la proportion de Québécois de 15 ans et plus rapportant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. L'analyse de la relation entre la détresse psychologique et certaines caractéristiques de la population supporte la plupart des estimations faites lors des deux enquêtes antérieures. La proportion d'individus se situant au niveau élevé de l'indice est plus importante chez les femmes, chez les jeunes de 15 à

24 ans et chez les personnes sans emploi. Les personnes veuves, séparées ou divorcées forment le sous-groupe enregistrant la plus forte proportion de personnes se situant à la catégorie élevée de l'indice chez les 25 ans et plus. Il serait cependant pertinent d'examiner séparément les veufs/veuves et les personnes séparées/divorcées, ces deux groupes étant soumis à des conditions différentes. La proportion la plus faible de personnes se classant au niveau élevé de l'indice s'observe chez les personnes mariées et chez les personnes ayant un niveau de revenu supérieur ou une scolarité élevée. Tout comme il avait été démontré lors des enquêtes précédentes, le niveau de détresse est inversement associé au niveau de revenu et ce sont les personnes les moins scolarisées qui enregistrent les plus fortes proportions de gens appartenant au niveau élevé de l'indice de détresse. Ces associations vont dans le même sens que celles observées au sein des ménages privés américains par les Centers for Disease Control and Prevention (1998).

Tout comme lors des enquêtes précédentes, l'*Enquête sociale et de santé 1998* montre que les caractéristiques liées à l'environnement social interagissent avec le niveau de détresse psychologique du même titre que certains événements vécus dans le passé. Par exemple, la présence d'événements traumatisants vécus durant l'enfance ou l'adolescence est associée à la catégorie élevée de l'indice de détresse, relation qui avait également été démontrée lors d'une vaste étude ontarienne portant sur la santé mentale (Offord et autres, 1994). Par ailleurs, certaines caractéristiques liées à l'environnement social seraient associées à un niveau plus bas de l'indice. Ainsi, une vie sociale satisfaisante et un niveau élevé de soutien social sont associés à un niveau plus faible à l'indice de détresse psychologique. Un effet tampon du milieu social avait été démontré lors de recherches antérieures (Tousignant, 1992).

Certaines questions de l'enquête permettent d'estimer la durée et les conséquences de la détresse psychologique. Près de la moitié (46 %) des personnes se

situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique mentionnent que les manifestations de détresse ont une durée de plus d'une année. La durée de ces manifestations varie cependant avec l'âge. Par ailleurs, parmi les personnes situées au niveau élevé de l'indice qui ont eu au moins une manifestation pendant six mois ou plus, 58 % disent en être affectées dans leur vie familiale ou sentimentale, 46 % dans leurs activités sociales et 40 % dans leur travail ou leurs études. Vingt-neuf pourcent (29 %) ont rapporté avoir consulté pour leurs manifestations et il s'agissait plus souvent de femmes que d'hommes.

La diminution de la proportion de la population dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre 1998 et 1992-1993 constitue fort probablement un fait marquant de cette enquête. Après avoir connu une augmentation entre 1987 et 1992-1993, la proportion de la catégorie élevée de détresse psychologique est redescendue au niveau déterminé en 1987. L'analyse sommaire effectuée dans le cadre de ce rapport montre que cette diminution ne s'est pas réalisée également pour tous les groupes de la société québécoise. Ainsi, les jeunes de 15 à 24 ans, bien qu'ayant amélioré leur position, n'ont pas rejoint le niveau enregistré en 1987, alors que la population des personnes âgées tend à diminuer entre les trois enquêtes.

La variation des proportions de personnes à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique entre les enquêtes de 1987, 1992-1993 et de 1998 ne peut être due à des variations d'ordre méthodologique. Lors des trois enquêtes, l'instrument utilisé, le type d'échantillonnage, la procédure d'administration des instruments d'enquête, la méthode de calcul de l'indice et le seuil définissant la catégorie élevée de détresse ont été les mêmes. Les tailles d'échantillon de chacune des enquêtes étaient considérables avec des taux comparables de participation. Également, la composition des échantillons n'a pas varié de façon importante lors des trois enquêtes. La forme de distribution des scores à l'indice de détresse demeure identique et l'on observe les mêmes associations avec toutes les variables communes aux enquêtes de 1992-1993 et de 1998. Par ailleurs, on remarque un taux de réponse

légèrement inférieur à l'indice de détresse psychologique en 1998 comparativement aux deux enquêtes antérieures, mais cette non-réponse ne pourrait expliquer qu'une fraction de la variation observée du niveau de détresse entre 1992-1993 et 1998. Il est également intéressant d'observer que la diminution de la proportion de Québécois se situant au niveau élevé de l'indice de détresse s'accompagne d'une augmentation des conséquences chez les personnes de cette catégorie, ce qui tend à démontrer un besoin de services accru chez ces personnes. Enfin, soulignons que les personnes sans emploi et à la retraite forment les seuls groupes de la variable statut d'activité qui n'ont pas connu une baisse significative de leurs proportions en ce qui a trait au niveau élevé de l'indice. La catégorie sans emploi concerne principalement des personnes qui ne travaillent pas pour des raisons de santé ou qui sont en chômage.

L'indice de détresse psychologique inclut plusieurs manifestations associées à la dépression et il est intéressant de constater que l'*Enquête nationale sur la santé de la population* a enregistré une diminution de la prévalence de la dépression dans la population générale entre 1994 et 1996, mais que les jeunes étaient également les plus affectés en ce qui concerne plusieurs aspects de leur santé mentale (Comité consultatif fédéral, provincial et territorial sur la santé de la population 1999; Stephens et autres, 1999; Desmarais et autres, 2000).

Le recours à deux échelles de mesure permettant d'estimer la détresse psychologique de la population confirme la pertinence d'intégrer ce type d'indicateur de santé mentale dans une enquête populationnelle comme celle-ci. Il atteste doublement que les proportions d'individus présentant un niveau élevé de détresse ne se distribuent pas également dans la population québécoise et que certains sous-groupes sociaux sont plus touchés que d'autres. Il montre également que les personnes classées dans la catégorie élevée de l'une ou l'autre de ces deux échelles sont aussi plus nombreuses, toutes proportions gardées, à présenter des dysfonctionnements liés aux indicateurs de l'environnement social et de la santé



mentale. Des analyses plus poussées de concordance interéchelles seront menées et feront l'objet d'un cahier technique qui sera publié par l'Institut de la statistique du Québec. Pour l'instant, les écarts observés peuvent s'expliquer par des différences entre les deux outils (nombre ou formulation des catégories de réponse pour chacun des items; recours à des cadres temporels de référence différents) ou encore, par la nature des items et des dimensions factorielles de chacun de ces deux outils. Les lecteurs pourront comparer les structures factorielles de l'IDPESQ14 et de l'ÉMMDP23 à partir des textes de Prévillie et autres (1992) et de Massé et autres (1998a, 1998b et 1998c).

### **Éléments de réflexion pour la planification**

Les résultats de l'*Enquête sociale et de santé 1998* permettent d'identifier des sous-groupes plus à risque vers lesquels des programmes de soutien et de prévention devraient être destinés. Les données de cette enquête montrent que la proportion de personnes se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ne se répartit pas de façon uniforme dans la population. À cet égard, les femmes, les jeunes de 15 à 24 ans, les personnes sans emploi et celles qui sont peu scolarisées ou à faible revenu enregistrent des niveaux plus élevés de détresse. Par ailleurs, les personnes sans emploi et les jeunes de 15 à 24 ans ne semblent pas avoir profité de la diminution générale observée du niveau de détresse entre 1993 et 1998. L'enquête de 1998 montre également que cette détresse affecte généralement ces personnes sur une longue période de temps et qu'elle entraîne des conséquences négatives perceptibles dans diverses facettes de la vie des individus. Il s'agit ici d'éléments d'information pertinents lors de la mise en place d'activités destinées à ces personnes. Les données de l'enquête révèlent également que seulement une fraction des personnes affectées consulte pour leur état. Les programmes de soutien et de prévention mis en place devraient également favoriser l'accessibilité aux personnes affectées qui le font le moins, particulièrement les hommes et les personnes de 65 ans et plus.

Les prochaines enquêtes de santé au Québec pourraient permettre, d'une part, de mieux documenter les facteurs qui expliquent l'utilisation du système de soins pour ces problèmes et, d'autre part, d'en analyser son efficacité.



# Bibliographie

---

BOYER, R., et autres (1993). « La détresse psychologique dans la population du Québec non institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38, n° 6, p. 339-343.

COMITÉ CONSULTATIF FÉDÉRAL, PROVINCIAL ET TERRITORIAL SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, Ottawa, Santé Canada, 368 p.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (1998). « Self-reported frequent mental distress among adults - United States, 1993-1996 », *Morbidity and Mortality Weekly Report*, vol. 47, n° 16, p. 325-331.

DESMARAIS, D., et autres (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes*, Sainte-Foy, Les Publications du Québec, 216 p.

GOLD, J. R. (1990). « Levels of depression » dans WOLMAN, B. B., et G. STRICKER (éd.), *Depressive disorders: facts, theories, and treatment methods*, New York, John Wiley & Sons, p. 203-298.

ILFELD, F. W. (1976). « Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population », *Psychological Reports*, vol. 39, n° 2, p. 1215-1228.

ILFELD, F. W. (1978). « Psychologic status of community residents along major demographic dimensions », *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, n° 4, p. 716-724.

KAPLAN, G. A., et autres (1987). « Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the human population laboratory studies », *American Journal of Epidemiology*, vol. 125, n° 2, p. 206-220.

KENDELL, R. E. (1988). « What is a case? », *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, n° 4, p. 374-376.

KESSLER, R. C., et autres (1997). « Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, n° 8, p. 551-557.

KLERMAN, G. L. (1989). « Psychiatric diagnostic categories: issues of validity and measurement », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 30, p. 26-32.

KLERMAN, G. L. (1990). « The contemporary american scene: diagnosis and classification of mental disorders, alcoholism and drug abuse » dans SARTORIUS, N., A. JABLENSKY, D. A. REGIER, J.D. BURKE et HIRSCHFELD (éd.), *Sources and traditions of classification in psychiatry*, Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, p. 93-137.

KOVESS, V. (1985). *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des D.S.C. de Verdun et de Rimouski*, Unité de recherche psychosociale, Hôpital Douglas, Verdun, Québec, tome II, 225 p.

LÉGARÉ, G., et autres (1992). « Caractéristiques des non-répondants à une enquête de santé mentale », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 83, n° 4, p. 308-310.

LESAGE, A., et autres (1994). *Une procédure d'évaluation des besoins d'intervention en santé mentale : une étude de faisabilité, de fiabilité et de validité menée sur un échantillon représentatif de la population adulte de l'est de Montréal*, Centre de recherche Fernand-Seguin, Montréal, 59 p.

LEVASSEUR, M. (1995). « Perception de l'état de santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec, p. 199-209.

LINK, B., et B. DOHRENWEND (1980). « Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States » dans *Mental illness in the United States: epidemiological estimates*, New York, Praeger, p. 114-132.

MASSÉ, R., et autres (1998a). *Élaboration et validation d'un outil de mesure de la santé mentale : tome 1, étude ethnosémantique, tome 2, étude de validation*, Direction de la santé publique de Montréal-Centre.

MASSÉ, R., et autres (1998b). « Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique au Québec », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 89, n° 3, p. 183-189.

MASSÉ, R., et autres (1998c). « The structure of mental health: higher-order confirmatory factor analyses of psychological distress and well-being measures », *Social Indicators Research*, vol.45, p. 475-504.

MASSÉ, R., et autres (1991). « Mental health of community residents in the metropolitan Montreal area: some results from the Santé Québec survey », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 82, n° 5, p. 320-324.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

OFFORD, D., et autres (1994). *L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : supplément santé mentale*, Ministère de la Santé de l'Ontario, 64 p.

OFFORD, D. R., et autres (1996). « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, n° 9, p. 559-563.

PRÉVILLE, M., et autres (1992). « La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec, enquête Santé Québec 1987 », *Les cahiers de recherche*, n° 7, Ministère de la Santé et des Services Sociaux, 54 p.

PRÉVILLE, M., et autres (1995). « The structure of psychological distress », *Psychological Reports*, vol. 77, p. 275-293.

PRÉVILLE, M. (1995). « Étude de la validité et de la fiabilité de la mesure de détresse psychologique utilisée dans l'Enquête Santé Québec », *Université de Montréal : Les cahiers du GRIS*, T95-01.

ROBINS, L. N., et D. A. REGIER (1991). *Psychiatric disorders in America: the epidemiologic catchment area study*, New York, The free press, 449 p.

STEPHENS, T., et autres (1999). « La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive », *Maladies chroniques au Canada*, vol.20, n° 3, p.131-140.

TOUSIGNANT, M. (1992). *Les origines sociales et culturelles des troubles psychologiques*, Paris, Presses universitaires de France, 256 p.

VAILLANT, G. E., et P. SCHNURR (1988). « What is a case? A 45-year study of psychiatric impairment within a college sample selected for mental health », *Archives of General Psychiatry*, vol. 45, p. 313-319.

# Tableau complémentaire

Tableau C.16.1

**Types de conséquences selon le sexe, l'âge et le niveau de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, Québec, 1998**

	Secteur de la vie affecté			Recours à une aide extérieure
	Travail ou études	Vie familiale ou sentimentale	Activités sociales	
	%			
<b>Hommes</b>				
Bas à moyen				
15-24 ans	21,8	25,4	14,2*	7,0*
25-44 ans	15,4	27,6	18,1	9,9
45-64 ans	7,8	17,5	12,7	10,3
65 ans et plus	3,1**	7,1*	7,0**	7,7*
<b>Total</b>	<b>12,5</b>	<b>21,8</b>	<b>14,6</b>	<b>9,4</b>
Élevé				
15-24 ans	54,7	65,9	49,6	21,4*
25-44 ans	45,9	62,4	53,1	25,7
45-64 ans	39,8	54,1	48,0	26,0
65 ans et plus	19,4**	39,6	26,4**	10,9**
<b>Total</b>	<b>44,3</b>	<b>59,2</b>	<b>49,2</b>	<b>24,0</b>
Total				
15-24 ans	33,4	39,7	26,7	12,0
25-44 ans	23,2	36,5	27,1	13,9
45-64 ans	15,9	26,8	21,7	14,3
65 ans et plus	5,6**	12,1*	10,1*	8,2*
<b>Total</b>	<b>20,8</b>	<b>31,5</b>	<b>23,6</b>	<b>13,2</b>
<b>Femmes</b>				
Bas à moyen				
15-24 ans	24,1	32,4	20,9	12,8*
25-44 ans	10,3	23,1	12,4	13,5
45-64 ans	6,6*	14,0	10,8	13,2
65 ans et plus	4,8**	5,1**	8,6*	8,8*
<b>Total</b>	<b>9,9</b>	<b>18,7</b>	<b>12,3</b>	<b>12,7</b>
Élevé				
15-24 ans	46,3	73,3	44,8	27,9
25-44 ans	36,5	65,2	45,0	32,4
45-64 ans	30,2	47,1	39,9	38,9
65 ans et plus	27,9*	22,5*	43,9	26,1*
<b>Total</b>	<b>35,6</b>	<b>59,2</b>	<b>43,2</b>	<b>33,2</b>
Total				
15-24 ans	33,5	49,8	31,1	19,2
25-44 ans	18,6	36,6	22,8	19,6
45-64 ans	14,1	24,5	20,2	21,5
65 ans et plus	9,7*	8,8*	16,1	12,5*
<b>Total</b>	<b>18,2</b>	<b>31,1</b>	<b>22,3</b>	<b>19,3</b>
<b>Sexes réunis</b>				
15-24 ans	33,5	44,5	28,8	15,5
25-44 ans	21,0	36,6	25,0	16,7
45-64 ans	15,0	25,7	20,9	18,0
65 ans et plus	7,9	10,3	13,4	10,6
<b>Total</b>	<b>19,5</b>	<b>31,3</b>	<b>23,0</b>	<b>16,2</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.



# Chapitre 17

## Idées suicidaires et parasuicides

**Richard Boyer**

Centre de recherche Fernand-Seguin  
Hôpital Louis-Hippolyte Lafontaine  
Université de Montréal

**Danielle St-Laurent**

Institut national de santé publique du Québec

**Michel Préville**

Centre de recherche en gérontologie  
Université de Sherbrooke

**Gilles Légaré**

Direction de la santé publique, de la planification et de l'évaluation  
Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas Saint-Laurent

**Raymond Massé**

Département d'anthropologie  
Université Laval

**Carole Poulin**

Direction de la santé publique  
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

---

### Introduction

Au cours des deux dernières décennies, le phénomène du suicide a pris beaucoup d'ampleur au Québec. Le taux de suicide québécois est passé de 13 pour 100 000 personnes en 1976 à 19 pour 100 000 personnes en 1997. Derrière cette statistique se cache la souffrance psychologique de 1382 personnes, soit 1 095 hommes et 287 femmes et celle de milliers de survivants. Le taux comparatif de mortalité chez les hommes et les femmes s'accroît constamment. Entre 1976 et 1997, le taux a peu fluctué chez les femmes tandis que, chez les hommes, il a augmenté de 64 %. En 1997, le taux de mortalité par suicide est de 30,4 pour 100 000 hommes et de 7,7 pour 100 000 femmes (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 1999).

La distribution québécoise des suicides en fonction de l'âge est très particulière et ne suit pas le profil observé au Canada et aux États-Unis où l'on note, depuis une vingtaine d'années, une augmentation du risque suicidaire tant chez les jeunes que chez les personnes

âgées. Le Québec est caractérisé par une augmentation encore plus marquée du taux de suicide chez les jeunes et par une relative stabilité du taux de suicide chez les personnes âgées (Boyer et St-Laurent, 1999; Beaupré et St-Laurent, 1998).

Les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont des phénomènes difficiles à mesurer. C'est pourquoi il n'existe pas au Québec de banques de données ou de système de surveillance qui permettent d'établir la prévalence des idées suicidaires ou des tentatives de suicide sur une base statutaire et récurrente. Quoique les gestes suicidaires soient très fréquents dans notre société, il faudrait déployer des efforts considérables pour mesurer la prévalence et l'incidence de ces problèmes sur une base annuelle. Il faudrait notamment développer des outils de mesure très complexes, ce qui alourdirait la tâche des dispensateurs de services et l'estimation des tentatives de suicide serait probablement sous-évaluée (Weissman et autres, 1999; Safer, 1997).

Par contre, les enquêtes de Santé Québec permettent, sur une base quinquennale, d'estimer les idées suicidaires et les tentatives de suicide et de décrire leur évolution au sein de la population québécoise. Même si, par ces enquêtes, il est impossible de mesurer la gravité du geste suicidaire et toutes les circonstances qui entourent cet événement, il est possible de porter un regard sur l'évolution des idées suicidaires et des parasuicides selon les groupes d'âge et le sexe au cours des années. Dans ce contexte, la présente enquête constitue une base de données pertinente qui permet d'orienter des études plus spécifiques et *ad hoc* auprès de sous-groupes particuliers.

La littérature scientifique contient peu d'études réalisées auprès d'échantillons représentatifs de la population générale comme celle réalisée par Santé Québec. Le tableau C.17.1 présente les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide rapportées par les enquêtes réalisées au cours des trois dernières décennies dans la population générale. Les comparaisons de ces prévalences avec celles qui sont présentées ici doivent cependant être faites avec circonspection puisque ces études diffèrent grandement au point de vue de l'époque de l'étude, des caractéristiques démographiques des populations de référence, de la taille et du type d'échantillon et de l'instrumentation.

Les prévalences à vie des idées suicidaires observées au niveau international gravitent entre 2,1 % (Beyrouth, Liban) et 18,6 % (Christchurch, Nouvelle-Zélande), la médiane de ces prévalences se situant à 13 %. Seule une étude finlandaise rapporte la prévalence des idées suicidaires pour une période de 12 mois (2,3 %). Les prévalences à vie des tentatives de suicide observées au niveau international varient fortement, soit de 0,7 % (Beyrouth et Taïwan) à 6 % (Porto Rico). La prévalence médiane est de 3,5 %. Trois enquêtes de population rapportent des prévalences annuelles de tentatives de suicide : New Haven, É.-U., 0,6 %; Calgary, Canada, 0,8 %; Finlande, 1,0 %.

L'objectif de ce chapitre est d'estimer la prévalence des idées suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide au Québec et d'analyser l'évolution de ces phénomènes depuis l'enquête *Santé Québec 1987*. Le présent rapport permettra d'améliorer les connaissances sur le sujet afin de faciliter la tâche des responsables de la mise en œuvre de l'objectif 17 de la *Politique de la santé et du bien-être* (MSSS, 1992), des *Priorités nationales de santé publique* (MSSS, 1997) et de la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (MSSS, 1998). L'*Enquête sociale et de santé 1998* complète l'information disponible provenant d'autres sources renseignant sur les suicides complétés (MSSS, 1999).

La section sur les résultats traite d'abord des personnes ayant rapporté des idées suicidaires sérieuses puis de celles ayant posé un geste suicidaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Les prévalences observées dans la présente enquête sont comparées à celles obtenues lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993. On analyse aussi les associations entre ces phénomènes suicidaires et la détresse psychologique, la perception de la santé mentale et une série de variables démographiques (âge, sexe et état matrimonial) et socioéconomiques (niveau de revenu, perception de sa situation financière, scolarité relative et statut d'activité au cours d'une période de 12 mois).

## 17.1 Aspects méthodologiques

### 17.1.1 Indicateurs

Le terme « parasuicide » est utilisé ici pour désigner tous les comportements suicidaires non fatals. Ce terme proposé par Kreitman et autres (1969) a été repris aussi dans des études européennes sur les tentatives de suicide (Kerkhof et autres, 1994). Le terme prévalence est utilisé pour désigner le taux ou la proportion de personnes ayant déclaré des idées suicidaires.

Les questions utilisées dans le présent chapitre se trouvent à la section X- Le suicide du questionnaire autoadministré (QAA). La question concernant les



idées suicidaires se lit comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)? » (QAA141). Les tentatives de suicide sont mesurées par la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? » (QAA144). Bien que la structure en ait été modifiée, ces deux questions proviennent de l'enquête *Santé Québec 1987* et ont été reprises aussi pour l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993*. Elles permettent d'estimer la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides au cours d'une période de 12 mois. Il est important de noter que cette période de référence couvre, pour chaque répondant, une période de 12 mois se situant, en tout ou en partie, dans l'année 1997 ou 1998 selon la date à laquelle il a répondu au questionnaire.

La sévérité des idées suicidaires et des parasuicides est très difficile à évaluer par questionnaire. Par exemple, les parasuicides peuvent comprendre à la fois des gestes suicidaires inoffensifs sur le plan de la santé physique et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Afin de mieux préciser les phénomènes des idées suicidaires et des parasuicides, le questionnaire de l'enquête comporte deux autres questions tirées de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* pour établir si la personne avait prévu un moyen pour mettre fin à ses jours (QAA142) et, le cas échéant, établir les moyens envisagés lors des idées suicidaires (QAA143). Pour mieux saisir la gravité du parasuicide une question conçue pour les besoins de l'enquête permet d'établir si la personne rapportant un parasuicide a été conduite ou s'est présentée d'elle-même à l'urgence d'un hôpital à la suite de son geste suicidaire (QAA145). Sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir, ces questions aident à mieux évaluer l'importance de ces idées et de ces gestes suicidaires.

### 17.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Pour estimer les prévalences des idées suicidaires et des tentatives de suicide, seules les questions portant sur la période de référence de 12 mois utilisées dans le cadre de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* ont été reprises. Ainsi, les questions sur les idées et les tentatives suicidaires au cours de la vie ont été retirées du questionnaire puisque, comme l'a montré l'enquête de 1992-1993, les prévalences de ces phénomènes ont très peu varié en cinq années. Par ailleurs, l'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente à des fins de connaissance de ces phénomènes sur le plan de la santé publique et de la compréhension psychosociale puisqu'elle fait référence à des événements récents. Les données de l'enquête *Santé Québec 1987* rendent également possible la comparaison des prévalences pour les 12 derniers mois.

Le libellé de la question qui permet de définir si oui ou non les personnes ont prévu un moyen pour poser leur geste suicidaire (QAA142) a été modifié quelque peu par rapport à celui de 1992-1993 par l'ajout du terme « sérieusement ». En 1998, l'énoncé se lit comme suit : « Si vous avez pensé sérieusement à vous suicider au cours des 12 derniers mois, avez-vous prévu un moyen pour le faire? ». La question portant sur les moyens envisagés (QAA143) a été reprise comme en 1992-1993. Seul un item a été ajouté à la liste des moyens possibles : drogues ou alcool.

La question portant sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne qui donne des conseils à la suite de la tentative de suicide, telle qu'elle était libellée en 1992-1993, a été modifiée en 1998. Ainsi, on demande plutôt si la personne a été conduite ou si elle s'est présentée à l'urgence à la suite de sa tentative de suicide (QAA145).

### 17.1.3 Portée et limites des données

Puisque nous étudions ici deux facettes différentes du phénomène du suicide, les analyses distinguent les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant aussi déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces phénomènes est calculée sur la base de populations légèrement différentes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide. De la même façon, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Tout en permettant de produire des résultats comparables à d'autres études sur ces questions, cette procédure crée des groupes d'individus distincts en ce qui concerne les comportements suicidaires. Ce mode de calcul des prévalences induit une légère surestimation des taux de parasuicides (les sujets rapportant uniquement des idées suicidaires étant soustraits du dénominateur) et sous-estime les taux d'idées suicidaires (les cas rapportant un parasuicide étant soustraits du numérateur et du dénominateur).

Malgré le fait que le taux de non-réponse pour chacune des questions permettant de documenter la prévalence des idées suicidaires et des parasuicides dans la population soit inférieur à 4 %, les effectifs en cause offrent peu de puissance statistique et, de ce fait, l'interprétation de plusieurs variables demeure restreinte.

## 17.2 Résultats

### 17.2.1 Idées suicidaires

Près de 3,9 % de la population de 15 ans et plus du Québec (environ 222 000 individus) déclare avoir sérieusement pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois (tableau 17.1). À titre indicatif, la prévalence annuelle des idées suicidaires, estimée sans l'exclusion au numérateur et au dénominateur des sujets rapportant un parasuicide, est de 4,4 % (données non présentées).

Tableau 17.1  
Présence d'idées suicidaires<sup>1</sup> au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%	Pe '000
<b>Hommes</b>		
15-24 ans	6,3	31
25-44 ans	4,5	53
45-64 ans	2,7*	23
65 ans et plus	0,5**	2
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>109</b>
<b>Femmes</b>		
15-24 ans	8,5	40
25-44 ans	4,0	46
45-64 ans	2,9*	25
65 ans et plus	0,5**	2
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>113</b>
<b>Sexes réunis</b>		
15-24 ans	7,4	71
25-44 ans	4,3	99
45-64 ans	2,9	48
65 ans et plus	0,5**	4
<b>Total</b>	<b>3,9</b>	<b>222</b>

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Les hommes et les femmes rapportent ce phénomène dans les mêmes proportions. Par contre, la proportion de personnes présentant des idées suicidaires sérieuses varie inversement avec l'âge des Québécois, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 17.1). Les personnes âgées de 15 à 24 ans présentent la prévalence la plus forte – 7 individus sur 100 indiquent avoir pensé au suicide dans l'année – alors que la prévalence est inférieure à 2,9 % chez les personnes de 45 à 64 ans. Aucune différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes de chaque groupe d'âge ne peut être mise en évidence.

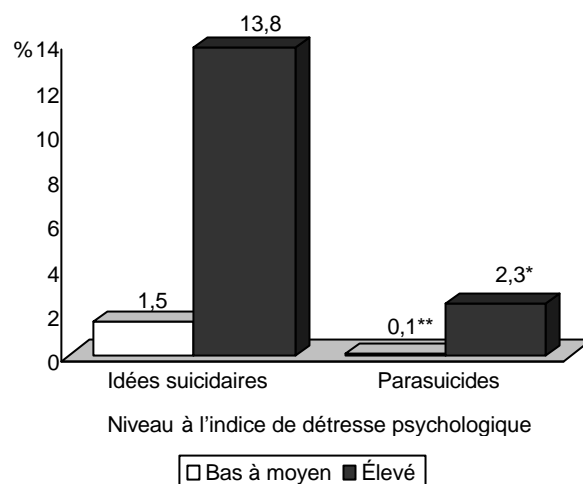
Bien que l'on observe une augmentation de la proportion de personnes rapportant avoir eu des idées suicidaires au cours d'une période de 12 mois depuis 1987 (3,1 % en 1987, 3,7 % en 1992-1993 et 3,9 % en 1998), ces différences ne sont pas

statistiquement significatives au seuil retenu, tant pour les hommes et les femmes que pour chacun des groupes d'âge dans l'ensemble de la population (tableau 17.2).

Idées suicidaires, détresse psychologique et perception de la santé mentale

Le niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) semble être associé aux idées suicidaires sérieuses. En effet, les personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) rapportent avoir sérieusement pensé au suicide dans une plus grande proportion que les personnes se situant dans les niveaux moins élevés de l'indice de détresse psychologique (14 % c. 1,5 %) (figure 17.1). Par ailleurs, 69 % des personnes qui déclarent avoir sérieusement pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, comparativement à 18 % pour les Québécois qui n'ont pas eu de pensées suicidaires sérieuses au cours de la même période (données non présentées). Ces proportions sont essentiellement les mêmes pour les hommes et les femmes (données non présentées).

Figure 17.1  
Présence d'idées suicidaires<sup>1</sup> ou de parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec, 1998



1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.
- \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
- \*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 17.2  
Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998

	Idées suicidaires <sup>1</sup>			Parasuicides		
	1987	1992-1993	1998	1987	1992-1993	1998
	%					
Hommes	3,0	3,7	3,9	0,8*	0,5*	0,5*
Femmes	3,2	3,6	3,9	0,9*	0,5*	0,5*
Sexes réunis						
15-24 ans	5,4	7,3	7,4	1,9*	1,5*	1,4*
25-44 ans	3,5	4,2	4,3	0,7*	0,5*	0,5*
45-64 ans	1,5	2,0	2,8	0,5**	0,2**	0,3**
65 ans et plus	0,7**	0,6**	0,5**	0,6**	0,1**	—
<b>Total</b>	<b>3,1</b>	<b>3,7</b>	<b>3,9</b>	<b>0,9</b>	<b>0,5</b>	<b>0,5</b>

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.
- \* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
- \*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Ces résultats sont concordants avec ceux liés à la perception qu'ont les gens de leur santé mentale. En effet, moins la santé mentale est perçue comme bonne et plus la proportion de gens rapportant des idées suicidaires est élevée. Ainsi, les personnes qui qualifient leur santé mentale de bonne, très bonne ou excellente présentent un taux d'idées suicidaires de 3 %, alors que celles qui la jugent moyenne ou mauvaise rapportent avoir pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois dans des proportions de 15 % et 43 % respectivement (données non présentées).

#### Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Les personnes rapportant des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois ne se distribuent pas aléatoirement au sein de la population du Québec. Les célibataires sont proportionnellement plus nombreux à avoir pensé sérieusement au suicide (8 %) que les personnes mariées (1,8 %) et celles vivant en union de fait (3,4 %) (tableau 17.3). Par contre, les personnes veuves, séparées ou divorcées rapportent des idées suicidaires (4,6 %) dans une proportion plus élevée que les Québécois mariés. Le niveau de revenu des Québécois est aussi associé aux idées suicidaires sérieuses. La prévalence d'idées suicidaires est plus élevée chez les personnes très pauvres (8 %) que chez celles ayant un niveau de revenu moyen inférieur (3,6 %), moyen supérieur (3,2 %) ou supérieur (3,2 %). De façon semblable, les Québécois qui se perçoivent comme très pauvres sont aussi proportionnellement plus nombreux à avoir eu des idées suicidaires (15 %) que ceux qui se disent pauvres (7 %) et même encore plus que ceux percevant leurs revenus comme suffisants (2,5 %).

Les données de l'enquête ne permettent cependant pas d'affirmer que la scolarité relative est liée à la prévalence des idées suicidaires. Lorsque le statut d'activité des Québécois au cours d'une période de 12 mois est considéré, on constate que les personnes aux études sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires sérieuses (7 %) que les personnes en emploi (3,4 %) et celles tenant maison (2,6 %) ou à la retraite (1,3 %) (tableau 17.3).

Tableau 17.3

#### Présence d'idées suicidaires<sup>1</sup> au cours d'une période de 12 mois selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
État matrimonial de fait	
Marié	1,8
En union de fait	3,4
Veuf, séparé ou divorcé	4,6
Célibataire	7,5
Niveau de revenu	
Très pauvre	8,3
Pauvre	5,1
Moyen inférieur	3,6
Moyen supérieur	3,2
Supérieur	3,2*
Perception de sa situation financière	
À l'aise	2,7
Suffisant	2,5
Pauvre	6,8
Très pauvre	14,8
Scolarité relative	
Plus faible	4,9
Faible	3,8
Moyenne	3,7
Élevée	3,5
Plus élevée	3,6
Statut d'activité (12 mois)	
En emploi	3,4
Aux études	7,1
Tient maison	2,6*
À la retraite	1,3*
Sans emploi	10,5

1. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

#### Moyens envisagés

La majorité (56 %) des personnes qui, au cours d'une période de 12 mois, ont pensé sérieusement à se suicider révèlent qu'elles avaient prévu un moyen pour mettre fin à leurs jours (données non présentées). Aucune différence significative ne peut être décelée à cet égard entre les hommes (53 %) et les femmes (59 %) (données non présentées). Proportionnellement ce sont les médicaments (ex. : surdose de somnifères, etc.) qui sont le moyen le plus envisagé (45 %), alors que le véhicule moteur (29 %), l'arme à feu (28 %), la

pendaison (27 %), la section des veines (23 %), les gaz d'échappement d'un moteur (monoxyde de carbone) (20 %) sont des méthodes maintes fois envisagées par les suicidaires (tableau 17.4).

Compte tenu que les questions sur les moyens envisagés pour se suicider ne sont répondues que par les personnes ayant rapporté des idées suicidaires, il est très difficile de déceler des différences entre les sexes et par groupe d'âge qui soient statistiquement significatives. Seul le recours aux médicaments (ex. : surdose de somnifères, etc.) diffère significativement selon le sexe. Une proportion plus grande de femmes que d'hommes (60 % c. 28 %) ont considéré ce moyen pour mettre fin à leurs jours (tableau 17.4). Aucune différence significative quant au sexe ou à l'âge n'est enregistrée pour les autres moyens. Outre les médicaments, les femmes rapportent, en proportion, plus souvent avoir pensé à se couper les veines (30 %) et à utiliser un véhicule moteur (29 %); les hommes envisageant en plus grande proportion l'arme à feu (36 %), la pendaison (36 %), le véhicule moteur (29 %) et les médicaments (28 %).

### 17.2.2 Parasuicides

En 1998, la prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois est estimée à 5 personnes pour 1 000 (ou environ 29 000 individus) (tableau 17.5).

Tableau 17.4

**Moyens<sup>1</sup> envisagés pour attenter à ses jours au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, personnes de 15 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires<sup>2</sup>, Québec, 1998**

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Médicaments (ex. : surdose de somnifères, etc.)	27,8*	60,1	45,2
Véhicule moteur	28,5*	28,7	28,6
Arme à feu	36,0	20,2*	27,5
Pendaison	35,9	19,7*	26,8
Se couper les veines	15,0*	29,6	22,9
Gaz d'échappement d'un véhicule moteur (monoxyde de carbone)	20,0*	19,6*	19,8
Saut	20,5*	13,1*	16,5*
Drogues ou alcool	13,4**	12,6**	13,0*

1. Plus d'un moyen pouvait être exprimé.

2. La population de référence exclut les personnes ayant déclaré un parasuicide.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

À titre indicatif, la prévalence annuelle du parasuicide estimée sans l'exclusion des sujets rapportant uniquement des idées suicidaires au dénominateur est de 4,95 pour 1 000 personnes.

Tableau 17.5

**Présence de parasuicides au cours d'une période de 12 mois, selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 1998**

	%	Pe '000
<b>Hommes</b>		
15-24 ans	0,9**	4
25-44 ans	0,6**	6
45-64 ans	0,4**	3
65 ans et plus	—	—
<b>Total</b>	<b>0,5*</b>	<b>13</b>
<b>Femmes</b>		
15-24 ans	2,0**	9
25-44 ans	0,4**	4
45-64 ans	0,3**	2
65 ans et plus	—	—
<b>Total</b>	<b>0,5*</b>	<b>15</b>
<b>Sexes réunis</b>		
15-24 ans	1,4*	13
25-44 ans	0,5*	10
45-64 ans	0,3**	5
65 ans et plus	—	—
<b>Total</b>	<b>0,5</b>	<b>29</b>

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Si la proportion de personnes signalant un parasuicide est similaire entre les sexes, elle se présente différemment en fonction des groupes d'âge. Chez les personnes de 15 à 24 ans, on observe une prévalence plus élevée (1,4 %) que chez les autres groupes d'âge (0,5 % et 0,3 %) (tableau 17.5). Cet écart significatif entre les groupes d'âge est également noté chez les femmes uniquement. Par ailleurs, les comparaisons des prévalences selon le sexe ou l'âge doivent être interprétées avec beaucoup de prudence en raison du petit nombre de parasuicides observés.

La prévalence des parasuicides, estimée pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus en 1998 (0,5 %), se compare à celles des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 (tableau 17.2). En 1987, la prévalence était de 0,9 % et en 1992-1993, elle était de 0,5 %. Sur le plan statistique, il n'existe pas d'écart significatif entre les prévalences estimées pour chacune des enquêtes.

#### Parasuicides et détresse psychologique

L'analyse des parasuicides en fonction de l'indice de détresse psychologique (IDPESQ14) révèle une association entre ces deux variables (figure 17.1). Les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir posé un geste suicidaire que celles se classant au niveau bas à moyen de l'indice (2,3 % c. 0,1 %) (figure 17.1). Par ailleurs, 82 % des personnes qui déclarent avoir posé au moins un geste suicidaire au cours d'une période de 12 mois se classent dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique, comparativement à 17 % pour celles qui n'ont pas fait de tentative de suicide au cours de la même période (données non présentées).

#### Variations selon certaines caractéristiques démographiques et socioéconomiques

Le petit nombre de parasuicides déclarés dans la présente enquête ne permet pas d'établir des relations statistiquement significatives avec plusieurs caractéristiques démographiques ou socioéconomiques des individus. Néanmoins, une analyse des résultats

recueillis permet de constater que les associations observées vont dans le même sens que celles notées pour les idées suicidaires. Notamment, les parasuicides semblent plus fréquents chez les célibataires que chez les individus mariés ou vivant en union de fait (données non présentées). Les prévalences de parasuicides semblent également plus élevées chez les personnes ayant une faible scolarité relative, étant très pauvres ou étant sans emploi. Il y aurait par ailleurs plus de parasuicides chez les personnes se percevant comme plus pauvres. Néanmoins, malgré l'intérêt de ces informations, elles doivent être interprétées avec circonspection car ces associations possibles pourraient également être attribuables à la proportion plus grande de jeunes qui posent des gestes suicidaires.

#### 17.2.3 Utilisation de l'urgence à la suite de la tentative de suicide

Sur l'ensemble des personnes qui ont rapporté avoir posé un geste suicidaire, on observe que près de 4 personnes sur 10 (38 %) ont déclaré avoir été à l'urgence (données non présentées). Cette proportion est la même tant chez les hommes que chez les femmes (37 % c. 38 %) (données non présentées).

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

Les idées suicidaires sont toujours des phénomènes très importants dans la population du Québec de 15 ans et plus. Environ 222 000 Québécois disent avoir pensé sérieusement au suicide au cours d'une période de 12 mois. L'augmentation observée de 3,1 % à 3,9 % entre les enquêtes de 1987 et de 1998 n'est pas significative, mais cette tendance laisse croire que le phénomène ne va pas en s'améliorant. Contrairement aux impressions coutumières, les données de la présente enquête suggèrent que les femmes ne sont pas plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires que les hommes. Ce phénomène persistant depuis l'enquête de 1987 devient de plus en plus probant. Cette similarité a aussi été notée dans la seule autre étude nationale menée en Finlande sur les idées suicidaires et les parasuicides couvrant une

période de 12 mois (Hintikka et autres, 1998). Notons cependant que la situation québécoise pourrait être assez particulière puisque, contrairement à la majorité des pays considérés dans l'étude de Weissman et autres (1999), les prévalences à vie des idées suicidaires observées chez les hommes et les femmes du Québec en 1987 ne diffèrent pas significativement (Boyer, Perrault, Légaré, 1988; Légaré et autres, 1995).

Les célibataires présentent une prévalence de pensées suicidaires plus élevée que les personnes mariées, celles vivant en union de fait et celles au statut matrimonial modifié (veuves, séparées ou divorcées). Ces constats sont similaires aux résultats ajustés pour le sexe et l'âge rapportés par Weissman et autres (1999), sauf pour les études menées à Edmonton, au Porto Rico, en France et à Taïwan. Puisque l'âge est associé à l'état matrimonial de fait, au niveau de revenu et au statut d'activité, les résultats présentés pour ces variables devront faire l'objet d'analyses plus poussées pour établir leurs associations uniques avec les idées suicidaires. Enfin, comme pour les enquêtes antérieures de Santé Québec, ce sont toujours les jeunes de 15 à 24 ans qui sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des pensées suicidaires.

La majorité des personnes rapportant des idées suicidaires indiquent avoir pensé à un moyen pour mettre fin à leurs jours. Les moyens envisagés, selon les circonstances, peuvent être très létaux, suggérant ainsi que, pour une proportion non négligeable de celles rapportant de telles idées, ces ruminations seraient très sérieuses. Les médicaments ont été, en proportion, plus souvent envisagés. Le véhicule moteur, l'arme à feu, la pendaison, la section des veines et les gaz d'échappement d'un véhicule moteur sont aussi des techniques souvent envisagées.

Les prévalences des parasuicides observées dans la population du Québec de 15 ans et plus (0,5 %) montrent que ces comportements sont des phénomènes moins fréquents que les idées suicidaires sérieuses, sans tentatives de suicide. Ce taux de

tentatives de suicide est proche de ceux observés dans les trois études rapportant des résultats pour une même période de référence, soit variant entre 0,6 % et 1,0 %. Comme lors des deux enquêtes précédentes de Santé Québec, l'enquête de 1998 ne parvient pas à mettre en évidence une plus forte prévalence de parasuicides chez les femmes que chez les hommes, pas plus qu'elle ne le fait pour les idées suicidaires. Cette réplcation, dans un contexte où la puissance statistique des données est importante, suggère que ce phénomène est relativement stable au Québec et qu'il n'existe probablement pas de différence entre les sexes quant à la prévalence des parasuicides pour une année. Les perceptions contraires proviennent probablement du fait que les hommes sont beaucoup plus à risque de suicide complété que les femmes. Rappelons cependant que la prévalence de parasuicides à vie enregistrée par l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* était statistiquement différente entre les hommes et les femmes, ces dernières présentant un taux de tentatives près de deux fois plus élevé que les hommes. Ce portrait est analogue à celui observé par Weissman et autres (1999) pour les États-Unis, Edmonton (Canada), Savigny (France), Taïwan et Christchurch (Nouvelle-Zélande).

Enfin, les relations observées entre les idées suicidaires ou les parasuicides et la détresse psychologique sont encore une fois corroborées et concordent avec plusieurs études menées à l'aide de la technique de l'autopsie psychologique montrant que plus de 75 % des victimes de suicide accompli souffraient d'un trouble psychiatrique dans les mois ayant précédé leur suicide (Clark et Horton-Deutsch, 1992), dont l'une menée auprès d'un échantillon québécois (Lesage et autres, 1994; Grunberg et autres, 1994;). Ces résultats sont aussi concordants avec ceux de l'étude menée récemment par le Coroner du Québec montrant que 46 % des personnes décédées à la suite d'un geste suicidaire présentaient un trouble mental (St-Laurent et Tennina, 2000).

## **Éléments de réflexion pour la planification**

La comparaison des données statistiques de décès par suicide au Québec en 1997 avec les taux de parasuicides estimés dans le cadre de la présente enquête suggère que les ratios parasuicides-suicides seraient respectivement de 64,9 chez les femmes et de 16,4 chez les hommes en 1997 (MSSS, 1999; Bureau du coroner, 1999). À proportion de parasuicides égales entre les deux sexes, cette différence entre le ratio des hommes et celui des femmes reflète en partie le fait que les hommes se retrouvent en plus grande proportion parmi les victimes de suicide, et suggère que la tentative de suicide serait un meilleur prédicteur du suicide fatal chez les hommes. Cependant, les données de la présente enquête indiquent que près de 4 suicidaires sur 10, hommes ou femmes, seraient passés par le service d'urgence d'un hôpital à la suite de leur tentative. Ce constat nous amène à proposer que ce lieu soit privilégié pour la prévention de la récurrence.



# Bibliographie

---

BEAUPRÉ, M., et D. ST-LAURENT (1998). «Deux causes de décès : le cancer et le suicide », *D'une génération à l'autre : évolution des conditions de vie*, Bureau de la statistique du Québec, Gouvernement du Québec, vol. 1, p. 49-81.

BOYER, R., C. PERRAULT et G. LÉGARÉ (1988). « La Santé mentale » dans SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND, et autres (sous la direction de), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p. 123-149.

BOYER, R., et D. ST-LAURENT (1999). « Le suicide au Québec », *La revue Frontières*, vol.12, n° 1, p. 50-53.

BUREAU DU CORONER (1999). *Rapport annuel 1998*, Gouvernement du Québec, 40 p.

CLARK, D. C., et S. L. HORTON-DEUTSCH (1992). « Assessment in absentia: the value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides » dans MARIS, R. W., A. L. BERMAN, J. T. MALTSBERGER et R. I. YUFIT (éd.), *Assessment and Prediction of Suicide*, The Guilford Press, New York, p. 144-182.

DYCK, R. J., R. C. BLAND, S. C. NEWMAN et H. ORN (1988). « Suicide attempts and psychiatric disorders in Edmonton », *Acta Psychiatrica Scandinavica Suppl.*, vol. 338, p. 64-71.

GRUNBERG, F., A. D. LESAGE, R. BOYER, C. VANIER, R. MORISSETTE, C. M. BUTEAU et M. LOYER (1994). « Le suicide chez les jeunes adultes de sexe masculin au Québec : psychopathologie et utilisation des services médicaux », *Santé mentale au Québec*, vol. 19, n° 2, p. 25-39.

HINTIKKA, J., H. VIINAMAKI, A. TANSKANEN, O. KONTULA et K. KOSKELA (1998). « Suicidal ideation and parasuicide in the finish general population », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 98, n° 1, p. 23-27.

KERKHOF, A. J. F., et autres (1994). *Attempt suicide in Europe*, The Netherlands, DSWO Press, Leiden University, 296 p.

KREITMAN, N., A. E. PHILIP, S. GREER et C. R. BAGLEY (1969). « Parasuicide », *British Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 523, p. 746-747.

LÉGARÉ, G., A. LEBEAU, R. BOYER et D. ST-LAURENT (1995). « Santé mentale » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSÉ, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p. 217-255.

LESAGE, A. D., R. BOYER, F. GRUNBERG, C. VANIER, R. MORISSETTE, C. MÉNARD-BUTEAU et M. LOYER (1994). « Suicide and mental disorders: a case control study of young men », *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, n° 7, p. 1063-1068.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1997). *Priorités nationales de santé publique 1997-2002*, Les Publications du Québec, Québec, 103 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1998). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Gouvernement du Québec, Québec, Direction de la santé publique, 94 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1999). *Suivi de la mortalité au Québec 1976-1997*, (Collection Analyse et surveillance), Gouvernement du Québec, Québec, n° 13, 252 p.

PAYKEL, E. S., J. K. MYERS, J. J. LINDENTHAL et J. TANNER (1974). « Suicide feelings in the general population: a prevalence study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 124, p. 460-469.

RAMSAY, R., et C. BAGLEY (1985). « The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population », *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 15, n° 3, p. 151-167.

SAFER, D. J. (1997). « Self-reported suicide attempts by adolescents », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol. 9, n° 4, p. 263-269.

SCHWAB, J. J., G. J. WARHEIT et C. E. HOLZER (1972). « Suicide ideation and behavior in a general population », *Diseases of the Nervous System*, vol. 33, n° 11, p. 745-748.

ST-LAURENT, D., et S. TENNINA (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1<sup>er</sup> septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau du coronier, Gouvernement du Québec, 59 p.

WEISSMAN, M. M., et autres (1999). « Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries », *Psychological Medicine*, vol. 29, n° 1, p. 9-17.

# Tableau complémentaire

Tableau C.17.1

## Prévalence des idées suicidaires et des parasuicides selon des enquêtes de santé auprès de la population générale

Auteurs	Lieu	Période	Prévalence
<b>Idées suicidaires</b>			
SCHWAB et autres (1972)	Floride, É.-U.	À vie	15,8
PAYKEL et autres (1974)	New Haven, É.-U.	À vie	2,6
RAMSAY et BAGLEY (1985)	Calgary, Canada	À vie	13,4
HINTIKKA et autres (1998)	Finlande	12 mois	
		Hommes	2,4
		Femmes	2,3
WEISSMAN et autres (1999)	États-Unis		
	Étude ECA <sup>1</sup>	À vie	11,2
	Étude NCS <sup>2</sup>	À vie	16,6
	Edmonton, Canada	À vie	11,2
	Porto Rico	À vie	9,5
	Savigny, France	À vie	14,2
	Allemagne de l'Ouest	À vie	15,6
	Beyrouth, Liban	À vie	2,1
	Taiïwan	À vie	5,3
	Corée	À vie	16,2
	Christchurch, Nouvelle-Zélande	À vie	18,6
<b>Parasuicides</b>			
SCHWAB et autres (1972)	Floride, É.-U.	À vie	2,7
PAYKEL et autres (1974)	New Haven, É.-U.	À vie	1,1
		12 mois	0,6
RAMSAY et BAGLEY (1985)	Calgary, Canada	À vie	4,2
		12 mois	0,8
DYCK et autres (1988)	Edmonton, Canada	À vie	3,6
HINTIKKA et autres (1998)	Finlande	12 mois	
		Hommes	1,1
		Femmes	0,9
WEISSMAN et autres (1999)	États-Unis		
	Étude ECA <sup>1</sup>	À vie	3,1
	Étude NCS <sup>2</sup>	À vie	4,8
	Edmonton, Canada	À vie	3,6
	Porto Rico	À vie	5,9
	Savigny, France	À vie	4,9
	Allemagne de l'Ouest	À vie	3,4
	Beyrouth, Liban	À vie	0,7
	Taiïwan	À vie	0,7
	Corée	À vie	3,2
	Christchurch, Nouvelle-Zélande	À vie	4,4

1. Étude du Epidemiologic Catchment Area.

2. Étude du National Comorbidity Survey.



# Incapacité et limitations d'activité

Russell Wilkins

Groupe d'analyse et de modélisation de la santé  
Division des études sociales et économiques, Statistique Canada

---

## Introduction

L'état de santé d'une population se mesure non seulement par la prévalence de problèmes de santé, mais aussi par la capacité des individus d'exercer pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. Les données de l'*Enquête sociale et de santé 1998*, comme l'enquête *Santé Québec 1987* (Santé Québec et autres, 1988) et l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec et autres, 1995), est une source d'information sur l'autonomie fonctionnelle de la population québécoise de tout âge vivant en ménage privé. L'*Enquête sociale et de santé 1998* permet de mesurer une dimension de handicap par rapport aux rôles de survie, soit les désavantages d'occupation, lesquels sont une composante importante de l'autonomie fonctionnelle. Elle recueille de l'information sur les journées d'incapacité et la prévalence des limitations d'activité à long terme, de même que sur leurs causes, origines, durées et conséquences.

L'un des objectifs de la *Politique de la santé et du bien-être* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992) cible les personnes ayant subi des pertes d'autonomie, en particulier les personnes âgées. Le tableau que trace le présent chapitre devrait aider à mieux caractériser cette clientèle. Pour de plus amples renseignements sur les personnes en perte d'autonomie, voir les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (Camirand et autres, à paraître), qui fournit une information complémentaire sur les besoins d'aide (comblés ou non) et sur les sources d'aide reçue pour les soins personnels et les activités instrumentales.

Dans ce chapitre, les résultats sont d'abord exprimés en journées d'incapacité, et sont ensuite présentés sous l'angle des limitations d'activité à long terme. Dans chaque cas, on commence par l'examen des données sur la prévalence, les origines et les causes de ces problèmes, suivi des comparaisons avec d'autres enquêtes et des variations selon les caractéristiques socioéconomiques.

## 18.1 Aspects méthodologiques

### 18.1.1 Indicateurs

Les questions sur l'incapacité et les limitations d'activité proviennent des sections I - Incapacité au cours des deux dernières semaines, et II - Limitation des activités, du questionnaire administré par l'intervieweur (QRI). Selon les termes de la Classification internationale des handicaps (Organisation mondiale de la santé [OMS], 1988), l'*Enquête sociale et de santé 1998* ne mesure pas la déficience (troubles de fonctionnement des organes) ni l'incapacité au sens strict (difficulté ou impossibilité de faire des activités particulières comme monter un escalier ou lire un journal avec ses lunettes, le cas échéant). Elle recueille de l'information sur deux aspects de la perte d'autonomie fonctionnelle : les journées d'incapacité pour des raisons de santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, et les limitations d'activité à cause d'un problème de santé ou d'une maladie chronique physique ou mentale. Les données relatives aux journées d'incapacité s'appliquent à l'ensemble des pertes d'autonomie fonctionnelle, qu'elles soient de courte ou de longue durée, alors que les limitations d'activité font plutôt état d'une perte d'autonomie à long terme; la présentation des indicateurs et des résultats respecte cette distinction.

## Journées d'incapacité

L'information recueillie distingue trois niveaux d'incapacité : lourde, modérée et légère. L'incapacité est considérée comme « lourde » si la personne est obligée de garder le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital). L'incapacité est « modérée » si la personne est incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école (sans compter les journées d'incapacité lourde). L'incapacité « légère » comprend toute autre journée où la personne a dû modérer ses activités.

Les journées d'incapacité sont ainsi comptées sous forme de journées d'alitement (QRI1), de journées d'incapacité par rapport à une activité principale (QRI2) et de journées de restriction des activités habituelles (QRI3). Le nombre total de journées d'incapacité est la somme de ces journées d'incapacité lourde, modérée et légère (QRI4). En rapportant les journées d'incapacité d'un membre du ménage, le répondant devait spécifier qu'elle était le principal problème de santé en cause (QRI5) et aussi spécifier l'origine de ce problème en précisant s'il était dû à un accident ou non (QRI6). Les problèmes de santé ont été regroupés en six catégories : les problèmes ostéo-articulaires (comprenant l'arthrite, le rhumatisme, le mal de dos et autres problèmes ostéo-articulaires), les problèmes respiratoires (comprenant les affections respiratoires aiguës, l'influenza, la bronchite, l'emphysème et l'asthme), les traumatismes (comprenant les accidents, les empoisonnements et les blessures intentionnelles), les problèmes mentaux, les problèmes cardiovasculaires (comprenant l'hypertension et les maladies cardiaques) et les autres problèmes. Si un accident est à l'origine des journées d'incapacités l'origine est considérée comme « externe » et toute autre origine est portée à la catégorie « autres ».

Puisque le nombre de journées d'incapacité fluctue selon la saison et que les entrevues ont eu lieu tout au long de l'année, certaines personnes ont été interviewées en hiver, lorsque les journées d'incapacité sont plus fréquentes, et d'autres, en été, lorsqu'elles sont moins fréquentes. L'information sur les journées

d'incapacité peut donc être interprétée sur une base annuelle. À cet effet, on calcule une moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne, en multipliant par 26 fois le nombre de journées d'incapacité déclarées pour les deux semaines ayant précédé l'enquête, moyenne que l'on rapporte à l'ensemble de la population vivant dans les ménages privés. La moyenne annuelle s'applique ainsi uniquement à l'ensemble de la population et non aux individus. Les données ne permettent pas, par ailleurs, d'estimer quelle proportion de la population connaît au moins une journée d'incapacité au cours de l'année.

## Limitations d'activité à long terme

La limitation d'activité est ce qui restreint la personne dans le genre ou la quantité d'activités qu'elle peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale, ou d'un problème de santé (QRI7, QRI8). Une personne peut être incapable d'exercer une activité principale (travailler, étudier ou tenir maison), être restreinte dans une activité principale, ou avoir d'autres limitations d'activité (QRI9 à QRI11). En rapportant la limitation d'activité d'un membre du ménage, le répondant devait spécifier si elle était le résultat d'un accident ou d'une blessure (QRI13); ces renseignements permettent de déterminer l'origine de la limitation. Si la limitation est due à un accident ou à une blessure, l'origine est considérée comme « externe », et toute autre origine est portée à la catégorie « autres ». Quant aux problèmes de santé ayant causé cette limitation (QRI12), ils ont été regroupés en six catégories de la même façon que les journées d'incapacité.

### 18.1.2 Comparabilité avec les enquêtes antérieures de Santé Québec

Les questions retenues pour ce chapitre figuraient aussi dans les deux précédentes enquêtes générales de 1987 et de 1992-1993 de Santé Québec. D'autres questions disponibles lors des enquêtes de 1987 et de 1992-1993 ont été transférées à l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* : il s'agit principalement des questions sur le besoin d'aide pour les soins personnels et pour les activités

instrumentales, de même que celles sur les sources d'aide reçue. Donc, on n'a pas pu reconstruire ici l'indice d'autonomie fonctionnelle tel qu'il avait été défini pour les enquêtes précédentes (Wilkins et autres, 1995) à partir des questions restantes de l'enquête de 1998. Pour un indice similaire mais non identique, voir les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (Camirand et autres, à paraître).

### 18.1.3 Portée et limites des données

Le taux de non-réponse partielle pour chacune des questions et pour les indices qui en découlent est inférieur à 5 %.

Pour les limitations d'activité, on a calculé des taux et des proportions. Pour les journées d'incapacité, on a calculé des moyennes et des proportions. Dans les deux cas, l'enquête n'a pu détecter que rarement des différences significatives à cause de la petite taille de l'échantillon par rapport à la rareté de la condition.

Les données de prévalence sont présentées selon l'âge et le sexe, mais ni les comparaisons avec d'autres enquêtes, ni les comparaisons selon d'autres facteurs (tels que les causes ou les caractéristiques socio-économiques) n'ont été ajustées en fonction de l'âge.

Une autre limite de ces données provient du fait que les personnes hébergées en institution pour des raisons de santé, qui sont toutes limitées dans leurs activités et pour la plupart très âgées, ne figurent pas dans l'échantillon de la présente enquête, lequel ne porte que sur les ménages privés non collectifs.

## 18.2 Résultats

### 18.2.1 Journées d'incapacité

#### Prévalence

En 1998, la moyenne annuelle du nombre de journées d'incapacité par personne est estimée à 15 jours pour les hommes, à 19 jours pour les femmes et à 17 jours pour l'ensemble de la population (tableau 18.1). Le nombre total de journées d'incapacité augmente

considérablement selon l'âge; il passe d'environ 8 jours chez les personnes de 15 à 24 ans à 17 jours chez celles de 25 à 44 ans, et d'environ 21 jours chez les personnes de 45 à 64 ans à 41 jours chez celles de 75 ans et plus.

Tableau 18.1  
**Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1998**

	Jours
<b>Hommes</b>	
0-14 ans	7,9
15-24 ans	6,7
25-44 ans	14,3
45-64 ans	18,9
65-74 ans	29,0
75 ans et plus	34,5
<b>Total</b>	<b>14,7</b>
<b>Femmes</b>	
0-14 ans	7,5
15-24 ans	9,3
25-44 ans	19,9
45-64 ans	23,5
65-74 ans	26,9
75 ans et plus	45,0
<b>Total</b>	<b>19,0</b>
<b>Sexes réunis</b>	
0-14 ans	7,7
15-24 ans	7,9
25-44 ans	17,1
45-64 ans	21,3
65-74 ans	27,9
75 ans et plus	41,3
<b>Total</b>	<b>16,9</b>

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Ces journées d'incapacité se composent d'environ quatre jours d'alitement, de sept autres jours pendant lesquels les personnes ont été incapables d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école et de six jours où elles ont dû modérer leurs activités (tableau 18.2). La moyenne annuelle du nombre de journées d'alitement est, sans être significative, un peu plus élevée chez les femmes (4 jours c. 3 jours) que chez les hommes, alors que le nombre de journées d'incapacité légère est environ deux fois plus élevé chez les femmes que chez les hommes (8 jours c. 4 jours).

Tableau 18.2

**Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998**

	Lourde <sup>1</sup>	Modérée <sup>2</sup>	Légère <sup>3</sup>	Total
Jours				
Hommes	3,3	6,9	4,4	14,7
Femmes	3,8	7,0	8,2	19,0
<b>Total</b>	<b>3,6</b>	<b>6,9</b>	<b>6,3</b>	<b>16,9</b>

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.

2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.

3. A dû modérer ses activités.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

## Durée, origines et causes

L'enquête permet d'estimer que plus de la moitié de toutes les journées d'incapacité (55 %) sont attribuables aux personnes ayant une limitation d'activité à long terme, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 18.3). L'autre moitié reflète une incapacité de courte durée, puisque ces journées sont rapportées pour des personnes n'ayant pas de limitation d'activité à long terme. Par ailleurs, la proportion des journées d'incapacité d'origine externe, c'est-à-dire résultant d'un accident, est estimée à 16 %. Elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (23 % c. 10 %) et varie aussi selon l'âge : la fréquence la plus élevée de journées d'incapacité d'origine externe se retrouve chez les hommes âgés de 15 à 44 ans (34 %) (données non présentées). Quant aux causes spécifiques, les problèmes ostéo-articulaires et les maladies respiratoires sont responsables de la plus grande proportion des journées d'incapacité (soit environ 18 % et 17 % respectivement). La proportion des journées d'incapacité dues aux causes accidentelles est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (15 % c. 7 %).

Tableau 18.3

**Durée, origines et causes des journées d'incapacité selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998**

	Hommes	Femmes	Total
%			
Durée			
Long terme <sup>1</sup>	54,0	55,0	54,6
Court terme <sup>2</sup>	46,0	45,0	45,4
Origine			
Externe	22,6	10,1	15,5
Autres	77,4	89,9	84,5
Cause			
Ostéo-articulaire	16,4	19,3	18,1
Respiratoire	16,5	18,1	17,4
Traumatismes	15,1	6,9	10,4
Mentale	7,0*	8,3	7,8
Cardiovasculaire	8,6*	5,6*	6,9
Autres	36,4	41,7	39,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>

1. Journées d'incapacité parmi les personnes avec limitation d'activité.

2. Journées d'incapacité parmi les personnes sans limitation d'activité.

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

## Comparaison avec d'autres enquêtes

Depuis l'enquête *Santé Canada 1978* jusqu'à l'*Enquête sociale et de santé 1998*, la moyenne annuelle du nombre de journées d'alitement par personne a peu évolué (tableau 18.4).



Tableau 18.4

**Moyenne annuelle de journées d'alitement et de journées d'incapacité totale par personne selon le sexe, population en ménage privé, Québec, 1978 à 1998**

Année	Enquête	Jours					
		Alitement			Total		
		Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total
1998	Enquête sociale et de santé	3,3	3,8	<b>3,6</b>	14,7	19,0	<b>16,9</b>
1996	Enquête nationale sur la santé de la population	2,8	3,1	<b>3,0</b>	12,8	16,4	<b>14,6</b>
1994	Enquête nationale sur la santé de la population	2,1	4,1	<b>3,1</b>	15,2	17,9	<b>16,6</b>
1992-1993	Enquête sociale et de santé	2,3	3,8	<b>3,1</b>	13,4	17,3	<b>15,4</b>
1987	Enquête Santé Québec	2,8	4,0	<b>3,4</b>	13,5	16,3	<b>14,9</b>
1978	Enquête Santé Canada	2,1	4,2	<b>3,2</b>	10,4	18,5	<b>14,5</b>

Sources : Compilations spéciales : pour une information complémentaire sur ces enquêtes, voir Enquête Santé Canada (1981), Santé Québec et autres (1988, 1995), Millar et autres (1995), Statistique Canada (1998), Lapointe et autres (1999).

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Cependant, la moyenne totale annuelle de journées d'incapacité par personne (alitement ou non) semble à la hausse (de 15 à 17 jours), d'où on déduit que le nombre de journées d'incapacité modérée ou légère s'accroît (puisque ce dernier est égal au nombre total moins le nombre avec alitement). Les journées d'incapacité selon le sexe, l'âge et le genre d'incapacité d'après les enquêtes de 1987, de 1992-1993 et de 1998 de Santé Québec sont présentées au tableau C.18.1.

## Variations selon les caractéristiques socioéconomiques

Le nombre de journées d'incapacité est associé aux caractéristiques socioéconomiques des individus. Ainsi, la moyenne annuelle des journées d'incapacité diminue d'environ la moitié, entre les niveaux de revenu très pauvre et supérieur : les personnes très pauvres ont une moyenne annuelle de 29 journées d'incapacité par personne, dont environ 7 passées au lit, alors que les mieux nanties ne présentent que 12 journées d'incapacité par personne dont 3 journées d'alitement (tableau 18.5).

Selon la scolarité relative, les différences au niveau des journées d'incapacité semblent un peu moins prononcées que celles selon le niveau de revenu : les personnes les plus scolarisées déclarent en moyenne 14 journées d'incapacité comparativement à 23 journées chez les moins scolarisées.

La variation du nombre de jours d'incapacité selon le statut d'activité habituel est évidemment associée à l'âge des individus. Il est cependant intéressant de souligner que les étudiants et les personnes occupant un emploi ont un nombre de jours d'incapacité moindre (8 et 12 jours respectivement), tandis que les personnes sans emploi et à la retraite en ont davantage (73 et 32 jours). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les deux groupes précités (23 jours).

Selon la catégorie professionnelle, on ne détecte pas de différences significatives entre les groupes quant aux journées d'incapacité. Par contre, tous ces groupes professionnels présentent néanmoins un nombre de journées d'incapacité nettement inférieur à celui des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

Selon la langue maternelle, les allophones ont moins de journées d'incapacité (11 jours) comparativement aux francophones et aux anglophones (19 jours et 16 jours respectivement, mais la différence entre anglophones et francophones n'est pas significative).

Tableau 18.5

**Moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le genre d'incapacité et selon certaines caractéristiques socioéconomiques, sexes réunis, population en ménage privé, Québec, 1998**

	Lourde <sup>1</sup>	Modérée <sup>2</sup>	Légère <sup>3</sup>	Total
Jours				
Niveau de revenu				
Très pauvre	6,5	10,5	12,2	29,3
Pauvre	6,4	10,0	8,4	24,8
Moyen inférieur	3,5	6,9	6,4	16,7
Moyen supérieur	2,5	5,8	5,1	13,3
Supérieur	2,6	5,3	4,2	12,1
Scolarité relative (15 ans et plus)				
Plus faible	4,3	11,0	8,2	23,4
Faible	3,3	8,5	5,0	16,9
Moyenne	2,6	8,2	6,7	17,6
Élevée	3,9	7,2	7,0	18,1
Plus élevée	2,5	5,4	5,9	13,8
Statut d'activité habituel (15 ans et plus)				
Aux études	2,1	2,4	3,7	8,2
En emploi	2,0	5,5	4,2	11,6
Tient maison	4,0	6,8	12,6	23,4
Sans emploi	12,3	43,0	17,2	72,5
À la retraite	7,2	12,4	12,0	31,6
Catégorie professionnelle (15 ans et plus)				
Professionnel et cadre supérieur	2,0	4,3	3,8	10,1
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	1,6	4,1	4,2	9,9
Employé de bureau, de commerce et de service	2,4	5,2	4,7	12,2
Contremaître et ouvrier qualifié	1,9	7,3	3,0	12,2
Ouvrier non qualifié et manœuvre	1,8	6,9	3,9	12,6
Langue maternelle (15 ans et plus)				
Français	3,3	8,5	6,9	18,7
Anglais	3,2	5,7	7,4	16,3
Autres	2,0	4,7	4,3	11,1

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.

2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.

3. A dû modérer ses activités.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

### 18.2.2 Limitations d'activité à long terme

#### Prévalence

L'*Enquête sociale et de santé 1998* estime à environ 9 % la proportion de Québécois de tout âge ayant des limitations d'activité pour des raisons de santé, mais cette proportion s'élève à environ 27 % chez les 75 ans et plus, et la proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (10 % c. 8 %) (tableau 18.6). Ces limitations d'activité peuvent être considérées comme des limitations « à long terme », même si ce n'est pas toujours le cas. En effet, lors des précédentes enquêtes générales de Santé Québec,

les limitations d'activité ont été compilées selon la durée de la limitation, et dans au moins 90 % des cas, ces limitations duraient depuis au moins six mois (Wilkins et Sauvageau, 1988; Wilkins et autres, 1995).

Les personnes ayant une limitation d'activité à long terme présentent un nombre moyen annuel de journées d'incapacité par personne beaucoup plus élevé que les personnes sans limitation (tableau 18.7). Dans le premier groupe, ce nombre moyen est estimé à 99 jours par personne, y compris 18 journées d'alitement, alors que chez les personnes sans limitation, l'estimation est plutôt de 8 journées d'incapacité par personne, incluant 2 journées d'alitement.

Tableau 18.6

**Évolution des taux de limitations d'activité selon le sexe et l'âge, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000
Hommes	7,1	6,4	8,2	290
Femmes	7,6	8,0	10,4	376
Sexes réunis				
0-14 ans	3,1	2,2	2,3	31
15-24 ans	3,1	3,6	4,0	39
25-44 ans	5,3	6,1	7,4	172
45-64 ans	13,4	10,2	14,0	239
65-74 ans	16,8	17,2	20,3	107
75 ans et plus	21,7	22,7	26,7	77
<b>Total</b>	<b>7,4</b>	<b>7,2</b>	<b>9,3</b>	<b>665</b>

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Tableau 18.7

**Journées d'incapacité selon le genre d'incapacité, la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998**

	Lourde <sup>1</sup>	Modérée <sup>2</sup>	Légère <sup>3</sup>	Total
	Jours			
Hommes				
Limités dans les activités	18,8	54,0	24,5	<b>97,3</b>
Non limités dans les activités	1,9	2,8	2,7	<b>7,3</b>
Femmes				
Limitées dans les activités	18,1	44,2	38,2	<b>100,5</b>
Non limitées dans les activités	2,2	2,6	4,7	<b>9,5</b>
Sexes réunis				
Limités dans les activités	18,4	48,4	32,3	<b>99,1</b>
Non limités dans les activités	2,1	2,7	3,7	<b>8,4</b>

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.

2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.

3. A dû modérer ses activités.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

**Causes et origines**

Les causes principales des limitations d'activité sont, par ordre décroissant d'importance : les problèmes ostéo-articulaires (27 %), les maladies cardiovasculaires (14 %), les maladies respiratoires (11 %), les traumatismes (8 %) et les problèmes d'ordre mental (8 %) (tableau 18.8). Depuis 1987, l'importance relative des problèmes respiratoires et mentaux augmente, et celle des problèmes ostéo-articulaires a tendance à augmenter. Par contre, l'importance

relative des traumatismes et des maladies cardiovasculaires a tendance à diminuer.

Environ 18 % des limitations sont d'origine externe (accidentelle) et 82 % sont dues à d'autres causes telles que les anomalies congénitales ou les maladies chroniques dégénératives (tableau 18.8).

Tableau 18.8  
**Causes et origines des limitations d'activité, personnes avec limitations d'activité vivant en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

Cause	1987	1992-1993	1998	Pe
	%			'000
Ostéo-articulaire	24,0	26,6	26,8	178
Cardiovasculaire	15,9	13,1	13,7	91
Respiratoire	7,6	12,9	10,7	71
Mentale	5,6	6,0	8,3	55
Traumatismes	10,3	7,3	8,2	54
Autres	36,7	34,3	32,3	216
Origine				
Externe	21,9	18,7	18,3	123
Autres	78,1	81,3	81,7	543
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>665</b>

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
 Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

#### Comparaison avec d'autres enquêtes

Qu'en est-il des changements entre 1987 et 1998 sur le plan de la prévalence des limitations d'activité à long terme dans la population vivant en ménage privé au Québec? D'après les enquêtes générales de Santé Québec, les proportions de la population avec limitation d'activité sont relativement comparables en 1987 et 1992-1993, et ce, chez les deux sexes. Mais entre 1992-1993 et 1998, la proportion a augmenté chez les hommes et chez les femmes (tableau 18.6). De 1987 à 1998, les hausses les plus importantes se situent chez les personnes âgées de 65 à 74 ans et de 75 ans et plus, mais ces différences ne sont pas significatives (sans doute à cause du faible nombre d'effectifs pour ces groupes d'âge dans l'échantillon).

De nombreuses enquêtes canadiennes sur l'incapacité à long terme présentent des résultats similaires. Des compilations spéciales de 14 enquêtes nationales ont été faites concernant la ou les questions les plus semblables à celles de Santé Québec sur les limitations d'activité (Enquête Santé Canada, 1981; Statistique Canada, 1986, 1987, 1988, 1994, 1998; Santé Québec et autres, 1988, 1995; Lapointe et autres, 1999). Cette comparaison porte uniquement sur la population de 15 ans et plus et le tableau 18.9 en présente les résultats.

Tableau 18.9  
**Évolution des taux de limitations d'activité, population de 15 ans et plus, en ménage privé, Québec, 1978 à 1998**

Année	Enquête ou recensement	%
1998	Enquête sociale et de santé	10,9
1996	Enquête sociale générale	12,9
1996	Enquête nationale sur la santé de la population	10,9
1994	Enquête nationale sur la santé de la population	14,0
1992-1993	Enquête sociale et de santé	8,5
1991	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	9,1
1991	Recensement du Canada	9,6
1991	Enquête sociale générale	10,3
1987	Enquête Santé Québec	8,5
1986	Enquête sur la santé et les limitations d'activités	8,7
1986	Recensement du Canada	8,2
1985	Enquête sociale générale	8,4
1983	Enquête sur la santé et les incapacités <sup>1</sup>	7,6
1978	Enquête Santé Canada <sup>2</sup>	12,5

1. Pourcentage restant dans un échantillon de personnes filtrées préalablement par une série de questions-écran sur l'incapacité.
2. Ces questions n'étaient pas tout à fait comparables à celles des autres enquêtes. Les personnes dont l'activité principale était « à la retraite pour des raisons de santé » ne répondaient pas aux questions sur l'incapacité; elles étaient automatiquement classées comme limitées dans leurs activités. Cela avait pour effet d'augmenter le nombre de personnes classées comme limitées.

Sources : Compilations spéciales : pour une information complémentaire sur ces enquêtes, voir Enquête Santé Canada (1981), Statistique Canada (1986, 1987, 1988, 1994, 1998), Santé Québec et autres (1988, 1995), Millar et autres (1995), Lapointe et autres (1999).

Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Selon les quatre enquêtes menées au Québec de 1985 à 1987, la proportion estimée de la population limitée dans ses activités variait entre 8,2 % et 8,7 %. L'enquête *Santé Québec 1987* situait cette proportion à 8,5 %. Les quatre enquêtes menées au Québec de 1991 à 1993 estimaient cette proportion entre 8,5 % et 10,3 %. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* la situait à 8,5 %. Plus récemment, les quatre enquêtes menées au Québec de 1994 à 1998 estiment cette proportion entre 10,9 % et 14,0 %. L'*Enquête sociale et de santé 1998* l'estime à 10,9 %. Les résultats des enquêtes de Santé Québec se situent donc dans la fourchette des autres résultats, pour chaque période concernée. De plus, la hausse d'environ deux points

de pourcentage dans la proportion de la population limitée dans ses activités, observée dans les enquêtes de Santé Québec, semble confirmée par les autres enquêtes.

#### Variations selon les caractéristiques socioéconomiques

En ce qui concerne les disparités socioéconomiques (tableau 18.10), l'enquête indique que la prévalence de la limitation d'activité à long terme varie selon le niveau économique. Ainsi, la proportion de la population ayant une telle limitation est plus élevée chez les personnes très pauvres (17 %) que chez les personnes dont le niveau de revenu est supérieur (6 %).

Tableau 18.10

#### Taux de limitations d'activité selon certaines caractéristiques socioéconomiques et le sexe, population en ménage privé, Québec, 1998

	Hommes	Femmes	Total
	%		
<b>Niveau de revenu</b>			
Très pauvre	16,0	17,8	16,9
Pauvre	12,7	15,7	14,4
Moyen inférieur	9,0	10,0	9,5
Moyen supérieur	5,4	8,2	6,8
Supérieur	6,0*	6,4*	6,2
<b>Scolarité relative (15 ans et plus)</b>			
Plus faible	12,2	17,7	14,9
Faible	10,2	10,6	10,4
Moyenne	8,6	10,5	9,6
Élevée	7,9	11,9	9,7
Plus élevée	5,3	9,0	7,2
<b>Statut d'activité habituel (15 ans et plus)</b>			
Aux études	2,7*	5,4*	4,1
En emploi	4,3	6,1	5,1
Tient maison	16,1*	14,8	14,9
Sans emploi	35,1	47,6	40,1
À la retraite	23,4	24,4	23,9
<b>Catégorie professionnelle (15 ans et plus)</b>			
Professionnel et cadre supérieur	3,1**	6,3**	4,7*
Cadre intermédiaire, semi-professionnel et technicien	3,8*	5,5*	4,6
Employé de bureau, de commerce et de service	4,3*	6,3*	5,6
Contremaître et ouvrier qualifié	3,9	4,0**	3,9
Ouvrier non qualifié et manœuvre	6,1*	6,8**	6,3
<b>Langue maternelle (15 ans et plus)</b>			
Français	9,3	12,1	10,8
Anglais	7,3*	12,2	9,8
Autres	5,6*	9,1	7,4

\* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

\*\* Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

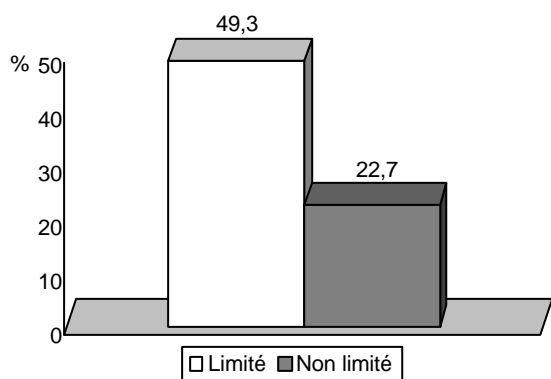
La prévalence varie aussi selon la scolarité relative. Seulement 7 % des personnes classées au plus haut niveau de scolarité ont une limitation d'activité à long terme, cette proportion atteignant 15 % chez les personnes du niveau le plus bas. Selon le statut d'activité habituel, les personnes au travail ou aux études présentent les plus faibles prévalences de limitations d'activité à long terme (5 % et 4 % respectivement), tandis que les personnes sans emploi et celles à la retraite affichent les prévalences les plus élevées (40 % et 24 %). Les personnes dont l'activité principale est de tenir maison se situent entre les deux groupes (15 %).

Parmi les personnes ayant un emploi, la prévalence de limitations d'activité ne varie pas beaucoup selon la profession, le taux oscillant entre 4 % et 6 %, le taux le plus élevé étant observé dans la catégorie ouvrier non qualifié et manœuvre (6 %). De cette façon, dans toutes les catégories professionnelles, la prévalence est nettement inférieure à celle des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison.

#### Variations selon certains autres facteurs

La consultation d'un professionnel de la santé est plus répandue chez les personnes ayant une limitation d'activité que chez celles qui n'en ont pas (figure 18.1).

Figure 18.1  
**Consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population en ménage privé, Québec, 1998**

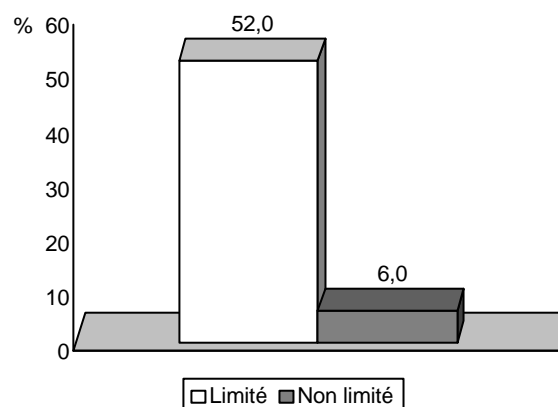


Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Presque la moitié (49 %) de l'ensemble des personnes limitées dans leurs activités ont consulté un professionnel de la santé au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, comparativement à moins d'une personne sur quatre (23 %) chez les personnes sans aucune limitation d'activité.

La perception de la santé varie également selon la présence ou l'absence de limitations à long terme (figure 18.2), les personnes limitées étant proportionnellement plus nombreuses à considérer leur santé comme « moyenne ou mauvaise » (52 % c. 6 %).

Figure 18.2  
**Perception de l'état de santé comme moyen ou mauvais selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, 1998**



Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

Le tableau 18.11 présente enfin deux indicateurs de non-satisfaction pour certains aspects de la vie sociale, lesquels varient aussi beaucoup selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme. Ces indicateurs concernent la non-satisfaction face à la vie sociale en général et la non-satisfaction dans les relations avec les amis. On observe que les personnes ayant déclaré être limitées dans leurs activités sont proportionnellement plus nombreuses à être non satisfaites face à leur vie sociale (27 % c. 11 %) et dans leurs relations avec les amis (16 % c. 8 %) que celles qui ne sont pas limitées.

Tableau 18.11

**Indicateurs de non-satisfaction pour certains aspects de la vie sociale selon la présence ou l'absence de limitations d'activité à long terme, population de 15 ans et plus en ménage privé, Québec, 1998**

	Personnes non satisfaites	
	De la vie en général <sup>1</sup>	Des relations avec leurs amis
	%	
Non limité dans les activités	11,4	8,4
Limité dans les activités	27,2	15,7
<b>Total</b>	<b>13,1</b>	<b>9,2</b>

1. Le pourcentage de personnes non satisfaites de la vie en général comprend aussi la catégorie « plutôt insatisfait ».

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

## Conclusion

### Synthèse et pistes de recherche

#### Journées d'incapacité

Dans la population vivant en ménage privé au Québec, les résultats des enquêtes de Santé Québec indiquent qu'entre 1987 et 1998 le nombre de journées d'alitement par personne (moyenne annuelle) a augmenté chez les hommes, mais non chez les femmes, tandis que le nombre d'autres journées d'incapacité a augmenté chez les deux sexes.

En ce qui concerne le taux global d'incapacité, il y a donc une tendance à la hausse des déclarations et une certaine variabilité entre les enquêtes. Relativement à l'évolution de l'incapacité selon la sévérité de l'incapacité et selon le genre de dépendance, il serait bien de comparer les résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* à ceux des enquêtes canadiennes sur les limitations d'activité (de 1986 et de 1991). On sait qu'entre 1987 et 1993-1994, considérés dans leur ensemble, les résultats suggèrent que la prévalence des formes lourdes de perte d'autonomie fonctionnelle à long terme a diminué au sein de la population québécoise, mais qu'il y avait néanmoins une prévalence accrue pour les formes moins graves (Wilkins et autres, 1995).

Par rapport aux journées d'incapacité, la position favorable des allophones s'explique, du moins en partie, par la plus grande proportion d'immigrants parmi eux (Chen et autres, 1996), probablement à cause de très forts effets de sélection des immigrants pour des facteurs reliés à la santé. Il serait possible, par ailleurs, d'évaluer l'importance des immigrants de première et de deuxième génération par rapport à cet indice, en recompilant les données de l'enquête selon la langue maternelle et le groupe ethnoculturel. Si la différence n'est que partiellement expliquée, on pourrait ensuite procéder à une analyse multivariée en tenant compte aussi d'autres facteurs tels que la scolarité relative, le niveau du revenu et l'âge.

#### Limitations d'activité à long terme

De 1987 à 1998, la proportion de la population avec limitation d'activité à long terme a augmenté chez les deux sexes, surtout chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

Les taux d'incapacité à long terme varient non seulement en fonction de l'âge et du sexe, mais aussi selon d'autres caractéristiques socioéconomiques, quoique ces écarts soient parfois reliés, au moins en partie, aux différences dans la structure par âge de ces groupes. Par rapport à l'ensemble de la population, la prévalence des limitations d'activité est plus élevée chez les personnes pauvres, les personnes les moins scolarisées, les ouvriers et les personnes sans emploi ou à la retraite, et les francophones.

Les problèmes ostéo-articulaires sont la plus importante cause des limitations à long terme dans les activités (27 % du total), suivis par les problèmes cardiovasculaires (14 %). De plus, 18 % des limitations à long terme sont d'origine externe (accidentelle).

Lors de la prochaine enquête sociale et de santé, il sera important de poser l'ensemble des questions sur l'autonomie fonctionnelle utilisées dans l'enquête de 1992-1993, afin de permettre une reprise du calcul de l'indice hiérarchique d'autonomie fonctionnelle et de l'espérance de vie en santé (Wilkins et autres, 1995).

## Éléments de réflexion pour la planification

Les répercussions de ces changements sur les services de santé semblent claires : à mesure que la population vieillit et que la taille de la population très âgée augmente, on peut prévoir un plus grand besoin d'aide personnelle, qu'il s'agisse d'aidants familiaux ou de services à domicile, de même que de services institutionnels d'hébergement. De plus, il est raisonnable de supposer que les milieux défavorisés sur le plan socioéconomique auront des besoins d'aide plus grands à cause de leurs taux d'incapacité plus élevés. C'était le cas lors de l'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Wilkins et autres, 1995), mais il faudrait se référer aux résultats de l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998* (Gosselin et autres, à paraître) afin d'estimer la distribution de ces besoins en 1998.

Selon les données du recensement de 1996, à partir de l'âge de 75 ans, 17 % de la population du Québec est hébergée en institution de santé (c'est-à-dire, dans un centre d'accueil, dans un autre établissement de soins résidentiels, dans un hôpital pour soins prolongés) (compilations spéciales du recensement du Canada de 1996 fournies par Robert Choinière de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre). Ces personnes ne sont pas enquêtées lors des enquêtes de ménage, mais elles représentent une partie importante de la population ayant besoin d'aide, surtout pour les soins personnels (Chen et Wilkins, 1998). Un portrait complet de la population québécoise en perte d'autonomie fonctionnelle devrait tenir compte de toutes ces personnes, peu importe leur mode de résidence.

Afin de planifier des stratégies visant à réduire les conséquences négatives des problèmes de santé, les concepts de la Classification internationale des handicaps (OMS, 1988) permettent de discerner plusieurs points d'intervention. On peut prévenir les maladies et les traumatismes à l'origine des déficiences et des incapacités, ou en réduire leurs conséquences. Par exemple, en assurant l'aide technique nécessaire et l'accès aux séances de réadaptation, on peut faire en sorte qu'une déficience ne se transforme pas en incapacité. On peut aussi diminuer les

situations qui entraînent un handicap pour les personnes ayant des incapacités, quelles qu'en soient l'origine et la nature. Cette approche vise à éliminer les obstacles que rencontrent les personnes ayant des incapacités dans leurs environnements physique et social, obstacles qui gênent l'exécution de leurs rôles sociaux.



# Bibliographie

---

CAMIRAND, J., et autres (à paraître). *Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

CHEN, J., et R. WILKINS (1998). « Les besoins des personnes âgées en matière d'aide personnelle », *Rapports sur la santé*, vol. 10, n° 1, p.41-53, Errata dans *Rapports sur la santé 1998*, vol. 10, n° 2, p. 71.

CHEN, J., E. NG et R. WILKINS (1996). « La santé des immigrants au Canada en 1994-1995 », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, p. 37-50.

ENQUÊTE SANTÉ CANADA (1981). *La santé des Canadiens*, Ottawa, Statistique Canada (catalogue 82-538F), Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

GOSELIN, C., R. CHONIÈRE et R. WILKINS (à paraître). « Le désavantage lié aux incapacités » dans CAMIRAND, J., et autres. *Rapport de l'Enquête québécoise sur les limitations d'activité 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec.

LAPOINTE, F., R. COURTEMANCHE et L. CÔTÉ (1999). *Enquête sociale et de santé 1998, Aspects statistiques*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 54 p.

MILLAR, W., M. P. BEAUDET, J. CHEN, E. NG, R. WILKINS et G. CATLIN (1995). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population*, Ottawa, Statistique Canada (catalogue 82-565), Ministère de l'Industrie.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La politique de la santé et du bien-être*, Gouvernement du Québec, Québec, 192 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Classification internationale des handicaps : déficiences, incapacités et désavantages, Un manuel de classification des conséquences des maladies*, Paris, CTNHERI-INSERM.

SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (1988). *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSÉ, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de) (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol. 1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, 412 p.

STATISTIQUE CANADA (1986). *Rapport de l'enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984* (catalogue 82-555F), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

STATISTIQUE CANADA (1987). *Santé et aide du milieu, 1985* (Enquête sociale générale, série analytique, catalogue 11-612F, n° 1), Ottawa, Ministère des Approvisionnements et Services Canada.

STATISTIQUE CANADA (1988). *L'enquête sur la santé et les limitations d'activités : données sélectionnées, Canada, provinces et territoires*, Ottawa, Programme de la base de données sur l'incapacité, Statistique Canada.

STATISTIQUE CANADA (1994). *L'état de santé des Canadiens : rapport de l'Enquête sociale générale de 1991* (catalogue 11-612F, n° 8), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.

STATISTIQUE CANADA (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1996-1997* (catalogue 82-567), Ottawa, Ministère de l'Industrie, des Sciences et de la Technologie.

WILKINS, R., et Y. SAUVAGEAU (1988). « Incapacité » dans SANTÉ QUÉBEC, A. ÉMOND et autres (sous la direction de), *Et la santé, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tome 1, Québec, Les Publications du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, p.175-192.

WILKINS, R., M. ROCHON et P. LAFONTAINE (1995). « Autonomie fonctionnelle et espérance de vie en santé » dans SANTÉ QUÉBEC, C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR (sous la direction de), *Et la santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993*, vol.1, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, p.279-311.

## Tableau complémentaire

Tableau C.18.1

**Évolution de la moyenne annuelle de journées d'incapacité par personne selon le sexe, l'âge et le genre d'incapacité, population en ménage privé, Québec, 1987, 1992-1993 et 1998**

	1987	1992-1993	1998
	Jours		
Hommes	13,5	13,4	14,7
Femmes	16,3	17,3	19,0
Sexes réunis			
0-14 ans	6,6	6,6	7,7
15-24 ans	7,8	7,8	7,9
25-44 ans	14,0	14,6	17,1
45-64 ans	23,6	20,8	21,3
65-74 ans	26,3	29,5	27,9
75 ans et plus	37,8	40,2	41,3
Genre d'incapacité			
Lourde <sup>1</sup>	3,4	3,1	3,6
Modérée <sup>2</sup>	5,9	5,7	6,9
Légère <sup>3</sup>	5,7	6,6	6,3
<b>Total</b>	<b>14,9</b>	<b>15,4</b>	<b>16,9</b>

1. Obligé de garder le lit ou le fauteuil toute la journée ou presque.
2. Incapable d'aller travailler, de tenir maison ou de se rendre à l'école.
3. A dû modérer ses activités.

Sources : Santé Québec, enquête *Santé Québec 1987* et *Enquête sociale et de santé 1992-1993*.  
Institut de la statistique du Québec, *Enquête sociale et de santé 1998*.

