Gilles Légaré, Aimé Lebeau Richard
Boyer et Danièle St-Laurent

(1995)

“Santé mentale.
*Détresse psychologique.
Idées suicidaires et parasuicides*”

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 :

Gilles Légaré, Aimé Lebeau Richard Boyer et Danièle St-Laurent

“Santé mentale. Détresse psychologique. Idées suicidaires et parasuicides”.

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 12, pp. 217-246. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 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 6 août 2007 à Chicoutimi, Ville de Saguenay, province de Québec, Canada.

Gilles Légaré, Aimé Lebeau Richard Boyer et Danièle St-Laurent

“Santé mentale. Détresse psychologique.
Idées suicidaires et parasuicides”.

Un article publié dans l'ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I**. Chapitre 12, pp. 217-246. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

Les auteurs

Gilles Légaré	Chercheur, Unité de santé publique du Centre hospitalier régional de Rimouski
Aimé Lebeau	Chercheur, Direction de la santé publique de la Montérégie
Richard Boyer	Chercheur, Centre de recherche Fernand Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine
Danièle St-Laurent	Chercheure, Service des études et analyses, Ministère de la Santé et des services sociaux du Québec.

Table des matières

12.0	<u>Introduction</u>
12.1	<u>Détresse psychologique</u>
12.1.1	<u>Présentation</u>
12.1.2	<u>Aspects méthodologiques</u>
12.1.3	<u>Résultats</u>
12.1.3.1	<u>Indice de détresse psychologique</u>
12.1.3.2	<u>Conséquences de la détresse psychologique</u>
12.1.4	Synthèse et pistes de recherche
12.2	<u>Idées suicidaires et parasuicides</u>
12.2.1	<u>Présentation</u>
12.2.2	<u>Aspects méthodologiques</u>
12.2.3	<u>Résultats</u>
12.2.3.1	<u>Idées suicidaires au cours de la vie</u>
12.2.3.2	<u>Idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête</u>
12.2.3.3	<u>Parasuicides au cours de la vie</u>
12.2.3.4	<u>Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête</u>
12.2.4	<u>Synthèse et pistes de recherche</u>
12.3	<u>Éléments de réflexion pour la planification</u>
12.4	<u>Références bibliographiques</u>

Gilles Légaré, Aimé Lebeau Richard Boyer et Danièle St-Laurent

**“Santé mentale.
Détresse psychologique. Idées suicidaires et parasuicides”.**

Un article publié dans l’ouvrage sous la direction de Carmen Bellerose, Claudette Lavallée, Lucie Chénard et Madeleine Levasseur, **Santé Québec. Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l’Enquête sociale et de santé 1992-1993. Volume I.** Chapitre 12, pp. 217-246. Québec : Santé Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, novembre 1995, 412 pp.

12.0 Introduction

[Retour à la table des matières](#)

Il existe peu de données sur l'état de la santé mentale des Québécois non institutionnalisés et encore moins sur le phénomène entourant le suicide. L'enquête Santé Québec 1987 avait permis de poser quelques jalons en ce domaine. La santé mentale y était entre autres estimée à l'aide d'un indice de détresse psychologique, alors que le phénomène suicidaire était étudié sous l'angle des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.

Cinq ans après cette première enquête de santé à l'échelle provinciale, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 reprend ces mesures pour décrire leur évolution au sein de la population québécoise. De nouveaux éléments d'information se sont ajoutés afin de mieux saisir l'intensité de la détresse psychologique ressentie et de mieux évaluer la gravité des idées et gestes suicidaires.

Ces indicateurs, quoique imparfaits, permettent de documenter deux aspects associés à la santé mentale des Québécois précisés dans la Politique de la santé et du bien-être du Québec.

Le présent chapitre comprend deux sections : une première traite de la détresse psychologique, alors que la seconde examine les idées suicidaires et les tentatives de suicide. Elles sont élaborées de façon similaire, présentant d'abord les aspects méthodologiques, puis les résultats et des éléments de synthèse. Une conclusion générale sur les éléments de réflexion pour la planification et la prise de décision clôt le chapitre.

12.1 Détresse psychologique

12.1.1 Présentation

[Retour à la table des matières](#)

Un indice de détresse psychologique avait été utilisé lors de l'enquête de 1987 pour estimer l'état de santé mentale de la population québécoise. Ce type d'indice ne mesure pas de diagnostics 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 qui nécessite une intervention. » (Radloff, 1977). Link et Dohrenwend (1980) mentionnent d'ailleurs que les multiples échelles de santé mentale mesurent toutes assez bien ce qu'il est convenu d'appeler la détresse psychologique, mais estiment plutôt mal la présence de troubles mentaux.

Comme le souligne justement Perreault (1987), « la détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à

l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache ». Contrairement à la fièvre cependant, le seuil de détresse psychologique n'est pas connu et il n'est pas possible de déterminer les individus ayant un niveau « pathologique de détresse ». Bien qu'il ne permette pas de déterminer la prévalence des problèmes de santé mentale au sein de la population, l'indice de détresse psychologique donne néanmoins une approximation intéressante de l'état de santé mentale des Québécois.

À cet égard, il peut être avantageusement utilisé comme outil de surveillance de l'état de santé mentale de la population non institutionnalisée de 15 ans et plus, au regard de l'objectif de la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992) visant une réduction des problèmes de santé mentale d'ici l'an 2002.

12.1.2 Aspects méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

L'indice de détresse psychologique retenu par Santé Québec est dérivé du *Psychological Symptom Index (PSI)*, élaboré par Ilfeld en 1976, à Chicago (Ilfeld, 1978 et 1976). Cette échelle de 29 questions a été traduite en français et validée lors de l'enquête pilote de Santé Québec en 1983 (Kovess, 1985), puis reprise lors de l'enquête Santé Québec 1987. Les résultats obtenus ont fait l'objet de nombreuses publications au Québec (Boyer *et al.*, 1993 ; Massé et Poulin, 1991). Sur la base des résultats de 1987, Prévile *et al.* (1992) ont par la suite démontré qu'il était possible de réduire cette échelle à 14 questions, tout en respectant de façon adéquate le construit de l'échelle de détresse psychologique et en conservant une fiabilité acceptable.

L'Enquête sociale et de santé 1992-1993 utilise cette échelle de 14 questions ; celles-ci apparaissent à la section V du questionnaire auto-administré (QAA68 à QAA81). Elles font référence à la semaine ayant précédé l'enquête et portent sur la fréquence de divers symptômes ressentis associés aux états dépressifs, aux états anxieux, aux troubles cognitifs et à l'irritabilité. L'indice est élaboré en attribuant un score à chaque réponse, lesquels sont ensuite cumulés et ramenés sur une échelle variant de 0 à 100. La distribution des répondants selon la valeur de l'indice est subdivisée en deux catégories correspondant à un niveau faible ou élevé de détresse. Le point de césure utilisé correspond à la valeur du quintile supérieur de l'échelle, obtenu sur la base de ces 14 questions avec les données de 1987¹. Le quintile supérieur avait été fixé comme seuil du niveau élevé de l'indice en 1987¹, en référant particulièrement aux travaux de *l'Epidemiological Catchment Area (ECA)* (Robins et Regier, 1991), qui estimaient à 20%, sur une période d'une année, la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux dans la population américaine de 18 ans et plus.

Ce seuil de 1987 constitue en quelque sorte l'étalon à partir duquel il est possible d'estimer l'évolution dans le temps de la proportion de Québécois appartenant à la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique. Les résultats de la présente enquête pourront donc être comparés à ceux de 1987, recalculés sur la base de l'échelle de 14 questions.

Par ailleurs, l'Enquête sociale et de santé innove par l'ajout de deux séries de questions inédites visant à rendre compte de l'intensité de détresse ressentie. Comme l'indice est établi à partir de symptômes se rapportant à la semaine ayant précédé l'enquête, une première série de questions (QAA82 à QAA84) élargit la période de référence et cherche à déterminer si ces « manifestations » ont nui à la vie familiale ou

¹ Voir le cahier technique de l'enquête pour plus de détails sur l'élaboration de l'indice.

sentimentale, au travail ou aux études, ou à la vie sociale de l'individu au cours des six mois ayant précédé l'enquête.

La seconde série de questions permet de préciser si ces « manifestations » ont déjà nécessité le recours à de l'aide professionnelle ou autre. Ces questions portent sur le fait d'avoir déjà consulté un professionnel de la santé ou d'avoir eu recours à une aide extérieure (QAA85), sur le moment de cette consultation (QAA86) et sur le type de professionnels consultés, en distinguant les médecins généralistes, les médecins spécialistes et les autres professionnels (QAA87). Les deux séries de questions s'adressent aux personnes ayant répondu de façon affirmative à au moins une des quatorze questions composant l'indice de détresse psychologique.

Le taux de non-réponse partielle est de 3% pour l'indice de détresse psychologique. Il varie cependant de 12% à 13% pour les questions portant sur les conséquences de la détresse ressentie (QAA82 à QAA85). La non-réponse à chacune de ces questions présente un profil relativement homogène. Elle n'est pas associée au sexe des répondants mais elle varie selon l'âge et la scolarité relative. Les taux de non-réponse passent ainsi de 8% chez les personnes de 15-24 ans à près de 30% chez celles de 65 ans et plus, et ils décroissent lorsque s'améliore la scolarité relative (18 ou 19% c. 8%) (tableau A.12.1). La proportion de non-répondants est aussi plus élevée chez les personnes ayant un niveau faible à l'indice de détresse psychologique que chez celles dont le niveau est élevé (15% c. 5%).

Cette section vise à décrire l'évolution, depuis 1987, de la proportion de la population se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Elle vise aussi à décrire dans quelle mesure l'indice varie selon certaines caractéristiques démographiques, socio-économiques, sociales et de santé, comme l'avait fait l'enquête de 1987. Les résultats sur l'intensité de la détresse ressentie y sont présentés en estimant la différence de fréquence des conséquences entre les niveaux faible et élevé de l'indice.

12.1.3 Résultats

12.1.3.1 Indice de détresse psychologique

Variations selon le sexe et l'âge

[Retour à la table des matières](#)

Selon l'Enquête sociale et de santé, 26% de la population québécoise de 15 ans et plus se classe dans la catégorie élevée de l'échelle de détresse psychologique en 1992-1993 (tableau 12.1). Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes à faire partie de cette catégorie (30% c. 22%), et cet écart entre les sexes se vérifie pour tous les groupes d'âge. La proportion d'individus se situant dans la catégorie élevée de l'indice diminue avec l'âge, tant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, chez les 15-24 ans, un peu plus d'un jeune Québécois sur trois (35%) fait partie de cette catégorie élevée, alors que la proportion tombe à un sur six (15%) pour les personnes de 65 ans et plus. En fait, des différences significatives s'observent entre chacun des groupes d'âge retenus.

Tableau 12.1

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

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	1987	1992-1993	
	%	%	Pe
Hommes			
15-24 ans	17,4	29,7	140 806
25-44 ans	14,9	22,8	280 468
45-64 ans	13,7	20,8	153 178
65 ans et plus	11,6	9,3	25 639
Total	14,8	22,1	600 091
Femmes			
15-24 ans	29,6	40,8	187 198
25-44 ans	22,9	32,2	391 419
45-64 ans	22,1	26,4	197 159
65 ans et plus	21,1	20,0	74 149
Total	23,8	30,4	849 925
Sexes réunis			
15-24 ans	23,4	35,2	328 004
25-44 ans	19,0	27,5	671 887
45-64 ans	18,0	23,7	350 337
65 ans et plus	17,0	15,4	99 788
Total	19,4	26,3	1 450 016

Entre 1987 et 1992-1993, la proportion d'individus de 15 ans et plus ayant un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique est passée de 19% ² à 26%. Cette augmentation se produit tant chez les femmes (24% c. 30%) que chez les hommes (15% c. 22%). Dans l'ensemble, cette hausse se confirme également pour tous les groupes d'âge retenus, à l'exception de celui des 65 ans et plus, où la tendance

² La valeur utilisée comme seuil pour le niveau élevé de l'indice est la même qu'en 1987 mais la mise à jour des facteurs de pondération de 1987 a eu pour effet de modifier la position de cette valeur dans la distribution des scores de l'indice.

est plutôt à la baisse sans que la différence entre les deux enquêtes ne s'avère significative. Pour les 15-24 ans et les 25-44 ans, les proportions augmentent entre les deux enquêtes, à la fois pour les hommes (17% c. 30% ; 15% c. 23%) et les femmes (30% c. 41% ; 23% c. 32%). Pour les personnes de 45-64 ans cependant, l'écart ne demeure significatif que pour les hommes (14% c. 21%). Ces variations expliquent sans doute que l'on observe des différences significatives entre les groupes d'âge en 1992-1993, alors que celles-ci n'étaient pas détectées lors de l'enquête de 1987.

Variations selon d'autres caractéristiques démographiques

L'enquête indique également une association entre l'indice de détresse psychologique et l'état matrimonial de fait des individus, même lorsque l'effet confondant de l'âge ou du sexe est contrôlé. Dans l'ensemble, les personnes mariées se démarquent de chacun des autres états matrimoniaux en étant moins nombreuses à afficher un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique (21%), autant chez les hommes (18%) que chez les femmes (25%) (tableau 12.2). Cette situation prévalait également en 1987. Cependant, aucun écart significatif n'est détecté entre les autres états matrimoniaux.

Une analyse par groupe d'âge donne toutefois un portrait plus nuancé de la situation. Elle permet d'abord de préciser que la relation entre l'état matrimonial de fait et la détresse psychologique demeure significative pour tous les groupes d'âge étudiés, à l'exception de celui des 15-24 ans. Dans chaque groupe d'âge, les personnes mariées continuent à afficher la plus faible proportion de personnes affectées par la détresse psychologique. Par ailleurs, les proportions les plus élevées ont tendance à se retrouver chez les personnes veuves, séparées ou divorcées, bien que les différences avec les statuts de célibataires et d'union de fait ne se révèlent pas significatives au seuil retenu. Il aurait été intéressant de distinguer les veufs (veuves) des personnes séparées ou divorcées, puisque les résultats de l'enquête de

1987 et ceux d'Ilfeld (1978) laissaient voir une différence significative au regard de l'indice de détresse entre ces personnes et celles des autres états matrimoniaux.

Tableau 12.2

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon l'état matrimonial de fait, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	État matrimonial de fait			
	Marié	Union de fait	Veuf, séparé ou divorce	Célibataire
	%	%	%	%
Sexe				
Hommes	17,8	23,7	23,7	28,3
Femmes	24,9	34,0	31,6	39,7
Groupe d'âge				
15-24 ans	23,0*	35,9	--	35,8
25-44 ans	23,5	27,7	39,9	33,3
45-64 ans	21,9	27,9	29,1	23,3
65 ans et plus	11,4	10,8**	21,0	17,1**
Total	21,3	28,8	29,3	33,4

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

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

-- Données non présentées à cause des petits nombres.

Une analyse plus poussée par groupe d'âge pour chacun des sexes montre que l'association entre la détresse psychologique et l'état matrimonial persiste chez les hommes de 25-44 ans et de 45-64 ans, et chez les femmes de 25-44 ans. Les hommes mariés de 25 à 64 ans sont moins nombreux à avoir un niveau élevé de détresse psychologique que ceux des autres états matrimoniaux, seulement 19% ou 20% d'entre eux se classant dans la catégorie élevée de l'échelle (tableau

A.12.2). Chez les femmes de 2544 ans, ce sont les personnes veuves, séparées ou divorcées qui se distinguent de celles des autres statuts, étant les plus nombreuses (47%) à présenter un niveau élevé à l'indice.

La langue parlée à la maison et le groupe ethnoculturel ne sont pas associés de façon significative à l'indice de détresse psychologique (tableau A.12.3), et cela est vrai pour les hommes et les femmes. L'enquête de 1987 n'avait pas détecté de différence en fonction de la langue parlée ; le groupe ethnoculturel n'était pas présent en 1987.

Variations selon les caractéristiques socio-économiques

En tant que déterminants socio-économiques, le niveau de revenu, la scolarité relative et le statut d'activité sont associés à l'indice de détresse psychologique. Ainsi, lorsque le niveau de revenu s'accroît, la proportion d'individus ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique baisse graduellement, passant de 36% chez les personnes très pauvres à 22% chez celles dont le niveau de revenu est supérieur ; en fait, les personnes très pauvres se distinguent de façon significative de chacun des autres niveaux de revenu (graphique 12.1). On avait observé la même baisse graduelle lors de l'enquête Santé Québec 1987, de l'Enquête Santé Canada 1978-1979 et de l'étude d'Ilfeld (1978) à Chicago. L'écart entre les personnes très pauvres et celles ayant un revenu supérieur s'observe autant chez les hommes que chez les femmes (tableau A.12.4).

De la même manière, la proportion de personnes dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique diminue quand augmente le niveau de scolarité relative, tant chez les hommes que chez les femmes. Un écart significatif n'est toutefois détecté qu'entre les niveaux extrêmes de scolarité relative (30% c. 23%). On avait observé la même tendance lors de l'enquête de 1987.

Graphique 12.1

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

L'indice de détresse psychologique varie également selon le statut d'activité déclaré pour les deux semaines ayant précédé l'enquête (tableau 12.3). Ce sont les étudiants et les personnes sans emploi qui enregistrent les plus fortes proportions d'individus au niveau élevé de détresse (35% et 33%). Par ailleurs, avec une proportion estimée à 16% seulement, les personnes à la retraite se démarquent nettement des autres statuts d'activité. Les personnes au travail et celles tenant maison affichent des proportions à peu près identiques (26% et 28%). Ce profil général s'observe autant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 12.3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête, le sexe ou l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	Statut d'activité (2 sem.)				
	En emploi	Aux études %	Tient maison %	À la retraite %	Sans emploi %
Sexe					
Hommes	21,5	28,6	26,3**	13,0	28,5
Femmes	30,9	41,0	27,6	18,9	40,1
Groupe d'âge					
15-24 ans	33,5	35,4	47,5	-	35,4
25-44 ans	26,0	31,5	29,8	29,4**	32,7
45-64 ans	22,1	34,1**	26,3	18,7	30,7
65 ans et plus	11,2**	19,6	14,5	35,5**	
Total	25,5	34,7	27,6	15,7	32,9

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

- Données non présentées à cause des petits nombres.

Étant étroitement associé au statut d'activité, l'âge peut expliquer en partie cette variation de la détresse psychologique selon le statut d'activité. Cependant, il subsiste encore certains écarts significatifs lorsque l'on pousse l'analyse pour tenir compte de l'âge. Ainsi, pour le groupe d'âge des 45-64 ans, les personnes sans emploi et les personnes qui tiennent maison présentent les plus hautes proportions de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse, exception faite de l'estimation pour les étudiants de cet âge qui est imprécise.

L'enquête de 1987 révélait les mêmes tendances. On observe cependant qu'entre les deux enquêtes, la présence de détresse psychologique s'est accrue de façon significative pour certains statuts d'activité. Les personnes ayant un emploi, les étudiants et les personnes sans emploi enregistrent une augmentation marquée de la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse, ces proportions passant respectivement de 17% à 26%, de 26% à 35% et de 25% à 33% (graphique 12.2).

Graphique 12.2

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le statut d'activité au cours des 2 semaines ayant précédé l'enquête, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

Variations

selon les déterminants liés au milieu social

La satisfaction quant à la vie sociale était l'indicateur de soutien social retenu par l'enquête de 1987, et celle-ci avait indiqué qu'à un sentiment d'insatisfaction quant à la vie sociale, correspondait un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Il en est de même en 1992-1993 ; ainsi, parmi les personnes insatisfaites de leur vie sociale, 60% présentent un niveau élevé de détresse psychologique, alors que cette proportion descend à 13% parmi celles se disant très satisfaites (tableau 12.4). Cette relation se vérifie quel que soit le sexe ou le groupe d'âge (tableau A.12.5).

Un nouvel indice de soutien social a été mis au point dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, et les résultats obtenus se comportent de la même manière. Parmi les personnes présentant un indice faible de soutien social, plus de 2 personnes sur 5 (44%) ont également un score élevé de détresse psychologique, comparativement à 22% des personnes bénéficiant d'un meilleur soutien social. Cette relation se vérifie quel que soit le sexe ou l'âge (tableau A.12.6).

La présence de certains événements stressants anciens, tels que la séparation ou le divorce des parents et le placement en foyer nourricier ou en famille d'accueil avant l'âge de 12 ans, est significativement associée au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ; par contre, le décès de la mère ou du père avant l'âge de 12 ans ne l'est pas. Il aurait été plus intéressant d'étudier ces relations en tenant compte de l'âge des répondants, mais les faibles effectifs des sous-groupes concernés limitent les possibilités d'analyse ;

Tableau 12.4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon certaines caractéristiques du milieu social et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Sexe		
	Hommes %	Femmes %	Total %
<i>Satisfaction quant à la vie sociale</i>			
Très satisfait	9,9	15,4	12,6
Plutôt satisfait	22,7	31,7	27,3
Insatisfait	55,8	64,5	60,4
<i>Indice de soutien social</i>			
Élevé	17,3	26,1	21,9
Faible	39,3	50,7	44,5
<i>Séparation ou divorce des parents (avant 12 ans)</i>			
Non	21,7	27,9	25,1
Oui	33,1	38,0	35,7
<i>Placement en foyer nourricier ou en famille d'accueil (avant 12 ans)</i>			
Non	21,3	29,5	25,6
Oui	28,4	42,1	35,3
<i>Autonomie décisionnelle au travail ¹</i>			
Élevé	19,5	27,0	22,3
Faible	24,5	33,1	28,7

1 Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

Quant à l'autonomie décisionnelle au travail, l'enquête montre, comme prévu, un lien avec la détresse psychologique. Parmi les personnes occupant un emploi, celles qui bénéficient d'un niveau élevé d'autonomie décisionnelle sont proportionnellement moins nombreuses à afficher un niveau élevé de détresse psychologique (22%) que celles ayant une autonomie faible (29%) ; cette relation se vérifie au-

tant chez les hommes que chez les femmes. On observe la même tendance selon l'âge, mais les différences ne s'avèrent significatives que chez les personnes de 25-44 ans (tableau A.12.7).

Variations
selon la perception de l'état de santé

La perception de l'état de santé est aussi associée à la détresse psychologique (tableau 12.5). Il faut cependant souligner que ces deux éléments ne sont pas totalement indépendants l'un de l'autre, la détresse psychologique étant une composante de la perception de l'état de santé. Seulement 16% des personnes ayant une perception excellente de leur état de santé ont un indice élevé de détresse psychologique, alors que parmi les personnes ayant une mauvaise perception de leur état de santé, plus d'une personne sur deux (53%) a un score élevé de détresse psychologique. Cette relation se maintient quel que soit le sexe ou l'âge (tableau A.12.8).

Tableau 12.5

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la perception de l'état de santé et le sexe, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Perception de l'état de santé	Sexe		
	Hommes %	Femmes %	Total %
Excellente	14,9	17,3	16,0
Très bonne	19,1	25,9	22,6
Bonne	24,8	34,9	30,1
Moyenne	36,3	48,2	42,7
Mauvaise	52,6	52,8	52,7

12.1.3.2 Conséquences de la détresse psychologique

Conséquences sur la vie personnelle

[Retour à la table des matières](#)

La présente enquête apporte des faits nouveaux sur les conséquences de la détresse psychologique. Dans l'ensemble, 88% des Québécois sont concernés par au moins un des énoncés de l'échelle de détresse psychologique. L'enquête révèle que pour environ le quart d'entre eux (27%), de telles manifestations ont affecté leur vie familiale ou sentimentale au cours des six mois ayant précédé l'enquête ; de plus, ces manifestations ont nui au travail ou aux études de 16% de ces gens, et 17% ont dû restreindre leurs activités sociales (tableau 12.6).

Les personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique déclarent plus souvent de telles répercussions que celles dont le niveau de détresse est moindre. Chez les premières, en effet, ces manifestations affectent la vie familiale ou sentimentale d'une personne sur deux (50% c. 16%) ; cette proportion correspond à une personne sur trois en ce qui concerne la capacité de travailler ou d'étudier (32% c. 8%) et la restriction des activités sociales (34% c. 8%).

Tableau 12.6

Types de conséquences selon l'indice de détresse psychologique, personnes de 15 ans et plus ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de conséquences	Indice de détresse psychologique		
	Faible %	Élevé %	Total %
<i>Secteur de la vie affecté</i>			
Vie familiale ou sentimentale	16,1	50,2	27,0
Travail ou études	8,3	32,0	15,9
Activités sociales	8,4	34,3	16,7
Recours à une aide extérieure	6,0	20,1	10,5

Recours à une aide extérieure

Parmi les personnes ayant mentionné au moins une manifestation de l'échelle de détresse psychologique, environ une personne sur dix (11%) signale avoir déjà consulté quelqu'un à ce sujet (tableau 12.6). Cependant, les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à avoir eu recours à une aide extérieure que les personnes dont la détresse est moindre (20% c. 6%).

Les personnes ayant consulté déclarent, dans une proportion de 44%, avoir vu un médecin généraliste ; le recours aux services d'un médecin spécialiste est aussi mentionné dans 20% des cas, alors que 56% des gens précisent un autre type de professionnel (tableau 12.7). Parmi les autres professionnels mentionnés, on trouve majoritairement des professionnels de la santé mentale et du domaine psychosocial : les psychologues représentent 51% de l'ensemble de ces profession-

nels, les travailleurs sociaux, 9%, et les psychothérapeutes, 5%. On trouve également une variété d'intervenants des médecines douces (4%), de même que le recours à une aide non professionnelle, comme celle d'un ami (9%) (tableau A.12.9).

Tableau 12.7

Types de professionnels consultés et délai de consultation selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus ayant consulté pour des manifestations contenues dans l'échelle de détresse psychologique, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Types de professionnels et délai de consultation	Indice de détresse psychologique		
	Faible %	Élevé %	Total %
Types de professionnels ¹			
Médecin généraliste	41,6	45,4	44,0
Médecin spécialiste	17,5	22,0	20,3
Autre professionnel	56,2	55,5	55,8
Délai de consultation (Nb de mois précédant l'enquête)			
4 mois	59,3	57,5	58,2
Entre 5 et 12 mois	20,8	24,0	22,8
Plus de 12 mois	19,9	18,5	19,0

1 Les trois types de professionnels pouvaient être mentionnés.

La consultation d'un médecin généraliste, de même que celle d'un spécialiste, varie peu selon l'indice de détresse psychologique. Dans le cas de ces derniers toutefois, le choix d'un psychiatre est plus souvent rapporté par des personnes ayant un niveau élevé à l'indice, que par celles dont le niveau est faible (59% c. 38%) (données non présentées). La détresse psychologique n'est pas associée non plus au choix du type de professionnel consulté pour les personnes ayant recours à l'aide d'une ressource non médecin.

La majorité (58%) des personnes ayant consulté un professionnel l'ont fait au cours des quatre mois ayant précédé l'enquête. Le moment de la consultation ne varie pas selon la valeur de l'indice de détresse psychologique. En d'autres termes, une consultation plus récente n'est pas forcément associée à un niveau élevé de détresse.

12.1.4 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

L'enquête sociale et de santé 1992-1993 estime à 26% la proportion de Québécois de 15 ans et plus présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, quel que soit l'âge, et elle diminue significativement avec l'âge, passant de 35% chez les 15-24 ans à 15% parmi les 65 ans et plus. Il s'agit d'une augmentation importante sur une période de cinq ans, la même proportion ayant été établie à 19% en 1987. Cette hausse s'observe autant chez les hommes que chez les femmes et se confirme pour chacun des groupes d'âge étudiés, sauf pour les personnes de 65 ans et plus, où la tendance est plutôt à la baisse sans toutefois s'avérer significative.

Il est peu probable que cette variation soit due à des différences d'ordre méthodologique entre les deux enquêtes. En effet, le même instrument a été utilisé auprès de la même population, avec le même type d'échantillonnage et la même méthode de collecte de données, et en retenant le même seuil pour la catégorie élevée de l'indice. La taille de l'échantillon était importante pour chaque enquête, et les taux de réponse sont équivalents, tant pour l'enquête elle-même que pour les questions qui composent l'échelle de détresse. La forme de la distribution des scores de l'indice est similaire entre les deux enquêtes, et l'on trouve les mêmes associations avec presque toutes les variables à l'exception de l'âge. Toutefois, l'analyse en composantes principales des éléments entrant dans l'élaboration de l'indice de détresse de

1992-1993 n'a pas été effectuée, mais il y a lieu de croire que ce dernier mesure les mêmes dimensions qu'en 1987.

En guise de synthèse, on peut retenir que l'analyse de la relation entre la détresse psychologique et certaines caractéristiques de la population confirme plusieurs résultats de la première enquête. La détresse psychologique serait, par exemple, moins présente parmi les personnes mariées de 25 ans et plus que parmi les autres catégories d'état matrimonial de fait. Les personnes sans emploi et les étudiants affichent de plus fortes proportions au niveau élevé de l'indice de détresse, et même si l'âge peut être mis en cause, ces résultats persistent pour certains groupe d'âge et de sexe. La détresse psychologique est ressentie par une moins grande proportion d'individus, quand s'améliore la scolarité relative ou le niveau de revenu.

Au regard du milieu social, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 montre également que les Québécois présentant un indice faible de soutien social ont un score élevé de détresse psychologique, quel que soit le groupe d'âge étudié. Ces personnes sont dans une situation de plus grande vulnérabilité, puisque l'effet tampon du soutien social pourrait avoir une portée plus limitée ; en effet, comme l'indiquent Tousignant *et al.* (1987), le « soutien social contribue à une meilleure santé mentale en atténuant les effets psychologiques reliés à un événement, en procurant des points de repère pour évaluer la situation et en offrant des distractions ou encore diverses formes d'aide matérielle ou morale ». L'enquête suggère de plus un lien entre le faible niveau d'autonomie décisionnelle au travail et un score élevé à l'indice de détresse psychologique.

Les nouvelles questions concernant les conséquences de la détresse ajoutent un complément d'information à la mesure de l'indice de détresse. Elles ont en effet permis d'estimer que la moitié des personnes ayant un score élevé à l'indice déclarent qu'au cours des six mois ayant précédé l'enquête, ces manifestations ont affecté leur vie familiale ou sentimentale, alors que le tiers affirment que celles-ci ont nui

à leur travail, à leurs études ou à leurs activités sociales. De plus, une personne sur cinq a eu recours à une aide extérieure, professionnelle ou non, au sujet de ces manifestations, ce qui correspond à des tendances déjà observées sur le plan clinique (NAMHC, 1993 ; Bland, 1985 ; Hennen, 1985).

De telles conséquences sont beaucoup moins fréquentes chez les personnes ayant un faible niveau de détresse. Les taux relativement élevés de non-réponse partielle à ces questions suggèrent même que les écarts observés selon le niveau de détresse psychologique pourraient être sous-estimés. Compte tenu de la relative complexité de la consigne invitant à répondre à ces questions, il est possible que les personnes ayant répondu de façon affirmative à seulement quelques-uns des quatorze énoncés de l'échelle de détresse n'aient pas jugé nécessaire de répondre aux questions sur les conséquences si elles ne se sentaient pas concernées. Selon cette hypothèse, l'effet de la non-réponse serait alors de surestimer, pour le niveau faible de l'indice de détresse, la proportion de personnes déclarant que ces manifestations ont déjà eu des conséquences dans leur vie personnelle ou ont nécessité le recours à une aide extérieure. L'écart entre les personnes classées aux niveaux faible et élevé de l'indice de détresse au regard de l'intensité de la détresse ressentie s'en trouverait alors sous-estimé d'autant.

Quant aux pistes de recherche, deux avenues se présentent d'emblée. D'une part, l'échelle de détresse psychologique utilise un seuil qui a été établi en 1987, à l'aide d'écrits portant sur la prévalence des troubles mentaux dans l'ensemble de la population américaine. Étant donné que cet indice est utilisé comme estimateur de la santé mentale des Québécois, il serait pertinent de mener des recherches pour déterminer sa valeur prédictive et fixer plus précisément le seuil à utiliser.

D'autre part, l'augmentation de la proportion de la population québécoise dans la catégorie élevée de détresse psychologique entre 1987 et 1992 constitue probablement l'un des résultats marquants de cette

enquête. Une analyse sommaire de cette hausse suggère qu'elle serait plus forte chez les hommes, et plus particulièrement chez les jeunes hommes, bien qu'elle soit également présente, mais dans une moindre mesure, chez les femmes et les personnes de 25 à 64 ans. On observe aussi une augmentation chez les personnes sans emploi et aux études, mais celle-ci semble plus forte parmi celles qui occupent un emploi. Ces quelques données orientent les hypothèses d'explication sur l'aspect économique, et plus particulièrement sur celui de la présence sur le marché du travail. Ces dernières années ont été marquées par une restructuration majeure et rapide du marché de l'emploi, ce qui a entraîné une précarisation de l'emploi pour certains groupes de la population, notamment les jeunes. L'enquête de 1987 s'était déroulée dans une période de relative prospérité économique, alors que celle de 1992- 1993 s'est tenue pendant une importante récession économique, où les taux de chômage ont augmenté considérablement, particulièrement chez les jeunes, et où les possibilités d'amélioration se situaient dans un avenir lointain. Des analyses multivariées portant sur les résultats des deux enquêtes devront être réalisées afin de mieux saisir les éléments explicatifs de la variation de l'échelle de détresse psychologique et pour estimer les effets possibles des modifications survenues sur le marché de l'emploi.

12.2 Idées suicidaires et parasuicides

12.2.1 Présentation

[Retour à la table des matières](#)

Une revue de sept études épidémiologiques nord-américaines récentes a permis de recenser des renseignements intéressants sur la prévalence des idées et des tentatives de suicide au sein de la population générale (Boyer *et al.*, 1992). Ces études permettent de situer la prévalence à vie des idées suicidaires à 10,6% en moyenne, alors que sur une période de douze mois, elle serait plutôt de 2,7%. Quant aux tentatives de suicide, la prévalence moyenne est estimée à 2,9% au cours de la vie et à 0,6% pour des périodes à court terme, de douze ou vingt-quatre mois. Ces recherches suggèrent que les tentatives sont plus fréquentes chez les personnes ayant reçu un diagnostic psychiatrique au cours de leur vie. De plus, les études basées sur la prévalence à vie rapportent plus de tentatives de suicide chez les femmes, alors que les recherches ne portant que sur la prévalence pour une période d'un à deux ans ne rapportent pas de telles différences. Ces données complètent l'information provenant d'autres sources qui renseignent sur les suicides complétés, lesquels sont d'ailleurs plus fréquents chez les hommes que chez les femmes.

L'objectif de la présente section est d'estimer la prévalence des idées et des tentatives de suicide au Québec, de décrire les facteurs qui leur sont associés et d'en dégager l'évolution depuis l'enquête Santé Québec 1987. Ce faisant, l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 contribue au suivi de l'objectif de la Politique de la santé et du

bien-être (MSSS, 1992), qui vise à réduire de 15% le nombre de tentatives de suicide d'ici l'an 2002.

12.2.2 Aspects méthodologiques

[Retour à la table des matières](#)

La présente enquête reprend les quatre questions sur les idées et les tentatives de suicide utilisées dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1987. Celles-ci apparaissent au questionnaire autoadministré s'adressant à la population de 15 ans et plus. La question concernant les idées (QAA88) se lit comme suit : « Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie) ? ». La question sur les tentatives de suicide (QAA92) est ainsi libellée : « Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie) ? ». Dans le cas d'une réponse positive à l'une ou l'autre de ces questions, le répondant devait indiquer si cela s'était produit au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (QAA89, QAA93). La proportion de valeurs manquantes pour chacune de ces questions est inférieure à 3%.

Ces questions permettent d'estimer la prévalence des idées et des tentatives de suicide, au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et au cours de la vie. Dans l'optique de la santé publique, l'information concernant la dernière année apparaît plus pertinente pour documenter l'importance de ces problèmes et en comprendre les composantes psychosociales, puisqu'elle concerne des événements récents. Par ailleurs, dans le contexte d'une enquête générale comme celle-ci, l'expression « tentative de suicide » n'est pas appropriée parce que l'intention réelle de mourir, orientation psychologique essentielle au suicide, est difficile à établir. Afin d'éliminer l'ambiguïté attachée à cette expression, le terme « parasuicide » a été adopté pour désigner l'ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à la mort.

Considérant qu'il s'agit de deux facettes différentes du phénomène du suicide, l'analyse distingue les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces problèmes est calculée sur la base de populations distinctes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide, et le taux est établi en ne considérant que les personnes ayant rapporté des idées suicidaires seulement. De la même manière, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires.

Ce mode de calcul permet de produire des résultats comparables à d'autres études se consacrant uniquement aux pensées suicidaires ou aux parasuicides tout en créant des groupes d'individus distincts au niveau des comportements suicidaires. Cette façon de calculer les prévalences induit une légère surestimation des taux de parasuicides et sous-estime les taux d'idées suicidaires puisque les dénominateurs ne comprennent pas l'ensemble de la population.' Les données comparatives présentées pour 1987 ont été calculées sur le même principe.

La gravité des idées et des tentatives de suicide est très difficile à évaluer. Par exemple, les parasuicides peuvent comprendre à la fois des gestes suicidaires interrompus et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. Afin de jeter un éclairage sur ce point, le questionnaire de l'enquête comporte cinq nouvelles questions. Trois d'entre elles tentent d'évaluer les moyens envisagés lors des idées ou des gestes suicidaires (QAA90, QAA91, QAA94). Les deux autres portent sur la consultation d'un professionnel de la santé ou d'une autre personne qui donne des conseils, par suite de la tentative de suicide (QAA95, QAA96). Ces questions permettent de mieux évaluer l'importance de ces idées et de ces gestes suicidaires, sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention

réelle de mourir. Le taux de non-réponse partielle pour chacune de ces questions est inférieur à 4%.

La section sur les résultats traite successivement des personnes ayant rapporté des idées suicidaires et des parasuicides. Les données de prévalence y sont d'abord présentées pour chacune des périodes de référence. Pour les personnes ayant déclaré des événements récents, on analyse la relation avec l'indice de détresse psychologique, et pour témoigner de leur gravité, on présente des indications sur les moyens envisagés ou utilisés et sur le recours à une aide extérieure. La variation de la prévalence selon les caractéristiques démographiques, socio-économiques et sociales y est également étudiée pour les personnes qui ont eu des idées suicidaires au cours des douze mois ayant précédé l'enquête ; les effectifs en cause ne permettent cependant pas de réaliser la même analyse dans le cas des parasuicides.

12.2.3 Résultats

12.2.3.1 Idées suicidaires au cours de la vie

[Retour à la table des matières](#)

Selon l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, près de 8 Québécois sur 100 indiquent avoir sérieusement pensé au suicide au cours de leur vie (tableau 12.8), tant chez les hommes que chez les femmes. Ces taux varient cependant selon l'âge ; environ une personne sur dix rapporte des idées suicidaires parmi les individus de 15 à 44 ans (12% et 10%), alors que 6% des gens de 45-64 ans et 1,6% de ceux de 65 ans et plus en font autant. Cette variation selon l'âge s'observe chez les hommes et les femmes.

Entre 1987 et 1992-1993, la proportion de personnes déclarant des idées suicidaires à vie est passée de 7,9% à 8,2% ; cette différence

n'est pas significative, pas plus que ne le sont les écarts observés selon l'âge et le sexe.

À titre indicatif, la prévalence des parasuicides récents estimée dans cette enquête est de 0,6 go alors que le taux serait de 0,5% selon le calcul de fréquence. Le taux des personnes ayant des idées suicidaires récentes est quant à lui évalué à 3,9% alors que la fréquence est de 4,1%.

12.2.3.2 Idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête

Variations selon le sexe et l'âge

[Retour à la table des matières](#)

Près de 4% de la population du Québec (ou environ 200 000 individus) rapportent avoir sérieusement pensé au suicide au cours des douze mois ayant précédé l'enquête, sans qu'il soit possible de déceler une différence entre les taux d'idées suicidaires chez les hommes et les femmes. Par contre, ces taux varient inversement avec l'âge des Québécois ; les personnes de 15-24 ans présentent la prévalence la plus élevée, 8 individus sur 100 rapportant des idées suicidaires, alors que cette proportion n'est plus que de 0,7% chez les personnes de 65 ans et plus. Ce phénomène se constate tant chez les hommes que chez les femmes.

Lors de l'enquête de 1987, la prévalence était estimée à 3%. Si l'enquête de 1992-1993 laisse croire à une tendance à la hausse (3% c. 4%), cette différence n'est pas statistiquement significative au seuil retenu et ce, ni chez les femmes ni chez les hommes, ni pour aucun groupe d'âge.

La présence d'idées suicidaires est associée à la détresse psychologique. Les personnes se classant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique ont été proportionnellement plus nombreuses à déclarer des idées suicidaires que ne l'ont fait les individus ayant un degré moindre de détresse (12% c. 1,5%) (graphique 12.3). Vu sous un autre angle, les personnes déclarant des idées suicidaires présentent un niveau élevé de détresse psychologique dans une proportion de 71%, alors que ce n'est le cas que de 23% des individus ne rapportant pas de telles idées au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête (données non présentées).

Graphique 12.3

Présence d'idées suicidaires ou de parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon l'indice de détresse psychologique, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

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

Tableau 12.8

Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	A vie			12 mois		
	1987	1992-1993		1987	1992 • 1993	
	%	%	Pe	%	%	Pe
Hommes						
15-24 ans	10,1	10,9	49 657	5,6	7,5	32 950
25-44 ans	8,6	10,2	122 295	3,2	4,6	51 302
45-64 ans	5,0	5,7	41 646	1,8	2,2*	15 564
65 ans et +	2,0	1,5**	4 358	1,0	0,5**	1 328
Total	7,4	8,2	217 956	3,1	4,0	101 144
Femmes						
15-24 ans	13,7	12,9	55 323	6,2	8,4	34 207
25-44 ans	9,8	10,5	121 450	4,4	4,6	49 905
45-64 ans	5,3	5,7	41 497	1,4	2,0*	13 961
65 ans et +	1,1	1,7**	6 404	0,5	0,8**	2 992
Total	8,5	8,4	224 674	3,5	3,9	101 065
Sexes réunis						
15-24 ans	11,9	11,9	104 980	5,9	8,0	67 157
25-44 ans	9,2	10,3	243 745	3,8	4,6	101 207
45-64 ans	5,2	5,7	83 143	1,6	2,1	29 525
65 ans et +	1,5	1,6*	10 762	0,7	0,7**	4 320
Total	7,9	8,2	442 630	3,3	3,9	202 209

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

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

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour 1987.

*Variations selon certaines caractéristiques
de la population*

Tableau 12.9

Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Personnes ayant des idées suicidaires	
	%	Pe
État matrimonial de fait		
Marié	1,9	49 440
Union de fait	4,6	33 754
Veuf, séparé ou divorcé	4,6	25 971
Célibataire,	7,8	92 456
Niveau de revenu		
Très pauvre	7,2	25 312
Pauvre	4,5	26 515
Moyen inférieur	4,0	61 089
Moyen supérieur	3,5	69 349
Supérieur	3,0*	19 947
Scolarité relative		
Plus faible	4,2	42 646
Faible	3,6	37 784
Moyenne	3,9	35 425
Élevée	4,2	45 510
Plus élevée	3,9	40 157
Statut d'activité (2 sem.)		
En emploi	3,6	96 718
Aux études	8,6	42 567
Tient maison	2,6	18 666
À la retraite	0,7*	4 562
Sans emploi	7,0	39 698

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

La présence d'idées suicidaires au cours des douze mois ayant précédé l'enquête est associée à certaines caractéristiques démographiques et socio-économiques des individus (tableau 12.9). Ainsi, la déclaration d'idées suicidaires est plus fréquente chez les personnes célibataires que chez les individus mariés (8% c. 1.9%), alors que les gens vivant en union de fait ou les personnes veuves, séparées ou divorcées sont environ deux fois plus nombreux que les personnes mariées à rapporter de telles idées (5% c. 1,9%). Cette association entre l'état matrimonial de fait et les idées suicidaires pourrait s'expliquer, du moins en partie, par la relation entre l'état matrimonial et l'âge des individus.

La prévalence des idées suicidaires décroît aussi avec le niveau de revenu ; le taux est environ deux fois plus élevé (7%) chez les personnes très pauvres que chez les personnes se situant dans les catégories de revenu moyen supérieur (4%) ou supérieur (3%). Par ailleurs, on ne peut établir de lien entre l'indice de scolarité relative, qui tient compte de l'âge, et la prévalence des pensées suicidaires. L'analyse selon le statut d'activité, établi pour les deux semaines ayant précédé l'enquête, montre une prévalence plus élevée chez les étudiants (9%) et les sans emploi (7%). Néanmoins, cette caractéristique est aussi reliée à l'âge ; il n'est donc pas étonnant que les personnes à la retraite, généralement plus âgées, soient proportionnellement moins nombreuses à rapporter des idées suicidaires (0,7%).

L'analyse a aussi porté sur les variations de la prévalence en fonction de certains indicateurs reliés au milieu social de l'individu. La présence d'un confident dans l'entourage peut être considérée, entre autres, comme un facteur de protection à l'égard des pensées suicidaires ; or, on constate que les personnes n'ayant pas de confident sont effectivement plus nombreuses à rapporter des idées suicidaires que celles qui en ont au moins un (6% c. 4%) (tableau 12.10).

Tableau 12.10

Présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon certaines caractéristiques du milieu social, population de 15 ans et plus, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Caractéristiques	Personnes ayant des idées suicidaires	
	%	Pe
Présence d'un confident		
Non	6,3	41 882
Oui	3,6	159 329
Soutien social		
Faible	9,6	93 286
Élevé	2,6	105 583
Satisfaction quant à sa vie sociale		
Non satisfait	15,8	85 310
Plutôt satisfait	3,3	95 251
Très satisfait	1,2*	20 580
Autonomie décisionnelle au travail ¹		
Faible	4,9	60 076
Élevé	2,6	31 228

¹ Population occupant un emploi au moment de l'enquête.

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

Ces résultats concordent avec le fait que les personnes classées au niveau faible de l'indice de soutien social présentent une prévalence de pensées suicidaires plus élevée que celle attribuée aux personnes dont le niveau de soutien est plus élevé (10% c. 3%). La prévalence est aussi plus marquée chez les Québécois non satisfaits de leur vie sociale (16%) que chez ceux qui s'en déclarent plutôt satisfaits (3%) ou très satisfaits (1,2%). Sous un autre aspect, l'enquête indique également que la présence d'idées suicidaires touche une plus grande proportion de travailleurs dont le niveau d'autonomie décisionnelle au

travail est faible, comparativement à ceux dont le niveau est plus élevé (5% c. 3%).

Les moyens envisagés

Tableau 12.11

Moyens envisagés pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe, personnes de 15 ans et plus avec idées suicidaires, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Moyens (1)	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Médicaments et autres produits chimiques	30,1	56,5	43,0
Véhicule moteur	23,1	21,8	22,4
Arme à feu	32,9	9,6*	21,6
Taillade des veines	15,4*	21,4	18,3
Gaz d'échappement	17,8*	17,1	17,5
Pendaison	22,2	7,5*	15,0
Saut	12,6*	7,5**	10,1
Autres	10,7*	5,5**	8,2*

1 Plus d'un moyen pouvait être précisé.

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

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

Près de trois personnes sur quatre (74%) révèlent qu'au moment où elles ont songé à se suicider, elles avaient prévu un moyen pour attenter à leurs jours. Les médicaments et autres produits chimiques, incluant la drogue, sont le plus fréquemment envisagés (43%), alors que l'arme à feu (22%), le véhicule moteur (22%), la taillade des veines (18%), les gaz d'échappement d'un moteur (18%) et la pendaison (15%) sont des méthodes souvent contemplées (tableau 12.11). Une

proportion plus grande de femmes que d'hommes (57% c. 30%) ont envisagé les médicaments et autres produits chimiques, alors que les hommes ont davantage songé à la pendaison (22% c. 8%) et à l'arme à feu (33% c. 10%). Le choix des moyens varie peu selon l'âge, sauf en ce qui concerne la taillade des veines, qui est inversement associée à l'âge ; environ le tiers des individus de 15-24 ans (33%) ont considéré celle-ci, alors qu'elle n'a été envisagée que par 13% des gens de 25-44 ans et par 2% de ceux de 45-64 ans (données non présentées). Cependant, toute interprétation quant à la relation entre l'âge et les moyens utilisés doit être traitée avec prudence, car les différences observées ne sont pas significatives.

12.2.3.3 Parasuicides au cours de la vie

[Retour à la table des matières](#)

L'Enquête sociale et de santé permet d'estimer à près de 4 personnes sur 100 la prévalence du parasuicide au cours de la vie au sein de la population québécoise, ce qui correspond à environ à 188 300 individus de 15 ans et plus (tableau 12.12). La proportion de personnes ayant déclaré un parasuicide est plus élevée chez les Québécoises que chez les Québécois (5% c. 3%). Ces prévalences diminuent avec l'âge, passant de 6% parmi les personnes de 15-24 ans à environ 1% chez celles de 65 ans et plus. Toutes les différences observées entre les différents groupes d'âge sont significatives. Cependant, lorsque ces comparaisons sont faites entre les groupes d'âge d'un même sexe, les seules différences significatives chez les hommes s'observent entre les groupes d'âge de 15-24 ans et de 65 ans et plus (5% c. 0,4%), et chez les femmes, entre ceux de 15-24 ans et de 45 ans et plus (8% c. 4% et 1,0%).

L'enquête ne décèle par ailleurs aucun écart significatif avec les prévalences établies sur la base des données de l'enquête Santé Québec 1987.

12.2.3.4 Parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête

Variations selon le sexe et l'âge

[Retour à la table des matières](#)

En 1992-1993, la prévalence des parasuicides récents est estimée à 6 personnes pour 1 000, autant chez les hommes que les femmes (tableau 12.12). Cette prévalence correspond à près de 30 000 personnes de 15 ans et plus. La prévalence la plus élevée se retrouve chez les personnes de 15-24 ans (1,8%), et elle demeure inférieure à 1% pour les autres groupes d'âge. Aucun écart significatif selon l'âge n'est détecté chez les femmes alors que chez les hommes, seules les personnes de 15-24 ans et celles de 45- 64 ans présentent des prévalences statistiquement distinctes (1,9% c. 0,2%).

L'enquête ne décèle aucun écart significatif par rapport aux prévalences établies sur la base des données de l'enquête Santé Québec 1987.

Tableau 12.12

Prévalence des parasuicides au cours de la vie et au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 1987 et 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Sexe / Groupe d'âge	A vie			12 mois		
	1987 %	1992-1993 % Pe		1987 %	1992-1993 % Pe	
Hommes						
15-24 ans	4,0	4,5*	19 272	1,8	1,9**	7 841
25-44 ans	3,3	-3,5	38 438	0,8	0,6**	6 619
45-64 ans	2,0	1,8*	12 439	0,3	0,2**	1 164
65 ans et +	0,8	0,4**	1 196	0,4	0,0**	- -
Total	2,9	2,8	71 345	0,9	0,6*	15 624
Femmes						
15-24 ans	5,9	7,6	30 498	2,4	1,7*	6 282
25-44 ans	4,8	5,2	56 612	0,7	0,5**	5 683
45-64 ans	3,5	3,7**	26 074	0,7	0,3**	1 958
65 ans et +	1,1	1,0**	3 751	0,7	0,1**	428
Total	4,2	4,5	116 935	1,0	0,6*	14 351
Sexes réunis						
15-24 ans	4,9	6,0	49 770	2,1	1,8*	14 123
25-44 ans	4,0	4,3	95 050	0,7	0,6*	12 302
45-64 ans	2,8	2,7	38 513	0,5	0,2**	3 122
65 ans et +	1,0	0,7**	4 947	0,6	0,1**	428
Total	3,6	3,7	188 280	0,9	0,6	29 975

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

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

Note Les coefficients de variation ne sont pas disponibles pour 1987.

Les résultats de l'Enquête sociale et de santé indiquent que les personnes classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique sont proportionnellement plus nombreuses à déclarer avoir posé un geste suicidaire au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, en comparaison des personnes ayant un degré moindre de détresse (2% c. 0,2%) (graphique 12.3). Par ailleurs, près de 80% des personnes qui déclarent un ou des parasuicides appartiennent à la catégorie élevée de l'indice de détresse (données non présentées).

*Les moyens envisagés
et le recours à la consultation*

Les personnes déclarant avoir posé des gestes suicidaires au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête devaient indiquer par quels moyens elles avaient tenté de se suicider. Parmi ces personnes, 57% déclarent avoir utilisé les médicaments, 32%, s'être tailladé les veines, 9%, avoir utilisé une arme à feu, 9%, avoir eu recours à un véhicule moteur, 8%, à la pendaison, 7%, au saut, et 11% indiquent un autre moyen (tableau 12.13). Ces proportions ne présentent pas d'écarts significatifs entre les hommes et les femmes, sans doute à cause des faibles effectifs en présence. A titre indicatif, on peut quand même souligner que le classement de ces moyens par ordre décroissant semble varier selon le sexe. Selon leurs déclarations, les hommes auraient eu tendance à utiliser comme moyens principaux : les médicaments (48%), la taillade des veines (34%), l'arme à feu (16%), le véhicule à moteur (14%) et la pendaison (12%). Chez les femmes, ce classement présente encore en tête de liste les médicaments (67%) et la taillade des veines (30%) ; au troisième rang vient le saut (13%), alors que les autres moyens sont moins fréquents (0% à 5%) ou non précisés (15%).

Tableau 12.13

Moyens utilisés pour attenter à ses jours au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon le sexe, personnes de 15 ans et plus rapportant un parasuicide, Québec 1992-1993

[Retour à la table des matières](#)

Moyens (1)	Sexe		
	Hommes	Femmes	Total
	%	%	%
Médicaments et autres produits chimiques	47,6*	66,8	56,6
Véhicule moteur	13,6**	4,6**	9,4**
Arme à feu	16,4**	0,0**	8,7**
Taillade des veines	33,8*	29,5*	31,7*
Gaz d'échappement	0,5**	0,0**	0,3**
Pendaison	12,4**	2,6**	7,8**
Saut	2,3**	12,8**	7,2**
Autres	7,8**	14,8**	11,1**

1 Plus d'un moyen pouvait être précisé.

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

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

L'enquête permet de plus d'obtenir des renseignements inédits sur le recours à un professionnel de la santé ou à toute autre personne par suite de ce ou ces parasuicides. Près des deux tiers (63%) des personnes suicidaires ont eu recours à une telle aide extérieure. Les femmes déclarent, dans une proportion de 68%, avoir consulté par suite de ces gestes et les hommes, dans une proportion de 54% ; ces différences ne sont cependant pas significatives. Les résultats suggèrent aussi que les jeunes de 15-24 ans consultent dans une proportion moindre (49%) que les personnes de 25-44 ans (64%). Aucune comparaison n'a pu être effectuée avec les autres groupes d'âge à cause des petits nombres (données non présentées).

12.2.4 Synthèse et pistes de recherche

[Retour à la table des matières](#)

Les pensées suicidaires touchent une partie non négligeable de la population du Québec. Près de 4% de la population, soit environ 200 000 Québécoises et Québécois, disent avoir pensé au suicide au cours de l'année ayant précédé l'enquête. Parmi les études nord-américaines consultées, il en est deux qui estiment la prévalence d'idées suicidaires sur une période de 12 mois ; ces taux sont de 1,5% dans l'une (Paykel *et al.*, 1974) et de 3,9% dans l'autre (Ramsay et Bagley, 1985).

L'enquête Santé Québec 1987 estimait à 3% cette prévalence. L'augmentation n'est pas significative, mais la tendance observée suggère que le phénomène ne va pas en s'amenuisant. Comme dans l'enquête de 1987, les idées suicidaires (à vie et au cours des 12 derniers mois) semblent aussi prévalentes chez les hommes que chez les femmes. Ce sont toujours les jeunes qui rapportent le plus de pensées suicidaires.

Les nouvelles questions sur les moyens envisagés par les personnes ayant rapporté des idées suicidaires suggèrent que celles-ci sont très sérieuses. Trois personnes sur quatre révèlent qu'elles ont prévu un moyen de se suicider. Les médicaments et autres produits chimiques, incluant la drogue, ont été le plus fréquemment envisagés. L'arme à feu, le véhicule moteur, les gaz d'échappement d'un moteur et la taillade des veines sont aussi des moyens souvent mentionnés.

La prévalence du parasuicide au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête est estimée à 6 personnes sur 1 000. Si les femmes déclarent des parasuicides à vie en plus grand nombre que les hommes, cette différence s'estompe lorsque la période de référence est restreinte aux

12 mois ayant précédé l'enquête. Par ailleurs, autant pour les périodes de référence à long terme qu'à court terme, les jeunes de 15-24 ans rapportent plus souvent avoir posé un geste suicidaire que les personnes des autres groupes d'âge.

L'ajout de nouvelles questions à l'Enquête sociale et de santé 1992-1993 apportent des renseignements intéressants sur les moyens utilisés lors des parasuicides. Les personnes ayant survécu à un geste suicidaire semblent avoir davantage utilisé des moyens considérés comme moins létaux que ceux utilisés dans les cas de suicide. Les principaux moyens utilisés pour le suicide au Québec en 1992 ont été l'arme à feu et la pendaison (Bureau du coroner, 1993), tandis que les médicaments et la taillade des veines ont été choisis, par les hommes et les femmes également, pour les tentatives de suicide déclarées dans la présente enquête. Ces derniers moyens ont un caractère moins léthal et moins violent que l'arme à feu et la pendaison.

Il est important de souligner que 9% des personnes ayant tenté de s'enlever la vie déclarent avoir opté pour un véhicule moteur. Cette proportion est très élevée en comparaison des suicides enregistrés à l'aide de ce moyen (1%) ³. Ces derniers étant difficiles à discerner lorsqu'ils se produisent, la présente enquête sous-entend qu'il peut y avoir une sous-déclaration non négligeable de suicides à l'aide d'un véhicule moteur.

En guise de conclusion à cette partie, il faut se demander si les résultats sur les parasuicides ne viennent pas corroborer les observations générales faites sur le suicide. On sait effectivement que les taux de mortalité reliés au suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes ; en 1992, ils étaient respectivement de 27,0 et de 7,5 pour 100 000 personnes au Québec (Legault, 1994). Par contre, la présente enquête indique que les femmes sont plus nombreuses à déclarer des parasuicides au cours de leur vie que les hommes. Si la prévalence des

³ Compilations spéciales effectuées au Bureau du coroner, avril 1995.

parasuicides à vie est ainsi plus élevée chez les femmes, c'est probablement parce qu'elles sont plus portées à utiliser des moyens moins létaux, de sorte qu'elles survivent plus fréquemment à ces événements. Par ailleurs, les jeunes constituent le groupe qui présente à la fois les taux de mortalité reliés au suicide et de parasuicides les plus élevés. Dans ce cas, l'hypothèse de l'utilisation de moyens différents ne peut être évoquée pour expliquer ces prévalences plus fortes. Cependant, comme les personnes qui ont complété leur suicide ne sont pas comptabilisées dans les parasuicides, cette situation a pour effet de diminuer graduellement les prévalences de parasuicides estimées pour les groupes d'âge plus vieux, puisque seuls les survivants sont pris en considération. De plus, l'analyse des cas de suicide par cohortes montre que depuis les deux dernières décennies, les jeunes de 20- 24 ans sont de plus en plus suicidaires, et ce phénomène ne s'observe pas chez les autres groupes d'âge, du moins avec autant d'acuité (Legault, 1994).

Sur le plan de la recherche, il serait important que la prochaine enquête de Santé Québec estime la prévalence des psychopathologies plus particulièrement associées aux idées et aux comportements suicidaires. Sur la base des Données actuelles, il est nécessaire de mener des analyses multivariées afin d'établir les relations entre les diverses variables indépendantes étudiées ici. Il serait aussi utile de vérifier si des disparités géographiques s'observent au regard du phénomène du suicide, en reproduisant ces analyses en fonction d'« aires homogènes », par exemple.

12.3 Éléments de réflexion pour la planification

[Retour à la table des matières](#)

La diminution des problèmes de santé mentale dans la population québécoise d'ici l'an 2002 est un des objectifs retenus par la Politique de la santé et du bien-être. L'indice de détresse psychologique n'est pas une mesure de la prévalence des troubles mentaux dans la population québécoise, mais un indicateur qui permet d'évaluer l'état de santé mentale des Québécois. Entre 1987 et 1992-1993, la proportion d'individus classés au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique a augmenté. Ce résultat suggère que l'évolution de l'importance des problèmes de santé mentale au sein de la population s'inscrit dans une tendance contraire à l'objectif poursuivi par la politique. Force est de constater qu'il est urgent de consentir plus d'efforts à l'atteinte de cet objectif. Les groupes qui semblent les plus vulnérables devront être ciblés en priorité, soit les femmes et les jeunes adultes. La pauvreté doit être retenue comme une condition associée à la présence de détresse psychologique ; la plus forte proportion de personnes ayant un indice de détresse psychologique élevé se retrouve en effet chez les personnes très pauvres.

La comparaison des taux de parasuicides estimés dans le cadre de l'enquête et des taux de mortalité par suicide au Québec en 1992 suggère que le rapport parasuicides - suicides serait de 22,8 :1 pour les hommes et de 95,2 :1 pour les femmes. Cet écart reflète, en partie, le fait que les hommes, toutes proportions gardées, se retrouvent en plus grand nombre parmi les victimes de suicide. Mais elle suggère aussi qu'il peut être très difficile de prévenir les suicides par des interventions auprès des personnes ayant tenté de se suicider, principalement chez les femmes, d'autant plus que 40% des suicidaires n'ont eu re-

cours à aucun service de santé ou n'ont fait appel à aucune personne pour les aider. Enfin, les relations observées entre les idées suicidaires, les parasuicides au cours des douze mois ayant précédé l'enquête et la détresse psychologique sont corroborées par plusieurs études menées à l'aide de la technique de l'autopsie psychologique, qui montrent que plus de 75% des victimes de suicides complétés souffraient d'un trouble psychiatrique dans les mois qui ont précédé leur suicide (Lesage *et al.*, 1994 ; Clark et Horton-Deutsch, 1992).

Les résultats de la présente enquête rappellent encore une fois l'ampleur du phénomène du suicide comme problématique de santé au Québec. Même si depuis 1987, la prévalence des idées et des tentatives de suicide chez les personnes de 15 ans et plus n'a pas augmenté de façon significative, la tendance semble être à la hausse. Dans cette optique, ne faudrait-il pas s'interroger sur la probabilité d'atteindre l'objectif, fixé par la Politique de la santé et du bien-être, de réduire de 15% ces gestes d'ici l'an 2002 ? La tendance actuelle laisse croire qu'il faudra mieux cibler les groupes à risque pour modifier la situation. Parmi les groupes considérés vulnérables, les jeunes adultes attirent l'attention puisqu'ils représentent le groupe où la prévalence estimée est la plus élevée, tant pour les idées suicidaires que pour les parasuicides. De plus, les personnes très pauvres se démarquent encore une fois, la prévalence estimée des pensées suicidaires étant plus élevée en ce qui les concerne.

12.4 Références bibliographiques

[Retour à la table des matières](#)

Bland, R.C. (1985). « L'épidémiologie, le diagnostic, l'incapacité et la définition des objectifs prioritaires en santé mentale », dans Gouvernement du Canada (éd.), *Résultats de recherche ayant une inci-*

dence sur les priorités en matière de services de santé mentale, Ottawa.

Boyer R. ; Prévile M. ; Légaré G. ; Valois P. (1993). « La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38, pages 339-343.

Boyer R. ; Prévile M. ; Perrault C. ; Légaré G. (1992). *L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires*, Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de recherche, no 8, ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 pages.

Bureau du coroner (1994). *Rapport annuel 1993*, Les Publications du Québec, Québec, p. 82.

Clark, DC. ; Horton-Deutsch, SL. (1992). “Assessment in Absentia : The value of the psychological autopsy method for studying antecedents of suicide and predicting future suicides”, pages 144-182, in : R.W. Maris, A.L. Berman, J.T. Maltzberger, R.I. Yufit (eds) *Assessment and prediction of suicide*, The Guilford Press, New York, 697 pages.

Enquête santé Canada ; Santé et bien-être social Canada ; Statistique Canada (1981). *La santé des Canadiens. Rapport de l'enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, pages 133-143.

Hennen, B. KE. (1985). « Les priorités de la santé mentale et le médecin de famille », dans Gouvernement du Canada (éd.). *Résultats de recherche ayant une incidence sur les priorités en matière de services de santé mentale*, Ottawa.

Ilfeld F. W. (1978). “Psychologic status of community residents along major demographic dimensions”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 35, pages 716-724.

Ilfeld F. W. (1976). “Further validation of a psychiatric symptom index in a normal population”, *Psychological Reports*, vol. 39, pages 1215-1228.

Kovess, V. (1985). « *Évaluation de l'état de santé de la population des territoires des DSC de Verdun et de Rimouski* », Tomes I et II, Unité de recherche psychosociale, Centre hospitalier Douglas, Verdun.

Legault, P. (1994). « Les groupes d'âge. Statistiques sur les causes de mortalité au Québec. 1971 ; 1976 ; 1980 à 1992. », ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, Tableaux T68 et T69.

Lesage, A. ; Boyer, R. ; Grunberg, F. ; Vanier, C. ; Morissette, R. ; Ménard-Buteau, C. ; Loyer, M. (1994). “Suicide and mental disorders : A case control study of young men”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 151, page 7.

Link B. ; Dohrenwend B. (1980). “Formulation of hypotheses about the true prevalence of demoralization in the United States”, in *Mental Illness in the United States, Epidemiological Estimates*, Preger, New-York, pages 114-132.

Massé R. ; Poulin C. (1991). “Mental Health of community residents in the metropolitan Montreal area : some results from the “Santé Québec Survey”, *Revue Canadienne de Santé Publique*, Sept-Oct., vol. 82, no 5, pages 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 pages.

NAMHC, (1993). “Health Care Reform for Americans With Severe Mental Illnesses : Report of the National Advisory Mental Health Council”, *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, no 10, pages 1447-1465.

Paykel, ES. *et al* (1974). “Suicide feelings in the general population : A prevalence study”, *British Journal of Psychiatry*, vol ; 124, pages 460-469.

Perreault, C. (1987). *Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Cahier technique 87-06, Santé Québec, Montréal, 33 pages.

Préville M. ; Boyer R. ; Potvin L. ; Perrault C. ; Legaré G. (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Enquête Santé Québec 87, Les cahiers de recherche, no 7, ministère de la Santé et des Services sociaux, 54 pages.

Radloff L.S. (1977). “The CES-D Scale : a self-report depression scale for research in the general population”, in *applied Psychological Measurements*, vol. 1, pages 381-389

Ramsay, R. ; Bagley, C. (1985). “The prevalence of suicidal behaviors, attitudes and associated social experiences in an urban population”, *Suicide and Life-Threatening Behavior*, vol. 15, no 3, pages 151-167.

Robins, L.N. ; Regier, D.A. (1991). *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiological Catchment Area Study*, New-York, The Free Press, 449 pages.

Santé Québec (1988). « *Et la santé, ça va ?* » *Rapport de l'enquête Santé Québec 1987, Tome 1*, Les Publications du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 337 pages.

Tousignant, M. *et al.* (1987). *Utilisation des réseaux sociaux dans*

s interventions. État de la question et proposition d'action, Programme de recherche de résumés, Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux, Les Publications du Québec, pages 117-123.

Fin du texte