

www.stat.gouv.qc.ca
Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

**Troubles mentaux,
toxicomanie et
autres problèmes
liés à la santé mentale
chez les adultes québécois**

Enquête sur la santé dans les
collectivités canadiennes
(cycle 1.2)

Québec 

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
ISBN 978-2-550-53935-3 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-53936-0 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation expresse de l'Institut de la statistique du Québec.

Septembre 2008

Avant-propos

Les maladies mentales comptent parmi les maladies qui entraînent les plus lourdes charges pour la société en raison de l'incapacité qu'elles causent. La dépression majeure et les troubles liés à la consommation d'alcool font partie des six principales maladies à l'origine de l'incapacité. En plus d'être restreintes dans leurs activités, les personnes affectées sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, un Canadien sur dix de 15 ans et plus souffre de l'une ou l'autre des affections à l'étude (dépression, manie, agoraphobie, phobie sociale, trouble panique) ou d'une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites. Les données de cette enquête constituent une information précieuse qu'il importait de rendre plus accessible aux décideurs et autres intervenants québécois du domaine de la santé mentale, du bien-être et de l'adaptation sociale. L'Institut a mené la présente étude grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux et à la participation de plusieurs chercheurs dans un esprit de complémentarité des expertises.

Cette série de cinq brochures dresse un portrait de l'état de santé mentale des Québécois, le compare avec celui d'autres Canadiens et suggère des pistes pour de futures enquêtes de surveillance. Ces brochures traitent des thèmes suivants : les troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes de santé mentale; l'utilisation des services et la consommation de médicaments à des fins de santé mentale; le stress au travail en lien avec la santé mentale; et, finalement, une comparaison avec d'autres provinces quant aux principaux indicateurs. Il ne fait aucun doute que ces publications seront utiles aux personnes intéressées à la prévention et à la promotion en santé mentale et en adaptation sociale, à la surveillance en ce domaine ainsi qu'à l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Le directeur général,



Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « **qualité** » de l'Institut de la statistique du Québec.

Rédaction :

Sylvia Kairouz, Université Concordia et Centre de recherche Fernand-Seguin
Richard Boyer, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin
Louise Nadeau, Université de Montréal et Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec
Michel Perreault, Institut Douglas et Université McGill
Julie Fiset-Laniel, Université de Montréal

Avec la collaboration de :

Valériu Dumitru, Nathalie Plante et Jacinthe Aubin
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Brigitte Beauvais, à la vérification des données
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
Andrée Roy, à la mise en page

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé :

Daniel Tremblay

Étude subventionnée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : 514 873-4749
Télécopieur : 514 864-9919
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée :

KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAU et J. Fiset-Laniel (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette brochure sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

Tous les résultats apparaissant dans cette brochure ont été pondérés à moins d'avis contraire.

Signes conventionnels :

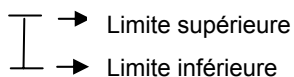
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- Donnée infime
- Taille de l'échantillon trop petite, risque de divulgation

Abréviations :

- IC Intervalle de confiance
- k En milliers
- Pe Population estimée
- RC Rapport de cotes

Intervalle de confiance à 95 % (présenté dans les figures):

Proportion (%)



Remerciements

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être des Québécois est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes. Nous remercions d'abord le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a financé le projet. Plusieurs personnes ont aussi généreusement contribué à sa réalisation, en donnant de leur temps et de leur expertise. Un grand merci aux membres du comité d'orientation et de suivi du projet :

- Lise Dunnigan, Direction générale de santé publique, MSSS;
- Jacques Rhéaume, Direction de la santé mentale, MSSS;
- Guylaine Doré et Stéphane Tremblay, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, MSSS;
- Richard Boyer, Centre de recherche Fernand-Seguin.

Merci également aux lecteurs externes :

- Louise Fournier, Institut national de santé publique du Québec;
- Louis Lemay, Association québécoise de prévention du suicide;
- Michel Tousignant, Université du Québec à Montréal et Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie.

Nous remercions, de plus, Ronald G. Gravel de la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada qui a partagé, avec le comité et les auteurs, sa connaissance de l'enquête.

À l'ISQ, des collègues ont collaboré de diverses façons, toutes appréciées. Entre autres, Nathalie Plante a assuré une continuité dans la démarche méthodologique alors que Valériu Dumitru et Brigitte Beauvais ont accompli un travail considérable de traitement et de vérification des données et Andrée Roy, de mise en page.



Jacinthe Aubin
Chargée de projet

Table des matières

Introduction	13
Aspects méthodologiques	17
Exploitation des données québécoises	17
Précision des estimations	17
Méthodes d'analyse	17
Définition des indicateurs	19
Troubles mentaux, jeu pathologique et suicide	23
Ensemble des troubles de l'humeur et troubles anxieux	23
Troubles de l'humeur	23
Troubles anxieux.....	25
Jeux de hasard et d'argent	30
Pensées suicidaires et tentative de suicide	31
Consommation d'alcool et de substances illicites	37
Consommation d'alcool.....	37
Consommation de substances illicites	39
Polyusage d'alcool et de substances illicites.....	41
Comorbidité des troubles mentaux et de l'usage de psychotropes	45
Troubles de l'humeur, troubles anxieux et consommation d'alcool	45
Troubles de l'humeur, troubles anxieux et usage du cannabis et d'autres substances illicites	45
Discussion	49
Conclusion	53
Bibliographie	55
Annexe 1 - Troubles alimentaires	59
Annexe 2 - Modèles de régression logistique	61

Liste des tableaux et des figures

TABLEAUX

1.	Prévalence de la dépression majeure, de la manie et d'au moins un trouble de l'humeur au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	26
2.	Prévalence du trouble panique, de la phobie sociale, de l'agoraphobie et d'au moins un trouble anxieux au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	26
3.	Type de joueurs au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	30
4.	Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, au cours de la vie et sur 12 mois, de la dépendance à l'alcool, de la dépendance à des substances illicites et des joueurs à risque modéré ou pathologiques au cours d'une période de 12 mois selon la présence de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	35
5.	Type de buveurs selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	37
6.	Usage du cannabis et de substances illicites au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	39
7.	Fréquence d'usage du cannabis au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	40
8.	Usage de diverses substances illicites au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	41
9.	Polyusage de substances psychoactives au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	42
A.1	Modèles de régression logistique sur les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et au moins un de ces troubles, au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	61
A.2	Modèles de régression logistique sur chacun des troubles mentaux au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	62
A.3	Modèles de régression logistique sur les pensées suicidaires et la tentative de suicide au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	63
A.4	Modèles de régression logistique sur la consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois, la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	64
A.5	Modèles de régression logistique sur l'usage du cannabis, l'usage de substances illicites au cours de la vie et sur 12 mois, et la dépendance à ces substances (12 mois), population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	65

<p>A.6 Modèles de régression logistique sur le polyusage de substances psycho-actives au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002..... 66</p> <p>A.7 Prévalence de la dépendance à l'alcool, de l'usage du cannabis, de l'usage de substances illicites et de la dépendance à des substances illicites selon la présence ou l'absence d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002..... 67</p>	<p>5. Prévalence de la dépendance à l'alcool, de l'usage du cannabis, de l'usage et de la dépendance à des substances illicites selon la présence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002 46</p>
--	--

FIGURES

<p>1. Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002..... 24</p> <p>2. Prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002..... 32</p> <p>3. Prévalence d'une tentative de suicide au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002..... 33</p> <p>4. Consommation excessive d'alcool, dépendance à l'alcool et troubles causés par l'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002..... 38</p>

Introduction

Cette brochure dresse un portrait de l'état de santé mentale de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé au Québec en 2002, à partir des résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2* (ESCC). Elle comprend trois sections. La première section présente la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles anxieux, les troubles mentaux retenus dans l'enquête, et aborde la question des jeux de hasard et d'argent ainsi que des pensées suicidaires et tentative de suicide. La seconde s'intéresse aux modèles de consommation de l'alcool et des drogues et aux troubles liés à la consommation de ces substances (alcool, cannabis et autres substances illicites). La dernière section examine la comorbidité¹ dans la population. Il faut rappeler que les personnes qui présentent un ou plusieurs troubles mentaux ont de la difficulté à se réaliser et rencontrent souvent des problèmes dans plusieurs sphères de leur vie. Elles ont aussi plus de difficultés à faire face à l'adversité. Tout cela les rend particulièrement vulnérables et souffrantes.

Les résultats de l'ESCC (cycle 1.2) rapportés dans cette brochure permettent de mesurer la prévalence des troubles mentaux au Québec et d'estimer le nombre de cas dans la population en 2002. La mesure utilisée, le *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Kessler et autres, 1998), est l'instrument standard sur le plan international qui permet de situer le Québec et le Canada par rapport aux nombreux pays qui ont mené des enquêtes comparables. Le CIDI a en effet été utilisé dans la *European Study of the Epidemiology of Mental Disorders* (Belgique, France, Allemagne, Italie, Espagne et Pays Bas, ainsi que Nigeria, Éthiopie, Finlande, Norvège, Australie, Nouvelle-Zélande, Japon, Chine, entre autres). Les résultats qui suivent pourront donc être comparés avec ceux déjà publiés et ceux à venir ayant recours à cette mesure. Cette perspective populationnelle montre la santé mentale des Québécois sous un nouveau jour et, pour la première fois, fait sortir de l'ombre les

situations vécues par certains Québécois aux prises avec d'importantes souffrances psychologiques.

Résultats d'enquêtes précédentes menées à l'étranger

Depuis 1990, l'Organisation mondiale de la santé, la Banque mondiale et la Harvard School of Public Health mènent des travaux pour évaluer le fardeau associé à chaque maladie² (*burden of disease*) (Lopez et autres, 2006; Murray et Lopez, 1996). L'évaluation du fardeau des troubles mentaux sur la santé et la productivité a permis de mettre en évidence les coûts socio-économiques liés à ces troubles. Ainsi, à partir de données américaines de 1990 (U.S. Department of Health and Human Services, 1999), on estimait que les troubles mentaux, incluant le suicide, représentaient 15,4 % de tout le fardeau, précédés en cela seulement par l'ensemble des maladies cardio-vasculaires (18,6 %) et suivis par l'ensemble des cancers (15,0 %). Dans cette étude, la consommation d'alcool arrivait au cinquième rang de la liste avec 4,7 % du fardeau et la consommation de drogues, au septième rang, avec 1,5 %. Il faut donc comprendre que les taux de prévalence présentés dans ce document se traduisent non seulement par une souffrance importante pour les individus, mais aussi par des coûts sociaux et économiques substantiels pour la société.

Les premières enquêtes populationnelles évaluant les troubles mentaux ont débuté aux États-Unis en 1980. Ces études ont permis de mettre au point une première mesure standardisée des diagnostics psychiatriques pouvant être utilisée dans de telles enquêtes et de procéder à une analyse populationnelle des besoins en services. Dans la *Epidemiologic Catchment Area Survey of Mental Disorders* (Regier et autres, 1984; Robins et Regier, 1991),

1. Le terme comorbidité est utilisé ici dans le sens de cooccurrence.

2. Le fardeau de la maladie peut être considéré comme la différence entre l'état de santé d'une population à un moment donné et une situation idéale où chaque personne atteindrait un âge avancé en bonne santé. La différence peut être mesurée, entre autres, en années de vie en bonne santé.

une première évaluation de la comorbidité dans la population a été faite, où l'on signalait le risque accru de présenter un autre trouble lorsqu'un diagnostic psychiatrique avait déjà été posé (Helzer et Pryzbeck, 1988). La *National Comorbidity Study* a fait ressortir que la comorbidité est associée à une demande plus fréquente de services, les cas les plus lourds étant plus susceptibles de consulter (Kessler et autres, 1996). L'étude la plus récente – la *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions* – a été élaborée dans le but d'estimer les troubles cooccurrents à l'aide des critères du DSM-IV. Les résultats de cette étude sont multiples (National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism, 2007). Rappelons ici les résultats de cette étude américaine qui ont pour objet les troubles mesurés dans l'ESCC (cycle 1.2).

En 2001-2002, dans la population de 18 ans et plus vivant en ménage privé et résidant aux États-Unis, dans le district Columbia, incluant l'Alaska et Hawaii, les taux de prévalence pour la dépression majeure, au cours des douze mois précédant l'enquête et à vie, sont respectivement de 5,3 % et 13,2 %. Les groupes les plus à risque sont les femmes – un résultat qui confirme ce qui a été observé dans les études antérieures – les autochtones américains, les personnes âgées entre 30 et 44 ans, les personnes veuves, séparées ou divorcées, ainsi que celles disposant d'un faible revenu. Pour les douze mois précédant l'enquête ou à vie, la dépression majeure est significativement associée à la dépendance à l'alcool, au trouble panique ou à l'anxiété généralisée de même qu'à plusieurs troubles de la personnalité (Hasin et autres, 2005).

En ce qui a trait à l'anxiété sociale, les taux de prévalence respectifs pour les deux périodes de référence sont de 2,8 % et 5 %. Être autochtone, être jeune et avoir un revenu inférieur à la moyenne constituent des caractéristiques qui augmentent le risque de présenter ce trouble. L'anxiété sociale est associée aux troubles concomitants suivants : autres formes d'anxiété et troubles de la personnalité (Grant et autres, 2005).

Les taux de prévalence de l'abus et de la dépendance à l'alcool sont respectivement de

4,7 % et de 3,8 % au cours des douze mois précédant l'enquête (Grant et autres, 2004). Les taux d'abus et de dépendance aux drogues atteignent respectivement 1,4 % et 0,6 % au cours de la même période. Ces taux sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes et les jeunes sont surreprésentés par rapport aux personnes plus âgées. En examinant les troubles mentaux concomitants sur l'année précédant l'enquête, trois patrons se dessinent. Le groupe consommant des drogues mais sans trouble lié à l'alcool et le groupe présentant ces deux problèmes sont plus susceptibles de présenter également des troubles de l'humeur et de l'anxiété en comparaison du groupe dont le seul problème est un trouble lié à l'alcool. Aucune différence significative en matière de comorbidité n'est toutefois observée entre les groupes « drogues » et « alcool et drogues » (Stinson et autres, 2005).

Le taux de prévalence à vie du jeu pathologique est estimé à 0,4 %, le nombre de joueurs pathologiques étant trop petit pour établir le taux sur les douze mois précédant l'enquête. Par ailleurs, des liens significatifs avec plusieurs autres diagnostics sont particulièrement marqués chez ces cas de jeu pathologique au cours de la vie. Ainsi, près des trois quarts des joueurs pathologiques à vie ont également un trouble lié à l'alcool (73,2 %); 38,1 % affichent un trouble lié aux drogues; 49,6 % présentent un trouble de l'humeur, 41,3 %, un trouble anxieux et 60,8 %, un trouble de la personnalité (Petry et autres, 2005).

Rappelons maintenant quelques résultats d'études québécoises. Au Québec, la première étude sur les troubles mentaux chez les adultes visait la population montréalaise (Fournier et autres, 2002) et rapporte une prévalence de 19 % des troubles de l'humeur au cours de la vie et de 5 % sur douze mois. Quant aux troubles anxieux, la prévalence s'élève à 13 % au cours de la vie et à 6 % pour une période de douze mois.

Entre 1987 et 1998, l'*Enquête sociale et de santé* (ESS) a permis de suivre, chez les Québécois de 15 ans et plus, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que les pensées suicidaires et tentative de suicide. En 1998, 3,9 % de la population visée déclarait avoir eu des pensées

suicidaires au cours de l'année précédente (Boyer et autres, 2000). Par ailleurs, 81 % de la population visée se classe dans la catégorie buveurs actuels; parmi ces derniers, 29 % avaient consommé de façon élevée (5 consommations et plus en une seule occasion) cinq fois ou plus dans l'année. De plus, 17 % de la population déclare avoir consommé une ou plusieurs drogues au cours de l'année de référence, dont 10 % de la marijuana seulement et 7 %, cette dernière drogue et une autre (Chevalier et Lemoine, 2000, 2000a). Le polyusage d'alcool et de drogues a également été examiné dans l'ESS. Cependant, l'intérêt de l'ESCC (cycle 1.2) est de pouvoir examiner ces problèmes en lien avec les troubles mentaux.

Les troubles mentaux concomitants, notamment ceux associant les troubles liés aux substances et les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ou les troubles de la personnalité constituent un objet de préoccupations sur le plan clinique et sur celui de la santé publique. Des efforts considérables ont été consentis pour comprendre la nature des liens entre les troubles liés aux substances et les autres troubles mentaux et pour déterminer quels sont les types de traitement les plus appropriés (Nadeau, 2001; Ross, 1995; Santé Canada, 2002). Les patients présentant des troubles concomitants sont un sujet d'inquiétude parce qu'il est plus difficile de les maintenir sous traitement : ils quittent le traitement prématurément, de façon plus hâtive que les patients avec un seul diagnostic, et les traitements ont sur eux une efficacité réduite. Ces abandons ont été expliqués, entre autres, par les difficultés de ces patients à s'engager dans le traitement et à établir une alliance thérapeutique. En raison de ces difficultés, plusieurs programmes de traitement intégré ont été mis en place dans les pays ayant une économie de marché. C'est le cas dans plusieurs régions du Québec (Santé mentale au Québec, 2001). Cette brochure présente, entre autres, le nombre de cas de comorbidité dans la population québécoise. Avant de présenter les résultats relatifs aux troubles mentaux, à la toxicomanie et aux autres problèmes liés à la santé mentale, les aspects méthodologiques de l'étude québécoise et de l'enquête de Statistique Canada sont décrits. Une discussion et une conclusion viendront compléter ce portrait de la santé

mentale des Québécois. Suivent, en annexe, la description des résultats relatifs aux troubles alimentaires et la présentation des modèles de régression se rapportant à plusieurs indicateurs.

Aspects méthodologiques

La population cible et les autres aspects relatifs aux méthodes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2) sont décrits dans l'encadré à la page suivante. La première brochure de la présente série (Plante et autres, 2008) et d'autres publications (Gravel et Béland, 2005; Statistique Canada, 2004, 2006) peuvent être consultées pour connaître les détails de la base et du plan de sondage de même que de l'ensemble des procédures d'enquête.

Exploitation des données québécoises

Pour l'analyse des données québécoises, le fichier de partage avec le Québec est utilisé; il contient les réponses de 95 % des répondants (5 047). La pondération a été ajustée pour tenir compte de la non-réponse additionnelle due au refus de partage des données. L'avantage de ce fichier est qu'il est accompagné de poids *bootstrap* qui peuvent être utilisés pour estimer la précision en tenant compte du plan de sondage à l'aide du logiciel SUDAAN. Les données sont représentatives à l'échelle provinciale seulement.

Toutes les estimations sont pondérées. La pondération tient compte de la probabilité de sélection, de la non-réponse et de la distribution âge-sexe de la population. L'effet du plan de sondage sur la précision des estimations est également pris en compte.

Précision des estimations

Deux méthodes sont utilisées pour évaluer la précision des estimations, soit l'intervalle de confiance (IC) à 95 % et le coefficient de variation (CV). Pour un niveau de confiance de 95 %, l'intervalle de confiance signifie que si l'on tirait un échantillon de la population visée un grand nombre de fois selon le même plan de sondage, alors 95 % des échantillons sélectionnés fourniraient un intervalle de confiance contenant la vraie valeur du paramètre concernant la population visée (ex. : la prévalence). L'intervalle de confiance peut être utilisé pour apprécier la précision d'une estimation ainsi que les écarts entre divers sous-groupes.

Le CV est le rapport, en pourcentage, de l'erreur-type d'une estimation sur la valeur de l'estimation elle-même. Des astérisques sont utilisés comme mise en garde lorsque le CV est supérieur à 15 %. Une estimation dont le CV se situe entre 15 % et 25 % est accompagnée d'un seul astérisque et appelle une interprétation prudente. Une estimation dont le CV est supérieur à 25 % est quant à elle identifiée par un double astérisque et ne doit être considérée qu'à titre indicatif; elle n'est présentée que lorsque l'intervalle de confiance s'y rapportant demeure informatif. Une estimation aussi imprécise est généralement associée à des prévalences très petites. Elle peut également résulter du fait qu'un grand nombre de sous-groupes est considéré (quatre groupes d'âge, par exemple), donnant lieu à une taille d'échantillon limitée pour certains sous-groupes.

Méthodes d'analyse

Dans le cadre de cette brochure, des analyses bivariées et multivariées ont été réalisées. Les analyses bivariées consistent en des croisements de variables d'intérêt avec des facteurs tels que le sexe, le groupe d'âge ou le revenu du ménage; les résultats sont exprimés sous forme de proportions (%). Le test du khi-deux a été utilisé pour la comparaison de proportions entre différents sous-groupes à partir d'un tableau de fréquences pondérées.

Les analyses multivariées permettent quant à elles de tenir compte simultanément de l'ensemble des facteurs étudiés (sexe, âge et revenu). On vérifie ainsi si la relation observée entre une variable dépendante et un facteur demeure significative lorsque l'on enlève l'effet des autres facteurs sur cette relation. Par exemple, une relation bivariée significative étant observée entre une variable dépendante et le revenu, le fait de considérer l'âge et le revenu simultanément dans un modèle pourrait mener à la conclusion qu'une fois l'âge pris en compte, on n'observe plus de relation significative avec le revenu. Cela signifierait que la relation bivariée observée avec le revenu était attribuable aux

différences de revenu selon l'âge. Les résultats des analyses multivariées, présentés en annexe, sont commentés dans le texte lorsqu'ils apportent un éclairage différent des analyses bivariées.

Pour les analyses multivariées, des modèles de régression logistique ont été ajustés, la variable dépendante étant généralement la présence ou l'absence de troubles et les variables explicatives étant le sexe, l'âge et le revenu du ménage. Les interactions entre le sexe et le revenu, d'une part, et entre le sexe et l'âge, d'autre part, ont d'abord été étudiées. Lorsque ces interactions n'étaient pas significatives, le modèle avec effets simples uniquement a été interprété. Les rapports de cotes (RC) présentés pour ces modèles sont ajustés afin de tenir compte de l'effet des autres variables explicatives présentes dans le modèle.

Un rapport de cotes ajusté est une statistique qui peut servir à évaluer si, toutes choses étant égales, un groupe donné (par exemple les hommes) est plus ou moins susceptible de présenter un trouble quelconque par rapport à un groupe de référence qui prend la valeur de 1,0 (par exemple les femmes). Un rapport de cotes égal à 1,0 signifie qu'il n'y a pas de différence entre les deux groupes quant à la probabilité de

présenter un trouble; un rapport de cotes significativement supérieur à 1,0 signifie que la probabilité de présenter un trouble est plus élevée dans le groupe d'intérêt comparativement au groupe de référence. Pour les troubles de prévalence faible (inférieure à 10 % dans tous les sous-groupes résultant du croisement des variables explicatives), le rapport de cotes peut être interprété comme un risque relatif. Autrement, le rapport de cotes surestime ce risque relatif. Dans ce cas, l'intérêt demeure l'interprétation du sens de la relation lorsque significative.

Tous les tests statistiques ont été effectués à un seuil de 5 %.

La population estimée (P_e) est présentée pour certains indicateurs. Il s'agit du nombre estimé de personnes dans la population, présenté en milliers (k), correspondant au numérateur d'une proportion. Par exemple, le tableau 3 indique que parmi les personnes de 15 ans et plus à l'étude, un total de 20,4 % sont des non-joueurs, ce qui correspond à 1 235 k ou 1 235 000 personnes. Cette estimation est corrigée pour la non-réponse partielle à la question.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)

Population cible : personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les dix provinces. Exclusions : personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur des terres de la Couronne, résidents des établissements, membres à temps plein des Forces canadiennes et habitants de certaines régions éloignées. L'enquête couvre environ 98 % de toute la population de 15 ans et plus vivant au Canada.

Base et plan de sondage : base aréolaire de l'Enquête sur la population active. Plan aléatoire stratifié à plusieurs degrés : aires géographiques, grappes de logements, ménages, sélection d'une personne par ménage.

Collecte de données : collecte de mai à novembre 2002 au moyen d'entrevues assistées par ordinateur, en personne principalement, d'une durée moyenne d'un peu moins de 70 minutes. Collecte téléphonique dans 14 % des cas (frais de déplacement excessifs ou refus du répondant pour l'entrevue en personne).

Questionnaire : nombreux sujets abordés : troubles mentaux (selon la liste du *World mental Health – Composite International Diagnostic Interview* [WMH-CIDI]), détresse psychologique, bien-être psychologique, stress, état général de santé, poids et taille, problèmes de santé chroniques, activité physique, limitation d'activités, services de santé mentale, consommation de médicaments, soutien social, stress au travail chez la population active, etc.

Répondants : au Canada, 36 984 personnes, taux de réponse (non pondéré) de 77 %; au Québec, 5 332 personnes, taux de réponse de 78 %.

Définition des indicateurs

Troubles mentaux

Les **troubles mentaux** retenus ont été mesurés par des sous-ensembles de questions du *World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI), modifiées pour les besoins de l'ESCC 1.2. Ils sont mesurés pour deux périodes : au cours de la vie et au cours des douze mois précédant l'enquête. Les algorithmes sont complexes; les définitions suivantes en donnent un aperçu. Il s'agit essentiellement des troubles de l'humeur (dépression majeure ou manie) et des troubles anxieux (trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie).

- *Dépression majeure (épisode dépressif majeur)*

Période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités normales, associée à au moins cinq des symptômes suivants : une réduction de l'énergie, un changement de sommeil ou de l'appétit, des difficultés à se concentrer ou un sentiment de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires. Ces symptômes n'étaient pas mieux expliqués par un deuil et entraînaient chez les personnes une altération de leur fonctionnement professionnel, social ou dans d'autres domaines importants.

- *Manie*

Période d'au moins une semaine, ou ayant entraîné l'hospitalisation, caractérisée par des sentiments exagérés de bien-être, d'énergie et de confiance en soi qui peuvent mener la personne à perdre la notion de la réalité. Les symptômes incluent la fuite des idées ou la sensation que les pensées défilent trop vite, l'augmentation de l'estime de soi, la réduction du besoin de sommeil, le désir de parler constamment et l'irritabilité. Ces symptômes entraînaient une altération du fonctionnement professionnel ou social des personnes ou l'existence de caractéristiques psychotiques.

- *Trouble panique ou attaque de panique*

Attaques récurrentes et inattendues de crainte intense et d'anxiété, en l'absence d'un vrai danger, accompagnées de symptômes physiologiques comme des palpitations, une douleur à la poitrine, une sensation d'étouffement ou de vertige, de la transpiration, des nausées ou une gêne abdominale, des tremblements, des bouffées de chaleur ou des frissons. Au moins une de ces attaques devait être suivie pendant un mois ou plus de la crainte d'en avoir d'autres, de préoccupations à propos de leurs conséquences, ou d'un changement de comportement important en relation avec ces attaques.

- *Phobie sociale*

Peur persistante, irrationnelle, de situations durant lesquelles la personne pourrait être observée attentivement et jugée par autrui, comme prendre la parole en public, manger en public ou utiliser des installations publiques. Les symptômes incluent l'évitement ou l'anticipation anxieuse des situations redoutées et des symptômes physiques tels que l'augmentation du rythme cardiaque, des nausées, la bouche sèche, des sueurs, des douleurs à la poitrine, des vertiges, des étourdissements et des attaques de panique. Ces symptômes entraînaient une altération du fonctionnement professionnel ou social des personnes ou de leurs relations avec autrui.

- *Agoraphobie*

Peur et évitement d'être dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours. Les situations redoutées incluent le fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, d'être sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture. Les situations peuvent être subies avec une détresse qui peut inclure des étourdissements, des sueurs, des douleurs à la poitrine, des nausées, un sentiment d'impuissance ou de détachement, ou un sentiment que le corps ou l'environnement n'est pas réel. L'agoraphobie peut s'accompagner d'un trouble panique.

Usage de substances et dépendance

Le **type de buveurs** est déterminé par les habitudes de consommation d'alcool du répondant.

- « Abstinents à vie » : répondants qui n'ont jamais consommé de boisson alcoolisée au cours de leur vie;
- « Anciens buveurs » : répondants qui ont consommé des boissons alcoolisées au cours de leur vie, mais pas au cours des douze derniers mois;
- « Buveurs occasionnels » : répondants qui ont consommé des boissons alcoolisées moins d'une fois par mois au cours des douze derniers mois;
- « Buveurs réguliers » : répondants qui ont consommé des boissons alcoolisées une fois par mois ou plus au cours des douze derniers mois.

La **consommation excessive d'alcool** est la consommation de cinq verres et plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois au cours des douze mois précédant l'enquête.

La **consommation de cannabis au cours de la vie** indique que le répondant a consommé, plus d'une fois, de la marijuana, du cannabis ou du haschich.

La **consommation de cannabis au cours des douze derniers mois** indique que le répondant a consommé de la marijuana, du cannabis ou du haschich plus d'une fois au cours des douze mois précédant l'enquête.

La **dépendance à l'alcool** ou la **dépendance aux substances illicites** se définit comme un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. La dépendance à l'alcool (ou aux substances illicites) se rapporte à la tolérance, l'état de manque ou la perte de contrôle ou à des problèmes sociaux ou physiques liés à leur consommation.

Dans l'ESCC (cycle 1.2), l'indice de dépendance à l'alcool et l'indice de dépendance aux drogues illicites sont fondés sur un sous-ensemble de questions tirées de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Kessler et autres, 1998). Les personnes qui obtiennent une cote égale ou supérieure à trois pour le questionnaire abrégé sont définies comme étant des cas probables de dépendance à l'alcool ou aux substances illicites. Un score positif n'inclut pas nécessairement le critère de la dépendance physique à l'alcool.

Les **troubles causés par l'alcool** sont les perturbations attribuées à la consommation d'alcool par rapport aux activités et aux responsabilités quotidiennes au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette variable évalue à quel point l'alcool a troublé de façon importante les activités quotidiennes (« tâches ménagères comme le ménage, faire les courses et s'occuper de la maison ou de l'appartement »), les activités professionnelles ou scolaires (« la capacité d'aller à l'école »; « la capacité de travailler à un emploi »), les activités sociales ou les relations personnelles (« la capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres »; « la vie sociale »).

L'**usage d'une substance illicite** se réfère à l'usage d'au moins une des sept substances illicites couvertes par l'enquête (cocaïne/crack, speed [amphétamine], MDMA [ecstasy], PCP/LSD, solvant/essence/colle, héroïne, stéroïde) au cours de la vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête.

Le **polyusage de substances psychoactives** se réfère à l'usage de plus d'une substance au cours des douze mois précédant l'enquête, soit : l'alcool, le cannabis et les autres substances illicites mesurées dans l'enquête (« aucune », « alcool », « substances illicites », « alcool et cannabis », « alcool et substances illicites [excluant le cannabis] », « alcool, cannabis et autres substances illicites »).

Jeu de hasard et d'argent

Le **type de joueurs** est basé sur l'indice de gravité du jeu pathologique (IGJP), une typologie créée à partir d'une version modifiée de l'indice canadien du jeu excessif (ICJE) (Ferris et Wynne, 2001), une mesure diagnostique de neuf items conçue pour la population générale. L'IGJP mesure la fréquence d'attitudes, comportements et problèmes reliés au jeu (0 « jamais »; 1 « quelquefois »; 2 « la plupart du temps »; 3 « presque toujours ») pour un score final variant entre 0 et 27.

Initialement, six catégories de joueurs avaient été définies :

- « Non-joueurs » : inclut les répondants qui n'ont parié ou dépensé de l'argent à aucune des 13 activités de jeu énumérées dans l'enquête;
- « Joueurs sans problème » (ou joueurs non pathologiques) : les répondants qui ont rapporté avoir participé 5 fois ou moins à chacune des 13 activités de jeu énumérées au cours des douze derniers mois. Pour cette catégorie de joueurs, les questions de l'indice de gravité ne sont pas posées et le score 0 est attribué. Sont aussi inclus les répondants aux questions de l'indice de gravité qui ont obtenu un score final de 0 (« jamais » partout).
- « Joueurs à faible risque » de développer un problème de jeu : les répondants ayant obtenu un score de 1 ou 2 à l'IGJP;
- « Joueurs à risque modéré » de développer un problème de jeu : les répondants ayant obtenu un score variant entre 3 et 7 à l'IGJP;
- « Joueurs pathologiques » : les répondants ayant obtenu un score supérieur ou égal à 8 à l'IGJP;
- « Non-parieurs » : les répondants qui déclarent se percevoir comme étant des non-joueurs. Toutefois, ces répondants peuvent avoir rapporté avoir joué au cours des douze mois précédant l'enquête.

En raison de la petite taille de l'échantillon, certaines catégories ont dû être regroupées pour les fins de l'analyse. Trois catégories de joueurs ont donc été finalement créées et définies de la façon suivante :

- « Non-joueurs » : les répondants qui n'ont rapporté aucune activité de jeu au cours des douze mois précédant l'enquête;
- « Joueurs sans problème ou à faible risque » de développer un problème de jeu : regroupe les répondants qui se considèrent comme étant des non-parieurs, les répondants qui ont rapporté avoir joué 5 fois ou moins au cours des douze mois précédant l'enquête sur l'ensemble des activités de jeu et ceux qui ont obtenu un score inférieur à 3 à l'IGJP;
- « Joueurs à risque modéré ou joueurs pathologiques » : les répondants ayant obtenu un score supérieur ou égal à 3 à l'IGJP.

Pensées suicidaires

La variable **pensées suicidaires** identifie les répondants qui ont sérieusement pensé se suicider au cours de la vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête³.

Caractéristique socio-économique

La variable **revenu du ménage** est une mesure de la capacité du revenu en quatre catégories basées sur le revenu total brut du ménage et le nombre de personnes vivant dans le ménage :

- « Revenu inférieur »
Moins de 15 000 \$ (1, 2 personnes)
Moins de 20 000 \$ (3, 4 personnes)
Moins de 30 000 \$ (5 personnes et plus)

3. En raison de problèmes techniques dans le cheminement des questions du module sur le suicide, la question demandant au répondant s'il avait pensé à se suicider au cours des douze derniers mois n'a pas été posée à 4,8 % de l'ensemble des répondants canadiens. Pour ces répondants, une procédure d'imputation a été utilisée pour attribuer les valeurs relatives aux pensées suicidaires sur une période de douze mois. Ce problème a également été rencontré à la question demandant au répondant s'il avait fait une tentative de suicide au cours des douze derniers mois. Cet estimé a été également corrigé par une procédure d'imputation.

- « Revenu moyen inférieur »
 - De 15 000 \$ à 29 999 \$ (1, 2 personnes)
 - De 20 000 \$ à 39 999 \$ (3, 4 personnes)
 - De 30 000 \$ à 59 999 \$ (5 personnes et plus)

- « Revenu moyen supérieur »
 - De 30 000 \$ à 59 999 \$ (1, 2 personnes)
 - De 40 000 \$ à 79 999 \$ (3, 4 personnes)
 - De 60 000 \$ à 79 999 \$ (5 personnes et plus)

- « Revenu supérieur »
 - 60 000 \$ et plus (1, 2 personnes)
 - 80 000 \$ et plus (3 personnes et plus).

Troubles mentaux, jeu pathologique et suicide

Ensemble des troubles de l'humeur et troubles anxieux

En 2002, un peu plus d'un Québécois sur cinq (23 %) a présenté au moins un trouble mental au cours de sa vie, parmi la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé (figure 1), considérant l'ensemble des troubles de l'humeur (dépression majeure et manie) et des troubles anxieux (trouble panique, phobie sociale et agoraphobie) mesurés dans l'enquête. Cette proportion représente plus de 1,3 million de Québécois. Un peu plus du quart des femmes québécoises âgées de 15 ans et plus (27 %) ont souffert de l'une ou l'autre de ces psychopathologies au cours de leur vie, une proportion significativement supérieure à celle observée chez les hommes (18 %), du moins chez les 15-64 ans. La prévalence de l'ensemble de ces troubles chez les aînés (12 %) est significativement inférieure à celle observée dans les autres groupes d'âge, soit 23 % chez les 15-24 ans et 25 % chez les 25-64 ans. La prévalence est également associée au revenu, variant de 21 % dans le groupe à revenu supérieur, à 29 % dans celui à revenu inférieur⁴. Les analyses multivariées tenant compte simultanément de l'âge, du sexe et du revenu confirment ces relations (tableau A.1).

Lorsqu'on considère la période des douze mois précédant l'enquête, on constate que 8 % de la population a présenté au moins un des cinq troubles mesurés. Cette estimation représente près d'un demi-million de résidants du Québec âgés de 15 ans et plus. Ces troubles sont rapportés dans une proportion plus élevée par les femmes (11 %) comparativement aux hommes (6 %) et par les plus jeunes (13 % chez les 15-24 ans) comparativement aux plus âgés (8 % chez les 25-64 ans; 3,3 % chez les 65 ans et plus). De plus, les personnes de ménages à revenu inférieur se distinguent de celles à revenu supérieur (15 % c. 6 %).

Les analyses multivariées révèlent que, comparativement aux personnes dont le revenu est supérieur, les personnes de chacune des autres catégories de revenu ont plus de chances de présenter l'un de ces troubles au cours des douze mois précédant l'enquête (inférieur, RC = 3,1; moyen inférieur, RC = 1,8; moyen supérieur, RC = 1,7) (tableau A.1).

Troubles de l'humeur

Au total, 15 % de la population de 15 ans et plus a présenté au moins un trouble de l'humeur (dépression majeure et manie) au cours de sa vie (tableau 1). Cette estimation représente près de 916 000 résidants du Québec de ce groupe d'âge. La prévalence des troubles de l'humeur est plus élevée chez les femmes (19 %) que chez les hommes (12 %). Elle est également plus élevée dans le groupe d'âge intermédiaire que chez les aînés.

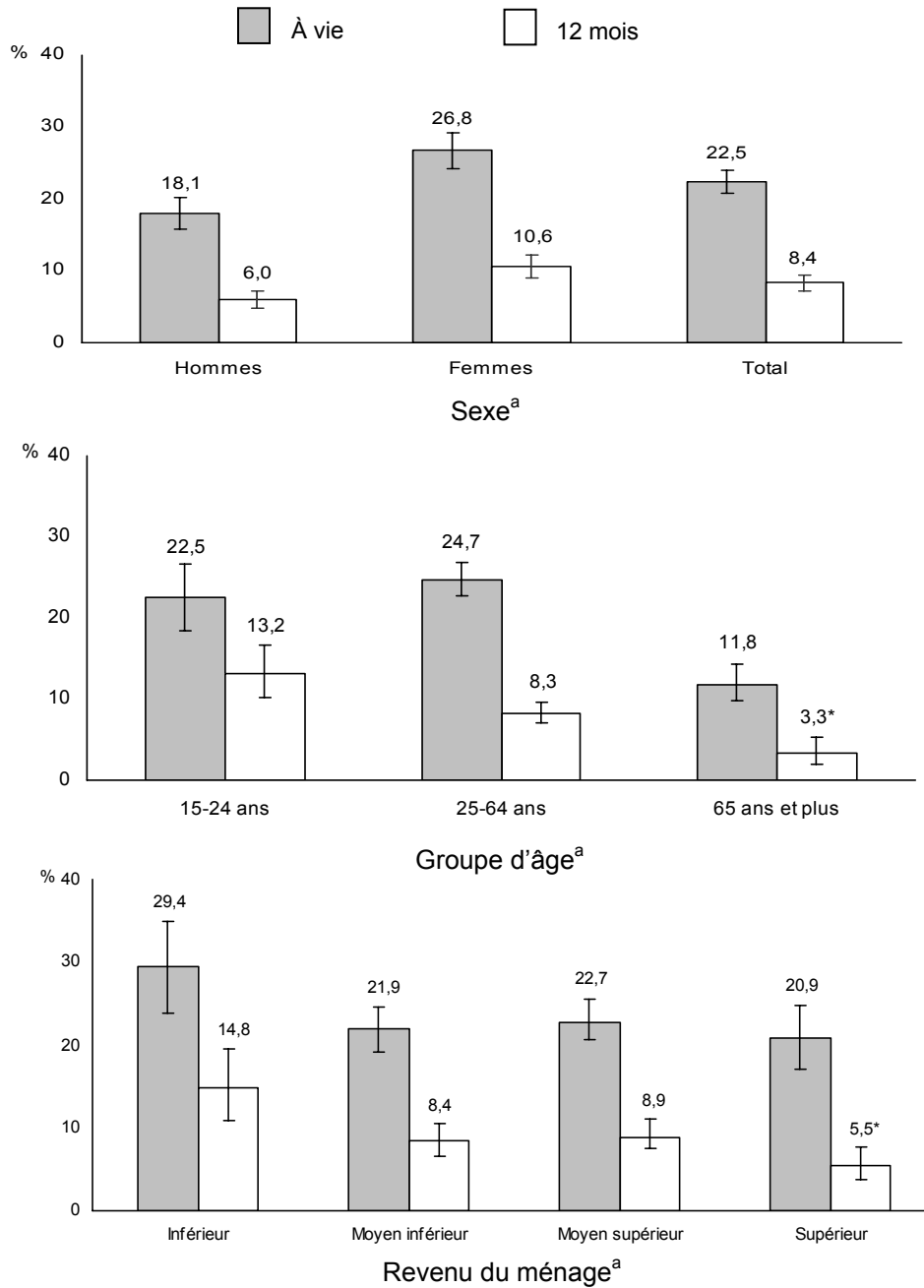
Par ailleurs, les analyses multivariées démontrent que les 15 à 24 ans ont, tout comme les personnes de 25 à 64 ans, plus de chances de présenter un trouble de l'humeur au cours de leur vie comparativement aux personnes âgées de 65 ans et plus (tableau A.1). Ces analyses ne révèlent aucune association significative entre la présence des troubles de l'humeur à vie et le revenu.

Au cours des douze mois précédant l'enquête, une personne sur 20 (5 %) a présenté un trouble de l'humeur (dépression majeure et/ou manie). Cette proportion représente près de 314 000 Québécois de 15 ans et plus vivant en ménage privé. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un trouble de l'humeur au cours d'une année comparativement aux hommes, de même que le groupe plus jeune par rapport aux aînés. Enfin, un revenu inférieur est associé à une plus grande prévalence de ces troubles que l'ensemble des autres catégories de revenu (8 % c. 4,8 %), lorsque la période de référence est de douze mois.

4. Le revenu réfère à la mesure de la capacité du revenu par ménage (voir la section *Définition des indicateurs* dans le chapitre précédent).

Figure 1

Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur¹ ou un trouble anxieux² au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



1. Dépression majeure ou manie.

2. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

a. Le test d'association entre la présence d'au moins un trouble (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Les analyses multivariées montrent que le risque plus élevé de ces troubles dans le groupe des 15 à 64 ans comparativement aux 65 ans et plus n'est présent que chez les femmes (RC = 5,7 chez les 15-24 ans et RC = 3,8 chez les 25-64 ans). Ces analyses révèlent également que les personnes dont le niveau de revenu est inférieur ont plus de chances (RC = 2,6) de présenter un trouble de l'humeur au cours d'une période de douze mois comparativement aux personnes à revenu supérieur; il en est de même chez les personnes qui rapportent un revenu moyen supérieur (RC = 1,7) par rapport aux personnes à revenu supérieur.

Dépression majeure et manie

Selon l'enquête de 2002, la prévalence à vie de la dépression majeure est d'environ 14 % dans la population québécoise (tableau 1). La dépression majeure est plus fréquente chez les femmes (17 %) que chez les hommes (11 %), de même que chez les personnes de 25-64 ans par rapport aux aînés (15 % c. 9 %). D'après les analyses multivariées, comparativement aux personnes âgées de 65 ans et plus, les personnes de 15 à 24 ans (RC = 1,8) et celles de 25 à 64 ans (RC = 2,0) ont plus de chances de subir une dépression majeure au cours de leur vie (tableau A.2). Ces analyses ne révèlent pas de différence significative selon le revenu au seuil de 0,05; cependant, un revenu inférieur tend à être lié à la dépression, une fois le sexe et l'âge contrôlés ($p = 0,06$).

Par ailleurs, 2,5 % de la population québécoise a présenté un trouble maniaque au cours de sa vie. Aucune différence n'est observée selon le sexe et le revenu. Ce type de trouble est presque absent chez les personnes de 65 ans et plus.

Sur une période de douze mois, la dépression majeure est le trouble de l'humeur le plus rapporté (4,8 % sur une prévalence de 5 % des troubles de l'humeur). Ce trouble est associé au sexe, à l'âge et au revenu. Les femmes le déclarent plus souvent que les hommes (6 % c. 3,5 %). La dépression est rapportée dans une proportion plus élevée par les individus à revenu

inférieur comparativement à ceux dont le revenu est supérieur (8 % c. 3,1 %).

Les analyses multivariées révèlent une interaction significative entre les variables d'âge et de sexe. Les femmes de 15 à 24 ans ont une probabilité 5,0 fois plus élevée de présenter un diagnostic de dépression majeure, au cours d'une période de douze mois, comparativement aux femmes âgées de 65 ans et plus. Quant aux femmes de 25 à 64 ans, c'est une probabilité 3,7 fois plus élevée que leurs aînées. Chez les hommes, les probabilités ne diffèrent pas significativement en fonction de l'âge.

Le trouble maniaque est une condition plus rare. La prévalence observée au Québec au cours des douze mois précédant l'enquête est inférieure à 1 % (0,8 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif). D'autre part, les analyses multivariées ne révèlent pas de différence significative quant à la probabilité de cette condition psychiatrique selon le sexe et le revenu (données non présentées). La variable âge a été retirée de l'analyse, aucune personne de 65 ans et plus n'ayant présenté un trouble maniaque.

Troubles anxieux

Au total, environ 11 % de la population a rapporté au moins un des troubles anxieux à l'étude (trouble panique, phobie sociale et agoraphobie) au cours de sa vie (tableau 2). Cette proportion représente près de 677 000 Québécois âgés de 15 ans et plus. Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (13 %) à présenter des troubles anxieux comparativement aux hommes (9 %). Les personnes âgées de 15 à 64 ans rapportent un diagnostic de trouble anxieux plus souvent que les personnes de 65 ans et plus. On n'observe aucune différence significative dans la prévalence de ces troubles selon le revenu (données non présentées).

Sur une période de douze mois, 4,2 % de la population a rapporté au moins un trouble anxieux, ce qui représente près de 253 000 Québécois âgés de 15 ans et plus.

Tableau 1

Prévalence de la dépression majeure, de la manie et d'au moins un trouble de l'humeur au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	À vie					
	Dépression majeure		Manie		Au moins un trouble de l'humeur	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^{a,b,c}						
Hommes	10,5	8,8-12,3	2,0*	1,2-3,0	11,6	9,8-13,4
Femmes	17,2	15,1-19,4	2,9	2,2-3,8	18,6	16,4-20,8
Groupe d'âge^{a,c}						
15-24 ans	12,3	9,4-15,7	2,6*	1,5-4,1	13,7	10,6-17,3
25-64 ans	15,3	13,7-17,0	3,0	2,3-3,8	16,8	15,1-18,5
65 ans et plus	9,1	6,8-11,8	-	-	9,9	6,9-11,8
Total	13,9**	12,6-15,3	2,5	1,9-3,1	15,2**	13,8-16,5
Pe (k)	842		149		916	

a. Le test d'association entre la dépression majeure (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre la manie sur 12 mois et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

c. Le test d'association entre la présence d'au moins un trouble de l'humeur (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2, fichier de partage* – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 2

Prévalence du trouble panique, de la phobie sociale, de l'agoraphobie et d'au moins un trouble anxieux au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	À vie							
	Trouble panique		Phobie sociale		Agoraphobie		Au moins un trouble anxieux	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^{a,d,e}								
Hommes	3,1*	1,9-4,8	7,3*	5,6-9,3	1,1**	0,5-2,1	9,2**	7,3-11,3
Femmes	4,7	3,6-6,0	7,1	5,9-8,3	3,3	2,4-4,6	13,2	11,3-15,0
Groupe d'âge^{b,c,e}								
15-24 ans	3,8**	2,0-6,5	9,9	7,2-13,2	2,0**	0,8-4,0	13,6	10,1-17,6
25-64 ans	4,7		7,6	6,3-8,9	2,6*	1,8-3,6	12,4	10,8-14,0
65 ans et plus	0,7**	0,3-1,4	2,2*	1,1-3,8	0,8**	0,3-1,9	3,3*	2,0-5,0
Total	3,9	3,1-4,9	7,2	6,2-8,2	2,3	1,7-3,0	11,2	9,9-12,5
Pe (k)	237		434		136		677	

a. Le test d'association entre le trouble panique au cours d'une période de 12 mois et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre le trouble panique au cours de la vie et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

c. Le test d'association entre la phobie sociale (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

d. Le test d'association entre l'agoraphobie (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

e. Le test d'association entre la présence d'au moins un trouble anxieux (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2, fichier de partage* – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

12 mois							
Dépression majeure		Manie		Au moins un trouble de l'humeur			
%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %		
3,5	2,6-4,5	0,5*	0,3-0,8	3,8	2,8-4,8		Sexe ^{a,b,c}
6,1	4,9-7,4	1,1*	0,6-1,7	6,6	5,3-7,9		Hommes
							Femmes
							Groupe d'âge ^{a,c}
7,3*	5,0-10,1	1,2**	0,5-2,3	8,0*	5,7-10,9		15-24 ans
4,7	3,8-5,7	0,9*	0,5-1,3	5,1	4,1-6,0		25-64 ans
2,8	1,5-4,7	-	-	2,8**	1,5-4,7		65 ans et plus
4,8**	4,1-5,7	0,8*	0,5-1,1	5,2**	4,4-6,0		Total
291		48		314			Pe (k)

12 mois								
Trouble panique		Phobie sociale		Agoraphobie		Au moins un trouble anxieux		
%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	
1,0**	0,5-1,6	1,8	1,3-2,5	0,5**	0,2-1,0	2,9*	2,1-3,9	Sexe ^{a,d,e}
1,9*	1,3-2,8	2,3	1,6-3,0	1,7*	1,0-2,9	5,4	4,2-6,8	Hommes
								Femmes
								Groupe d'âge ^{b,c,e}
1,9**	0,9-3,3	4,5*	2,8-6,7	0,9**	0,3-1,9	6,5*	4,4-9,1	15-24 ans
1,7*	1,2-2,3	1,8	1,3-2,3	1,3*	0,7-2,1	4,4	3,4-5,5	25-64 ans
-	-	0,7**	0,2-1,8	0,5**	0,1-1,7	0,9**	0,3-2,0	65 ans et plus
1,5*	1,1-2,0	2,0**	1,6-2,5	1,1*	0,7-1,7	4,2	3,4-5,0	Total
88		123		67		253		Pe (k)

Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un trouble anxieux (5 %) comparativement aux hommes (2,9 %). Le même constat s'applique aux personnes de ménages à revenu inférieur (9 %) par rapport aux personnes des autres catégories confondues (3,7 %).

Les analyses multivariées montrent que la probabilité de rapporter au moins un trouble anxieux au cours de la dernière année est significativement plus élevée dans le groupe des 15 à 64 ans que chez les 65 ans et plus (tableau A.1). Ces mêmes analyses révèlent que les personnes à revenu inférieur ou à revenu moyen inférieur ont une plus grande probabilité de présenter un trouble anxieux comparativement aux individus à revenu supérieur.

Trouble panique, phobie sociale et agoraphobie

Parmi les trois types de troubles anxieux à l'étude, la phobie sociale est le type le plus prévalent (tableau 2). Un peu plus de 7 % de la population âgée de 15 ans et plus a présenté ce trouble au cours de sa vie. Comparativement aux personnes de 65 ans et plus, les individus de 15 à 64 ans sont proportionnellement plus nombreux à présenter un trouble de phobie sociale au cours de la vie. Le trouble panique, présent chez 3,9 % de la population, est également observé plus fréquemment parmi les 15 à 64 ans que parmi les aînés. Quant à l'agoraphobie, 3,3 % des femmes en souffrent au cours de leur vie, contre 1,1 % des hommes. Finalement, on ne note aucune différence significative quant à la prévalence de chacun des trois troubles anxieux à vie selon le revenu. Les analyses multivariées confirment ces relations avec le sexe ou l'âge ainsi que l'absence de relation détectable avec le revenu.

Sur une période de douze mois, près de 2,0 % de la population a présenté un trouble de phobie sociale, tandis que 1,5 % approximativement (estimation imprécise fournie à titre indicatif) a rapporté un trouble panique et 1,1 %, de l'agoraphobie (tableau 2). Les analyses multivariées révèlent que les femmes ont 3,4 fois plus de chances que les hommes de présenter un trouble d'agoraphobie au cours d'une période de douze

mois (tableau A.2). Quant à la phobie sociale au cours de cette période, les 15 à 24 ans ont une probabilité près de 9 fois plus élevée (RC = 8,9) d'être atteints de ce trouble que les 65 ans et plus. On ne détecte pas d'association entre ces troubles et le revenu du ménage.

FAITS SAILLANTS

TROUBLES DE L'HUMEUR ET TROUBLES ANXIEUX

L'enquête de 2002 permet d'estimer que près de 1,3 million de Québécois âgés de 15 ans et plus vivant en ménage privé ont présenté au moins un des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux au cours de leur vie et près d'un demi-million (504 000), au cours des douze mois précédant l'enquête.

Près de 916 000 Québécois âgés de 15 ans et plus ont présenté au moins un trouble de l'humeur (dépression majeure et manie) au cours de leur vie et 314 000 ont présenté au moins l'un de ces troubles au cours d'une période de douze mois.

Environ 677 000 Québécois âgés de 15 ans et plus ont présenté au moins un trouble anxieux (trouble panique, phobie sociale et agoraphobie) au cours de leur vie et 253 000 ont présenté au moins l'un de ces troubles au cours d'une période de douze mois.

Les femmes ont rapporté dans une proportion plus élevée :

- Au moins un trouble psychiatrique à vie et au cours d'une période de douze mois parmi les cinq troubles de l'humeur et anxieux à l'étude.
- Des troubles de l'humeur et des troubles anxieux à vie et au cours d'une période de douze mois.
- Une dépression majeure à vie.
- Une dépression majeure au cours d'une période de douze mois parmi les 15 à 64 ans.
- Un trouble d'agoraphobie à vie et au cours d'une période de douze mois.

Les personnes âgées de 65 ans et plus ont présenté dans une proportion plus faible :

- Au moins un trouble psychiatrique à vie et au cours d'une période de douze mois parmi les cinq troubles de l'humeur et anxieux à l'étude.
- Des troubles de l'humeur à vie et des troubles anxieux à vie et au cours d'une période de douze mois.
- Une dépression majeure à vie.
- Un diagnostic de trouble panique à vie.

Sur une période de douze mois, les 15 à 24 ans ont présenté dans une proportion plus élevée :

- Au moins un trouble psychiatrique parmi les cinq troubles de l'humeur et anxieux à l'étude (comparativement aux 65 ans et plus).
- Une dépression majeure (comparativement aux 65 ans et plus).
- Un diagnostic de phobie sociale (comparativement aux 65 ans et plus).

Les personnes à revenu inférieur et moyen inférieur présentent dans une proportion plus élevée :

- Au moins un trouble psychiatrique au cours de leur vie (revenu inférieur seulement).
- Au moins un trouble psychiatrique au cours d'une période de douze mois parmi les cinq troubles de l'humeur et anxieux à l'étude.
- Un trouble de l'humeur au cours d'une période de douze mois (revenu inférieur seulement).
- Un trouble anxieux au cours d'une période de douze mois.

Jeux de hasard et d'argent

Selon les estimations basées sur l'indice de gravité du jeu pathologique (IGJP), 80 % des Québécois et des Québécoises âgés de 15 ans et plus se sont adonnés à au moins une activité de jeu au cours de l'année précédant l'enquête. Plus des trois quarts de la population (78 %) sont classés parmi les joueurs sans problème ou joueurs à faible risque de développer un problème de jeu (tableau 3). Par ailleurs, environ 1,3 % de la population en 2002 fait partie de la catégorie des joueurs à risque modéré de développer un problème de jeu et moins de 1 % se classe dans celle des joueurs pathologiques (estimations imprécises fournies à titre indicatif); ces deux groupes représenteraient environ 100 000 personnes vivant en ménage privé. Il est important de rappeler que la faible prévalence du jeu « pathologique » observée dans l'enquête a

forcé le regroupement de cette catégorie avec la catégorie « risque modéré » pour les croisements par âge ou sexe. Cette procédure est courante dans les études sur l'impact des jeux d'argent.

Le type de joueurs est associé au sexe; les femmes ont tendance à se classer dans le groupe des non-joueurs. Cependant, on ne note pas de différences significatives entre les hommes et les femmes dans la prévalence des joueurs à risque modéré ou des joueurs pathologiques.

La proportion de non-joueurs est plus élevée parmi les 15-24 ans (35 %) comparativement aux 25-64 ans (17 %) et aux 65 ans et plus (23 %); à l'inverse, on retrouve proportionnellement moins de « joueurs sans problème ou à faible risque » parmi les 15-24 ans (63 %) comparativement aux 25-64 ans (82 %) et aux 65 ans et plus (77 %).

Tableau 3

Type de joueurs au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Non-joueurs		Joueurs sans problème ou à faible risque		Joueurs à risque modéré ou pathologiques	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^a						
Hommes	18,2	16,0-20,3	79,8	77,6-82,0	2,0*	1,2-3,2
Femmes	22,6	20,0-25,2	76,1	73,5-78,6	1,3*	0,8-2,0
Groupe d'âge^a						
15-24 ans	35,0	30,2-39,8	62,8	58,0-67,6	2,2**	0,9-4,5
25-64 ans	16,6	14,6-18,6	81,7	79,6-83,8	1,7*	1,2-2,4
65 ans et plus	22,5	18,0-27,1	76,5	71,9-81,1	1,0**	0,3-2,2
Revenu du ménage^a						
Inférieur	31,2	25,8-36,5	65,8	60,5-71,1	3,0**	1,5-5,4
Moyen inférieur	20,6	17,6-23,7	77,6	74,4-80,7	1,8*	1,1-2,7
Moyen supérieur	17,7	14,9-20,4	80,7	77,9-83,6	1,6**	0,9-2,6
Supérieur	15,5	12,4-18,9	83,2	79,7-86,3	1,4**	0,5-2,9
Total	20,4	18,8-22,1	77,9	76,2-79,6	1,7*	1,2-2,3
Pe (k)	1 235		4 706		100	

a. Le test d'association entre le type de joueurs et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Notons que les personnes de 15 à 17 ans n'ont pas le droit de participer aux diverses loteries gérées par l'État, ni d'avoir accès aux casinos. Par ailleurs, la prévalence des non-joueurs est plus élevée parmi les personnes à revenu inférieur comparativement aux personnes des autres catégories de revenu, tandis que la prévalence des joueurs sans problème ou à faible risque de développer un problème de jeu y est plus faible.

D'autre part, la prévalence des joueurs à risque modéré ou pathologiques ne diffère pas de façon significative selon la présence ou l'absence d'un trouble psychiatrique ou encore selon l'usage de substances illicites ou la présence de dépendance à celles-ci. Toutefois, on note une prévalence plus élevée de joueurs à risque modéré ou pathologiques chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool ou rapportant des pensées suicidaires au cours de leur vie (données non présentées).

FAITS SAILLANTS

JEUX DE HASARD ET D'ARGENT

Près de 80 % des Québécois âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir participé à au moins une activité de jeux de hasard et d'argent au cours des douze mois précédant l'enquête.

- La majorité des Québécois (78 %) sont des joueurs sans problème ou à faible risque de développer un problème de jeu.
- On estime à environ 100 000 (ou 1,7 % de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé) le nombre de joueurs à risque modéré de développer un problème de jeu ou joueurs pathologiques.
- La proportion de joueurs – toutes catégories confondues – est plus faible parmi les 15-24 ans comparativement aux autres groupes d'âge.
- Les personnes qui rapportent un revenu inférieur comptent une proportion plus élevée de non-joueurs, et une proportion plus faible de joueurs non pathologiques ou à faible risque, que les personnes de chacune des autres catégories de revenu.

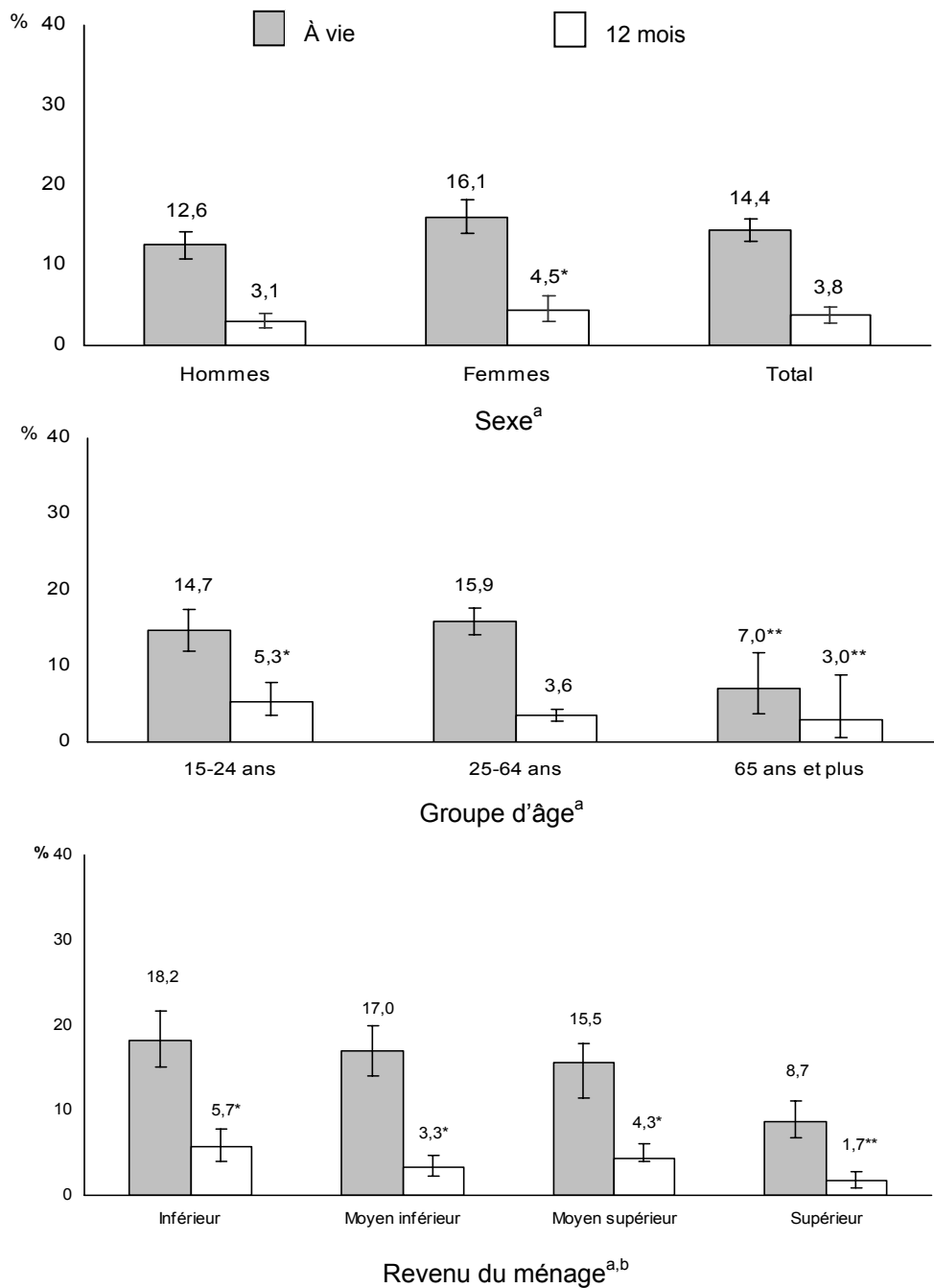
Pensées suicidaires et tentative de suicide

On estime à près de 869 000 (14 %) le nombre de Québécois âgés de 15 ans et plus qui ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, alors que près de 229 000 (3,8%) ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête (figure 2). En outre, on estime à un peu plus de 213 000 (3,5 %) le nombre de personnes qui ont fait au moins une tentative de suicide au cours de leur vie, et à près de 21 000 (0,3 %, estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement) le nombre de personnes qui ont fait au moins une tentative de suicide au cours des douze mois précédant l'enquête (figure 3).

La prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie est associée au sexe, à l'âge et au revenu du ménage. Elle tend à être plus élevée chez les femmes (16 %) comparativement aux hommes (13 %) et elle est plus élevée chez les 15 à 64 ans par rapport aux personnes plus âgées (environ 15 % c. 7 %). Par ailleurs, la prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie tend à diminuer lorsque le revenu du ménage augmente, passant de 18 % chez les individus à revenu inférieur, à 17 %, 16 % et 9 % à mesure que s'élève le revenu. La relation s'observe également pour la prévalence des pensées suicidaires au cours d'une période de douze mois, quoique de façon moins évidente.

Figure 2

Prévalence des pensées suicidaires au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre les pensées suicidaires au cours de la vie et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre les pensées suicidaires au cours d'une période de 12 mois et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

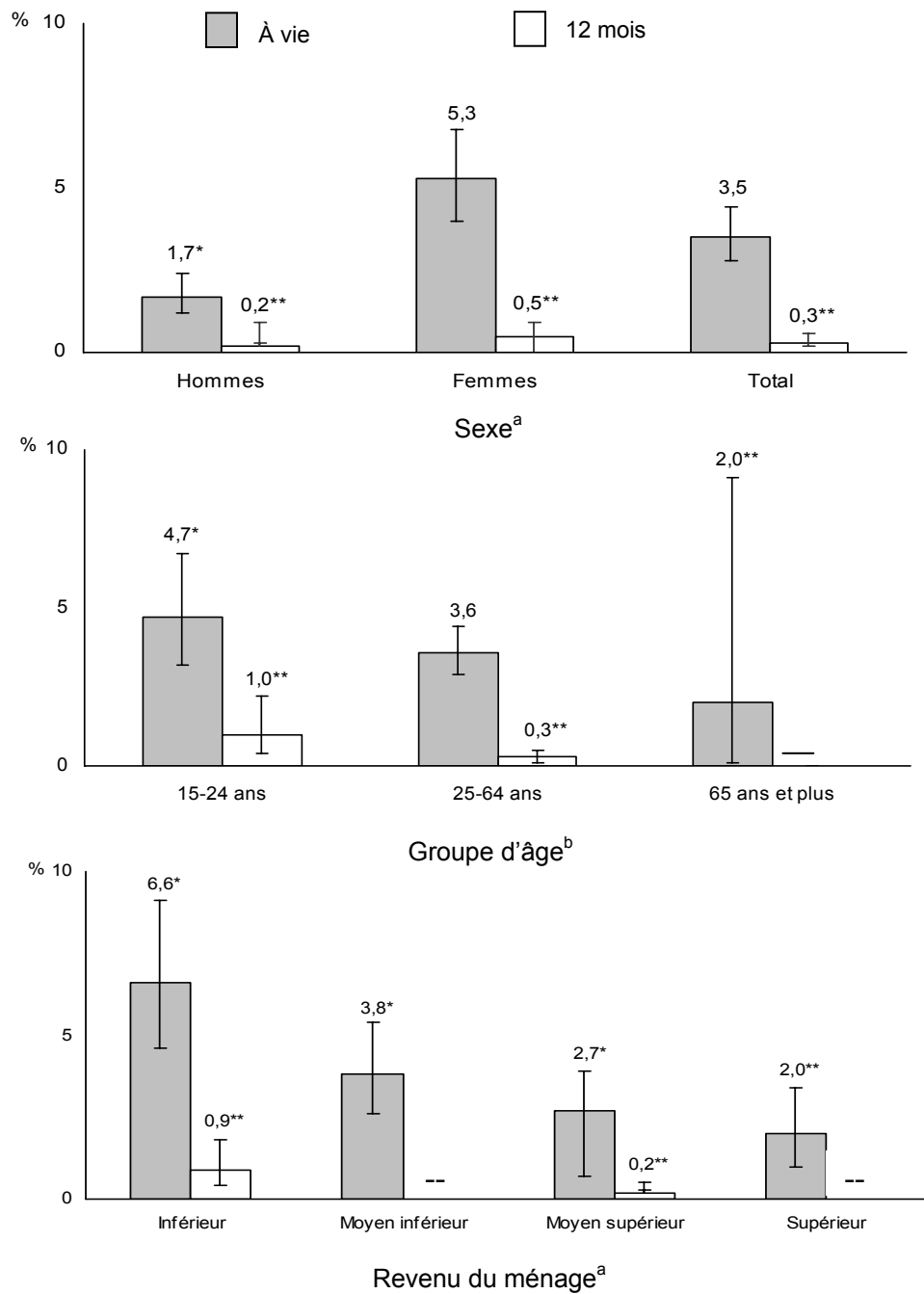
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 3

Prévalence d'une tentative de suicide au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre la tentative de suicide au cours de la vie et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre la tentative de suicide sur 12 mois et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Population estimée de 15 ans et plus ayant des problèmes liés au suicide, Québec, 2002

	k
Pensées suicidaires	
À vie	869
12 mois	229
Tentative de suicide	
À vie	213
12 mois	21

Lorsque les variables sexe, âge et revenu sont considérées simultanément dans les analyses multivariées, le sexe ne se révèle plus associé aux pensées suicidaires à vie ou sur douze mois, alors que l'âge et le revenu y sont toujours associés (tableau A.3). Ainsi, le risque d'avoir eu des pensées suicidaires sur douze mois est 5 fois plus élevé chez les 15 à 24 ans, et 3 fois plus élevé chez les 25 à 64 ans, comparativement aux personnes de 65 ans et plus.

Dans la population de 15 ans et plus, 3,5 % déclarent avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie, les femmes en plus grande proportion que les hommes, de même que les personnes à revenu inférieur par rapport à celles ayant un revenu moyen supérieur ou supérieur (figure 3). L'âge ne semble pas associé à une tentative de suicide au cours de la vie. Par contre, l'âge se révèle associé à une tentative de suicide sur douze mois et il est la seule variable à l'être, le sexe et le revenu ne l'étant pas sur cette période.

Selon les analyses multivariées, en présence des variables sexe et revenu, l'âge est associé au fait d'avoir tenté de se suicider, tant au cours de la vie que sur douze mois. Par exemple, les 15 à 24 ans ont une probabilité 5 fois plus élevée que les 25 à 64 ans de rapporter une tentative de suicide sur une période de douze mois (Le groupe des 65 ans et plus a été retiré de l'analyse en raison du faible nombre d'individus dans ce groupe ayant fait une tentative de suicide).

Ces analyses révèlent aussi que le risque de faire une tentative de suicide au cours de la vie est plus élevé parmi les individus qui rapportent un revenu inférieur ou moyen inférieur comparativement à ceux dont le revenu est supérieur. Une association est également observée entre le revenu et la tentative de suicide au cours d'une période de douze mois: lorsque le revenu est inférieur, le risque de tentative de suicide est 4,5 fois plus grand en comparaison de l'ensemble des autres catégories de revenu.

Par ailleurs, plusieurs troubles de santé mentale sont liés au suicide. D'abord, la prévalence des troubles de l'humeur au cours de la vie et au cours d'une période de douze mois est significativement plus élevée parmi les personnes ayant rapporté des pensées suicidaires au cours de leur vie et sur douze mois que parmi celles qui ne l'ont pas fait (tableau 4). De même, la prévalence des troubles de l'humeur au cours de la vie et sur douze mois est plus forte parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie et sur douze mois que parmi celles n'en ayant pas fait.

La dépendance à l'alcool ou aux substances illicites et le jeu à risque modéré/pathologique affichent des prévalences plus élevées parmi les personnes qui ont rapporté des pensées suicidaires comparativement à celles qui n'en ont pas rapporté. Cela est vrai tant pour les pensées suicidaires à vie que sur douze mois. La prévalence de la dépendance à l'alcool ou aux substances illicites est également plus forte parmi les individus qui ont fait une tentative de suicide au cours de leur vie. La relation entre la dépendance à l'alcool, la dépendance aux substances illicites ou le jeu pathologique, d'une part, et une tentative de suicide au cours d'une période de douze mois, d'autre part, ne peut être vérifiée en raison de la faible taille des effectifs.

Tableau 4

Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, au cours de la vie et sur 12 mois, de la dépendance à l'alcool, de la dépendance à des substances illicites et des joueurs à risque modéré ou pathologiques au cours d'une période de 12 mois selon la présence de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Au moins un trouble de l'humeur ¹				Dépendance à l'alcool		Dépendance à des substances illicites		Joueurs à risque modéré ou pathologiques	
	À vie		12 mois		12 mois		12 mois		12 mois	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Pensées suicidaires										
À vie ^a										
Oui	39,7	35,2-44,3	17,4	13,8-21,4	6,3*	4,4-8,5	3,0**	1,5-5,4	3,7*	2,4-5,4
Non	11,1	9,7-12,5	3,1	2,5-3,9	1,1*	0,7-1,5	0,6**	0,3-1,1	1,3*	0,8-2,0
12 mois ^a										
Oui	58,4	49,1-67,7	38,9	28,7-49,0	10,3**	5,3-17,6	6,0**	1,9-13,8	4,8	1,8-9,7
Non	13,6	12,3-14,9	3,9	3,2-4,6	1,5	1,1-1,9	0,8*	0,5-1,2	1,5*	1,0-2,2
Tentative de suicide										
À vie ^b										
Oui	47,8	38,6-57,1	19,3*	12,6-27,5	4,9**	2,4-8,6	3,8**	1,4-8,0	2,5**	0,6-6,9
Non	14,0	12,7-15,4	4,7	3,9-5,5	1,7	1,3-2,2	0,9*	0,5-1,3	1,6*	1,1-2,3
12 mois ^b										
Oui	88,0	63,9-98,4	69,5*	41,4-89,8	--	--	--	--	--	--
Non	14,9	13,5-16,2	5,0	4,2-5,8	1,8	1,4-2,2	1,0*	0,6-1,4	1,7*	1,2-2,3

1. Dépression majeure et manie.

a. Le test d'association entre la présence d'au moins un trouble de l'humeur (au cours de la vie ou sur 12 mois), la dépendance à l'alcool, la dépendance aux substances illicites ou le type de joueurs au cours d'une période de 12 mois et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre la présence d'au moins un trouble de l'humeur (au cours de la vie ou sur 12 mois), la dépendance à l'alcool ou la dépendance à des substances illicites au cours d'une période de 12 mois et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

Note : Les entrées dans la colonne « % » font référence, par exemple, à la prévalence d'au moins un trouble de l'humeur parmi les personnes rapportant ou non des pensées suicidaires ou une tentative de suicide. Ainsi, 39,7 % (coin supérieur gauche du tableau) des personnes qui ont rapporté avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, ont eu un trouble de l'humeur au cours de leur vie.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

FAITS SAILLANTS

PENSÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVE DE SUICIDE

Près de 14 % des personnes âgées de 15 ans et plus au Québec ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie et près de 3,8 %, au cours d'une période de douze mois.

Près de 3,5 % des personnes âgées de 15 ans et plus au Québec ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de leur vie et près de 0,3 %, au cours d'une période de douze mois (estimation imprécise fournie à titre indicatif).

Les femmes ont rapporté dans une proportion plus élevée :

- Des pensées suicidaires au cours de leur vie.
- Au moins une tentative de suicide au cours de leur vie.

Parmi les personnes qui ont déclaré des pensées suicidaires sur douze mois :

- Près de 6 personnes sur 10 (58 %) présentent un trouble de l'humeur à vie.
- Près de 4 personnes sur 10 (39 %) présentent un trouble de l'humeur au cours d'une période de douze mois.

Parmi celles qui ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours d'une période de douze mois :

- Près de 9 personnes sur 10 (88 %) présentent un trouble de l'humeur à vie.
- Près de 7 personnes sur 10 (70 %) présentent un trouble de l'humeur sur douze mois (estimation imprécise, fournie à titre indicatif).

La prévalence de la dépendance à l'alcool et aux substances illicites et la prévalence des joueurs à risque modéré ou des joueurs pathologiques au cours des douze mois précédant l'enquête, sont plus élevées chez les personnes qui ont déclaré des pensées suicidaires sur douze mois que chez celles qui n'ont pas rapporté de telles pensées.

Consommation d'alcool et de substances illicites

Consommation d'alcool

Quatre Québécois sur cinq (82 %) âgés de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool au cours d'une année (tableau 5). Parmi ces derniers, un peu plus de la moitié (54 %) sont des buveurs réguliers (au moins une fois par mois); ceux-ci représentent donc 44 % de la population totale. C'est parmi les hommes que l'on retrouve la proportion la plus élevée de buveurs réguliers (54 %) tandis que les femmes boivent surtout de façon occasionnelle (44 %). La proportion la plus élevée d'abstinents à vie se trouve parmi les

femmes (9 %) et les personnes de 65 ans et plus (14 %) tandis qu'on retrouve significativement plus de buveurs occasionnels chez les 15-24 ans (53 %) et de buveurs réguliers chez les 25-64 ans (49 %). Le type de buveurs est également lié au niveau de revenu du ménage, la proportion de buveurs réguliers augmentant avec celui-ci.

Le modèle multivarié de la consommation d'alcool (buveurs vs non-buveurs) révèle que les hommes, les moins de 65 ans et les personnes à revenu supérieur ont une probabilité plus grande de consommer (tableau A.4).

Tableau 5
Type de buveurs selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Abstinents à vie		Anciens buveurs		Buveurs occasionnels		Buveurs réguliers	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^a								
Hommes	4,7*	3,2-6,5	9,8	8,2-11,5	31,5	29,0-34,0	54,1	51,4-56,8
Femmes	9,0	7,5-10,6	12,3	10,5-14,1	44,2	41,5-46,9	34,6	31,9-37,2
Groupe d'âge^a								
15-24 ans	7,3*	4,6-10,9	9,2*	6,3-12,8	53,2	48,4-57,9	30,4	26,3-34,5
25-64 ans	5,1	4,0-6,5	10,7	9,1-12,3	35,1	32,9-37,3	49,0	46,7-51,4
65 ans et plus	14,2	11,2-17,6	14,5	12,0-17,0	35,2	30,7-39,6	36,2	32,4-40,0
Revenu du ménage^a								
Inférieur	15,4	11,2-20,3	17,7	14,1-21,9	40,1	34,9-45,2	26,9	22,6-31,1
Moyen inférieur	9,1	6,8-12,0	11,7	9,1-14,8	42,1	38,3-45,9	37,0	33,2-40,8
Moyen supérieur	5,7*	3,9-8,1	11,8	9,5-14,2	37,4	34,3-40,5	45,1	41,7-48,4
Supérieur	1,3**	0,6-2,5	4,8*	3,2-7,0	32,8	28,4-37,1	61,1	56,6-65,6
Total	6,8	5,8-7,9	11,1	9,8-12,3	38,0	36,2-39,8	44,1	42,3-46,0
Pe (k)	413		667		2 294		2 666	

a. Le test d'association entre le type de buveurs et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Par ailleurs, environ 964 000 Québécois âgés de 15 ans et plus ont rapporté des épisodes de consommation excessive soit cinq verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois; un écart significatif entre les hommes et les femmes (25 % contre 8 %) est noté (figure 4), et ce, pour tous les niveaux de revenu et les groupes d'âge (données non présentées). La consommation excessive d'alcool épisodique est plus élevée chez les 15-24 ans (28 %) et décroît à travers les groupes d'âge (25-64 ans, 16 %; 65 ans et plus, 6 %). Aucune différence quant à ce type de consommation n'est observée selon le revenu (données non présentées).

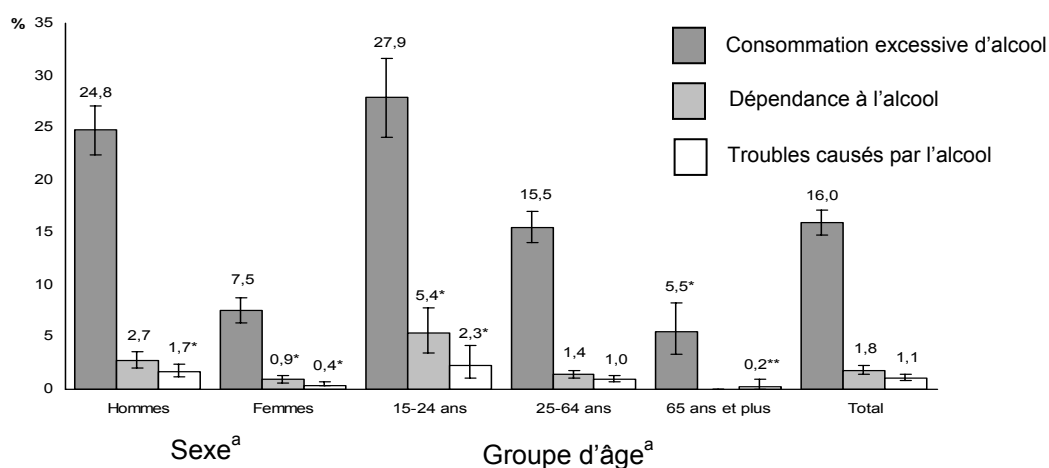
Les analyses multivariées de la consommation excessive d'alcool montrent une interaction entre le sexe et l'âge : la consommation excessive d'alcool est clairement associée à l'âge, mais cette relation est plus forte chez les femmes (RC = 25,3 chez les jeunes femmes et RC = 6,5 chez les jeunes hommes) (tableau A.4). Ces analyses confirment l'absence de lien détectable entre la consommation excessive et le revenu du ménage.

Population estimée de 15 ans et plus ayant des problèmes liés à l'alcool sur 12 mois, Québec, 2002

	k
Consommation excessive d'alcool	964
Dépendance à l'alcool	109
Troubles causés par l'alcool	66

On estime à 1,8 % la proportion de Québécois qui ont présenté un diagnostic de dépendance à l'alcool, alors que 1,1 % ont déclaré que l'alcool était une cause de perturbations ou de troubles dans certaines sphères importantes de leur vie (figure 4). Comparativement aux femmes, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à présenter un diagnostic de dépendance à l'alcool et à déclarer avoir eu des perturbations dans leur vie en raison de leur consommation d'alcool. Il en est de même pour les individus de 15 à 24 ans (5 %) comparativement aux 25-64 ans (1,4 %). On ne décèle pas de différence dans la dépendance à l'alcool selon le revenu (données non présentées).

Figure 4
Consommation excessive d'alcool, dépendance à l'alcool et troubles causés par l'alcool au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre la consommation excessive d'alcool, la dépendance à l'alcool ou les troubles causés par l'alcool et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Consommation de substances illicites

Cannabis

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée au Québec. En effet, près de 2 millions (1 999 000) de Québécois, soit le tiers de la population âgée de 15 ans et plus vivant en ménage privé, ont rapporté avoir consommé du cannabis, plus d'une fois au cours de leur vie, et près de 772 000 personnes (13 %) au cours des douze mois ayant précédé l'enquête (tableau 6). C'est parmi les 15 à 24 ans que l'on retrouve la proportion la plus élevée de consommateurs de cannabis; plus de la moitié (53 %) ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, et près de 39 %, sur une période de douze mois. Comparativement aux femmes, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer du cannabis. On ne note aucune différence significative quant à l'usage du cannabis à vie ou au cours d'une période de douze mois selon le niveau de revenu (données non présentées).

Environ la moitié des consommateurs de cannabis au cours d'une période de douze mois en ont fait usage moins d'une fois par mois (7 % de la population de 15 ans et plus), tandis que près du tiers en ont consommé au moins une fois par semaine (3,9 % de la population de 15 ans et plus), c'est-à-dire une fois par semaine, plus d'une fois par semaine ou tous les jours (tableau 7). Par ailleurs, les hommes sont plus nombreux que les femmes, en proportion, à en faire usage sur une base hebdomadaire ou plus fréquemment. Les personnes de 15 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreuses que les 25-64 ans à consommer du cannabis, quelle que soit la fréquence. Par ailleurs, la majorité des consommateurs de cannabis qui rapportent un revenu moyen ou supérieur (55 %) consomment moins d'une fois par mois alors que cette proportion est de 30 % parmi les consommateurs ayant un revenu faible (données non présentées).

Tableau 6

Usage du cannabis et de substances illicites au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Usage du cannabis ¹ (en excluant une seule fois)				Usage de substances illicites (en excluant le cannabis)			
	À vie		12 mois		À vie		12 mois	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^a								
Hommes	38,3	35,7-40,9	15,8	13,9-17,6	19,7	17,4-22,0	4,1	3,1-5,3
Femmes	28,1	25,5-30,6	9,9	8,3-11,7	12,2	10,4-14,0	2,4*	1,5-3,6
Groupe d'âge^a								
15-24 ans	53,2	49,1-58,6	38,9	34,5-43,3	24,1	20,1-28,1	9,9	7,4-12,9
25-64 ans	35,4	33,1-37,7	9,5	8,2-10,9	17,4	15,4-19,3	2,4*	1,7-3,3
65 ans et plus	0,8**	0,3-1,6	0,2**	0,0-1,0	0,4**	0,1-0,7	-	-
Total	33,1	31,3-34,9	12,8	11,6-14,0	15,9	14,3-17,4	3,2	2,6-4,0
Pe (k)	1 999		772		959		194	

1. La mesure indique la consommation de la marijuana, du cannabis et du haschich plus d'une fois au cours de la vie ou au cours des douze mois ayant précédé l'enquête.

a. Le test d'association entre l'usage du cannabis ou l'usage de substances illicites (au cours de la vie ou sur 12 mois) et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 7

Fréquence d'usage du cannabis au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Aucune fois / juste une fois		Moins d'une fois par mois		1 à 3 fois par mois		Une fois par semaine		Plus d'une fois par semaine		Tous les jours	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^a												
Hommes	84,2	82,4-86,1	6,8	5,5-8,3	2,7*	2,0-3,7	1,5*	0,9-2,2	3,4*	2,4-4,6	1,4*	0,8-2,2
Femmes	90,1	88,3-91,7	6,4	5,2-7,8	1,8*	1,1-2,7	0,4**	0,2-0,7	0,8*	0,5-1,3	0,5**	0,3-0,8
Groupe d'âge^a												
15-24 ans	61,1	56,7-65,5	18,5	15,0-22,3	6,7*	4,8-9,1	3,1*	1,8-4,9	7,8*	5,5-10,5	2,9**	1,5-5,0
25-64 ans	90,5	89,1-91,9	5,3	4,2-6,3	1,7*	1,2-2,5	0,6**	0,3-1,0	1,3*	0,8-1,9	0,7**	0,4-1,1
65 ans et plus	99,8	99,0-100,0	--	--	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	87,2	86,0-88,4	6,6	5,7-7,5	2,3	1,7-2,9	0,9*	0,6-1,3	2,1	1,6-2,7	0,9*	0,6-1,3

a. Le test d'association entre la fréquence d'usage du cannabis et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Autres substances illicites

Près de un million (959 000) de Québécois, soit près de 16 % de la population âgée de 15 ans et plus vivant en ménage privé, ont rapporté avoir consommé une substance illicite (autre que le cannabis) au cours de leur vie et près de 200 000 (3,2 %), au cours d'une période de douze mois (tableau 6). En excluant le cannabis, la cocaïne et le PCP/LSD demeurent les substances les plus consommées au cours de la vie dans la population (9 % et 8 % respectivement) (tableau 8). Comparativement aux femmes, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer des substances illicites autres que le cannabis au cours de leur vie, notamment la cocaïne, le speed et le PCP/LSD. D'autre part, les personnes à faible revenu sont plus enclines à faire usage de substances illicites sur une période de douze mois que celles des autres catégories de revenu (7 % contre 2,8 %) (données non présentées).

Les analyses multivariées montrent que, même en tenant compte simultanément de l'âge et du sexe, la probabilité de consommer le cannabis ou d'autres substances illicites est plus élevée chez les personnes de 15 à 24 ans et chez les hommes (tableau A.5). De plus, la probabilité de consommer, sur douze mois, des substances illicites (autres que le cannabis) est plus grande chez les personnes à revenu inférieur par rapport à celles à revenu supérieur⁵.

5. Le groupe des 65 ans et plus a été retiré de l'analyse au cours des douze derniers mois en raison du faible nombre d'individus de ce groupe d'âge qui rapportent ce comportement.

Tableau 8

Usage de diverses substances illicites au cours de la vie et sur 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	À vie						12 mois					
	Hommes		Femmes		Total		Hommes		Femmes		Total	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Cocaïne/crack ^a	11,9	10,3-13,6	6,0	4,7-7,5	8,9	7,9-10,0	2,3*	1,6-3,1	1,0**	0,4-2,1	1,6*	1,2-2,2
Speed (amphétamine) ^a	7,6	6,1-9,2	4,4	3,3-5,6	5,9	5,0-6,9	1,6*	1,0-2,4	1,0**	0,5-1,6	1,3*	0,9-1,7
MDMA (ecstasy)	3,0*	2,0-4,3	2,0*	1,3-2,9	2,5	1,9-3,2	0,8**	0,3-1,5	0,7**	0,3-1,1	0,7*	0,4-1,1
PCP/LSD ^a	10,6	8,8-12,4	6,2	5,0-7,6	8,3	7,2-9,5	0,8**	0,4-1,5	0,4**	0,2-0,7	0,6*	0,4-0,9
Solvant/essence/colle ^a	1,6*	1,1-2,2	0,7*	0,4-1,1	1,1	0,9-1,5	-	-	-	-	-	-
Héroïne ^a	0,6**	0,3-1,1	0,3*	0,1-0,4	0,4*	0,3-0,7	-	-	-	-	-	-
Stéroïdes ^a	0,5**	0,3-1,0	-	-	0,3**	0,1-0,5	-	-	-	-	-	-

a. Le test d'association entre l'usage de cette substance illicite au cours de la vie et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Polyusage d'alcool et de substances illicites

Le tableau 9 présente le polyusage d'alcool et de substances illicites au Québec. Près de 17 % de la population âgée de 15 ans et plus n'a rapporté aucune consommation de substances psychoactives au cours des douze mois précédant l'enquête (alcool, cannabis ou autres substances illicites). Ce sont principalement des femmes, des personnes de 65 ans et plus et des personnes à faible revenu. Par ailleurs, près de 70 % de la population a consommé de l'alcool uniquement, principalement des personnes âgées de 25 ans et plus et des individus ayant un revenu moyen supérieur ou supérieur (données non présentées). Près d'une personne sur 10 a consommé de l'alcool et du cannabis au cours d'une période de douze mois, tandis qu'un peu plus de 2 % a fait usage d'une autre substance illicite en plus du cannabis et de l'alcool.

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à déclarer avoir consommé de l'alcool et du cannabis sur douze mois comparativement aux femmes (12 % et 8 % respectivement). L'usage concomitant de l'alcool et du cannabis au cours d'une période de douze mois est proportionnellement plus répandu parmi les 15 à 24 ans (29 %

comparativement aux 25 à 64 ans (8 %) ⁶. Il en est de même pour l'usage de ces deux substances et d'au moins une autre substance illicite (8 % c. 1,4 %). Finalement, il est important de noter que la proportion d'individus qui n'ont consommé que des substances illicites est très faible (moins de 1 %).

Les analyses multivariées confirment que les hommes sont plus à risque d'être des consommateurs d'alcool de même que les personnes de 15-64 ans (par rapport aux 65 ans et plus); cependant, les aînés et les jeunes ne se distinguent pas de façon significative à ce chapitre (tableau A.6). Les personnes à revenu moyen inférieur ou moyen supérieur (RC ≈ 2) font plus souvent partie du groupe des consommateurs d'alcool que celles à faible revenu, et les personnes à revenu supérieur, plus que toutes les autres (RC = 7,2).

Par ailleurs, le fait d'être un homme, d'avoir de 15 à 24 ans (vs les 25-64 ans) et de disposer d'un revenu supérieur (vs le revenu inférieur) est lié à un risque accru de devenir un consommateur de substances illicites.

6. Le groupe des 65 ans et plus a été retiré de l'analyse au cours des douze derniers mois en raison du faible nombre d'individus de ce groupe d'âge qui rapportent ce comportement.

Tableau 9

Polyusage de substances psychoactives au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Aucune substance		Alcool		Alcool + cannabis (en excluant les autres substances illicites)		Alcool + cannabis + autres substances illicites		Alcool + substances illicites (en excluant le cannabis)		Substances illicites	
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %
Sexe^a												
Hommes	13,9	11,9-16,0	69,0	66,5-71,6	12,4	10,7-14,1	2,8*	2,0-3,9	1,3*	0,7-2,1	0,5**	0,2-0,9
Femmes	20,5	18,4-22,6	69,0	66,4-71,6	7,6	6,2-9,0	1,6*	1,0-2,4	0,6**	0,1-1,9	0,7**	0,3-1,3
Groupe d'âge^a												
15-24 ans	14,8	11,1-19,2	44,6	40,0-49,3	29,3	25,1-33,6	7,9*	5,6-10,8	1,7**	0,7-3,2	1,6**	0,7-3,1
25-64 ans	15,4	13,4-17,3	74,1	71,9-76,4	7,7	6,5-8,9	1,4*	0,9-2,0	1,0**	0,5-1,9	0,5**	0,2-0,9
65 ans et plus	28,6	24,9-32,3	71,2	67,5-74,8	--	--	-	-	-	-	-	-
Revenu du ménage^a												
Inférieur	32,0	27,2-36,8	53,2	47,9-58,4	7,3*	5,0-10,3	3,9*	2,4-5,8	2,6**	0,5-7,9	1,0**	0,4-2,3
Moyen/supérieur	14,6	12,9-16,3	72,2	70,2-74,1	10,0	8,8-11,2	2,0	1,5-2,6	0,8*	0,4-1,3	0,5*	0,2-0,9
Total	17,3	15,8-18,7	69,0	67,2-70,8	10,0	8,9-11,0	2,2	1,7-2,8	0,9*	0,5-1,5	0,6*	0,3-0,9

a. Le test d'association entre l'usage et le polyusage de substances psychoactives et cette variable est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

FAITS SAILLANTS

CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE SUBSTANCES ILLICITES

Usage d'alcool

- Quatre Québécois sur cinq (82 %) âgés de 15 ans et plus sont des buveurs dont un peu plus de la moitié ont consommé de façon régulière. Près de un million (964 000) de Québécois ont rapporté consommer périodiquement de façon excessive, et 1,8 % de la population a présenté un diagnostic de dépendance à l'alcool.
- Les hommes sont proportionnellement plus nombreux à consommer de façon régulière, à rapporter une consommation excessive et à présenter une dépendance à l'alcool.
- Les jeunes (15-24 ans) sont proportionnellement plus nombreux à être des buveurs occasionnels. Toutefois, ils sont plus nombreux à rapporter une consommation excessive épisodique et à présenter un diagnostic de dépendance à l'alcool, comparativement aux autres groupes d'âge.

Usage du cannabis

- On estime que près de 2 millions de Québécois âgés de 15 ans et plus ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie et 772 000, au cours d'une période de douze mois. Le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée au Québec (33 % à vie).
- Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer du cannabis et à en faire un usage hebdomadaire ou plus fréquent.
- L'usage du cannabis est plus élevée parmi les 15-24 ans comparativement aux autres groupes d'âge; 47 % des consommateurs âgés de 15 à 24 ans ont rapporté en faire usage moins d'une fois par mois sur douze mois.
- Près du quart des personnes de 15-24 ans ont déclaré avoir consommé au moins une autre substance illicite autre que le cannabis au cours de leur vie.

Usage de substances illicites (en excluant le cannabis)

- On estime que près de un million de Québécois âgés de 15 ans et plus ont déjà consommé une substance illicite au cours de leur vie et près de 200 000, au cours d'une période de douze mois. En excluant le cannabis, la cocaïne et le PCP/LSD demeurent les substances les plus consommées au cours de la vie dans la population (9 % et 8 % respectivement).
- Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer des substances illicites autres que le cannabis au cours de la vie et sur douze mois.
- La prévalence de l'usage à vie des substances illicites autres que le cannabis est plus élevée parmi les 15-24 ans comparativement aux 25 ans et plus; quant à la prévalence au cours d'une période de douze mois, elle est plus forte chez les 15-24 ans comparativement au groupe des 25-64 ans.

Polyusage d'alcool et de substances illicites

- Près de 10 % des personnes âgées de 15 ans et plus au Québec ont déclaré avoir consommé de l'alcool et du cannabis au cours des douze mois précédant l'enquête, alors que 2,2 % ont consommé au moins une substance illicite additionnelle.
- L'usage concomitant de l'alcool et du cannabis sur douze mois est plus répandu parmi les 15 à 24 ans comparativement aux autres groupes d'âge ainsi que l'usage de ces deux substances et d'au moins une autre substance illicite.

Comorbidité des troubles mentaux et de l'usage de psychotropes

Cette section porte sur la consommation d'alcool et de substances illicites chez les personnes présentant un des troubles de l'humeur (dépression majeure et manie) ou un des troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie et phobie sociale) mesurés dans l'enquête.

Troubles de l'humeur, troubles anxieux et consommation d'alcool

D'une façon générale, les résultats montrent que la prévalence de la consommation excessive d'alcool sur une période de douze mois ne diffère pas significativement entre les personnes qui ont présenté au moins un trouble psychiatrique (troubles de l'humeur ou troubles anxieux) et celles qui n'ont pas expérimenté un tel trouble, au cours de leur vie (21 % et 19 % respectivement), et au cours des douze mois précédant l'enquête (23 % et 19 %) (données non présentées). Les analyses ne révèlent pas non plus d'association entre la consommation excessive d'alcool et la présence ou l'absence de troubles de l'humeur, d'une part, ou de troubles anxieux, d'autre part, au cours de la vie ou sur douze mois.

Par contre, les résultats révèlent que les personnes qui ont rapporté au moins un des troubles à l'étude (troubles de l'humeur ou troubles anxieux) au cours de leur vie sont plus susceptibles de présenter un diagnostic de dépendance à l'alcool comparativement à celles qui n'ont souffert d'aucun de ces troubles (3,8 % c. 1,3 %) (figure 5). Cette différence semble plus marquée lorsque la période de référence est de douze mois (6 % c. 1,5 %). L'analyse, pour chacun des deux types de troubles mesurés dans l'enquête, montre que la prévalence de la dépendance à l'alcool est plus élevée parmi les personnes qui ont présenté au moins un trouble de l'humeur au cours de leur vie comparativement aux autres (3,6 % c. 1,5 %) ou ce type de trouble sur douze mois (5 % c. 1,6 %) (tableau A.7). De même, pour les troubles anxieux, la prévalence de la dépendance à l'alcool est plus forte chez les personnes qui ont

eu au moins un trouble anxieux au cours de leur vie comparativement aux autres (5 % c. 1,4 %); c'est le cas également pour ce type de trouble sur une période de douze mois (6 % c. 1,7 %).

Troubles de l'humeur, troubles anxieux et usage du cannabis et d'autres substances illicites

On constate que l'usage du cannabis est plus répandu chez les personnes qui ont présenté au moins un des troubles psychiatriques à l'étude (troubles de l'humeur ou troubles anxieux) au cours de leur vie ou sur douze mois comparativement à celles qui n'ont souffert d'aucun trouble (figure 5). L'analyse des troubles de l'humeur révèle que la prévalence de l'usage du cannabis sur douze mois est significativement plus élevée chez les personnes qui ont rapporté un trouble de l'humeur comparativement à celles qui ne l'ont pas fait, au cours de leur vie (17 % c. 12 %) et au cours des douze mois précédant l'enquête (26 % c. 12 %). Pour les troubles anxieux, la prévalence de l'usage du cannabis sur douze mois est significativement plus forte chez les personnes qui ont présenté un trouble anxieux comparativement à celles qui n'ont pas vécu ce type de troubles au cours de leur vie (18 % et 12 %). Cette différence n'est pas significative lorsque la période de référence est de douze mois.

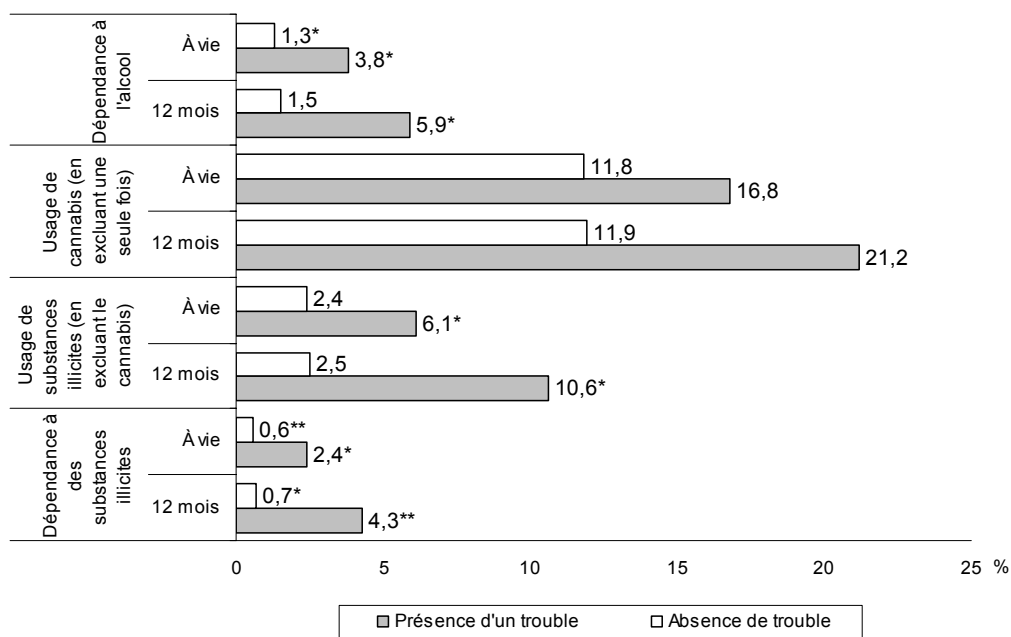
Tout comme pour l'usage du cannabis, la consommation des autres substances illicites (en excluant le cannabis) est plus répandue chez les personnes qui ont eu au moins un trouble psychiatrique (de l'humeur ou anxieux) que parmi celles qui n'ont souffert d'aucun de ces troubles au cours de leur vie (6 % c. 2,4 %) ou au cours des douze mois précédant l'enquête (11 % c. 2,5 %). L'usage de substances illicites sur douze mois est associé à chacun des deux types de troubles. Ainsi, 11 % des personnes qui ont présenté un trouble de l'humeur au cours d'une période de douze mois ont fait usage de substances illicites, comparativement à 2,8 % des

personnes n'ayant pas ce trouble. Une telle différence s'observe aussi pour les diagnostics établis au cours de la vie. Pour les troubles anxieux, l'usage de substances illicites est significativement plus élevé chez les personnes qui ont présenté un trouble anxieux au cours de leur vie comparativement à celles qui n'ont pas souffert de ce type de troubles (8 % c. 7 %). Pour les diagnostics établis sur une période de douze mois, une différence semblable est observée.

parmi les personnes qui ont eu au moins un trouble (de l'humeur ou anxieux) que chez celles qui n'ont eu aucun de ces troubles, au cours de leur vie et au cours d'une période de douze mois (figure 5). L'analyse séparée des troubles de l'humeur et des troubles anxieux révèle que la prévalence de la dépendance aux substances illicites est significativement plus élevée parmi les personnes qui ont présenté l'un ou l'autre de ces deux types de troubles, que ce soit au cours de leur vie ou d'une période de douze mois.

On note également que la prévalence de la dépendance aux substances illicites est plus forte

Figure 5
Prévalence de la dépendance à l'alcool, de l'usage du cannabis, de l'usage et de la dépendance à des substances illicites selon la présence d'au moins un trouble de l'humeur¹ ou un trouble anxieux² au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



1. Dépression majeure ou manie.
2. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

Notes : 1. Le test d'association entre la dépendance à l'alcool, l'usage du cannabis, l'usage de substances illicites ou la dépendance à des substances illicites, d'une part, et la présence d'au moins un trouble (au cours de la vie ou sur 12 mois), d'autre part, est significatif au seuil de 0,05.

2. Les entrées en « % » sur les bâtonnets font référence, par exemple, à la prévalence de la dépendance à l'alcool parmi les personnes ayant ou non un trouble. Ainsi, 1,3 % (premier bâtonnet) des personnes n'ayant présenté aucun trouble à vie, ont une dépendance à l'alcool.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Enfin, pour ce qui est des liens entre la consommation de psychotropes et la prévalence des troubles de santé mentale, on constate que les taux de dépendance à l'alcool les plus élevés se retrouvent chez les personnes qui présentent un des troubles de santé mentale mesurés dans cette étude. On retrouve également les taux les plus élevés d'usage de substances illicites, que

ce soit le cannabis ou d'autres substances, ainsi que de dépendance à ces dernières parmi les personnes qui présentent des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur. Il est à noter que les données sur le cannabis ne se rapportent qu'à sa consommation et non à l'abus de cette substance ou à la dépendance envers celle-ci.

FAITS SAILLANTS

COMORBIDITÉ DES TROUBLES MENTAUX ET DE L'USAGE DE PSYCHOTROPES

Troubles psychiatriques et usage de substances illicites

- La prévalence de l'usage du cannabis et la prévalence de l'usage d'au moins une substance illicite autre que le cannabis sont significativement plus élevées parmi les personnes qui ont présenté au moins un des troubles à l'étude (troubles de l'humeur ou troubles anxieux) au cours de leur vie et au cours d'une période de douze mois.
- La prévalence de l'usage du cannabis de même que celle des autres substances illicites sont significativement plus fortes parmi les personnes qui ont présenté au moins un des troubles de l'humeur (dépression majeure et manie) au cours de leur vie et sur douze mois.
- La prévalence de l'usage du cannabis et celle de l'usage des autres substances illicites sont significativement plus élevées chez les personnes qui ont souffert d'au moins un des troubles anxieux (trouble panique, agoraphobie et phobie sociale) au cours de leur vie.

Troubles psychiatriques et dépendance aux substances

- La prévalence de la dépendance à l'alcool (12 mois) et la prévalence de la dépendance aux substances illicites (12 mois) sont significativement plus élevées chez les personnes présentant au moins un des troubles à l'étude (troubles de l'humeur ou troubles anxieux) au cours de leur vie et sur douze mois.
- La prévalence de la dépendance à l'alcool est plus forte en présence d'au moins un des troubles de l'humeur et en présence d'au moins un des troubles anxieux au cours de la vie et au cours des douze mois précédant l'enquête.
- La prévalence de la dépendance aux substances illicites est plus élevée en présence d'au moins un des troubles de l'humeur au cours de la vie et en présence d'au moins un des troubles anxieux au cours de la vie et sur douze mois.

Discussion

En 2007, l'Institut national de santé publique du Québec rappelle que « le portrait de l'état de santé psychosociale ou mentale des Québécoises et des Québécois n'est pas très reluisant » (INSPQ, 2007) : augmentation des taux de dépression, inquiétudes relatives à la consommation d'alcool et aux épisodes d'intoxication qui ont augmenté au cours de la dernière décennie. Les Québécois affirment de plus éprouver un stress quotidien élevé. Nous disposons maintenant de prévalences pour un ensemble de diagnostics à l'Axe I⁷ et de diagnostics concomitants.

Les prévalences estimées au Québec en 2002 sont du même ordre de grandeur que celles rapportées aux États-Unis à peu près à la même période, pour la dépression majeure, l'anxiété sociale ou le jeu pathologique. La dépendance à l'alcool semble moindre au Québec qu'aux États-Unis cependant. Quoiqu'il en soit, certaines données rapportées dans cette brochure méritent d'être mises en évidence. Tout d'abord, plus d'une personne sur cinq (22 %) a souffert d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, ou les deux, au cours de sa vie au Québec. Les femmes – plus d'une sur quatre – sont plus susceptibles que les hommes de présenter l'une de ces psychopathologies au cours de leur vie. Cette surreprésentation féminine est particulièrement ressentie pour la dépression majeure puisque, au cours des douze mois précédant l'enquête, deux fois plus de femmes que d'hommes au Québec ont présenté une dépression atteignant le seuil clinique. Si on songe au fait que la dépression s'accompagne de tristesse et d'un sentiment généralisé d'échec, dans une situation qui est vécue comme sans espoir (Clark et Beck, 1999), voilà ce que plus d'une Québécoise sur 20 a subi au cours d'une période de douze mois. Ce chiffre donne un aperçu des besoins de services dans la population du Québec.

Comme dans toutes les études publiées sur la question (Nadeau, 1999), les hommes sont plus nombreux que les femmes à présenter un taux de dépendance à l'alcool. Cependant, c'est la consommation à risque qui retient davantage l'attention au Québec. Dans l'*Enquête sur les toxicomanies au Canada* (Santé Canada et autres, 2008), 14,4 % des Québécois rapportaient une consommation d'alcool à risque (un score de 8 et plus sur le AUDIT) et 30 % rapportaient au moins un problème consécutif à la consommation d'alcool d'un autre buveur : c'est un Québécois sur trois dont la vie comporte des effets délétères en raison de la consommation d'alcool d'un proche ou d'une connaissance. D'après l'ESCC (cycle 1.2), près de un million (958 000, soit 16 % de la population) de résidents du Québec âgés de 15 ans et plus rapportent consommer cinq verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois; un écart significatif entre les hommes et les femmes est noté pour tous les groupes socio-économiques et les différents groupes d'âge. Une autre enquête de 2002 (Éduc'alcool, 2002) a révélé que 3 % des Québécois consomment cette quantité une fois par semaine et 2 %, plus d'une fois par semaine. En 2007, ces taux ont augmenté chacun de 1 %; en effet, 4 % des Québécois consomment cette quantité une fois par semaine et 3 %, plus d'une fois par semaine (Éduc'alcool, 2007). Or, c'est aux intoxications, et non à la dépendance, que sont associés les plus nombreux problèmes liés à l'alcool – accidents de la route, altercations diverses et violences domestiques, chutes et perte de productivité au travail (Demers et Nadeau, 1999; Demers et Quesnel Vallée, 1998). Par ailleurs, 1,8 % des Québécois de 15 ans et plus vivant dans des ménages privés répondent aux critères de dépendance à l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête. La plupart de ces personnes ont perdu la liberté de s'abstenir de boire de l'alcool et structurent leur vie autour de leur consommation. Elles ont besoin de réduire leur consommation d'alcool ou de cesser de boire avec le soutien d'un professionnel de la santé ou de services spécialisés dans le traitement de la toxicomanie.

7. L'Axe I se réfère au diagnostic comme tel d'après le DSM-IV, par opposition aux conditions physiques (Axe III) ou aux événements stressants (Axe IV), par exemple, qui influencent les troubles de l'Axe I.

Bien que le cannabis soit une substance illégale, près du tiers des consommateurs de cannabis en consomment une fois par semaine ou plus – 235 000 personnes de 15 ans et plus. C'est parmi les 15 à 24 ans que l'on retrouve la proportion la plus élevée de consommateurs de cannabis : plus de la moitié ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de leur vie, dont près de 4 jeunes sur 10 au cours des douze mois précédant l'enquête. Ce chiffre est donc le signe qu'une proportion importante de jeunes consomme du cannabis en dépit du fait que c'est une drogue illégale.

En ce qui a trait au jeu, les taux de jeu pathologique sont imprécis et trop faibles pour que l'on puisse associer le jeu pathologique et la consommation d'alcool au Québec (Kairouz et autres, 2005). Dans la plus récente enquête américaine, la NESARC, on a fait face à la même situation pour les données sur les douze mois précédant l'enquête, malgré un échantillon de plus de 43 000 participants; le taux de prévalence à vie, le seul ayant été publié, s'élevait à 0,4 % (Petry et autres, 2005). Par ailleurs, avec d'autres mesures, Ladouceur et autres (2005) ont observé un taux de jeu pathologique au Québec de 0,07 % en 2002, taux pour les douze mois précédant l'enquête qui était similaire à celui noté en 1996. Nous estimons à moins de 1 % dans la présente enquête le taux de joueurs pathologiques. Fait à signaler, il n'y a pas de différence statistiquement significative entre les femmes et les hommes pour le taux de joueurs à risque modéré ou de joueurs pathologiques réunis. Or, dans la NESARC, le jeu pathologique à vie présentait une répartition de trois hommes (72 %) pour une femme (28 %) (Petry et autres, 2005). De même, dans les centres de traitement pour le jeu pathologique au Québec, les hommes sont surreprésentés sans qu'il n'y ait lieu de croire que les femmes soient moins rejointes que les hommes par ces services : il y a eu 62 % d'hommes et 38 % de femmes sur 500 joueurs pathologiques admis au Centre Dollard-Cormier en 2006. Dans la présente étude, le taux équivalent d'hommes et de femmes chez les joueurs à risque modéré ou à risque élevé ne permet pas de faire l'inférence que ce ratio de 1:1 correspond également à celui des joueurs pathologiques. En effet, le ratio entre les sexes

devrait changer pour faire place à une surreprésentation masculine au fur et à mesure que les mesures progresseront en gravité, c'est-à-dire lorsqu'elles évalueront le jeu pathologique et non plus le risque élevé. Le même phénomène s'observe avec la consommation d'alcool : les buveurs modérés se répartissent également entre les hommes et les femmes alors que la prévalence pour la dépendance, dans cette étude comme dans toutes les autres, est de 2:1 (Nadeau, 1999).

Par ailleurs, une étude récente de Pelletier (2007) signale que, dans trois centres de traitement au Québec, les clients subissant un traitement pour le jeu pathologique présentaient des prévalences très élevées de troubles de l'humeur, de troubles anxieux et surtout de troubles de la personnalité, dont l'évaluation était l'objet de l'étude. Ces taux font écho aux résultats observés dans la population générale aux États-Unis.

La dernière partie des résultats présentés dans cette brochure a pour objet les troubles mentaux concomitants. Cette section constitue une première pour le Québec. Comme l'indique la brochure sur l'utilisation des services de la présente série⁸, c'est le segment de la population du Québec touché par ces troubles qui est le plus susceptible d'utiliser des services. C'est aussi ce segment qui manifeste la plus grande détresse. Ainsi, chez les personnes ayant déjà souffert de troubles de l'humeur, le taux de dépendance à l'alcool (mesuré au cours d'une période de douze mois) est deux fois plus grand que chez les personnes n'ayant pas présenté ces troubles au cours de leur vie. De même, chez les personnes ayant éprouvé un trouble anxieux, les estimations de la dépendance à l'alcool sont supérieures à celles notées chez les personnes n'ayant pas eu ces troubles, que ce soit au cours de leur vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête. Les taux sont d'ailleurs à peu près trois fois supérieurs chez les personnes qui ont rapporté l'un ou l'autre des troubles anxieux au cours de la vie et au cours des douze mois précédant l'enquête. Ces données viennent confirmer ce

8. Une brochure sur l'utilisation des services et la consommation de médicaments à des fins de santé mentale (Lesage et autres, 2008) est publiée peu de temps après la présente publication.

que les enquêtes antérieures avaient mis en évidence, à savoir que le fait de souffrir d'un trouble mental augmente le risque de présenter un autre trouble mental. Le nombre de cas est petit, mais la souffrance des individus est grande et leurs problèmes d'adaptation, considérables. Il faut aussi prendre en compte la détresse de l'entourage, lorsque ces personnes bénéficient encore d'un réseau de soutien.

Chez les personnes qui ont déclaré avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête, les taux de dépendance à l'alcool sont constamment plus élevés. Ces proportions estimées sont d'au moins trois fois supérieures à celles observées parmi les personnes qui n'ont pas eu de telles pensées. En outre, près de 6 répondants sur 10 ayant fait état de pensées suicidaires au cours des douze mois précédant l'enquête ont présenté un trouble de l'humeur au cours de leur vie. En ce qui concerne la prévalence des troubles de l'humeur à vie, elle est près de quatre fois supérieure chez les personnes qui ont eu des pensées suicidaires sur douze mois en comparaison de celles qui n'ont pas eu ces pensées. Il faut rappeler que, dans un suivi de 102 cas consécutifs d'avril 2002 à mai 2003 au Nouveau-Brunswick (Séguin et autres, 2006), la prévalence à vie des troubles liés aux substances chez ces personnes s'étant enlevé la vie était de 66 % (diagnostic rétrospectif). Dans les douze mois précédents, 65 % des victimes de suicide avaient présenté un trouble de l'humeur, 59 % un trouble lié à une substance et 42 % avaient en concomitance un trouble de l'humeur et un trouble lié à des substances. Il faut en déduire que le suicide vient rarement seul; celui-ci s'accompagne très souvent de dépendance à l'alcool ou de troubles de l'humeur, ou de ces deux pathologies. Si on disposait de mesures sur les troubles de la personnalité, on verrait un risque accru chez les répondants concernés par ces troubles (Mishara et Tousignant, 2004). Les programmes de prévention doivent tenir compte du fait que le risque suicidaire s'accompagne de tels signes cliniques, notamment la dépendance à l'alcool et les troubles de l'humeur.

Intérêt et limites de l'enquête

Le lecteur aura constaté que les données de cette enquête sont rapportées sous forme d'estimations souvent imprécises. En effet, un échantillon comportant près de 5 500 participants ne permet pas d'obtenir un tableau précis de phénomènes rares. Si, en plus, on veut décrire ces petits sous-groupes, alors il est difficile, voire impossible, d'avoir des données précises. Conséquemment, avec un échantillon de cette taille, il n'est pas envisageable de cibler certains groupes à risque. À cela s'ajoute le fait que plusieurs troubles ne sont pas couverts dans cette brochure – le trouble de stress post-traumatique, l'abus d'alcool, les troubles de la personnalité, les troubles associés à la dépendance au cannabis chez les jeunes. Enfin, le lecteur devrait avoir en mémoire le fait que la population qui est en institution et qui ne fait pas partie de l'échantillon présente également des troubles mentaux.

Conclusion

En 2005 et 2006, le ministère de la Santé et des Services sociaux a publié deux énoncés de politiques – le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens* (Ministère de la Santé et des Services sociaux, 2005) et le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* (Ministère de la Santé et des Services sociaux et autres, 2006). Ces deux plans d'action pour la population du Québec sont le fruit de consultations parmi les interlocuteurs clés du Québec, fondent leurs objectifs sur les meilleures données disponibles au moment de leur publication et privilégient la communication et la collaboration entre tous les partenaires de la collectivité. Les données de l'ESCC viennent se greffer à ces énoncés de politiques pour concrétiser et préciser le travail à faire dans la population. Les données présentées dans cette brochure viennent confirmer l'importance de mettre en place la hiérarchisation des services de santé mentale, comme le propose le *Plan d'action en santé mentale*. De même, ces données nous rappellent aussi que la consommation de cannabis devrait retenir notre attention. Le Québec a réussi à réduire la consommation de tabac chez les jeunes, mais c'est maintenant aux effets nocifs de la fumée de cannabis qu'il faut s'attaquer ainsi qu'aux effets délétères de ce produit sur la performance scolaire et, pour les sujets les plus fragiles, sur la santé mentale (Crews et autres, 2007). Enfin, les questions relatives à la comorbidité sont abordées dans ces deux plans d'action, bien qu'elles ne soient centrales ni dans l'un ni dans l'autre. Le *Plan d'action en santé mentale* vient soutenir les programmes de traitement intégré en souhaitant que ceux-ci soient plus connus (p. 62) et le *Plan d'action interministériel en toxicomanie* rappelle l'importance de constituer des équipes mixtes composées de spécialistes en santé mentale et en toxicomanie (p. 33). Ces deux documents ont pour leitmotiv l'importance de la collaboration et de la communication entre le réseau de la santé mentale et celui de la toxicomanie qui, pendant trop longtemps, ont œuvré en vase clos, comme si les clients qu'ils

desservait étaient deux populations distinctes. Les chiffres présentés ici constituent un test de réalité qui démontre que le fait de présenter un trouble mental augmente la probabilité d'en présenter un ou plusieurs autres. Conséquemment, la collaboration et la communication entre les services de toxicomanie et de santé mentale, qui sont déjà amorcées dans plusieurs régions du Québec, devraient être soutenues et accrues. En outre, les résultats sur la comorbidité des troubles mentaux, qui jusqu'ici n'étaient connus au Québec que par les études avec des échantillons cliniques, révèlent que le phénomène n'est pas limité aux seules personnes qui utilisent les services, mais se retrouvent aussi dans la population générale.

En terminant, nous trouvons utile de rappeler qu'il a été démontré que les troubles mentaux n'arrivent pas qu'aux autres. À partir des résultats présentés, on peut supposer que les Québécoises et Québécois qui ont un réseau d'une cinquantaine de personnes, incluant les collègues de travail et les connaissances, côtoient au moins une dizaine de personnes ayant souffert soit de troubles de l'humeur, soit d'une forme d'anxiété au cours de leur vie. Cette prévalence, qui n'inclut que ces deux types de troubles, est plus élevée que celle du cancer mais ces problèmes sont moins visibles. En outre, dans ce cas-ci, les jeunes adultes sont particulièrement vulnérables. En cette ère où la planification des services en santé se doit d'être appuyée sur des données probantes, il y a lieu d'espérer que l'information présentée ici serve à prioriser et mieux soutenir certains éléments des orientations nationales, en particulier le développement de collaborations entre tous les partenaires œuvrant en santé mentale et en toxicomanie.

Bibliographie

- BOYER, R., D. SAINT-LAURENT, M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ, R. MASSÉ et C. POULIN (2000). « Idées suicidaires et parasuicides », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 17, p. 355-367.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000). « Consommation d'alcool », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 4, p. 117-133.
- CHEVALIER, S., et O. LEMOINE (2000a). « Consommation de drogues et autres substances psychoactives », dans : *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 5, p. 135-147.
- CLARK, D. A., et A. T. BECK with B. A. Alford (1999). *Scientific Foundations of Cognitive Theory and Therapy of Depression*, New York, John Wiley and Sons, 504 p.
- CREWS F., J. HE, et C. HODGE (2007). « Adolescent cortical development: A critical period of vulnerability for addiction », *Pharmacology Biochemistry Behavior*, vol. 86, n° 2, p. 189-199.
- DEMERS, A., et L. NADEAU (1999). « L'intoxication : l'expérience québécoise », *Alcoologie* (hors série), p. 143-149.
- DEMERS, A., et A. QUESNEL VALLÉE (1998). *L'intoxication à l'alcool : conséquences et déterminants*, Montréal, Comité permanent de lutte à la toxicomanie, 56 p.
- ÉDUC'ALCOOL (2002). *Les Québécois et l'alcool*, Montréal, Éduc'alcool.
- ÉDUC'ALCOOL (2007). *Les Québécois et l'alcool*, Montréal, Éduc'alcool, 58 p.
- FERRIS, J., et H. WYNNE (2001). *L'indice canadien du jeu excessif, Rapport final*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, 72 p.
- FOURNIER, L, O. LEMOYNE, C. POULIN et L. R. POIRIER (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais, vol. 1 : la santé mentale et les besoins de soins des adultes*. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 250 p.
- GRANT, B. F., D. A. DAWSON, F. S. STINSON, S. P. CHOU, M. C. DUFOUR, et R. P. PICKERING (2004). « The 12-month prevalence and trends in DSM-IV alcohol abuse and dependence: United States, 1991-1992 and 2001-2002 ». *Drug and Alcohol Dependence*, 74, p. 223-234.
- GRANT, B. F., D. S. HASIN, C. BLANCO, F. S. STINSON, S. P. CHOU, R.B. GOLDSTEIN, D. A. DAWSON, S. SMITH, T. D. SAHA, et B. HUANG. (2005). "The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 66, n° 11, p. 1351-1361.
- GRAVEL, R, et Y. BÉLAND (2005). « The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-being », *The Canadian Journal of Psychiatry / La revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, p. 573-579.
- HASIN, D. S., R. D. GOODWIN, F. S. STINSON, et B. F. GRANT (2005). « Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions », *Archives of General Psychiatry*, 62, p. 1097-1106.

- HELZER, J. E., et T. R. PRYZBECK (1988). « The co-occurrence of alcoholism with other psychiatric disorders in the general population and its impact on treatment ». *Journal of Studies on Alcohol*, 49, p. 219-224.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2007). *État de santé mentale et psychosociale*, Santéscope, Analyses thématiques, [En ligne] : www.inspq.qc.ca/santescope/ImpressionAnalyse.asp?Lg=fr&NoCons=9 (page consultée le 27 mars 2008).
- KAIROUZ, S., L. NADEAU, et G. L. SIOU (2005). « Area variations in the prevalence of substance use and gambling behaviours and problems in Quebec: a multilevel analysis », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, p. 591-598.
- KESSLER, R. C., G. ANDREWS, D. MROZCEK, T.B. ÜSTÜN, et H.-U. WITTCHEN (1998). « The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, p. 171-185.
- KESSLER, R. C., C. B. NELSON, K. A. MCGONAGLE, M. J. EDLUND, R. G. FRANK, et P. J. LEAF (1996). « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization », *American Journal of Orthopsychiatry*, 66, p. 17-31.
- LADOUCEUR, R., C. JACQUES, S. CHEVALIER, S. SEVIGNY, et D. HAMEL (2005). « Prevalence of pathological gambling in Quebec in 2002 », *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, p. 451-456.
- LOPEZ, A. D., C. D. MATHERS, M. EZZATI, D. JAMISON, et C. J. L. MURRAY (Eds.) (2006). *Global Burden of Disease and Risk Factors*, New York, Oxford University Press and The World Bank, 552 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX ET AUTRES (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 80 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.
- MISHARA, B. L., et M. TOUSIGNANT (2004). *Comprendre le suicide*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 174 p.
- MURRAY, C. J. L., et A. D. LOPEZ (1996). *The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, coll. « Global burden of disease and injury series », 990 p.
- NADEAU, L. (2001). « La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux », dans : M. LANDRY, L. GUYON et S. BROCHU (Éds.) *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie, Études québécoises*. Québec, Presses de l'Université Laval, p. 45-71, Collection toxicomanies.
- NADEAU, L. (1999). « Gender and alcohol: the separate realities of women's and men's drinking », dans : S. PEELE, et M. GRANT (Eds.) *Alcohol and Pleasure: a Health Perspective*. Philadelphia, PA, Taylor and Francis, p. 305-323/.
- NATIONAL INSTITUTE OF ALCOHOL ABUSE AND ALCOHOLISM (2007). *National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC)*, [En ligne] : www.niaaa.census.gov/ (page consultée le 20 octobre 2007).
- PAGÉ, J. C. (1961). *Les fous crient au secours*, Postface de Camille Laurin, Montréal, Éditions du Jour, 156 p.

- PELLETIER, O. (2007). *Troubles de la personnalité et jeu pathologique : comorbidité et prédicteur d'abandon du traitement*, Thèse de doctorat, École de psychologie, Faculté des sciences sociales, Université Laval, 197 p.
- PETRY, N. M., F. S. STINSON, et B. F. GRANT (2005). « Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Journal of Clinical Psychiatry*, 66, p. 564-574.
- PLANTE, N., M. BORDELEAU, et J. AUBIN (2008). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois: présentation de l'enquête et des méthodes. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 30 p.
- REGIER, D. A., J. K. MYERS, M. KRAMER, L. N. ROBINS, D. G. BLAZER, R. L. HOUGH, W. W. EATON, et B. Z. LOCKE (1984). « The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics », *Archives of General Psychiatry*, 41, p. 934-941.
- ROBINS, L. N., et D. A. REGIER (1991). *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, The Free Press, 449 p.
- ROSS, H. E. (1995). « DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey », *Drug and Alcohol Dependence*, 39, p. 111-128.
- SANTÉ CANADA, CONSEIL EXÉCUTIF CANADIEN SUR LES TOXICOMANIES ET CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (2008). *Tendances selon le sexe. Une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens. Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)*. Ottawa, Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 84 p.
- SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Ministère des travaux publics et services gouvernementaux Canada, 179 p.
- SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC (2001). Montréal (Québec), Centre de santé mentale Communautaire. *Numéro thématique sur la comorbidité*, vol. 26, n° 2.
- SÉGUIN, M., A. LESAGE, N. CHAWKY, A. GUY, F. DAIGLE, G. GIRARD, et G. TURECKI (2006). « Suicide cases in New Brunswick from April 2002 to May 2003: the importance of better recognizing substance and mood disorder comorbidity », *Canadian Journal of Psychiatry*, 51, p. 581-586.
- STATISTIQUE CANADA (2006). *Canadian Community Health Survey (CCHS): Mental Health and Well-being cycle 1*, [En ligne] : www.statcan.ca (page consultée le 27 novembre 2007).
- STATISTIQUE CANADA (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, Santé mentale et bien-être. Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, 99 p.
- STINSON, F. S., B. F. GRANT, D. A. DAWSON, W. J. RUAN, B. HUANG, et T. SAHA (2005). « Comorbidity between DSM-IV alcohol and specific drug use disorders in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions », *Drug and Alcohol Dependence*, 80, p. 105-116.
- U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General — Executive Summary*, Rockville, MD, U. S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health, 20 p.

Annexe 1

Troubles alimentaires

Dans l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, l'échelle des attitudes alimentaires (*Eating Attitudes Test – EAT-26*) mesure les symptômes et les préoccupations caractéristiques des troubles alimentaires, au cours des douze derniers mois ou au cours de la vie (en un seul indice). Elle comprend 26 items et son étendue est de 0 à 78. À partir de 21, une personne est considérée à risque de présenter des troubles alimentaires.

Selon les résultats à l'échelle des attitudes alimentaires, 1,9 % de la population de 15 ans et plus est à risque d'avoir des troubles alimentaires en 2002 au Québec. Les femmes sont plus touchées que les hommes (3,0 % c. 0,7 %)⁹. De plus, ces troubles sont plus fréquents en présence de troubles de l'humeur (au cours de la vie ou sur douze mois), ou encore, de pensées suicidaires ou de tentative de suicide au cours de la vie (données imprécises, non présentées).

On ne détecte pas de relation entre la présence de troubles alimentaires et l'âge ou le niveau de revenu.

9. Proportions ayant un coefficient de variation entre 15 % et 25 % (population totale, femmes) ou de plus de 25 % (hommes) : elles doivent être interprétées avec prudence.

Annexe 2

Modèles de régression logistique

Tableau A.1

Modèles de régression logistique sur les troubles de l'humeur, les troubles anxieux et au moins un de ces troubles au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	À vie			12 mois		
	Trouble de l'humeur	Trouble anxieux	Au moins un de ces troubles	Trouble de l'humeur	Trouble anxieux	Au moins un de ces troubles
	RC _{ajusté} (IC à 95 %)			RC _{ajusté} (IC à 95 %)		
Sexe						
Hommes	0,59 (0,46-0,75)	0,65 (0,48-0,88)	0,60 (0,48-0,73)	...	0,53 (0,35-0,79)	0,55 (0,42-0,73)
Femmes	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	...	1,00 (...)	1,00 (...)
Groupe d'âge						
15-24 ans	1,98 (1,30-3,03)	4,85 (2,79-8,41)	2,60 (1,82-3,71)	...	10,69 (3,68-31,07)	5,79 (3,16-10,62)
25-64 ans	2,18 (1,56-3,05)	4,05 (2,47-6,65)	2,67 (2,00-3,57)	...	6,56 (2,09-20,66)	3,04 (1,70-5,42)
65 ans et plus	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	...	1,00 (...)	1,00 (...)
Revenu du ménage						
Inférieur	n. s.	n. s.	1,70 (1,21-2,40)	2,55 (1,51-4,30)	3,87 (1,81-8,27)	3,08 (1,81-5,26)
Moyen inférieur			1,21 (0,90-1,64)	1,67 (0,98-2,84)	2,10 (1,08-4,10)	1,76 (1,10-2,82)
Moyen supérieur			1,15 (0,85-1,56)	1,71 (1,02-2,88)	1,71 (0,96-3,06)	1,74 (1,13-2,69)
Supérieur			1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)
Interaction sexe-groupe d'âge	n. s.	n. s.	n. s.	sign.	n. s.	n. s.
RC pour l'âge, selon le sexe						
Hommes						
15-24 ans	...	...	...	2,36 (0,81-6,85)	...	...
25-64 ans	...	...	...	0,85 (0,33-2,23)	...	...
65 ans et plus	...	...	...	1,00 (...)	...	...
Femmes						
15-24 ans	...	...	...	5,71 (2,45-13,34)	...	...
25-64 ans	...	...	...	3,81 (1,87-7,73)	...	...
65 ans et plus	...	...	...	1,00 (...)	...	...

Note : Lorsque l'interaction sexe-groupe d'âge est significative (sign.), les rapports de cotes (RC) pour le sexe et le groupe d'âge ne sont pas présentés pour ces variables prises séparément.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.2

Modèles de régression logistique sur chacun des troubles mentaux au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	À vie				12 mois		
	Dépression majeure	Trouble panique	Phobie sociale	Agoraphobie	Dépression majeure	Phobie sociale	Agoraphobie
	RC ajusté (IC à 95 %)				RC ajusté (IC à 95 %)		
Sexe		n. s.	n. s.			n. s.	
Hommes	0,57 (0,44-0,74)			0,32 (0,13-0,77)	...		0,29(0,10-0,86)
Femmes	1,00 (...)			1,00 (...)	...		
Groupe d'âge							n. s.
15-24 ans	1,77 (1,15-2,73)	6,07 (2,12-17,35)	4,75 (2,32-9,75)	2,80 (0,74-10,54)	...	8,89 (1,97-40,10)	
25-64 ans	2,02 (1,43-2,83)	6,30 (2,64-15,00)	3,47 (1,76-6,86)	3,07 (0,97-9,78)	...	3,15 (0,70-14,24)	
65 ans et plus	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	...	1,00 (...)	
Revenu du ménage	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.		n. s.	n. s.
Inférieur					2,70 (1,57-4,62)		
Moyen inférieur					1,65 (0,94-2,89)		
Moyen supérieur					1,73 (0,99-3,00)		
Supérieur					1,00 (...)		
Interaction sexe - groupe d'âge	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	sign.	n. s.	n. s.
RC pour l'âge, selon le sexe							
Hommes							
15-24 ans	...	...	...	...	2,27 (0,77-6,64)	...	...
25-64 ans	...	...	...	...	0,75 (0,28-1,97)	...	...
65 ans et plus	...	...	...	...	1,00 (...)	...	...
Femmes							
15-24 ans	...	...	...	...	4,97 (2,07-11,94)	...	...
25-64 ans	...	...	...	...	3,70 (1,82-7,54)	...	...
65 ans et plus	...	...	...	...	1,00 (...)	...	...

Note : Lorsque l'interaction sexe-groupe d'âge est significative (sign.), les rapports de cotes (RC) pour le sexe et le groupe d'âge ne sont pas présentés pour ces variables prises séparément.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.3

Modèles de régression logistique sur les pensées suicidaires et la tentative de suicide au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Pensées suicidaires		Tentative de suicide	
	À vie	12 mois	À vie	12 mois ¹
	RC _{ajusté} (IC à 95 %)		RC _{ajusté} (IC à 95 %)	
Sexe	n. s.	n. s.		n. s.
Hommes			0,38 (0,25-0,57)	
Femmes			1,00 (...)	
Groupe d'âge				
15-24 ans	3,95 (2,65-5,90)	5,04 (2,21-114,47)	65,46 (22,28-192,31)	5,01 (1,56-2,17)
25-64 ans	3,97 (2,80-5,63)	3,07 (1,51-6,26)	44,23 (16,16-121,11)	1,00 (...)
65 ans et plus	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	...
Revenu du ménage				
Inférieur	2,67 (1,89-3,79)	3,83 (1,95-7,55)	3,82 (1,95-7,48)	4,51 (1,40-14,53)
Moyen inférieur	2,60 (1,87-3,60)	2,25 (1,17-4,33)	2,41 (1,22-4,78)	} 1,00 (...)
Moyen supérieur	2,01 (1,46-2,78)	2,73 (1,41-5,30)	1,45 (0,72-2,93)	
Supérieur	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	
Interaction sexe - groupe d'âge	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.

1. Dans le modèle sur la tentative de suicide (12 mois), les personnes de 65 ans et plus ont été exclues de l'analyse en raison du très petit nombre ayant ce problème.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.4

Modèles de régression logistique sur la consommation d'alcool au cours d'une période de 12 mois, la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Consommation d'alcool (12 mois)		Consommation excessive d'alcool		Dépendance à l'alcool ¹	
	RC _{ajusté} (IC à 95 %)		RC _{ajusté} (IC à 95 %)		RC _{ajusté} (IC à 95 %)	
Sexe						
Hommes	1,42 (1,13-1,77)		...		3,42 (1,95-5,98)	
Femmes	1,00 (...)		...		1,00 (...)	
Groupe d'âge						
15-24 ans	1,83 (1,24-2,70)		...		4,66 (2,74-7,91)	
25-64 ans	1,57 (1,24-1,99)		...		1,00 (...)	
65 ans et plus	1,00 (...)		...		...
Revenu du ménage						
Inférieur	0,15 (0,10-0,23)		n. s.		n. s.	
Moyen inférieur	0,28 (0,18-0,42)					
Moyen supérieur	0,32 (0,21-0,48)					
Supérieur	1,00 (...)					
Interaction sexe - groupe d'âge						
RC pour l'âge, selon le sexe						
Hommes						
15-24 ans	...		6,51 (3,51-12,05)		...	
25-64 ans	...		3,17 (1,82-5,51)		...	
65 ans et plus	...		1,00 (...)		...	
Femmes						
15-24 ans	...		25,28 (11,56-55,32)		...	
25-64 ans	...		7,49 (3,44-16,33)		...	
65 ans et plus	...		1,00 (...)		...	

1. Dans le modèle sur la dépendance à l'alcool, les personnes de 65 ans et plus ont été exclues de l'analyse en raison du très petit nombre ayant ce problème.

Note : Lorsque l'interaction sexe-groupe d'âge est significative (sign.), les rapports de cotes (RC) pour le sexe et le groupe d'âge ne sont pas présentés pour ces variables prises séparément.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.5

Modèles de régression logistique sur l'usage du cannabis et l'usage de substances illicites au cours de la vie et sur 12 mois, et la dépendance à ces substances (12 mois), population de 15 ans et plus, Québec, 2002

9,5	Usage du cannabis (en excluant une seule fois)		Usage de substances illicites (en excluant le cannabis)		Dépendance à des substances illicites	
	À vie	12 mois	À vie	12 mois	12 mois	
	RC _{ajusté} (IC à 95 %)		RC _{ajusté} (IC à 95 %)		RC _{ajusté} (IC à 95 %)	
Sexe						
Hommes	1,52 (1,26-1,85)	1,77 (1,32-2,38)	1,74 (1,37-2,20)	1,96 (1,08-3,56)	3,11 (1,37-7,07)	
Femmes	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	1,00 (...)	
Groupe d'âge						
15-24 ans	122,7 (52,8-285,0)	6,13 (4,72-7,96)	84,31 (34,52-205,92)	4,98 (3,03-8,17)	11,98 (4,88-29,42)	
25-64 ans	55,4 (23,9-128,6)	1,00 (...)	51,83 (21,63-124,21)	1,00 (...)	1,00 (...)	
65 ans et plus	1,00 (...)	...	1,00 (...)	...	...
Revenu du ménage	n. s.	n. s.	n. s.			n. s.,
Inférieur				2,50 (1,17-5,36)		
Moyen inférieur				0,92 (0,46-1,87)		
Moyen supérieur				0,86 (0,45-1,61)		
Supérieur				1,00 (...)		
Interaction sexe - groupe d'âge	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	n. s.	

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.6

Modèles de régression logistique sur le polyusage de substances psychoactives au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Usage d'alcool seulement versus abstention	Usage de substances illicites avec ou sans alcool versus abstention ¹
	RC _{ajusté} (IC à 95 %)	RC _{ajusté} (IC à 95 %)
Sexe		
Hommes	1,32 (1,05-1,67)	1,92 (1,32-2,80)
Femmes	1,00 (...)	1,00 (...)
Groupe d'âge		
15-24 ans	1,06 (0,69-1,65)	4,26 (2,70-6,71)
25-64 ans	1,41 (1,11-1,80)	1,00 (...)
65 ans et plus	1,00 (...)	...
Revenu du ménage		
Inférieur	1,00 (...)	1,00 (...)
Moyen inférieur	1,99 (1,46-2,71)	1,22 (0,65-2,29)
Moyen supérieur	2,30 (1,64-3,23)	1,26 (0,74-2,16)
Supérieur	7,19 (4,70-11,00)	2,59 (1,41-4,76)
Interaction sexe - groupe d'âge	n. s.	n. s.

1. Dans le modèle sur l'usage de substances illicites avec ou sans alcool, les personnes de 65 ans et plus ont été exclues de l'analyse en raison du très petit nombre ayant ce problème.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.7

Prévalence de la dépendance à l'alcool, de l'usage du cannabis, de l'usage de substances illicites et de la dépendance à des substances illicites selon la présence ou l'absence d'un trouble de l'humeur¹ ou d'un trouble anxieux² au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Dépendance à l'alcool		Usage du cannabis (en excluant une seule fois)		Usage de substances illicites (en excluant le cannabis)		Dépendance à des substances illicites		
	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	
Trouble de l'humeur¹									
À vie ^a									
Oui	3,6*	2,2-5,4	17,0	13,4-21,1	5,3*	3,4-7,8	2,5**	1,2-4,5	
Non	1,5	1,1-2,0	12,1	10,8-13,3	2,9	2,2-3,7	0,7*	0,4-1,2	
12 mois ^a									
Oui	5,1**	2,1-10,1	26,0*	18,6-34,6	10,8**	5,9-17,7	5,5**	2,3-10,7	
Non	1,6	1,3-2,1	12,0	10,8-13,1	2,8	2,2-3,6	0,7*	0,4-1,1	
Trouble anxieux²									
À vie ^a									
Oui	5,1*	3,0-8,0	18,2	13,6-23,6	7,7**	4,2-12,9	3,2**	1,5-5,9	
Non	1,4	1,1-1,9	12,2	10,9-13,4	2,7	2,2-3,3	0,7*	0,4-1,1	
12 mois ^b									
Oui	6,3**	3,2-11,1	18,0*	12,0-25,4	9,8**	3,2-21,8	3,2**	1,1-7,2	
Non	1,7	1,2-2,1	12,5	11,3-13,8	2,9	2,3-3,6	0,9*	0,6-1,4	

1. Dépression majeure ou manie.

2. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

a. Le test d'association entre la dépendance à l'alcool, l'usage du cannabis, l'usage de substances illicites ou la dépendance à des substances illicites, d'une part, et la présence de ce trouble, d'autre part, est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre la dépendance à l'alcool, l'usage de substances illicites ou la dépendance à des substances illicites, d'une part, et la présence de ce trouble, d'autre part, est significatif au seuil de 0,05.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être de la population québécoise de 15 ans et plus est présenté sous forme de brochures, dont voici la troisième. *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* de Statistique Canada permet d'estimer, pour cette population en 2002, la prévalence de plusieurs problèmes de santé mentale : troubles de l'humeur, troubles anxieux, pensées suicidaires et tentative de suicide, consommation excessive d'alcool, dépendance à l'alcool ou aux drogues, jeu à risque ou pathologique. La présence concomitante de troubles mentaux et de toxicomanie est examinée pour la première fois, complétant ce portrait inédit de la santé mentale de la population québécoise.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

**Institut
de la statistique**

Québec



ISBN 978-2-550-53935-3



9 782550 539353

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Imprimé au Québec, Canada