

Portrait sociosanitaire de la population
CSSS Lucille-Teasdale

Santé mentale des adultes



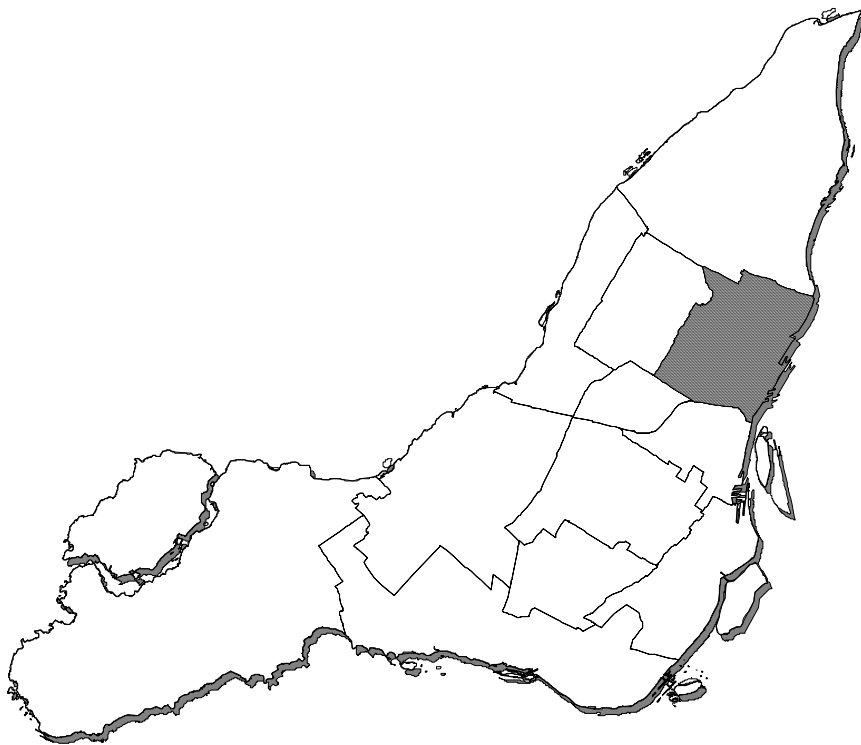
Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec 
Santé publique



Portrait sociosanitaire de la population CSSS Lucille-Teasdale

Santé mentale des adultes



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

***Une réalisation du secteur Planification, orientations et évaluation
Centre universitaire de santé McGill, mandataire.***

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS Lucille-Teasdale

Série de quatre cahiers

1 - Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

Agence de la santé et des services sociaux de Montréal (2006)

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-545-0 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-546-9 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

**Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal**

Québec 
Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	12
MALADIE MENTALE DANS LES POPULATIONS MONDIALE ET CANADIENNE	14
SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS	16
SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	16
FACTEURS ASSOCIÉS À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	18
TROUBLES MENTAUX	19
FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES MENTAUX	20
HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX, 2002-2005	21
PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE	23
FACTEURS ASSOCIÉS À UN ÉTAT DE SANTÉ MENTALE PERÇU COMME MOYEN OU MAUVAIS	23
IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE	24
FACTEURS ASSOCIÉS AUX IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE	25
SUICIDES ET TAUX DE SUICIDE, 1996-1999 ET 2000-2003	26
INCAPACITÉS CONSÉCUTIVES À DES PROBLÈMES ÉMOTIFS OU NERVEUX, OU LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES	27
FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'INCAPACITÉS	27
INCAPACITÉS ET MILIEU DE TRAVAIL	28
UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	29
CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS DES SERVICES	31
SANTÉ ET IMMIGRATION	32
SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS NÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA.....	32
UTILISATION DES SERVICES POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE.....	33
QUELQUES DÉFINITIONS	34

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Prévalence de la souffrance psychique et de ses composantes, population adulte de la région de Montréal, 1999.....	17
Figure 2	Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie, population adulte de la région de Montréal, 1999.....	19
Figure 3	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les enfants et les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2002-2005.....	22
Figure 4	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2002-2005.....	22
Figure 5	Évolution du nombre annuel moyen des journées d'incapacité de travailler selon certaines causes, population du Québec, 1987 à 1998.....	28
Figure 6	Utilisation des services pour des raisons de santé mentale selon diverses catégories de services, population de la région de Montréal, 1999.....	30
Figure 7	Utilisation des services selon la présence de troubles mentaux (12 derniers mois), population de la région de Montréal, 1999.....	30

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre annuel moyen d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les adultes, CSSS Lucille-Teasdale, 2002-2005	21
Tableau 2	Nombre annuel moyen de suicides selon l'âge et le sexe, CSSS Lucille-Teasdale, 1996-1999 et 2000-2003	26

POINT DE MÉTHODE

Les taux et les proportions présentés dans ce document sont parfois calculés à partir d'effectifs inférieurs à la population visée. Il s'agit donc d'estimations qui peuvent être soumises à des variations aléatoires et présenter une certaine imprécision. Ainsi, afin de permettre la comparaison entre les valeurs estimées pour ce CSSS et celles de l'ensemble de l'île de Montréal, un test statistique permet de déterminer si la valeur obtenue dans un CSSS est semblable ou différente de celle de Montréal, et ce, 19 fois sur 20. Dans les tableaux et les figures, les estimations (taux ou proportions) se rapportant aux CSSS sont donc marquées d'un plus (+) ou d'un moins (-) selon qu'elles sont statistiquement plus élevées ou plus faibles que la valeur correspondante pour Montréal. Ce sont ces résultats présentant des différences significatives qui ont été retenus pour la majeure partie des faits saillants.

INTRODUCTION

Le projet clinique des CSSS soutiendra l'implantation des programmes de services dont le programme de santé mentale. En appui à cette démarche, le présent document réunit des informations sur la santé mentale des Montréalais et les facteurs de risque qui y sont associés. Pour mieux connaître les caractéristiques de la population et les effets des problèmes de santé mentale sur les années vécues avec incapacité, le lecteur trouvera dans la lecture du cahier intitulé *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé* un complément d'information utile.

D'entrée de jeu, il importe de souligner que la santé mentale est un des objets de la surveillance de l'état de santé pour lequel les renseignements sont les moins nombreux et les plus parcellaires. Ainsi, dans le plan commun de surveillance de la santé au Québec, on dénombre 28 indicateurs en santé mentale par rapport à 169 en santé physique.

C'est pourquoi une partie de la matière de ce cahier est empruntée à divers rapports et travaux, dont principalement l'*Enquête sur la santé mentale des Montréalais*. Menée en 1999 par la Direction de santé publique (DSP) de Montréal, cette enquête a porté sur plusieurs dimensions de la santé mentale et a permis de recueillir une information abondante auprès d'adultes vivant en ménages privés. C'est donc dire que les gens vivant en ménages collectifs en ont été exclus : il s'agit des gens hospitalisés à long terme ou hébergés en ressources intermédiaires ou de type familial, ainsi que des gens détenus dans les prisons ou les pénitenciers. Les répondants à cette enquête ont été sélectionnés au hasard. L'échantillon étant représentatif de la population de Montréal, les tendances observées valent pour cette population et non pour celle d'un CSSS donné. Dans le but de faciliter la lecture et la compréhension de certains des résultats provenant d'analyses de régression logistique, ceux-ci sont présentés sans les coefficients de régression, l'erreur-type du coefficient, les intervalles de confiance et les variables de référence. Le lecteur désireux de connaître les divers aspects méthodologiques et statistiques de cette enquête est invité à en consulter le rapport, qui est disponible à la Direction de santé publique de Montréal.

L'information sur les hospitalisations et celle sur les suicides ont été produites par la DSP, et ce, à partir des données provenant de bases administratives. Ces analyses spécifiques au CSSS sont intégrées aux sections de l'enquête montréalaise qui traitent de ces thèmes. Une brève section, qui clôt le document, porte sur la santé et l'immigration — un sujet particulièrement important pour les gestionnaires et intervenants de certains territoires de CSSS où résident une forte proportion d'immigrants. Mais le lecteur trouvera d'abord quelques renseignements tirés du rapport sur la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) et du premier rapport Kirby (2004) sur la santé mentale des Canadiens. Il trouvera aussi en fin de document un lexique où sont définis quelques notions et variables de l'*Enquête sur la santé mentale des Montréalais* ainsi que certains indicateurs.

Pour une appréciation plus juste de l'état de santé mentale de la population, il est essentiel de compléter le présent portrait par le savoir et les connaissances des acteurs clés que sont les praticiens, les intervenants et les administrateurs dans ce domaine.

MALADIE MENTALE DANS LES POPULATIONS MONDIALE ET CANADIENNE

Comme pour la santé physique, la santé mentale ne se résume pas à l'absence de troubles ou de maladies (voir lexique). Néanmoins, les indicateurs dont on dispose généralement mesurent surtout la santé mentale dans ses aspects négatifs. C'est pourquoi les données présentées ici dépeignent principalement l'état de santé mentale dans ses dimensions les moins positives.

Pour compenser les lacunes en surveillance de la santé mentale au Québec, il paraît pertinent de situer ce problème dans un plus vaste ensemble.

DANS LE MONDE

Selon l'OMS, une personne sur quatre dans le monde souffre au moins d'une maladie mentale au cours de sa vie. Dans une famille sur quatre, au moins une personne souffre d'une maladie mentale ou de toxicomanie. La dépression majeure est la première cause d'incapacité et se classe au quatrième rang des causes de morbidité dans le monde. On estime qu'aux environs de 2020, elle occupera le second rang.

Si les troubles mentaux sont en moyenne plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, cela varie néanmoins beaucoup selon leur nature. Hommes et femmes sont ainsi touchés de manière semblable par les troubles graves, tandis que la dépression est plus courante chez les femmes et les toxicomanies sont plus répandues chez les hommes.

À cause de l'incapacité qu'elles entraînent, les maladies neuropsychiatriques et la consommation d'alcool pèsent beaucoup plus lourdement dans la charge de morbidité des populations des pays industrialisés que les cardiopathies ischémiques, par exemple. (Pour de plus amples informations sur ce sujet, consulter le cahier *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé*.) L'OMS prévoit que la charge de morbidité imputable aux troubles mentaux et neurologiques augmentera de 15 % d'ici 2020.

Source : Organisation mondiale de la Santé. *Rapport sur la santé dans le monde. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, [En ligne], 2001, [<http://www.who.int/whr/2001/fr>].

AU CANADA

La maladie mentale et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives toucheraient un Canadien sur cinq au cours de sa vie. Les troubles anxieux (12 %) et ceux de l'humeur (9 %) sont les plus courants, viennent ensuite les troubles de la personnalité (de 6 % à 9 %) et la schizophrénie (1 %). La démence et autres troubles organiques du cerveau affectent 1 % de la population.

La présence d'au moins deux maladies — qu'elles soient de nature physique ou mentale — chez une même personne est ce qu'on appelle la comorbidité. On estime que 25 % des personnes souffrant d'arthrite ont aussi des problèmes de dépression ou d'anxiété. Ce type de comorbidité serait présent chez des gens atteints de cancer, souffrant de diabète, de troubles respiratoires, d'hypertension, de migraine et de certaines maladies mentales.

Par ailleurs, avec la croissance accélérée du nombre de personnes âgées dans notre société, on s'attend à une augmentation des besoins en santé mentale et donc à une pression sur le système de santé. Les maladies mentales les plus courantes chez les gens âgés sont la dépression, la démence, les troubles délirants et le delirium.

Ainsi, la maladie d'Alzheimer et les autres types de démence associées toucheraient une personne sur 13 ayant plus de 65 ans et une sur trois chez les plus de 85 ans.

Dans les foyers pour personnes âgées, on estime que :

- ✦ la prévalence des troubles mentaux serait d'entre 80 et 90 %;
- ✦ la prévalence des psychoses serait d'entre 12 et 21 % (selon l'instrument de mesure des symptômes);
- ✦ l'incidence de la dépression serait de 3 à 4 fois supérieure chez les gens en centres d'hébergement et de soins de longue durée par rapport à la population générale.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport provisoire (premier rapport Kirby) *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, [En ligne], 2004, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS

De l'*Enquête sur la santé mentale des Montréalais*, nous avons retenu essentiellement ce qui a trait à la souffrance psychique et ses composantes ainsi que quelques informations sur l'utilisation des services de santé. Seuls les facteurs de risque associés de manière statistiquement significative aux manifestations de souffrance psychique sont présentés ici, avec l'amplitude du risque (>1).

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

La souffrance psychique est un indicateur global qui a l'avantage d'intégrer quatre indicateurs de la santé mentale. La période de référence est récente et varie d'un indicateur à l'autre. Cet indicateur global permet de mieux apprécier l'ampleur et la diversité des problèmes de santé mentale dans la population parce qu'il tient compte des problèmes qui n'ont pas été diagnostiqués ou qui ne répondent pas à des critères diagnostiques psychiatriques, bien qu'ils engendrent une souffrance psychique. En effet, les symptômes de plusieurs personnes peuvent ne pas répondre à de tels critères, alors que ces gens bénéficieraient quand même d'interventions préventives ou curatives. C'est pourquoi cet indice global peut servir d'appui à la planification des services et à l'évaluation des besoins de soins dans la population en général.

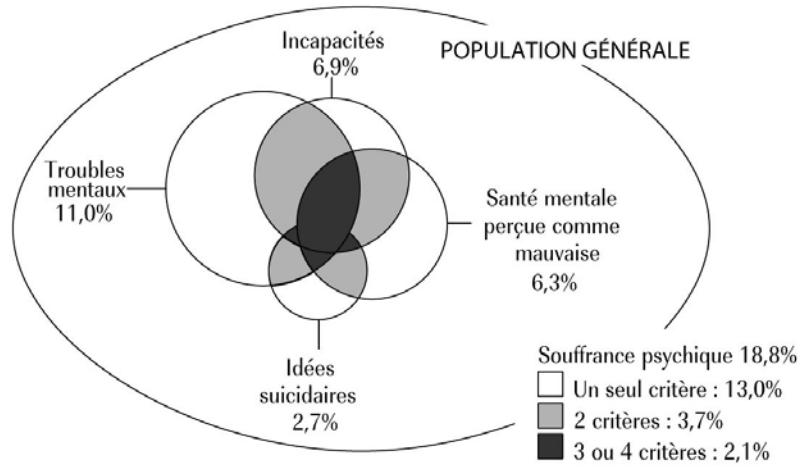
Voici les quatre indicateurs qui composent la souffrance psychique et leur période de référence :

- présence d'un trouble mental au cours des 12 derniers mois;
- perception de son état de santé mentale comme mauvais par rapport à celui des autres personnes de son âge;
- incapacité à s'acquitter de ses tâches quotidiennes au cours des quatre semaines précédant l'enquête en raison de problèmes émotifs ou nerveux ou de consommation d'alcool ou de drogues;
- présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

FAITS SAILLANTS

- Un Montréalais sur cinq présente au moins une manifestation de souffrance psychique (figure 1).
- La prévalence des manifestations de souffrance psychique augmente avec la présence d'un trouble mental au cours des 12 derniers mois et antérieurement (données non présentées).

Figure 1 Prévalence de la souffrance psychique et de ses composantes, population adulte de la région de Montréal, 1999



Source : Enquête sur la santé mentale des Montréalais, 1999

FACTEURS ASSOCIÉS À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

Dans une perspective de gestion des soins et services, mais aussi de gestion de risque et d'intervention, il importe de connaître les caractéristiques (voir lexique) associées à la souffrance psychique des gens. Des analyses statistiques menées à cet effet ont permis d'en identifier les principaux facteurs (voir faits saillants).

Ainsi, les gens qui se perçoivent comme étant pauvres ont un risque deux fois plus important de souffrir psychiquement que ceux qui ont un revenu suffisant. Ce risque est une fois et demie plus grand chez les 18-24 ans que chez les 25-44 ans. Le risque que les gens âgés de 65 ans et plus éprouvent de la souffrance psychique est beaucoup plus faible (<1).

FAITS SAILLANTS

Facteurs associés à la souffrance psychique et niveau de risque correspondant :

- se percevoir comme étant pauvre (le risque est 1,9 fois plus grand);
- avoir une scolarité plus faible (le risque est 1,5 fois plus grand);
- être âgé de 18 à 24 ans (le risque est 1,4 fois plus grand; cible de prévention parce que les jeunes sont proportionnellement plus nombreux à être affectés);
- être une femme (le risque est 1,3 fois plus grand);
- avoir une spiritualité importante (le risque est 1,3 fois plus grand).

Source : Fournier, L., et al. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002.

TROUBLES MENTAUX

Les troubles mesurés par l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais sont ceux qui sont les plus fréquents dans la population. Il s'agit des catégories de :

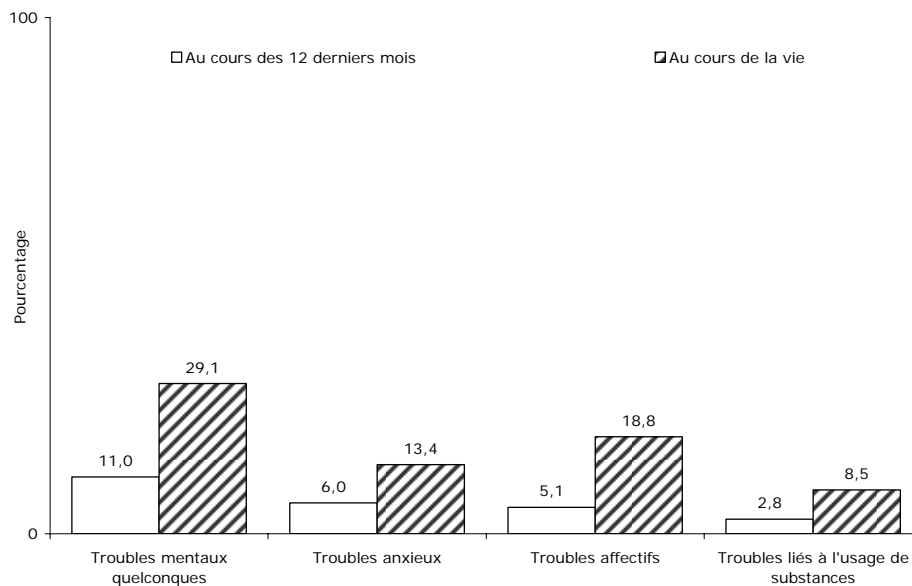
- troubles affectifs (dépression majeure);
- troubles anxieux (phobie sociale, agoraphobie, phobie spécifique, trouble panique, anxiété généralisée);
- troubles liés à l'usage de substances (abus d'alcool et de drogues ou dépendance à leur endroit).

Note : Les troubles mesurés dans cette étude sont potentiellement sous-estimés.

FAITS SAILLANTS

- Près d'une personne sur trois souffrira d'un trouble mental au cours de sa vie (figure 2).
- Au cours de l'année précédant l'enquête, la prévalence des troubles mentaux quelconques était plus élevée chez les femmes (12 %) que chez les hommes (9,9 %), mais la prévalence des troubles liés à l'usage de substances était supérieure chez les hommes (4,8 % contre 1,1 % chez les femmes).
- La comorbidité est fréquente : sur une base annuelle, une personne sur trois atteinte de trouble mental en cumule plus d'un.

Figure 2 Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie, population adulte de la région de Montréal, 1999



Source : Enquête sur la santé mentale des Montréalais, 1999

FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES MENTAUX

Les déterminants des troubles mentaux sont nombreux. Une fois encore, le facteur le plus significatif est la pauvreté perçue puisque les gens qui se perçoivent comme étant dans cette situation voient leur risque d'avoir l'un ou l'autre des troubles mentaux doubler par rapport à ceux qui disent avoir un revenu suffisant.

Si le fait d'être une femme fait presque doubler le risque de souffrir de troubles anxieux ou de troubles affectifs comparativement aux hommes, ces derniers ont un risque quatre fois plus élevé d'avoir un problème lié à l'usage de substances. Les gens âgés ont un risque presque quatre fois moindre de souffrir de troubles mentaux quelconques par rapport aux 25-44 ans.

FAITS SAILLANTS

Facteurs associés à un trouble mental quelconque au cours des 12 derniers mois et niveau de risque correspondant :

- se percevoir comme étant pauvre (le risque est 2 fois plus grand);
- être âgé de 18 à 24 ans (le risque est 1,6 fois plus grand);
- être né au Canada (le risque est 1,5 fois plus grand comparativement à ceux qui sont nés ailleurs);
- être une femme (le risque est 1,3 fois plus grand);
- avoir une spiritualité importante (le risque est 1,3 fois plus grand).

Facteurs associés aux troubles anxieux :

- Être une femme (le risque est 1,9 fois plus grand), être âgé de 18 à 24 ans (le risque est 1,5 fois plus grand), se percevoir comme étant pauvre (le risque est 1,9 fois plus grand).

Facteurs associés aux troubles affectifs :

- Se percevoir comme étant pauvre (le risque est 2 fois plus grand), être une femme (le risque est 1,7 fois plus grand), être âgé de 18 à 24 ans (le risque est 1,7 fois plus grand), avoir une spiritualité importante (le risque est 1,7 fois plus grand).

Facteurs associés aux troubles liés à l'usage de substances :

- Être un homme (le risque est 4 fois plus grand), se percevoir comme étant pauvre (le risque est 4 fois plus grand), être né au Canada (le risque est 3 fois plus grand comparativement à ceux qui sont nés ailleurs), être âgé de 18 à 24 ans (le risque est 2,5 fois plus grand), résider dans la région Centre-Est, qui couvre les secteurs de CLSC des Faubourgs, du Plateau-Mont-Royal, La Petite-Patrie, Saint-Louis-du-Parc, Saint-Michel et Villeray (le risque est 2,4 fois plus grand).

Source : Fournier, L., et al. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002.

HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX, 2002-2005

Les troubles mentaux qui ont mené à des hospitalisations comprennent les états psychotiques organiques, les autres psychoses, les troubles névrotiques de la personnalité et autres non psychotiques et le retard mental. Il s'agit là du cinquième regroupement de la Classification internationale des maladies (CIM-9), norme internationale servant à présenter l'information sur les diagnostics cliniques qui a été mise au point par l'OMS.

DANS LE CSSS LUCILLE-TEASDALE

FAITS SAILLANTS

- Dans le CSSS Lucille-Teasdale, c'est dans le secteur Hochelaga-Maisonneuve qu'il y a le plus d'hospitalisations pour troubles mentaux chez les moins de 65 ans, alors que c'est dans celui d'Olivier-Guimond qu'il y en a le plus chez les 65 ans et plus (tableau 1).
- Chez les adultes, les taux d'hospitalisation pour ces troubles sont statistiquement supérieurs dans l'ensemble du CSSS et dans les secteurs Hochelaga-Maisonneuve et Olivier-Guimond par comparaison avec Montréal (figure 3).
- Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux diffèrent selon le groupe d'âge. Par comparaison avec ceux de Montréal, ils sont significativement plus grands chez les résidents de ce CSSS appartenant aux trois premières tranches d'âge et sont supérieurs chez les résidents de toutes les classes d'âge dans Hochelaga-Maisonneuve. Seuls les résidents des deux premières tranches d'âge ont des taux supérieurs dans le secteur Olivier-Guimond, tandis que seuls ceux de 35 à 54 ans ont un taux plus élevé parmi les résidents de Rosemont (figure 4).

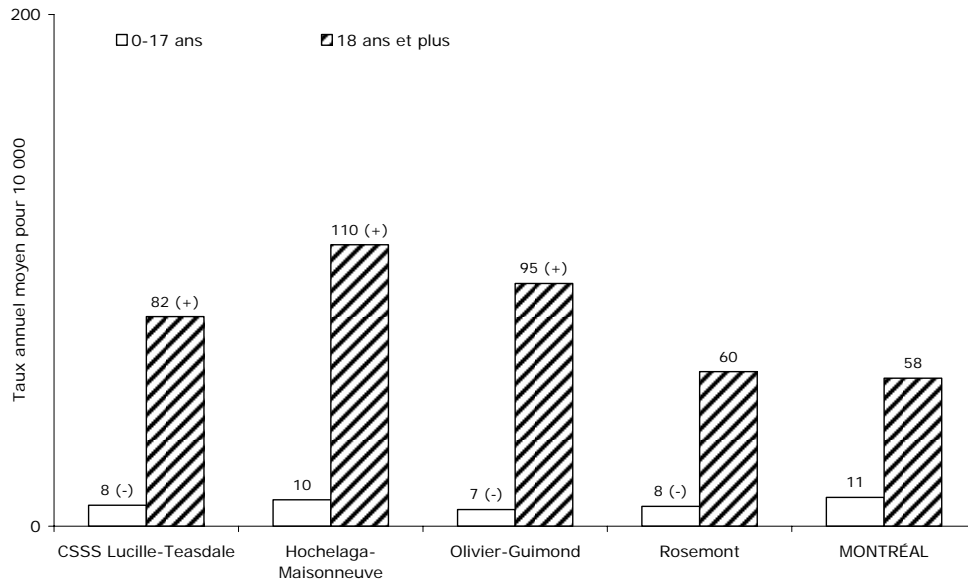
Tableau 1 Nombre annuel moyen d'hospitalisations¹ pour troubles mentaux chez les adultes, CSSS Lucille-Teasdale, 2002-2005

Territoire	18-34 ans	35-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus
CSSS Lucille-Teasdale	290	622	171	127
Hochelaga-Maisonneuve	112	247	54	30
Olivier-Guimond	98	154	48	38
Rosemont	79	220	69	59
Montréal	2 013	4 072	1 455	1 237

Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005

1 Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Figure 3 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux chez les enfants et les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2002-2005

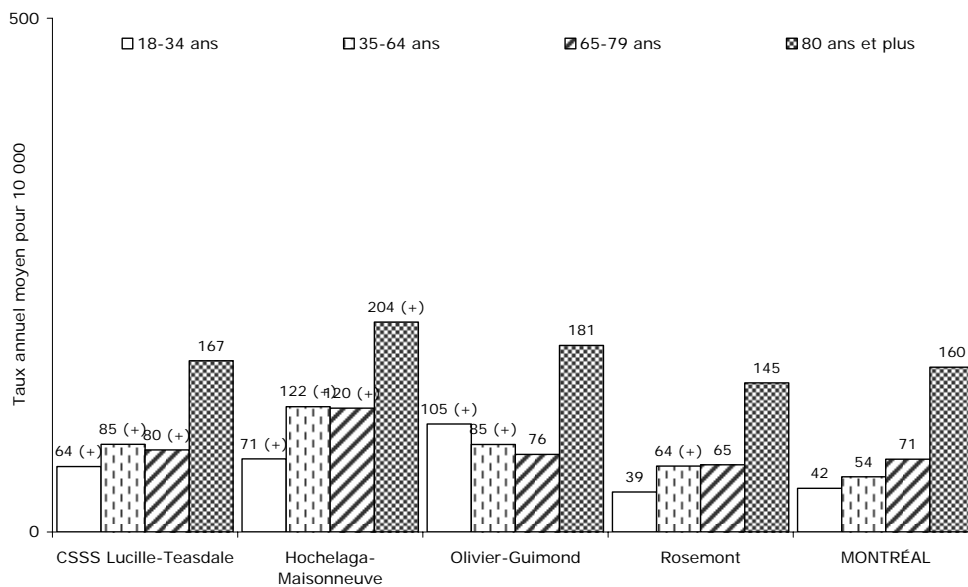


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Echo ; ISO, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 4 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux chez les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS Lucille-Teasdale, Montréal, 2002-2005



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Echo ; ISO, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

La perception de l'état de santé est une mesure subjective intéressante car elle est associée à la morbidité déclarée, diagnostiquée, à l'utilisation des services, à la consommation de médicaments, à l'incapacité fonctionnelle et à la limitation des activités. Quand le répondant juge sa santé mentale comme étant moyenne ou mauvaise, cette perception est habituellement associée à la détresse psychologique et aux idées suicidaires.

FAIT SAILLANT

- Six pour cent des Montréalais jugent leur état de santé mentale comme étant moyen ou mauvais. Il n'y a pas d'écart significatif selon le sexe ou l'âge.

FACTEURS ASSOCIÉS À UN ÉTAT DE SANTÉ MENTALE PERÇU COMME MOYEN OU MAUVAIS

La perception de l'état de santé mentale est fortement déterminée par la présence d'incapacités, d'idées suicidaires, de troubles affectifs ou anxieux. En effet, les gens aux prises avec ces types de problèmes ont un risque de trois à cinq fois plus grand de percevoir leur état de santé mentale comme étant moyen ou mauvais. Une faible scolarité comme la pauvreté perçue contribuent également à une perception négative de son état de santé mentale.

FAITS SAILLANTS

Facteurs associés à un état de santé mentale perçu comme moyen ou mauvais et niveau de risque correspondant :

- présence d'incapacités (le risque est 5 fois plus grand);
- présence d'idées suicidaires (le risque est 4 fois plus grand);
- présence de troubles affectifs ou anxieux (le risque est 3 fois plus grand);
- faible scolarité (le risque est 3 fois plus grand);
- pauvreté (le risque est 2 fois plus grand).

Source : Fournier, L., et al. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002.

IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE

À travers le Canada, c'est au Québec que les taux de suicide sont les plus importants. Le suicide constitue une préoccupation majeure en santé publique, notamment parce qu'il touche une population souvent jeune, qu'il a des répercussions sur les proches et qu'il représente la première cause de décès chez les jeunes hommes. Parmi les grandes villes canadiennes, Montréal est la plus touchée par le suicide.

FAITS SAILLANTS

- Sept pour cent des Montréalais ont pensé sérieusement au suicide au cours de leur vie. Cette proportion s'élève à 10 % quand on tient compte de ceux qui ont fait des tentatives de suicide.
- Les tentatives de suicide sont plus fréquemment déclarées chez les femmes.
- On retrouve une proportion plus élevée de personnes ayant des idées suicidaires chez : les adultes de moins de 45 ans, les personnes vivant dans une famille monoparentale, les personnes vivant seules, celles de langue maternelle française, les personnes nées au Canada, séparées ou divorcées, pauvres ou très pauvres.
- On retrouve une proportion plus élevée de personnes ayant fait des tentatives de suicide au cours de leur vie chez : les femmes, les jeunes de 18 à 24 ans, les gens séparés, divorcés ou célibataires, les personnes faiblement scolarisées, les gens pauvres ou très pauvres et ceux de langue maternelle française.

FACTEURS ASSOCIÉS AUX IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE

La présence de troubles affectifs ou anxieux contribue de manière importante à la présence d'idées suicidaires puisque les gens ayant de tels troubles ont un risque neuf fois plus grand de penser au suicide. Les gens de la classe d'âge 25-44 ans ont un risque deux fois plus élevé d'avoir des idées suicidaires que leurs aînés. Les gens nés au Canada ont un risque 1,5 fois plus important de songer au suicide que les immigrants.

FAITS SAILLANTS

Facteurs associés aux idées suicidaires au cours de la vie et niveau de risque correspondant :

- avoir des troubles affectifs ou anxieux au cours de sa vie (le risque est 9 fois plus grand);
- avoir une mauvaise perception de son état de santé mentale (le risque est 2 fois plus grand);
- être âgé de 25 à 44 ans (le risque est 2 fois plus grand);
- avoir des incapacités (le risque est 2 fois plus grand);
- avoir une faible scolarité (le risque est 1,7 fois plus grand);
- être célibataire ou séparé/divorcé (le risque est 1,6 fois plus grand);
- être né au Canada (le risque est 1,5 fois plus grand comparativement à ceux qui sont nés ailleurs).

Sources :

Fournier, L., et al. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002.

Direction de santé publique de Montréal. *Montréal comparé – Santé de la population : Comparaison de Montréal aux régions urbaines du Canada*, [En ligne], [<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/comparaison/graphique96-97-98.html#2>].

SUICIDES ET TAUX DE SUICIDE, 1996-1999 ET 2000-2003

DANS LE CSSS LUCILLE-TEASDALE

FAITS SAILLANTS

- ✦ Dans ce CSSS, le nombre annuel moyen de suicides s'élevait respectivement à 37 et à 33 au cours des périodes 1996-1999 et 2000-2003. Presque tous ces suicides sont le fait des hommes (tableau 2).
- ✦ Au cours de la dernière période d'observation, la mortalité par suicide dans ce CSSS se démarque d'un point de vue statistique de celle de Montréal : elle est plus élevée chez les hommes et femmes combinés. Elle y est aussi plus importante chez les hommes de 45 à 54 ans. Pour la période antérieure, elle se compare à celle de Montréal (données non présentées).

Tableau 2 Nombre annuel moyen¹ de suicides selon l'âge et le sexe, CSSS Lucille-Teasdale, 1996-1999 et 2000-2003

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
2000-2003			
10-19 ans	0	1	1
20-24 ans	1	2	2
25-34 ans	1	6	7
35-44 ans	2	6	8
45-54 ans	3	8	10
55-64 ans	0	1	1
65-74 ans	1	1	1
75 ans et plus	1	1	2
Total	8	25	33
1996-1999			
10-19 ans	0	2	2
20-24 ans	1	2	3
25-34 ans	2	6	7
35-44 ans	3	7	10
45-54 ans	2	6	8
55-64 ans	1	3	4
65-74 ans	1	2	2
75 ans et plus	0	1	1
Total	9	28	37

Source : Fichier des décès, MSSS

¹ À cause des arrondis, le total peut différer de la somme

INCAPACITÉS CONSÉCUTIVES À DES PROBLÈMES ÉMOTIFS OU NERVEUX, OU LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES

L'incapacité est une restriction dans la capacité à accomplir une activité considérée comme normale. La présence d'incapacités pour des raisons de santé mentale renseigne sur la capacité des gens à remplir leurs rôles et leurs activités quotidiennes de manière autonome. Pour l'*Enquête sur la santé mentale des Montréalais*, on a construit un indice global relatif aux limitations causées par quatre grandes catégories de problèmes : les troubles dépressifs, anxieux ou autres; les problèmes de stress, fatigue ou épuisement; les problèmes d'ordre situationnel (deuil, séparation, etc.); les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

FAITS SAILLANTS

- Sept pour cent des Montréalais auraient eu de telles incapacités durant au moins une journée au cours des quatre semaines précédant l'enquête.
- Les troubles dépressifs ou anxieux causent près de la moitié de ces incapacités.

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'INCAPACITÉS

Il existe des associations significatives entre, par exemple, le fait de percevoir son état de santé mentale comme étant mauvais ou le fait d'aider des gens ayant des problèmes de santé mentale et la présence d'incapacités. Les gens des classes d'âge inférieures à 45 ans présentent un risque deux fois plus élevé que leurs aînés d'avoir des incapacités liées à des problèmes nerveux, émotifs ou à la consommation d'alcool ou de drogues. Divers facteurs jouent à des degrés variables sur le fait d'avoir des incapacités (voir faits saillants).

FAITS SAILLANTS

Facteurs associés à la présence d'incapacités et niveau de risque correspondant :

- avoir une mauvaise santé mentale subjective (le risque est 5 fois plus grand);
- avoir des idées suicidaire (le risque est 4 fois plus grand);
- avoir eu des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois (le risque est 4 fois plus grand);
- être âgé de 18 à 24 ans et de 25 à 44 ans (le risque est 2 fois plus grand);
- être aidant (le risque est 2 fois plus grand);
- se percevoir comme étant pauvre (le risque est 2 fois plus grand);
- être une femme (le risque est 1,5 fois plus grand).

Source : Fournier, L., et al. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002.

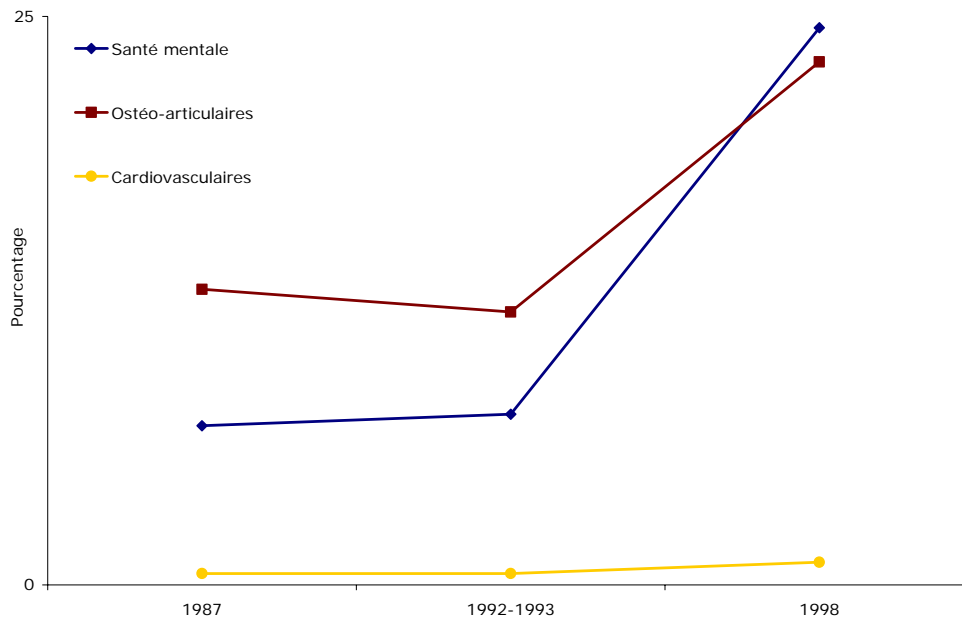
INCAPACITÉS ET MILIEU DE TRAVAIL

Au cours des années quatre-vingt-dix, les réclamations acceptées par la Commission de la santé et de la sécurité du travail (CSST) pour des lésions professionnelles liées au stress, à l'épuisement professionnel ou à d'autres facteurs d'ordre psychologique ont presque doublé, et ce, dans un contexte de diminution de moitié des réclamations approuvées par l'organisme.

Les enquêtes sur la santé et le bien-être de la population québécoise montrent que l'incapacité de travailler en raison de problèmes de santé mentale s'est globalement accrue (figure 5), mais davantage du côté des femmes, et que le nombre annuel moyen de journées d'incapacité de travailler par personne pour de tels problèmes est passé de 7,4 à 24,6 par 100 personnes entre 1992 et 1998.

Source : Direction de santé publique de Montréal. *Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001.

Figure 5 Évolution du nombre annuel moyen des journées d'incapacité de travailler selon certaines causes, population du Québec, 1987 à 1998



Sources : Santé Québec, Enquête Santé Québec 1987 et Enquête sociale et de santé 1992-1993. ISQ, Enquête sociale et de santé, 1998.

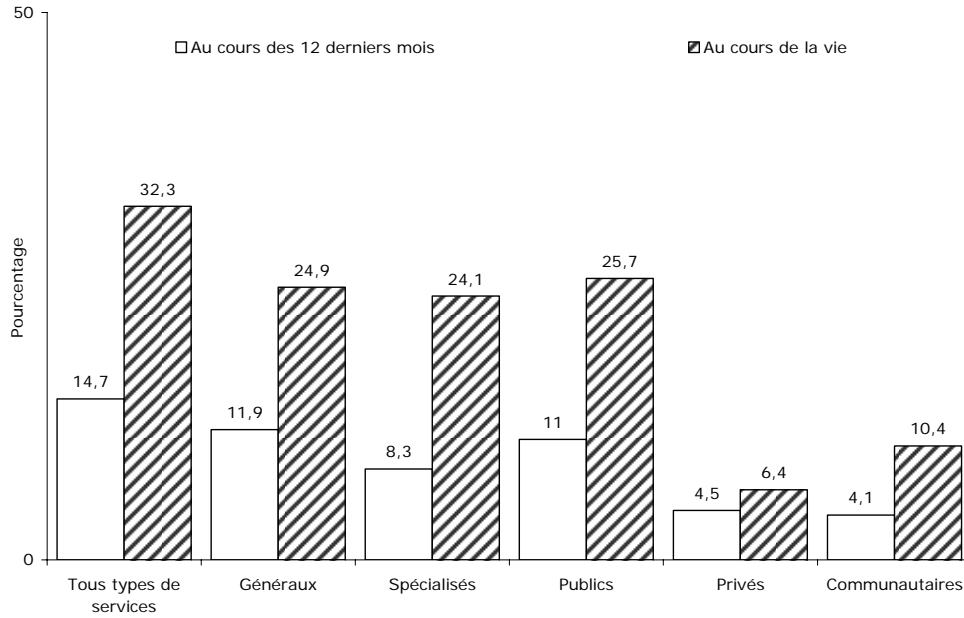
UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

Dans l'*Enquête sur la santé mentale des Montréalais*, la notion de services renvoie à divers types de services liés à un problème de santé mentale. À travers ceux-ci, on a distingué trois catégories : les services publics, privés et communautaires.

FAITS SAILLANTS

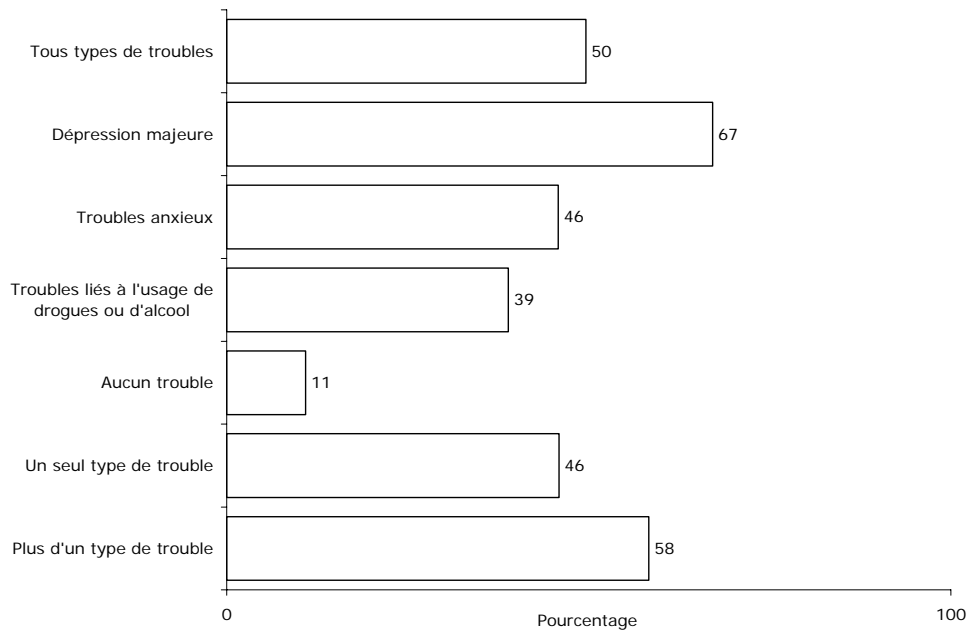
- Un Montréalais sur trois a eu recours à des services pour des raisons de santé mentale au cours de sa vie. Sur une année, c'est 15 % de la population (figure 6).
- Au cours des douze derniers mois, les professionnels les plus consultés ont été : les médecins généralistes (7 %), les psychologues (5 %), les psychiatres (2,7 %), les autres médecins spécialistes (2,3 %), les professionnels œuvrant en CLSC (2,2 %), les travailleurs sociaux (2,1 %) et les spécialistes des médecines douces (2 %).
- Sur une vie, l'ordre des professionnels les plus consultés change quelque peu : les médecins généralistes arrivent en tête (16,2 %), suivis des psychologues (15,9 %), des psychiatres (9,7 %), des travailleurs sociaux (5,7 %), des professionnels œuvrant en CLSC (5,8 %) et des groupes d'entraide (5,2 %).
- La moitié des Montréalais qui avaient un trouble mental durant l'année précédant l'enquête ont utilisé au moins un type de services. Les personnes souffrant d'une dépression majeure et celles ayant plus d'un type de troubles utilisent davantage les services que les autres (figure 7).
- À souffrance psychique similaire, les plus jeunes (18-24 ans), les plus âgés (65 ans et plus), les personnes vivant en couple et les hommes sont relativement moins nombreux à avoir recours aux services.
- Les cliniciens interrogés pour cette enquête évaluent que parmi les 18 % de Montréalais ayant besoin de soins, seulement 20 % reçoivent une réponse adéquate, 70 % ne recevraient pas les services requis et 10 % auraient des besoins impossibles à satisfaire.

Figure 6 Utilisation des services pour des raisons de santé mentale selon diverses catégories de services, population de la région de Montréal, 1999



Source : l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais, 1999

Figure 7 Utilisation des services selon la présence de troubles mentaux (12 derniers mois), population de la région de Montréal, 1999



Source : l'Enquête sur la santé mentale des Montréalais, 1999

CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS DES SERVICES

FAITS SAILLANTS

- ✦ Le risque d'utiliser ces services est d'autant plus grand que les gens présentent des troubles mentaux et des incapacités.
- ✦ L'utilisation varie selon qu'il s'agit d'un service public, privé ou communautaire. Ainsi, le risque d'avoir recours à des services communautaires est 15 fois plus grand chez les gens ayant eu un trouble mental quelconque au cours des 12 mois précédant l'enquête.
- ✦ Les gens ayant un niveau de scolarité variant de moyen à plus élevé ont trois fois plus de chances d'utiliser les services privés que les autres.
- ✦ Les utilisateurs les plus probables des services publics et communautaires sont des gens ayant une plus faible scolarité ou n'étant pas au travail, tandis que les femmes, les 25-44 ans, et les personnes ayant un niveau de scolarité de niveau intermédiaire ou plus élevé ont de plus fortes chances de s'orienter vers les services privés.

Source : Fournier, L., et al. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002.

SANTÉ ET IMMIGRATION

Il n'est pas rare d'entendre l'expression « immigrant de 2^e génération ». Si dans le langage quotidien cette expression incorrecte ne pose pas trop de problème — la plupart penseront aux enfants d'immigrants nés au Canada —, elle risque de générer de la confusion dans le domaine de la santé. Pourquoi ? Parce que les immigrants sont en moyenne en meilleure santé que les Canadiens nés au pays, alors que ceux qui, natifs du Canada, sont désignés comme immigrants de 2^e génération auront en moyenne un état de santé comparable à celui des autres Canadiens nés au pays.

Un immigrant est défini par le fait de n'être pas citoyen canadien de naissance. Dans le domaine de la santé, il importe de distinguer deux catégories principales d'immigrants : les réfugiés et les migrants économiques.

Le fait d'être un immigrant constitue un gain pour l'état de santé de la population canadienne en général et de la population montréalaise en particulier. En effet, pour obtenir la résidence permanente canadienne, un immigrant économique, comme ses parents qui viendront le rejoindre en vertu du regroupement familial, doit répondre à un critère de sélection obligatoire pour l'acceptation de son entrée en tant que résident permanent, soit celui d'avoir un bon état de santé physique et mentale. On parle également d'auto-sélection de la part des immigrants parce qu'en général, la décision d'émigrer repose sur le fait d'être jeune, en bonne santé et d'avoir une bonne capacité d'adaptation. Par contre, le réfugié s'installe au Canada afin d'échapper à une situation qui menace sa sécurité et son existence. Le Canada accueille et accorde sa protection à des milliers de personnes dans cette situation. Or parmi les réfugiés se trouvent nombre de personnes dont la santé est certainement moins bonne que celle des autres immigrants et même de Canadiens de naissance.

Pour en savoir plus sur la santé des réfugiés, voir les travaux de Cécile Rousseau : <http://www.cerium.ca/article499.html>.

Pour en savoir plus sur les critères de sélection des immigrants, consulter le site Web de Citoyenneté et Immigration Canada : <http://www.cic.gc.ca>.

SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS NÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

Tirée d'un échantillon aléatoire, la population sélectionnée lors de l'enquête de santé mentale de 1999 est représentative de la population montréalaise dans son ensemble. Trois variables ont servi à distinguer l'origine culturelle des répondants. Il ressort que la répartition de la population étudiée selon la langue maternelle, le lieu de naissance (Canada, hors Canada) et la durée d'établissement au pays (plus de cinq ans ou cinq ans et moins) correspond aux tendances données par le recensement de 2001. C'est donc dire que la population immigrante est bien représentée par cet échantillon.

Les analyses statistiques ont mis en évidence le fait qu'être un Montréalais né hors du Canada constitue un facteur favorable à un meilleur état de santé mentale par comparaison avec celui des Montréalais nés au Canada. Ainsi, ces derniers ont un risque 1,5 fois plus grand d'avoir un trouble mental quelconque ou encore des idées suicidaires et un risque 3 fois plus grand d'avoir un trouble lié à la consommation de substances que ceux qui sont nés à l'extérieur du pays. Autrement dit, il n'y a respectivement que 66 et 33 Montréalais immigrants ayant de tels problèmes pour chaque tranche de 100 Montréalais nés au pays ayant des problèmes équivalents.

UTILISATION DES SERVICES POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE

L'enquête révèle que les services de santé sont moins utilisés pour des problèmes de santé mentale par les immigrants que par les autres Montréalais. Pour chaque tranche de 100 Montréalais nés au pays ayant déclaré avoir eu recours à ces services pour des raisons de santé mentale, seulement 25 Montréalais nés à l'extérieur du pays ont fait de même. Si la majorité des immigrants ont de manière générale un meilleur état de santé que la population générale, on peut s'attendre à ce que leur utilisation des services soit moindre. On ne doit pas perdre de vue cependant que cette utilisation moindre peut dépendre en partie d'une difficulté plus grande à se repérer dans le système de santé ainsi qu'à des difficultés de communication pour certains d'entre eux. Des études ont montré que les pauvres et les immigrants bénéficient moins, par exemple, de tests de dépistage. Une gestion des services de santé basée sur la responsabilité populationnelle doit considérer de tels aspects.

QUELQUES DÉFINITIONS

Être aidant

« Indique si l'individu joue le rôle d'aidant naturel selon les critères retenus dans cette enquête, c'est-à-dire : avoir eu dans son entourage, au cours de la dernière année, une personne ayant des problèmes émotifs ou nerveux ou liés à la consommation d'alcool ou de drogues; lui avoir fourni une forme d'aide quelconque (mais non professionnelle) au cours du mois précédant l'enquête, au moins une fois par deux semaines. Les catégories possibles sont oui ou non. »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 23.

Incapacités

« Indique la présence, au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête, d'au moins une incapacité consécutive à des problèmes émotifs ou nerveux, ou liée à la consommation d'alcool ou de drogues. Les incapacités répertoriées dans l'enquête consistent en l'obligation de garder le lit durant au moins une journée des quatre dernières semaines, en l'impossibilité de mener ses activités habituelles ou en l'obligation de les diminuer au cours de la même période. Les catégories possibles sont présence ou absence. »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 23.

Problèmes de santé mentale

« Les problèmes de santé mentale sont synonymes de capacités réduites — cognitives, émotives, attentionnelles, interpersonnelles, motivationnelles ou comportementales — qui empêchent de jouir de la vie ou nuisent aux interactions de celui ou celle qui en souffre avec la société ou l'entourage. La faible estime de soi, la frustration ou l'irritabilité fréquente, l'épuisement professionnel, le stress et l'inquiétude excessive sont autant d'exemples de problèmes courants de santé mentale. »

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport provisoire (premier rapport Kirby) Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, [En ligne], 2004, p. 74, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-f/soci-f/rep-f/repintnov04-f.htm>].

Santé mentale

« La santé mentale correspond à la capacité d'un individu d'interagir avec ses pairs et avec l'environnement d'une façon qui lui procure un sentiment de bien-être subjectif, un développement et une utilisation optimale de ses habiletés cognitives, affectives et relationnelles. Définie ainsi, la santé mentale est bien plus que l'absence de maladie mentale. Il s'agit alors de la réalisation du potentiel d'un individu façonné par des facteurs tels le bagage génétique propre, le sexe, la vie familiale, les relations humaines, les réalisations académiques, les opportunités de travail et une variété de déterminants structurels et économiques. »

Source : Conseil médical du Québec. Avis Les maladies mentales : un éclairage contemporain, [En ligne], 2001, p. 21, [http://www.cmed.gouv.qc.ca/fr/publications/avis/2001_04_av_fr.pdf].

Santé mentale subjective

« Donne l'évaluation de la personne de sa propre santé mentale comparativement à celle des autres personnes de son âge. Cinq catégories de réponse sont possibles : excellente, très bonne, bonne, moyenne et mauvaise. Pour les besoins de ce rapport, les catégories moyenne et mauvaise sont regroupées sous le nom de mauvaise et les catégories excellente, très bonne, bonne sont regroupées sous le nom de bonne. »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 24.

Scolarité relative

« La scolarité relative reflète le niveau de scolarité qu'une personne a atteint par rapport à celui des personnes du même groupe d'âge et du même sexe, et permet de tenir compte de l'évolution historique et sociale de la durée de l'éducation formelle (MSSS, 1988; Chevalier et al., 2000). Pour créer cet indice, les personnes de même sexe et de même groupe d'âge sont classées selon leur niveau de scolarité. Ces groupes sont ensuite divisés en cinq segments relativement égaux (quintiles) dont le premier correspond à la scolarité la plus faible. Les quintiles égaux de chaque groupe sont par la suite regroupés. On obtient ainsi cinq catégories graduant la scolarité de plus faible à plus élevée. »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 63.

Spiritualité

« Les individus devaient signifier si pour eux, la vie spirituelle était très, assez, peu ou pas importante. Cette information a par la suite été traitée en deux catégories : importante (très et assez importante) et pas importante (peu et pas importante). »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 68.

Statut financier perçu

« La seule donnée relative au revenu de la population est celle de la perception qu'a l'individu de sa situation financière. Il était demandé de qualifier sa situation économique par rapport à celle des gens de son âge. Six Montréalais sur dix (62 %) estiment leur revenu suffisant pour répondre à leurs besoins fondamentaux et à ceux de leur famille; un sur quatre (24 %) se considère même financièrement à l'aise, alors que 14 % de la population étudiée se considère comme pauvre ou très pauvre. »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 65.

Troubles mentaux ou maladie mentale

« On qualifie habituellement de troubles mentaux ou maladie mentale les comportements ou les réactions émotionnelles d'une sévérité marquée, auxquels sont associés un certain niveau de détresse, de souffrance (le mal, la mort) ou d'incapacité fonctionnelle (par exemple, à l'école, au travail, dans un contexte social ou familial). »

« Les principaux troubles mentaux comprennent les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité, le trouble déficitaire de l'attention, les troubles de comportement perturbateur, les troubles cognitifs et les troubles liés à une substance psychoactive. »

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport provisoire (premier rapport Kirby) Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, [En ligne], 2004, p. 74-75, [<http://www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/com-fsocio-frep-f/repintnov04-f.htm>].

Utilisation de services

« Indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins un des services suivants : médecin de famille, psychiatre, autre médecin spécialiste, spécialiste des médecines douces, prêtre, pasteur ou autre officier du culte. De plus, l'individu devait préciser le lieu où il avait demandé de l'aide pour ce type de problème : CLSC, urgence d'un hôpital, clinique externe de psychiatrie, centre ou hôpital de jour, centre de crise ou refuge, groupe d'entraide, autre organisme communautaire, ligne d'aide ou d'écoute, centre de traitement en désintoxication. Les deux périodes de référence possibles sont au cours des 12 derniers mois ou au cours de la vie. Les catégories possibles sont oui ou non. »

Source : Fournier, L., et al. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Vol. 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique, 2002, p. 26.

INDICATEURS

Incidence

Il s'agit du nombre d'événements ou de nouveaux cas d'une maladie survenus à un moment donné dans une population de personnes soumises au risque de subir cet événement ou cette maladie.

Prévalence

Il s'agit de la proportion de personnes qui, dans une population donnée, sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble quelconque à un moment donné.

On parle de taux de prévalence sur la vie quand les personnes sont atteintes d'une maladie ou d'un trouble tout au long de leur vie et non à un moment donné.

Taux d'hospitalisation

Un taux d'hospitalisation est le rapport du nombre annuel moyen d'hospitalisations pour un territoire donné, et de la population moyenne de ce même territoire. Au numérateur, une moyenne a été faite sur trois années. Les données ont été tirées du fichier MED-ÉCHO. Ce fichier renferme tous les cas admis dans les hôpitaux de courte durée. Au dénominateur, les estimations de population produites par l'Institut de la Statistique du Québec ont été utilisées.