Louise GUYON

Chercheure , Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

(novembre 1996)

“La santé psychologique”

Un document produit en version numérique par Jean-Marie Tremblay, bénévole,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Courriel : jean-marie_tremblay@uqac.ca

Site web pédagogique : <http://www.uqac.ca/jmt-sociologue/>

Dans le cadre de : "Les classiques des sciences sociales"

Une bibliothèque numérique fondée et dirigée par Jean-Marie Tremblay,
professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi

Site web : <http://classiques.uqac.ca/>

Une collection développée en collaboration avec la Bibliothèque
Paul-Émile-Boulet de l'Université du Québec à Chicoutimi

Site web : <http://bibliotheque.uqac.ca/>

Cette édition électronique a été réalisée par Jean-Marie Tremblay, bénévole, professeur de sociologie au Cégep de Chicoutimi à partir de :

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

"La santé psychologique".

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 5, pp. 79-95. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

[Au nom de l'Éditeur du Québec, Publications Québec, Mme Cynthia Lachance, responsable de la gestion des droits d'auteur, nous a donné le 17 octobre 2006 la permission de diffuser ce livre, en texte intégral, dans Les Classiques des sciences sociales.]

Courriel : cynthia.lachance@mrci.gouv.qc.ca

Polices de caractères utilisée :

Pour le texte : Times New Roman, 14 points.

Pour les citations : Times New Roman, 12 points.

Pour les notes de bas de page : Times New Roman, 12 points.

Édition électronique réalisée avec le traitement de textes Microsoft Word 2004 pour Macintosh.

Mise en page sur papier format : LETTRE (US letter), 8.5'' x 11''

Édition numérique réalisée le 21 juillet 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“La santé psychologique”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DERRIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 5, pp. 79-95. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Table des matières

[Une question de fond](#)

[Souffrir de dépression sévère](#)

[La détresse psychologique](#)

[Les pensées et les gestes suicidaires](#)

[Maladie ou souffrance... un diagnostic complexe](#)

[Faits saillants](#)

Louise Guyon [chercheure, MSSS, Qc.]

“La santé psychologique”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Louise Guyon, **DER-RIÈRE LES APPARENCES. Santé et conditions de vie des femmes**. Chapitre 5, pp. 79-95. Avec la collaboration de Claire Robitaille, May Clarkson et Claudette Lavallée. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux, novembre 1996, 384 pp.

Une question de fond

[Retour à la table des matières](#)

Les différences entre les femmes et les hommes en matière de santé mentale ont fait l'objet de longs débats et ont alimenté de nombreuses recherches dans une multitude de disciplines (Pugliesi, 1992 ; Comité de la santé mentale du Québec, 1993). Dans sa revue de la littérature sur les dimensions socioculturelles de la santé mentale des femmes réalisée aux États-Unis en 1992, Pugliesi pose l'intéressante question : « Les différences entre les femmes et les hommes (gender differences) en santé mentale sont-elles réelles, ou plutôt ne seraient-elles pas le résultat d'un artéfact ? »

Une des constantes qui se dégagent de la plupart des études épidémiologiques est que les femmes manifestent des taux supérieurs aux hommes pour la détresse psychologique et la dépression (Gove et Tudor, 1973 ; Gove et Geerken, 1977 ; Kessler et McRae, 1981 ; Cleary et Mechanic, 1983 ; Gore et Mangione, 1983 ; Reskin et Coverman, 1985 ; Thoits, 1986).

Un premier niveau d'explication à ce phénomène met l'accent sur une plus grande vulnérabilité des femmes à la dépression et aux autres problèmes de santé mentale — à cause de leur constitution biologique et psychologique. Il faut remonter à l'histoire de la médecine de l'Égypte ancienne pour retrouver les racines de cette hypothèse qui prévalait encore dans bien des facultés du monde occidental, au cours de la première moitié du XVe siècle, et qui affirmait que des liens étroits entre le cerveau et la matrice étaient à l'origine de cette vulnérabilité.

Cette théorie a pourtant mal vieilli : « les explications biologiques des différences sexuelles dans la dépression [...] n'expliquent pas l'absence de ces mêmes différences dans certains sous-groupes » (Nolen-Hoeksema, 1987, t.d.a.). L'interprétation des faits, sur la base d'une vulnérabilité supposée des femmes aux problèmes mentaux, porte encore l'empreinte des siècles précédents, malgré le fait qu'on sache maintenant qu'il s'agit bien plus de conditions de vie, de facteurs sociaux et environnementaux qui font partie de leur vie actuelle.

Ainsi, selon l'interprétation mise de l'avant par les travaux de Gove et Tundo : (1973) et de Weissman et Kleeman (1977), la position sociale des femmes dans la société a des effets sur les rôles qu'elles peuvent y jouer et sur le moyens ou le pouvoir dont elles disposent. Ceci influencerait leur santé mentale, particulièrement les taux élevés de dépression dont elles souffrent. Selon cette approche, le désavantage social subi par les femmes augmenterait leur stress et réduirait leur estime de soi, affectant par conséquent leur niveau de détresse psychologique. Cette école de pensée est à l'origine d'une série d'études qui mettent en scène les nombreuses variations des rôles joués par les femmes et leurs conséquences sur la santé mentale de celles-ci. L'accès à des données épidémiologiques venant d'enquêtes auprès des individus a favorisé l'adoption des concepts de détresse psychologique* et de bien-être plutôt que l'usage exclusif des concepts de santé men-

tales ou de maladie mentale, qui comportent des fondements individuels, et parfois héréditaires, difficiles à départager.

Dans cette veine, une série de travaux a mis en évidence divers facteurs associés plus ou moins fortement à la détresse des femmes : le statut marital a été perçu comme un des facteurs clés, entre autres par les travaux de Gove et Tudor (1973 et 1978), de Bernard (1972), de Brown et Harris (1978), de Popay et al. (1993) et de Gijssbers van Wijk et al. (1995). Plusieurs de ces travaux ont souligné que le mariage aurait un effet négatif sur l'état psychologique des femmes ; en revanche, les hommes retireraient plutôt des avantages sur ce plan. D'autres, par contre, ont conclu à une association positive entre le fait d'être marié et le bien-être des personnes, indépendamment du sexe, et les résultats des enquêtes québécoises vont dans ce sens.

Un facteur également invoqué est l'emploi, et particulièrement l'emploi rémunéré : « les analyses des tendances dans les différences entre les genres en santé mentale ont associé la baisse récente de ces différences à la participation accrue des femmes au marché du travail rémunéré » (Kessler et McRae, 1981 et 1982). Cependant, l'impact du statut d'emploi, tout comme celui de l'état matrimonial, sur le bien-être ou la détresse psychologique des femmes, est un phénomène relativement complexe qui résiste mal à des analyses causales simples.

Les études sur les rôles multiples des femmes (dont celles sur la double tâche) se sont révélées extrêmement intéressantes ; l'accent a d'abord été mis sur la notion de conflit de rôles selon laquelle le fait d'en cumuler plusieurs (épouse, mère, travailleuse) peut conduire à la détresse et au burn out (Goode, 1960 ; Seiber, 1974 ; Thoits, 1983). Récemment, les études arrivent à des conclusions moins claires ; on trouvera d'autres informations sur ces questions au chapitre 8, qui porte sur les femmes et le travail.

Au Québec, la santé mentale des femmes a aussi fait l'objet de plusieurs recherches et publications. Elle a été au cœur du débat sur les

relations entre les femmes et les professionnels de la santé. Ce qui avait été dit pour la santé physique se trouvait alors amplifié et permettait de passer à des niveaux explicatifs plus intégrateurs. Les données utilisées, à partir des fichiers de l'assurance-maladie, par exemple, ont reflété la situation particulière des femmes comme patientes, comme consommatrices de soins et de médicaments. Les données obtenues lors de l'enquête ont présenté à peu près le même portrait : les femmes déclaraient toujours plus que les hommes des malaises psychologiques et de la dépression. Pourtant, si l'on tient compte des problèmes aigus de santé mentale, par exemple ceux qui nécessitent une hospitalisation ou pour lesquels des traitements sont identifiés, la différence entre les sexes disparaît, et même s'inverse dans certains cas. Dans les statistiques sur l'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale, on retrouve un peu plus d'hommes que de femmes.

D'un autre côté, les données sur les suicides ont toujours montré la même configuration : on retrouve plus de tentatives de suicide chez les femmes, mais plus de décès par suicide chez les hommes. On a tenté d'expliquer ces faits en invoquant les méthodes de suicide : les hommes utilisent plus souvent les armes à feu, alors que les femmes choisissent les médicaments (pour lesquels le taux de « réussite » est moins assuré). On a posé l'hypothèse qu'un grand nombre de tentatives chez les femmes seraient plutôt un appel au secours qu'une réelle volonté de s'enlever la vie. Le problème est que l'on ne possédait pas de véritables données de prévalence dans la population sur les tentatives de suicide, ce qui obligeait les chercheurs à se rabattre sur les statistiques de décès et d'hospitalisation ou, au mieux, sur celles des centres de prévention du suicide. Or, avec ces données, on ne perçoit qu'une partie de la situation : les personnes à tendances suicidaires qui n'ont pas encore posé de geste ou qui n'ont pas eu recours à une ressource quelconque en sont absentes.

C'est une situation fort complexe et plusieurs questions surgissent lorsqu'on l'analyse. Les hommes seraient-ils finalement plus fragiles psychologiquement ? Les enquêtes qui désignent les femmes comme

les plus atteintes par les problèmes de santé mentale n'abordent-elles que certains aspects de la question ? Ou bien la façon d'interpréter et d'intervenir face à la pathologie serait-elle différente selon le sexe du patient ? D'une part, les manifestations de la pathologie chez les hommes seraient possiblement plus menaçantes pour la société, ce qui justifierait qu'on les institutionnalise plus souvent que leurs consœurs ; d'autre part, les femmes atteintes seraient plus « douces » ou moins « dérangeantes » dans leurs comportements et pourraient plus facilement être traitées à l'externe à l'aide d'une médication. Cette explication justifierait-elle le grand nombre de femmes abonnées aux tranquillisants pendant une grande partie de leur vie ?

Les résultats de l'enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes (Valla, Breton et al., 1993) montrent que, chez les enfants de 6 à 11 ans, les garçons présentent plus de troubles extériorisés (par exemple l'hyperactivité, les troubles d'opposition et les troubles de conduite), alors que les filles présentent plus de troubles intériorisés (phobies, hyperanxiété). La même situation se retrouve à l'adolescence (12 à 14 ans), avec des différences plus marquées entre les sexes. La même étude rapporte qu'à l'adolescence, les parents décèlent plus souvent les troubles mentaux de leurs garçons (les garçons arrivent à un taux de 11%, et leurs parents, à un taux de 15%) que ceux de leurs filles (les filles arrivent à un taux de 24%, et leurs parents, à un taux de 20%).

D'autres questions peuvent s'ajouter à celles-ci et, sans prétendre y répondre, il est possible, à partir des résultats de l'enquête Santé Québec, d'apporter des informations nouvelles sur la santé mentale des femmes québécoises.

Trois types d'informations se retrouvent dans les enquêtes sociales et de santé : en premier lieu, l'échelle de détresse psychologique*, qui permet de situer sur une échelle les personnes quant à leurs états dépressifs, à leurs états anxieux et à certains symptômes d'agressivité et de troubles cognitifs. Cette échelle « tente d'estimer la fréquence des

gens ayant des symptômes assez nombreux pour se classer dans un groupe [...] qui nécessite une intervention » (Perrault, 1987) . En second lieu, les problèmes psychologiques sévères et chroniques, qui renseignent sur la prévalence de certaines affections, dont la dépression chronique au sein des ménages privés (ces données sont disponibles pour l'enquête de 1987 seulement). Enfin, les données relatives aux suicides, qui permettent d'évaluer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide.

Souffrir de dépression sévère

[Retour à la table des matières](#)

Les personnes souffrant de dépression sévère risquent, plus souvent que les autres, de se retrouver en institution ; on peut donc supposer que la prévalence trouvée dans une enquête menée auprès des ménages puisse être sous-estimée. Par contre, dans une enquête auprès de la population, « le mot "dépression" est susceptible de recouvrir une variété d'états psychologiques allant, par exemple, d'une réaction de deuil à la dépression majeure » (Santé Québec, 1989, p. 125), ce qui risque de causer une surestimation des cas rapportés. Quoi qu'il en soit, les résultats semblent assez près des chiffres attendus (selon les résultats cliniques) pour qu'on puisse s'y attarder.

Les données qui suivent sont tirées de Santé Québec 1987, puisque l'ESS 1992-1993 n'a pas recueilli ce type d'information. En 1987, la prévalence de la dépression sévère, dans la population de 15 ans et plus, était de 2,0% chez les femmes et de 1,2% chez les hommes et elle croissait avec l'avancement en âge (tableau 5.1). On estimait alors que près de 54 000 femmes vivant dans des ménages privés en souffraient.

Tableau 5.1
PERSONNES VIVANT À DOMICILE ET AYANT DÉCLARÉ
SOUFFRIR DE DÉPRESSION SÉVÈRE
selon l'âge et le sexe, Québec, 1987

GROUPE D'ÂGE	HOMMES		FEMMES	
	N	Taux (%)	N	Taux (%)
15-24 ans	1 877	0,4	3 826	0,8
25-44 ans	12 598	1,2	21 926	2,0
45-64 ans	10 258	1,6	17 977	2,7
65 ans et plus	4 527	1,8	9 773	2,8
15 ans et plus	29 260	1,2	53 502	2,0

Source : Santé Québec 1987.

La détresse psychologique

[Retour à la table des matières](#)

La **détresse psychologique*** est une échelle de santé mentale adaptée d'un instrument mis au point et largement utilisé aux États-Unis et en Europe, le SCL-90 (Ilfeld, 1976). L'adaptation québécoise a été validée de façon à être utilisée dans les enquêtes épidémiologiques (Perrault, 1988). En 1987, elle comprenait 29 questions et a, depuis, été réduite à 14 questions, qui reprennent l'essentiel de la première version (Préville et al., 1992). Ce que l'on retiendra, c'est que les deux versions québécoises, selon les auteurs, sont comparables et permettent de suivre les tendances de cet indice entre 1987 et 1992-1993. La lecture des résultats est simple : à partir des réponses au questionnaire (QAA-68 à QAA-81), des points sont cumulés qui varient de 0 à 100 ; le score le plus élevé correspond au plus haut niveau de détresse. Les scores sont ensuite regroupés en trois catégories : faible (de 0 à 59), moyen (de 60 à 79) et élevé (de 80 à 100). Cette pro-

cédure, mise au point au moment de l'enquête de 1987, a permis de valider l'établissement d'un seuil de détresse élevée qui a été utilisé en 1992-1993, permettant ainsi de suivre les tendances entre les deux périodes.

Cet indice de détresse psychologique ne constitue pas un diagnostic précis, mais « tente plutôt d'estimer la proportion de la population ayant des symptômes assez nombreux ou intenses pour se classer dans un groupe très probablement à risque d'être à un niveau de détresse psychologique nécessite une intervention » (Radloff, 1977, cité dans Santé Québec, 1995, p. 218).

De façon générale, dans la population de 15 ans et plus, une personne sur quatre (26%) se retrouve au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (figure 5.1 et tableau 5.3, en annexe). Les femmes sont significativement* plus nombreuses (30%) que les hommes (22%) à faire partie de cette catégorie et l'écart entre les sexes se maintient à tous les âges. L'écart entre les hommes et les femmes est cependant plus prononcé aux âges extrêmes : chez les jeunes de 15 à 24 ans (écart de 11,1 en 1992-1993) et les personnes de 65 ans et plus (écart de 10,7).

Le résultat le plus frappant est le fait que quatre jeunes Québécoises de 15 à 24 ans sur dix (41%) présentent un niveau élevé de détresse psychologique, alors que cette proportion tombe à une sur cinq (20%) chez les femmes de 65 ans et plus. Cette surreprésentation des jeunes femmes est préoccupante ; à un âge où l'attention sera portée plus facilement sur les comportements déviants ou plus agressifs (donc plus dérangeants) des jeunes garçons, on risque peut-être d'occulter la souffrance des jeunes filles. ¹

¹ On trouvera plus de détails sur cette question au chapitre 11, portant sur les jeunes femmes

figure 5.1

**PROPORTION DE LA POPULATION AYANT OBTENU
UN SCORE ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE
selon l'âge et le sexe, Québec, 1987 et 1992-1993**

Sources : Santé Québec 1987 et ESS 1992-1993.

Entre 1987 et 1992, la proportion d'individus de 15 ans et plus ayant un niveau élevé de détresse psychologique serait passée de 20% à 26%, ce qui représente une augmentation significative de 35%. Cette augmentation se retrouverait tant chez les femmes (27% de plus) que chez les hommes, bien qu'elle soit sensiblement plus marquée chez ces derniers (48% de plus). Cette importante augmentation de la détresse chez les hommes a pour effet de rétrécir l'écart entre les sexes observé en 1987 ; on la constate particulièrement chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans.

L'augmentation du pourcentage de détresse psychologique élevée, tant chez les hommes que chez les femmes, est suffisamment importante pour que l'on s'interroge. On suppose qu'une partie de cette évolution peut être imputée aux modifications de l'instrument de collecte des données de base (voir le paragraphe sur la méthodologie) ; cependant, on ne peut exclure d'emblée la détérioration de la situation socio-économique au moment de l'enquête, détérioration qui touchait de façon marquée la population des jeunes adultes.

Comme l'indice de détresse psychologique est sensible aux effets de l'environnement social, il varie selon la situation socio-économique des personnes. La figure 5.2 (tableau 5.4, en annexe) illustre les variations du niveau élevé de détresse selon divers indicateurs.

À l'instar de ce qui avait été observé avec l'âge, la détresse des femmes est toujours supérieure à celle des hommes, quelle que soit la variable considérée. Tant chez les hommes que chez les femmes, ce sont les personnes mariées qui présentent les niveaux les plus faibles, alors que les célibataires semblent particulièrement vulnérables. Tout comme en 1987, ce sont les hommes mariés qui affichent les niveaux les plus faibles de tous (18%). À l'opposé, le taux de détresse des femmes célibataires (40%) est plus de deux fois supérieur au taux observé chez les hommes. Ce dernier résultat est différent de celui de l'enquête de 1987, où les femmes séparées et divorcées présentaient les niveaux de détresse les plus élevés.

Source : ESS 1992-1993.

Il faut bien sûr tenir compte du fait que le statut matrimonial est associé à l'âge (variable confondante). Par exemple, on sait que la moitié des célibataires ont entre 15 et 24 ans et que les jeunes obtien-

nent, en moyenne, les niveaux les plus élevés à l'échelle de détresse psychologique. Dans ce groupe d'âge, il n'y a d'ailleurs pas d'association significative* entre le statut matrimonial actuel et le niveau de détresse psychologique chez les femmes. Autrement dit, lorsqu'on compare le pourcentage moyen de femmes âgées de 15 à 24 ans qui ont obtenu un niveau élevé de détresse psychologique (41%) aux pourcentages de détresse psychologique élevée observés dans chacune des catégories de statut matrimonial, on constate que le statut matrimonial n'est pas significativement associé au niveau de détresse psychologique. Cette affirmation est aussi valable pour les jeunes hommes.

En fait, lorsque l'on contrôle à la fois l'âge et le statut matrimonial, un seul résultat émerge de façon significative : les femmes de 25 à 44 ans veuves, séparées ou divorcées ont des niveaux de détresse significativement plus élevés que la moyenne des femmes du même âge (47% contre 32%). Il aurait été intéressant de distinguer les veufs et les veuves des personnes séparées ou divorcées, ce que ne permettent pas les catégories de statut matrimonial de l'enquête de 1992-1993.

La détresse varie également selon le statut d'activité (au cours des 12 mois précédant l'enquête). Chez les hommes comme chez les femmes, les plus fortes proportions d'individus ayant un indice élevé de détresse se retrouvent chez les étudiants et les personnes sans emploi (figure 5.2). Pour les femmes, ces proportions s'élèvent à 39% et 45% respectivement. Ce dernier résultat apparaît très élevé et montre bien l'association entre le non-emploi et la détresse psychologique ; cette association est significativement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (30% chez ces derniers). Par ailleurs, les femmes à la retraite se démarquent nettement des autres catégories de personnes, puisque seulement 19% d'entre elles présentent des niveaux élevés de détresse psychologique. Les femmes au travail et celles tenant maison affichent des proportions à peu près identiques (31% et 28% respectivement), ce qui se rapproche de la situation qui prévalait en 1987. On ne sera pas surpris de constater des taux élevés chez les étudiants,

compte tenu du lien entre l'âge et le niveau élevé de détresse psychologique. Tout comme pour le statut matrimonial, l'âge est associé au statut d'activité et modifie l'association entre ce statut et le niveau de détresse psychologique. Il subsiste peu d'associations significatives lorsque l'on tient compte à la fois de l'âge et du sexe.

À l'instar de ce qui était observé en 1987, les femmes moins scolarisées présentent un niveau de détresse psychologique plus élevé que les autres femmes (35% contre 26%) et cette différence entre les deux groupes est significative. On ne retrouve pas l'équivalent chez les hommes. Par ailleurs, on ne trouve aucune différence entre les grandes catégories professionnelles, bien que l'on observe une tendance à une augmentation de la détresse à mesure que l'on passe des postes d'encadrement aux catégories d'employées. Ces derniers résultats se rapprochent de l'étude de Whitehall, faite auprès des employés de l'État en Angleterre (Marmot, 1991), qui avait constaté une augmentation de l'absentéisme au travail à mesure que le statut d'emploi baisse. À peu près inexistant chez les cadres supérieurs, il atteint un sommet chez les employés du niveau le plus bas.

Chez les femmes, comme chez les hommes, la détresse augmente avec la pauvreté et l'on trouve des différences significatives entre les niveaux extrêmes (femmes très pauvres : 39% ; femmes riches : 25%). Par ailleurs, chez les personnes à revenu moyen, une différence apparaît entre les sexes puisque les femmes ont des taux significativement plus élevés que les hommes.

Les variables « état de santé physique » et « incapacité » ont toujours été associées à la détresse psychologique. En 1987, les résultats de l'enquête avaient établi une relation entre les niveaux les plus élevés de détresse et l'incapacité sévère. En 1992-1993, on ne possède pas de données sur les différents problèmes de santé ; cependant, les indicateurs disponibles (santé perçue, limitation d'activité) réaffirment la constance de cette association (figure 5.3 et tableau 5.5, en annexe).

La perception de l'état de santé est également fortement associée à la détresse psychologique. Les personnes qui considèrent que leur santé est excellente manifestent moins de détresse psychologique que les autres et on ne note pas de différences entre les hommes et les femmes. À l'inverse, la moitié des femmes et des hommes qui ont une mauvaise perception de leur état de santé présentent des niveaux élevés de détresse psychologique. Par ailleurs, dans les catégories intermédiaires de perception de la santé (santé perçue très bonne, bonne ou moyenne), les femmes obtiennent toujours des niveaux de détresse psychologique statistiquement* plus élevés que ceux des hommes, quel que soit leur âge.

L'indicateur de limitation d'activité*, considéré comme une mesure plus objective de l'état de santé, est aussi très clairement associé à la détresse psychologique. Les femmes qui sont limitées dans leurs activités voient leur détresse psychologique augmenter (44% dans la catégorie élevée).

Comme on pouvait s'y attendre, un lien existe entre la détresse psychologique et la consommation de tranquillisants (48% chez les femmes et 36% chez les hommes qui en consomment) et ces différences sont significatives. Le seul groupe d'âge pour lequel on n'observe pas cette association est celui des jeunes de 15 à 24 ans (donnée non illustrée).

Les personnes qui sont en situation d'incapacité, et particulièrement d'incapacité sévère, sont celles qui souffrent le plus de détresse psychologique. Chez les hommes, la détresse est à son maximum entre 45 et 64 ans (48% des hommes souffrant d'incapacité sévère à cet âge ont un indice élevé de détresse psychologique), alors que chez les femmes elle reste au même niveau, soit 58% à partir de 25 ans.

Les personnes qui ont un indice de détresse psychologique élevé déclarent avoir recours trois fois plus souvent à une aide extérieure que les autres (20% contre 6%). Le recours aux psychiatres et aux

psychologues est évoqué le plus souvent pour expliquer ces différences.

figure 5.3

**PROPORTION DE LA POPULATION PRÉSENTANT
UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE**
selon certaines caractéristiques sociosanitaires et le sexe,
Québec, 1992-1993

Source : ESS 1992-1993.

Les pensées et les gestes suicidaires

[Retour à la table des matières](#)

Le profil d'âge des personnes qui posent des gestes suicidaires est en train de changer dans les pays occidentaux. Par exemple, les taux de suicide sont actuellement plus élevés chez les jeunes, particulièrement chez les hommes (McLure, 1984). Parallèlement, les pensées suicidaires et les tentatives de suicide ont considérablement augmenté chez les jeunes femmes depuis les années soixante (Syer-Solorush, 1987). La situation est préoccupante parce que, comme le soulignent Reed, Camus et Last (1985), les individus appartenant à une même cohorte d'âge maintiennent habituellement leur taux de suicide lorsque cette cohorte vieillit. Même si elle ne sont pas létales, les tentatives de suicide demeurent inquiétantes, car des études rétrospectives (Bagley et Ramsay, 1985) indiquent que 50% des décès par suicide ont été précédés par des épisodes de pensées et de gestes suicidaires. L'accroissement des taux de suicide chez les jeunes peut être attribué, entre autres, aux changements démographique², familiaux et socio-économiques, ainsi qu'aux difficultés liées à la recherche d'emploi et à l'entrée dans le monde du travail.

Cependant, on doit rester prudent dans l'interprétation de l'augmentation des comportements suicidaires, particulièrement à cause de l'importance des tabous associés historiquement au suicide en tant que cause de décès. Au cours des décennies précédentes, on croit que plusieurs décès par suicide n'auraient pas été enregistrés comme tels, pour des raisons religieuses et sociales. Ainsi, une bonne partie de

² Particulièrement la diminution de la proportion des jeunes dans la population, que l'on a pu constater au chapitre I.

l'augmentation observée dans la mortalité depuis 20 ans serait due à une amélioration de la qualité de l'information.

L'enquête Santé Québec apporte des données particulièrement intéressantes sur ce sujet. On se rappelle que les statistiques usuelles sur le suicide (décès, fichiers des coroners, de médecine légale, hospitalisations, urgences) présentaient une situation contradictoire : la mortalité par suicide était le fait des hommes, tandis que les tentatives de suicide étaient deux fois plus nombreuses chez les femmes. En se basant sur ces seules données, on a souvent conclu trop hâtivement que les tentatives de suicide chez les femmes n'étaient pas de même nature que celles des hommes. On a avancé qu'il s'agissait d'appels à l'aide plutôt que d'une véritable volonté de mettre fin à leurs jours, et que la santé publique ne devait pas y voir le même risque.

Tableau 5.2
PRÉVALENCE DES IDÉES ET DES GESTES SUICIDAIRES
AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS
selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 1987 et 1992-1993

	HOMME		FEMMES	
	%	[I.C.]	%	[I.C.]
Idées suicidaires				
Enquête 1987	3,1	[2,4-3,9]e	3,5	[2,7-4,3] e
Enquête 1992-1993	4,0	[3,2-4,7]e	3,9	[3,2-4,6] e
Gestes suicidaires				
Enquête 1987	0,9	[0,4-1,3]e	1,0	[0,6-1,5] e
Enquête 1992-1993	0,6	[0,3-0,9]e	0,6	[0,3-0,6] e
Source : Santé Québec 1987 et ESS 1992-1993.				

Avec Santé Québec, on s'aperçoit que les idées suicidaires et les tentatives de suicide relevées au cours de l'année qui a précédé l'en-

quête sont aussi nombreuses chez les hommes que chez les femmes (tableau 5.2). Leur plus grande visibilité chez les femmes pourrait-elle alors s'expliquer par un recours plus fréquent aux sources d'aide et de soutien, là précisément où l'on peut recueillir des données ? La surmortalité masculine s'expliquerait alors toujours par le recours à des moyens plus radicaux, principalement les armes à feu.

En 1992-1993, tout comme en 1987, la prévalence des idées suicidaires au cours des différentes étapes de la vie est d'environ 8%, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 5.6, en annexe). Aucune différence n'a été enregistrée entre les taux féminins et masculins, quel que soit l'âge. C'est entre 15 et 24 ans que ces idées sont le plus présentes (11% chez les hommes et 14% chez les femmes) ; la probabilité d'avoir des idées suicidaires est deux fois et demie plus élevée chez les femmes et les hommes plus jeunes.

Les femmes célibataires sont celles qui rapportent le plus d'idées suicidaires : 8% contre 2,1% chez les femmes mariées, et la différence est significative*. Comme on l'a mentionné précédemment, cette association entre le statut matrimonial et les idées suicidaires pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la relation qui existe entre le statut matrimonial et l'âge.

Dans la population féminine, la durée de la pauvreté perçue est statistiquement associée à la prévalence des pensées suicidaires. Les femmes qui estiment vivre dans la pauvreté depuis moins de cinq ans sont proportionnellement trois fois plus nombreuses à alimenter des pensées suicidaires que les femmes non pauvres (8,8% comparativement à 3,0%) ; les différences entre les deux groupes étant significatives. Les femmes qui estiment vivre une situation économique difficile depuis plus de cinq ans occupent une position intermédiaire ; la proportion d'idées suicidaires chez ce groupe est de 6,0%. Elles ne se distinguent toutefois pas statistiquement des deux autres groupes. Les auteurs du chapitre consacré à la santé mentale (Santé Québec, 1995, tome 1, p. 243) concluent que le groupe qui semble le plus vulnérable

et qui devrait être ciblé en priorité dans la Politique de la santé et du bien-être est celui des jeunes adultes.

Maladie ou souffrance... un diagnostic complexe

[Retour à la table des matières](#)

Les résultats de l'enquête Santé Québec sur la santé psychologique des femmes s'inscrivent dans la lignée de ce qui était connu ou suggéré par les analyses antérieures. On savait que les femmes recevaient plus de soins et de services, qu'elles demandaient plus d'aide et consommaient plus de médicaments. On avait également pu démontrer que les perceptions des dispensateurs de soins avaient un certain impact sur les approches, en fonction du sexe du patient. Que nous apprend Santé Québec sur toutes ces questions ? Dans un premier temps, les données d'enquête confirment de façon évidente que les femmes déclarent une fréquence plus élevée de problèmes d'ordre psychologique. Ces problèmes ne sont pas des diagnostics au sens habituel du terme, ils se traduisent par de la souffrance, de la difficulté à vivre et à fonctionner, parfois par une incapacité plus ou moins lourde, par des symptômes physiques qui peuvent durer de longues années et qui sont plus ou moins amplifiés par certaines conditions socio-économiques. On doit leur accorder beaucoup d'attention car, selon la définition même de l'échelle de détresse psychologique, ils permettent d'estimer la fréquence des gens qui ont suffisamment de symptômes pour que leur situation comporte des risques et qu'ils aient besoin d'intervention.

L'hypothèse que les femmes manifestent plus facilement que les hommes leurs difficultés d'ordre psychologique et présentent par conséquent des indices plus élevés de problèmes de santé mentale

reste valable. Auparavant, on savait que les femmes cherchaient de l'aide, les intervenants et les intervenantes faisant état de la souffrance et de la détresse manifestées en consultation ; maintenant, on connaît un peu mieux les raisons et les circonstances de cette demande. Les résultats obtenus apportent des éléments de connaissance et surtout de dépistage et d'intervention. L'analyse plus poussée des données de l'enquête permettra sans doute de définir des champs d'intervention plus précis.

Il ressort de tout cela, plus nettement que jamais, que la santé psychologique est « sexuée », en ce qu'elle se manifeste différemment selon que l'on est une femme ou un homme. Les moyens pour la définir doivent donc tenir compte de la culture de l'une comme de l'autre. Ce qui nous paraît maintenant établi en intervention doit aussi l'être en recherche : il faudra perfectionner les instruments de collecte de données dans cette perspective.

Enfin, et c'est ce qui continuera à troubler notre quiétude, les résultats de ces enquêtes confirment ce qui avait été dit à propos de la santé mentale des femmes québécoises à la fin des années soixante-dix (Guyon et Nadeau, 1990). On retrouve toujours plus de femmes dont les niveaux de souffrance et de détresse sont élevés. Malgré tout ce qui a été écrit et fait, la situation ressemble étrangement à celle qui avait été dépeinte il y a 15 ans (Guyon et al., 1980). Et ceci pose un défi autant aux chercheurs et chercheuses qu'aux intervenants et intervenantes : les problématiques ont-elles été bien définies ? Doit-on remettre en question les modes d'intervention ? Les ressources communautaires ont-elles joué (ou pu jouer) le rôle qu'elles s'étaient proposé de jouer ? La volonté d'intervenir est-elle bien arrêtée ? Surtout, est-ce que la situation n'est pas toujours la même parce que la place des femmes dans la société n'a pas suffisamment évolué ? On peut penser que cette évolution des rôles féminins n'a pas encore été complétée par une adaptation des structures sociales et des services ; il se pourrait que l'on réponde aujourd'hui aux problèmes détectés il y a 15 ou 20 ans.

FAITS SAILLANTS

[Retour à la table des matières](#)

- **Les femmes déclarent plus de problèmes généraux liés à la santé psychologique que les hommes, particulièrement la dépression sévère et la détresse psychologique.**
- **La détresse psychologique a sensiblement augmenté depuis 1987, particulièrement chez les jeunes adultes ; parallèlement, l'écart entre les hommes et les femmes s'est amenuisé à cause de la hausse des taux masculins.**
- **Les jeunes femmes, particulièrement les adolescentes, semblent les plus vulnérables à la détresse psychologique.**
- **La détresse psychologique touche particulièrement les célibataires, les moins scolarisés, les personnes sans emploi, les plus pauvres, ainsi que les personnes qui sont limitées dans leurs activités.**
- **Les pensées suicidaires et les tentatives de suicide touchent autant les hommes que les femmes ; la prévalence est plus élevée chez les 15-24 ans.**

Fin du texte