

QUEL EST L'ÉTAT DE **SANTÉ MENTALE** DES **JAMÉSIENS**?

Ce que révèle l'Enquête québécoise sur
la santé de la population 2014-2015 (EQSP)



ANALYSE ET RÉDACTION

Moussa Diop, Ph. D., agent de planification, de programmation et de recherche – Direction de santé publique, CRSSS de la Baie-James

RELECTURE

Sylvie Nadon, Chef de l'équipe Surveillance, recherche et évaluation - Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

Manon Laporte, Directrice adjointe de Santé publique, CRSSS de la Baie-James

Jhon Alexander Montoya, agent de planification, de programmation et de recherche – Direction de santé publique, CRSSS de la Baie-James

Andréanne Roy, Médecin-conseil, Direction de santé publique, Centre intégré de santé et de services sociaux des Laurentides

RÉVISION LINGUISTIQUE

Céline Proulx, technicienne en communication – Direction générale, CRSSS de la Baie-James

MISE EN PAGE ET CONCEPTION GRAPHIQUE

Stéphanie Gosselin, Lettrage Waldi

Le présent document n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse : www.crssbaiejames.gouv.qc.ca, rubrique **Publications**.

La reproduction, en tout ou en partie, de ce document à des fins non commerciales est encouragée, à la condition d'être fidèle au texte et d'en mentionner la source.

CITATION SUGGÉRÉE

DIOP, Moussa. *Quel est l'état de santé mentale des Jamésiens? Ce que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015*. Chibougamau, Centre régional de santé et des services sociaux de la Baie-James, Direction de santé publique, 2017, 25 p.



CENTRE RÉGIONAL DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE-JAMES

312, 3^e Rue

Chibougamau (Québec) G8P 1N5

Téléphone : 418 748-3575

Dépôt légal — 2017

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN 978-2-924364-38-3 (version imprimée)

ISBN 978-2-924364-39-0 (version en ligne)

TABLE DES **MATIÈRES**

1.	L'ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 2014-2015 (EQSP)	5
2.	CONTEXTE	6
3.	FAITS SAILLANTS	8
3.1	ÉTAT DE SANTÉ PERÇU	8
3.2	SATISFACTION À L'ÉGARD DE SA VIE SOCIALE	10
3.3	ÉCHELLE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	12
3.4	DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE LIÉE AU TRAVAIL	15
3.5	HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL	17
3.6	IDÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE	19
3.6.1	IDÉES SUICIDAIRES	21
3.6.2	TENTATIVES DE SUICIDES	21
4.	ENJEU ET DÉFIS	22
	BIBLIOGRAPHIE	24

LISTE DES **TABLEAUX**

- Tableau 1 :** Perception de l'état de santé selon le sexe, l'âge, la défavorisation et certains indicateurs socio-démographiques
- Tableau 2 :** Détresse psychologique selon certaines caractéristiques socio-démographiques.
- Tableau 3 :** Détresse psychologique au travail selon le revenu, le statut d'emploi, la composition du ménage et l'occupation principale.
- Tableau 4 :** Harcèlement psychologique au travail selon les niveaux de reconnaissance ou de contraintes physiques au travail et l'échelle de détresse psychologique.
- Tableau 5 :** Idéations suicidaires et tentatives de suicide au cours de sa vie.

LISTE DES **GRAPHIQUES**

- Graphique 1 :** Satisfaction à l'égard de sa vie sociale selon le sexe, l'indice régional de défavorisation matérielle et sociale et l'échelle de détresse psychologique

QUELQUES **CONSTATS**

1. Dans la région, la perception négative de la santé est un phénomène qui augmente progressivement avec l'âge.
2. Les Jamésiens avec un niveau de scolarité inférieur au secondaire, ou qui vivent dans des conditions économiques et sociales précaires, ceux sans emploi ou vivant seuls sont plus nombreux à avoir une perception négative de leur état de santé.
3. En 2014-2015, les Jamésiens vivant dans un milieu défavorisé sont plus nombreux en proportion à être insatisfaits de leur vie sociale que ceux provenant de milieux modeste ou favorisé.
4. En 2014-2015, dans la région, le niveau élevé de détresse psychologique est plus répandu chez les femmes, particulièrement celles âgées de 14 à 24 ans, chez les Jamésiens à faible revenu, ceux vivant dans une famille monoparentale ou encore chez les étudiants et les sans emploi.
5. Le niveau élevé de détresse psychologique attribuable au travail est moins répandu chez les travailleurs jamésiens que ceux de la province.
6. Dans la région, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de connaître un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail mais aussi de subir du harcèlement psychologique au travail.
7. Les Jamésiens avec des niveaux de reconnaissance au travail faible, d'autorité décisionnelle faible ou modéré, d'exigence psychologique élevé au travail, ceux vivant de la tension au travail ou qui ont de la difficulté à accorder leurs horaires de travail avec leurs engagements sociaux et familiaux ont un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail.
8. Tant globalement que selon les sexes, la région présente des proportions plus élevées que le Québec de personnes ayant tenté de se suicider au cours de leur vie, tout particulièrement chez les 25 à 64 ans.

I.

L'ENQUÊTE QUÉBÉCOISE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION 2014-2015 (EQSP)

L'Enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP) est une enquête transversale, à portée régionale et locale, réalisée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) à la demande du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). Elle porte sur la population québécoise de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel¹ et vise à recueillir des renseignements sur diverses thématiques : les habitudes de vie, l'état de santé physique et mentale, la santé au travail, la santé environnementale, et certains déterminants de la santé de la population. Une première édition de cette enquête a déjà été réalisée en 2008.

Pour une bonne représentativité des estimations à l'échelle provinciale, régionale et locale, l'ISQ a privilégié le Fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA) détenu par la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) comme base de sondage.

La collecte des données de l'EQSP s'est déroulée du 7 mai 2014 au 12 mai 2015. Pour pouvoir comparer les données de 2008 et 2014-2015, 50 % de l'échantillon a conservé la même façon de faire qu'en 2008, soit répondre au questionnaire par téléphone seulement (volet A). L'autre moitié de l'échantillon (volet B) s'est vue offrir de répondre, d'abord sur le Web, et par la suite par téléphone (collecte multimode).

Dans l'ensemble de la province, quelque 45 760 personnes ont rempli un questionnaire parmi lesquelles 1 651 Jamésiens, soit un taux de réponse de 55,8 % pour la région². Les résultats issus de cette enquête permettent de produire des portraits de santé spécifiques aux régions afin de mieux soutenir les exercices de planification et d'organisation des services pour améliorer la santé et le bien-être de tous.

Chaque fois qu'une comparaison entre les deux éditions (2008 et 2014-2015) est possible et significative, les résultats seront présentés.

¹ Cela comprend les personnes qui vivent dans un logement privé et celles qui vivent dans un logement collectif non institutionnel (résidences pour personnes âgées, couvents, entre autres). Les personnes vivant dans un logement collectif institutionnel (hôpital centre d'hébergement et de soins de longue durée, centre jeunesse, centre de réadaptation, prison, etc..) ainsi que celles résidant dans les réserves indiennes ou dans la région sociosanitaire du Nunavik (17) ne font pas partie de la population visée par l'enquête.

² Une première édition de cette enquête a eu lieu en 2008. À l'échelle provinciale, quelque 38 154 personnes, âgées de 15 ans et plus, avaient répondu au questionnaire dont 1 971 Jamésiens, soit un taux global de réponse de 65,3.

2. CONTEXTE

La santé mentale et les troubles mentaux³ constituent deux dynamiques qui coexistent. Composante essentielle de la santé globale, la santé mentale réfère à un état de bien-être et d'équilibre, qui permet à chacun de se réaliser, de s'adapter aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et de contribuer de manière significative à la vie de sa communauté⁴. Elle est déterminée par des facteurs biologiques, socioéconomiques et environnementaux. En ce sens, elle est beaucoup plus que l'absence de troubles, de handicaps mentaux et l'amélioration de l'état de santé mentale constitue un enjeu majeur en santé publique.

Quant aux troubles mentaux ou maladies mentales, ils désignent, de façon générale, des modèles de comportement ou des réactions émotionnelles d'intérêt clinique⁵. Ils sont associés à des indicateurs de problèmes de santé mentale comme le manque d'estime de soi, la frustration, la souffrance psychique, l'épuisement psychologique ou professionnel, le stress et l'anxiété, la détresse, etc. Par contre, les problèmes psychologiques qui ne durent pas, ne se répètent pas et n'entraînent pas de déficience importante ne correspondent pas aux critères de la maladie mentale ou troubles mentaux.

Ainsi, au Québec comme au Canada, on estime que près de 20 % de la population souffre d'une maladie mentale, diagnostiquée ou non. Toutefois, moins de la moitié de ces personnes consulte à ce sujet⁶. Et si on n'y prend garde, les troubles mentaux, plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans le monde selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS)⁷.

Les troubles mentaux comptent parmi les plus importantes causes d'absentéisme au travail, sont souvent associés à des problèmes de santé physique dont les plus importants sont le diabète, les maladies cardiovasculaires, gastro-intestinales et pulmonaires ainsi que les troubles neurologiques (comme la maladie de Parkinson et l'épilepsie). Par ailleurs, les problèmes d'abus ou de dépendance de substances sont aussi très étroitement associés aux troubles mentaux puisque plus de 50 % des personnes ayant eu un trouble mental au cours de leur vie auront également un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues⁸.

³ L'OMS définit les troubles mentaux en tant qu'« affections cliniquement significatives se caractérisant par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou une altération des fonctions mentales » Dans ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – *La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001, p. 21. Repéré à http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1

⁴ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, p. 17 Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>

⁵ François CÔTÉ et Odette MADORE. *La santé mentale et les maladies mentales : un résumé*. Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du parlement, PRB 02-57F. 2003, p. 3 Repéré à <https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublicationsArchive/pdf/bp1000/prb0257-f.pdf>

⁶ Alain LESAGE et Valérie ÉMOND. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, numéro 6, Institut national de santé publique, 2012, p. 1

⁷ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat*, 129e session, 1^{er} décembre 2011. Repéré à http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf

⁸ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 2 Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

La santé mentale est essentielle à la santé globale d'un individu et les coûts qui lui sont associés sont également substantiels. Selon le rapport de 2012 du Commissaire à la santé et au bien-être sur l'état de situation sur la santé mentale au Québec, les dépenses consacrées à la santé mentale pour l'année financière 2009-2010 représentent environ 8 % des dépenses⁹ allouées à l'ensemble des programmes-services¹⁰ de santé et de services sociaux (soit 1 072 millions de dollars).

Pour comprendre la santé mentale, il est important de tenir compte non seulement des caractéristiques de l'individu, mais aussi son rapport avec l'environnement. En effet, l'émergence du mouvement de promotion de la santé a redéfini la santé en mettant l'accent d'une part sur la perception que les individus ont de leur santé et d'autre part, sur les aspects environnementaux, socioculturels et économiques liés à la santé. Ainsi, la promotion de la santé mentale afin d'optimiser l'état de bien-être psychologique et la prévention visant à réduire l'incidence des troubles mentaux sont devenus des priorités à l'échelle provinciale et nationale.

Dans ce portrait sur la santé mentale seront abordés la perception que les Jamésiens ont de leur état de santé, leur satisfaction à l'égard de la vie sociale, la détresse psychologique de manière générale, mais aussi au travail, du harcèlement psychologique dont ils sont victimes au travail et des pensées ou tentatives de suicide.

⁹ Ces montants excluent la médication, les paiements des médecins ainsi que le transfert de revenu aux individus.

¹⁰ Aux fins de gestion, le système de santé et de services sociaux est découpé en neuf programmes-services, deux ciblant l'ensemble de la population (services généraux et santé publique) et sept ciblant une clientèle spécifique (perte d'autonomie liée au vieillissement, dépendances, jeunes en difficulté, déficience physique, déficience intellectuelle incluant les troubles envahissants du développement, santé mentale et santé physique).

3. FAITS SAILLANTS

3.1 ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

La perception de l'état de santé reflète l'appréciation globale que font les personnes de leur propre état de santé en intégrant leurs connaissances et leur expérience de la santé ou de la maladie. En ce sens, elle est considérée comme une mesure subjective de l'état de santé. Compte tenu de sa corrélation avec d'autres indicateurs objectifs comme la morbidité diagnostiquée ou déclarée, à l'utilisation des services de santé et à la consommation de médicaments, à l'incapacité fonctionnelle et à la limitation des activités, la perception ou l'autoévaluation de l'état de santé est considérée comme un indicateur fiable et valide¹¹.

En 2014-2015, tout comme pour le Québec, environ le dixième de la population jamésienne de 15 ans et plus ne se perçoit pas en bonne santé¹², un nombre estimé à 1 100 personnes (tableau 1).

Bien que l'enquête n'ait pas pu confirmer d'écart significatif entre les hommes et les femmes de la région (9 % et 10 %) qui ne se perçoivent pas en bonne santé, il n'empêche que la région semble suivre les mêmes constats qu'au Québec où on observe une proportion plus élevée de femmes (11 %) que d'hommes (10 %) qui ne se perçoit pas en bonne santé.

Dans la région, comme au Québec d'ailleurs, la proportion de Jamésiens qui ne se perçoit pas en bonne santé croît avec l'âge. Les personnes âgées de 65 ans et plus (17 %) sont proportionnellement plus nombreuses que les autres groupes d'âge à ne pas se percevoir en santé.

Le niveau de scolarité peut être lié à l'état de santé perçu. Comme au Québec, dans la région, les personnes qui n'ont pas de diplôme d'études secondaires (14 %) sont plus nombreuses à ne pas se percevoir en bonne santé que celles qui en ont un.

Il existe une association significative entre le revenu et l'état de santé autodéclaré. En effet, les Jamésiens qui vivent dans un ménage à faible revenu (17 %) sont proportionnellement plus nombreux que ceux qui n'appartiennent pas à un ménage à faible revenu (8 %) à ne pas se percevoir en bonne santé. Une tendance comparable est observée pour le Québec aussi. De même, comme pour la province d'ailleurs, les Jamésiens qui vivent dans des conditions économiques et sociales précaires (12 %) sont plus susceptibles que ceux des milieux moyen (8 %) ou favorisé (*7 %) à ne pas se percevoir en bonne santé. En 2014-2015, la population jamésienne de 15 ans et plus, vivant dans un milieu défavorisé et ne se percevant pas en bonne santé est estimée à 400 personnes.

¹¹ Madeleine LEVASSEUR, «Perception de l'état de santé». Dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2^e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Chapitre 12, 2000, p. 259

¹² La proportion de personnes ne se percevant pas en bonne santé regroupe les personnes qui déclarent « leur santé passable ou mauvaise »

TABEAU 1 : Proportion de la population de 15 ans et plus ne se percevant pas en bonne santé selon certaines caractéristiques socio-démographiques au cours des 12 derniers mois, Nord-du-Québec et le Québec, 2014-2015

	Nord-du-Québec %	Le Québec %	Écart
Total	9,5	10,3	
Sexe			
Hommes	8,9	9,8	
Femmes	10,3	10,7 ↑	
Groupe d'âge			
15-24 ans	**	4,7	
25-44 ans	*4,1	6	
45-64 ans	13,6	11,8	
65 ans et plus	16,5 ↑	19 ↑	
Niveau de scolarité			
Inférieur au secondaire	14,3 ↑	18,9 ↑	(-)
Secondaire	*9,3	11,1	
Collégial	*6,6	7,4	
Universitaire	**	5,5	
Mesure de faible revenu¹³			
Ménages à faible revenu	16,9 ↑	21 ↑	
Autres ménages	7,7	6,9	
Indice régional de défavorisation matérielle et sociale			
Favorisé	*7	7,2	
Moyen	7,6	9,8	
Défavorisé	12,1 ↑	13,5 ↑	
Statut d'emploi			
Permanent	*4,8	5,6	
Temporaire	**	5,3	
Sans emploi	19,1 ↑	18 ↑	
Composition du ménage			
Personne seule	22,2 ↑	17,5 ↑	
Couple sans enfant	11	10,5	
Couple avec enfants	*4,5	5,4 ↓	
Famille monoparentale	**	11,4	
Autre ¹⁴	**	13,1	

Notes

(+) ou (-) : Valeur significativement différente de celle du Québec au seuil de 5 %.

↑ ou ↓ : Valeur significativement différente des autres valeurs de la même variable pour un même territoire.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas présentée.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

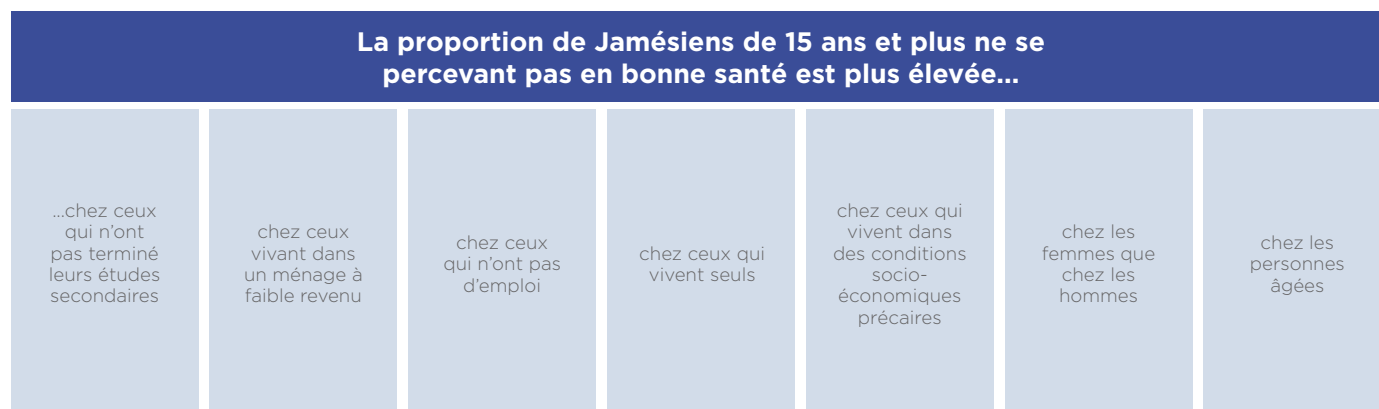
Mise à jour de l'indicateur le 8 juin 2017

¹³ La mesure de faible revenu (MFR) est un pourcentage fixe (50 %) du revenu ménager médian « ajusté », ce dernier terme traduisant la prise en compte des besoins des ménages. L'ajustement en fonction de la taille rend compte du fait que les besoins d'un ménage augmentent à mesure que le nombre de membres croît.

¹⁴ La catégorie « Autre » inclut principalement des ménages composés de personnes apparentées par des liens autres que conjuguux ou filiaux ou de personnes non apparentées (colocataires).

L'enquête fait ressortir une association significative entre le statut d'emploi et l'état de santé autodéclaré. Les Jamésiens sans emploi (19 %) se démarquent de ceux qui ont un emploi (temporaire ou permanent) par un bilan plutôt négatif de leur santé physique et mentale en fonction de leurs propres valeurs. Une même situation est observée pour le Québec. L'âge pourrait expliquer en partie cette association entre le statut d'emploi et l'état de santé, car on retrouve les retraités, dans leur grande majorité, dans la catégorie des sans emploi.

Aussi, selon la composition du ménage et comme dans la province, les Jamésiens vivant seuls (22 %) sont proportionnellement plus nombreux que ceux vivant en couple, avec ou sans enfants, ou dans une famille monoparentale, à ne pas se percevoir en bonne santé. De même, comme les personnes âgées sont plus susceptibles de vivre seules, mais aussi de ne pas se percevoir en bonne santé, par conséquent, l'âge est à prendre en compte dans cette association entre la composition du ménage et le fait de ne pas se percevoir en bonne santé.



Dans la région comme au Québec, tant globalement que selon les sexes, la proportion de la population ne se percevant pas en bonne santé n'a pas significativement changé depuis 2008.

3.2

SATISFACTION À L'ÉGARD DE SA VIE SOCIALE

Il est à présent communément admis que l'étude du bien-être se doit d'incorporer une mesure de satisfaction à l'égard de la vie que l'on mène. De ce fait, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale est une évaluation personnelle et subjective par rapport au bien-être global, sur la qualité de vie que nous menons. Elle est un indicateur d'adaptation sociale et, en tant que dimension du soutien social, elle est liée à la perception de sa santé mentale¹⁵.

Tout comme le Québec, dans la région, près de la moitié (49 %) de la population de 15 ans et plus se dit très satisfaite de sa vie sociale et 45 % sont plutôt satisfaits (données non présentées). Seul moins du dixième (6 %) des Jamésiens se dit insatisfait de sa vie sociale, un nombre estimé à 700 personnes (graphique 1).

¹⁵ Linda CAZALE et Francine BERNÉCHE, « Quelques indicateurs de santé chez les aînés. Que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008? » *Zoom Santé*, Avril 2012, Numéro 37, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, p. 4 Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201204.pdf>

Selon le sexe, aucune différence significative n'est constatée : les hommes et les femmes de la région sont représentés dans les mêmes proportions (6 %).

Dans la région, les valeurs sont trop imprécises pour permettre d'analyser correctement l'association entre l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale et l'âge ou la composition du ménage. Toutefois, au Québec, on observe une proportion moins importante de personnes insatisfaites de leur vie sociale chez les 65 ans et plus (3 %) que les autres groupes d'âge. On note également dans la province les proportions les plus faibles de personnes insatisfaites de leur vie sociale dans les couples sans enfants (4 %) que chez les personnes vivant seules (9 %), dans un couple avec enfants (5 %), dans une famille monoparentale (9 %) ou autre (8 %).

GRAPHIQUE 1 : Proportion de la population de 15 ans et plus insatisfaite de sa vie sociale selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Nord-du-Québec et le Québec, 2014-2015

	Nord-du-Québec %	Le Québec %	Écart
Total	6,3	5,8	
Sexe			
Hommes	6,5	6	
Femmes	6,1	5,6	
Groupe d'âge			
15-24 ans	**	6	
25-44 ans	*8,4	6,9	
45-64 ans	*6,2	6	
65 ans et plus	**	3,4 ↓	
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	*8,3	7,9 ↑	
Autres ménages	5,9	5,1	
Indice régional de défavorisation matérielle et sociale			
Favorisé	**	4,8	
Moyen	*5	5,5	
Défavorisé	*9,3 ↑	7 ↑	
Composition du ménage			
Personne seule	**	9,2	
Couple sans enfant	*4,5	3,7 ↓	
Couple avec enfants	*6,4	4,8	
Famille monoparentale	**	8,5	
Autre	**	7,7	
Échelle de détresse psychologique			
Élevée	16,8 ↑	14,2 ↑	
Faible ou moyen	*2,5	2,4	

Notes

- * : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit être interprétée avec prudence.
- ** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas montrée.
- ↑ ou ↓ : Valeur significativement différente des autres valeurs de la même variable pour un même territoire.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec.
INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Mise à jour de l'indicateur le 8 juin 2017

L'EQSP 2014-2015 a démontré pour la région, tout comme pour la province d'ailleurs, une association entre les conditions socio-économiques précaires et le bien-être subjectif. En effet, la proportion de Jamésiens insatisfaits de sa vie sociale augmente avec le niveau de défavorisation. Les personnes de milieux défavorisés (*9 %) sont en proportion plus nombreuses à se montrer insatisfaites de leur vie sociale que celles provenant de milieux modeste ou favorisé. De plus, le revenu peut aussi contribuer à la satisfaction à l'égard de sa vie. Même si l'écart n'est pas statistiquement significatif, la région semble suivre la même tendance qu'au Québec où la proportion d'insatisfaits de leur vie sociale est plus élevée chez les personnes vivant dans un ménage à faible revenu (8 %) que chez celles des autres ménages (5 %).

Enfin, l'insatisfaction à l'égard de sa vie sociale est associée à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Comme au Québec, les Jamésiens de 15 ans et plus, se situant à un niveau élevé de détresse psychologique se déclarent plus insatisfaits de leur vie sociale que ceux se classant à un niveau faible ou moyen (17 % c.*2 %).

3.3

ÉCHELLE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

Dimension importante de l'état de santé mentale, la détresse psychologique est le résultat d'un ensemble d'émotions négatives ressenties par les individus¹⁶. Elle provient généralement d'une surcharge ou d'une trop grande intensité de stress et peut prendre plusieurs formes : états dépressifs, anxiété, troubles cognitifs et irritabilité¹⁷.

En s'appuyant sur plusieurs études¹⁸, la détresse psychologique pourrait être définie comme un état psychologique désagréable caractérisé par :

- L'irritabilité (sensibilité accrue et forte réaction aux stimuli de l'environnement),
- L'anxiété (inquiétudes et craintes face à l'avenir),
- La tristesse (sensation de pénibilité),
- Le découragement (manque d'énergie, sentiment d'impuissance et de désespoir),
- La dévalorisation de soi (perte d'estime de soi, sentiment d'incompétence).

Dans la majorité des cas, les personnes en détresse psychologique ne nécessitent pas de soins spécialisés. Toutefois, mal repérée, ou mal accompagnée, la souffrance psychique, née de cette détresse psychologique, peut faire basculer la personne dans une maladie ou multiplier les difficultés sociale¹⁹. En effet, lorsque la détresse psychologique est temporaire et fait suite à un événement stressant, elle est considérée comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique et nécessiter une prise en charge.

¹⁶ Hélène CAMIRAND et Virginie NANHOU. « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 » : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, *Zoom santé : santé et bien-être*, septembre 2008, p. 1 Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200809.pdf>

¹⁷ COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*. Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 18. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf

¹⁸ Marie-Andrée LARRIVÉE. *La détresse psychologique des travailleurs immigrants au Québec*. Mémoire de maîtrise en sciences de la gestion, Montréal, Université du Québec à Montréal, Québec, 2015, p. 16 Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/8093/1/M14052.pdf>

¹⁹ INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS). *Santé mentale. Points sur les connaissances*. Santé publique France, 2014. Repéré à <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Sante-mentale/Points-sur-les-connaissances>

En 2014-2015, on observe des proportions similaires de personnes ayant un niveau élevé²⁰ de détresse psychologique dans le Nord-du-Québec et dans la province (27 % comparé à 28 %) (tableau 2).

Dans la région, les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (31 % c. 23 %) à se classer à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. La même situation est observée pour le Québec (33 % c. 24 %).

Comme au Québec, dans la région, l'EQSP 2014-2015 montre que la détresse psychologique est associée à l'âge. En effet, les Jamésiens, âgés de 15 à 24 ans (37 %), sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à se situer à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique, tout particulièrement chez les jeunes femmes de 15-24 ans (44 %) (données non présentées). Cette proportion observée chez les jeunes tend cependant à diminuer avec l'avancée en âge.

Chez les hommes par contre, la région présente une proportion plus faible que le Québec de personnes âgées de 25 à 44 ans se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (21 % c. 28 %) (données non présentées). Aussi, en 2014-2015, les Jamésiens se distinguent des Québécois par une proportion plus faible de personnes sans diplôme d'études secondaires (DES) et se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique (26 % c. 32 %).

Les Jamésiens de 15 ans et plus qui vivent dans un ménage à faible revenu sont proportionnellement plus nombreux à présenter un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique que ceux avec de meilleurs revenus (34 % c. 25 %). Un constat similaire se dégage pour le Québec.

Dans la région, la détresse psychologique est étroitement associée à l'occupation et à la composition du ménage. En 2014-2015, on observe une plus grande proportion de personnes au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique chez les étudiants (40 %) et les sans emploi (44 %) comparativement à ceux qui travaillent (23 %) ou à la retraite (21 %). Au Québec par contre, seuls les sans emploi (43 %) se trouvent au niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique. Également, les Jamésiens, appartenant à une famille monoparentale (45 %), sont proportionnellement plus nombreux à se situer à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique que ceux appartenant à un couple avec (25 %) ou sans (23 %) enfants ou vivant seuls (30 %). Au Québec, les couples sans enfants (23 %) présentent une proportion moindre de personnes se situant au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique.

²⁰ Le niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique est un niveau arbitraire. Elle correspond à la valeur du quintile supérieur de la distribution. Cet indicateur ne doit pas être interprété comme des prévalences mais plutôt à identifier les groupes à risque.

TABEAU 2 : Proportion de la population de 15 ans et plus se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique selon certaines caractéristiques socio-démographiques au cours des 12 derniers mois, Nord-du-Québec et le Québec, 2014-2015

	Nord-du-Québec %	Le Québec %	Écart
Total	26,7	28,3	
Sexe			
Hommes	22,6	23,9	
Femmes	31,3 ↑	32,6 ↑	
Groupe d'âge			
15-24 ans	36,8 ↑	36,1 ↑	
25-44 ans	27,8	30,8	
45-64 ans	24	26,3	
65 ans et plus	20,3	21,9	
Niveau de scolarité			
Inférieur au DES	25,8 ↑	32,2 ↑	(-)
Diplôme d'études secondaires (DES)	28,9	29,2	
Diplôme d'études collégiales	26,2	28	
Diplôme d'études universitaires	25	24,9 ↓	
Mesure de faible revenu			
Ménages à faible revenu	34 ↑	37,9 ↑	
Autres ménages	24,9	25,4	
Composition du ménage			
Personne seule	29,7	32	
Couple sans enfant	23	23 ↓	
Couple avec enfants	24,9	27,2	
Famille monoparentale	44,5 ↑	37,6	
Autre	*30,8	35	
Occupation principale (au cours des 12 derniers mois)			
Travailleurs	23,4	26,4	
Étudiants	39,8 ↑	36,5	
Sans emploi	43,5 ↑	43 ↑	
Retraités	20,9	22	

Notes

↑ ou ↓ : Valeur significativement différente des autres valeurs de la même variable pour un même territoire.

(+) ou (-) : Valeur significativement différente de celle du Québec au seuil de 5 %.

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit être interprétée avec prudence.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Mise à jour de l'indicateur le 23 août 2017

3.4

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE LIÉE AU TRAVAIL

L'étude de la littérature épidémiologique montre qu'il existe des liens entre plusieurs dimensions de l'organisation du travail et différents problèmes de santé mentale. Ceux-ci se manifestent chez les travailleurs notamment par des symptômes de détresse psychologique, des syndromes dépressifs ou d'épuisement professionnel, des tentatives de suicide et suicides complétés. D'ailleurs en 2013, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a identifié les troubles dépressifs comme la deuxième cause d'invalidité menant à une mortalité prématurée²¹.

Présente dans toutes les catégories d'emploi, toutes les strates de l'organisation, la détresse psychologique liée au travail n'épargne aucun groupe d'âge. Elle permettrait, selon certains écrits²², de prédire l'absentéisme au travail, serait liée à une réduction du rendement individuel, à une augmentation des coûts de main-d'œuvre et donnerait lieu à une réduction de la productivité des organisations. En ce sens, la détresse psychologique liée au travail est un problème de santé mentale important.

En 2014-2015, la proportion de travailleurs de 15 ans et plus présentant un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail est moins élevée chez les travailleurs résidant dans la région que dans la province (13 % c. 16 %) [tableau 3]. Leur nombre est estimé à 1 000 personnes.

L'enquête n'a pas pu confirmer d'écart significatif entre les hommes et les femmes (12 % c. 15 %) de la région quant à la détresse psychologique au travail. Toutefois, la région tend à suivre les mêmes constats qu'au Québec où les femmes sont plus susceptibles que les hommes (18 % c. 15 %) de connaître un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail (tableau 3). Par ailleurs, la région se distingue significativement du Québec par une proportion plus faible de travailleurs hommes se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique au travail (12 % c. 15 %).

Dans la région, les valeurs sont trop imprécises pour analyser correctement l'association entre la détresse psychologique et l'âge. Par contre, au Québec, la proportion de travailleurs jugeant leurs sentiments de détresse psychologique liés à leur travail élevés est inférieure chez ceux âgés de 65 ans et plus (*6 %) que les autres groupes d'âge.

La proportion de travailleurs jugeant que leurs sentiments de détresse psychologique sont liés à leur travail est supérieure chez ceux dont le niveau d'exigence psychologique au travail est plus élevé (24 %) que chez ceux dont le niveau est faible (*7 %) ou modéré (*11 %). Une situation similaire est observée pour le Québec.

L'enquête a permis aussi d'observer une association entre le niveau d'autorité décisionnelle et la détresse psychologique. En effet, près du quart (24 %) des travailleurs ayant un niveau d'autorité décisionnelle au travail faible se situent à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique comparativement à 9 % chez ceux qui ont un niveau d'autorité décisionnelle élevé.

²¹ Alain MARCHAND, Marie-Eve BLANC, Pierre DURAND, "Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail : les résultats de l'étude SALVEO », *Canadian Journal of public health*, vol. 106, numéro 4, mai-juin 2015, p. 223. Repéré à <http://dx.doi.org/10.17269/cjph.106.4672>

²² Marie-Andrée LARRIVÉE. *La détresse psychologique des travailleurs immigrants au Québec*. Mémoire de maîtrise en sciences de la gestion, Montréal, Université du Québec à Montréal, Québec, 2015, p. 5 Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/8093/1/M14052.pdf>

TABEAU 3 : Proportion des travailleurs de 15 ans et plus se situant à un niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique liée au travail, selon certaines caractéristiques socio-démographiques, Nord-du-Québec, 2014-2015

		Nord-du-Québec %	Le Québec %	Écart
Total		13,1	16,4	
Sexe	Hommes	11,6	15	(-)
	Femmes	15	17,8 ↑	
Groupe d'âge	15-24 ans	**	15,3	
	25-44 ans	14,8	18,5	
	45-64 ans	13,4	15,2	
	65 ans et plus	n.p.	*5,8 ↓	
Mesure de faible revenu	Ménages à faible revenu	**	20,1 ↑	
	Autres ménages	13,5	15,8	
Niveau d'exigences psychologiques au travail	Faible	*6,9	7,9	
	Modéré	*10,5	14,1	
	Élevé	24 ↑	28,3 ↑	
Niveau d'autorité décisionnelle au travail	Faible ou modéré	23,8 ↑	22,6 ↑	(-)
	Élevé	9,4	13,6	
Niveau de reconnaissance au travail	Faible	28,5 ↑	32,2 ↑	
	Modéré	13,5	16,1	
	Élevé	*6,4	8,3	
Tension au travail	Oui	36,4 ↑	35,4 ↑	(-)
	Non	10,5	13,9	
Harcèlement psychologique au travail	Jamais	9,1	12	(-)
	À l'occasion	25,3	30,2	
	Souvent ou très souvent	*47 ↑	48,6 ↑	
Conciliation travail-famille	Avec difficulté	*30,5 ↑	33,6 ↑	(-)
	Sans difficulté	11,4	14,5	
Types de profession	Manuel ²³	*12,5	14,6 ↓	
	Non manuel ²⁴	13,7	16,7	
	Mixte ²⁵	13	17,3	
Catégorie socio-professionnelle	Gestion ²⁶	**	19,3	
	Professionnel	*16,5	16,4	
	Technique	12,3	16,4	
	Intermédiaire	*12,3	16	
	Élémentaire	**	15,6	

²³ Travailleurs forestiers, mineurs, grande majorité des travailleurs des industries de transformation, opérateurs de machines, travailleurs des abattoirs, etc.

²⁴ Directeurs et administrateurs, travailleurs des sciences naturelles et sociales, enseignants et la majorité du personnel administratif

²⁵ Infirmières auxiliaires, vétérinaires pompiers, contremaitres, coiffeuses, barmen, magasiniers et ordonnanciers

²⁶ Cadres supérieurs et intermédiaires et autres directeurs

Notes

- (+) ou (-) : Valeur significativement différente de celle du Québec au seuil de 5 %.
↑ ou ↓ : Valeur significativement différente des autres valeurs de la même variable.
* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas présentée.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec.
INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Mise à jour de l'indicateur le 30 août 2017

Tout comme au Québec, dans la région, les travailleurs avec un niveau de reconnaissance au travail faible (29 %) sont plus susceptibles que ceux avec un niveau de reconnaissance modéré (13 %) ou élevé (*6 %) de présenter un niveau élevé de détresse psychologique liée au travail. De même, les travailleurs qui ressentent beaucoup de tension au travail (36 %) sont proportionnellement plus nombreux à considérer que la détresse psychologique ressentie est liée à leur travail que ceux qui n'en ressentent pas (11 %).

La proportion de travailleurs résidant dans la région et associant leurs sentiments de détresse psychologique à leur travail augmente avec la fréquence du harcèlement psychologique au travail. Près de la moitié (*47 %) des travailleurs victimes souvent ou très souvent de harcèlement psychologique au travail estiment que leur niveau élevé de détresse psychologique est dû à leur travail alors que chez les travailleurs qui sont victimes de harcèlement à l'occasion, la proportion est de 25 %. Une situation similaire est observée pour le Québec.

Dans la région, la détresse psychologique liée au travail est plus observée chez les travailleurs qui éprouvent des difficultés à concilier leurs horaires de travail et leurs engagements sociaux et familiaux que chez ceux qui n'en éprouvent pas (*31 % c 11 %). Une situation similaire est observée pour le Québec.

Tout comme au Québec, dans la région, la proportion de travailleurs associant leurs sentiments de détresse psychologique à leur travail ne varie pas significativement selon la catégorie socioprofessionnelle. Les valeurs régionales ne montrent aucune différence significative entre le niveau de détresse psychologique et le type de profession. Toutefois, au Québec, les travailleurs manuels (15 %) sont proportionnellement moins nombreux à établir un lien entre leurs sentiments de détresse psychologique et leur travail que les personnes dont la profession est non manuelle (17 %) ou mixte (17 %).

3.5 HARCÈLEMENT PSYCHOLOGIQUE AU TRAVAIL

Selon la Loi sur les normes du travail (L.N.T.) au Québec, en son article 81.18, est considérée comme du harcèlement psychologique : « toute conduite vexatoire se manifestant soit par des comportements, des paroles, des actes ou des gestes répétés, qui sont hostiles ou non désirés, laquelle porte atteinte à la dignité ou l'intégrité psychologique ou physique du salarié et qui entraîne, pour celui-ci, un milieu de travail néfaste »²⁷. Par ailleurs, précise la loi, une seule conduite grave peut constituer du harcèlement psychologique, si elle porte une telle atteinte et produit un effet nocif continu chez le salarié²⁸ (Gouvernement du Québec, 2015).

²⁷ GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *Loi sur les normes du travail*. À jour au 1^{er} septembre 2017, p. 33. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/N-1.1.pdf> (61p)

²⁸ Au-delà des définitions juridiques du harcèlement au travail, la notion est en pleine évolution pour donner autant d'importance à la dimension psychologique qu'au comportement physique. Le harcèlement au travail est parfois désigné de harcèlement professionnel, de harcèlement hiérarchique ou encore, dans certains cas, de harcèlement moral

Si, en soi, le harcèlement psychologique au travail n'est pas un phénomène nouveau, par contre, leur intensité, leur fréquence et l'aggravation de leurs conséquences prennent une dimension de plus en plus importante. Le harcèlement psychologique a des effets dévastateurs sur la santé physique, mentale et sociale des victimes et peut causer des réactions traumatiques aux victimes. D'ailleurs, plusieurs recherches ont démontré des liens entre le harcèlement psychologique et l'anxiété, la dépression, des difficultés de concentration et des troubles du sommeil, l'irritabilité et les problèmes de santé musculo-squelettiques²⁹, etc.

Aussi, le harcèlement psychologique au travail génère des coûts qui peuvent être directs ou indirects. Parmi ces multiples coûts, certaines recherches³⁰ mettent l'accent sur l'augmentation de l'absentéisme et la baisse du rendement au travail, d'autres par contre mettent en avant des conséquences du harcèlement psychologique au travail sur l'organisation comme la dégradation du climat organisationnel, une détérioration de l'image de l'organisation, l'insatisfaction au travail, mais aussi un haut taux de roulement de personnel, etc.

Dans la région, tout comme au Québec, un travailleur de 15 ans et plus sur 5 (21 %) se dit avoir été victime de harcèlement psychologique au travail au cours des 12 derniers mois. Cela correspond à près de 1 600 travailleurs en 2014-2015 (tableau 3).

L'enquête n'a pas pu confirmer une différence significative entre les hommes (19 %) et les femmes (22 %) dans la région. Toutefois, la région semble suivre les mêmes constats qu'au Québec où la proportion de travailleurs mentionnant avoir subi du harcèlement psychologique au travail est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (23 % c. 18 %).

TABEAU 4 : Proportion des travailleurs ayant subi du harcèlement psychologique au travail selon les niveaux de reconnaissance ou de contraintes physiques au travail et l'échelle de détresse psychologique, Nord-du-Québec et le Québec, 2014-2015

		Nord-du-Québec %	Le Québec %	Écart
Total		20,7	20,6	
Sexe	Hommes	19,3	18,1	
	Femmes	22,3	23,4	
Groupe d'âge	15-24 ans	*17,5	19,2	
	25-44 ans	21,8	21,4	
	45-64 ans	21,8	21	
	65 ans et plus	n.p.	11,9 ↓	
Niveau de reconnaissance au travail	Faible	42,4 ↑	38,3 ↑	
	Modéré	17,5	20,6	
	Élevé	15	11,2	

Notes

- * : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit être interprétée avec prudence
 ↑ ou ↓ : Valeur significativement différente des autres valeurs de la même variable.
 n. p. : Données non présentées en raison du nombre de répondants inférieur à 5.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec.
 INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Mise à jour de l'indicateur le 23 août 2017

²⁹ Isabelle NIEDHAMMER, Simone DAVID et Stephanie DEGIOANNI. « Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population ». *Journal of Psychosomatic Research*, volume 61, Août 2006, pp. 251-259. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.03.051>

³⁰ Nicole JEANNEAU. « Le harcèlement psychologique au travail et l'état de stress post-traumatique : Quand le travail nous traumatise ». Thèse de doctorat en psychologie, Montréal, Université du Québec à Montréal, décembre 2014, pp. 2-3. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/7753/1/D2900.pdf>

Les valeurs imprécises de la région ne permettent pas d'analyser correctement l'association entre le harcèlement psychologique au travail et l'âge. Toutefois, au Québec, les travailleurs de 65 ans et plus (12 %) sont moins nombreux que les travailleurs des autres groupes d'âge à avoir subi du harcèlement psychologique au travail.

Dans la région, les travailleurs de 15 ans et plus, avec un niveau de reconnaissance au travail faible (42 %), sont plus susceptibles que ceux avec un niveau de reconnaissance au travail modéré (18 %) ou élevé (15 %) d'être victimes de harcèlement psychologique au travail.

3.6

IDÉES SUICIDAIRES ET TENTATIVES DE SUICIDE

Malgré une récente amélioration, le taux de suicide au Québec est l'un des plus élevés parmi les provinces du Canada³¹. En plus d'être une cause évitable de décès, le décès d'une personne par suicide représente en général la conséquence ultime d'un sentiment d'abandon et d'impuissance engendré par une situation difficile qui peut avoir des répercussions sur la famille, les amis ou encore les collègues de travail, etc. D'ailleurs, on estime qu'un suicide complété affecte profondément six membres de l'entourage. Ces derniers ressentent souvent de la colère envers eux-mêmes pour ne pas avoir décelé les signes avant-coureurs et ainsi avoir prévenu le décès. Il arrive que le suicide entraîne d'autres dans l'entourage du défunt³², c'est pourquoi le suicide constitue un problème de santé publique important et sa prévention, une des visées du *Programme national de santé publique (2015-2025)*.

Les idées suicidaires³³, tout comme les tentatives de suicide³⁴, appelées aussi le risque suicidaire, correspondent à un état de détresse tel qu'elles peuvent conduire une personne à se donner la mort.

³¹ MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 2015, p. 17

³² COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE. *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, p. 3

³³ Idées ou Idéations suicidaires sont définies comme un processus de formation et d'enchaînement d'idées selon lesquelles le suicide pourrait constituer une solution à la situation ou à la douleur morale et la détresse que ressent un individu et qu'il juge insupportables. Le risque de passage à l'acte est d'autant plus important que les idées fugaces, les idéations suicidaires deviennent durables et envahissantes ou qu'il y a d'ores et déjà une ébauche de scénario de réalisation. INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS). *Santé mentale. Points sur les connaissances*. Santé publique France, publié le 10/03/2014. Repéré à <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Sante-mentale/Points-sur-les-connaissances>

³⁴ Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la tentative de suicide est perçue comme un acte délibéré, sans issue fatale, visant à accomplir un geste de violence vis-à-vis de sa propre personne ou à ingérer une substance toxique ou des médicaments à une dose supérieure à la dose thérapeutique. Cet acte doit être inhabituel, ce qui exclut les conduites addictives, les automutilations répétées et le refus de s'alimenter (OMS).

TABEAU 5 : Proportion de la population de 15 ans et plus ayant songé sérieusement au suicide ou tenté de se suicider au cours de sa vie³⁵, Nord-du-Québec et le Québec

	Nord-du-Québec %	Le Québec %	Écart
I. Idées suicidaires sérieuses			
Total	10,9	10	
Sexe			
Hommes	11	9,6	
Femmes	10,9	10,4	
Groupe d'âge			
15-24 ans	*11,4	9,2	
25-44 ans	12,2	10,7	
45-64 ans	11,3	12	
65 ans et plus	*6,7	6,2	
II. Tentatives de suicide			
Total	6,2	4,2	(+)
Sexe			
Hommes	*5,4	3,4	(+)
Femmes	7,1	5 ↑	(+)
Groupe d'âge			
15-24 ans	**	4,5	
25-44 ans	*6,7	4,4	(+)
45-64 ans	7	4,7	(+)
65 ans et plus	**	2,6	

Notes

* : Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur de la proportion doit être interprétée avec prudence

(+) : Valeur significativement différente de celle du Québec, au seuil de 5 %.

** : Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est pas présentée.

↑ : Différence significative entre les sexes, pour un même territoire au seuil de 5 %.

Sources : INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Fichier maître de l'Enquête québécoise sur la santé de la population (EQSP) 2014-2015, Gouvernement du Québec.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec.

Mise à jour de l'indicateur le 8 juin 2017

³⁵ Ces indicateurs faisant référence à une longue période de recul dans le temps (« au cours de la vie ») peuvent induire à un biais de mémoire (biais de rappel) et doivent ainsi être interprétés avec prudence

3.6.1

IDÉES SUICIDAIRES

En 2014-2015, tout comme pour le Québec, un Jamésien sur 10, âgé de 15 ans et plus, affirme avoir sérieusement songé au suicide au cours de sa vie sans toutefois avoir fait une tentative de suicide, cela représente environ 1 200 personnes. Ce résultat ne varie pas selon le sexe. Dans les deux cas, la donnée régionale se compare à celle du Québec.

3.6.2

TENTATIVES DE SUICIDE

Quant aux tentatives de suicide, 6 % des Jamésiens déclarent avoir agi en ce sens au cours de leur vie, une proportion significativement supérieure à celle du Québec (4 %). On observe un écart significatif entre la région et le Québec à la fois chez les hommes (*5 % c. 3 %) et chez les femmes (7 % c. 5 %).

L'enquête n'a pu confirmer d'écart significatif entre les hommes et les femmes (*5 % c. 7 %) dans la région. Toutefois, la région tend à suivre les mêmes constats qu'au Québec où l'on observe une plus grande proportion de femmes que d'hommes (5 % c. 3 %) ayant tenté de se suicider au cours de leur vie.

La région présente des proportions de personnes qui ont tenté de se suicider au cours de leur vie supérieures à celles du Québec chez les 25-44 ans (*7 % c. 4 %) et les 45-64 ans (7 % c. 5 %).

III.

ENJEUX ET DÉFIS

Ce portrait donne une vue d'ensemble sur l'état général de la santé mentale des Jamésiens de 15 ans et plus à partir d'un certain nombre d'indicateurs : l'état de santé perçue, la satisfaction à l'égard de sa vie sociale, la détresse psychologique, le harcèlement psychologique lié au travail et les idées suicidaires et tentatives de suicide. À partir de ces indicateurs, ce portrait fournit de l'information pertinente quant à l'ampleur de certaines problématiques en lien avec la santé mentale dans la population jamésienne.

FACTEURS DE FRAGILISATION ET DE PROTECTION LIÉS À LA SANTÉ MENTALE

Globalement, les résultats indiquent que l'état de santé mentale des Jamésiens est grandement influencée par certains déterminants sociaux, c'est-à-dire, des facteurs qui configurent la santé tels que le faible revenu et la privation économique qui en résulte, les conditions de vie et de travail, le logement, le statut social, le réseau familial et social, le sexe, etc.³⁶. L'organisation mondiale de la santé (OMS) définit les déterminants sociaux comme les conditions dans lesquelles les personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent et qui, à leur tour, dépendent des forces politiques et économiques qui les façonnent³⁷. Ces déterminants sociaux sont ainsi des conditions qui fragilisent ou protègent la santé mentale des Jamésiens.

- **Les conditions économiques et sociales**

L'analyse des données de l'enquête québécoise sur la santé de la population 2014-2015 (EQSP) indique que les Jamésiens vivant dans des conditions désavantageuses sur le plan social et économique sont plus enclins à :

- avoir une perception négative de leur état de santé,
- être insatisfaits de leur vie sociale,
- se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique.

Ce résultat confirme les données probantes, issues de recherches, et selon lesquelles les personnes, vivant dans des conditions économiques et sociales précaires sont plus susceptibles de vivre des problèmes de santé mentale.

La promotion d'activités en santé mentale en augmentant les facteurs de robustesse ou en renforçant la résilience individuelle et le soutien du milieu pourrait permettre de sortir de cette spirale. Cela passe, entre autres, par l'obtention d'un emploi avec un revenu qui répond à nos besoins dans l'espoir d'améliorer nos conditions de vie, par des conditions de travail qui permettent à chacun de s'épanouir et renforcer le réseau de soutien social susceptible d'offrir les ressources affectives et pratiques nécessaires pour traverser les difficultés.

³⁶ Plusieurs nomenclatures de déterminants sociaux existent, mais celle de Mikkonen et Raphaël (2010) est souvent utilisée parce qu'elle a l'avantage d'être opérationnelle pour l'intervention. Leur nomenclature comprend quatorze déterminants sociaux : chômage et sécurité d'emploi, emploi et conditions de travail, filet de sécurité sociale, insécurité alimentaire, petite enfance, revenu et répartition du revenu, sexe, éducation, exclusion sociale, handicap, logement, race, services de santé, statut d'autochtone.

³⁷ COMMISSIONS DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ (CDSS). *Comblant le fossé en une génération. Instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*. Genève : Organisation mondiale de la santé, 2009. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf

- **Caractéristiques biologiques**

Aussi, les données mettent l'accent sur des déterminants biologiques comme le sexe qui peuvent aussi influencer l'état de santé mentale. En effet, les résultats indiquent que les femmes de la région sont plus susceptibles que les hommes de :

- connaître un niveau élevé de détresse psychologique lié au travail ou non; par conséquent de souffrir de dépression, d'épuisement, d'irritabilité, d'anxiété généralisée ou encore de désengagement social, etc.
- subir du harcèlement psychologique, tout particulièrement, au travail.

Cette iniquité, basée essentiellement sur le sexe et se traduisant quelques fois par un revenu inférieur, place les femmes dans une situation de précarité économique et d'exclusion sociale à la moindre hausse du coût de la vie. Il est de plus en plus connu que le stress associé à la pauvreté, aux conditions de travail, etc., peut induire des troubles mentaux ou les aggraver. Par conséquent, la pauvreté et l'exclusion sociale sont présentes tant en amont (en tant que causes) qu'en aval (en tant que conséquences) dans la compréhension des problématiques liées à la santé mentale³⁸.

LE DÉFI :

CONSOLIDER L'ARRIMAGE « DÉTERMINANTS SOCIAUX » ET « SANTÉ MENTALE »

Ce portrait sur l'état de santé mentale des Jamésiens montre l'importance des déterminants sociaux dans l'amélioration de l'état global de santé. Le constat général qui en ressort est que pour agir sur la santé mentale des Jamésiens, il est important, non seulement d'agir sur les déterminants physiques, physiologiques et psychologiques, mais également sur les déterminants sociaux de la santé, c'est-à-dire, les facteurs qui configurent la santé tels que le statut social, le revenu, les conditions de vie et de travail, le réseau familial et social ainsi que le soutien communautaire.

Les déterminants sociaux de la santé mentale conduisent à considérer l'individu d'un point de vue global, à examiner sa situation et à intervenir au-delà d'un diagnostic, d'une maladie, car chaque être humain vit en constante interaction avec son environnement et celle-ci génère des effets autant favorables que défavorables sur la personne et la collectivité³⁹. Par conséquent, pour agir efficacement sur les déterminants sociaux dans une perspective d'amélioration de l'état de santé mentale des Jamésiens, il est nécessaire, compte tenu des résultats de ce portrait, de consolider l'arrimage « déterminants sociaux » et « santé mentale », autant dans les pratiques cliniques, dans l'action communautaire, la santé publique que dans les politiques sociales.

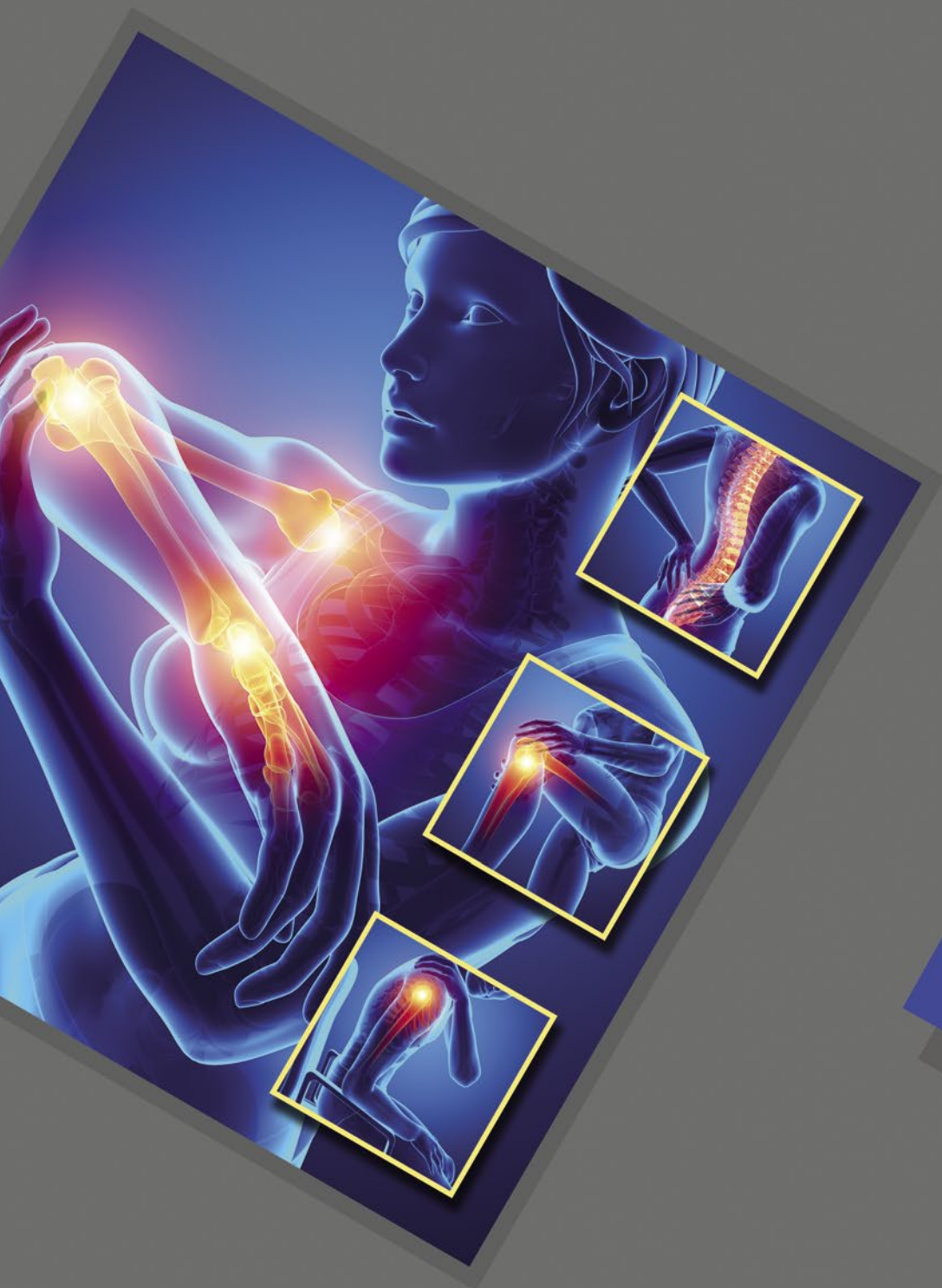
³⁸ Henri DORVIL. « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale ». Dans DORVIL H. (dir.), *Problèmes sociaux (T3) : théories et méthodologies de la recherche*. Québec, Presses de l'Université du Québec. (Problèmes sociaux et interventions sociales), 2007, p. 181

³⁹ Marie-Ève CÔTÉ. Les déterminants sociaux de la santé mentale : des facteurs de grande influence. Dans *Revue le Partenaire*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Volume 23 • numéro 3 • Printemps 2015, p. 3

BIBLIOGRAPHIE

- 1 **CAMIRAND**, Hélène et Virginie NANHOU. « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 » : Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Institut de la statistique du Québec, *Zoom santé : santé et bien-être*, septembre 2008, 4 p. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-200809.pdf>
- 2 **CAZALE**, Linda et Francine BERNÈCHE. « Quelques indicateurs de santé chez les aînés. Que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008? » *Zoom Santé*, Avril 2012, Numéro 37, Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 7 p. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/bulletins/zoom-sante-201204.pdf>
- 3 **COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE**. *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 2012, 232 p. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf
- 4 **COMMISSION DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ**. *Comblant le fossé en une génération : instaurer l'équité en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 2009, 246 p. Repéré à http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf
- 5 **CÔTÉ**, François et Odette MADORE. *La santé mentale et les maladies mentales : un résumé*, Direction de la recherche parlementaire, Bibliothèque du parlement, PRB 02-57F. 2003, 28 p. Repéré à <https://lop.parl.ca/Content/LOP/ResearchPublicationsArchive/pdf/bp1000/prb0257-f.pdf>
- 6 **CÔTÉ**, Marie-Ève. « Les déterminants sociaux de la santé mentale : des facteurs de grande influence ». Dans Revue *le Partenaire*, Association québécoise pour la réadaptation psychosociale. Volume 23, numéro 3, Printemps 2015, 23 p. Repéré à <https://aqrp-sm.org/partenaire/flipbook/vol23no3-726940/pdf/le-partenaire-vol23no3-2015.pdf>
- 7 **DORVIL**, Henri. « Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale ». Dans DORVIL Henri (dir.), *Problèmes sociaux (T3) : théories et méthodologies de la recherche*, Québec, Presses de l'Université du Québec. (Problèmes sociaux et interventions sociales), 2007, p 169-202.
- 8 **GOLLAC**, Michel et Marceline BODIER (dir.). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser ». Rapport du Collège d'expertise sur le suivi des risques psychosociaux au travail*, Ministre du travail, de l'emploi et de la santé, 2011, 223 p. Repéré à http://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_SRPST_definitif_rectifie_11_05_10.pdf
- 9 **GOVERNEMENT DU QUÉBEC**. *Loi sur les normes du travail*. À jour au 1^{er} septembre 2017, 61 p. Repéré à <http://legisquebec.gouv.qc.ca/fr/pdf/cs/N-1.1.pdf>
- 10 **INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE (InVS)**. « Santé mentale. Points sur les connaissances ». Santé publique France, publié le 10/03/2014. Repéré à <http://invs.santepubliquefrance.fr/Dossiers-thematiques/Environnement-et-sante/Sante-mentale/Points-sur-les-connaissances>
- 11 **JEANNEAU**, Nicole. « *Le harcèlement psychologique au travail et l'état de stress post-traumatique: Quand le travail nous traumatise* ». Thèse de doctorat en psychologie. Montréal, Université du Québec à Montréal, décembre 2014, 322 p. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/7753/1/D2900.pdf>
- 12 **LARRIVÉE**, Marie-Andrée. *La détresse psychologique des travailleurs immigrants au Québec*. Mémoire de maîtrise en sciences de la gestion, Montréal, Université du Québec à Montréal, 2015, 99 p. Repéré à <http://www.archipel.uqam.ca/8093/1/M14052.pdf>

- 13 **LÉGARÉ,** Gilles, et autres. « Santé mentale », dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 16, 2000, p. 333-353. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/enquete-sociale-sante.pdf>
- 14 **LESAGE,** Alain et Valérie ÉMOND. « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, numéro 6, Montréal, Institut national de santé publique, 2012, 15 p. Repéré à https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1578_SurvTroublesMentauxQc_PrevalMortaProfilUtiliServices.pdf
- 15 **LEVASSEUR,** Madeleine. « Perception de l'état de santé », dans *Enquête sociale et de santé 1998, 2e édition*, Québec, Institut de la statistique du Québec, Chapitre 12, 2000, p. 259-267. Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/sante-globale/enquete-sociale-sante.pdf>
- 16 **MARCHAND,** Alain, Marie-Ève BLANC, Pierre DURAND. « Genre, âge, catégorie professionnelle, secteur économique et santé mentale en milieu de travail : les résultats de l'étude SALVEO », *Canadian Journal of public health*, vol. 106, numéro 4, mai-juin 2015, p.223-229. Repéré à <http://dx.doi.org/10.17269/cjph.106.4672>
- 17 **MEMMI,** Sarah, et autres. *L'organisation du travail à l'épreuve des risques psychosociaux*. DARES Analyses n° 004, janvier 2016 Repéré à <http://dares.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/2016-004v2.pdf>
- 18 **MIKKONEN,** Juha et Raphael DENNIS. *Déterminants sociaux de la santé : les réalités canadiennes*, Toronto, École de gestion publique de la santé de l'Université de York, 2011, 62 p. Repéré à http://www.thecanadianfacts.org/Les_realites_canadiennes.pdf
- 19 **MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX.** *Programme national de santé publique 2015-2025 – Pour améliorer la santé de la population du Québec*, Québec, MSSS, 2015, 85 p. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2015/15-216-01W.pdf>
- 20 **NIEDHAMMER,** Isabelle, Simone DAVID et Stéphanie DEGIOANNI. "Association between workplace bullying and depressive symptoms in the French working population". *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 61, Août 2006, p. 251-259. Repéré à <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychores.2006.03.051>
- 21 **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat*, 129e session, 1^{er} décembre 2011. Repéré à http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf
- 22 **ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.** *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001, 182 p. Repéré à http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_fr.pdf?ua=1
- 23 **POULIN,** Carole, et autres. « Les troubles anxieux constituent-ils un problème de santé publique? » *Santé mentale au Québec*, volume 29, numéro 1, printemps 2004, p. 61-72. Repéré à <http://id.erudit.org/iderudit/008820ar>



À SURVEILLER

Prochaine publication de la Direction de santé publique
du CRSSS de la Baie-James :

Les troubles musculo-squelettiques chez les travailleurs jamésiens.
Ce que révèle l'Enquête québécoise sur la santé de la population
2014-2015 (EQSP).

