

État général de santé et de bien-être

Madeleine Levasseur

Institut national de santé publique du Québec

Introduction

Ce chapitre a pour but de décrire l'état général de santé de la population ayant une incapacité et, lorsque les données le permettent, de le comparer à celui de la population sans incapacité. Le fait que l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* est rattachée à l'*Enquête sociale et de santé* rend possible la comparaison entre les deux populations. Ceci fait en quelque sorte l'originalité de cette enquête puisque les enquêtes sur la santé et les limitations d'activités (ESLA) de 1986 et de 1991 ne permettaient pas une telle comparaison.

La perception de l'état de santé et les douleurs ou les malaises sont les principaux indicateurs retenus. Ces mesures qui intègrent les connaissances et les expériences individuelles relatives à la santé sont considérées comme des mesures de l'état général de santé parce qu'elles ont été reliées empiriquement aux concepts de santé physique, mentale et sociale (Ware, 1987). Deux indicateurs relatifs à la morbidité déclarée sont également utilisés. Il s'agit de la prévalence des problèmes de santé et du nombre et de la durée des problèmes de santé.

À partir de l'étude du concept de perception de la santé chez des personnes de 60 ans et plus, Jylha (1994) souligne que pour évaluer leur santé, les répondants utilisent la comparaison et la relativisation. Selon l'auteur, il existe une relation complexe entre la santé et la maladie. Les répondants doivent faire le poids entre le diagnostic médical et leurs propres expériences, entre leur maladie et leur vie de tous les jours, entre leur limitation d'activités et leur liberté d'action. Avoir un

problème de santé et se considérer en bonne santé ne sont pas des phénomènes incompatibles.

Pour Elby et autres (1996), l'autoévaluation de la santé, chez les personnes âgées en particulier, chevauche le concept de qualité de vie. C'est la présence d'un état ou d'un problème de santé qui empêche l'accomplissement d'activités désirées, plus que le nombre de problèmes, qui augmente la probabilité d'une évaluation négative de l'état de santé. L'*Enquête sociale et de santé 1992-1993* (Santé Québec, 1995) montre aussi que la proportion de personnes qui se disent en mauvaise santé augmente à mesure que s'aggrave la perte d'autonomie fonctionnelle.

L'âge et dans une moindre mesure le sexe, la scolarité et le revenu comptent parmi les caractéristiques sociodémographiques associées à la perception de l'état de santé (Mackenbach et autres, 1994; Reijneveld, 1998). Il est également observé que l'autoévaluation varie en fonction du soutien social (Fylkesnes et Forde, 1992; Santé Québec, 1995).

La douleur peut affecter le bien-être physique et mental des individus. À partir des données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP) de 1994-1995, Millar (1996) observe une association entre la douleur chronique et certaines maladies chroniques et aussi la détresse psychologique. Les journées d'incapacité et d'alitement sont plus fréquemment rapportées par les personnes qui éprouvent de la douleur. Toutes proportions gardées, les personnes qui souffrent de maladies chroniques sont plus nombreuses à déclarer des douleurs que celles qui n'en ont pas (Bowling et Windsor, 1997). Elles sont également plus

nombreuses à éprouver des douleurs d'intensité forte ou modérée.

Des variations de la douleur en fonction de l'âge et du sexe sont également documentées. Selon Millar (1996), la proportion de personnes qui souffrent de douleurs chroniques augmente avec l'âge; elle est aussi plus élevée chez les femmes que chez les hommes quel que soit l'âge. L'étude de Bowling et Windsor (1997) montre que le lien avec l'âge n'est pas constant et celle de Kind et autres (1998) révèle que ce n'est qu'à partir de 70 ans que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ressentir de la douleur.

La comparaison entre la morbidité déclarée par la population avec incapacité et celle par la population sans incapacité permet de vérifier comment se différencient les deux populations en ce qui concerne les problèmes de courte durée et de longue durée. Elle permet également de vérifier quels sont les problèmes de santé les plus fréquemment déclarés dans l'une et l'autre des populations. Selon Verbrugge (1995), les problèmes de santé chroniques les plus fréquents ne sont pas nécessairement ceux qui ont le plus d'impact sur l'incapacité. Certains problèmes à prévalence élevée, comme l'arthrite, ont un impact faible ou modéré alors que l'impact de problèmes à faible prévalence, comme le cancer ou les maladies cérébrovasculaires, est important.

D'après une enquête menée en Ontario, la proportion d'enfants ayant des problèmes de santé physiques et mentaux est plus élevée chez ceux qui ont une incapacité que chez ceux qui n'en ont pas (Oderkirk, 1993). Pour Wallander et Thompson (1995), les enfants souffrant d'une maladie chronique physique sont plus susceptibles d'avoir des problèmes de comportement que des troubles mentaux graves; ce sont surtout des problèmes d'ajustement psychosociaux.

Ce chapitre présente, en comparant la population de 15 ans et plus avec incapacité à la population sans

incapacité, la perception de l'état de santé selon l'âge et le sexe ainsi qu'en fonction de la scolarité, du niveau de revenu, du statut d'activité et du soutien social. Par la suite, il analyse la perception de l'état de santé par rapport à la nature, à la gravité et au nombre d'incapacités et aussi en regard du désavantage lié à l'incapacité. La prévalence des douleurs ou des malaises est présentée en fonction de l'âge et du sexe dans la population ayant une incapacité. Puis, le chapitre examine les conséquences des douleurs ou des malaises sur les activités habituelles. Il étudie également les douleurs ou les malaises selon les caractéristiques de l'incapacité, soit la nature, la gravité et le nombre d'incapacités et l'indice de désavantage lié à l'incapacité. Enfin, la morbidité déclarée est présentée selon l'âge, incluant les 0-14 ans, en comparant les deux populations.

13.1 Aspects méthodologiques

Description des indicateurs

La question sur la perception de l'état de santé fait partie du questionnaire autoadministré (QAA) auquel devaient répondre tous les membres de 15 ans et plus du ménage choisi pour l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Le libellé est le suivant : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne, mauvaise? » (QAA-1)

Les trois questions relatives aux douleurs ou aux malaises sont semblables à celles utilisées dans l'*Enquête nationale sur la santé de la population* (ENSP). Elles sont intégrées à l'*Enquête québécoise sur les limitations d'activités* et s'adressent à la population de 15 ans et plus. La première question est formulée comme suit : « En général, éprouvez-vous des douleurs ou des malaises? » (QA-85) Aux personnes qui répondent par l'affirmative, la question suivante est posée : « Comment décririez-vous l'intensité habituelle de ces douleurs ou malaises? Faible, modérée, forte. » (QA-86) Le libellé de la dernière question est le suivant : « Combien d'activités

ces douleurs ou ces malaises vous empêchent-ils de faire? Aucune, quelques-unes, plusieurs, la plupart. » (QA-87) Construit à partir des deux premières questions, l'indicateur portant sur les douleurs ou les malaises comprend quatre catégories : aucun (douleur ou malaise), intensité faible, intensité modérée, intensité forte.

Les données sur la morbidité déclarée proviennent du questionnaire rempli par l'intervieweur (QRI) de l'*Enquête sociale et de santé 1998*. Celles qui portent plus spécifiquement sur les problèmes de santé sont colligées en réunissant, pour chaque personne, les problèmes déclarés à six sections de ce questionnaire. Il s'agit des sections portant sur les problèmes à l'origine de l'incapacité à court terme au cours des deux semaines ayant précédé l'enquête (section I) et de la limitation des activités à long terme (section II), les raisons de consultation d'un professionnel de la santé au cours d'une période de deux semaines (section III) et de consommation de médicaments au cours d'une période de deux jours (section IV), ainsi que sur la survenue d'accidents avec blessures au cours d'une période de douze mois (section V) et la présence de problèmes de santé chroniques ou de longue durée (section VI). Au total, les problèmes déclarés peuvent être des maladies ou des affections de courte ou de longue durée ou simplement des symptômes. Tous les problèmes sont ensuite repris à la section IX, et pour chacun on demande : a) depuis quand la personne a le problème, b) si le problème a été confirmé par un médecin, c) si la personne a consulté quelqu'un pour le problème. On peut mentionner au passage que dans environ 80 % des cas, les problèmes déclarés auraient été confirmés par un médecin. Cette information provient des réponses obtenues pour environ 90 % des problèmes de santé.

Chaque problème déclaré est codé selon la 9^e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-9) (Organisation mondiale de la santé, 1977). En prenant comme base les regroupements de la CIM-9 et la fréquence observée, les problèmes (codes) déclarés ont

été regroupés en 31 catégories¹ incluant une catégorie « autres » constituée des problèmes déclarés par de plus petites proportions de la population.

La prévalence des problèmes de santé est définie comme la proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème dans une catégorie donnée par rapport à la population totale, à la population du même sexe ou à la population d'un groupe d'âge, selon le cas.

Le second indicateur de la morbidité déclarée catégorise la population selon le nombre et la durée des problèmes de santé. Il compte quatre catégories, soit la proportion de la population ayant déclaré « aucun problème de santé », « des problèmes de courte durée seulement », « un problème de longue durée » et « plus d'un problème de longue durée ». Les personnes ayant des problèmes de longue durée sont celles qui, à la section VI (problèmes de longue durée), ont répondu avoir au moins un problème ou, qui, à la section IX, ont répondu avoir un problème d'une durée de six mois et plus. Les personnes n'ayant que des problèmes de courte durée sont celles qui ont déclaré des problèmes non classés comme étant de longue durée.

Portée et limites des données

Il faut garder en mémoire qu'à l'exception de la scolarité relative, les variables de croisement utilisées dans l'analyse qui suit ne sont pas normalisées selon l'âge. Or, on sait que l'âge est un facteur important lorsqu'il s'agit de la santé. Par conséquent, le statut d'activité de même que les indicateurs reliés à l'incapacité comptent parmi les variables pour lesquelles l'âge devient possiblement un facteur de confusion lorsqu'il s'agit de vérifier les relations qui peuvent exister entre celles-ci et la perception de la santé et les douleurs ou les malaises.

Il faut rappeler aussi que les problèmes de santé sont rapportés en grande partie par une tierce personne. Une

¹ La prévalence n'étant pas présentée par sexe, la catégorie « troubles de la menstruation ou de la ménopause » n'est pas retenue.

sous-estimation de la déclaration de certains problèmes est donc possible. Ajoutons également une mise en garde concernant les périodes de temps de référence différentes selon les questions. Comme la prévalence d'un problème est fonction de l'incidence (nombre de nouveaux cas) et de la durée du problème, la prise en compte d'une période de référence plus ou moins longue selon les questions aura un effet sur la prévalence.

13.2 Résultats

13.2.1 Perception de l'état de santé

Variations selon l'âge et le sexe

Environ le quart des personnes de 15 ans et plus avec incapacité (26 %) jugent leur état de santé excellent ou

très bon, près de 38 % le qualifient de bon et environ 36 % considèrent leur état de santé moyen ou mauvais (tableau 13.1). D'une manière générale, les hommes et les femmes perçoivent leur santé de façon semblable mais on observe des variations selon l'âge. Les jeunes adultes de 15-34 ans se démarquent des 55 ans et plus en étant proportionnellement plus nombreux à se considérer en excellente ou en très bonne santé. Par ailleurs, ils sont moins nombreux à se dire en moyenne ou mauvaise santé que les trois autres groupes d'âge. Chez les femmes toutefois, seuls les écarts de perception d'un état de santé moyen ou mauvais entre les 15-34 ans et les 55 ans et plus sont significatifs. Par ailleurs, les personnes de 35-54 ans, de 55-64 ans et de 65 ans et plus apprécient leur santé de façon similaire. La proportion de personnes qui se perçoivent en bonne santé est relativement constante selon l'âge et le sexe.

Tableau 13.1

Perception de l'état de santé selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais	Pe
	%				%	'000
Hommes						
15-34 ans	44,2	39,3	14,9 *	1,7 **	16,6 *	13,0
35-54 ans	30,3	34,5	24,7	10,5 *	35,2	48,9
55-64 ans	23,9 *	32,0	26,9 *	17,3 *	44,2	31,6
65 ans et plus	23,4	35,9	28,8	11,9 *	40,7	55,3
Total	29,4	35,4	24,7	10,6	35,3	148,8
Femmes						
15-34 ans	31,8	44,7	18,8 *	4,8 **	23,6 *	20,1
35-54 ans	26,2	38,5	21,0	14,4	35,4	62,4
55-64 ans	18,4 *	36,4	31,5	13,7 *	45,2	36,3
65 ans et plus	19,8	40,3	31,4	8,6 *	40,0	81,3
Total	23,5	39,8	26,1	10,6	36,7	200,1
Sexes réunis						
15-34 ans	37,5	42,2	17,0	3,3 **	20,3	33,0
35-54 ans	28,0	36,7	22,6	12,7	35,3	111,2
55-64 ans	21,0	34,3	29,3	15,4	44,7	67,9
65 ans et plus	21,2	38,5	30,3	9,9	40,3	136,8
Total	26,1	37,9	25,5	10,6	36,0	348,9

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Dans la population sans incapacité, la proportion de personnes qui qualifient leur santé d'excellente ou de très bonne diminue avec l'âge (tableau 13.2). Contrairement à la population sans incapacité, les hommes et les femmes ayant une incapacité apprécient leur santé de façon semblable.

Une comparaison de la population avec incapacité et de la population sans incapacité montre évidemment des écarts importants en ce qui concerne le fait de se considérer en excellente ou très bonne santé (26 % c. 60 %) et en moyenne ou mauvaise santé (36 % c. 6 %). Les différences sont apparentes dans tous les groupes d'âge et aussi selon le sexe. Par contre, la proportion de personnes qui évaluent leur santé comme étant bonne est semblable dans les deux populations à partir de 35 ans.

Variations selon des caractéristiques socioéconomiques et le soutien social

Dans la population avec incapacité comme dans la population sans incapacité, la perception de l'état de santé est associée à la scolarité relative, au niveau de revenu du ménage et au statut d'activité habituel.

Parmi les personnes avec incapacité, celles ayant le plus faible niveau de scolarité sont proportionnellement plus nombreuses à s'estimer en moyenne ou mauvaise santé (46 %) que les personnes des autres niveaux de scolarité qui, elles, présentent des proportions semblables (27 % à 36 %) (tableau 13.3). À l'inverse, les personnes de plus faible niveau de scolarité sont moins nombreuses à se percevoir en excellente ou en très bonne santé (18 %) que celles d'un niveau de scolarité moyen à un niveau plus élevé (28 % à 36 %), toutes proportions gardées. La proportion de personnes qui se disent en bonne santé ne diffère pas de façon significative selon le niveau de scolarité relative.

Tableau 13.2

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

	Avec incapacité			Sans incapacité		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Hommes	29,4	35,4	35,3	61,1	33,1	5,9
Femmes	23,5	39,8	36,7	58,9	34,9	6,2
Sexes réunis						
15-34 ans	37,5	42,2	20,3	64,7	30,5	4,9
35-54 ans	28,0	36,7	35,3	60,9	33,9	5,3
55-64 ans	21,0	34,3	44,7	53,8	37,1	9,1
65 ans et plus	21,2	38,5	40,3	45,4	44,2	10,4
Total	26,1	37,9	36,1	60,0	34,0	6,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.3

Perception de l'état de santé selon certaines caractéristiques socioéconomiques, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Sans incapacité		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Scolarité relative						
Plus faible	17,7	36,1	46,2	52,3	39,0	8,7
Faible	26,3	37,9	35,7	56,6	37,0	6,4
Moyenne	28,1	40,7	31,2	61,3	33,6	5,1
Élevée	28,0	39,0	33,0	60,6	33,3	6,1
Plus élevée	36,5	36,7	26,9	67,8	27,9	4,4
Niveau de revenu du ménage						
Très pauvre	16,4*	25,9	57,7	55,1	35,7	9,3*
Pauvre	19,8	33,6	46,6	53,5	37,2	9,3
Moyen inférieur	25,2	38,6	36,2	56,9	36,8	6,3
Moyen supérieur	30,7	45,9	23,4	62,0	33,0	5,0
Supérieur	43,3	33,1	23,6*	68,5	26,9	4,6*
Statut d'activité habituel						
En emploi	38,9	42,6	18,5	63,1	32,8	4,1
Aux études	35,5	46,2	18,4*	63,6	29,9	6,5
Tient maison	21,9	41,1	37,0	52,6	38,4	9,0
À la retraite	20,8	35,7	43,6	49,4	40,4	10,2
Sans emploi	14,2*	25,7	60,1	52,6	34,0	13,4*

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Dans la population sans incapacité, le profil est semblable, mais les personnes ayant le plus haut niveau de scolarité se démarquent des personnes des autres catégories de scolarité en étant proportionnellement plus nombreuses à se considérer en excellente ou en très bonne santé et moins nombreuses à se dire en bonne santé. Ce n'est pas le cas chez les personnes avec incapacité.

En ce qui concerne le niveau de revenu du ménage, on observe que, d'une manière générale, les personnes les plus pauvres évaluent plus négativement leur santé dans les deux populations. Toutes proportions gardées, les personnes avec incapacité appartenant aux deux catégories les plus pauvres jugent leur état de santé moyen ou mauvais en plus grand nombre que les personnes des trois autres catégories de revenu. Dans

la population sans incapacité la situation est assez semblable; les deux classes les plus pauvres s'estiment en moyenne ou mauvaise santé dans des proportions similaires et se différencient des deux classes les plus favorisées. Par ailleurs, les personnes provenant des trois classes de revenu le plus faible s'opposent à celles des deux classes de revenu supérieur par de plus faibles proportions dans la catégorie de perception d'un état de santé excellent ou très bon.

L'autoévaluation de l'état de santé varie en fonction du statut d'activité habituel dans les deux populations. Chez les personnes avec incapacité, ce sont les personnes sans emploi qui évaluent le plus négativement leur santé. Elles se distinguent des autres groupes par leur forte proportion (60 %) de personnes qui se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé

et leur faible proportion de personnes qui se disent en bonne santé (26 %). À l'opposé, les personnes en emploi ou aux études sont les moins nombreuses en proportion à se dire en moyenne ou en mauvaise santé (18 %) et les plus nombreuses à se percevoir en excellente ou en très bonne santé (39 %). Quant aux personnes à la maison ou à la retraite, elles occupent une position intermédiaire : près de deux personnes sur cinq qualifient leur santé de moyenne ou mauvaise et une sur cinq, d'excellente ou de très bonne.

Dans la population sans incapacité, les personnes sans emploi se fondent avec les personnes à la maison et à la retraite pour former un groupe qui apprécie moins positivement sa santé que les personnes en emploi ou aux études.

Chez les personnes avec incapacité de même que chez les personnes sans incapacité, la perception de l'état de santé est associée à l'indice de soutien social. Dans les deux populations, les individus ayant un niveau élevé de soutien social évaluent plus favorablement leur santé que ceux dont le niveau de soutien est faible (tableau 13.4). Chez les personnes ayant une incapacité, 29 % de celles dont l'indice de soutien social est élevé déclarent un état de santé excellent ou très bon, contre 20 % de celles dont l'indice de soutien social est faible. Inversement, un indice de soutien social faible correspond à une évaluation d'un état de santé moyen ou mauvais pour 44 % des personnes. On observe aussi des écarts significatifs pour chaque état de santé perçu dans la population sans incapacité.

Variations selon la nature, le nombre et la gravité des incapacités et selon l'indice de désavantage

En ce qui concerne la nature de l'incapacité, deux catégorisations sont utilisées. La première retient les personnes ayant une incapacité d'un type donné, par opposition aux personnes n'ayant pas ce type d'incapacité mais pouvant en avoir d'autres. Ces types d'incapacité ne sont pas exclusifs. La seconde réunit dans des catégories mutuellement exclusives les personnes ayant une ou plusieurs incapacités de nature semblable.

Les données de l'enquête montrent une association étroite entre la perception de l'état de santé et la présence d'une incapacité (non exclusive) liée à la mobilité, à l'agilité et aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (tableau 13.5). Dans les trois cas, les personnes qui déclarent ces types d'incapacité sont proportionnellement plus nombreuses à se percevoir en moyenne ou en mauvaise santé que les personnes n'ayant pas ces types d'incapacité; parallèlement, elles sont moins nombreuses, toujours en proportion, à se dire en excellente ou en très bonne santé. Un autre lien, plus faible apparemment, est observé concernant l'incapacité liée à l'audition. Comparativement aux personnes qui n'ont pas ce type d'incapacité, les personnes qui rapportent une incapacité liée à l'audition tendent à apprécier plus favorablement leur santé. Enfin, la perception de l'état de santé n'est pas associée à l'incapacité liée à la vision ou à la parole ni à l'incapacité physique de nature non précisée.

Tableau 13.4

Perception de l'état de santé selon l'indice de soutien social, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Sans incapacité		
	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais	Excellent ou très bon	Bon	Moyen ou mauvais
	%					
Indice de soutien social						
Faible	19,7	36,1	44,2	50,4	40,1	9,5
Élevé	29,0	37,9	33,1	62,4	32,4	5,2

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.5

Perception de l'état de santé selon la nature de l'incapacité¹ population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Audition					
Oui	31,9	37,5	22,4	8,2*	30,6
Non	24,1	37,9	26,5	11,5	38,0
Vision					
Oui	24,3*	32,0	29,1	14,6*	43,6
Non	26,4	38,6	24,9	10,2	35,1
Parole					
Oui	22,6*	30,4*	27,7*	19,3*	47,0
Non	26,2	38,2	25,4	10,2	35,5
Mobilité					
Oui	14,3	34,6	33,7	17,4	51,1
Non	38,9	41,4	16,5	3,2*	19,7
Agilité					
Oui	18,2	33,3	32,6	15,9	48,5
Non	33,2	42,1	19,0	5,8	24,8
Intellect/santé mentale					
Oui	20,3	33,8	28,1	17,3	45,5
Non	27,9	39,6	24,2	8,3	32,5
Autre					
Oui	29,6	42,7	22,3*	5,4**	27,7
Non	25,7	37,4	25,8	11,1	37,0

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

La perception de l'état de santé est associée à la nature exclusive de l'incapacité. Ce sont les personnes ayant une incapacité liée à la communication seulement qui évaluent leur santé le plus favorablement (tableau 13.6); près de 90 % la qualifient de bonne à excellente. Les personnes qui ne déclarent qu'une incapacité motrice et celles qui ne rapportent qu'une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale évaluent leur santé plus positivement que les personnes qui ont des incapacités multiples incluant une incapacité motrice. Toutes proportions gardées, ces dernières sont plus nombreuses à se considérer en moyenne ou mauvaise santé que les personnes appartenant aux autres catégories d'incapacité. En regroupant les personnes qui ont des incapacités

multiples, on constate que plus de la moitié d'entre elles (52 %) se disent en moyenne ou en mauvaise santé en regard d'environ 10 % à 36 % pour les personnes ayant une incapacité dans un seul domaine.

Le tableau suivant (tableau 13.7) vient appuyer cette observation. On constate, en effet, que la proportion de personnes qui déclarent une moyenne ou une mauvaise santé augmente entre une et trois incapacités. La différence n'est pas significative entre les personnes qui ont trois incapacités et celles qui en ont quatre ou plus. La déclaration d'une excellente ou très bonne santé oppose plutôt les personnes qui ont une seule incapacité à celles qui en ont plus d'une (37 % c. 11 % à 16 %).

Tableau 13.6

Perception de l'état de santé selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Motricité seulement	24,2	40,2	26,1	9,5	35,7
Communication seulement	49,3	40,8	9,2 *	0,7 **	9,9 *
Intellect/santé mentale seulement	34,5	39,7	21,0 *	4,7 **	25,7 *
Incapacités multiples	15,3	32,6	32,9	19,3	52,2
Motricité et communication	16,7 *	34,9	35,2	13,1 *	48,3
Motricité et intellect/santé mentale	11,0 *	29,9	32,1	27,1	59,2
Communication et intellect/santé mentale	29,9 **	52,5 *	10,9 **	6,7 **	17,6 **
Motricité, communication et intellect/santé mentale	12,9 **	24,2 *	38,4	24,5 *	62,9

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.7

Perception de l'état de santé selon le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Nombre d'incapacités					
Une	37,3	41,1	17,6	4,0 *	21,6
Deux	15,7	40,7	29,9	13,7	43,6
Trois	10,7 *	28,1	37,7	23,4	61,2
Quatre et plus	12,9 **	20,0 *	41,0	26,1 *	67,0
Gravité de l'incapacité					
Légère	34,9	43,5	17,9	3,7 *	21,5
Modérée	14,7	34,8	36,6	13,9	50,5
Grave	6,1 **	17,3 *	40,0	36,6	76,6

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

On observe également un lien étroit entre l'autoévaluation de la santé et la gravité de l'incapacité. La proportion de personnes qui s'estiment en mauvaise santé s'accroît avec la gravité de l'incapacité, passant de près de 4 % à environ 37 %. En même temps, la proportion de personnes qui jugent leur état de santé excellent ou très bon ou bon diminue alors que la gravité de l'incapacité augmente.

La perception de l'état de santé varie en fonction de l'indice de désavantage lié à l'incapacité. D'une manière générale, on observe que les personnes ayant une dépendance forte ou modérée de même que celles qui ont une dépendance légère évaluent plus négativement leur santé que les personnes ayant des limitations d'activités sans dépendance ou qui n'ont aucun désavantage lié à leur incapacité (tableau 13.8).

Tableau 13.8

Perception de l'état de santé selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Excellent ou très bon	Bon	Moyen	Mauvais	Moyen ou mauvais
	%				
Indice de désavantage					
Dépendance forte ou modérée	10,6 *	26,0	35,2	28,2	63,5
Dépendance légère	15,8	36,4	34,2	13,6	47,8
Limitations des activités sans dépendance	29,2	41,8	24,0	4,9 *	29,3
Sans désavantage	46,5	43,7	9,1 *	0,7 **	9,7 *

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

13.2.2 Douleurs ou malaises

Plus de la moitié de la population avec incapacité (56 %) est en général exempte de douleurs ou de malaises (tableau 13.9). Les personnes qui ressentent des douleurs ou des malaises (44 %) se répartissent de la façon suivante : environ 14 % qualifient leur intensité de forte, près de 25 %, de modérée, et seulement 5 % environ jugent leur intensité faible. Les personnes de 15-34 ans sont proportionnellement moins nombreuses à rapporter des douleurs ou des malaises que celles de 35-64 ans. Les données ne permettent pas cependant d'observer une différence significative selon l'âge en ce qui concerne l'intensité des douleurs ou des malaises.

On n'observe pas non plus d'écart significatif entre les hommes et les femmes quant à l'absence de douleurs ou de malaises ou quant à leur intensité.

Chez les personnes qui éprouvent des douleurs ou des malaises, ces sensations empêchent approximativement 22 % d'entre elles d'accomplir la plupart de leurs activités et près de 26 %, de faire plusieurs activités. On estime à environ 36 % la proportion de personnes dont quelques activités seulement ne peuvent être accomplies et à près de 16 % la proportion de celles qui peuvent effectuer leurs activités habituelles malgré les douleurs ou les malaises ressentis (données non présentées).

Tableau 13.9

Intensité des douleurs ou des malaises selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Hommes	58,2	5,0	24,5	12,3	41,8
Femmes	53,6	5,6	25,3	15,5	46,4
Sexes réunis					
15-34 ans	63,1	5,2 **	21,9	9,8 *	36,9
35-54 ans	51,8	5,5 *	25,9	16,8	48,2
55-64 ans	48,1	6,8 *	28,9	16,2	51,9
65 ans et plus	59,0	4,6 *	23,7	12,8	41,0
Total	55,6	5,3	24,9	14,1	44,4
Pe '000	539,7	51,8	242,1	136,8	378,9

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.10

Intensité des douleurs ou des malaises selon le nombre d'activités non accomplies, population de 15 ans et plus avec incapacité qui éprouve des douleurs ou des malaises, Québec, 1998

	Faible	Modérée	Forte
	%		
Activités non accomplies			
Aucune	17,6 *	68,4	14,1 *
Quelques-unes	16,5	67,9	15,6
Plusieurs	7,4 *	50,3	42,3
La plupart	6,2 **	34,4	59,4

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

L'intensité des douleurs ou des malaises est associée au nombre d'activités ne pouvant être accomplies. Toutes proportions gardées, les personnes qui ne peuvent faire la plupart ou plusieurs de leurs activités sont plus nombreuses à ressentir des douleurs ou des malaises de forte intensité, que les personnes dont quelques activités seulement ne peuvent être faites ou celles où aucune réduction n'est observée (tableau 13.10). L'inverse se produit pour des douleurs ou des malaises d'intensité faible ou modérée.

Selon les données de l'enquête, il n'y a pas de lien entre les douleurs ou les malaises et l'incapacité liée à la parole, aux activités intellectuelles ou à la santé mentale ou à une incapacité de type non défini (« autre ») (tableau 13.11). Par ailleurs, on note une association entre les douleurs ou les malaises et l'incapacité de nature auditive, selon laquelle les

personnes ayant ce type d'incapacité sont proportionnellement moins nombreuses à éprouver des douleurs ou des malaises d'intensité forte ou modérée et plus nombreuses à en être exemptes que les personnes qui n'ont pas ce type d'incapacité. Quoiqu'il semble plus faible, le lien avec l'incapacité de nature visuelle va également dans le sens de douleurs ou malaises moins intenses. Par contre, les personnes qui déclarent une incapacité liée à la mobilité ou à l'agilité sont plus nombreuses à avoir des douleurs ou des malaises d'intensité forte ou modérée, en proportion, que les personnes qui ne rapportent pas ces types d'incapacité. Inversement, elles sont moins nombreuses, toujours en proportion, à ne pas en éprouver.

Tableau 13.11

Intensité des douleurs ou des malaises selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Audition					
Oui	67,9	3,5 *	19,3	9,3	32,1
Non	51,4	5,9	27,0	15,8	48,6
Vision					
Oui	63,9	2,9 **	23,2	10,0 *	36,1
Non	54,6	5,6	25,1	14,6	45,4
Parole					
Oui	62,8	3,0 **	19,5 *	14,7 *	37,2
Non	55,2	5,5	25,2	14,1	44,8
Mobilité					
Oui	42,1	5,7	31,4	20,9	57,9
Non	70,8	5,0	17,8	6,5	39,9
Agilité					
Oui	38,8	6,6	32,1	22,4	61,2
Non	71,0	4,2 *	18,4	6,4	29,0
Intellect/santé mentale					
Oui	54,0	4,5 *	24,1	17,4	46,0
Non	55,9	5,7	25,4	13,1	44,1
Autre					
Oui	59,0	7,7 **	25,2	8,2 **	41,0
Non	55,3	5,1	24,9	14,7	44,7

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Le tableau 13.12 met en lumière la relation entre les douleurs ou les malaises et la nature exclusive de l'incapacité. Près de la moitié des personnes avec incapacités multiples (53 %) ressentent en général des douleurs ou des malaises. Toutes proportions gardées, les personnes ayant une incapacité motrice seule ou en cooccurrence rapportent des douleurs ou des malaises (toutes intensités confondues) dans des proportions plus élevées (48 % à 70 %) que les personnes ayant une incapacité de tout autre nature exclusive (9 % à 22 %).

Cependant, les personnes ayant à la fois une incapacité motrice et une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale sont les plus touchées par la présence de douleurs ou de malaises (70 %). Si l'on compare l'intensité des douleurs ou malaises, la situation diffère légèrement. On constate qu'une incapacité motrice, seule ou en cooccurrence avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, occasionne plus souvent des douleurs ou malaises de forte intensité (de 17 % à 27 %) qu'une incapacité liée à la communication seulement (2,2 %) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement (5 %).

On observe une étroite association entre la déclaration de douleurs ou de malaises et le nombre d'incapacités ainsi que la gravité de l'incapacité (tableau 13.13). Les personnes qui ne rapportent qu'une seule incapacité se démarquent des personnes ayant plus d'une incapacité en étant moins nombreuses en proportion à éprouver des douleurs ou des malaises. Par ailleurs, la

proportion de personnes qui, en général, sont exemptes de douleurs ou de malaises diminue lorsque la gravité de l'incapacité augmente (de 67 % à 28 % environ), en même temps que s'accroît la proportion de personnes qui ressentent des douleurs ou des malaises de forte intensité (de 8 % à 37 % environ).

Tableau 13.12

Intensité des douleurs ou des malaises selon la nature exclusive de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Motricité seulement	47,9	6,9	28,5	16,6	52,1
Communication seulement	86,0	2,0 **	9,7 *	2,2 **	14,0
Intellect/santé mentale seulement	77,6	4,0 **	13,3 *	5,1 **	22,4
Incapacités multiples	46,6	4,5 *	30,5	18,3	53,4
Motricité et communication	52,0	4,1 **	32,2	11,7 *	48,0
Motricité et intellect/santé mentale	29,9	7,2 **	37,0	25,9	70,1
Communication et intellect/santé mentale	91,4	1,9 **	6,3 **	0,4 **	8,6
Motricité, communication et intellect/santé mentale	44,0	2,6 **	27,0	26,5	56,0

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.13

Intensité des douleurs ou des malaises selon le nombre d'incapacités et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Nombre d'incapacités					
Une	68,0	5,3	19,4	7,3	32,0
Deux	43,9	5,3 *	30,4	20,4	56,1
Trois	34,2	6,2 **	36,3	23,3	65,8
Quatre et plus	45,2	4,1 **	27,0	23,8 *	54,8
Gravité de l'incapacité					
Légère	66,9	5,1	20,0	8,0	33,1
Modérée	43,3	6,2 *	33,8	16,6	56,7
Grave	28,2	4,7 **	30,5	36,7	71,8

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Les douleurs ou les malaises varient également en fonction de l'indice de désavantage lié à l'incapacité. Comparées aux personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance et à celles qui ne sont pas désavantagées par leur incapacité, les personnes fortement, modérément ou légèrement dépendantes sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des douleurs ou des malaises (tableau 13.14). Elles sont aussi plus nombreuses à éprouver des douleurs ou des malaises de forte intensité.

Enfin, douleurs ou malaises et perception de l'état de santé sont intimement reliés. La proportion de personnes qui sont en général exemptes de douleurs ou de malaises diminue à mesure que la perception de l'état de santé devient plus négative, passant de 74 % à 24 % (tableau 13.15). Parallèlement, les personnes ayant des douleurs ou des malaises de forte intensité sont plus nombreuses, en proportion, parmi celles se déclarant en moyenne ou mauvaise santé que parmi celles qui se disent en excellente, très bonne ou bonne santé.

Tableau 13.14

Intensité des douleurs ou des malaises selon l'indice de désavantage lié à l'incapacité, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Indice de désavantage					
Dépendance forte ou modérée	45,3	5,7 *	24,0	25,0	54,7
Dépendance légère	40,3	5,5 *	35,0	19,2	59,7
Limitations des activités sans dépendance	57,6	6,7	25,3	10,5	42,4
Sans désavantage	80,7	2,5 **	13,7	3,1 **	19,3

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.15

Intensité des douleurs ou des malaises selon la perception de l'état de santé, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	Aucune	Faible	Modérée	Forte	Toutes intensités confondues
	%				
Perception de l'état de santé					
Excellent ou très bon	73,5	4,8 *	16,1	5,5 *	26,5
Bon	61,6	5,2 *	24,6	8,6	38,4
Moyen	41,3	5,3 *	34,2	19,3	58,7
Mauvais	24,4	6,1 **	32,2	37,2	75,6
Moyen ou mauvais	36,3	5,5	33,6	24,5	63,7

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

13.2.3 Morbidité déclarée

Cette section présente les indicateurs de morbidité déclarée en comparant la population avec incapacité et

la population sans incapacité. Les tableaux complémentaires C.1 et C.2 présentent les résultats pour l'ensemble de la population. Rappelons que les

problèmes de santé dont il est question ici ont été recueillis dans un contexte plus large que celui de l'EQLA. Il ne s'agit pas de problèmes spécifiquement reliés à une incapacité mais plutôt de l'ensemble des problèmes de santé déclarés. Ces problèmes sont ceux qui sont reliés aux incapacités à court ou à long terme, à la consultation médicale, à la prise de médicaments, à un accident avec blessures ou à une maladie chronique, peu importe la présence d'une incapacité. Dans ce qui suit, quatre groupes d'âge sont considérés, soit les 0-14 ans, les 15-34 ans, les 35-64 ans et les 65 ans et plus.

Enfants de 0-14 ans

Selon les données de l'enquête, environ 62 % des 0-14 ans ayant une incapacité ont au moins un problème de santé de longue durée, comparativement à près de 24 % des enfants sans incapacité (tableau 13.16). Un écart important sépare les jeunes des deux populations, surtout en ce qui concerne le fait d'avoir plus d'un problème de longue durée (28 % c. 6 %). Les jeunes ayant une incapacité sont proportionnellement moins nombreux à ne rapporter aucun problème de santé (24 % c. 58 %). Toutefois, aucune différence significative n'est observée entre les deux populations

quant à la déclaration de problèmes de courte durée seulement.

Le tableau 13.17 présente la prévalence des problèmes de santé chez les 0-14 ans. Seuls sont retenus les problèmes dont les effectifs sont suffisants pour permettre la comparaison entre les deux populations. Certains de ces problèmes ou classes de problèmes ont une prévalence significativement plus élevée dans la population avec incapacité, soit l'asthme (16 % c. 6 %), les troubles mentaux (12 % c. 0,6 %), les autres allergies (12 % c. 8 %), les maux de tête (6 % c. 2,5 %), les troubles digestifs fonctionnels (4,5 % c. 2,0 %) et la catégorie « autres problèmes » (25 % c. 6 %). Par contre, aucune différence significative n'est décelée en ce qui concerne les autres problèmes énumérés, dont certains peuvent être qualifiés de problèmes de courte durée comme la grippe, les autres affections respiratoires et les maladies de l'oreille qui sont surtout des otites chez les enfants. Enfin, les allergies ou affections cutanées, la rhinite allergique ainsi que les accidents avec blessures ne semblent pas être plus fréquents chez les enfants avec incapacité que chez les enfants sans incapacité.

Tableau 13.16
Nombre et durée des problèmes de santé, population de 0-14 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité %	Total
Aucun problème	24,3	57,6	54,7
Problèmes de courte durée seulement	14,0	18,6	18,2
Un problème de longue durée	33,6	17,4	18,8
Plus d'un problème de longue durée	28,1	6,4	8,3
Au moins un problème de longue durée	61,7	23,8	27,1
Pe '000	70,3	293,5	363,8

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.17

Prévalence des problèmes de santé, population de 0-14 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité %	Total
Asthme	15,6 *	5,7	6,6
Allergies ou affections cutanées	12,7 *	8,6	8,9
Troubles mentaux	12,5 *	0,6 **	1,6 *
Autres allergies	12,1 *	7,5	7,9
Autres affections respiratoires	7,7 *	7,8	7,8
Accidents avec blessures	7,6 *	5,3	5,5
Rhinite allergique	7,0 *	4,4	4,6
Maux de tête	5,7 **	2,5	2,8
Grippe	4,6 **	4,8	4,8
Troubles digestifs fonctionnels	4,5 **	2,0	2,2
Maladies de l'oreille	4,3 **	2,8	2,9
Autres problèmes	25,0	5,6	7,3

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Jeunes adultes de 15-34 ans

La proportion des 15-34 ans qui ont plus d'un problème de longue durée est plus élevée chez les personnes ayant une incapacité que chez les personnes sans incapacité (56 % c. 20 %) (tableau 13.18). On n'observe cependant pas de différence significative entre les deux populations quant à la proportion de personnes qui ne rapportent qu'un seul problème de longue durée. Comparativement aux jeunes adultes sans incapacité, ceux qui ont une incapacité sont moins nombreux, en proportion, à n'avoir aucun problème de santé (11 % c. 43 %) ou que des problèmes de courte durée (5 % c. 12 %).

Comme dans le cas du groupe d'âge précédent, les classes de problèmes présentées sont celles dont les effectifs sont suffisants pour comparer les deux populations. La moitié des problèmes de santé qui figurent au tableau 13.19 ont une prévalence significativement plus élevée dans la population ayant une incapacité que dans la population sans incapacité. Il s'agit des problèmes suivants : les maux de dos ou de la colonne (29 % c. 7 %), les autres allergies (25 % c. 13 %), les maux de tête (24 % c. 13 %), les accidents avec blessures (22 % c. 8 %), l'arthrite et le rhumatisme (18 % c. 4 %) ainsi que les allergies ou affections cutanées, l'asthme, les périodes de grande nervosité, les troubles mentaux, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels, la grippe, le malaise ou la fatigue et la classe « autres problèmes ». Toutefois, on n'observe pas de différence significative entre les deux populations quant à la prévalence de la rhinite allergique.

Tableau 13.18

Nombre et durée des problèmes de santé, population de 15-34 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité %	Total
Aucun problème	10,9*	42,9	40,3
Problèmes de courte durée seulement	5,4*	11,5	11,0
Un problème de longue durée	27,4	25,2	25,4
Plus d'un problème de longue durée	56,3	20,4	23,3
Au moins un problème de longue durée	83,7	45,6	48,7
Pe '000	136,6	843,1	979,7

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.19

Prévalence des problèmes de santé, population de 15-34 ans, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité %	Total
Maux de dos ou de la colonne	29,0	6,8	8,6
Autres allergies	24,8	13,2	14,1
Maux de tête	23,9	12,9	13,8
Accidents avec blessures	22,4	7,7	8,8
Arthrite ou rhumatisme	18,1	3,9	5,0
Rhinite allergique	16,5	15,0	15,2
Allergies ou affections cutanées	13,8	10,2	10,5
Asthme	13,3	4,7	5,4
Périodes de grande nervosité	11,6*	2,6	3,3
Troubles mentaux	11,0*	2,0	2,8
Autres affections respiratoires	8,8*	4,2	4,6
Troubles digestifs fonctionnels	7,4*	3,0	3,3
Grippe	5,0*	3,2	3,3
Malaise ou fatigue	5,0*	1,6	1,9
Autres problèmes	21,0	6,4	7,5

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Adultes de 35-64 ans

(74 % c. 28 %) et moins nombreuses à n'avoir que des problèmes de courte durée (3 % c. 10 %) ou aucun problème (6 % c. 35 %) (tableau 13.20).

En regard des personnes de 35-64 ans sans incapacité, les personnes avec incapacité du même groupe d'âge sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à déclarer plus d'un problème de santé de longue durée

Tableau 13.20

Nombre et durée des problèmes de santé, population de 35-64 ans, Québec, 1998

	Avec	Sans	Total
	incapacité	incapacité	
	%		
Aucun problème	6,4	34,9	30,4
Problèmes de courte durée seulement	3,2*	10,3	9,2
Un problème de longue durée	16,8	26,5	25,0
Plus d'un problème de longue durée	73,6	28,3	35,4
Au moins un problème de longue durée	90,4	54,8	60,4
Pe '000	422,4	1 385,3	1 807,7

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 13.21

Prévalence des problèmes de santé, population de 35-64 ans, Québec, 1998

	Avec	Sans	Total
	incapacité	incapacité	
	%		
Arthrite ou rhumatisme	38,1	10,8	15,1
Maux de dos ou de la colonne	37,6	10,0	14,3
Maux de tête	24,8	13,8	15,5
Accidents avec blessures	20,7	6,2	8,4
Périodes de grande nervosité	18,0	3,0	5,3
Troubles mentaux	17,4	3,4	5,6
Hypertension	16,2	8,6	9,8
Autres allergies	14,5	8,8	9,7
Autres affections ostéoarticulaires	13,1	2,4	4,1
Allergies ou affections cutanées	12,9	7,6	8,4
Troubles digestifs fonctionnels	11,7	4,1	5,3
Maladies cardiaques	10,9	2,9	4,2
Rhinite allergique	9,3	9,7	9,7
Asthme	9,0	2,9	3,8
Diabète	8,5	2,4	3,4
Hypercholestérolémie	7,7	3,3	4,0
Autres affections respiratoires	7,0	3,9	4,4
Troubles de la thyroïde	6,8	4,5	4,9
Maladies de l'œil	6,8	1,9	2,7
Troubles du sommeil	6,6	1,4	2,2
Bronchite ou emphysème	6,3	1,5	2,3
Autres troubles digestifs	6,1	2,0	2,6
Troubles urinaires ou maladies du rein	5,7	1,0	1,7
Grippe	5,1	3,5	3,7
Malaise ou fatigue	4,8*	1,6	2,1
Ulcères gastriques ou duodénaux	4,1*	1,3	1,7
Autres maladies du sang	3,9*	1,1	1,6
Anémie	3,4*	1,2	1,5
Maladies de l'oreille	1,9*	0,4*	0,7*
Autres problèmes	30,2	7,4	11,0

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

À l'exception de la rhinite allergique, tous les problèmes de santé présentent une prévalence plus élevée chez les personnes avec incapacité que chez les personnes sans incapacité dans ce groupe d'âge (tableau 13.21). Dans certains cas les écarts sont importants. Ainsi, une proportion semblable de personnes avec incapacité, soit près de 38 %, ont déclaré des problèmes d'arthrite ou de rhumatisme et des maux de dos ou de la colonne, comparativement à environ 11 % et 10 % respectivement dans la population sans incapacité. On peut aussi mentionner les problèmes suivants : maux de tête (25 % c. 14 %), accidents avec blessures (21 % c. 6 %), périodes de grande nervosité (18 % c. 3 %), troubles mentaux (17 % c. 3,4 %), autres affections ostéoarticulaires (13 % c. 2,4 %), maladies cardiaques (11 % c. 2,9 %), hypertension (16 % c. 9 %), allergies ou affections cutanées (13 % c. 8 %), autres allergies (15 % c. 9 %) et troubles digestifs fonctionnels (12 % c. 4,1 %). D'autres problèmes à prévalence plus faible sont à signaler, soit le diabète (8 % c. 2,4 %), les

maladies de l'œil (7 % c. 1,9 %), la bronchite ou l'emphysème (6 % c. 1,5 %). La catégorie « autres problèmes » est également plus importante dans la population avec incapacité (30 % c. 7 %).

Personnes de 65 ans et plus

Chez les 65 ans et plus, près de quatre personnes sur cinq ayant une incapacité (81 %) ont plus d'un problème de santé de longue durée, comparativement à une personne sur deux (51 %) chez celles qui ne présentent aucune incapacité (tableau 13.22). Les personnes avec incapacité sont proportionnellement moins nombreuses que les personnes sans incapacité à n'avoir qu'un seul problème de longue durée ou aucun problème de santé. Toutefois on ne détecte pas de différence significative entre les deux populations quant à la présence de problèmes de courte durée seulement.

Tableau 13.22

Nombre et durée des problèmes de santé, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité %	Total
Aucun problème	5,2*	19,8	13,7
Problèmes de courte durée seulement	2,6*	4,9	3,9
Un problème de longue durée	11,5	24,3	19,0
Plus d'un problème de longue durée	80,7	51,0	63,4
Au moins un problème de longue durée	92,2	75,3	82,3
Pe '000	313,5	359,3	672,8

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Pour la majorité des problèmes de santé, on observe une prévalence plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité (tableau 13.23). Il faut rappeler que, dans ce groupe des 65 ans et plus, près de deux personnes sur cinq (42 %) ont une incapacité (chapitre 2). Certaines classes de problèmes sont à mentionner pour leur écart de prévalence entre les deux populations : l'arthrite ou le rhumatisme (47 % c. 26 %), l'hypertension (43 % c. 32 %), les maladies cardiaques (33 % c. 16 %), les maladies de l'œil (30 % c. 14 %), les maux de dos ou de la colonne (25 % c. 9 %), les troubles digestifs

fonctionnels (19 % c. 8 %), les périodes de grande nervosité (14 % c. 4,2 %), les troubles mentaux (13 % c. 3,9 %), la bronchite ou l'emphysème (12 % c. 2,6 %) et les troubles urinaires ou maladies du rein (12 % c. 2,6 %). La classe « autres problèmes » est également plus importante dans la population avec incapacité (37 % c. 16 %). Enfin, il n'y a pas de différence significative entre les deux populations en ce qui a trait à la prévalence de l'hypercholestérolémie et de quelques autres problèmes à prévalence plus faible dont la grippe et la rhinite allergique.

Tableau 13.23

Prévalence des problèmes de santé, population de 65 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité	Total
	%		
Arthrite ou rhumatisme	46,6	26,2	34,7
Hypertension	43,3	32,1	36,7
Maladies cardiaques	33,4	15,7	23,1
Maladies de l'œil	29,8	14,5	20,8
Maux de dos ou de la colonne	24,9	9,3	15,8
Troubles digestifs fonctionnels	19,2	7,5	12,4
Troubles de la thyroïde	14,1	10,1	11,8
Diabète	14,0	8,5	10,8
Périodes de grande nervosité	13,7	4,2 *	8,2
Troubles du sommeil	13,2	8,5	10,5
Autres maladies du sang	12,8	7,4	9,7
Troubles mentaux	12,7	3,9 *	7,6
Bronchite ou emphysème	12,3	2,6 *	6,6
Autres affections ostéoarticulaires	12,3	4,2 *	7,5
Troubles urinaires ou maladies du rein	12,2	2,6 *	6,6
Autres affections respiratoires	11,5	5,2	7,8
Maux de tête	11,4	6,7	8,7
Allergies ou affections cutanées	11,4	6,8	8,7
Accidents avec blessures	11,0	4,0 *	6,9
Asthme	10,2	2,7 *	5,9
Hypercholestérolémie	10,2	10,2	10,2
Autres allergies	9,1	4,8	6,6
Anémie	5,9 *	1,9 *	3,6
Autres troubles digestifs	5,7 *	4,9	5,2
Ulcères gastriques ou duodénaux	4,9 *	2,8 *	3,6
Malaise ou fatigue	4,1 *	2,3 *	3,0
Grippe	3,4 *	2,5 *	2,9 *
Rhinite allergique	2,6 **	2,4 *	2,5 *
Maladies de l'oreille	1,5 **	0,5 **	0,9 **
Autres problèmes	37,2	15,7	24,6

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête indiquent que les personnes de 15 ans et plus ayant une incapacité sont plus nombreuses, en proportion, à se considérer en moins bonne santé que les personnes sans incapacité mais que, malgré leur incapacité, près de trois personnes sur cinq jugent leur état de santé de bon à excellent. Les deux populations se différencient surtout par les états extrêmes de santé perçus, soit la perception d'être en « excellente ou très bonne » santé ou d'être en « moyenne ou mauvaise » santé. Par contre, la proportion de personnes qui se considèrent en bonne santé est semblable dans les deux populations.

La perception de l'état de santé se comporte de la même façon selon les caractéristiques démographiques et socioéconomiques dans les deux populations. En ce qui concerne l'âge, il faut toutefois noter plus d'homogénéité dans la population avec incapacité. Ainsi les personnes de 35 ans et plus avec incapacité évaluent leur santé de façon similaire et plus négativement que les 15-34 ans, tandis que chez les personnes sans incapacité, l'appréciation devient moins favorable à mesure que l'âge augmente.

Dans la population avec incapacité comme dans la population sans incapacité, la perception de l'état de santé est associée à la scolarité relative ainsi qu'au niveau de revenu du ménage. D'une manière générale, on peut dire que les personnes de plus faible niveau de scolarité ou de revenu s'estiment en moins bonne santé que les personnes de niveau élevé de scolarité ou de revenu, dans les deux populations.

Les variations de l'état de santé perçu selon le statut d'activité habituel montrent que, dans les deux populations, les personnes en emploi ou aux études se considèrent en meilleure santé que les personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison. Toutefois, chez les

personnes avec incapacité, les personnes sans emploi sont les plus nombreuses à se considérer en moyenne ou mauvaise santé, plus encore que les personnes à la retraite ou à la maison, dont la plupart sont des personnes âgées de plus de 65 ans, ce qui n'est pas le cas dans la population sans incapacité.

Chez les personnes avec incapacité de même que chez les personnes sans incapacité, la perception de l'état de santé varie selon le niveau de soutien social dans le sens attendu. Les personnes ayant un niveau élevé de soutien social évaluent plus favorablement leur santé que celles dont le niveau de soutien est faible.

L'enquête montre que la perception de l'état de santé est étroitement associée aux caractéristiques de l'incapacité, ce qui vient appuyer en quelque sorte les classifications et catégories retenues. Ainsi, on observe que la proportion de personnes qui se considèrent en moyenne ou en mauvaise santé s'accroît avec la gravité de l'incapacité de même qu'avec le nombre d'incapacités (jusqu'à trois ou plus).

L'enquête nous apprend également que les personnes dont l'incapacité est d'ordre moteur ou d'ordre intellectuel ou mental exclusivement évaluent leur santé de façon similaire. Ce sont les personnes ayant plus d'un type d'incapacité incluant une incapacité motrice qui jugent le moins favorablement leur santé. Enfin, on constate que les personnes ayant une dépendance forte, modérée et même légère se perçoivent en moins bonne santé que les personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance ou les personnes sans désavantage.

Les douleurs ou les malaises sont ressentis par une proportion relativement importante de la population de 15 ans et plus avec incapacité, soit environ deux personnes sur cinq. Et, pour la majorité d'entre elles, l'intensité de ces douleurs ou de ces malaises est forte ou modérée. Les personnes de 35 à 64 ans semblent être plus touchées que les plus jeunes. Selon les

données de l'enquête, il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes quant à la présence ou à l'intensité des douleurs ou des malaises éprouvés.

Ces observations diffèrent en partie de celles de l'ENSP de 1996 selon laquelle, toutes proportions gardées, le nombre de personnes qui éprouvent de la douleur chronique augmente avec l'âge et les femmes sont plus nombreuses que les hommes à ressentir de la douleur. Il faut cependant rappeler que cette enquête porte sur l'ensemble de la population tandis que les données de la présente enquête ne portent que sur la population avec incapacité. Les quelques autres études recensées ne montrent pas de lien constant entre la douleur et l'âge ou le sexe.

La majorité des personnes qui ressentent des douleurs ou des malaises ont dû réduire leurs activités à cause de ces sensations. L'intensité des douleurs ou des malaises est associée à la réduction du nombre d'activités dans le sens attendu. Ainsi, les personnes qui ne peuvent faire plusieurs ou la plupart de leurs activités sont plus nombreuses à éprouver des douleurs ou des malaises de forte intensité que les personnes dont « aucune » ou « quelques-unes » ne peuvent être accomplies.

Les données de l'enquête montrent une association entre les douleurs ou les malaises et les caractéristiques de l'incapacité. Ainsi, toutes proportions gardées, les personnes ayant une incapacité motrice, seule ou en cooccurrence, sont plus touchées par les douleurs ou les malaises que les personnes ayant une incapacité de toute autre nature exclusive, c'est-à-dire liée à la communication ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, ou à leur combinaison. Par ailleurs, la proportion de personnes qui éprouvent des douleurs ou des malaises augmente avec le nombre d'incapacités et avec le niveau de gravité de l'incapacité.

Enfin, on constate que les personnes ayant une dépendance forte, modérée ou légère sont moins nombreuses à être exemptes de douleurs et de malaises que les personnes limitées dans leurs activités mais sans dépendance ou les personnes sans désavantage.

Somme toute, douleurs et malaises et perception de l'état de santé évoluent de façon semblable en présence des caractéristiques de l'incapacité. Ces deux indicateurs sont d'ailleurs intimement liés.

En ce qui a trait à la morbidité déclarée, les données de l'enquête révèlent que dans la population avec incapacité, près du quart des 0-14 ans, environ un jeune adulte (15-34 ans) sur dix et près de 6 % et de 5 % respectivement des 35-64 ans et des 65 ans et plus ne rapportent aucun problème de santé. Cela souligne le fait que la cause de l'incapacité n'est pas toujours un problème de santé encore présent ou n'est pas perçue comme telle. On peut penser par ailleurs que certaines causes d'incapacité tels une anomalie congénitale mineure, un trouble d'apprentissage ou le vieillissement ne sont pas perçues comme des problèmes de santé. Il serait intéressant de pousser l'analyse en vérifiant la nature et les causes déclarées des incapacités chez les personnes qui ne déclarent pas de problème de santé ou qui déclarent seulement des problèmes de courte durée, ce qui représente 13 % de l'ensemble de la population, et de 8 % à 38 % selon le groupe d'âge.

Comme on pouvait s'y attendre, la proportion de personnes ayant des problèmes de longue durée est plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité, chez les enfants comme chez les adultes. Toutefois, ce qui distingue le plus les deux populations à cet égard est le fait d'avoir plus d'un problème de longue durée. L'écart est important dans chacun des groupes d'âge.

Les problèmes les plus fréquemment rencontrés chez les enfants de 0-14 ans sont en général les mêmes dans les deux populations. La prévalence de ces problèmes est également semblable sauf en ce qui concerne les allergies et l'asthme, les troubles mentaux, les maux de tête, les troubles digestifs fonctionnels et les « autres problèmes », dont les prévalences sont plus élevées chez les enfants avec incapacité. La prévalence des troubles mentaux est particulièrement élevée, soit environ 12 % contre près de 1 %. Il faut souligner que la présence de déficience intellectuelle, de troubles émotifs ou de comportement ou de troubles d'apprentissage sont des critères de sélection et entrent donc dans la définition d'une incapacité chez les enfants. Il se peut aussi qu'il s'agisse, en partie du moins, de troubles de comportement reliés à des problèmes d'adaptation chez des enfants qui souffrent de maladies de longue durée comme le suggèrent Wallander et Thompson (1995).

Dans le groupe des 15-34 ans, un plus grand nombre de classes de problèmes ont une prévalence plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité. Il s'agit des problèmes suivants : les maux de dos ou de la colonne, les autres allergies, les maux de tête, les accidents avec blessures, l'arthrite ou le rhumatisme ainsi que l'asthme, les périodes de grande nervosité, les troubles mentaux, les autres affections respiratoires, les troubles digestifs fonctionnels, la grippe, le malaise ou la fatigue et la classe « autres problèmes ».

Chez les 35-64 ans, la prévalence de tous les problèmes – sauf la rhinite allergique, les troubles de la thyroïde et la grippe – est plus élevée dans la population avec incapacité que dans la population sans incapacité. Des écarts importants entre les deux populations s'observent dans le cas des problèmes ostéoarticulaires (arthrite ou rhumatisme, maux de dos ou de la colonne, etc.), des maux de tête, des accidents avec blessures, des périodes de grande nervosité, des

troubles mentaux, des maladies cardiaques, de l'hypertension, des allergies et affections cutanées, des autres allergies, des troubles digestifs fonctionnels et de la catégorie « autres problèmes ». Il faut souligner que dans ce groupe d'âge la population avec incapacité est sans doute plus âgée, donc plus touchée par les problèmes de santé reliés à l'âge.

Le profil de la population de 65 ans et plus avec incapacité, en ce qui concerne les problèmes de santé, se rapproche plus de celui de la population sans incapacité que ce qui est observé pour les personnes du groupe d'âge précédent. Quelques problèmes méritent cependant d'être mentionnés pour leur prévalence plus élevée dans la population avec incapacité, soit l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos ou de la colonne, l'hypertension, les maladies cardiaques, les maladies de l'œil, les troubles digestifs fonctionnels, les périodes de grande nervosité, les troubles mentaux, la bronchite ou l'emphysème et les troubles urinaires ou maladies du rein.

Enfin, il faut souligner l'importance que prend la classe « autres problèmes » dans la population ayant une incapacité, soit de 25 % à 37 % environ selon le groupe d'âge. Cette classe comprend des problèmes peu fréquents dans l'ensemble de la population. Certains d'entre eux sont probablement des problèmes de faible prévalence (cancers, maladies cérébrovasculaires, etc.) ayant un fort impact sur l'incapacité, comme le suggère Verbrugge (1995).

Ce survol de la morbidité déclarée montre que les problèmes les plus fréquemment rencontrés dans les deux populations sont les mêmes mais avec une prévalence plus élevée dans la population avec incapacité. Des études plus détaillées par sexe et par groupe d'âge donneraient un portrait plus complet de la situation. Par ailleurs, la lumière pourrait être faite sur la classe « autres problèmes » dans chacun des groupes d'âge. La co-morbidité est aussi un sujet qui devrait intéresser chercheurs et intervenants. Enfin, la

possibilité de comparer la population avec et sans incapacité est en réalité un atout important pour les études ultérieures.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Ce portrait de l'état général de santé de la population avec incapacité fournit aux planificateurs des éléments intéressants sur les caractéristiques de cette clientèle. Comme éléments positifs, on peut dire que la majorité de la population de 15 ans et plus avec incapacité évalue plutôt favorablement son état de santé ou n'éprouve pas de douleur. On constate aussi qu'une proportion non négligeable (13 %) de l'ensemble de la population ayant une incapacité ne déclare aucun problème de santé ou rapporte seulement des problèmes de courte durée.

Pour faciliter la planification des services aux personnes les plus touchées par l'incapacité, l'enquête permet d'identifier les principales caractéristiques des personnes de 15 ans et plus qui évaluent négativement leur santé ou qui éprouvent de la douleur. Sur le plan démographique ou socioéconomique, ces personnes sont le plus souvent : a) des hommes ou des femmes de 35 ans et plus, b) des personnes de faible niveau de scolarité ou de revenu, c) des personnes sans emploi, à la retraite ou à la maison et d) des personnes ayant un faible soutien social. Sur le plan de l'incapacité, ces personnes sont celles qui déclarent : a) une incapacité modérée ou grave, b) plus d'une incapacité, c) des incapacités multiples incluant une ou plus d'une incapacité motrice et d) une incapacité impliquant une dépendance.

Bibliographie

BOWLING, A., et J. WINDSOR (1997). « Discriminating power of the health status questionnaire 12 in relation to age, sex and longstanding illness: findings from a survey of households in Great Britain », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 51, p. 564-573.

ELBY, E. M., D. B. HOGAN et T. S. FUNG (1996). « Correlates of self-rated health in persons aged 85 and over: results from the Canadian Study of Health and Aging », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 87, n° 1, p. 28-31.

FYLKESNES, K., et O. H. FORDE (1992). « Determinants and dimensions involved in self-evaluation of health », *Social Science and Medicine*, vol. 35, n° 3, p. 271-279.

JYLHA, M. (1994). « Self-rated health revisited: exploring survey interview episodes with the elderly respondents », *Social Science and Medicine*, vol. 39, n° 7, p. 983-990.

KIND, P., P. DOLAN, C. GUDIX et A. WILLIAMS (1998). « Variations in population health status: results from a United Kingdom national questionnaire survey », *British Medical Journal*, vol. 316, n° 7133, p. 736-741.

MACKENBACH, J. P., J. VAN DEN BOS, I. M. JOUNG, H. VAN DE MHEEN et K. STRONKS (1994). « The determinants of excellent health: different from the determinants of ill-health? », *International Journal of Epidemiology*, vol. 23, n° 6, p. 1273-1281.

MILLAR, W. J. (1996). « La douleur chronique », *Rapports sur la santé*, vol. 7, n° 4, p. 51-58.

ODERKIRK, J. (1993). « Les enfants ayant une incapacité », *Tendances sociales canadiennes*, n° 31, p. 22-24.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1977). *Manuel de classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, vol. 1 (9^e révision), Genève, 783 p.

REIJNEVELD, S. A. (1998). « The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking », *International Epidemiological Association*, vol. 27, p. 33-40.

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

VERBRUGGE, L. (1995). « New thinking and science on disability in mid- and late lifes », *European Journal of Public Health*, vol. 5, n° 1, p. 20-28.

WALLANDER, J. L., et R. J. THOMPSON (1995). « Psychosocial adjustment of children with chronic physical conditions » dans ROBERTS, M. C. (éd.). *Handbook of Pediatric Psychology*, New York, London, The Guilford Press, p. 124-141.

WARE, J. E. Jr. (1987). « Standards for validating health measures: definition and content », *Journal of Chronic Diseases*, vol. 40, n° 6, p. 473-480.

Tableaux complémentaires

Tableau C.13.1

Nombre et durée des problèmes de santé, Québec, 1998

	Avec	Sans	Total
	incapacité	incapacité	
	%		
Aucun problème	8,6	40,7	35,8
Problèmes de courte durée seulement	4,5	12,0	10,8
Un problème de longue durée	18,5	24,1	23,3
Plus d'un problème de longue durée	68,5	23,2	30,1
Au moins un problème de longue durée	87,0	47,3	53,3

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau C.13.2

Prévalence des problèmes de santé, Québec, 1998

	Avec	Sans	Total
	incapacité	incapacité	
	%		
Arthrite ou rhumatisme	34,0	7,8	11,8
Maux de dos ou de la colonne	28,5	7,0	10,3
Hypertension	20,6	6,3	8,5
Maux de tête	18,4	10,7	11,9
Accidents avec blessures	16,5	6,3	7,8
Maladies cardiaques	15,7	2,6	4,6
Troubles mentaux	14,5	2,5	4,3
Autres allergies	14,1	9,6	10,3
Périodes de grande nervosité	13,9	2,4	4,1
Maladies de l'œil	13,2	2,3	4,0
Troubles digestifs fonctionnels	12,6	3,6	5,0
Allergies ou affections cutanées	12,6	8,5	9,1
Asthme	10,7	4,0	5,0
Autres affections ostéoarticulaires	10,6	1,7	3,0
Autres affections respiratoires	8,8	4,9	5,5
Diabète	8,2	1,8	2,8
Rhinite allergique	8,0	9,7	9,4
Troubles de la thyroïde	8,0	3,0	3,8
Bronchite ou emphysème	7,6	1,4	2,3
Troubles du sommeil	7,3	1,4	2,3
Troubles urinaires ou maladies du rein	7,0	0,9	1,8
Hypercholestérolémie	6,7	2,2	2,9
Autres maladies du sang	5,7	1,1	1,8
Autres troubles digestifs	4,9	1,6	2,1
Grippe	4,5	3,6	3,7
Malaise ou fatigue	4,1	1,3	1,8
Anémie	4,1	1,1	1,5
Ulcères gastriques ou duodénaux	3,6	1,0	1,4
Maladies de l'oreille	2,0*	0,9	1,1
Autres problèmes	30,5	7,4	10,9

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête québécoise sur les limitations d'activités 1998*.

Détresse psychologique, idées suicidaires et parasuicides

Michel Prévile

Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke
Université de Sherbrooke

Richard Boyer

Centre de recherche Fernand-Séguin
Université de Montréal

Diane Bégin

Services de l'adaptation et de l'intégration sociale
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Introduction

Plusieurs études montrent que de façon concomitante avec les stress psychosociaux, les problèmes de santé physique, particulièrement les problèmes chroniques de santé, sont fortement associés aux symptômes de détresse psychologique (Williamson et Schulz, 1992; Turner et Noh, 1988; Wells, Golding et Burnam, 1988). La principale explication avancée concernant cette association est que les symptômes de détresse psychologique constituent une réponse au stress imposé par les problèmes de santé physique ou une restriction d'activités (Rodin et Voshart, 1986; Kaplan et autres, 1987; Katon, 1984; Kennedy, Kelman et Thomas, 1990). Par ailleurs, la détresse psychologique peut aussi constituer un facteur limitant le processus d'adaptation des personnes ayant une limitation d'activités (Armenian et autres, 1998; Callahan et autres, 1998; Penninx et autres, 1998).

La notion de détresse psychologique est généralement utilisée dans la littérature pour caractériser les sujets ayant répondu à des échelles standardisées, administrées par des intervieweurs non cliniciens ou autoadministrées et ne faisant appel à aucun jugement clinique. L'échelle de détresse psychologique utilisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) fait partie de cette famille d'échelles.

Le modèle conceptuel sous-jacent à cette échelle postule l'existence d'un continuum de santé ou de maladie mentale : à une extrémité se trouve une réaction d'adaptation aux circonstances de la vie qui peut se traduire par un sentiment normal de tristesse, et à l'autre, une réaction plus sévère pouvant s'accompagner d'idées ou de tentatives suicidaires et d'incapacités fonctionnelles graves (Klerman et Weissman, 1989; Klerman, 1990; Gold, 1990). Il existe un large consensus dans la littérature épidémiologique en santé mentale autour du fait que la détresse psychologique recouvre le plus souvent deux principaux syndromes : la dépression et l'anxiété. Chacun de ces syndromes comporte deux éléments : une composante psychologique et une composante somatique, laquelle se traduirait par une tendance à ressentir et à exprimer la dépression ou l'anxiété par des symptômes physiques (Lipman et autres, 1969; Katon, Reis et Kleinman, 1984; Dobson, 1985; Mirowsky et Ross, 1989a; Vassend, 1989; Watson et Kendall, 1989).

Bien que les échelles de détresse psychologique soient souvent critiquées à cause de l'absence de seuil permettant de déterminer la présence d'un trouble psychiatrique chez les sujets étudiés, plusieurs chercheurs considèrent ces mesures comme des outils intéressants parce qu'elles permettent de surveiller un large éventail de problèmes qui, bien qu'ils ne rencontrent pas les critères diagnostiques, sont associés

à l'adoption de comportements d'adaptation inappropriés touchant les habitudes de sommeil, les comportements alimentaires, l'exercice physique, le tabagisme, les activités sociales, par exemple, qui ont des conséquences individuelles et sociales importantes (Abeles et autres, 1994; Ferraro, 1990). L'utilité de ces mesures repose, en outre, sur le fait qu'elles permettent de prendre en considération des formes moins aiguës de problèmes psychologiques (Brown, Craig et Harris, 1985; Kendell, 1988; Vaillant et Schnurr, 1988). Leur utilité se justifie aussi par les coûts élevés associés à l'utilisation d'intervieweurs cliniciens ou à l'utilisation d'instruments de mesure diagnostiques dans les enquêtes populationnelles. Ces outils sont économiques, faciles d'utilisation, non invasifs et largement acceptés par la population.

À part quelques études de cas, aucune recherche auprès de populations en général ne semble avoir examiné les relations possibles entre les types ou les niveaux d'incapacité liés à des problèmes de santé physique et les idées ou les comportements suicidaires. Toutefois l'étude de Boyer et autres (1992), s'appuyant sur les données de l'*enquête Santé Québec 1987*, indique que la prévalence de l'idéation suicidaire semble plus élevée chez les personnes sévèrement restreintes dans leurs activités journalières à cause d'un problème de santé physique ou mentale.

La relation entre le suicide et la présence de divers troubles mentaux est, par contre, beaucoup mieux documentée. Une méta-analyse portant sur 249 articles scientifiques conclut que presque tous les troubles mentaux sont associés à une plus forte proportion de suicides, à l'exception du retard mental et de la démence. Les personnes présentant un trouble mental fonctionnel seraient plus à risque de suicide que celles souffrant d'un trouble mental organique (Harris et Barraclough, 1997). Les recherches menées à l'aide de la

technique de l'autopsie psychologique¹ suggèrent que plus de 75 % des victimes de suicides accomplis souffraient d'un trouble psychiatrique dans les mois qui ont précédé leur suicide (Clark et Horton-Deutsch, 1992); une étude québécoise, s'appuyant sur cette méthodologie, arrive à la même conclusion (Grunberg et autres, 1994; Lesage et autres, 1994). L'étude récente menée par le Coroner du Québec rapporte aussi que près de la moitié des personnes décédées à la suite d'un geste suicidaire présentaient un trouble mental (Saint-Laurent et Tennina, 2000) et enfin, l'*enquête Santé Québec 1987* permet de constater que 13 % des individus déclarant souffrir d'un problème de santé mentale rapportent des idéations suicidaires sérieuses contre 7,5 % chez les personnes ne rapportant pas de tels problèmes (Boyer et autres, 1992).

La détresse psychologique sévère est fortement associée aux idées suicidaires sérieuses et aux tentatives de suicide. Cette étroite relation est corroborée dans le cadre de plusieurs enquêtes de Santé Québec depuis celle de 1987 (Boyer et autres, 1992). Dans l'*Enquête sociale et de santé 1998*, Boyer et Saint-Laurent (2000) montrent que, pour l'ensemble de la population québécoise, les personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique rapportent avoir sérieusement pensé au suicide au cours d'une période de 12 mois dans une plus grande proportion (14 %) que les personnes avec des degrés moindres de détresse psychologique (1,5 %). Une relation semblable est observée lorsque la présence d'une tentative suicidaire au cours d'une période de 12 mois est considérée. Ces résultats, pour l'ensemble de la population du Québec, suggèrent que les personnes avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, telles que mesurées dans l'enquête, rapporteront des idées

¹ La technique de l'autopsie psychologique consiste à reconstruire le passé psychologique et social d'une personne décédée à la suite d'un suicide. Des entrevues sont menées par des intervieweurs à l'aide d'instruments standardisés auprès de personnes ayant bien connu la personne qui s'est suicidée.

suicidaires sérieuses et des tentatives de suicide dans de plus fortes proportions que les personnes sans incapacité ou avec un autre type d'incapacité.

Le présent chapitre rapporte la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique ainsi que la prévalence d'idées et de tentatives suicidaires observées dans la population du Québec âgée de 15 ans et plus et présentant des incapacités. Les résultats observés dans cette population sont comparés à ceux notés dans la population ne présentant aucune incapacité. Ce chapitre comporte deux sections. La première section présente la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique en fonction de la présence et de la gravité de l'incapacité et selon les variables sociodémographiques généralement associées à la détresse psychologique. Cette section présente aussi les principales variables associées à l'utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique et à la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes avec et sans incapacité. La deuxième section décrit la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide en fonction de la présence de l'incapacité chez les personnes et des variables sociodémographiques généralement associées au suicide.

14.1 Aspects méthodologiques

L'échelle de détresse psychologique utilisée dans cette enquête (IDPESQ) est une version française réduite et autoadministrée du *Psychiatric Symptoms Index* (PSI) développé par F. W. Ilfeld à partir du *Hopkins Symptoms Distress Checklist* (Ilfeld, 1976; Prévaille et autres, 1992). Certains chercheurs ont critiqué ces échelles de détresse psychologique, suggérant que les items d'ordre somatique contenus dans ces échelles, tels les problèmes de sommeil, d'appétit et le manque d'énergie, pouvaient aussi bien concerner la santé physique que mentale de la population (Bolla-Wilson et Bleecker, 1989; Berry, Storandt et Coyne, 1984). Pour tenir compte de ce phénomène, lors des enquêtes sociales et de

santé de 1992-1993 et de 1998, une version réduite de l'indice de détresse psychologique, excluant les items d'ordre psychosomatique (IDPESQ-14), a été retenue (Prévaille et autres, 1992; Prévaille, Potvin et Boyer, 1995). Cependant, une étude récente montre que l'utilisation de l'échelle originale n'introduit pas de biais (Prévaille et autres, 2000). Les items de l'IDPESQ-14 se présentent sous forme d'énoncés touchant divers aspects de la symptomatologie de la détresse psychologique non spécifique avec quatre catégories de réponse se rapportant à la fréquence des symptômes au cours des sept derniers jours : jamais, de temps en temps, assez souvent, très souvent (QAA-98 à QAA-111). Cette échelle comporte quatre dimensions : un facteur de dépression, un facteur d'anxiété, un facteur d'irritabilité et un facteur de problèmes cognitifs. Cette mesure varie sur une échelle de 0 à 100 et présente un coefficient de consistance interne alpha de Cronbach de 0,89 (Prévaille et autres, 1992). Les caractéristiques psychométriques de cette mesure ont été documentées auprès de l'ensemble de la population (Prévaille et autres, 1992, Prévaille, Potvin et Boyer, 1995), des populations criées et inuites (Boyer et autres, 1994a, 1994b) et auprès de la population âgée (Prévaille, Potvin et Boyer, 2000).

Pour les fins de nos analyses, le niveau de détresse psychologique sévère a été fixé en référence aux valeurs normatives fournies par Boyer et autres (1993). Un score de 26,19 (correspondant au 80^e percentile de la distribution de l'IDPESQ-14 items dans l'ensemble de la population en 1987) a été retenu comme seuil définissant un niveau de détresse élevé. Le taux de non-réponse à l'indice de détresse psychologique est de 7,9 % pour les personnes ayant une incapacité. Les non-répondants sont surtout des personnes de 55 ans ou plus, peu scolarisées et ayant une incapacité de gravité modérée ou grave; cependant, le biais sur les estimations est négligeable.

Les conséquences de la détresse psychologique ont été mesurées par la durée de l'épisode de détresse et par l'impact des symptômes de détresse psychologique sur

la fonctionnalité sociale. La durée de l'épisode de détresse a été mesurée par la question suivante : « Depuis combien de temps ressentez-vous ces manifestations (les symptômes rapportés)? » Les catégories de réponse étaient : les deux dernières semaines, le dernier mois, les six derniers mois, la dernière année et plus d'un an (QAA-112).

L'impact des symptômes de détresse psychologique sur la fonctionnalité sociale a été mesuré à l'aide de trois questions provenant du QAA (QAA-137 à QAA-139) : 1) « Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations (les symptômes rapportés) ont nui à votre vie familiale ou sentimentale? », 2) « Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations ont nui à votre capacité de travailler ou de poursuivre vos études? », 3) « Au cours des 6 derniers mois, est-ce que ces manifestations vous ont restreint(e) dans vos activités sociales (loisirs, rencontres avec votre parenté, des amis, autres)? » Une variable dichotomique a été créée indiquant la présence ou non de conséquences sur l'accomplissement d'au moins un de ces rôles sociaux.

La consultation pour les symptômes de détresse psychologique a été évaluée à l'aide de la question suivante : (1) « Avez-vous consulté quelqu'un au sujet de ces manifestations (vos symptômes de détresse psychologique)? » (QAA-116)

La consommation de psychotropes a été mesurée par une variable dichotomique vérifiant la consommation au cours des deux derniers jours, d'au moins un médicament appartenant à une des classes suivantes : somnifères, sédatifs ou tranquillisants (QRI-34).

Les questions sur le suicide apparaissent dans le questionnaire autoadministré (QAA-141 à QAA-145). La question concernant les idées suicidaires se lit comme suit : « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)? » La question sur les tentatives de

suicide demande : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)? » Ces questions permettent d'estimer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide au cours des 12 derniers mois. Il est important de noter que cette période de référence couvre, pour chaque personne, une période de 12 mois se situant, en tout ou en partie, dans l'année 1997 ou 1998 selon la date à laquelle elle a répondu au questionnaire.

Comme pour les rapports de Santé Québec de l'*Enquête sociale et de santé* de 1992-1993 et de 1998 de l'ISQ, le terme *parasuicide* a été retenu pour désigner tous les comportements suicidaires non fatals. Ce terme proposé par Kreitman et autres (1969) a aussi été repris dans les études européennes sur les tentatives de suicide (Kerkhof et autres, 1994).

Puisque nous étudions ici deux facettes différentes du phénomène du suicide, les analyses distinguent les personnes rapportant des idées suicidaires seulement de celles ayant aussi déclaré un parasuicide. La prévalence pour chacun de ces phénomènes est calculée sur la base de populations légèrement différentes. Ainsi, pour le calcul de la prévalence des idées suicidaires, la population de référence ne comprend pas les personnes ayant rapporté un parasuicide. De la même façon, le calcul de la prévalence du parasuicide exclut de la population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Ce mode de calcul des prévalences induit une légère surestimation des taux de parasuicides (les personnes ne rapportant que des idées suicidaires étant soustraites du dénominateur) et sous-estime les taux d'idées suicidaires (les cas rapportant un parasuicide étant soustraits du numérateur et du dénominateur).

Afin de mieux préciser les phénomènes des idées suicidaires et des parasuicides, le questionnaire de l'enquête comporte deux autres questions pour établir si la personne a prévu un moyen pour mettre fin à ses jours et, le cas échéant, établir les moyens envisagés lors de

l'idéation suicidaire (QAA-142 et QAA-143). Les parasuicides peuvent donc comprendre à la fois des gestes suicidaires inoffensifs sur le plan de la santé physique et des gestes suicidaires graves ayant nécessité des traitements médicaux urgents. De plus, une question permet d'établir si la personne rapportant un parasuicide a été conduite ou s'est présentée d'elle-même à l'urgence d'un hôpital à la suite de son geste suicidaire (QAA-145). Ces questions aident à mieux évaluer l'importance de ces idées et de ces gestes suicidaires sans toutefois permettre de vraiment connaître l'intention réelle de mourir.

Les effectifs en cause dans la section sur le suicide offrent peu de puissance statistique, ce qui restreint l'interprétation de plusieurs variables. Afin de pallier ce problème, cette section utilise une classification différente des groupes d'âge. Pour ces analyses, les jeunes de 15 à 24 ans sont comparés aux personnes de 25 ans et plus.

14.2 Résultats

14.2.1 Détresse psychologique

La proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est de 28 % chez celles qui présentent une incapacité, comparativement à 18 % chez les personnes ne présentant aucune incapacité. Comme l'indique le tableau 14.1, cette proportion est plus élevée lorsqu'il y a présence d'une incapacité, tant chez les hommes que chez les femmes, et tant chez les 15 à 64 ans que chez les personnes de 65 ans et plus. Il y a également une différence significative entre les hommes et les femmes quant à la proportion ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, dans la population avec incapacité (26 % c. 31 %) ou sans incapacité. Dans ces deux populations également, les personnes de 15-64 ans sont plus nombreuses que les aînés, en proportion, dans la catégorie élevée de l'indice (avec incapacité : 35 % c. 15 %).

Tableau 14.1
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon le sexe, l'âge, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité			Total	Pe '000	Sans incapacité
	Légère	Modérée	Grave			%
Hommes						
15-64 ans	26,3	51,1	40,8	31,5	90,0	16,8
65 ans et plus	7,0**	11,2**	23,5	11,4*	15,1	4,9*
Total	21,6	37,8	31,3	25,5	105,1	15,9
Femmes						
15-64 ans	35,7	36,6	60,2	37,7	126,7	22,1
65 ans et plus	8,1**	23,4	29,6	16,9	33,7	9,6*
Total	27,8	31,1	45,4	30,5	160,4	21,0
Sexes réunis						
15-64 ans	31,2	43,0	53,1	34,8	216,7	19,4
65 ans et plus	7,7*	19,1*	27,0	14,7	48,8	7,5
Total	24,9	33,8	39,8	28,3	265,5	18,4

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Les résultats rapportés au tableau 14.1 mettent en évidence une association entre le niveau à l'indice de détresse psychologique et la gravité de l'incapacité. Les personnes (sexes réunis) ayant une incapacité de gravité modérée ou grave montrent un niveau élevé à l'indice de détresse dans une plus grande proportion (34 % et 40 % respectivement) que celles dont l'incapacité est légère (25 %). Il en est ainsi chez les femmes également, alors que les hommes ayant une incapacité modérée seulement sont plus nombreux, en proportion, que ceux ayant une incapacité légère au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

Les personnes ayant une incapacité rapportent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique dans une proportion plus grande que les personnes sans incapacité, pour chaque catégorie de l'état matrimonial. Les résultats présentés au tableau 14.2 montrent aussi qu'il existe, dans les groupes avec et sans incapacité, une différence significative entre les personnes mariées et les célibataires, une proportion plus importante de sujets rapportant un niveau élevé de détresse psychologique chez les célibataires.

Tableau 14.2
Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon des caractéristiques sociodémographiques et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
État matrimonial de fait		
Célibataire	35,0	24,8
Marié	24,8	13,6
En union de fait	30,6	19,8
Veuf, séparé ou divorcé	26,7	19,2
Plus haut niveau de scolarité atteint		
Moins de 9 ans d'études	23,8	13,9
Études secondaires	29,7	21,2
Études postsecondaires	32,0	18,4
Grade universitaire	27,1	15,6
Niveau de revenu		
Très pauvre ou pauvre	36,8	20,6
Moyen inférieur, moyen supérieur ou supérieur	24,8	18,0

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Par ailleurs, les données de l'enquête montrent que, chez les personnes ayant une incapacité, l'indice de détresse psychologique ne varie pas significativement en fonction du niveau de scolarité. Toutefois, on observe une tendance à une proportion moindre au niveau élevé à cet indice chez les personnes ayant moins de 9 ans d'études, par rapport à celles ayant des études secondaires ou postsecondaires; chez les personnes sans incapacité, l'association est significative. Une association significative est observée dans les populations avec et sans incapacité entre l'indice de détresse psychologique et le niveau de revenu du ménage, les personnes ayant un plus faible revenu rapportant un niveau élevé de détresse psychologique dans une plus grande proportion.

Les données de l'EQLA mettent aussi en évidence une association entre le soutien social et l'indice de détresse psychologique, tant chez les personnes ayant une incapacité que chez les personnes sans incapacité. Chez les personnes ayant une incapacité et un faible niveau de soutien social, la prévalence de la détresse psychologique sévère est de 48 %, comparativement à 21 % chez celles ayant un niveau de soutien social élevé (tableau 14.3). Une association entre la détresse psychologique et la présence d'un confident s'observe tant chez celles rapportant une incapacité que chez celles n'ayant aucune incapacité. Ainsi, dans la population avec incapacité, la prévalence d'un niveau élevé de détresse psychologique chez les personnes rapportant avoir un confident (26 %) est plus faible que chez les personnes n'ayant pas de confident (42 %).

Tableau 14.3

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon des caractéristiques sociales, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Indice de soutien social		
Faible	48,1	34,5
Élevé	21,2	14,8
Présence d'un confident		
Oui	26,4	17,4
Non	42,5	27,1
Satisfaction quant à sa vie sociale		
Très satisfait	9,3*	7,5
Plutôt satisfait	24,3	18,3
Insatisfait	61,4	49,1
Perception de l'état de santé		
Excellent, très bon ou bon	22,9	17,3
Moyen ou mauvais	37,9	34,7
Perception de la santé mentale		
Excellente, très bonne ou bonne	20,9	15,2
Moyenne ou mauvaise	65,2	67,6

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Dans les populations avec et sans incapacité, la détresse psychologique est plus élevée lorsque les personnes sont moins satisfaites de leur vie sociale. Par ailleurs, aucune différence n'est observée quant à l'indice de détresse psychologique entre les personnes avec et sans incapacité qui ont rapporté être très satisfaites de leur vie sociale; cependant, l'enquête montre une différence significative entre ces deux groupes lorsqu'on considère uniquement les personnes plutôt satisfaites ou insatisfaites de leur vie sociale. Chez les personnes avec incapacité déclarant n'être pas satisfaites de leur vie sociale, on retrouve une proportion particulièrement élevée de personnes au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (61 %).

Finalement, les données rapportées au tableau 14.3 montrent que 38 % des personnes avec incapacité percevant leur état de santé moyen ou mauvais, et 65 %

des personnes se percevant en moyenne ou mauvaise santé mentale, présentent un niveau élevé de détresse psychologique; c'est plus que les proportions chez les personnes qui perçoivent leur santé physique ou mentale bonne, très bonne ou excellente. De plus, la proportion de personnes à ce niveau de détresse est plus élevée dans la population avec incapacité que dans celle sans incapacité, chez les personnes qui évaluent favorablement leur état de santé physique ou leur santé mentale.

Ces données sont également examinées en fonction du niveau de gravité de l'incapacité. En général, le niveau de détresse psychologique augmente avec la gravité de l'incapacité, pour les diverses catégories de variables présentées aux tableaux 14.2 et 14.3 (données non présentées).

Détresse psychologique selon la nature de l'incapacité

Le tableau 14.4 présente la proportion de personnes ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature (non exclusive) de l'incapacité; les personnes ayant un type donné d'incapacité sont comparées aux personnes n'ayant pas ce type d'incapacité. La proportion de personnes dans la catégorie élevée de l'indice apparaît significativement plus élevée chez les personnes présentant une incapacité liée à la parole (48 %), à la mobilité (31 %) ou aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (46 %), en comparaison des personnes n'ayant pas ces types d'incapacité (28 %, 27 % et 23 % respectivement). Au contraire, les personnes ayant une incapacité physique de nature non précisée (« autre ») sont moins nombreuses, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique que les personnes ayant une incapacité d'un type défini (22 % c. 30 %). L'analyse de la nature exclusive de l'incapacité permet d'éclairer d'autres aspects de l'association.

Tableau 14.4

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature de l'incapacité¹, population de 15 ans et plus avec incapacité, Québec, 1998

	%
Audition	
Oui	26,5
Non	29,9
Vision	
Oui	31,9
Non	28,6
Parole	
Oui	47,7
Non	28,1
Mobilité	
Oui	31,3
Non	26,5
Agilité	
Oui	30,7
Non	27,5
Intellect/santé mentale	
Oui	45,7
Non	23,3
Autre	
Oui	22,1 *
Non	29,7
Total	28,3

1. Une personne peut présenter plus d'un type d'incapacité.

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Le tableau 14.5 présente l'association entre l'indice de détresse psychologique et la nature exclusive de l'incapacité. Les personnes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale – seule ou cooccurrente avec d'autres types d'incapacité – sont plus nombreuses, en proportion, à présenter un niveau élevé de détresse psychologique. En effet, la proportion de personnes dans cette catégorie de l'indice est plus élevée lorsque l'incapacité est liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement (37 %), ou à ce type d'incapacité combiné soit à la motricité (51 %), à la communication (54 %) ou à la fois à la motricité et à la communication (47 %), que chez les personnes ayant une incapacité motrice seulement (23 %) ou une incapacité liée à la communication

seulement (20 %). De plus, les personnes ayant une incapacité motrice en cooccurrence avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (51 %) sont plus nombreuses au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, que les personnes ayant une incapacité motrice seulement (23 %) ou ce type d'incapacité combiné à une incapacité liée à la communication (28 %). Enfin, à l'exception de celles dont l'incapacité est liée à la communication seulement, les personnes de chacune des catégories exclusives sont plus nombreuses à être classées au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que les personnes sans incapacité (18 %).

Tableau 14.5

Niveau élevé à l'indice de détresse psychologique selon la nature exclusive et la présence de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	%
Nature exclusive de l'incapacité	
Motricité seulement	23,2
Communication seulement	20,3
Intellect/santé mentale seulement	37,2
Motricité et communication	27,9
Motricité et intellect/santé mentale	50,7
Communication et intellect/santé mentale	54,0 *
Motricité, communication et intellect/santé mentale	47,4
Total avec incapacité	28,3
Sans incapacité	18,4

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Tableau 14.6

Personnes ayant consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique selon le sexe, l'âge, des caractéristiques de santé, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus qui présente au moins une manifestation de détresse psychologique qui dure depuis six mois ou plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	24,0	10,6
Femmes	30,7	16,0
Âge		
15-64 ans	33,2	13,7
65 ans et plus	14,0*	7,8*
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	18,7	9,3
Élevé	43,6	24,3
Durée des symptômes		
Un an ou moins	25,2	13,9
Plus d'un an	30,3	13,8
Fonctionnalité sociale		
Présence de conséquences	48,2	25,4
Absence de conséquences	8,5*	5,6
Gravité de l'incapacité		
Légère	24,9	...
Modérée	33,2	...
Grave	37,3	...
Total	27,8	13,3
Pe '000	150,3	356,3

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

14.2.1.1 Consultation pour des symptômes de détresse psychologique

Comme l'indique le tableau 14.6, tant chez les femmes que chez les hommes, la proportion de personnes qui ont consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique est beaucoup plus élevée chez celles ayant une incapacité que chez celles qui n'en ont pas (28 % c. 13 %). Les femmes rapportent davantage que

les hommes avoir consulté pour leurs symptômes de détresse, et cela, dans la population avec ou sans incapacité. Par ailleurs, les personnes âgées de 65 ans et plus ayant une incapacité sont beaucoup moins nombreuses, en proportion, à consulter pour leurs symptômes de détresse psychologique que les personnes âgées de 15 à 64 ans. Ce phénomène est aussi présent chez les personnes n'ayant aucune incapacité.

La proportion de personnes ayant consulté augmente, en outre, avec le niveau à l'indice de détresse psychologique, tant chez les personnes ayant une incapacité que chez celles ne rapportant aucune incapacité. Chez les personnes avec incapacité et présentant un niveau élevé à cet indice, la proportion de personnes ayant consulté est particulièrement élevée, soit 44 %. Par ailleurs, les données de l'EQLA ne permettent pas de mettre en évidence de différence significative dans la proportion de personnes ayant consulté selon la durée des symptômes, tant chez les personnes avec incapacité que chez celles n'ayant aucune incapacité.

Finalement, l'enquête révèle une différence significative entre les personnes avec et sans incapacité dans les proportions ayant consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique, et ce, que ces symptômes aient ou non des conséquences sur leur fonctionnalité sociale. De plus, la proportion de personnes indiquant avoir consulté augmente significativement lorsqu'il y a de telles conséquences, tant chez les personnes rapportant une incapacité (48 % c. 9%) que chez celles sans incapacité (25 % c. 6 %).

La consultation pour les symptômes de détresse psychologique semble s'accroître lorsque la gravité de l'incapacité passe de légère (25 %) à modérée (33 %), puis à grave (37 %).

Tableau 14.7

Personnes ayant consommé des psychotropes au cours d'une période de deux jours selon le sexe, l'âge, des caractéristiques de santé, la présence et la gravité de l'incapacité, population de 15 ans et plus, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Sexe		
Hommes	14,5	2,0
Femmes	19,2	4,0
Âge		
15-64 ans	14,1	1,9
65 ans et plus	22,7	12,7
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	12,0	2,3
Élevé	25,5	4,4
Durée des symptômes		
Un an ou moins	15,4	2,5
Plus d'un an	20,5	3,2
Fonctionnalité sociale		
Présence de conséquences	25,7	3,6
Absence de conséquences	13,7	3,2
Gravité de l'incapacité		
Légère	11,1	...
Modérée	23,0	...
Grave	33,7	...
Total	17,1	2,9
Pe '000	163,3	142,6

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

14.2.1.2 Consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères

Les personnes ayant une incapacité rapportent avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères au cours des deux jours de référence dans une proportion beaucoup plus grande (17 %) que les personnes sans incapacité (2,9 %). Les données présentées au tableau 14.7 indiquent une association significative entre la consommation de ces psychotropes et le sexe dans le groupe de personnes avec ou sans incapacité. Ainsi, les femmes ayant une incapacité consomment des

tranquillisants, sédatifs ou somnifères dans une plus grande proportion que les hommes (19 % c. 14 %). Dans la population avec incapacité, les personnes de 65 ans et plus rapportent plus fréquemment avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères que les personnes de 15 à 64 ans (23 % c. 14 %). Une telle différence est aussi observée dans la population sans incapacité.

Comme l'indique le tableau 14.7, la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères est aussi associée aux symptômes de détresse psychologique rapportés. Chez les personnes ayant une incapacité et un niveau élevé de détresse psychologique, la proportion de personnes consommant des tranquillisants, sédatifs ou somnifères est plus élevée (26 %) que chez celles dont le niveau de détresse est considéré bas ou moyen (12 %). Par ailleurs, les données de l'EQLA mettent en évidence une association significative entre la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères et la durée de l'épisode de détresse psychologique, chez les personnes ayant une incapacité : une durée plus longue des symptômes est reliée à une consommation accrue (21 % c. 15 %).

Chez les personnes ayant une incapacité, la présence de conséquences des symptômes de détresse psychologique sur la fonctionnalité sociale est associée à la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères. Cette association entre la consommation de ces médicaments et la fonctionnalité sociale des personnes ne peut toutefois être mise en évidence chez ceux et celles ne rapportant pas d'incapacités.

Plus l'incapacité est grave, plus les personnes semblent nombreuses à avoir consommé ces substances, les proportions allant de 11 % lorsque l'incapacité est légère, à 34 % lorsqu'elle est grave.

14.2.2 Suicide

14.2.2.1 Idées suicidaires

Près de 7 % de la population du Québec avec incapacité, soit environ 65 000 individus, rapporte avoir sérieusement pensé au suicide au cours des 12 mois de référence (tableau 14.8). Cette prévalence est supérieure à celle observée chez les personnes sans incapacité (3,3 %), et cela, tant chez les hommes (6 % c. 3,4 %) que chez les femmes (7 % c. 3,1 %). Par contre, la prévalence des idées suicidaires sérieuses ne diffère pas entre les hommes et les femmes, qu'ils présentent une incapacité (6 % c. 7 %) ou non (3,4 % c. 3,1 %).

Tableau 14.8
Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité %	Sans incapacité
Hommes		
15-24 ans	8,9**	6,2
25 ans et plus	6,1*	2,8*
Total	6,3	3,4
Femmes		
15-24 ans	11,7**	8,2
25 ans et plus	7,1	2,0
Total	7,4	3,1
Sexes réunis		
15-24 ans	10,4**	7,2
25 ans et plus	6,7	2,4
Total	6,9	3,3
Pe '000	65,0	153,3

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

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Il est cependant observé, chez les personnes ayant une incapacité grave, que les hommes rapportent moins souvent des idées suicidaires sérieuses (6 %²) que les femmes (17 %³) (données non présentées). La prévalence des idées suicidaires augmente en fonction de la gravité de l'incapacité, dans l'ensemble de la population avec incapacité. Elle varie de 6,8 % et 5,9 %³ lorsque l'incapacité est légère ou modérée, à 12,9 %³ lorsqu'elle est grave (données non présentées).

Quoique les jeunes (15 à 24 ans) avec incapacité semblent plus suicidaires que les personnes plus âgées (25 ans et plus) (10 % c. 7 %), l'analyse de la distribution selon l'âge de la présence d'idées suicidaires ne permet pas de mettre en évidence des associations significatives. La même situation est observée pour les hommes ou les femmes séparément. Cette absence de relation significative peut cependant s'expliquer par la faiblesse des effectifs de la population avec incapacité.

La comparaison des personnes (sexes réunis) avec et sans incapacité en fonction de l'âge suggère que seules les personnes de 25 ans et plus avec incapacité rapportent plus fréquemment des idées suicidaires sérieuses que les personnes sans incapacité du même groupe d'âge (7 % c. 2,4 %). Les comparaisons spécifiques chez les hommes (6 % c. 2,8 %) ou les femmes (7 % c. 2,0 %) sont également significatives.

² Cette proportion a un coefficient de variation supérieur à 25 % et est une estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

³ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Le tableau 14.9 présente les distributions des idées suicidaires sérieuses chez les personnes avec ou sans incapacité en fonction de caractéristiques sociodémographiques de la population. Quel que soit l'état matrimonial de fait, les personnes avec incapacité rapportent plus souvent avoir eu une idéation suicidaire que les personnes sans incapacité des mêmes catégories. Pour les célibataires, par exemple, ces proportions sont de 13 % comparativement à 7 %. La même observation peut être faite en ce qui a trait au plus haut niveau de scolarité atteint: quel qu'il soit, les personnes avec incapacité semblent aussi plus suicidaires. Ainsi, la prévalence est de 10 % chez les universitaires avec incapacité contre 3,0 % chez ceux sans incapacité. Les prévalences chez les gens avec une éducation postsecondaire (complétée ou partielle) sont de 8% et de 3,3 % selon que les personnes présentent une incapacité ou pas. Chez les Québécois de ménages très pauvres ou pauvres, les individus avec incapacité rapportent plus souvent des idées suicidaires (11 %) que ceux sans incapacité (4,7 %). Il en va de même pour les personnes aux revenus moyens ou supérieurs, quoique les différences entre celles avec et sans incapacité soient moins marquées (5 % c. 3,0 %). Enfin, il semble que les idées suicidaires soient plus prévalentes chez les personnes avec incapacité résidant dans la métropole (8 % c. 2,8 %), les autres villes (7 % c. 3,3 %) ou en milieu rural (7 % c. 3,5 %), que chez les personnes sans incapacité de ces zones. Dans les capitales régionales, la population avec incapacité ne diffère pas significativement à ce sujet de celle sans incapacité.

Tableau 14.9
Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques sociodémographiques et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
État matrimonial de fait		
Célibataire	13,2	6,6
Marié	4,1*	1,5*
En union de fait	7,4*	2,8*
Veuf, séparé ou divorcé	6,5	3,6
Plus haut niveau de scolarité atteint		
Moins de 9 ans d'études	3,4*	1,7*
Études secondaires	8,6	4,0
Études postsecondaires	8,0*	3,3
Grade universitaire	10,2*	3,0*
Niveau de revenu		
Très pauvre ou pauvre	10,7	4,7
Moyen inférieur, moyen supérieur ou supérieur	5,4	3,0
Zone de résidence		
Métropole	7,5	2,8
Capitales régionales	4,6**	4,2
Autres villes	7,2*	3,3
Milieu rural	7,4*	3,5

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

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Lorsque l'analyse se limite aux seules personnes avec incapacité, il est permis d'affirmer que les personnes célibataires sont plus suicidaires (13 %) que les personnes mariées (4,1 %), comme les individus de ménages très pauvres ou pauvres (11 %) comparativement aux personnes de ménages à revenus moyens ou supérieurs (5 %), alors que les personnes ayant moins de 9 ans d'études le sont moins que les personnes plus instruites (3,4 % c. 8 % à 10 %). On n'observe pas de différence de prévalence d'idées suicidaires selon la zone de résidence, dans cette population.

Tableau 14.10

Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon des caractéristiques sociales, l'état de santé et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Indice de soutien social		
Faible	16,1	7,9
Élevé	3,7*	2,3
Présence d'un confident		
Oui	6,0	3,0
Non	13,7*	5,9
Satisfaction quant à sa vie sociale		
Très satisfait	1,0**	1,3*
Plutôt satisfait	4,3*	2,8
Insatisfait	21,1	11,4
Présence d'amis		
Oui	6,1	3,1
Non	14,7*	6,9*
Perception de l'état de santé		
Excellent, très bon ou bon	5,5	3,0
Moyen ou mauvais	9,3	7,0*
Perception de la santé mentale		
Excellente, très bonne ou bonne	3,8	2,4
Moyenne ou mauvaise	24,0	17,9
Indice de détresse psychologique		
Bas ou moyen	2,0*	1,5
Élevé	20,9	11,7

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

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Lorsque nous examinons les distributions de l'idéation suicidaire selon les caractéristiques sociales retenues (indice de soutien social et trois de ses composantes : présence d'un confident, satisfaction quant à sa vie sociale et avoir des amis) (tableau 14.10), il est possible de constater que pour chacune de ces caractéristiques

sociales, les personnes avec incapacité rapportent plus fréquemment des idées suicidaires sérieuses que celles sans incapacité. Une seule exception : les personnes très satisfaites de leur vie sociale ne semblent pas différer, qu'elles aient une incapacité ou non.

Dans la population avec incapacité, chacune de ces variables est associée à la prévalence d'idées suicidaires. Ainsi, les personnes avec un faible soutien social perçu rapportent plus souvent avoir eu des idées suicidaires (16 %) que celles ayant un soutien social élevé (3,7 %). L'absence d'un confident est aussi associée à une plus forte prévalence d'idées suicidaires (14 % c. 6 %). Les personnes avec incapacité insatisfaites de leur vie sociale présentent une plus forte prévalence d'idées suicidaires (21 %) que celles qui se disent plus satisfaites de leur vie en société (1,0 % et 4,3 %). Enfin, les personnes avec incapacité sans amis présentent aussi une prévalence supérieure de pensées suicidaires sérieuses (15 %) comparativement à celles qui affirment avoir des amis auprès d'eux (6 %).

Le tableau 14.10 compare les prévalences des idées suicidaires sérieuses des personnes avec et sans incapacité selon trois indicateurs de santé : l'état de santé physique ou la santé mentale autoévalués et l'indice de détresse psychologique. Aucune différence significative ne peut être mise en évidence entre les personnes avec et sans incapacité lorsqu'elles jugent leur santé physique ou mentale comme moyenne ou mauvaise. Par contre, les personnes avec incapacité jugeant leur santé physique ou mentale d'excellente à bonne rapportent plus souvent une idéation suicidaire (5 % et 3,8 % respectivement) que les personnes sans incapacité jugeant leur santé au même niveau (3,0 % et 2,4 % respectivement). Enfin, les individus avec incapacité ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique présentent une prévalence d'idées suicidaires supérieure (21 %) à celle des individus sans incapacité (12 %) au même niveau de l'indice.

Lorsque les comparaisons se limitent aux personnes présentant une incapacité, le tableau 14.10 révèle que les personnes se déclarant en mauvaise santé physique ou mentale et celles ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique présentent une prévalence d'idées suicidaires plus élevée que lorsque ces indicateurs de santé sont plus favorables. Un cas marquant est celui de la détresse psychologique : les personnes avec incapacité dans la catégorie élevée de l'indice présentent une prévalence d'idées suicidaires de 21 % comparativement à 2,0 % pour les personnes des niveaux inférieurs de l'indice de détresse psychologique. Un autre cas tout aussi marquant est cette prévalence chez les personnes considérant leur santé mentale moyenne ou mauvaise (24 %), en comparaison à celles qui la considèrent de bonne à excellente (3,8 %).

La prévalence de l'idéation suicidaire ne semble pas varier en fonction du nombre d'incapacités que présente une personne (données non présentées). Il existe cependant une association significative entre la nature exclusive de l'incapacité et la prévalence des idées suicidaires (tableau 14.11). Bien que les données sont imprécises, la prévalence de l'idéation suicidaire est plus élevée chez les personnes avec des incapacités à la fois motrices et liées aux activités intellectuelles ou à la santé mentale (22 %) et chez les personnes avec une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale seulement (15 %) que chez les personnes avec une incapacité liée à la communication seulement, une incapacité motrice seulement ou des incapacités à la fois motrices et liées à la communication (3,8 %, 4,9 % et 2,5 % respectivement), ou chez les personnes sans incapacité (3,3 %).

Tableau 14.11

Prévalence d'idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois selon la nature exclusive et la présence de l'incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	%
Nature exclusive de l'incapacité	
Motricité seulement	4,9 *
Communication seulement	3,8 **
Intellect/santé mentale seulement	14,6 **
Motricité et communication	2,5 **
Motricité et intellect/santé mentale	21,6 *
Communication et intellect/santé mentale	18,1 **
Motricité, communication et intellect/santé mentale	11,0 **
Total avec incapacité	6,9
Sans incapacité	3,3

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

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Le tableau 14.12 présente les proportions de personnes suicidaires avec ou sans incapacité ayant envisagé un moyen spécifique pour mettre fin à leurs jours et, le cas échéant, les moyens envisagés. Les données ne permettent pas d'établir de différence significative entre les personnes avec ou sans incapacité quant à la planification de leur geste suicidaire. Près de 60 % des personnes avec incapacité rapportant au moins une idée suicidaire sérieuse dans l'année de référence disent avoir prévu un moyen pour mettre fin à leurs jours. Les cinq moyens les plus fréquemment envisagés par les individus avec ou sans incapacité sont les médicaments (50 %), l'arme à feu (28 %), un véhicule moteur (27 %), la pendaison (26 %) et se couper les veines (26 %) (données non présentées). La pendaison et le saut sont plus fréquemment considérés par les personnes sans incapacité comparativement aux individus avec incapacité.

Tableau 14.12

Moyens envisagés¹ pour attenter à ses jours selon la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus ayant rapporté des idées suicidaires sérieuses au cours d'une période de 12 mois, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Au moins un moyen	63,8	58,9
Médicaments	56,4	46,9
Véhicule moteur	24,7 *	28,1
Arme à feu	23,9 *	29,3
Pendaison	18,1 *	29,2
Couper les veines	23,9 *	26,8
Gaz d'échappement	17,1 **	19,4 *
Saut	7,9 **	20,7
Drogue et alcool	14,2 **	15,8 *
Autres moyens	9,6 **	9,8 *

1. Une personne peut déclarer plus d'un moyen.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

14.2.2.2 Parasuicides

Les prévalences des parasuicides présentées ci-après doivent être interprétées avec beaucoup de prudence en raison du petit nombre de parasuicides observés. Faute d'effectifs suffisants, les résultats de cette section se limitent à des comparaisons globales entre les personnes avec et sans incapacité et aux comparaisons pour le sexe et l'âge.

Près d'une personne sur 100 de la population du Québec avec incapacité rapporte avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de 12 mois (tableau 14.13). Cette prévalence est supérieure à celle observée chez les personnes sans incapacité qui se situe à 4 sur 1 000. Faute d'effectifs suffisants, il n'a pas été possible de tester statistiquement cette association chez les hommes et les femmes séparément. Si les personnes de 15 à 24 ans sans incapacité présentent une plus forte prévalence de parasuicides que les 25 ans et plus (1,3 % c. 0,2 %), la différence observée entre les personnes

avec incapacité de 15 à 24 ans (3,5 %) et celles de 25 ans et plus (0,8 %) ne peut être testée en raison des faibles effectifs.

Tableau 14.13

Prévalence des parasuicides au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et la présence d'une incapacité, population de 15 ans et plus¹, Québec, 1998

	Avec incapacité	Sans incapacité
	%	
Hommes		
15-24 ans	0,7 **	1,0 **
25 ans et plus	0,9 **	0,3 **
Total	0,9 **	0,4 *
Femmes		
15-24 ans	5,8 **	1,7 **
25 ans et plus	0,8 **	0,1 **
Total	1,1 **	0,4 *
Sexes réunis		
15-24 ans	3,5 **	1,3 *
25 ans et plus	0,8 **	0,2 **
Total	1,0 **	0,4 *

1. La population de référence exclut les personnes n'ayant déclaré que des idées suicidaires.

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

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

Source : Institut de la statistique du Québec, *Enquête sur les limitations d'activités 1998*.

Sur l'ensemble des Québécois qui ont déclaré avoir posé un geste suicidaire, on observe que près de quatre personnes sur dix (38 %⁴) déclarent avoir été à l'urgence à la suite de cet événement. La différence observée entre les personnes avec ou sans incapacité à cet égard (45 % c. 35 %)⁴ n'est pas significative (données non présentées).

⁴ Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 % et doit être interprétée avec prudence.

Conclusion

Synthèse et pistes de recherche

Les résultats de l'enquête montrent que la proportion de personnes rapportant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique est plus élevée dans la population avec incapacité (28 %) que dans celle sans incapacité (18 %). Ces résultats sont concordants avec les conclusions d'autres études (Rodin et Voshart, 1986; Kaplan et autres, 1987; Katon, 1984; Kennedy et autres, 1990).

Les résultats de l'EQLA mettent aussi en évidence une association entre le niveau de détresse psychologique et la gravité de l'incapacité, les personnes ayant une incapacité modérée ou grave montrant un niveau élevé de détresse dans une plus grande proportion que celles ayant une incapacité légère. De plus, l'enquête révèle que près de la moitié (46 %) des personnes ayant une incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale se classent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. L'âge et le sexe sont aussi associés significativement à la présence d'un niveau élevé à cet indice. Chez les femmes âgées de 15 à 64 ans avec une incapacité grave, on observe une proportion particulièrement importante montrant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique (60 %).

Chez les personnes ayant une incapacité, l'indice de détresse psychologique ne varie pas significativement en fonction du niveau de scolarité. Une association significative est toutefois observée avec le niveau de revenu du ménage, un niveau élevé à l'indice étant plus fréquent chez les personnes de ménages pauvres ou très pauvres. Par ailleurs, comparativement aux personnes mariées, les célibataires ayant une incapacité rapportent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique dans une plus grande proportion. En outre, les données de l'EQLA mettent en évidence l'effet délétère d'un faible soutien social et de l'absence d'un

confident, en particulier chez les personnes ayant une incapacité.

Les personnes ayant une incapacité ont consulté pour des symptômes de détresse psychologique dans une proportion de 28 % comparativement à 13 % chez les personnes sans incapacité. Cependant, les personnes de 65 ans et plus ayant une incapacité ont consulté pour leurs symptômes dans une proportion beaucoup plus faible que les personnes de 15 à 64 ans (14 % c. 33 %). Celles avec incapacité qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique ont consulté dans une plus grande proportion que les personnes dont le niveau est bas ou moyen (44 % c. 19 %). Quant à la consommation de médicaments psychotropes, les personnes ayant une incapacité rapportent avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères, au cours des deux jours de référence, dans une proportion beaucoup plus grande que les personnes sans incapacité (17 % c. 2,9 %). Chez les personnes de 65 ans et plus avec incapacité, la proportion de personnes rapportant avoir consommé des tranquillisants, sédatifs ou somnifères est plus élevée (23 %) que celle observée chez les 15-64 ans (14 %). Les données de l'EQLA montrent aussi que chez les personnes ayant une incapacité, la consommation de tranquillisants, sédatifs ou somnifères est associée à la présence de conséquences sur la fonctionnalité sociale.

Les prévalences de l'idéation suicidaire comparées dans cette étude démontrent que les Québécois avec incapacité sont plus nombreux (6,9 %) à rapporter des idées suicidaires sérieuses au cours de l'année de référence que ceux n'ayant aucune incapacité (3,3 %). Comme pour l'ensemble de la population sans incapacité, les analyses ne permettent pas de mettre en évidence de différence quant aux prévalences d'idées suicidaires entre les hommes et les femmes avec incapacité.

Mais, lorsque nous analysons chacun des niveaux de gravité de l'incapacité, il est possible de constater que

les femmes avec une incapacité grave rapportent avoir pensé au suicide dans une plus forte proportion que les hommes ayant le même niveau d'incapacité. Par ailleurs, les personnes de 25 ans et plus avec incapacité rapportent plus souvent des idées suicidaires sérieuses que les personnes de ce groupe d'âge exemptes d'incapacités. Ce constat est aussi valable pour les hommes et les femmes considérés séparément.

L'étude permet aussi de voir que, chez les personnes avec incapacité, les prévalences de l'idéation suicidaire ne varient pas aléatoirement, mais sont plus élevées pour certains groupes possédant des caractéristiques sociodémographiques ou sociales particulières. Les célibataires et les personnes de ménages très pauvres ou pauvres rapportent plus souvent des idées de suicide sérieuses. De plus, les personnes avec incapacité isolées socialement (avec un faible niveau de soutien social, sans amis ou sans confident, peu satisfaites de leur vie sociale) rapportent, elles aussi, plus souvent avoir pensé à mettre fin à leurs jours. Ces variables sont reconnues comme des facteurs de risque du suicide complété, et semblent donc de bons indicateurs du risque suicidaire chez les personnes avec incapacité. Ces caractéristiques des personnes avec incapacité devraient faire l'objet d'attentions particulières.

Lorsque les personnes avec incapacité sont comparées aux Québécois sans incapacité, il est permis de constater que les premières rapportent plus souvent avoir eu une idéation suicidaire que les deuxièmes, quel que soit le niveau de scolarité ou le niveau de revenu. Par ailleurs, les données supportent l'hypothèse que les personnes avec incapacité isolées socialement seraient encore plus à risque que les personnes isolées sans incapacité.

Chez les personnes avec incapacité, la prévalence d'idées suicidaires sérieuses varie inversement avec les perceptions des états de santé physique et mentale et avec le niveau de détresse psychologique. Un cas marquant est celui de la détresse psychologique. La

prévalence de l'idéation suicidaire sérieuse est de 21 % chez les personnes présentant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique, contre 2,0 % chez celles dont le niveau à cet indice est bas ou moyen. Ainsi, les personnes avec incapacité ayant une mauvaise perception de leur santé physique (9 % c. 5 %) ou mentale (24 % c. 3,8 %) et celles dans la catégorie élevée de l'indice de détresse psychologique (21 % c. 2,0 %) semblent plus à risque au niveau de l'idéation suicidaire que celles qui présentent les caractéristiques inverses.

Une personne avec incapacité sur cinq ayant un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique rapporte avoir pensé sérieusement à se suicider. Cette prévalence contraste avec celle observée (12 %) dans l'ensemble de la population sans incapacité. Par ailleurs, les personnes avec incapacité jugeant leur santé physique ou mentale comme excellente, très bonne ou bonne rapportent plus souvent une idéation suicidaire sérieuse que les personnes sans incapacité jugeant leur santé de la même façon.

Quant à la planification de l'acte suicidaire lors de l'idéation, les données de l'enquête ne permettent pas d'affirmer que les personnes avec incapacité diffèrent des personnes sans incapacité. Il est cependant utile de rappeler que plus de six personnes suicidaires sur dix affirment avoir envisagé un moyen spécifique pour passer à l'acte. Il faut aussi prendre note que les moyens envisagés, selon les circonstances, peuvent être létaux, suggérant ainsi que, pour une proportion non négligeable de personnes rapportant de telles idées, ces ruminations seraient très sérieuses.

L'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale, seule ou en cooccurrence avec l'incapacité motrice, regroupe davantage de personnes qui ont pensé au suicide que n'en regroupent l'incapacité motrice seulement, l'incapacité liée à la communication seulement, ou ces deux types d'incapacité combinés. Notons cependant que l'incapacité liée aux activités

intellectuelles ou à la santé mentale correspond, du moins en partie, à la mesure de la détresse psychologique. D'autres analyses sont nécessaires pour éclaircir cette relation.

L'analyse des parasuicides a été fortement limitée par la faible taille des effectifs impliqués. Néanmoins, l'étude révèle une association entre la présence d'une incapacité et le parasuicide. Les personnes avec incapacité seraient plus suicidaires. Faute d'effectifs suffisants, il n'a pas été possible de tester statistiquement cette association chez les hommes et les femmes séparément.

Que l'on ait une incapacité ou non, environ quatre personnes parasuicidaires sur dix (donnée imprécise) déclarent avoir été à l'urgence à la suite de leur tentative de suicide commise au cours de l'année de référence. Selon ce constat, il est proposé que ce lieu soit un endroit à privilégier pour la prévention de la récurrence.

Les résultats présentés dans ce rapport doivent être interprétés avec une certaine prudence. En effet, les résultats sont limités par le fait qu'il s'agit d'une étude transversale où l'antériorité des événements étudiés ne peut pas être déterminée précisément, limitant ainsi notre capacité d'interpréter la direction des associations qui ont été observées. Par ailleurs, les analyses des idées suicidaires et surtout des parasuicides ont été limitées par la taille des effectifs disponibles. Malgré l'importance de l'échantillon de base, le parasuicide est un événement relativement rare et les effectifs diminuent rapidement lorsqu'on s'intéresse par exemple à la gravité de l'incapacité. Il faut donc rappeler que plusieurs des estimations de prévalence d'idées suicidaires ou de parasuicides rapportées ici sont instables et doivent être interprétées avec circonspection. Par ailleurs, le suicide est une problématique très complexe car, comme nous l'avons constaté, plusieurs variables sociodémographiques, sociales et sanitaires y sont associées. Dans certains cas, les réalités couvertes par les variables peuvent être très similaires. On pense, entre autres, à

l'incapacité liée aux activités intellectuelles ou à la santé mentale et au niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Il est donc recommandé de poursuivre ces analyses avec des techniques statistiques multivariées. Comme on a pu le constater, nous possédons peu de données nous permettant de comparer les résultats de cette recherche. Il est donc difficile d'établir les particularités de la situation québécoise quant au profil suicidaire des personnes avec incapacité. Il faut aussi noter que nous n'avons pas de données spécifiques sur l'incidence du suicide complété chez les personnes avec incapacité. Il est donc impossible d'établir, par exemple, le ratio entre le suicide et le parasuicide. Enfin, il est très important de souligner que les personnes avec des idées suicidaires, celles posant des gestes suicidaires sérieux et celles décédant par suicide forment des populations fort distinctes. Ainsi, bien que la tentative de suicide constitue l'un des meilleurs prédicteurs du suicide complété, il n'en demeure pas moins que la population des personnes qui se sont suicidées est très particulière.

Éléments de réflexion pour la planification et l'intervention

Cette étude nous amène à deux principales conclusions. La première est liée au fait que les personnes présentant une incapacité sont davantage à risque d'être incluses dans le niveau élevé de détresse psychologique. Ce résultat suggère que l'entourage et les intervenants travaillant auprès de cette population peuvent jouer un rôle important de prévention des conséquences de ces problèmes en portant une plus grande attention aux symptômes de la détresse psychologique. La deuxième conclusion est liée au fait que les personnes se percevant en mauvaise santé mentale présentent un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique dans une proportion de plus de 65 % et au fait que la satisfaction quant à la vie sociale est un prédicteur additionnel important d'un niveau élevé à l'indice de détresse psychologique. Ces résultats suggèrent qu'une attention particulière soit accordée à ces simples indicateurs pour aider à identifier les personnes avec

incapacité qui présentent un haut risque de détresse psychologique élevée et d'idéation suicidaire.

Actuellement, les données disponibles ne permettent pas de bien évaluer la gravité des problèmes de détresse psychologique dans la population présentant une incapacité. Certaines informations concernant, entre autres, les conséquences de ces problèmes sur la fonctionnalité des personnes touchées sont nécessaires pour aider les responsables de la planification des services sociaux et de santé. Dans cette perspective, les prochaines enquêtes sociales et de santé au Québec devraient permettre de mieux documenter les

conséquences de la détresse psychologique sur la qualité de vie des personnes présentant une incapacité. En particulier, les futures enquêtes devraient permettre de mieux évaluer le besoin d'aide des personnes se situant à un niveau élevé de détresse psychologique.

Bibliographie

ABELES, R. P., H. C. GIFT, M. G. ORY (1994). *Aging and quality of life*, New York, Springer, Pub. Co., 371 p.

ARMENIAN, H. K., L. A. PRATT, J. GALLO et W. W. EATON (1998). « Psychopathology as a predictor of disability: a population-based follow-up study in Baltimore, Maryland », *American Journal of Epidemiology*, vol. 148, n° 3, p.269-275.

BERRY, J. M., M. STORANDT et A. COYNE (1984). « Age and sex differences in somatic complaints associated with depression », *Journal of Gerontology*, vol. 39, n° 4, p. 465-467.

BOLLA-WILSON, K., et M. L. BLEECKER (1989). « Absence of depression in elderly adults », *Journal of Gerontology*, vol. 44, n° 2, p. 53-55.

BOYER, R., M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ et P. VALOIS (1993). « La détresse psychologique dans la population non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'Enquête Santé Québec, Psychological distress in the general population : normative results from the Quebec Health Survey », *Journal canadien de psychiatrie*, vol. 38, n° 5, p. 339-343.

BOYER, R., M. PRÉVILLE, C. PERRAULT et G. LÉGARÉ (1992). « Épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires » dans *Les cahiers de recherche*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 62 p.

BOYER, R., et D. SAINT-LAURENT (2000). « Idées suicidaires et parasuicides » dans *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 355-367.

BOYER, R., M. PRÉVILLE et G. LÉGARÉ (1994a). « Santé mentale » dans *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*, Québec, Gouvernement du Québec, Santé Québec, chapitre 8.

BOYER, R., R. DUFOUR, M. PRÉVILLE et L. BUJOLD-BROWN (1994b). « Santé mentale » dans *Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik 1992*, tome 2, Québec, Gouvernement du Québec, Santé Québec, chapitre 11., p. 117-145.

BROWN, G. W., T. K. J. CRAIG et T. O. HARRIS (1985). « Depression: Distress or disease? Some epidemiological considerations », *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, p. 612-622.

CALLAHAN, C. M., F. D. WOLINSKY, T. E. STUMP, N. A. NIENABER, S. L. HUI et W. M. TIERNEY (1998). « Mortality, symptoms, and functional impairment in late-life depression », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 13, n° 11, p. 746-752.

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

DOBSON, K. S. (1985). « The relationship between anxiety and depression », *Clinical Psychology Review*, vol. 5, p. 307-324.

FERRARO, K. F. (1990). *Gerontology: perspectives and issues*, New York, Springer, Pub. Co., 381 p.

GOLD, J. R. (1990). « Levels of Depression » dans WOLMAN, B. B., et G. STRICKER (éd.). *Depressive Disorders: Facts, Theories, and Treatment Methods*, New York, John Wiley & Sons, chapitre 10, p. 203-228.

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

HARRIS, E. C., et B. BARRACLOUGH (1997). « Suicide as an outcome for mental disorders, A meta-analysis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, p. 205-228.

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

KAPLAN, G. A., R. E. ROBERTS, T. C. CAMACHO et J. C. COYNE (1987). « Psychosocial predictors of depression: prospective evidence from the Human Population Laboratory Studies », *American Journal of Epidemiology*, vol. 125, n° 2, p. 206-220.

KATON, W. (1984). « Depression: relationship to somatization and chronic medical illness », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 45, n° 3, sec. 2, p. 4-11.

KATON, W., R. REIS et A. KLEINMAN (1984). « The prevalence of somatization in primary care », *Comprehensive Psychiatry*, vol. 25, n° 2, p. 208-215.

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

KENNEDY, G. J., H. R. KELMAN et C. THOMAS (1990). « The emergence of depressive symptoms in late life: the importance of declining health and increasing disability », *Journal of Community Health*, vol. 15, n° 2, p. 93-104.

KERKHOF, A. J. F. M. et autres (éd.) (1994). *Attempted suicide in Europe: findings from the Multicentre Study on parasuicide by the WHO Regional Office for Europe*, Leiden, DSWO Press, Leiden University, 294 p.

KLERMAN, G. L., et M. M. WEISSMAN (1989). « Increasing rates of depression », *Journal of American Medical Association*, vol. 261, n° 15, p. 2229-2235.

KLERMAN, G. L. (1990). « The contemporary american scene: diagnosis and classification of mental disorders, alcoholism and drug abuse » dans SARTORIUS, N., A. JABLENSKY, D. A. REGIER, J. D. BURKE et R. HIRSCHFELD (éd.). *Sources and traditions of classification in psychiatry*, Toronto, Hogrefe & Huber Publishers, chapitre 4, p. 93-137.

KREITMAN, N., A. E. PHILIP, S. GREER et R. BAGLEY (1969). « Parasuicides », *British Journal of Psychiatry*, vol. 115, n° 2, p. 116-123.

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

LIPMAN, R. S., C. CHASE, K. RICKLES, L. COVI, L. R. DEROGATIS et E. H. UHLENHUTH (1969). « Factors of symptoms distress », *Archives of General Psychiatry*, vol. 21, p. 328-338.

MIROWSKY, J., et C. E. ROSS (1989a). « Social Causes of Psychological Distress » dans ROSSI, P. H., M. USEEM et J. D. WRIGHT (éd.). New York, Adline De Gruyter.

PENNINX, B. W., J. M. GURALNIK, L. FERRUCCI, E. M. SIMONSICK, D. J. DEEG et R. B. WALLACE (1998). « Depressive symptoms and physical decline in community-dwelling older persons », *JAMA*, vol. 279, n° 21, p. 1720-1726.

PRÉVILLE, M., R. BOYER, L. POTVIN, C. PERRAULT et G. LÉGARÉ (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'Enquête Santé Québec*, Cahier de recherche n° 7, Enquête Santé Québec 1987, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des

Services sociaux.

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

PRÉVILLE, M., L.POTVIN et R.BOYER (2000). « Effect of physical health status on responses to a psychological distress measure », *Canadian Journal on Aging*, vol. 19, n° 3, p. 363-379.

RODIN, G., et K. VOSHART (1986). « Depression in the medically ill: an overview », *American Journal of Psychiatry*, vol. 143, n° 6, p. 696-705.

SAINT-LAURENT, D., et S. TENNINA (2000). *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Direction des communications, Ministère de la Santé et des Services sociaux, 59 p.

TURNER, R. J., et S. NOH (1988). « Physical disability and depression: a longitudinal analysis », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 29, n° 1, p. 23-37.

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

VASSEND, O. (1989). « Dimensions of negative affectivity, self-reported somatic symptoms, and health-related behaviors », *Social Science and Medicine*, vol. 28, n° 1, p. 29-36.

WATSON, D., et P.C.KENDALL (1989). « Understanding anxiety and depression: Their relation to negative and positive affective states » dans KENDALL, P. C., et D. WATSON (éd.). *Anxiety and Depression: Distinctive and Overlapping Features*, New York, Academic Press, chapitre 1, p. 3-26.

WELLS, K. B., J. M. GOLDING et M. A. BURNAM (1988). « Psychiatric disorder in a sample of the general population with and without chronic medical condition », *American Journal of Psychiatry*, vol. 145, p. 976-981.

WILLIAMSON, G. M., et R. SCHULZ (1992). « Physical illness and symptoms of depression among elderly outpatients », *Psychology and Aging*, vol. 7, n° 3, p. 343-351.

