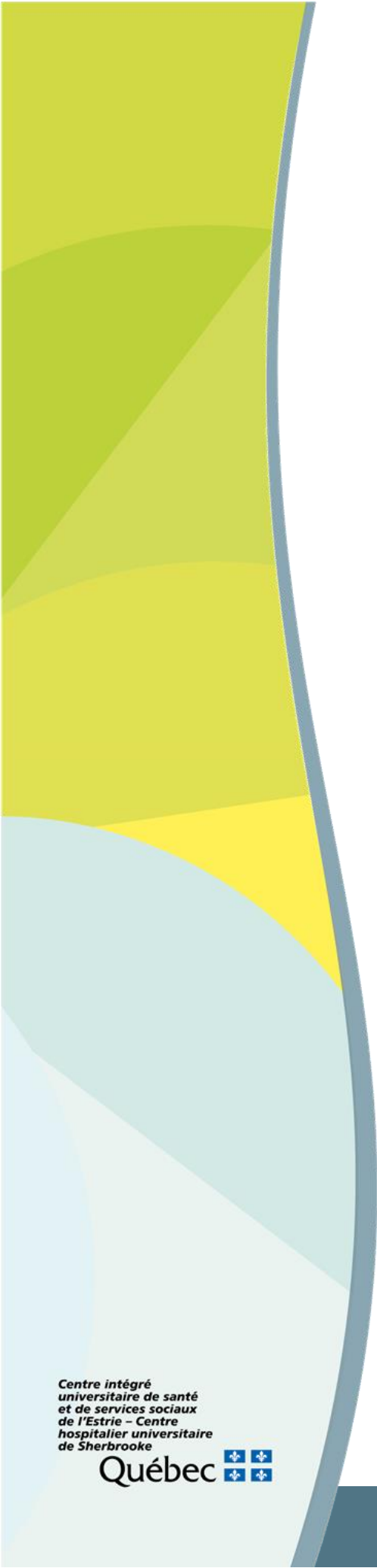




PRIORISER LA SANTÉ MENTALE ET LE BIEN-ÊTRE EN ESTRIE :

7 DÉFIS À RELEVER ENSEMBLE

Direction de santé publique de l'Estrie
Septembre 2015

Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Estrie – Centre
hospitalier universitaire
de Sherbrooke

Québec 

Production

Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke
Direction de santé publique
300, rue King Est, bureau 300
Sherbrooke (Québec) J1G 1B1

Téléphone : 819 566-7861
Télécopieur : 819 569-8894

Rédaction

Natalie Stronach, Direction de santé publique de l'Estrie
Alain Rochon, Direction de santé publique de l'Estrie

Collaboration

Mélissa Généreux, Direction de santé publique de l'Estrie
Brigitte Martin, Direction de santé publique de l'Estrie

Révision et mise en pages

Sylvie Castonguay, Direction de santé publique de l'Estrie

Référence

Droit d'auteur © Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie –
Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2015
ISBN : 978-2-924330-62-3 (version PDF)

Toute reproduction totale ou partielle est autorisée à condition de mentionner la source.

Ce document est disponible sur le site Internet du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke, à l'adresse suivante : www.santeestrie.qc.ca.

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier les diverses personnes qui ont validé, commenté ou contribué aux contenus des versions précédentes de cet ouvrage, à l'interne et à l'externe du Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de l'Estrie – Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CIUSSS de l'Estrie – CHUS) :

- André Lavallière
- Andrée Duquette
- Ann Beaulé
- Catherine Noreau
- Chantal Richard
- Charles Coulombe
- Charles Lamontagne
- Christine Giguère
- Claire Giguère
- Daniel Auger
- David Bélanger
- Dominique Desautels
- Dominique Morin
- Donald Massicotte
- Françoise Gendron
- Gaston Lachance
- Irma Clapperton
- Jean-Philippe Goupil
- Jocelyn Chouinard
- Julie Lane
- Linda Pinsonneault
- Line Marcoux
- Louise Lévesque
- Marie-Josée Riel
- Marie-Andrée Roy
- Mathieu Roy
- Michel Des Roches
- Nicole Dallaire
- Pascale Mantoura
- Renée Cyr
- Robert Pronovost
- Robert Simard
- Roselyne Collard

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	III
LISTE DES TABLEAUX.....	VII
LISTE DES FIGURES	IX
MOT DE LA DIRECTRICE.....	1
INTRODUCTION	3
1. CADRE DE RÉFÉRENCE	5
1.1 Vision de la santé mentale	5
1.2 Cadre de référence choisi.....	6
2. ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION.....	13
2.1 Continuum de santé mentale positive	13
2.2 Troubles de santé mentale.....	15
2.3 Indicateurs de consommation de services en santé mentale.....	19
3. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE	25
3.1 Selon la défavorisation	25
3.2 Chez les jeunes	26
3.3 Chez les adultes	27
4. SANTÉ MENTALE ET COMORBIDITÉS.....	29
4.1 Chez les jeunes	29
4.2 Chez les adultes	30
5. BILAN DE SANTÉ MENTALE DES ESTRIENS.....	33
6. LES 7 DÉFIS À RELEVER ENSEMBLE	35
CONCLUSION : LE DÉFI DES DÉFIS	43
ANNEXE 1 – SOURCES DE DONNÉES	47
ANNEXE 2 – CONTINUUM DE SANTÉ MENTALE DE KEYES (QUESTIONNAIRE)	49
ANNEXE 3 – INDICATEURS DE TROUBLES MENTAUX PAR MRC ET ARRONDISSEMENTS	51
ANNEXE 4 – INDICATEURS DE CONSOMMATION DE SERVICES PAR MRC, ARRONDISSEMENTS ET COMMUNAUTÉS	53
ANNEXE 5 – PRATIQUES PROMETTEUSES EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DU BIEN-ÊTRE EN ESTRIE À PARTIR DE LA CHARTE D’OTTAWA.....	57
ANNEXE 6 – TABLEAUX DES MESURES EN LIEN AVEC LES FACTEURS DE PROTECTION ET LES FACTEURS DE RISQUE.....	63
NOTES	65
LISTE DES RÉFÉRENCES	69

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Distribution des adultes selon le continuum de santé mentale positive de Keyes, Québec (2012) et Estrie (2014).....	13
Tableau 2 : Prévalence des caractéristiques sociodémographiques des adultes appartenant aux deux extrêmes du continuum de santé mentale positive, Estrie, 2014	14
Tableau 3 : Prévalence de différents types de troubles mentaux selon l'âge, Québec et Estrie	18
Tableau 4 : Volume d'interventions et d'usagers pour quatre types de services en santé mentale, Estrie, 2009-2010 à 2013-2014	19
Tableau 5 : Prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur et de la santé mentale minimale selon des déterminants chez les adultes, Estrie, 2014.....	27
Tableau 6 : Prévalence des habitudes de vie, de la consommation d'alcool et de drogue, et des maladies chroniques selon la présence ou l'absence de trouble anxieux ou de trouble de l'humeur chez les adultes, Estrie, 2014	30

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Cadre de référence pour agir pour la santé mentale et le bien-être	7
Figure 2 :	Prévalence des troubles mentaux par sexe et par groupe d'âge, Estrie, 2011-2012	16
Figure 3 :	Prévalence de la schizophrénie selon le sexe, Estrie et Québec, 2000-2001 à 2011-2012 ..	17
Figure 4 :	Taux d'intervention en première ligne, Estrie et villes de Sherbrooke et Magog, 1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2012.....	20
Figure 5 :	Taux de transport en ambulance, Estrie et villes de Sherbrooke et Magog, 1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014	21
Figure 6 :	Taux de visites à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke, 1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014	22
Figure 7 :	Taux d'hospitalisation, Estrie et villes de Sherbrooke et Magog, 1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014.....	23
Figure 8 :	Taux de consommation de services en santé mentale selon la défavorisation matérielle et sociale, Estrie, 2009-2010 à 2013-2014	25
Figure 9 :	Prévalence des diagnostics d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire chez les élèves du secondaire selon certains facteurs de protection, Estrie, 2010-2011	26
Figure 10 :	Relation entre le sentiment d'appartenance à la communauté, la satisfaction de la vie de quartier et la santé mentale positive, Estrie, 2014.....	28
Figure 11 :	Prévalences de comportements à risque selon la présence ou l'absence de diagnostic d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire chez les élèves du secondaire, Estrie, 2010-2011.....	29
Figure 12 :	Fréquences des habitudes de vie malsaines et des maladies chroniques physiques selon la santé mentale positive, Estrie, 2014	31
Figure 13 :	Les 7 défis à relever ensemble.....	35

MOT DE LA DIRECTRICE

La santé publique s'est amplement intéressée aux conditions pouvant affecter la santé physique et relativement peu aux conditions pouvant affecter la santé mentale et le bien-être de la population. Pourtant, depuis déjà un bon nombre d'années, l'Organisation mondiale de la Santé définit la santé comme un état complet de bien-être physique, mental et social. De plus, les liens entre la santé mentale et la santé physique sont de plus en plus reconnus : l'une ne va pas sans l'autre. Il nous apparaît important de renverser cette tendance et d'examiner de plus près les grands enjeux estriens en matière de santé mentale et de bien-être.

Pour bien cerner ces enjeux, il est primordial d'examiner l'état de santé mentale sous l'angle des troubles mentaux, mais aussi sous l'angle de la santé mentale positive. Afin d'identifier des défis et des pistes de solutions visant à agir en amont des problèmes, il importe également de s'intéresser aux facteurs de risque et de protection pouvant favoriser ou fragiliser la santé mentale au sein de notre population et de ses différents groupes.

Ce que vous avez entre les mains n'est pas un rapport portant sur le programme santé mentale ou sur la trajectoire de soins et de services en santé mentale et en dépendance du CIUSSS de l'Estrie - CHUS. Ce n'est pas simplement un recueil de données sur les troubles de santé mentale en Estrie. Ce rapport constitue plutôt un appel à l'action pour tous en amont des problèmes de santé mentale : la population estrienne, les organismes communautaires, les diverses installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, les groupes et les centres de recherche, ainsi que les acteurs intersectoriels et le secteur privé.

La transformation que vit actuellement notre réseau de la santé et des services sociaux, mais aussi celle de nombreux partenaires, amène son lot de changements. Ces multiples changements constituent un momentum unique au cours duquel nous devons réfléchir ensemble et innover pour la recherche de solutions fondées sur une assise scientifique solide et adaptées aux besoins des Estriens et des Estriennes.

Nous tenons à préciser que ce rapport présente des données pour la population estrienne (région sociosanitaire de l'Estrie au 31 mars 2015), mais invite chaleureusement les acteurs des territoires de la Pommeraiie et de la Haute-Yamaska à suivre le pas et à embrasser les défis qui lui paraissent souhaitables et faisables.

Bonne lecture!



Mélissa Généreux, MD
Directrice de santé publique de l'Estrie

INTRODUCTION

Dans les dernières années, la prévention du suicide a reçu une attention particulière de la Direction de santé publique et a fait l'objet d'un plan d'action régional élaboré en étroite collaboration avec les centres de santé et de services sociaux (CSSS), les partenaires locaux et JEVI Centre de prévention du suicide – Estrie.

La promotion de la santé mentale et du bien-être, une des mesures prévues en prévention du suicide, n'a cependant pas fait l'objet d'un plan d'action particulier. Pour agir, il faut d'abord connaître l'état de situation. L'état de santé mentale et le bien-être n'ont pas pu être aussi bien documentés que d'autres problèmes de santé par le passé. Ce rapport vient combler cette lacune et orienter des défis pour la promotion de la santé mentale et du bien-être.

Il vise à dresser un premier bilan de l'état de santé mentale et du bien-être de la population, et plus spécifiquement à :

1. Présenter l'état de santé mentale de la population estrienne selon :
 - a. le continuum de santé mentale positive;
 - b. la présence ou l'absence de troubles mentaux diagnostiqués;
 - c. la consommation de services en santé mentale.
2. Examiner les déterminants qui favorisent ou fragilisent la santé mentale.
3. Démontrer les associations entre la santé mentale et certaines comorbidités (maladies chroniques et comportements à risque).
4. Proposer sept défis à relever ensemble.

Par ailleurs, un cadre de référence développé spécifiquement pour ce rapport est présenté dans le but de non seulement structurer le rapport, mais surtout, de faciliter l'appropriation, la collaboration et la cohérence des actions des divers partenaires intéressés par le sujet.

Le rapport présente des données de diverses sources : enquête provinciale chez les jeunes, enquête estrienne régionale chez les adultes et les aînés, données socioéconomiques et données de la consommation de services en santé mentale. L'emphasis n'est pas mise sur la description détaillée de maladies mentales spécifiques. Dans une approche populationnelle, seuls les troubles mentaux les plus fréquents seront traités.

À la suite des faits saillants présentés, il nous apparaît incontournable de prioriser la santé mentale et le bien-être. Les sept défis proposés s'adressent à la population, aux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux, et à tous les autres secteurs de la société.

1. CADRE DE RÉFÉRENCE

1.1 VISION DE LA SANTÉ MENTALE

Depuis des décennies, partout en Occident, incluant le Québec et l'Estrie, les investissements en santé mentale et plus spécifiquement en promotion de la santé mentale et du bien-être n'ont pas reçu l'attention nécessaire en termes de ressources humaines et financières de la part des divers gouvernements¹. Étant donné cette situation, une rencontre internationale a eu lieu en Australie en 2012. Cela a conduit à la Charte de Perth¹ qui a précisé la vision et les principes dont doit faire l'objet la promotion de la santé mentale et du bien-être. Les principes de la charte synthétisés se trouvent en traduction libre dans l'encadré ci-joint :

Charte de Perth pour la promotion de la santé mentale et du bien-être	
La vision :	Un monde où la santé mentale et la santé physique sont valorisées également
Principe 1 :	La santé mentale est plus que l'absence de trouble mental. La promotion de la santé mentale inclut à la fois de prévenir ces troubles et d'améliorer le bien-être.
Principe 2 :	Les fondations du bien-être social et émotionnel se développent tôt dans l'enfance et doivent être maintenues durant tout le parcours de vie.
Principe 3 :	La promotion de la santé mentale doit être intégrée dans tout le champ de la santé publique et requiert une approche intersectorielle.
Principe 4 :	La santé mentale et les troubles mentaux sont construits et vécus différemment de la santé et des troubles physiques.
Principe 5 :	La santé mentale et les troubles mentaux sont dans une balance dynamique de deux continuums plutôt qu'un seul.
Principe 6 :	Travailler à réduire la stigmatisation des personnes atteintes de troubles mentaux ou d'autres vulnérabilités ou différences est une composante importante de la promotion de la santé mentale et du bien-être.
Principe 7 :	La promotion de la santé mentale doit se produire aux niveaux individuel et sociétal.

Cette charte est proposée comme un outil servant à relier les acteurs de la santé et des services sociaux, ainsi que les autres acteurs qui œuvrent pour la santé mentale et le bien-être de la population. Elle inclut deux continuums en santé mentale, soit celui de la santé mentale positive et celui portant sur les troubles mentaux.

Note : Les références (chiffres en exposant) et les notes (lettres en exposant) du rapport se retrouvent respectivement aux pages 65 et 69.

Par ailleurs, la charte est pertinente pour le réseau de la santé et des services sociaux à plusieurs niveaux :

- Pour chacune des trois missions du réseau de la santé et des services sociaux : la prévention, le traitement et le rétablissement;
- Pour les soins et les services durant le parcours de vie, à chacun des passages de la naissance à la mort;
- Pour le programme-service de santé mentale et de dépendance en lien avec chaque programme-service;
- Pour les liens avec les organismes communautaires (santé mentale et autres);
- Pour la place importante accordée à la santé mentale positive.

Elle incite aussi tous les secteurs de la société à travailler à l'essentielle déstigmatisation face aux troubles mentaux; en fait, à éliminer les préjugés relativement aux personnes souffrant de trouble mental. Finalement, elle permet de relier tous les efforts intersectoriels au niveau des conditions de vie et d'autres déterminants environnementaux de la santé mentale et du bien-être.

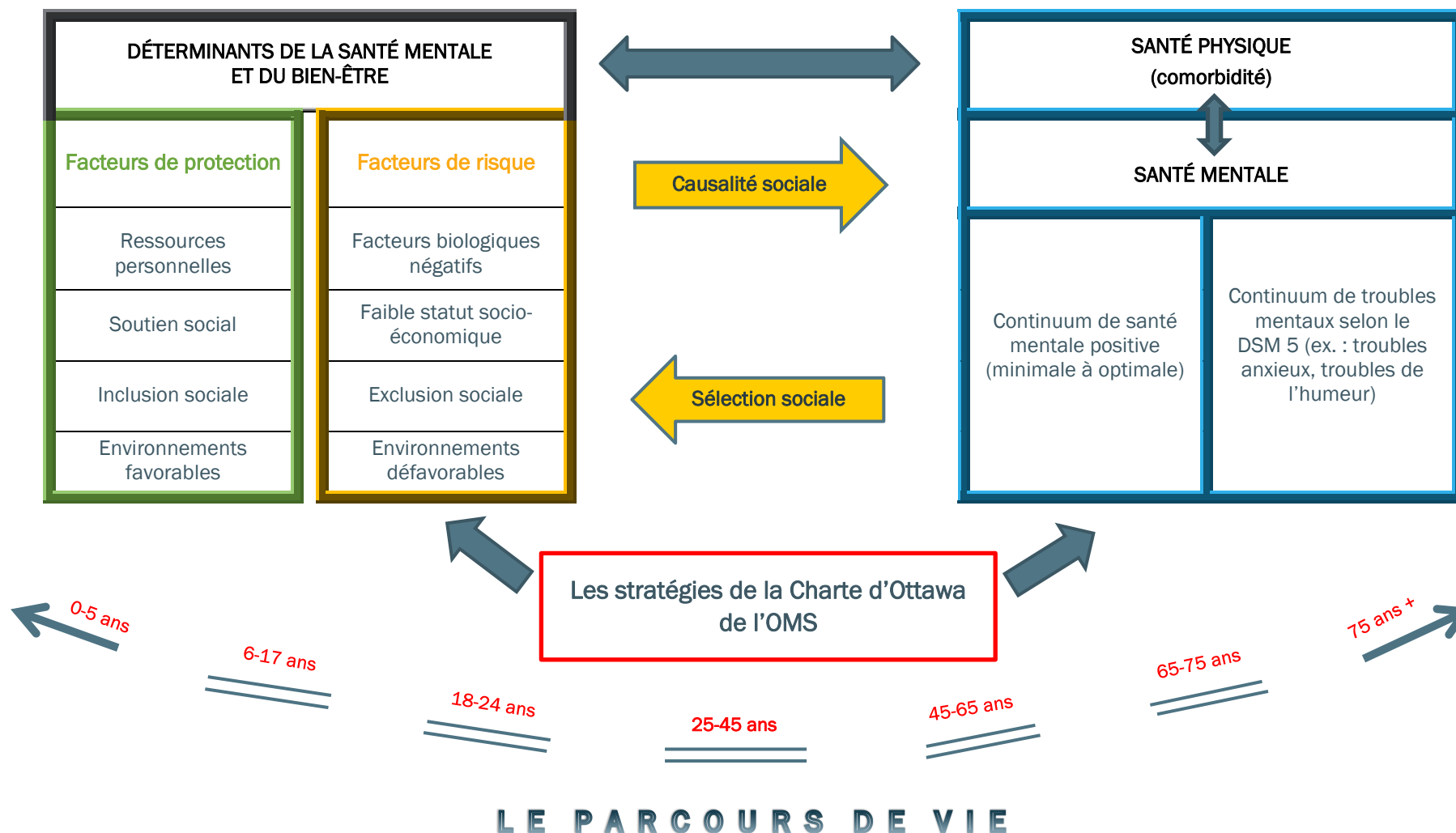
1.2 CADRE DE RÉFÉRENCE CHOISI

Il existe plusieurs cadres de référence en santé mentale. Cette dernière décennie a vu plusieurs courants ou cadres se développer^a. Pour ce rapport, un cadre a été développé selon les critères suivants. Le cadre doit :

- Respecter la vision de la santé mentale proposée;
- Inclure les déterminants de santé mentale et du bien-être;
- Inclure la dimension du parcours de vie;
- Inclure les diverses stratégies et approches favorables à la santé mentale et au bien-être;
- Permettre de choisir les indicateurs selon les données disponibles;
- Permettre d'avoir une bonne idée de l'état de situation en Estrie;
- Permettre d'agir au niveau des déterminants.

Le document récent du Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé de juillet 2014 constitue la base du cadre de référence choisi (Figure 1). Il a été modifié principalement en incluant les déterminants de la santé mentale de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), à partir de son avis de 2008 sur les mesures efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux, ainsi que la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) comme cadre d'action. Voici maintenant chacune des composantes que vous retrouverez à la figure 1.

Figure 1
Cadre de référence pour agir pour la santé mentale et le bien-être



Source : Alain Rochon, Direction de santé publique de l'Estrie. Version adaptée des références suivantes : Institut national de santé publique du Québec, *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, 2008. Pascale Mantoura, *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, 2014.

Les déterminants de la santé mentale et du bien-être

Les déterminants de la santé mentale et du bien-être proviennent de l'avis de 2008 de l'INSPQ dont nous avons fait mention. Bien que le cadre de référence initial comportait cinq facteurs de risque et cinq facteurs de protection, il a été choisi d'ajuster quelque peu cette classification et ainsi de réduire le nombre de facteurs à huit^{2,b}.

À la gauche de la figure 1 sont identifiés les huit facteurs à partir desquels les indicateurs qui déterminent la santé mentale et le bien-être ont été sélectionnés dans ce rapport. Le schéma contient quatre facteurs de risque (encadré orange) et quatre facteurs de protection (encadré vert).

Faisons un survol de chaque facteur selon la définition du rapport de l'INSPQ, adapté aux enjeux de 2015. Veuillez noter que pour chacun, seuls des exemples d'indicateurs inclus dans le rapport sont identifiés.

> Les facteurs de protection

La vision de la Direction de santé publique de l'Estrie concernant les facteurs qui peuvent améliorer la santé mentale et le bien-être est franchement positive. Elle rejoint le courant de la salutogénèse (générer la santé) en Europe et celui des Health Assets qui parlent d'actifs de santé^a.

Actuellement au Québec, le terme **facteur de protection** est très utilisé et il prend ici davantage son sens puisqu'il est opposé à son contraire, le terme **facteur de risque**. Il a donc été décidé de le conserver pour faciliter la compréhension. Dans ce rapport, le terme facteur de protection fait appel à ce qu'on peut développer comme individu ou au niveau de l'environnement pour améliorer la santé mentale et le bien-être, et aussi pour se protéger de l'environnement, des conditions de vie et des situations difficiles.

Facteurs de protection	Définition	Indicateurs retenus
Ressources personnelles de base	Tout d'abord, la génétique, les facteurs biologiques et la personnalité de l'individu sont déterminants. Puis, ce sont les connaissances, les attitudes, les compétences, les comportements et les habitudes de vie qui permettent à une personne de s'épanouir, de se réaliser comme individu dans les diverses sphères de sa vie. L'alimentation saine et l'activité physique sont maintenant reconnues comme des ressources importantes pour la santé mentale des individus ^{3,4,5} . Les capacités individuelles permettent d'affronter les difficultés de la vie (demandes, défis, deuils, conditions de vie difficiles, etc.). Basées sur un capital génétique, elles s'acquièrent ensuite tout au long de la vie et sont amenées à se moduler selon le développement de la personne. Finalement, il y a les différents aspects qui augmentent le bien-être comme tel et qui touchent des dimensions, telles que le plaisir, la gratitude, le sens à la vie, le sentiment de cohérence, etc.	Résilience Estime de soi Consommation de fruits et de légumes Niveau d'activité physique
Soutien social	C'est la réponse de l'entourage à la demande d'aide ou de soutien émotif, informatif ou matériel d'une personne. C'est aussi la perception que la personne se fait du réconfort, des soins, de l'appréciation et de l'aide reçus de son entourage.	Soutien social dans la famille Composition du ménage
Inclusion sociale	Cela correspond au processus d'engagement des personnes ou des groupes qui, via la participation sociale ou le développement d'un réseau, amène ces gens, individuellement ou en groupe, à participer aux activités de leur communauté ou de la société. Ces activités peuvent être de niveau familial, culturel, social, politique ou économique. C'est aussi l'étendue des liens établis par un individu avec des personnes significatives de son environnement. L'inclusion sociale peut être mesurée en termes de liens sociaux, de participation sociale, de richesse et de complexité du réseau.	Participation sociale des aînés Sentiment d'appartenance à la communauté locale

Facteurs de protection	Définition	Indicateurs retenus
Environnements favorables	Cela correspond aux environnements socioculturel, physique, économique et politique contribuant positivement à la santé mentale et au bien-être des individus. Sont inclus notamment l'accès aux ressources communautaires, aux services de proximité, de même que l'accès à des milieux de vie sains, solidaires, inclusifs, stimulants et sécuritaires. Les divers systèmes de la société (éducation, emploi, transports, etc.) sont aussi considérés dans les environnements favorables.	Mode d'occupation du logement Satisfaction face à la vie de quartier Perception de la sécurité dans le quartier

> Les facteurs de risque

Facteurs de risque	Définition	Indicateurs retenus
Facteurs biologiques négatifs	Cela correspond d'abord aux facteurs entravant le développement et le fonctionnement normal du cerveau. Ces facteurs incluent notamment les toxines (ex. : tabac ou alcool durant la grossesse), de même que les privations alimentaires, cognitives, sociales ou culturelles. Il est reconnu, par exemple, que les pertes significatives avant 12 ans peuvent occasionner des difficultés au niveau du développement qui peuvent résulter en dépression à l'âge adulte ⁶ . Le stress chronique et intense est un facteur biologique négatif important lorsqu'il est mal géré ^b . Il peut entraîner des effets significatifs sur la santé mentale et physique. L'alcool et l'usage de drogues sont aussi des facteurs très importants pour les jeunes et les adultes. On peut aussi donner comme exemple l'insécurité alimentaire au niveau des privations alimentaires. C'est un enjeu important localement et régionalement en Estrie.	Stress quotidien élevé
Faible statut socio-économique	Cela correspond aux conditions socioéconomiques défavorables et à la réponse insatisfaisante aux besoins de base de l'être humain. Plus concrètement, on parle ici de besoins, tels que l'alimentation saine, la sécurité, un toit, une éducation, un travail adéquat, la possibilité d'accéder aux services du quartier, l'occasion d'exprimer de façon digne son potentiel.	Revenu du ménage Scolarité de l'individu ou des parents Occupation d'un emploi Défavorisation matérielle et sociale
Exclusion sociale	Cela correspond aux situations entraînant la stigmatisation et l'exclusion de personnes sur la base de l'âge, de la race, du genre, de la classe sociale, d'un trouble mental, de la littératie ou d'autres raisons discriminatoires. L'exclusion sociale se réfère aux facteurs qui réduisent l'accès de certains individus aux ressources sociales, culturelles, économiques et politiques.	Élèves du secondaire victimes d'intimidation
Environnements défavorables	Cela correspond aux environnements qui contribuent négativement à la santé mentale et au bien-être des personnes. Il s'agit notamment du peu d'accès aux services de proximité, et aux ressources communautaires. D'autres dimensions sont aussi considérées; par exemple, l'absence d'accès à des milieux sains, stimulants, solidaires, inclusifs et sécuritaires. On parle ici d'environnements selon les mêmes quatre types que pour le facteur de protection environnement favorable : socioculturel, physique, économique et politique.	Voir environnements favorables

La santé physique en lien avec la santé mentale

Dans l'encadré de la figure 1, à droite, se trouvent les dimensions de la santé mentale qui sont en interaction avec la santé physique. Une littérature abondante fait état de problématiques concomitantes de santé physique et de santé mentale⁷. Ces relations sont de deux ordres : une personne qui présente un trouble mental a plus de chances de développer une maladie physique et une personne qui vit une ou plusieurs maladies physiques a plus de chances de développer un trouble mental.

Par exemple, à partir de plusieurs études, on constate que la dépression peut précéder un infarctus dans 33 % à 50 % des cas, et d'autre part, qu'elle survient chez 16 % à 23 % des patients qui ont une maladie coronarienne. De telles informations sont cruciales chez les intervenants de santé mentale et de santé physique pour adapter les services de santé et les services sociaux offerts à leur clientèle. D'autres études mentionnent une fréquence accrue de troubles anxieux ou de dépression chez les personnes qui souffrent de maladies cérébro-vasculaires, métaboliques (ex. : diabète), respiratoires (ex. : asthme) ou de cancer. La douleur chronique est aussi un aspect important qui peut affecter la santé mentale et même mener vers des troubles mentaux. Le risque accru de développer une maladie psychiatrique ainsi que de devenir suicidaire ont également été démontrés.

Le double continuum en santé mentale

Depuis plus d'une décennie, une nouvelle façon d'envisager la santé mentale et les troubles mentaux a vu le jour. Le modèle de Keyes présente particulièrement ces deux dimensions. D'une part, il y a un continuum horizontal allant de l'absence de trouble mental jusqu'à la présence de trouble mental sévère. D'autre part, il y a un continuum vertical qui va d'une santé mentale minimale (languissante selon Keyes) jusqu'à une santé mentale optimale (florissante selon Keyes)⁶.

L'intérêt de ce double continuum réside dans le fait que l'on peut être affligé d'un trouble mental sévère (ex. : schizophrénie) et ressentir un état de santé mentale optimal, c'est-à-dire, un véritable bien-être. Le contraire est aussi vrai : une personne peut expérimenter un état de santé mentale positif minimal; autrement dit, ne pas se sentir bien psychologiquement alors qu'elle ne souffre d'aucun trouble mental. Ce double continuum permet aussi d'identifier des relations avec certains facteurs de risque ou de protection qui peuvent devenir des pistes d'actions concrètes.

Au niveau populationnel, plusieurs études ont permis de constater que, lorsque le niveau global de santé mentale positive s'améliore pour une population, la résultante est qu'il y a moins de personnes atteintes de troubles mentaux modérés ou sévères.

Les inégalités sociales et la santé mentale

Il est reconnu que les inégalités sociales sont étroitement reliées à une santé mentale minimale ou à des troubles mentaux. À la figure 1, des flèches de couleur orange illustrent des liens bilatéraux entre les facteurs de risque et les troubles mentaux : causalité sociale et sélection sociale⁸.

- **Causalité sociale** (flèche vers la droite) : Les individus en situation de vulnérabilité importante au niveau social ou économique sont plus à risque de développer des troubles mentaux et/ou de présenter une santé mentale minimale. Par exemple, une personne en situation de pauvreté qui vit un stress important dû au manque à gagner et aux exigences administratives pour recevoir une aide financière du gouvernement, peut développer une dépression ou des troubles anxieux en lien avec cette situation.
- **Sélection sociale** (flèche vers la gauche) : Souffrir de trouble mental peut amener des difficultés à se trouver un emploi et ainsi expérimenter un faible statut socioéconomique. Cela peut aussi conduire à vivre de l'exclusion sociale et se retrouver dans des environnements défavorables.

Les stratégies de la Charte d'Ottawa de l'Organisation mondiale de la Santé

Lorsqu'on vise à améliorer la santé mentale et le bien-être d'une population, invariablement, la Charte d'Ottawa de l'OMS devient un choix intéressant⁹. Élaborée en 1986, elle est plus que jamais d'actualité. Elle propose un éventail de stratégies inspirantes, tant pour les acteurs du secteur de la santé et des services sociaux que pour les autres acteurs de la société et la population.

La Charte d'Ottawa propose cinq stratégies :

- Faciliter l'acquisition d'aptitudes individuelles
- Créer des milieux favorables
- Renforcer l'action communautaire
- Élaborer des politiques publiques favorables à la santé
- Réorienter les services de santé et les services sociaux

Le parcours de vie

Ce principe directeur du Rapport de la Commission sur les déterminants sociaux de l'OMS en 2008 résume bien cette section : « Améliorer les conditions de vie quotidiennes, c'est-à-dire, les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent »¹⁰.

Les actions que nous faisons comme société à chaque passage de la vie ont un impact majeur sur la santé mentale et le bien-être des personnes. Elles peuvent être un tremplin ou un frein important. Comme société, nous avons la responsabilité de mettre en place des politiques qui permettent d'augmenter les capacités des individus et de réduire les inégalités à chaque passage de vie.

La Direction de santé publique propose une approche fondée sur une perspective du parcours de vie¹¹. Elle est reconnue comme étant porteuse d'égalité et d'efficacité pour travailler à améliorer la santé de la population dans tous ses aspects. Les divers groupes d'âge se trouvent au bas du cadre de référence. Ce sont des regroupements qui permettent de relier entre eux les acteurs qui peuvent avoir un impact sur la santé et le bien-être de la population à chaque passage de vie.

2. ÉTAT DE SANTÉ MENTALE DE LA POPULATION

L'objectif de cette section est de décrire l'état de santé mentale de la population estrienne selon les deux continuums (santé mentale positive et présence ou absence de trouble mental) et selon quelques indicateurs de consommation de services en santé mentale. Les sources de données sont présentées à l'[annexe 1](#).

2.1 CONTINUUM DE SANTÉ MENTALE POSITIVE

Le continuum de santé mentale positive développé par Keyes mesure, à l'aide de 14 questions, le bien-être émotionnel et certains aspects du fonctionnement psychologique et social d'un individu ([Annexe 2](#))¹². La santé mentale d'un individu est classée dans les trois catégories suivantes : languissante (faible niveau de bien-être et de fonctionnement positif), modérément bonne et florissante (niveau élevé de bien-être et de fonctionnement positif). Les individus qui ont une santé mentale languissante sont plus à risque de souffrir de dépression et d'anxiété, d'avoir des limitations dans leurs activités quotidiennes et de s'absenter de leur emploi^{12,13}. À l'opposé, la santé mentale florissante est associée, entre autres, à une prévalence plus faible de maladies cardiaques, moins de maladies chroniques qui apparaissent avec l'âge et une plus faible utilisation des services de santé¹³.

Au niveau populationnel, cette mesure est intéressante pour comparer des populations et suivre l'évolution de la santé mentale positive dans le temps. La mesure de Keyes a été utilisée en 2012 à l'échelle québécoise lors de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) et en 2014 en Estrie pour une première fois lors de l'Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE). Bien qu'une étude réalisée aux États-Unis en 1995 auprès de plus de 3 000 répondants se rapproche d'une distribution normale (santé mentale languissante = 16,8 %, modérément bonne = 65,1 %, florissante = 18,1 %) ¹², les distributions estrienne et québécoise sont moins discriminantes (Tableau 1). Plus de la moitié des Estriens et des Québécois présentent une santé mentale florissante, alors que moins de 2 % des individus ont une santé mentale languissante. Ces données ont été collectées à deux années d'intervalle, donc une comparaison directe n'est pas recommandée.

Tableau 1
Distribution des adultes selon le continuum de santé mentale positive de Keyes, Québec (2012) et Estrie (2014)

Santé mentale positive	Québec ESCC 2012 (n= 4 348)	Estrie ESPE 2014 (n= 7 710)
Languissante	1,3 %	0,9 %
Modérément bonne	21,3 %	43,8 %
Florissante	77,5 %	55,3 %

Sources : Institut de la statistique du Québec, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois - Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2012. Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

Pour pallier la distribution asymétrique et pour mieux décrire les sous-groupes de population qui se retrouvent aux extrémités du continuum de santé mentale positive, des déciles des scores des répondants (somme des réponses aux 14 questions) ont été créés. Ainsi, nous pouvons comparer les 10 % d'individus qui présentent une santé mentale minimale avec le 10 % qui ont une santé mentale plus optimale (Tableau 2). Lorsqu'on compare les caractéristiques de ces deux groupes, on observe que parmi ceux qui ont une santé mentale minimale (décile 1), il y a :

- 1,7 fois plus d'inoccupation d'emploi;
- Près de 2 fois plus de gens qui vivent seul;
- Près de 2 fois plus de locataires;
- 1,7 fois plus de faible scolarité (secondaire ou moins);
- Plus de 2 fois plus de gens vivant dans un ménage à faible revenu (30 000\$ ou moins).

Tableau 2

Prévalence des caractéristiques sociodémographiques des adultes appartenant aux deux extrêmes du continuum de santé mentale positive, Estrie, 2014

Variables de croisement	Continuum de santé mentale positive		Ensemble des adultes de l'Estrie (n= 8737)
	Minimale (décile 1) (n= 914)	Optimale (décile 10) (n= 791)	
Sexe	p=0,007		
Homme	49,2 %	55,7 %	48,9 %
Femme	50,8 %	44,3 %	51,1 %
Âge	p=0,001		
18 à 29 ans	16,5 %	11,8 %	19,1 %
30 à 49 ans	28,9 %	32,2 %	28,9 %
50 à 64 ans	32,4 %	27,9 %	30,6 %
65 ans ou plus	22,2 %	28,1 %	21,3 %
Occupation d'un emploi chez les 18-64 ans	p=0,000		
Oui	59,0 %	75,6 %	68,1 %
Non	41,0 %	24,4 %	31,9 %
Composition du ménage	p=0,000		
Personne vivant seule	37,4 %	19,1 %	23,8 %
Monoparental avec enfants (moins de 18 ans)	5,1 %	3,5 %	4,1 %
Couple avec enfants (moins de 18 ans)	17,4 %	29,3 %	25,0 %
Couple sans enfant	27,4 %	37,3 %	36,3 %
Mode d'occupation	p= 0,000		
Propriétaires	58,7 %	78,8 %	73,0 %
Locataires	41,3 %	21,2 %	27,0 %
Scolarité chez les 25 ans ou plus	p= 0,000		
Secondaire ou moins	48,8 %	29,0 %	33,4 %
Collégial	32,2 %	28,8 %	31,0 %
Universitaire	19,0 %	42,2 %	35,4 %
Revenu du ménage	p= 0,000		
Moins de 30 000 \$	46,7 %	22,0 %	27,1 %
30 000 \$ à 79 999 \$	42,5 %	43,0 %	46,9 %
80 000 \$ ou plus	10,9 %	34,3 %	26,0 %

Source : Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

Finalement, notons que 26,1 % des individus qui ont une santé mentale minimale (décile 1) ont un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur diagnostiqué. Parmi ceux qui ont une santé mentale optimale (décile 10), seulement 4,2 % ont un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur. On remarque que les individus souffrant de troubles mentaux se retrouvent dans tous les déciles du continuum de santé mentale positive, mais se concentrent dans les groupes de santé mentale minimale.

2.2 TROUBLES DE SANTÉ MENTALE

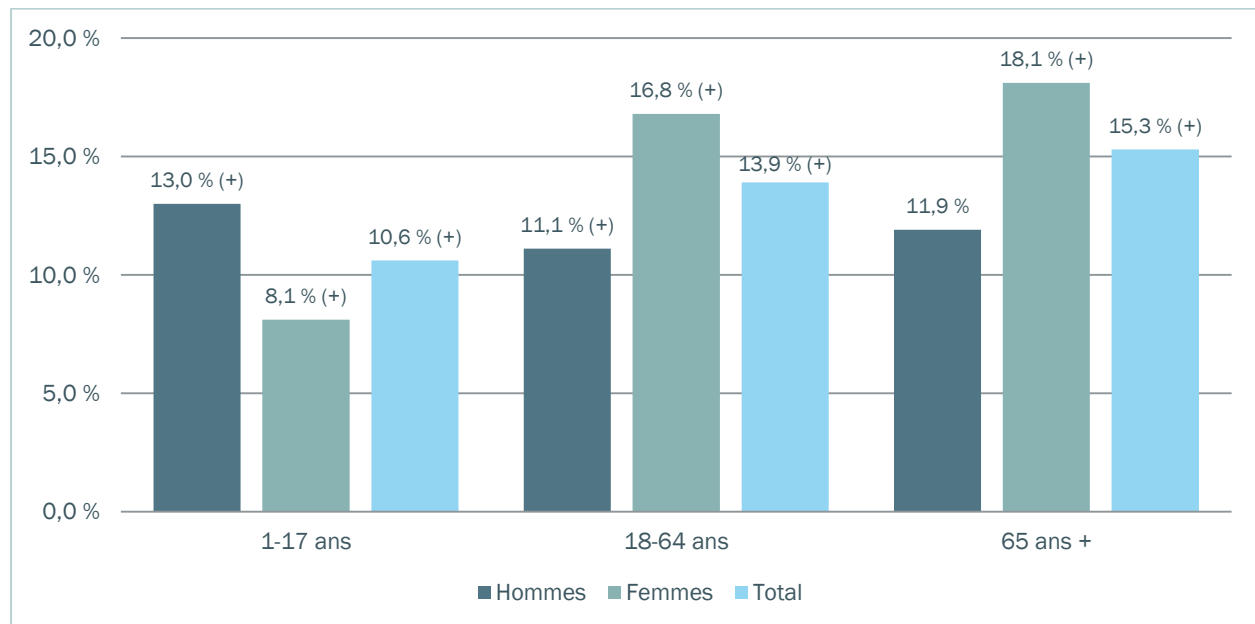
Selon la Classification internationale des maladies (CIM-10), les troubles mentaux sont classifiés comme suit, et lorsqu'on parle de l'ensemble des troubles mentaux, tous ceux-ci sont inclus :

Classification des troubles mentaux (CIM-10)

- Démences (dont Alzheimer)
- Troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool, drogue)
- Schizophrénie
- Troubles de l'humeur (ex. : manie, bipolarité, dépression)
- Troubles anxieux
- Troubles de l'alimentation, du sommeil et troubles sexuels
- Troubles de la personnalité
- Retard mental
- Troubles liés au développement psychologique (ex. : autisme)
- Troubles du comportement ou troubles émotionnels chez les enfants et les adolescents, dont le trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH)

Globalement, 13,4 % des Estriens âgés d'un an ou plus ont un trouble mental. La prévalence des troubles mentaux diagnostiqués augmente avec l'âge (Figure 2). On note que 10,6 % des jeunes ont un **trouble mental**, 13,9 % des 18 à 64 ans en ont aussi et cette proportion grimpe à 15,3 % chez les aînés. En termes d'individus, ce sont près de 6 000 jeunes, 27 000 adultes et plus de 8 000 aînés qui souffrent de troubles mentaux en Estrie. Chez les jeunes, la prévalence est plus forte chez les garçons, alors que les femmes adultes et aînées sont plus affectées.

Figure 2
Prévalence des troubles mentaux par sexe et par groupe d'âge, Estrie, 2011-2012



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).

(+) Valeur plus élevée que le reste du Québec au seuil de 0,01.

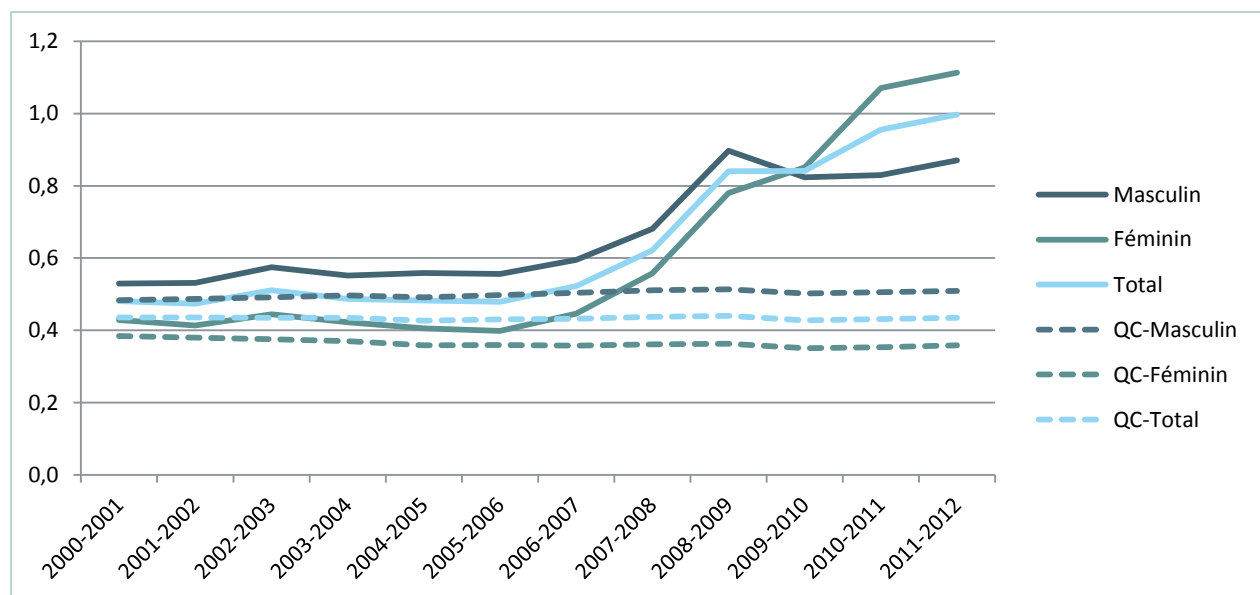
En 2011-2012, les prévalences de troubles mentaux en Estrie sont plus élevées que celles du Québec, sauf chez les hommes de 65 ans ou plus. Souvent, l'Estrie est la région qui affiche la prévalence la plus élevée parmi toutes régions du Québec. Le même constat avait été fait dans le *Rapport sur les indicateurs de santé mentale et de bien-être*¹⁴ avec les données de 2009-2010.

Lorsqu'on observe l'évolution des troubles mentaux de 2000-2001 à 2011-2012, on remarque une hausse de la prévalence chez les jeunes, et ce, tant à l'échelle provinciale que régionale. En Estrie, la prévalence est passée de 5,2 % à 10,6 % durant cette période. Cette hausse au cours de la dernière décennie serait attribuable à un diagnostic plus fréquent du TDAH¹⁵. Parmi la population adulte, la prévalence est stable dans le temps chez les hommes et en légère baisse chez les femmes (de 17,3 % en 2001-2002 à 16,8 % en 2011-2012). Chez les aînés, la prévalence est également stable.

Observons des causes plus précises : environ 10 % des adultes âgés de 18 à 64 ans souffrent de **troubles anxio-dépressifs**, ce qui représente environ 70 % de l'ensemble des troubles mentaux. Chez les adultes, la prévalence est en très légère baisse chez les femmes depuis 10 ans. De plus, les prévalences estriennes sont presque toujours supérieures à celles observées au Québec autant chez les hommes que chez les femmes. Chez les aînés, 8 % de la population souffrent de troubles anxio-dépressifs (environ la moitié de l'ensemble des troubles mentaux). Une baisse est observée chez les deux sexes et les prévalences sont généralement comparables au Québec, parfois inférieures.

La **schizophrénie** affecte 1 % de la population estrienne, soit environ un peu plus de 3 000 individus. Généralement, les hommes sont plus touchés que les femmes. Toutefois, deux phénomènes sont préoccupants en Estrie (Figure 3). Tout d'abord, une hausse de la prévalence à partir de 2005-2006 : la prévalence qui était de 0,5 % de 2000-2001 à 2006-2007 a progressivement augmenté pour atteindre 1,0 % en 2011-2012. Cette hausse n'est pas observée à l'échelle provinciale ni dans les autres régions sociosanitaires. Ensuite, la hausse de la prévalence s'est poursuivie et accrue chez les femmes depuis 2009-2010, et ces dernières affichent maintenant une prévalence supérieure à celle des hommes dans la région. La Ville de Sherbrooke compte proportionnellement plus de personnes schizophrènes que les autres MRC, et ce, pour toute la période étudiée. La hausse du nombre de cas depuis 2007-2008 est observée à Sherbrooke, mais aussi dans les MRC du Haut-Saint-François, du Val-Saint-François et de Memphrémagog. Par ailleurs, précisons que la Ville de Sherbrooke figure parmi les territoires locaux qui affichent les plus fortes prévalences de schizophrénie au Québec (1,3 %).

Figure 3
Prévalence de la schizophrénie selon le sexe, Estrie et Québec, 2000-2001 à 2011-2012



Source : Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ).

La prévalence annuelle des **troubles de la personnalité du groupe B** (narcissique, limite, histrionique et antisociale) est de 4,8 pour 1 000 en Estrie en 2011-2012. Comme pour les autres types de maladies, la prévalence estrienne est supérieure à celle Québec (3,6 pour 1 000) et l'Estrie affiche la plus forte prévalence parmi les régions sociosanitaires du Québec. Les individus qui souffrent de troubles de la personnalité du groupe B ont un taux de surmortalité anormalement élevée, une perte d'environ une dizaine d'années de vie et une consommation de services de santé importante¹⁷. Par ailleurs, notons qu'il s'agit d'une prévalence annuelle obtenue à partir de données administratives. Des études ont démontré une sous-estimation des prévalences à partir de ce type de données¹⁷.

Les données d'autres enquêtes permettent d'obtenir plus d'information sur les types de troubles mentaux à différents âges (Tableau 3). Cependant, ces données ne sont pas toutes disponibles à l'échelle régionale.

En Estrie, 15,4 % des élèves du secondaire déclarent avoir reçu un diagnostic de **TDH** (18,9 % chez les garçons, 11,6 % chez les filles). Cette proportion est plus élevée que la prévalence québécoise (12,6 %). Par ailleurs, 10,6 % des élèves du secondaire disent avoir pris des médicaments pour se calmer ou se concentrer au cours des deux semaines précédant l'enquête en Estrie. Ce chiffre est également supérieur à la valeur provinciale (7,9 %).

Tableau 3
Prévalence de différents types de troubles mentaux selon l'âge, Québec et Estrie

Sous-groupe de population	Territoire et période	Causes plus spécifiques
Enfants (3 à 14 ans)	Québec 2008	• 2,4 % ont un diagnostic de troubles anxio-dépressifs • 0,8 % ont un diagnostic d'autisme • 5,1 % ont un diagnostic de problème de comportement
Élèves du secondaire (12 à 17 ans)	Estrie 2011-2012	• 8,7 % ont un diagnostic d'anxiété • 4,4 % ont un diagnostic de dépression • 2,1 % ont un diagnostic de trouble alimentaire • 15,4 % ont un diagnostic de TDAH
Adultes (18 ans ou plus)	Estrie 2014	• 6,0 % ont un trouble de l'humeur • 6,5 % ont un trouble dépressif

Sources : Enquête québécoise sur la santé de la population 2008. Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011. Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

Les troubles mentaux et la problématique du **suicide** sont étroitement liés. Le risque de se suicider serait douze fois plus élevé parmi ceux qui ont un trouble mental comparativement à ceux qui n'en ont pas¹⁸. En Estrie, environ 50 personnes s'enlèvent la vie chaque année. 80 % des suicides sont commis par des hommes. Le taux de suicide a baissé de 2002-2006 à 2007-2011, et ce, en Estrie et au Québec. Toutefois, le taux de mortalité par suicide est plus élevé en Estrie qu'au Québec pour ces deux périodes. Précisons que c'est chez les hommes qu'on observe un taux de suicide plus élevé qu'au Québec, la situation des femmes étant comparable. L'Estrie se démarque aussi par ses taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide plus élevés qu'au Québec, et ce, chez les deux sexes (2008 à 2012).

Il y a, annuellement, environ 120 autres décès liés à des troubles mentaux et des troubles du comportement en Estrie. Le taux de mortalité estrien est comparable à celui du Québec lorsqu'on tient compte de la structure par âge de la population (standardisation). Près de 90 % de ces décès sont causés par la démence et ont lieu chez des personnes âgées de 65 ans ou plus.

Disparités géographiques en Estrie

- **Ville de Sherbrooke** : prévalence plus élevée pour l'ensemble des troubles mentaux et aussi pour la schizophrénie, lorsque comparé au reste de l'Estrie ou au Québec. Les données de l'ESPE 2014 corroborent ces faits et, plus précisément, démontrent des prévalences plus élevées de troubles anxieux et de l'humeur dans l'arrondissement du Mont-Bellevue.
- **MRC du Granit** : prévalence plus faible que dans le reste de l'Estrie pour les troubles mentaux chez les 1-17 ans et les 18-64 ans (données de 2010-2011, donc avant la tragédie ferroviaire du 6 juillet 2013).
- **MRC de Coaticook** : prévalence plus faible que dans le reste de l'Estrie pour les troubles mentaux chez les 18-64 ans et les aînés.
- **MRC de Memphrémagog** : prévalence plus faible que dans le reste de l'Estrie pour les troubles mentaux chez les 18-64 ans et les aînés, prévalence plus faible des troubles anxieux chez les 18 ans et plus.
- **MRC du Haut-Saint-François** : prévalence plus élevée de troubles mentaux chez les jeunes, mais prévalence plus faible chez les 18-84 ans que dans le reste de l'Estrie.

Une liste complète des indicateurs par MRC et arrondissements se trouve à l'[annexe 3](#).

2.3 INDICATEURS DE CONSOMMATION DE SERVICES EN SANTÉ MENTALE

Dans cette section, nous utilisons des données de services pour lesquelles le code postal de l'utilisateur est connu afin de décrire la consommation de services dans les 66 communautés de l'Estrie. La consommation de services, dans ce contexte, est utilisée comme indicatif de l'état de santé. Quatre types de services ont été analysés (Tableau 4). Les problématiques de santé mentale engendrent annuellement plus de 60 000 interventions en première ligne, près de 3 000 visites à l'urgence (résidents de Sherbrooke seulement), près de 2 000 hospitalisations et plus de 1 000 transports en ambulance. La consommation de tous ces services est à la hausse entre 2009-2010 et 2013-2014, sauf pour les transports ambulanciers. Par ailleurs, les interventions de première ligne sont davantage utilisées par les femmes; les visites à l'urgence et les transports ambulanciers, par les hommes. Les deux sexes ont des taux d'hospitalisation similaires.

Tableau 4

Volume d'interventions et d'utilisateurs pour quatre types de services en santé mentale, Estrie, 2009-2010 à 2013-2014

Type de services	Interventions		Nombre d'utilisateurs différents sur 5 ans	Évolution 2009-2010 à 2013-2014
	Nombre annuel moyen	Taux /1000		
Première ligne	63 000	202	12 600	À la hausse
Visites à l'urgence du CHUS (Résidents de Sherbrooke seulement)	2 900	18,9	6 950	À la hausse
Transports en ambulance	1 180	3,8	ND	Stable
Hospitalisations	1 840	5,9	2 900	À la hausse

Sources : I-CLSC. Infocentre du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Centre de communication Santé Estrie. Fichier des hospitalisations MED-ECHO.

Le fichier des hospitalisations permet de connaître les causes plus précises de l'hospitalisation. Plus de deux tiers des hospitalisations en santé mentale sont causées soit par les troubles de l'humeur (26 %), la schizophrénie (24 %) et l'utilisation de substances psychoactives (15 %). Cette répartition est stable entre 2009-2010 et 2013-2014 et similaire à ce qui est observé au niveau provincial.

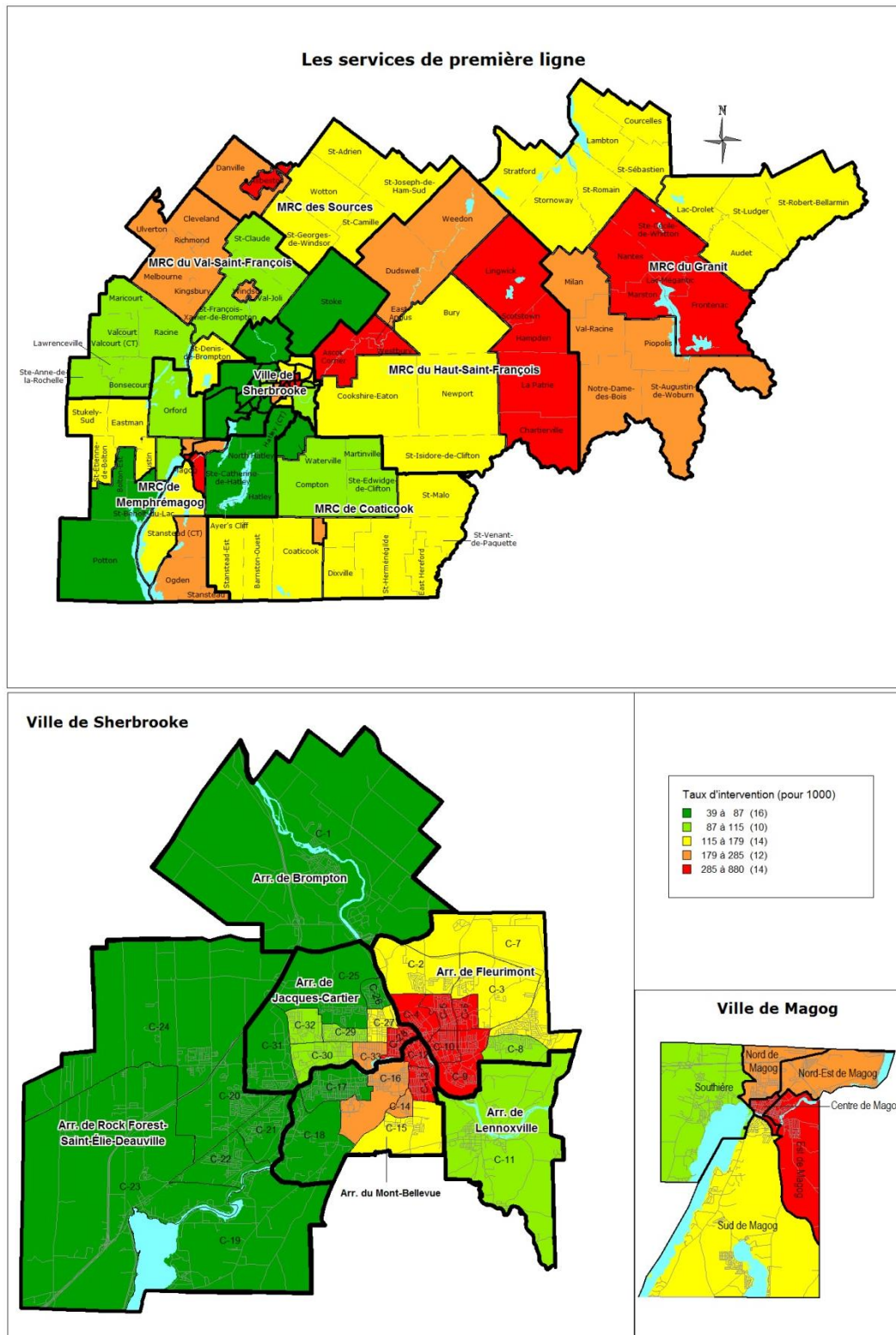
Les cartes suivantes présentent les taux de consommation de services par communautés en quintiles et les données détaillées (par communautés, arrondissements et MRC) sont présentées à l'[annexe 4](#). Voici les principaux constats :

INTERVENTION EN PREMIÈRE LIGNE

- Les taux varient de 40 interventions pour 1 000 habitants dans la communauté de Sainte-Catherine (C-18), à 880 pour 1 000 dans la communauté du Centre-Ville (C-12), soit 22 fois plus.
- Outre la communauté du Centre-Ville (C-12), la communauté de Saint-Jean-Baptiste (C-10), un autre secteur central de Sherbrooke, se distingue des autres par son taux très élevé (654 pour 1 000).
- Les autres taux les plus élevés sont observés dans les communautés des MRC des Sources, du Granit, du Haut-Saint-François, et dans le centre de Sherbrooke et Magog.

Figure 4

Taux d'intervention en première ligne, Estrie et villes de Sherbrooke et Magog, 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2012



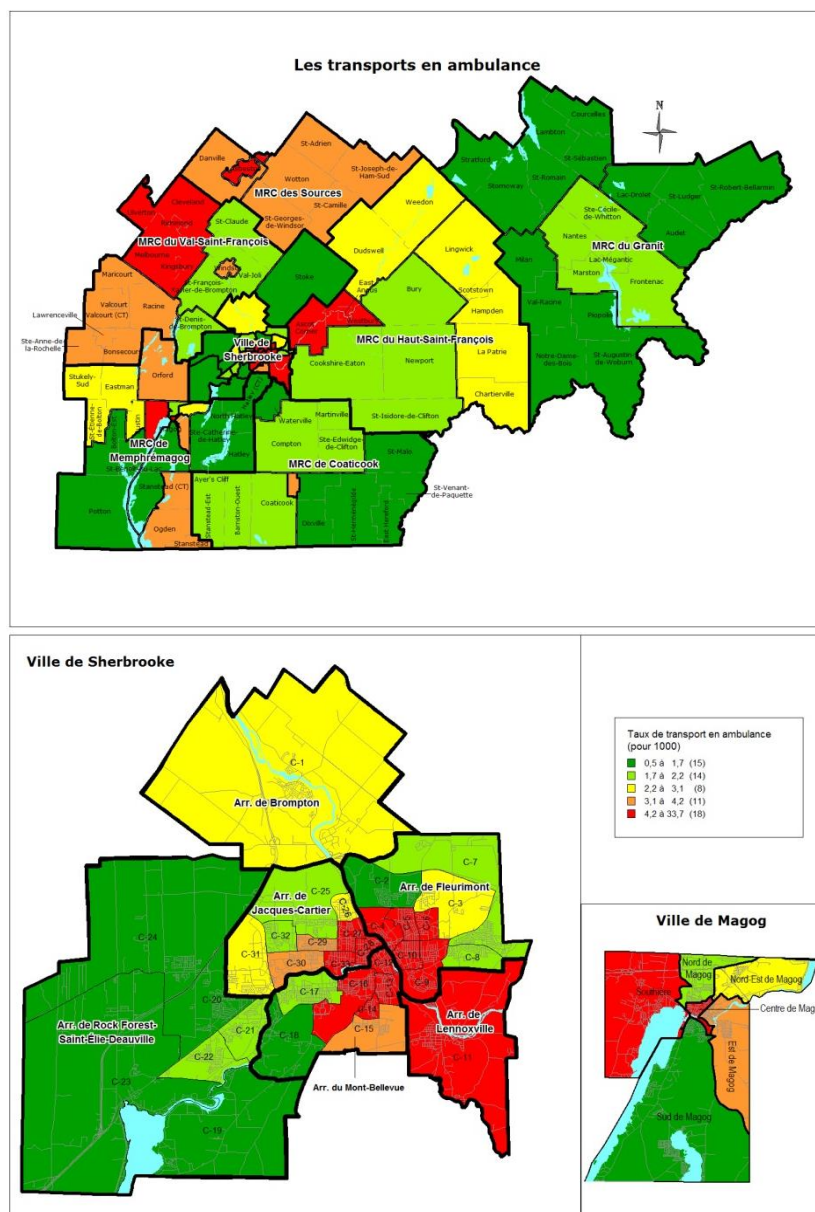
Sources : Numérateur : I-CLSC. Dénominateur : Statistique Canada, Recensement de 2011.

TRANSPORT EN AMBULANCE

- À nouveau, la communauté du Centre-Ville (C-12) affiche le taux le plus élevé (34 transports pour 1 000 habitants). Précisons toutefois que pour cet indicateur, il ne s'agit pas uniquement de résidents de cette communauté, mais de toute personne en détresse qui se trouvait dans la communauté du Centre-Ville lors de l'appel à l'ambulance.
- La communauté de Saint-Jean-Baptiste (C-10) se retrouve au deuxième rang avec un taux nettement moindre que celui du Centre-Ville (14 pour 1 000).
- Les communautés de la MRC des Sources, certaines communautés du Val-Saint-François et la partie centrale de la Ville de Sherbrooke et Lennoxville présentent également des taux élevés.
- Vingt communautés affichent de faibles taux (moins de 2 pour 1 000).

Figure 5

Taux de transport en ambulance, Estrie et villes de Sherbrooke et Magog, 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2014



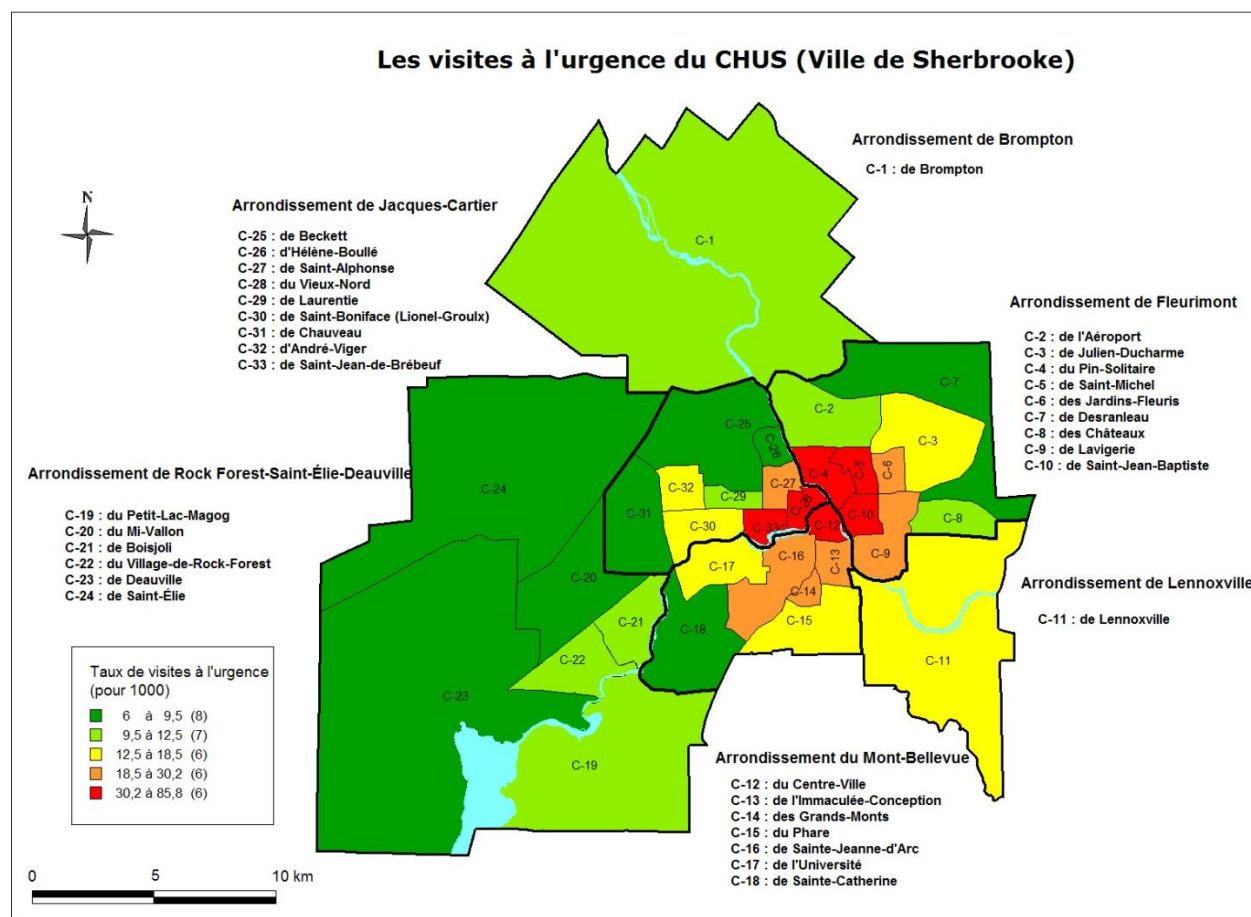
Sources : Numérateur : Centre de communication Santé Estrie. Dénominateur : Statistique Canada, Recensement de 2011.

VISITES À L'URGENCE (SHERBROOKE SEULEMENT)

- Les taux de visites à l'urgence sont plus élevés pour les individus qui habitent dans le centre de Sherbrooke et diminuent progressivement lorsqu'on s'éloigne du centre.
- Encore une fois, la communauté du Centre-Ville affiche le taux le plus élevé (86 pour 1 000), suivi de Saint-Jean-Baptiste (53 pour 1 000). Ces taux sont respectivement 14 et 9 fois plus élevés que ce qui est observé dans la communauté de Deauville, communauté qui présente le plus faible taux (6 pour 1 000).

Figure 6

Taux de visites à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (CHUS), Sherbrooke, 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2014



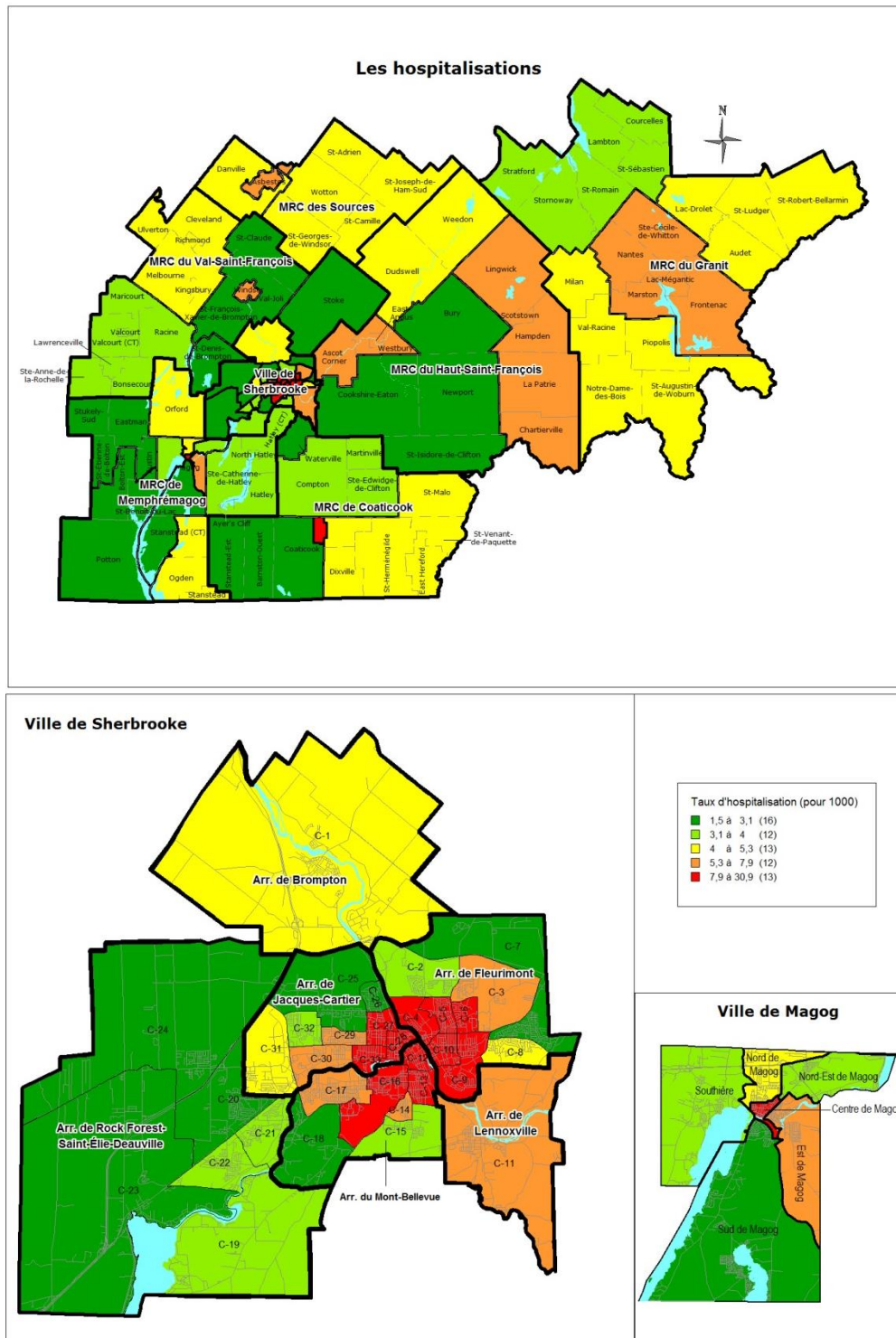
Sources : Numérateur : Infocentre du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Dénominateur : Statistique Canada, Recensement de 2011.

HOSPITALISATIONS

- Le taux d'hospitalisation observé dans la communauté du Centre-Ville (30 pour 1000) est près de vingt fois plus élevé que celui observé dans la communauté de Coaticook Ouest (1,6 pour 1000).
- Les communautés centrales de Sherbrooke, celle du Centre de Magog et celle de Coaticook Centre urbain affichent également des taux élevés.

Figure 7

Taux d'hospitalisation, Estrie et villes de Sherbrooke et Magog, 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2014



Sources : Numérateur : Fichier des hospitalisations MED-ECHO. Dénominateur : Statistique Canada, Recensement de 2011.

Tel que démontré par les cartes précédentes, l'intensité de la consommation de services en santé mentale est variable sur le territoire estrien. Cet aspect sera détaillé dans le chapitre suivant, notamment en démontrant les liens entre la consommation de services et la défavorisation.

3. LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ MENTALE

Tel que décrit dans le cadre de référence, plusieurs déterminants (facteurs de risque ou de protection) ont un impact sur la prévalence des troubles mentaux et la santé mentale positive. À l'aide des données existantes pour l'Estrie, nous présenterons ces liens.

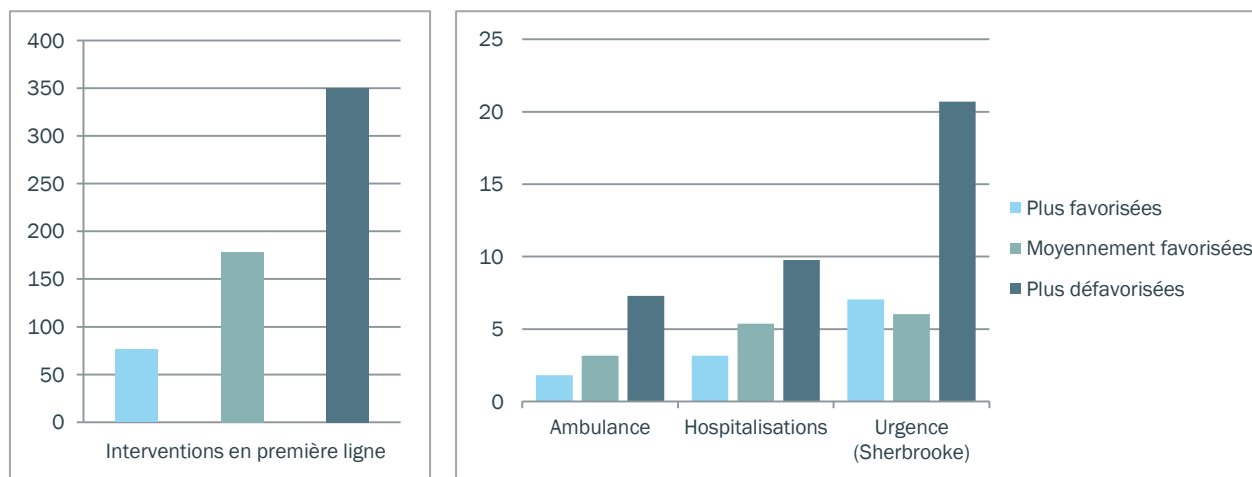
3.1 SELON LA DÉFAVORISATION

Les indices de défavorisation matérielle et sociale de Pampalon ont été calculés à l'échelle des 66 communautés²⁰. Par la combinaison de ces deux indices et la répartition des communautés en quintiles, les 14 communautés les plus favorisées (quintile 1) ainsi que les 14 communautés les plus défavorisées (quintile 5) ont été identifiées. On observe que 22 % de la population estrienne vit dans une communauté défavorisée sur les plans matériel et social. Or, cette population consomme une grande proportion des services en santé mentale, à savoir 39 % des interventions en première ligne, 41 % des transports en ambulance, 36 % des hospitalisations et 48 % des visites à l'urgence. À l'opposé, les communautés les plus favorisées englobent 19 % de la population estrienne et cette population consomme seulement 7 % des interventions en première ligne, 9 % des transports en ambulance, 10 % des hospitalisations et 14 % des visites à l'urgence.

Par ailleurs, il y a un gradient entre les taux de consommation de services de santé mentale et la défavorisation (Figure 8). Ainsi, les taux de consommation de services sont entre trois et cinq fois plus élevés parmi la population défavorisée que chez la population favorisée.

Figure 8

Taux de consommation de services en santé mentale selon la défavorisation matérielle et sociale des communautés, Estrie, 2009-2010 à 2013-2014



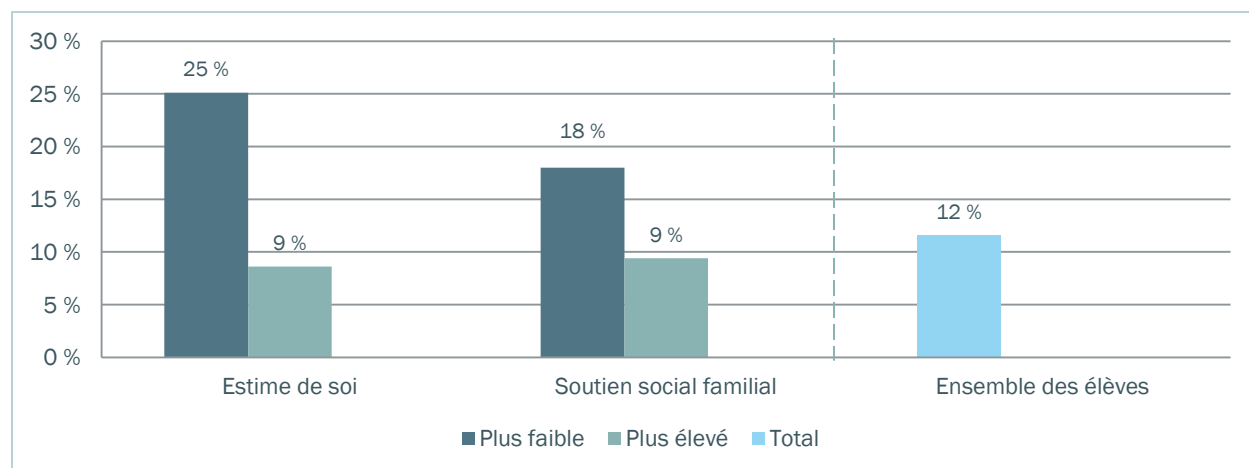
Sources : I-CLSC. Infocentre du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Centre de communication Santé Estrie. Fichier des hospitalisations MED-ECHO.

3.2 CHEZ LES JEUNES

L'enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS) permet de croiser les prévalences de troubles mentaux (anxiété, dépression ou troubles alimentaires) avec plusieurs déterminants identifiés dans notre cadre conceptuel. Deux facteurs de protection se distinguent par leur effet important sur la prévalence de certains troubles mentaux chez les élèves du secondaire : l'estime de soi et le soutien social au sein de la famille (Figure 9). La prévalence des diagnostics d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire chez les élèves du secondaire est près de trois fois plus élevée chez ceux qui ont une faible estime de soi (25,1 %) que chez ceux qui ont une estime de soi moyenne ou élevée (8,6 %). La prévalence de ces troubles est près de deux fois plus élevée chez ceux qui ont un faible soutien social dans leur famille (18,0 %) que chez ceux qui ont plus de soutien social familial (9,4 %).

Figure 9

Prévalence des diagnostics d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire chez les élèves du secondaire selon certains facteurs de protection, Estrie, 2010-2011



Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011.

La composition familiale, qui est une dimension du soutien social, influence les troubles mentaux puisque la prévalence est de 9,5 % parmi les élèves qui vivent avec leurs deux parents et de 14,6 % chez les autres.

En ce qui concerne les saines habitudes de vie (ressources personnelles de base), l'atteinte des recommandations pour la consommation de fruits et de légumes n'a pas d'influence sur la santé mentale des jeunes en Estrie. Une relation inversement proportionnelle existe cependant à l'échelle provinciale entre le niveau d'activité physique et les troubles de santé mentale (plus actifs = moins de troubles), mais ce phénomène n'est pas observé chez les jeunes en Estrie, possiblement en raison du faible nombre de répondants.

Du côté des facteurs de risque, l'association entre le niveau de scolarité des parents ne semble pas avoir d'impact à l'échelle régionale (faible échantillon), mais on observe qu'au Québec, la prévalence de certains troubles mentaux chez les jeunes est plus forte lorsque le niveau de scolarité des parents est faible. Il existe une association entre l'exclusion sociale et les troubles mentaux. En effet, la prévalence est deux fois plus élevée chez ceux qui ont été victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école, ou de cyberintimidation, que chez ceux qui ne l'ont pas été. Cet exemple illustre bien le double effet de la causalité sociale (l'intimidation fragilise la santé mentale) et de la sélection sociale (des jeunes sont victimes d'intimidation en raison de leur condition mentale).

3.3 CHEZ LES ADULTES

Tous les déterminants recueillis dans le cadre de l'ESPE 2014 et présentés dans le tableau 5 sont significativement associés aux troubles anxieux ou de l'humeur chez les adultes estriens (seuil de 0,05). Ces liens sont observés pour les stratificateurs sociaux plus classiques (emploi, scolarité et revenu), mais aussi pour des habitudes de vie (activité physique et alimentation), des mesures d'inclusion sociale et des indicateurs environnementaux.

Tableau 5
Prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur et de la santé mentale minimale selon des déterminants chez les adultes, Estrie, 2014

Variables indépendantes			Prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur	Santé mentale minimale
Ensemble des adultes			10,2 %	10,5 %
Facteurs de protection	Ressources personnelles de base	Résilience		
		Faible (Quartile le plus faible)	19,8 %	28,4 %
		Élevée (Quartile le plus élevé)	5,5 %	2,1 %
		Consommation quotidienne de fruits et de légumes		
		Moins de 5 portions	11,2 %	13,1 %
		5 portions ou plus	9,0 %	7,1 %
		Niveau d'activité physique		
		Moins de 30 minutes par jour	12,4 %	13,7 %
		30 minutes ou plus par jour	9,3 %	9,1 %
	Soutien social	Composition du ménage		
		Vit seul	16,3 %	16,4 %
		Monoparental avec enfants de moins de 18 ans	16,4 %	12,8 %
		Couple avec enfants de moins de 18 ans	7,9 %	7,3 %
		Couple sans enfant	7,5 %	7,9 %
	Inclusion sociale	Sentiment d'appartenance à la communauté locale		
		Plutôt faible ou très faible	11,4 %	15,5 %
		Plutôt fort ou très fort	9,2 %	6,3 %
		Participation sociale (chez les 60 ans ou plus)		
		Faible (Quartile le plus faible)	12,0 %	18,5 %
		Élevée (Quartile le plus élevé)	7,6 %	5,2 %
	Environnements favorables	Logement		
		Propriétaire	7,6 %	8,4 %
		Locataire en logements non subventionnés	16,5 %	15,2 %
		Locataire en logements subventionnés	26,0 %	24,4 %
		Satisfaction de la vie de quartier		
		Peu satisfait ou pas du tout satisfait	23,2 %	26,2 %
		Plutôt satisfait ou tout à fait satisfait	9,4 %	9,5 %
		Perception de la sécurité dans le quartier		
		Peu en sécurité ou pas du tout en sécurité	27,3 %	26,1 %
		Plutôt en sécurité ou tout à fait en sécurité	9,7 %	10,0 %

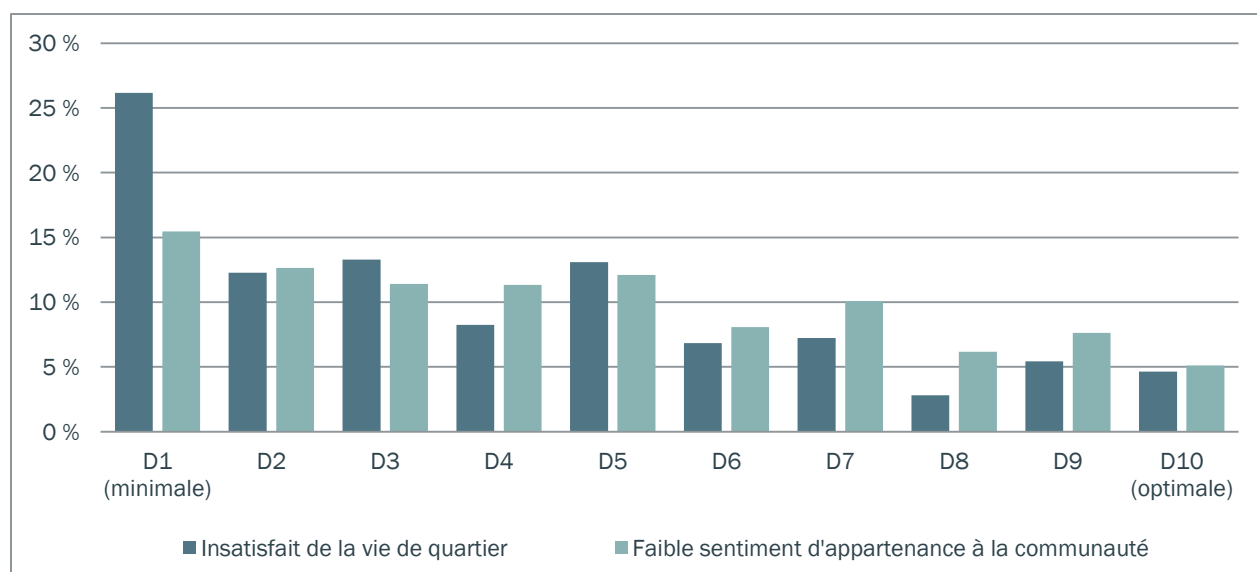
Variables indépendantes			Prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur	Santé mentale minimale
Ensemble des adultes			10,2 %	10,5 %
Facteurs de risque	Faible statut socioéconomique	Occupation d'un emploi (parmi les 18 à 64 ans)		
		Oui	9,3 %	8,9 %
		Non	15,1 %	13,3 %
		Scolarité chez les 25 ans ou plus		
		Secondaire ou moins	12,1 %	15,3 %
		Collégial	11,6 %	10,8 %
		Universitaire	8,5 %	5,6 %
		Revenu du ménage après impôts		
		Moins de 30 000\$	17,1 %	17,7 %
		30 000 à 79 999 \$	9,0 %	9,3 %
		80 000 \$ ou plus	5,8 %	4,3 %
	Facteur biologique nématif	Niveau de stress vécu quotidiennement		
		Journées assez ou extrêmement stressantes	16,5 %	14,4 %
		Journées peu ou pas stressantes	8,6 %	9,4 %

Source : Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

Les facteurs de risque et de protection sont également associés à la santé mentale positive. À titre d'exemple, voici deux déterminants, un environnemental et un social, qui présentent un fort gradient lorsque jumelés au continuum de Keyes (Figure 10). En ce qui concerne la vie de quartier, 26,2 % des gens qui présentent une santé mentale minimale sont insatisfaits. À l'opposé, seulement 4,6 % des gens qui ont une santé mentale optimale se disent insatisfaits de leur vie de quartier. Par ailleurs, le faible sentiment d'appartenance à la communauté est trois fois plus fréquent parmi les gens qui ont une santé mentale minimale comparativement à ceux qui en ont une optimale.

Figure 10

Relation entre le sentiment d'appartenance à la communauté, la satisfaction de la vie de quartier et la santé mentale positive, Estrie, 2014



Source : Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

4. SANTÉ MENTALE ET COMORBIDITÉS

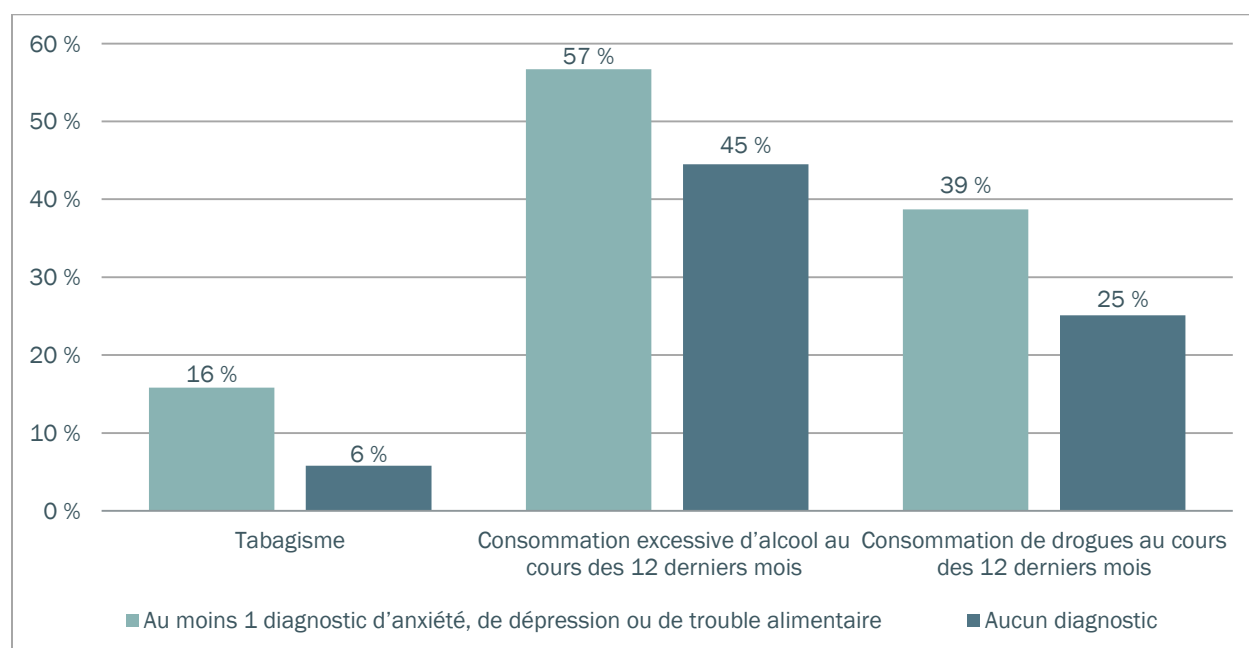
Dans cette section, nous explorerons les liens entre l'état de santé mentale et la santé physique de la population. Plusieurs études démontrent les liens entre les composantes physiques et mentales de la santé. Être atteint d'un trouble mental réduit l'espérance de vie de huit ans chez les hommes et de cinq ans chez les femmes¹⁵. Bien que dans cette section, nous présentons l'état de santé mentale comme facteur qui influence la santé physique, la relation inverse est également présente : les individus ayant une mauvaise santé physique sont plus à risque de souffrir de troubles mentaux. De plus, certaines problématiques associées aux troubles mentaux seront également explorées (consommation d'alcool et de drogue, tabagisme, etc.). Il aurait été intéressant de quantifier les liens entre la santé mentale et les problèmes de dépendances. Toutefois, les données disponibles nous fournissent de l'information sur certains seuils de consommation d'alcool et de drogue, mais pas sur l'aspect de dépendance.

4.1 CHEZ LES JEUNES

Chez les jeunes, il existe peu de données d'enquête sur les maladies chroniques, car elles apparaissent généralement à un âge plus avancé. Il est toutefois intéressant de mettre en relation la santé mentale avec le tabagisme, la consommation excessive d'alcool et l'usage de drogue. Ces trois comportements à risque auront des impacts non négligeables sur la santé future des jeunes, le tabagisme en particulier. Le tabagisme est près de trois fois plus élevé parmi les élèves du secondaire qui ont un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire que chez les autres. La consommation excessive d'alcool est 1,3 fois plus élevée et la consommation de drogue, 1,5 fois plus élevée.

Figure 11

Prévalences de comportements à risque selon la présence ou l'absence de diagnostic d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire chez les élèves du secondaire, Estrie, 2010-2011



Source : Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire 2010-2011.

4.2 CHEZ LES ADULTES

Les adultes ayant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux adoptent proportionnellement plus les habitudes de vie malsaines que les adultes qui n'ont pas ces troubles. Une exception est faite pour la consommation excessive d'alcool sur une base hebdomadaire observée chez environ 1 adulte sur 10, et ce, indépendamment de la condition mentale. Le tabagisme et la consommation de drogue (au cours des douze derniers mois) sont respectivement 1,7 et 1,5 fois plus fréquents chez les individus présentant des troubles anxieux ou de l'humeur.

La prévalence de toutes les maladies chroniques enquêtées dans l'ESPE, à l'exception des maladies cardiaques et des cancers, sont plus fréquentes chez les adultes atteints d'un trouble anxieux ou d'un trouble de l'humeur que chez ceux qui n'en ont pas. L'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques sont plus de deux fois plus fréquentes chez ces individus, ce qui est cohérent avec la prévalence du tabagisme qui est également plus élevée. Près du tiers des gens ayant un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur perçoivent leur santé comme étant passable ou mauvaise, et 40 % d'entre eux ont au moins une maladie chronique physique.

Tableau 6
Prévalence des habitudes de vie, de la consommation d'alcool et de drogue, et des maladies chroniques selon la présence ou l'absence de trouble anxieux ou de trouble de l'humeur chez les adultes, Estrie, 2014

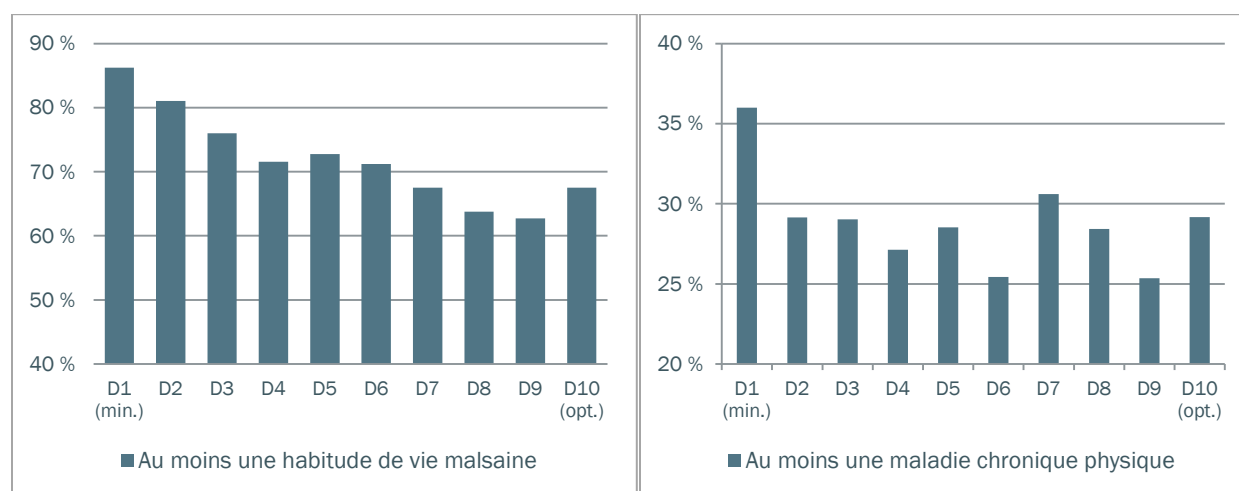
	Trouble anxieux ou trouble de l'humeur		Ratio
	Oui (n=894)	Non (n=7 843)	
Habitudes de vie			
Tabagisme	27,6 %	15,9 %	1,7
Moins de 30 minutes d'activité physique par jour	36,2 %	29,3 %	1,2
Moins de 5 fruits ou légumes par jour	61,5 %	55,5 %	1,1
Au moins une habitude de vie malsaine	79,9 %	71,5 %	1,1
Drogue et alcool			
Consommation de drogue au cours de la dernière année	19,2 %	12,5 %	1,5
Consommation excessive d'alcool (5 verres ou plus) une fois par semaine ou plus	11,4 %	10,4 %	Non significatif
Maladies chroniques physiques			
Asthme	12,3 %	6 %	2,1
Hypertension	20,7 %	16,7 %	1,2
Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)	6,8 %	2,6 %	2,6
Diabète	8,9 %	6,5 %	1,4
Maladies cardiaques	6,9 %	5,6 %	Non significatif
Cancer	2,5 %	2 %	Non significatif
Au moins une maladie chronique physique	37,8 %	28 %	1,4
Autres problèmes de santé			
Perception de la santé (passable/mauvaise)	30,3 %	11,4 %	2,7
Surpoids	60,1 %	53,3 %	1,1
Obésité	27,4 %	16,9 %	1,6
Maux de dos	34 %	15,1 %	2,3

Source : Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

Il est aussi intéressant de croiser les indicateurs d'habitudes de vie et de maladies chroniques physiques avec la répartition de la population sur le continuum de santé mentale positive de Keyes (Figure 12). D'emblée, notons que les plus fortes proportions de personnes qui ont au moins une habitude de vie malsaine et de celles qui ont au moins une maladie chronique se trouvent systématiquement au sein du groupe qui présente une moins bonne santé mentale. Parmi ceux qui ont une santé mentale minimale, 86 % ont au moins une habitude de vie malsaine (tabagisme, consommation insuffisante de fruits et de légumes ou inactivité physique) et 36 % ont au moins une maladie chronique. Chez ceux qui présentent la santé mentale optimale, ces proportions sont de 67 % et de 29 % respectivement.

Figure 12

Fréquences des habitudes de vie malsaines et des maladies chroniques physiques selon la santé mentale positive, Estrie, 2014



Source : Enquête de santé populationnelle estrienne 2014.

5. BILAN DE SANTÉ MENTALE DES ESTRIENS

En 2011-2012, un trouble mental a été diagnostiqué chez plus de 40 000 individus en Estrie, ce qui se traduit par une prévalence de 13,4 %. Cette prévalence est plus élevée que ce qui est observé au Québec et dans la majorité des régions sociosanitaires, tant chez les jeunes que chez les adultes. Les prévalences observées pour plusieurs types de troubles, tels les troubles anxio-dépressifs, la schizophrénie, les troubles de la personnalité (groupe B) et le TDAH chez les élèves du secondaire, sont plus élevées en Estrie qu'au Québec.

Qu'est-ce qui peut expliquer les fortes prévalences de troubles mentaux en Estrie? Tout d'abord, rappelons qu'il s'agit la plupart du temps de données clinico-administratives et que l'organisation des services a un impact sur celles-ci. Au niveau provincial, on observe des prévalences de troubles mentaux plus élevées dans les régions universitaires, notamment la Capitale-Nationale et l'Estrie, sans toutefois qu'on puisse expliquer la cause avec certitude¹⁸.

L'Estrie se démarque des autres régions par un nombre plus élevé de places destinées aux adultes ayant un diagnostic psychiatrique en centre d'hébergement et de soins de longue durée, un nombre important de psychologues et d'infirmières pratiquant dans le secteur de la santé mentale et un plus haut taux d'intervenants en santé mentale en première ligne¹⁸. Par ailleurs, bien que l'Estrie compte pour 4 % de la population du Québec, elle compte 15 % des ressources avec hébergement en toxicomanie et en jeu pathologique¹⁹. Il est donc possible que l'Estrie exerce une certaine « attractivité » pour des clientèles vulnérables.

Les associations entre les déterminants de la santé mentale, la santé mentale positive et les troubles mentaux ont été démontrées au sein de la population estrienne. Est-ce possible que les facteurs de risque soient plus présents en Estrie qu'ailleurs au Québec et que la population soit davantage fragilisée? Il est très difficile de répondre de manière définitive à cette question complexe. Les résultats des enquêtes à portée provinciale et régionale ne mettent pas en évidence une problématique particulière en Estrie. La population estrienne est un peu moins scolarisée et les revenus sont un peu moins élevés qu'à l'échelle provinciale, mais comparables à un bon nombre d'autres régions.

Par ailleurs, il est important de prendre en considération que la répartition des troubles mentaux n'est pas uniforme au niveau du territoire et des sous-groupes de population. Les troubles mentaux affectent plus les garçons que les filles chez les jeunes, mais la tendance s'inverse à l'âge adulte. Les femmes consomment plus de services de première ligne, mais les hommes ont plus recours aux visites à l'urgence et au transport en ambulance. Au niveau géographique, on note une concentration de troubles mentaux et particulièrement de schizophrénie à Sherbrooke. L'arrondissement du Mont-Bellevue se distingue défavorablement des autres pour la prévalence des troubles anxieux et de l'humeur au sein de la population adulte. De plus, les taux de consommation de services sont entre trois et cinq fois plus élevés parmi la population défavorisée que chez la population favorisée sur les plans matériel et social. Les communautés sherbrookoises du Centre-Ville (C-12) et de Saint-Jean-Baptiste (C-10) se distinguent nettement des autres et occupent respectivement le premier et le deuxième rang de forte consommation de services en santé mentale.

À la lumière de ces données, il importe de mettre en place des interventions de promotion et de prévention qui visent autant l'ensemble de la population que des groupes plus vulnérables à la maladie mentale.

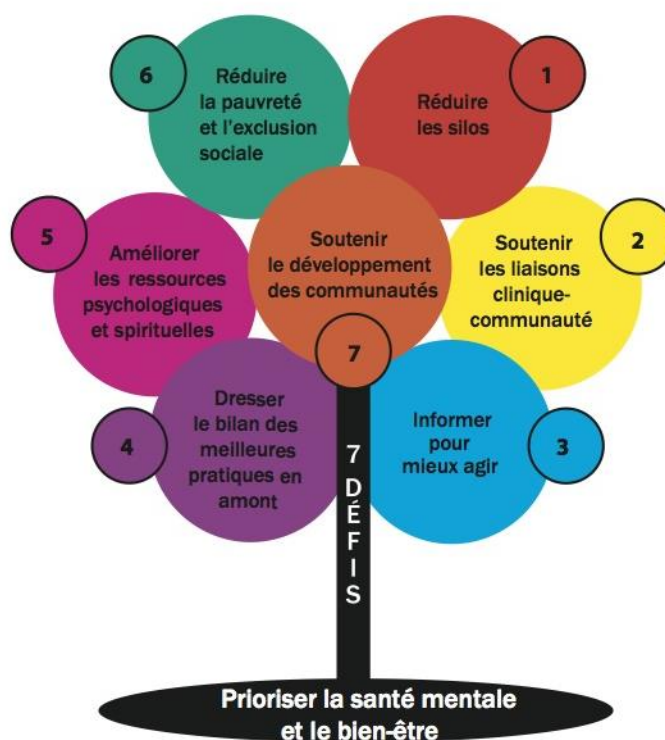
6. LES 7 DÉFIS À RELEVER ENSEMBLE

Ce chapitre présente les sept défis à relever ensemble pour faire en sorte que la priorisation de la santé mentale et du bien-être devienne une réalité. Ils sont inspirés des constats du rapport, de la littérature récente ainsi que des mesures prometteuses qui sont implantées en Estrie ou en voie de l'être. En ce qui a trait à ces initiatives, vous trouverez à l'[annexe 5](#) des exemples non exhaustifs de ce qui se fait actuellement en Estrie. Ces exemples sont regroupés selon les stratégies de la Charte d'Ottawa de l'OMS en cohérence avec le cadre de référence présenté au chapitre 1.

Il est important de noter qu'aucun défi de recherche n'a été identifié comme tel. Le choix a été fait qu'un volet *recherche* pourrait être inclus dans chaque défi. Plusieurs équipes de chercheurs pourraient être mis à contribution en Estrie (ex. : Institut de première ligne du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, chercheurs en santé mentale positive, organisme PÉPINES (Promotion des Estriennes pour initier une nouvelle équité sociale) sur la participation sociale des femmes, Centre de recherche sur le vieillissement du Centre de santé et de services sociaux - Institut universitaire de gériatrie de Sherbrooke (CSSS-IUGS), etc.).

Voici d'abord à la figure 13 le libellé de chaque défi, suivi pour chacun d'une présentation de ce défi avec sa raison d'être et d'une piste d'action destinée aux acteurs du secteur de la santé et des services sociaux de l'Estrie (installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS, organismes communautaires, groupes de médecine familiale, etc.), ainsi qu'une piste d'action pour les autres acteurs de la société (secteurs de l'éducation, municipal, des transports, de l'habitat, etc.).

Figure 13
Les 7 défis à relever ensemble



Source : Alain Rochon, Direction de santé publique de l'Estrie.

DÉFI 1 - RÉDUIRE LES SILOS

Optimiser les collaborations et les partenariats

> Pourquoi ce défi?

D'abord, le rapport identifie clairement des relations entre les troubles mentaux et les maladies chroniques physiques, les personnes souffrant de troubles anxieux et de l'humeur étant nettement plus à risque de souffrir de maladies chroniques et vice-versa. Il est important de poursuivre la consolidation des liens entre les services de santé mentale et ceux de santé physique, qu'il s'agisse de services généraux ou spécialisés, au sein du CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

Par ailleurs, on constate davantage de troubles de l'humeur et d'anxiété chez les personnes qui adoptent certains comportements néfastes pour la santé (ex. : usage de drogue). Il est donc aussi important de poursuivre le travail entrepris pour relier les interventions touchant les dépendances et les services de santé mentale. Les services de santé mentale et de dépendance étant maintenant dans la même direction au CIUSSS de l'Estrie - CHUS, cela devrait faciliter de tels arrimages.

On note également un lien étroit entre les saines habitudes de vie (alimentation et activité physique) et la santé mentale. Les liens entre les actions préventives ciblant tantôt la promotion de la santé mentale ou la prévention des maladies chroniques sont donc à accentuer.

Aussi, nous avons observé la force des liens qui existent entre les huit déterminants de la santé mentale et la santé mentale. Ces déterminants sont notamment ciblés par les interventions des organismes communautaires et autonomes. Il serait important de maintenir les liens actuels entre les divers organismes (ex. : le regroupement des organismes communautaires de santé mentale, le regroupement des organismes communautaires familles, etc.). Par ailleurs, une vision commune de l'ensemble des organismes communautaires pour agir sur la santé mentale et le bien-être, et une action concertée à ce chapitre seraient souhaitables.

Au niveau intersectoriel, des liens ont été établis depuis plusieurs décennies à l'intérieur de diverses concertations qui touchent la santé et le bien-être. Ces multiples concertations se sont organisées en fonction des territoires ou selon la problématique, le groupe d'âge, ou encore, les conditions de vie.

Mentionnons, à titre d'exemple au niveau local, les tables de santé mentale, les tables sur la pauvreté ou sur le développement social et, en particulier à Sherbrooke, la Table sur l'itinérance. Au niveau régional, mentionnons l'Alliance estrienne pour la solidarité et l'inclusion sociale, la Table d'action contre l'appauvrissement en Estrie, le regroupement sur les habitudes de vie et celui sur la persévérance scolaire. Nous devons faire tout ce que nous pouvons pour contribuer à maintenir et relier davantage ces concertations déterminantes pour favoriser de manière plus globale et intégrée la santé et le bien-être de la population. **L'appropriation du cadre de référence de ce rapport par tous les acteurs est un bon point de départ pour faciliter de tels arrimages.**

> Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux

Consolider, à partir des programmes-services et des trajectoires de soins, les collaborations et le partenariat pour être davantage efficace au niveau de la responsabilité populationnelle, d'abord selon la réalité des territoires locaux, mais aussi, en fonction des enjeux particuliers des divers groupes d'âge.

> Une piste d'action destinée aux autres acteurs de la société

Consolider les arrimages concernant les actions priorisées par les divers secteurs de la société aux niveaux local et régional, et ayant un impact sur la santé mentale et le bien-être.

DÉFI 2 - SOUTENIR LES LIAISONS CLINIQUE-COMMUNAUTÉ

Mieux répondre aux besoins des personnes

> Pourquoi ce défi?

En cohérence avec le défi précédent et les données qui ont été partagées, nous pouvons identifier en Estrie des initiatives prometteuses, selon une vision de responsabilité populationnelle, qui ont été mises en place ou expérimentées ces dernières années. Ces interventions permettent de relier les activités cliniques et les ressources de la communauté afin de mieux répondre aux besoins des personnes.

Trois initiatives en particulier sont à maintenir ou à développer davantage^d :

- L'intervention de proximité, dont l'évaluation pour trois quartiers de Sherbrooke (Centre-Ville, Jardins Fleuris et Ascot Corner) a été très positive et qui devrait servir de source d'inspiration pour d'autres interventions du même type en milieu urbain et avec adaptation en milieu rural.
- L'intervention de groupe, qui a gagné ses lettres de noblesse en travail social et qui se renouvelle ces dernières années dans une vision d'« empowerment » avec des groupes virtuels, des groupes à court terme et des groupes à une seule rencontre.
- L'approche personnalisée centrée sur la personne et la communauté qui est une intervention reconnue comme prometteuse. C'est d'ailleurs un thème transversal du nouvel Institut universitaire de première ligne en santé et services sociaux du CIUSSS de l'Estrie – CHUS.

> Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux

Mettre en place ou consolider les façons d'intervenir suivantes : approche personnalisée centrée sur la personne et la communauté, intervention de groupe vers l'« empowerment » et intervention de proximité.

> Une piste d'action destinée aux autres acteurs de la société

En fonction des enjeux des divers territoires locaux, identifier et favoriser les liens avec les autres acteurs de la société nécessaires à l'implantation de ces interventions de liaison clinique-communauté.

DÉFI 3 - INFORMER POUR MIEUX AGIR

Informar la population sur ce qui favorise son bien-être et ce qu'elle peut faire pour l'améliorer

> Pourquoi ce défi?

De plus en plus d'écrits appuient l'importance d'améliorer la littératie de la population concernant les déterminants de la santé mentale et du bien-être. Des guides sont disponibles pour ce faire^e. Il est important de développer une stratégie de communication autant médiatique que via les ressources du milieu pour les faire connaître, ainsi que les moyens les plus efficaces pour les améliorer aux niveaux individuel et collectif.

> *Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux*

Communiquer, de façon claire et inspirante à la population, les déterminants de la santé mentale et du bien-être, ainsi que les moyens les plus efficaces pour les améliorer aux niveaux individuel et collectif.

> *Une piste d'action destinée aux autres acteurs de la société*

Communiquer à la population, selon son secteur d'activité, l'information concernant les déterminants dont elle a la responsabilité et les moyens pour les améliorer.

DÉFI 4 - DRESSER LE BILAN DES MEILLEURES PRATIQUES EN AMONT

Ajuster nos pratiques tout au long du parcours de vie

> *Pourquoi ce défi?*

L'INSPQ a produit, en 2008, un avis contenant la recommandation d'implanter diverses pratiques de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux durant tout le parcours de vie. Plusieurs de celles-ci (ex. : SIPPE, École en santé, développement des communautés, etc.) ont été implantées dans la région. Par ailleurs, plusieurs de ces mesures n'ont pas pu être mises en place.

Une première estimation de l'équipe de santé publique concernant l'implantation de ces mesures se trouve à l'[annexe 6](#). En effet, celles qui n'ont pu être mises en place sont identifiées en **caractère gras**. Vous y trouverez l'information relative aux mesures proposées par l'INSPQ pour les 0-5 ans, les 6-17 ans et les 18-64 ans. Veuillez noter que quelques mesures ont été identifiées pour les 65 et plus (ex. : soutien aux aidants naturels) ou pour la population en général (ex. : développement des communautés). L'avis n'avait pas considéré ces clientèles de façon particulière dans ses travaux. Avec la venue du nouveau Programme national de santé publique 2015-2020 et le nouveau programme de santé mentale, c'est l'occasion de faire un bilan de ces actions avec les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux, et des autres secteurs de la société. C'est aussi l'occasion rêvée de relier les activités en amont avec diverses trajectoires de services.

> *Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux*

Dresser un bilan des mesures prometteuses en amont implantées en Estrie et ajuster, au besoin, notre stratégie de promotion de la santé mentale et du bien-être, ainsi que de prévention des troubles mentaux et des dépendances.

> *Une piste d'action destinée aux autres acteurs de la société*

Évaluer la possibilité, pour les différents secteurs d'activité concernés, de participer à un tel bilan pour les mesures prometteuses auxquelles ils ont participé.

DÉFI 5 – AMÉLIORER LES RESSOURCES PSYCHOLOGIQUES ET SPIRITUELLES

En amont et jusqu'au rétablissement

> Pourquoi ce défi ?

Les ressources psychologiques mesurées dans le rapport (santé mentale positive, résilience et estime de soi) démontrent clairement un lien entre ces dimensions et les troubles mentaux. Cette relation est présente autant chez les jeunes que chez les adultes.

Par exemple, chez les jeunes, divers troubles mentaux comme les troubles alimentaires, les troubles anxieux ou les troubles de l'humeur sont trois fois plus fréquents chez ceux qui ont l'estime de soi la plus faible. Aussi, seulement moins de 5 % des adultes qui ont une santé mentale optimale souffrent de troubles anxieux ou de l'humeur, comparativement à un peu plus de 25 % chez ceux qui ont une santé mentale minimale.

De plus, la résilience s'avère une ressource importante puisque chez ceux qui ont un indice de résilience plus élevé, seulement 6 % des personnes sont affectées par des troubles anxieux ou des troubles de l'humeur, alors que 20 % en souffrent chez ceux qui ont l'indice de résilience le plus faible.

Le défi comporte aussi l'amélioration des ressources spirituelles. Nous n'avons pas pu mesurer ces dimensions dans le rapport, à l'exception de questions incluses dans l'indice de santé mentale positive (ex. : sens à la vie). Cependant, les ressources spirituelles, en particulier la méditation, sont de plus en plus mises à contribution et évaluées en regard des autres pratiques (médication, psychothérapies) utilisées dans les diverses trajectoires de soins dans le réseau de la santé et des services sociaux. En particulier, les liens entre la spiritualité et le rétablissement sont de plus en plus explorés. On ne peut plus ignorer ce courant de mesures prometteuses qui s'implante peu à peu dans le secteur de la santé et des services sociaux, mais aussi dans le secteur de l'éducation et pour le bien-être des employés dans le milieu de travail.

> Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux

Identifier et promouvoir les meilleures pratiques pour améliorer les ressources psychologiques et spirituelles des individus tout au long des trajectoires de soins.

> La piste d'action proposée aux autres acteurs de la société

Évaluer la possibilité d'implanter les meilleures pratiques pour améliorer les ressources psychologiques et spirituelles dans leur secteur d'activité tout au long du parcours de vie.

DÉFI 6 - RÉDUIRE LA PAUVRETÉ ET L'EXCLUSION SOCIALE

Consolider l'action sur les inégalités sociales et les déterminants sociaux

> Pourquoi ce défi?

Le rapport identifie clairement des liens entre certaines inégalités sociales et la santé mentale ou les troubles mentaux. Par exemple, parmi les personnes qui ont une santé mentale minimale, les chances d'être sans emploi, d'avoir un faible niveau de scolarité, d'avoir un faible revenu ou d'être locataire sont accrues d'environ deux fois comparativement aux personnes ayant une santé mentale optimale. L'Estrie s'est par ailleurs dotée de structures efficaces et de projets prometteurs pour lutter contre les inégalités sociales et agir sur les déterminants sociaux de la population estrienne. Il est essentiel de poursuivre ces efforts.

> Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux

Exercer un leadership visant à mettre en place les meilleures pratiques pour réduire la pauvreté et agir sur les déterminants sociaux dans une perspective de responsabilité populationnelle.

> Une piste d'action destinée aux autres acteurs de la société

Travailler à réduire la pauvreté et agir sur les déterminants sociaux en fonction des priorités identifiées localement et régionalement.

DÉFI 7- SOUTENIR LE DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS

Consolider la connaissance et le soutien aux communautés

> Pourquoi ce défi?

Le rapport identifie clairement un lien entre l'utilisation des services et le quartier d'origine de la personne. En effet, dans les communautés les plus défavorisées, il y a de 3 à 5 fois plus d'utilisation de services, tels que ceux offerts en première ligne et à l'urgence ou en situation d'hospitalisation, comparativement aux communautés les plus favorisées. Aussi, trois indicateurs reliés au quartier de résidence, soit le sentiment d'appartenance, la satisfaction à la vie de quartier et la perception d'être en sécurité sont reliés à des prévalences moins élevées de troubles anxieux ou de l'humeur.

Les principes du développement des communautés sont des éléments fondateurs des actions en développement des communautés. Un des principes qui retient le plus l'attention est la participation citoyenne et sociale des individus. Dans ce rapport, un lien a été identifié concernant la clientèle des 60 ans et plus entre la participation sociale et les troubles mentaux. En effet, ceux qui participent beaucoup socialement ont deux fois moins de chance d'avoir un trouble anxieux et un trouble de l'humeur que chez ceux qui participent peu. Aussi, près de 20 % des personnes ayant un faible niveau de participation sociale ont une santé mentale minimale, alors que ce chiffre baisse à 5 % chez ceux qui ont un niveau plus élevé de participation sociale.

Par ailleurs, le développement des communautés a été identifié comme une mesure à privilégier dans l'avis de santé mentale de l'INSPQ de 2008. Cette stratégie est déployée actuellement en Estrie à l'intérieur du réseau de la santé et des services sociaux, via diverses initiatives portées par les gestionnaires et les organisateurs communautaires des installations locales, et par la deuxième ligne en santé publique. Elle se déploie particulièrement depuis 2006 au niveau intersectoriel sous le leadership de l'Observatoire estrien du développement des communautés, de l'équipe régionale de santé publique, ainsi que de l'ensemble des acteurs en développement. Ce défi est un appel à la consolidation de ces actions!

> Une piste d'action destinée aux acteurs de la santé et des services sociaux

Développer de façon participative une politique régionale de soutien en développement des communautés pour le CIUSSS de l'Estrie - CHUS.

> Une piste d'action destinée aux acteurs des autres secteurs

S'approprier et mettre en œuvre les meilleures pratiques en développement des communautés.

CONCLUSION : LE DÉFI DES DÉFIS

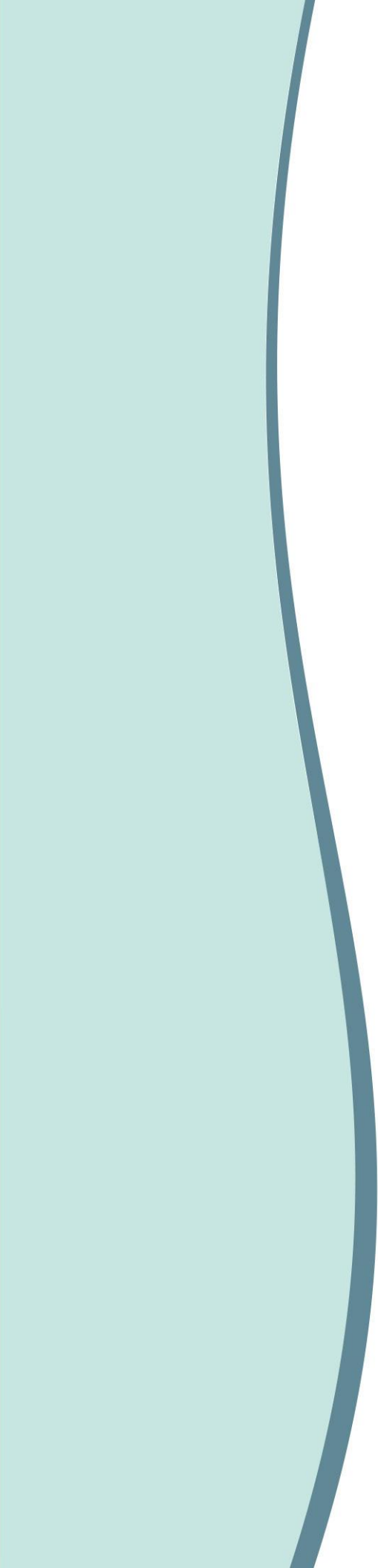
En conclusion de ce rapport, précisons d'abord le défi ultime qui sert d'assise aux sept défis mentionnés précédemment :

Prioriser la santé mentale et le bien-être

En conséquence :

- Respecter la vision et les principes de la Charte internationale de Perth¹
- S'approprier le cadre de référence pour la santé mentale et le bien-être du chapitre 1
- Inscrire les aspects suivants de la culture estrienne dans nos pratiques :
 - Dignité de la personne
 - Différenciation selon des sexes
 - Préoccupations intergénérationnelles et interculturelles
 - Inclusion des personnes en situation de vulnérabilité quelle qu'en soit l'origine (trouble mental, pauvreté, handicap, âge, etc.)

Dans les mois suivant la diffusion de ce rapport, une démarche sera mise en place avec les partenaires sectoriels et intersectoriels concernés par la santé mentale et le bien-être des Estriens pour développer un plan d'action régional. Ce plan d'action sera bâti à partir des priorités de chacun des neuf réseaux locaux de services du CIUSSS de l'Estrie -CHUS et des enjeux régionaux. Nous espérons que la santé mentale et le bien-être constitueront une priorité rassembleuse pour tous.



ANNEXES

ANNEXE 1 – SOURCES DE DONNÉES

Le tableau suivant présente les principales sources de données utilisées dans le rapport. Grâce à la mise en commun de données administratives et de données d'enquête, nous pouvons obtenir un portrait assez précis de la prévalence des troubles mentaux au sein de la population de l'Estrie, des MRC, des arrondissements et même des communautés.

Source	Type	Période utilisée	Population visée	Niveau géographique utilisé	Description des données
Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ)	Jumelage de bases de données	Années financières 2000-2001 à 2011-2012	Population d'un an et plus assurée par la RAMQ	Québec Estrie MRC	Définition de cas : Avoir un diagnostic principal de trouble mental inscrit au fichier MED-ECHO au cours de l'année Avoir un diagnostic de trouble mental inscrit au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours de l'année Trouble mental : CIM-9 : 290-319, CIM-10 : F00-F99.
Enquête québécoise sur la santé des jeunes du secondaire (EQSJS)	Enquête	Année scolaire 2010-2011	Élèves du secondaire (12-17 ans)	Québec Estrie MRC	Prévalence déclarée de certains troubles mentaux Environnement social Estime de soi Habitudes de vie et comportements à risque Données socioéconomiques
Enquête de santé populationnelle estrienne (ESPE)	Enquête	2014	18 ans et plus	Estrie MRC Arrondissement	Prévalence déclarée de trouble anxieux et de trouble de l'humeur Santé mentale positive (Keyes) Prévalence déclarée de maladies chroniques Habitudes de vie comportements à risque Perception de l'environnement Données socioéconomiques
Fichier des hospitalisations (MED-ECHO)	Fichier administratif	1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2013	Toute la population	Québec Estrie MRC Arrondissement Communauté	Définition de cas : Hospitalisation en soins physiques de courte durée dont la catégorie de diagnostic est Troubles mentaux et du comportement (CIM-10 : F00-F99).
Fichier des décès	Fichier de l'état civil	2002 à 2011	Toute la population	Québec Estrie	Définition de cas : Cause initiale du décès : Suicide : CIM-9 : E950-E959, CIM-10 : X60-X84, Y87.0 Trouble mental ou du comportement: CIM-9 : 290-319, CIM-10 : F00-F99.

Source	Type	Période utilisée	Population visée	Niveau géographique utilisé	Description des données
Services en santé mentale de 1 ^{re} ligne (I-CLSC)	Fichier administratif	1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2013	Résidents l'Estrie Exclus : Résidents de l'Estrie qui ont utilisé les services d'un CSSS hors de l'Estrie	Estrie MRC Arrondissement Communauté	Services ambulatoires de santé mentale en première ligne (I-CLSC, code 5939) Soutien d'intensité variable dans la communauté (I-CLSC, code 5942) Services psychosociaux – autres que SAD (code 6562) + profil 410
Visites à l'urgence du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke (Infocentre du CHUS)	Fichier administratif	1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2013	Résidents de Sherbrooke Exclus : Résidents de Sherbrooke qui ont visité une urgence autre que celle du CHUS	Sherbrooke Arrondissement Communauté	Catégorie majeure de diagnostic (CMD) ou la classe de diagnostic est Troubles mentaux
Transports en ambulance (Centre de communication Santé Estrie)	Fichier administratif	1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2013	Toute personne transportée à partir d'un lieu sur le territoire estrien	Estrie MRC Arrondissement Communauté	Transports répondant au Code 25 du Guide d'intervenant de terrain version 12.1 – <i>Medical priority dispatch system</i> (problème psychiatrique, de comportement et de tentatives de suicides).

ANNEXE 2 – CONTINUUM DE SANTÉ MENTALE DE KEYES (QUESTIONNAIRE)

CONTINUUM DE SANTÉ MENTALE – QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ (CSM-QA) KEYES (2002)

Choix de réponse pour chacune des 14 questions : tous les jours, presque tous les jours, environ deux ou trois fois par semaine, environ une fois par semaine, une fois ou deux, ou jamais

Bien-être émotionnel

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti...

1. Heureux (se)?
2. Intéressé(e) par la vie?
3. Satisfait(e) à l'égard de votre vie?

Fonctionnement positif

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti/vous êtes-vous senti...

4. que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société? (contribution sociale)
5. que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école)? (intégration sociale)
6. que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous? (croissance sociale)
7. que les gens sont fondamentalement bons? (acceptation sociale)
8. que le fonctionnement de la société a du sens pour vous? (cohérence sociale)
9. que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité? (acceptation de soi)
10. que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien? (maîtrise de l'environnement)
11. que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes? (rapports positifs avec d'autres)
12. que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne? (croissance personnelle)
13. capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions? (autonomie)
14. que votre vie a un but ou une signification? (but dans la vie)

Les réponses au questionnaire abrégé du Continuum de santé mentale sont regroupées afin de classer la population selon les trois catégories de santé mentale suivantes :

- **Santé mentale florissante** exige la réponse « presque tous les jours » ou « tous les jours » à au moins une des 3 questions sur le bien-être émotionnel, et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.
- **Santé mentale languissante** exige la réponse « une fois ou deux » ou « jamais » à au moins une des 3 questions sur le bien-être émotionnel, et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.
- **Santé mentale modérément bonne** fait référence à une santé mentale ni florissante ni languissante.

Source : Institut de la statistique du Québec, *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois - Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2012, page 65.

ANNEXE 3 – INDICATEURS DE TROUBLES MENTAUX PAR MRC ET ARRONDISSEMENTS

	Prévalence des troubles mentaux	Prévalence d'un diagnostic d'anxiété, de dépression ou de trouble alimentaire	Prévalence des troubles mentaux	Prévalence des troubles mentaux	Prévalence des troubles de l'humeur	Prévalence des troubles anxieux	Prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur
	1 à 17 ans	Élèves du secondaire	18 à 64 ans	65 ans et plus	18 ans et plus	18 ans et plus	18 ans et plus
	SISMACQ 2011-2012	EQSJS 2010-2011	SISMACQ 2011-2012	SISMACQ 2011-2012	ESPE 2014	ESPE 2014	ESPE 2014
Le Granit	8,8 % (-)	10,1 %	12,5 % (-)	14,7 %	6,0 %	8,0 %	11,3 %
Les Sources	10,9 %	11,2 %	13,2 %	12,5 % (-)	5,0 %	6,7 %	9,7 %
Le Haut-St-François	12,4 % (+)	8,2 %	12,8 % (-)	13,0 % (-)	4,6 %	5,3 %	8,2 %
Le Val-St-François	10,6 %	14,5 %	13,6 %	16,5 %	6,6 %	7,4 %	11,9 %
Coaticook	11,0 %	13,1 %	10,5 % (-)	10,6 % (-)	5,6 %	4,8 %	9,0 %
Memphrémagog	10,0 %	13,5 %	12,1 % (-)	12,4 % (-)	5,0 %	3,9 % (-)	7,5 % (-)
Sherbrooke	10,5 %	11,0 %	15,2 % (+)	17,6 % (+)	6,4 %	7,1 % (+)	10,9 % (+)
Brompton	ND	ND	ND	ND	7,1 %	8,8 %	11,8 %
Fleurimont	ND	ND	ND	ND	6,9 %	5,9 %	10,4 %
Lennoxville	ND	ND	ND	ND	9,2 % (+)	5,6 %	12,0 %
Mont-Bellevue	ND	ND	ND	ND	9,2 % (+)	8,8 % (+)	14,3 % (+)
Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	ND	ND	ND	ND	3,6 % (-)	5,1 %	7,6 % (-)
Jacques-Cartier	ND	ND	ND	ND	5,3 %	8,8 % (+)	11,2 %
Etrie	10,6 %	11,6 %	13,9 %	15,3 %	6,0 %	6,5 %	10,2 %
Québec	9,1 %	12,0 %	11,8 %	14,6 %	ND	ND	ND

(+) (-) Différence significative avec le reste de l'Etrie (seuil de 5 %).

ANNEXE 4 – INDICATEURS DE CONSOMMATION DE SERVICES PAR MRC, ARRONDISSEMENTS ET COMMUNAUTÉS

	Territoire ou arrondissement	Nom de la communauté	Interventions en 1 ^{re} ligne en santé mentale (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2012)			Visites à l'urgence au CHUS pour troubles mentaux (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)			Transports en ambulance (problème psychiatrique, de comportement, tentative de suicide) (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)			Hospitalisations pour trouble mental (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)		
			Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)
1	Le Granit	Rivière-Chaudière	665	178,52	(-)				2	0,54	(-)	16	4,35	(-)
2		Lac-Mégantic	3974	378,08	(+)				21	2,04	(-)	68	6,49	NS
3		Parc de Frontenac	733	130,60	(-)				7	1,32	(-)	21	3,78	(-)
4		Monts Mégantic et Gosford	470	194,88	NS				3	1,16	(-)	11	4,73	NS
5	Les Sources	Asbestos	2365	333,15	(+)				37	5,21	(+)	54	7,66	(+)
6		Danville	874	214,66	(+)				13	3,29	NS	17	4,08	(-)
7		Village des Sources	505	140,76	(-)				14	3,90	NS	16	4,46	NS
8	Le Haut-Saint-François	Les beaux vallons (Zone Sud)	1360	175,10	(-)				16	2,09	(-)	22	2,88	(-)
9		La Saint-François (Zone Nord-Ouest)	2182	286,12	(+)				44	5,74	(+)	49	6,43	NS
10		Le ciel étoilé (Zone Est)	631	285,03	(+)				6	2,71	NS	17	7,67	NS
11		Les lacs (Zone Dudswell-Weedon)	1180	264,80	(+)				13	2,92	NS	23	5,25	NS
12	Le Val-Saint-François	Richmond et région	1381	214,72	(+)				27	4,23	NS	29	4,57	(-)
13		Valcourt et région	726	103,94	(-)				23	3,26	NS	22	3,18	(-)
14		Ville de Windsor	1105	205,83	(+)				21	3,95	NS	35	6,44	NS
15		Ceinture de Windsor	471	100,00	(-)				10	2,04	(-)	10	2,21	(-)
16		Saint-Denis-de-Brompton	392	115,39	(-)				6	1,82	(-)	9	2,76	(-)
17		Stoke	119	43,04	(-)				3	1,16	(-)	5	1,95	(-)
18	Arr. de Brompton	de Brompton (C-1)	432	66,87	(-)	69	10,74	(-)	19	2,88	(-)	32	5,02	NS
19	Arr. de Fleurimont	de l'Aéroport (C-2)	552	123,56	(-)	52	11,54	(-)	7	1,61	(-)	17	3,71	(-)
20		de Julien-Ducharme (C-3)	894	168,78	(-)	88	16,62	NS	14	2,57	(-)	32	6,04	NS
21		du Pin-Solitaire (C-4)	968	343,75	(+)	105	37,44	(+)	25	8,95	(+)	34	12,08	(+)
22		de Saint-Michel (C-5)	2319	448,12	(+)	193	37,33	(+)	38	7,38	(+)	70	13,53	(+)
23		des Jardins-Fleuris (C-6)	1604	314,44	(+)	130	25,57	(+)	36	7,06	(+)	44	8,67	(+)
24		de Desranleau (C-7)	601	116,20	(-)	49	9,47	(-)	10	2,01	(-)	16	3,05	(-)
25		des Châteaux (C-8)	311	90,50	(-)	38	11,16	(-)	7	1,98	(-)	14	4,01	(-)
26		de Lavigerie (C-9)	2139	366,32	(+)	128	21,95	(+)	31	5,27	(+)	52	8,97	(+)
27		de Saint-Jean-Baptiste (C-10)	3186	653,54	(+)	258	52,88	(+)	67	13,83	(+)	97	19,98	(+)
28	Arr. de Lennoxville	de Lennoxville (C-11)	516	99,45	(-)	73	14,00	(-)	29	5,67	(+)	31	6,02	NS

			Interventions en 1 ^{re} ligne en santé mentale (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2012)			Visites à l'urgence au CHUS pour troubles mentaux (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)			Transports en ambulance (problème psychiatrique, de comportement, tentative de suicide) (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)			Hospitalisations pour trouble mental (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)		
	Territoire ou arrondissement	Nom de la communauté	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)
29	Arr. du Mont-Bellevue	du Centre-Ville (C-12)	2986	879,63	(+)	291	85,77	(+)	114	33,70	(+)	105	30,87	(+)
30		de l'Immaculée-Conception (C-13)	2017	364,02	(+)	149	26,93	(+)	46	8,23	(+)	51	9,28	(+)
31		des Grands-Monts (C-14)	1098	256,92	(+)	79	18,53	NS	26	5,99	(+)	34	7,86	(+)
32		du Phare (C-15)	495	156,26	(-)	47	14,95	(-)	10	3,28	NS	11	3,60	(-)
33		de Sainte-Jeanne-D'Aro (C-16)	1560	232,14	(+)	201	29,94	(+)	48	7,17	(+)	72	10,65	(+)
34		de l'Université (C-17)	565	86,97	(-)	85	13,14	(-)	14	2,09	(-)	40	6,22	NS
35		de Sainte-Catherine (C-18)	133	39,48	(-)	25	7,44	(-)	2	0,65	(-)	8	2,26	(-)
36	Arr. de Rock Forest-Saint-Élie-Deauville	du Petit-Lac-Magog (C-19)	151	60,78	(-)	28	11,33	(-)	3	1,29	(-)	9	3,61	(-)
37		du Mi-Vallon (C-20)	683	86,20	(-)	71	8,99	(-)	10	1,31	(-)	20	2,50	(-)
38		de Boisjoli (C-21)	332	58,45	(-)	58	10,21	(-)	12	2,15	(-)	18	3,13	(-)
39		du Village-de-Rock-Forest (C-22)	348	60,31	(-)	57	9,91	(-)	11	1,91	(-)	20	3,43	(-)
40		de Deauville (C-23)	406	59,88	(-)	41	6,08	(-)	11	1,59	(-)	15	2,18	(-)
41		de Saint-Élie (C-24)	263	41,68	(-)	48	7,67	(-)	8	1,30	(-)	17	2,66	(-)
42		de Beckett (C-25)	165	49,23	(-)	25	7,35	(-)	6	1,73	(-)	10	2,87	(-)
43	Arr. de Jacques-Cartier	d'Hélène-Boullé (C-26)	99	58,60	(-)	12	7,20	(-)	4	2,24	NS	5	3,07	(-)
44		de Saint-Alphonse (C-27)	782	173,20	(-)	107	23,79	(+)	28	6,11	(+)	37	8,15	(+)
45		du Vieux-Nord (C-28)	1560	469,78	(+)	130	39,28	(+)	26	7,71	(+)	63	18,98	(+)
46		de Laurentie (C-29)	438	112,74	(-)	48	12,46	(-)	16	4,02	NS	22	5,71	NS
47		de Saint-Boniface (Lionel-Groulx) (C-30)	527	90,11	(-)	80	13,62	(-)	23	3,97	NS	43	7,39	(+)
48		de Chauveau (C-31)	287	85,80	(-)	29	8,61	(-)	9	2,75	NS	14	4,25	(-)
49		d'André-Viger (C-32)	424	87,33	(-)	61	12,52	(-)	10	2,02	(-)	19	3,91	(-)
50	Coaticook	de Saint-Jean-de-Brébeuf (C-33)	532	260,15	(+)	62	30,22	(+)	17	8,22	(+)	19	9,19	(+)
51		Coaticook Nord	160	79,18	(-)				2	1,09	(-)	5	2,27	(-)
52		Coaticook Est	454	153,27	(-)				4	1,49	(-)	14	4,80	NS
53		Coaticook Ouest	376	140,70	(-)				5	1,72	(-)	4	1,57	(-)
54		Coaticook Centre urbain	1918	269,19	(+)				22	3,14	NS	63	8,87	(+)
55		Coaticook Centre agricole	430	105,86	(-)				9	2,12	(-)	14	3,35	(-)
56		Vallée de la Missisquoi Nord	589	135,95	(-)				10	2,22	(-)	11	2,59	(-)
57	Memphrémagog	Vallée de la Missisquoi Sud	202	55,74	(-)				5	1,27	(-)	8	2,26	(-)
58		Massawippi	390	55,79	(-)				8	1,20	(-)	28	3,95	(-)
59		Stanstead	856	203,73	NS				13	3,14	NS	21	5,05	NS
60		Sud de Magog	586	128,58	(-)				7	1,58	(-)	13	2,94	(-)
61		Est de Magog	2014	368,93	(+)				22	4,03	NS	34	6,19	NS
62		Centre de Magog	1954	506,30	(+)				22	5,75	(+)	33	8,45	(+)
63		Nord de Magog	1033	218,62	(+)				10	2,07	(-)	22	4,70	NS
64		Southière	370	113,57	(-)				18	5,53	(+)	12	3,63	(-)
65		Nord-Est de Magog	709	179,04	(-)				9	2,22	(-)	15	3,79	(-)
66		Orford	343	95,94	(-)				12	3,41	NS	18	5,03	NS

			Interventions en 1 ^{re} ligne en santé mentale (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2012)			Visites à l'urgence au CHUS pour troubles mentaux (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)			Transports en ambulance (problème psychiatrique, de comportement, tentative de suicide) (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)			Hospitalisations pour trouble mental (1 ^{er} avril 2009 au 31 mars 2014)		
	Territoire ou arrondissement	Nom de la communauté	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)	Nombre annuel moyen	Taux brut/1000	Écart avec Estrie (1%)
1	Arrondissements de la Ville de Sherbrooke	Arrondissement de Brompton	432	66,87	(-)	69	10,74	(-)	19	2,88	(-)	32	5,02	NS
2		Arrondissement de Fleurimont	12574	298,01	(+)	1 042	24,69	(+)	236	5,58	(+)	376	8,92	(+)
3		Arrondissement de Lennoxville	516	99,45	(-)	73	14,00	(-)	29	5,67	(+)	31	6,02	NS
4		Arrondissement du Mont-Bellevue	8855	268,57	(+)	879	26,65	(+)	260	7,89	(+)	321	9,73	(+)
5		Arrondissement de Rock Forest-St-Élie-Deauville	2183	62,45	(-)	304	8,70	(-)	56	1,60	(-)	98	2,80	(-)
6		Arrondissement de Jacques-Cartier	4813	146,55	(-)	554	16,87	(-)	137	4,18	NS	232	7,06	(+)
1	MRC de l'Estrie	MRC du Granit	5842	260,18	(+)				34	1,50	(-)	117	5,21	(-)
2		MRC des Sources	3744	258,43	(+)				64	4,44	(+)	87	6,00	NS
3		MRC du Haut-Saint-François	5352	245,29	(+)				79	3,62	NS	112	5,12	(-)
4		MRC du Val-Saint-François	4194	143,73	(-)				90	3,09	(-)	111	3,82	(-)
5		Ville de Sherbrooke	29373	185,84	(-)	2 921	18,48	—	737	4,66	(+)	1 091	6,90	(+)
6		MRC de Coaticook	3338	180,08	(-)				42	2,28	(-)	100	5,38	NS
7		MRC de Memphrémagog	9046	189,99	(-)				136	2,86	(-)	215	4,52	(-)
		Estrie	60890	195,07	—	—	—	—	1 182	3,79	—	1 833	5,87	—

Sources : Numérateurs : I-CLSC. Infocentre du Centre hospitalier universitaire de Sherbrooke. Centre de communication Santé Estrie. Fichier des hospitalisations MED-ECHO. Dénominateur : Statistique Canada, Recensement de 2011.

ANNEXE 5 – PRATIQUES PROMETTEUSES EN PROMOTION DE LA SANTÉ MENTALE ET DU BIEN-ÊTRE EN ESTRIE À PARTIR DE LA CHARTE D'OTTAWA

Les cinq stratégies de la charte d'Ottawa en promotion de la santé ont été identifiées comme faisant partie du cadre de référence de ce rapport au chapitre 1. Elles peuvent être utilisées au niveau des diverses missions du réseau de la santé ainsi que par les autres acteurs de la société.

Chaque stratégie sera présentée en l'illustrant avec des exemples variés d'actions prometteuses en promotion de la santé mentale et du bien-être ou en prévention des troubles mentaux, et ce, tout au long du parcours de vie et dans divers milieux de vie. La liste n'est pas exhaustive. Il s'agit plutôt d'un éventail de ce qui se fait actuellement pour inspirer les défis qui sont proposés dans le chapitre 6.

Favoriser le développement du potentiel des individus

Cette stratégie soutient les divers aspects du potentiel des individus et en particulier le développement du potentiel d'agir^h. Elle assure l'apprentissage d'aptitudes et l'acquisition de ressources individuelles indispensables au choix d'un mode de vie et au maintien de conditions de vie saines. Comme nous l'avons vu au chapitre du cadre de référence, cela contribue directement à la santé mentale et au bien-être de la population.

➤ Exemples en Estrie

- Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) :

Dans la région de l'Estrie, les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance (SIPPE) sont implantés dans toutes les MRC. Ces services s'adressent à des familles vivant en contexte de vulnérabilité et ont pour objectif de les soutenir, à partir de la grossesse de la mère jusqu'à ce que l'enfant ait atteint l'âge de cinq ans. Ils se traduisent par :

- un accompagnement des familles;
- l'intégration de l'enfant dans un milieu de garde;
- le partenariat et l'action intersectorielle.

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2004/04-836-02W.pdf>

- Projet Maillon :

Issu de la Stratégie d'action jeunesse, ce projet offre un soutien individualisé de jeunes en difficulté pour augmenter leur pouvoir d'agir dans la recherche d'emploi, le retour aux études, la recherche d'un logement. Une plate-forme Web est utile à cette fin. Lien Internet : <http://portailressourcesestrie.com/>

- Implantation du programme Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR) au Centre de réadaptation de l'Estrie :

Considéré comme mesure efficace pour réduire le stress, ce programme a été implanté avec grand intérêt et impact auprès des employés du Centre de réadaptation Estrie ces dernières années.

Lien Internet : <http://www.umassmed.edu/cfm/Stress-Reduction/>

- Actions des organismes de santé mentale et des autres organismes communautaires pour accroître la résilience lors de situations de vie difficile (tout âge) :

Dans le cadre du rétablissement de leur clientèle ou dans une offre à la population intéressée, les organismes alternatifs de santé mentale offrent des rencontres qui permettent d'augmenter le potentiel d'agir des personnes et leur résilience. Lien Internet : <http://www.santementaleestrie.org/documents/GuideReference.pdf>

Susciter et maintenir le développement d'environnements favorables à la santé mentale et au bien-être

Cette stratégie s'intéresse à l'amélioration des milieux de vie de la population, à leur perception de ce milieu de vie ainsi qu'à leur appartenance, que ce soit le milieu familial, les services de garde, le milieu scolaire ainsi que le milieu de travail. Une prise en compte des facteurs qui, dans ces milieux, favorisent ou nuisent à la santé mentale et au bien-être des gens constitue aussi des actions reliées à cette stratégie.

Le plan de l'urbanisme, l'aménagement du territoire, incluant le transport actif, la mise en place de lieux d'échange, d'expression citoyenne ou artistique, ainsi que la préoccupation de la sécurité des quartiers constituent dans une communauté des aspects promoteurs de la santé mentale et du bien-être. En santé publique, l'approche d'évaluation inclusive d'impact sur la santé constitue un outil utile pour les municipalités.

> Exemples en Estrie

- L'approche École en santé (milieux scolaires primaire et secondaire) :

Les fondements de l'approche École en santé se situent au cœur du déploiement des bonnes pratiques relatives à la promotion de la santé et à la prévention en contexte scolaire. Ils reposent sur la reconnaissance de l'efficacité d'agir simultanément, en concertation et avec l'engagement des acteurs de l'école et de la communauté, sur plusieurs déterminants communs à la santé, au bien-être et à la réussite éducative des jeunes.

Lien Internet : http://www.csssbc.qc.ca/fichiers/Guide_bref-Ecole_en_sante.pdf

- Projet d'identification et de correction des risques psychologiques (milieu de travail) :

Une approche par étape pour identifier et corriger les risques psychologiques en milieu de travail est actuellement réalisée à la Direction de santé publique de l'Estrie comme projet pilote.

Lien Internet : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1269_GrilleIdentRisquesPsychosociauxTravail_Mars2011.pdf

- Projet sur les environnements favorables aux habitudes de vie en milieu municipal (Estrie) :

Depuis 2012, des sessions de sensibilisation aux environnements favorables aux saines habitudes de vie sont offertes sur le territoire estrien. Ces sessions visent à partager une compréhension commune des quatre environnements, de leurs applications dans les différents milieux, ainsi que de l'importance de la complémentarité des actions. La création d'environnements favorables aux saines habitudes de vie vise à mettre à la disposition des individus une offre qui facilite les choix sains.

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2012/12-289-03.pdf>

- Évaluation inclusive d'impact sur la santé pour des aménagements urbains ou des politiques municipales :

La Direction de santé publique peut offrir un service d'évaluation d'impact sur la santé de politiques municipales ou de projets de développement. Les impacts sont évalués en ce qui a trait à la santé et au bien-être des individus ainsi que sur les déterminants de la santé.

Lien Internet : http://www.ccnpps.ca/13/evaluation_d'impact_sur_la_sante.ccnpps

Favoriser le renforcement de l'action communautaire

L'action communautaire touche de façon importante la santé mentale et le bien-être de la population par ses actions sur les déterminants sociaux d'une communauté, par son travail pour favoriser la participation citoyenne et, entre autres, par son souci d'augmenter le pouvoir d'agir des individus et des collectivités. Elle s'inspire du savoir populaire, des actions des regroupements communautaires, de celles des organismes communautaires et à but non lucratif, et de la culture et des valeurs particulières de chaque communauté. Le regroupement récent de l'ensemble des organisateurs communautaires dans un seul CIUSSS représente une opportunité de développer une vision commune de l'action communautaire et du développement des communautés.

> Exemples en Estrie

- Observatoire estrien en développement des communautés (OEDC) constitué de plus de 50 membres intersectoriels, qui vise la connaissance des enjeux locaux et régionaux de développement des communautés (DC), ainsi que le soutien des communautés et l'amélioration des pratiques en DC :

L'OEDC existe depuis 2006 et a pour mission d'aider à soutenir le développement des 66 communautés en Estrie. Le Tableau de bord sur les indicateurs en DC, le Comité d'avancement des pratiques et les activités de soutien direct aux agents de développement et aux partenaires du développement sont ses principales activités.

Lien Internet : <http://www.oedc.qc.ca/>

- Approches de proximité de diverses installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour rapprocher les services de la communauté des services cliniques et qui permettent de mieux répondre aux besoins de la population (Installations du CSSS-IUGS, de Memphrémagog et de Coaticook) :

L'intervention de proximité, dont l'évaluation pour trois quartiers de Sherbrooke (Centre-Ville, Jardins Fleuris et Ascot Corner) a été très positive, devrait servir de source d'inspiration pour d'autres interventions du même type en milieu urbain et avec adaptation en milieu rural.

Lien Internet : http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/12_01_Cahier_recherche_Paul_Morin.pdf

- Intervention de crise ou de perte d'emploi dans diverses installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour relier les personnes touchées aux services et aux ressources du milieu (Intervention du Granit, des Sources et de Memphrémagog) :

Une démarche réflexive est faite pour les personnes ayant perdu leur emploi, jumelée à une intervention sociale auprès de ces dernières, et complétée par un projet de soutien et d'entraide par les marchands et par la population.

Lien Internet : <http://csssm.santeestrie.qc.ca/fr/documents/Guideaidant2011.pdf>

- Culture du cœur : accès aux spectacles et aux événements culturels pour les personnes en situation de pauvreté en Estrie :

Ce projet permet aux personnes démunies financièrement d'avoir accès à des spectacles gratuits et de bénéficier d'un médiateur culturel qui guide les sorties, les rend agréables et fait un suivi après les rencontres pour ajuster les choix et améliorer l'expérience.

Lien Internet : <http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/evaluation-implantation-Cultures-du-coeur-Estrie-rapport-final-26janv15-numerique.pdf>

Susciter le développement de politiques publiques en faveur de la santé mentale et du bien-être

Cette stratégie correspond à considérer la santé mentale et le bien-être dans chaque politique. Elle se réalise concrètement en mettant en place des politiques et des règlements qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé, tels que décrits par l'OMS dans son rapport en 2008. On peut identifier ces exemples : revenu, conditions de travail, emploi, éducation, habitat, transports, etc.

Les politiques ayant le plus d'impact populationnel sur ces déterminants sont sans contredit celles qui se situent au niveau provincial ou fédéral. Cependant, des initiatives locales ou régionales peuvent permettre d'agir au niveau des municipalités et d'autres structures qui peuvent amener des changements dans les communautés.

> Exemples en Estrie

- Politiques municipales familiales dans plusieurs municipalités du Val-Saint-François :

La famille a été priorisée dans la MRC du Val-Saint-François au niveau de la concertation en lien avec la solidarité et l'inclusion sociale. Parallèlement à cela, plusieurs municipalités du Val-Saint-François ont implanté une politique familiale.

Lien Internet : <http://www.ville.richmond.qc.ca/documents/politiqueFamille-RICHMOND-2006-12.pdf>

- Alliance estrienne en solidarité et inclusion sociale (AESIS - Concertation régionale) :

Elle soutient les sept tables des MRC de l'Estrie dans le financement de projets locaux issus de plans d'action de ces tables.

Un cadre de référence, qui reprend les principes du développement des communautés et d'autres principes reliés à la réduction de la pauvreté, a permis une cohérence et une adhésion de l'ensemble des acteurs.

Une table de concertation reliée à la pauvreté et l'exclusion sociale ou au développement social est reconnue dans chaque MRC.

Les Corporations de développement communautaire (CDC) et les organisateurs communautaires des installations locales du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sont des ressources importantes pour animer ces concertations.

Trois projets régionaux en soutien aux tables locales sont en cours :

- Modification de comportements préjudiciables aux personnes en situation de vulnérabilité (Table d'action contre l'appauvrissement en Estrie);
- Stratégie de transfert de connaissances sur les enjeux communs des tables de MRC (OEDC);
- Récupération et redistribution de denrées alimentaires (Moisson Estrie).

Lien Internet : <http://creestrie.qc.ca/alliance-solidarite-linclusion-sociale/plan-daction-regionale-solidarite-linclusion-sociale-2011-2015/>

- Développement de multiples initiatives citoyennes et des élus pour améliorer la qualité de vie des citoyens de cinq municipalités du Haut-Saint-François :

Lors de l'Université rurale qui a eu lieu à l'automne 2013 en Estrie, une intervention touchant cinq municipalités a été présentée. Ces initiatives d'élus et de citoyens ont été analysées et un document de recherche a été réalisé sur leur démarche.

Lien Internet : http://www.csss-iugs.ca/c3s/data/files/Cahier_URQ_Final_8_mai_2014.pdf

- Politique de développement social et communautaire de la Ville de Sherbrooke :

Cette politique relie les aspects sociaux et communautaires aux décisions et aux services de la Ville de Sherbrooke. Elle a été développée en incluant les divers acteurs du milieu dans un processus d'élaboration collectif.

Lien Internet : https://www.ville.sherbrooke.qc.ca/fileadmin/fichiers/democratique/poldevsocial_final_fr.pdf

Favoriser la réorientation des services vers des pratiques favorables à la santé et au bien-être

Cette stratégie prône d'abord la réorientation du système de santé et de services sociaux vers davantage de promotion et de prévention. Elle correspond à l'inscription des actions de santé publique à l'intérieur des trajectoires de soins, de manière à agir et à réduire le nombre de personnes qui ont besoin du système de soins. Elle touche aussi le lien entre les activités cliniques et la communauté.

> Exemples en Estrie

- Création d'un réseau local de services dans une perspective de responsabilité populationnelle (Coaticook) :

Le CSSS de Coaticook a exercé un leadership auprès de ses partenaires pour mettre sur pied une gouvernance intersectorielle dans une optique de responsabilité populationnelle. Trois tables de clientèles ont été mises sur pied ainsi qu'un plan d'action pour améliorer la réponse aux besoins de la population de la MRC de Coaticook.

Lien Internet (cadre de référence) :

http://www.cssscoaticook.ca/fr/publications/documents/Cadre-de-reference_Modele-integre-de-concertation.pdf

- Identification des grands utilisateurs de l'urgence et réflexion pour agir davantage en amont (Memphrémagog) :

Dans le cadre de leur politique en développement des communautés, les gestionnaires du CSSS de Memphrémagog ont entrepris une réflexion pour mieux répondre à la clientèle qui utilise fréquemment les services de l'urgence, ceci pour mieux répondre à leurs besoins et réduire le nombre de visites à l'urgence.

Lien Internet : <http://csssm.santeestrie.qc.ca/fr/devcommuneaute.php>

- Amélioration des pratiques des gestionnaires et des intervenants en prévention du suicide :

Tout comme ailleurs au Québec, une formation de gestionnaires a conduit à l'élaboration d'un plan de prévention du suicide porté par chacune des tables de santé mentale de la région. Une formation a aussi été dispensée aux intervenants pour améliorer les pratiques en prévention du suicide.

Lien Internet : <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-247-02.pdf>

- Projets d'amélioration de la qualité de vie des employés et de l'humanisation des soins et des services dans la majorité des installations du CIUSSS de l'Estrie - CHUS :

Ces projets d'amélioration de la qualité des employés et de l'humanisation des soins portent diverses couleurs (Planetree, Entreprise en santé, etc.). Une réflexion est faite actuellement au CIUSSS de l'Estrie - CHUS pour identifier quel modèle serait le plus propice dans le nouvel établissement.

Lien Internet : <http://planetree.org/>

ANNEXE 6 – TABLEAUX DES MESURES EN LIEN AVEC LES FACTEURS DE PROTECTION ET LES FACTEURS DE RISQUE

Les tableaux suivants (exemples estriens non exhaustifs) correspondent au défi n° 4, c'est-à-dire dresser le bilan des meilleures pratiques en amont. Les mesures en caractère gras ne sont pas encore implantées actuellement. Par ailleurs, pour chaque clientèle (0-5 ans, 6-17 ans, 18-64 ans et plus), les numéros entre parenthèses correspondent au numéro de mesures prometteuses décrites à l'intérieur du document² suivant : https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/789_Avis_sante_mentale.pdf

Enfants de 0 à 5 ans

> Mesures en lien avec les facteurs de protection

Ressources personnelles	Soutien social	Inclusion sociale	Environnement favorable
Formation aux habilités parentales (2)			Politiques et mesures de conciliation-famille (1)

> Mesures en lien avec les facteurs de risque

Facteurs biologiques négatifs	Facteurs socio-économiques	Exclusion sociale	Environnement défavorable
Interventions nutritionnelles pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (4)		Interventions préscolaires pour les enfants et leurs parents vivant en contexte de vulnérabilité (5)	Visites à domicile pour les familles vivant en contexte de vulnérabilité (3)
Dépistage de la dépression pré et postnatale et interventions brèves (6)			
Intervention brèves pour prévenir l'abus de substances (7)			

Jeunes de 6 à 17 ans

> Mesures en lien avec les facteurs de protection

Ressources personnelles	Soutien social	Inclusion sociale	Environnement favorable
Intervention de promotion de la santé mentale en milieu scolaire (2)	Intervention pour les jeunes endeuillés (8)	Intervention pour les jeunes d'un parent atteint d'un trouble mental (10)	Approches Écoles promotrices de santé (1)
Formation aux habiletés parentales pour les parents de jeunes présentant des problèmes de comportement (6)	Intervention pour les jeunes de parents séparés (9)		Interventions pour améliorer l'environnement scolaire (3)

> Mesures en lien avec les facteurs de risque

Facteurs biologiques négatifs	Facteurs socio-économiques	Exclusion sociale	Environnement défavorable
Intervention pour prévenir l'abus de substances (5)		Intervention pour prévenir la violence (4)	
Intervention auprès des jeunes à risque de dépression et d'anxiété (7)			

Personnes de 18 à 65 ans et toutes clientèles (1, 2, 3)

> Mesures en lien avec les facteurs de protection

Ressources personnelles	Soutien social	Inclusion sociale	Environnement favorable
Programmes d'activité physique (3)	Intervention pour soutenir les aidants naturels (7)	Intervention pour améliorer la littératie en santé mentale (1)	Soutien au développement des communautés (2)
			Interventions de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux en milieu de travail (4)

> Mesures en lien avec les facteurs de risque

Facteurs biologiques négatifs	Facteurs socio-économiques	Exclusion sociale	Environnement défavorable
			Dépistage et interventions visant à prévenir la violence conjugale (5)

NOTES

a- Le domaine de la santé mentale a évolué considérablement dans la dernière décennie avec le double continuum de Keyes, la Charte de Perth au niveau international, la vision de la promotion de la santé mentale de l'OMS et la salutogénèse d'Antonovsky qui présente en particulier une vision d'actifs de santé qui rejoint d'autres travaux similaires en psychologie positive.

Il y a aussi eu des travaux récents concernant un cadre de référence réalisé par le Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé. Ce modèle présente une vision qui peut servir aisément à des actions politiques favorables à la santé mentale et au bien-être. Pour en savoir plus long, consultez les références suivantes :

- LINDSTRÖM, B. et M. ERIKSSON (2012). *La salutogénèse : Petit guide pour promouvoir la santé, édition française*, Québec, Presses de l'Université Laval, 140 p.
- BROWN, J. S., A. M. LEARMONTH et C. J. MACKERETH (2015). *Promoting Public Mental Health and Well-Being : Principles into Practice, 1^{re} édition*, Jessica Kingsley Publishers, 306 p.
- DUHOUX, A. (2009). « Santé mentale positive : du traitement des maladies mentales à la promotion de la santé mentale », *Quintessence*, vol. 1, n° 2, 2 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, gouvernement du Québec, p. 19.
- MORGAN, A., M. DAVIES et E. ZIGLIO (2010). *Health Assets in a Global Context : Theory, Methods, Action*, édition 2010, Londres, Springer, 362 p.
- MANTOURA, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, Montréal, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 24 p.

b- Le stress était le cinquième facteur de risque que nous avons finalement inclus dans les facteurs biologiques négatifs pour les impacts importants qu'il entraîne sur la santé mentale et physique. Bien que le stress soit identifié par l'INSPQ d'abord au niveau des « événements ou situations stressantes qui amènent une inadéquation entre les demandes de l'environnement et les ressources de l'individu » (INSPQ 2008) », nous comprenons que les aspects autres que biologiques reliés au stress peuvent se retrouver dans les autres déterminants. Par exemple, les capacités de faire face au stress peuvent se retrouver dans les ressources personnelles (gestion du stress), les agents stressants, les inégalités sociales et les situations de vie dans le parcours de vie dont nous parlons un peu plus loin dans ce chapitre.

c- Le continuum de santé mentale positive sera davantage expliqué en lien avec un indice de mesure utilisé dans le rapport au début du chapitre 2. Celui de troubles mentaux est en lien avec les troubles mentaux reconnus du DSM-5.

d- Pour en savoir plus long, vous pouvez consulter les documents suivants :

- Évaluation d'une intervention de quartier réalisée dans trois quartiers de Sherbrooke (Jardins Fleuris, Ascot Corner et Centre-ville) : http://www.oedc.qc.ca/fichiers/oedc/fichiers/VF_Rapport_final_IQ_Cahier_CAU_19-01-2012.pdf
- Intervention de groupe :
TURCOTTE, D. et J. LINDSAY (2014). *L'intervention sociale auprès des groupes*, 3^e édition, Montréal, Gaétan Morin éditeur, 232 p.
- Personnalisation des soins :
CARRIER, Sébastien et autres (2013). *Le modèle écossais. De la différence que font les services sociaux dans la vie des personnes et des communautés*, Centre affilié universitaire du CSSS-IUGS, 62 p.

e- Plusieurs écrits reconnaissent l'importance et sont aussi utiles pour améliorer la littératie en ce qui a trait aux déterminants individuels reliés à la santé mentale et au bien-être. Mentionnons ces deux outils intéressants :

- *Les populations et le pouvoir du langage... Parlons-en* (Centre de collaboration nationale des déterminants de la santé) : <http://nccdh.ca/fr/resources/entry/lets-talk-populations>
- *Communiquer les déterminants sociaux de la santé : Guide pour la création de messages communs* (Conseil canadien sur les déterminants sociaux) : http://ccsdh.ca/images/uploads/Communiquer_les_de%CC%81terminants_sociaux_de_la_sante%CC%81.pdf

f- La distinction entre ressources psychologiques et spirituelles n'est pas aisée et dépasse l'absence ou la présence d'une religion chez la personne. Voici d'abord des références sur les ressources spirituelles et le soin spirituel :

- *Spiritual Resources* (Island Health) : http://www.viha.ca/spiritual_care/Spiritual+Resources.htm
- *What Is Spiritual Care?* (University of Maryland Medical Center) : <http://umm.edu/patients/pastoral/what-is-spiritual-care>
- *Develop Your Spiritual Resources* (Taking Charge of your Health and Wellbeing, University of Minnesota) : <http://www.takingcharge.csh.umn.edu/enhance-your-wellbeing/purpose/spirituality/develop-your-spiritual-resources>

Voici aussi des mesures prometteuses en cours en Estrie ou ailleurs pour améliorer les ressources psychologiques et spirituelles. Mentionnons, entre autres :

- Implantation d'activités de méditation de pleine conscience au Centre de réadaptation en déficience intellectuelle et en troubles envahissants du développement (CRDITED Estrie).
- Implantation de pratiques cliniques découlant de la théorie du bien-être de Martin Séligman à l'Installation du Centre de réadaptation Estrie du CIUSSS de l'Estrie – CHUS : <http://extranet.editis.com/it-yonixweb/images/BLF/art/doc/b/b733e0d8be3133353936323433363734383934.pdf>
- Lien entre spiritualité et rétablissement en santé mentale : Thèse doctorale de Gaston Lachance, œuvrant au Centre universitaire sur l'étude du religieux contemporain (CUERC) de l'Université de Sherbrooke : <http://theses.ulaval.ca/archimede/meta/28165>
- Implantation de la méditation de la pleine conscience depuis une dizaine d'années dans les écoles primaires de Vancouver : <http://www.vancouver.sun.com/health/Meditation+helps+kids+attention+leading+researcher+says/6159558/story.html>

g- Pour ce défi n° 6, l'Alliance estrienne pour la solidarité et l'inclusion sociale a été identifiée comme exemple pour le défi n° 6 et la stratégie des politiques en faveur de la santé mentale et du bien-être. Il est important d'apporter certaines précisions :

- Elle est en place depuis trois ans.
- Elle soutient les sept tables des MRC de l'Estrie dans le financement de projets locaux issus de plan d'action de ces tables.
- Un cadre de référence, qui reprend les principes du développement des communautés et d'autres principes reliés à la réduction de la pauvreté, a permis une cohérence et une adhésion de l'ensemble des acteurs.
- Une table de concertation reliée à la pauvreté et à l'exclusion sociale ou au développement social est reconnue dans chaque MRC.
- Les Corporations de développement communautaire et les organisateurs communautaires des installations locales du CIUSSS de l'Estrie - CHUS sont des ressources importantes pour animer ces concertations.
- Trois projets régionaux en soutien aux tables locales sont en cours :
 - Modification de comportements préjudiciables aux personnes en situation de vulnérabilité (Table d'action contre l'appauvrissement en Estrie);
 - Stratégie de transfert de connaissances sur les enjeux communs des tables de MRC (OEDC);
 - Récupération et redistribution de denrées alimentaires (Moisson Estrie).

h- Le pouvoir d'agir ou l'« empowerment » est un principe reconnu du développement des communautés. En lien avec le développement des capacités, il est aussi un élément transversal de l'Institut de première ligne du CIUSSS de l'Estrie. Par ailleurs plusieurs chercheurs de l'Université Laval ont aussi développé cet aspect en lien avec la pratique du travail social. Voir les références suivantes pour en savoir plus long :

- NINACS, W. A. (2008). *Empowerment et intervention : Développement de la capacité d'agir et de la solidarité*, Québec, Presses de l'Université Laval, 225 p.
- LE BOSSÉ, Y. (2012). *Sortir de l'impuissance : Invitation à soutenir le développement du pouvoir d'agir des personnes et des collectivités (Tome 1 : Fondements et cadres conceptuels)*, Québec, Éditions ARDIS (Association de Recherche et Développement sur les Initiatives Sociales), 278 p.

i- Quelques précisions sur le défi n° 7 :

- En ce qui a trait à la politique régionale en développement des communautés :
 - Trois CSSS de la région ont effectué des travaux très intéressants en ce sens (CSSS des Sources, du Granit et de Memphrémagog).
 - Le CSSS de Memphrémagog a développé une politique en trois axes touchant les diverses missions de santé et de services sociaux qui pourrait inspirer les travaux.
 - Le groupe des organisateurs communautaires constitue une ressource importante au niveau du contenu et du processus reliés au développement et à la mise en œuvre de cette politique.
- En ce qui a trait à l'appropriation des pratiques en développement des communautés :
 - Le réseau de la santé et des services sociaux, l'École de travail social de l'Université de Sherbrooke et le Centre de recherche affilié du CSSS-IUGS ont contribué à développer l'OEDC depuis 2006.
 - Plus de 60 membres provenant de divers secteurs de développement de l'Estrie se sont ralliés à cette concertation qui est soutenue par les ressources de la santé publique et des CSSS de la région.
 - Deux versions de tableau de bord des diverses communautés de l'Estrie ont été développées (2006, 2011).
 - Le découpage en 96 communautés est très utile pour la nouvelle région de l'Estrie et pour la fonction de surveillance de la Direction de santé publique.
 - Plusieurs recherches ont aussi été réalisées dans la région pour documenter les pratiques, évaluer des initiatives ou identifier des leviers ou des cadres de référence utiles.
 - Le Comité d'avancement des pratiques de l'OEDC a tenu plus de 45 rencontres thématiques permettant de confronter théorie et pratique et d'identifier des outils ou des ressources.

LISTE DES RÉFÉRENCES

1. CLIFFOREL BEERS FOUNDATION (UK) et MENTALLY HEALTHY WA (2012). *Perth Charter for the Promotion of Health and Wellbeing*, [En ligne], Curtin University, Australie occidentale, 4 p.
[\[https://www.rsph.org.uk/download.cfm?docid=2cbc8518-d8de-404a-81702746a3a4385b\]](https://www.rsph.org.uk/download.cfm?docid=2cbc8518-d8de-404a-81702746a3a4385b) (Consulté en 2015).
2. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, gouvernement du Québec, 162 p.
3. LES DIÉTÉTISTES DU CANADA (2012). *Promouvoir la santé mentale par la saine alimentation et les soins en nutrition*, Toronto, 8 p.
4. PENEDO, F. J. et J. R. DAHN (2005). « Exercise and well-being : a review of mental and physical health benefits associated with physical activity », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 18, p. 189-193.
5. SOFI, F. et autres (2010). « Physical activity and risk of cognitive decline : a meta-analysis of prospective studies », *Journal of Internal Medicine*, vol. 269, p. 107-117.
6. BRENNER, R. et autres (2010). « Primary prevention in psychiatry - adult populations », *Annals of Clinical Psychiatry*, vol 22, n° 4, p. 239-248.
7. MANTOURA, P. (2014). *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, Montréal, Québec, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, 24 p.
8. BARRY, M. M. et L. FRIEDLI (2008). *The influence of social, demographic and physical factors on positive mental health in children, adults and older people*, Foresight Mental Capital and Wellbeing Project, State-of-Science Review : SR-B3, Londres, Government Office for Science, 22 p.
9. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1986). *Promotion de la santé. Charte d'Ottawa*, [En ligne], Europe, 6 p.
[\[http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf\]](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/129675/Ottawa_Charter_F.pdf) (Consulté en 2015).
10. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2009). *Comblant le fossé en une génération : Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé*, rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé, Genève, 24 p.
11. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2013). *Planification stratégique 2013-2015*, Direction de santé publique de l'Estrie, 6 p.
12. KEYES, COREY. L. M. (2002). « The Mental Health Continuum : From Languishing to Flourishing in Life », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, p. 207-222.
13. KEYES, COREY. L. M. (2007). « Promoting and Protecting Mental Health as Flourishing : A Complementary Strategy for Improving National Mental Health », *American Psychologist*, vol. 62, n° 2, p. 95-108.
14. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, gouvernement du Québec, 43 p.
15. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2012). « Surveillance des troubles mentaux au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, n° 6, p. 1-16.
16. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux*, gouvernement du Québec, p. 232.
17. INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (2015). « Surveillance des troubles de la personnalité au Québec : prévalence, mortalité et profil d'utilisation des services », *Surveillance des maladies chroniques*, n° 11, p. 1-20.
18. COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 – Pour plus d'équité et de résultats en santé mentale au Québec*, gouvernement du Québec, 179 p.
19. AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (2015). *Coordonnées des ressources en toxicomanie ou en jeu pathologique à l'intention des partenaires*, Direction de la performance, de la qualité et des communications, 1 p.
20. DIRECTION DE SANTÉ PUBLIQUE DE L'ESTRIE (2014). « Le Tableau de bord des communautés de l'Estrie : Un outil hors pair pour favoriser le développement des communautés », *Bulletin Vision Santé publique*, n° 12, p. 1-5.