



Portrait de la santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches

Évolution entre 2019 et 2024

Préparé par la Direction de santé publique
Équipe planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

Le 12 mars 2026

Portrait de la santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches (CISSS de Chaudière-Appalaches) :

363, route Cameron
Sainte-Marie (Québec) G6E 3E2
Téléphone : 418 386-3363

Rédactions :

M^{me} Caroline Duchaine

Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

M^{me} Hilma Mouhoudhoire

Stagiaire, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

Sous la direction de :

D^e Liliana Romero

Directrice de santé publique

M^{me} Nathalie Parent

Directrice adjointe de santé publique

Avec la contribution de :

M^{me} Pier-Anne Paquet-Gagnon

Coordonnatrice, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

M^{me} Sylvie Veilleux

Technicienne en recherche psychosociale, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

D^e Marie-Ève Beauregard

Médecin spécialiste en santé publique

M^{me} Geneviève Dallaire

Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de promotion, prévention et organisation communautaire (PPOC)

Mise en page et révision du texte :

M^{me} Maude Roy

Technicienne en administration, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM)

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante : www.cisss-ca.gouv.qc.ca.

Les termes hommes et femmes utilisés dans ce portrait font référence aux informations présentes dans les bases de données consultées et ne correspondent pas nécessairement au sexe assigné à la naissance ni au genre. Certaines personnes trans ou non binaires peuvent donc être classées incorrectement dans notre analyse des données.

Toute reproduction partielle de ce document est autorisée et conditionnelle à la mention de la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2026

ISBN (version électronique) : 978-2-555-03364-1

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2026

Production : Équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique (PVSSM), Direction de santé publique

Pour toutes questions sur ce document : surveillance.sante.publique@ssss.gouv.qc.ca

Table des matières

Faits saillants	1
Introduction	3
Atteintes à la santé mentale.....	4
1. Détresse psychologique	4
1.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	4
1.2. Différences selon le genre et l'âge	4
1.3. Évolution entre 2014-2015 et 2020-2021	5
2. Symptômes d'anxiété généralisée.....	5
2.1. Différences selon le genre et l'âge	6
Troubles de santé mentale diagnostiqués	7
3. Troubles anxio-dépressifs.....	7
3.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	7
3.2. Différences selon l'âge et le sexe.....	7
3.3. Zoom sur les territoires de CLSC	8
3.4. Répartition de l'utilisation des services	9
4. Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité.....	10
4.1. Portrait des enfants et jeunes adultes en Chaudière-Appalaches.....	10
4.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	10
4.3. Zoom sur les territoires de CLSC	11
4.4. Répartition de l'utilisation des services	12
5. Troubles schizophréniques.....	12
5.1. Portrait global dans la région.....	12
5.2. Différences selon le sexe	13
5.3. Zoom sur les territoires de CLSC	13
5.4. Répartition de l'utilisation des services	14
6. Troubles de la personnalité du groupe B.....	14
6.1. Portrait global dans la région.....	14
6.2. Différences selon le sexe	15
6.3. Zoom sur les territoires de CLSC	15
6.4. Répartition de l'utilisation des services	16
7. Troubles liés à la consommation de substances psychoactives.....	17
7.1. Portrait global de la région	17
7.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	18
7.3. Zoom sur les territoires de CLSC	18
7.4. Répartition de l'utilisation des services	19
Problématique du suicide.....	20
8. Idées suicidaires et tentatives de suicide rapportées	20

8.1.	Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	20
8.2.	Différences selon le sexe et l'âge.....	20
9.	Hospitalisations pour tentative de suicide.....	21
9.1.	Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	21
9.2.	Différences selon le sexe et l'âge.....	22
10.	Mortalité par suicide.....	23
10.1.	Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	23
10.2.	Différences selon le sexe et l'âge.....	23
10.3.	Zoom sur les territoires de RLS.....	24
10.4.	Inégalités sociales de santé.....	24
11.	Caractéristiques des personnes décédées par suicide entre 2019 et 2023 en Chaudière-Appalaches : Résultats de recherche	25
11.1.	Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	25
11.2.	Différences selon le sexe et l'âge.....	26
	Discussion.....	28
	Bibliographie	32
	Annexe A - Synthèse de l'analyse pour les femmes et les hommes.....	33
	Annexe B – Méthodologie	35

Faits saillants

Ce portrait présente une mise à jour des données sur les troubles de santé mentale et la problématique du suicide. Il couvre principalement la période de 2019 à 2024. Les lignes suivantes exposent les faits saillants.

Atteintes à la santé mentale



- La détresse psychologique a augmenté entre 2014-2015 et 2020-2021 en Chaudière-Appalaches, comme au Québec. **Une personne sur trois** dans la région rapporte un niveau élevé de détresse psychologique, alors que c'était environ 1 sur 4 en 2014-2015.



- **Les femmes et les personnes de 15 à 24 ans** sont plus nombreuses à rapporter un niveau de détresse psychologique élevé et des symptômes d'anxiété généralisée que les hommes et les autres groupes d'âge.

Troubles de santé mentale diagnostiqués

Troubles anxio-dépressifs



- **Une personne sur 20** (5 %) dans la région a un trouble anxio-dépressif diagnostiqué en 2023-2024. Cette proportion est légèrement plus faible que celle du Québec (6 %).



- Les troubles anxio-dépressifs diagnostiqués sont près de deux fois **plus fréquents chez les femmes** (7 %) que chez les hommes (4 %).

Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA(H))



- Une personne sur 25, âgée entre 1 an et 24 ans, vit avec un diagnostic de TDA(H) en 2023-2024.
- Depuis 2017-2018, la prévalence des TDA(H) diagnostiqués est légèrement **plus élevée dans la région** que dans le reste du Québec, sauf pour l'année 2023-2024, où elle est devenue similaire.



- **Les garçons de 5 à 11 ans et de 12 à 17 ans** sont deux fois plus nombreux (8 % pour chaque groupe) à avoir un diagnostic de TDA(H) que les filles du même âge (4 % pour les 5 à 11 ans et 5 % pour les 12 à 17 ans).

Troubles schizophréniques



- La prévalence des troubles schizophréniques est légèrement plus faible dans la région (0,2 %) qu'au Québec (0,3 %). En 2023-2024, environ 930 personnes en étaient atteintes.



- **Deux fois plus d'hommes** (595) que de femmes (330) vivent avec un diagnostic de trouble schizophrénique dans la région.

Troubles de personnalité de type B



- La prévalence des troubles de personnalité de type B dans la région (0,23 %) est similaire à celle du Québec (0,25 %). En 2023-2024, environ 1 015 personnes en étaient atteintes.



- Près de **deux fois plus de femmes** (595) que d'hommes (330) vivent avec un trouble de personnalité de type B dans la région.

Troubles liés aux substances psychoactives (SPA)



- Les troubles liés aux SPA diagnostiqués affectent environ 76 personnes sur 10 000 dans la région, ce qui est un peu plus faible qu'au Québec (84 sur 10 000).



- **Près de deux fois plus d'hommes** (1 %) que de femmes (0,5 %) vivent avec diagnostic de trouble lié aux SPA.

Problématique du suicide



- En 2020-2021, une personne sur 10 dans la région a rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de sa vie et une sur 20 dit avoir tenté de se suicider au moins une fois dans sa vie.



- Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide (45 par 100 000 personnes) est légèrement **plus élevé dans la région** qu'au Québec (41 par 100 000).



- **Les femmes de 15 à 19 ans** affichent un taux d'hospitalisation pour tentative de suicide plus élevé (15 par 10 000) que les hommes de tous âges et que les femmes des autres groupes d'âge.



- Le taux de mortalité par suicide est **plus élevé dans la région** (18 décès par 100 000 personnes) qu'au Québec (13 par 100 000). En moyenne, 77 suicides surviennent chaque année dans la région entre 2020 et 2022.



- **Trois fois plus de suicides surviennent chez les hommes** que chez les femmes.



- Le groupe **très défavorisé matériellement et socialement** compte **14 décès par suicide supplémentaires par 100 000 personnes** par année comparativement au groupe très favorisé.

Cette mise à jour du portrait régional sur l'état de santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches peut soutenir les acteurs impliqués dans la promotion, la prévention et l'intervention clinique à mieux cibler et prioriser les services. Il permet également de sensibiliser la population aux problèmes de santé mentale présents dans leur communauté.

Introduction

Contexte

La santé mentale transcende la simple absence de troubles psychologiques pour représenter un véritable état de bien-être qui permet à une personne de s'épanouir, de gérer les stress quotidiens, de réussir professionnellement et de contribuer activement à sa communauté (OMS, 2025). Les problèmes de santé mentale ont une origine complexe. Ils peuvent être influencés par de nombreux déterminants qui fluctuent en fonction du temps, des circonstances, de l'âge, du sexe, du genre et du niveau de défavorisation matérielle et sociale.



Les problèmes de santé mentale peuvent être prévenus grâce à des actions de promotion et de prévention initiées par la santé publique et par tous les acteurs impliqués en santé mentale. Une meilleure connaissance de la répartition des problèmes de santé mentale selon les caractéristiques de la population est essentielle pour guider les initiatives de promotion et de prévention et aider à prioriser et orienter les soins et services en santé mentale.

Objectif et contenu

Ce portrait présente une mise à jour des données du portrait de la santé mentale en Chaudière-Appalaches publié [en 2023](#). Il intègre également de nouveaux indicateurs provenant d'enquêtes populationnelles et d'un projet de recherche régional sur le suicide. Il vise principalement à informer les professionnels impliqués dans la promotion, la prévention et les services sur l'état de la santé mentale de la population de Chaudière-Appalaches. Les informations présentées visent également à informer la population intéressée par la santé mentale dans la région.

Ce document se concentre sur les troubles mentaux diagnostiqués et les indicateurs liés aux suicides dans le but d'observer leur tendance et leur évolution au sein de la région. Les données sont présentées de manière globale pour la région et, lorsque possible, ventilées par sexe, âge et par territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC).

Ce portrait couvre principalement les années de 2019 à 2024. Les sources de données utilisées sont les mêmes que celles du [portrait de 2023](#), soit l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP), le Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), le système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), le fichier de décès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). De plus, une synthèse des résultats obtenus dans le cadre d'un projet de recherche visant à décrire les caractéristiques démographiques, socio-économiques et l'utilisation de certains services des personnes décédées par suicide dans la région entre 2019 et 2023 est présentée.

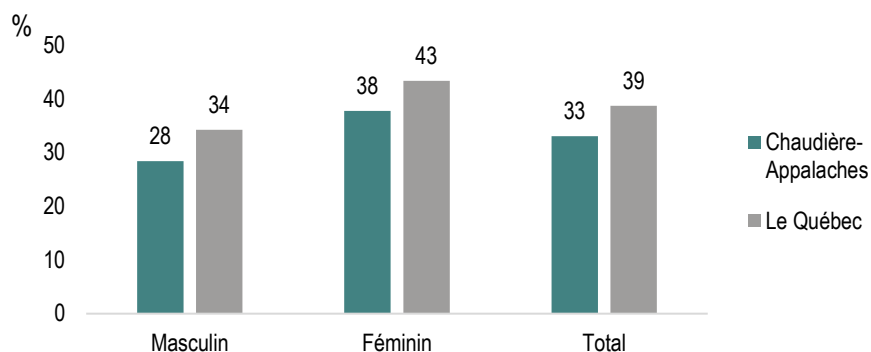
Atteintes à la santé mentale

1. Détresse psychologique

1.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

En 2020-2021, près de 121 100 personnes, soit **33 % de la population âgée de 15 ans et plus** en Chaudière-Appalaches, ont rapporté une **détresse psychologique élevée** (Figure 1).¹ Cette proportion est moins élevée que celle observée au Québec (39 %).²

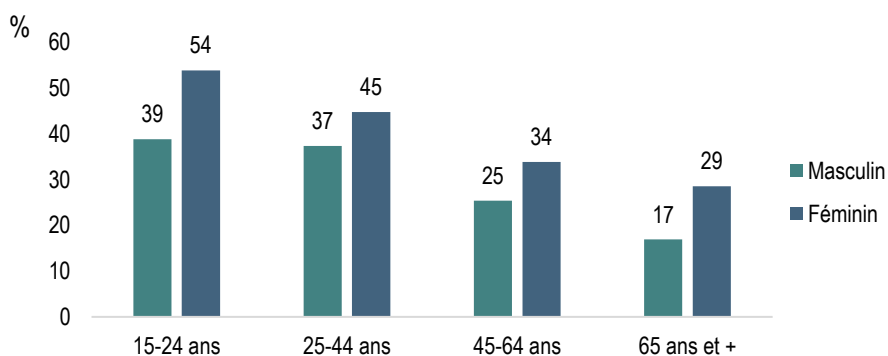
Figure 1. Proportion de personnes rapportant un niveau de détresse psychologique élevée, 2020-2021



1.2. Différences selon le genre et l'âge

La proportion de détresse psychologique est **plus élevée chez les femmes (38 %) que chez les hommes (28 %)**. Cette différence de genre est significative dans tous les groupes d'âge, à l'exception des 25 à 44 ans (Figure 2). La proportion de détresse psychologique élevée semble toutefois diminuer avec l'âge, quel que soit le genre. La proportion est plus élevée chez les personnes de 15 à 24 ans (46 %) et les 25 à 44 ans (41 %) et plus faible chez les 65 ans et plus (23 %) comparativement aux 45 à 64 ans (30 %). Environ **1 femme sur 2 âgées entre 15 et 24 ans ou entre 25 et 44 ans**, rapporte une détresse psychologique élevée.

Figure 2. Proportion de détresse psychologique élevée selon l'âge et le sexe, 2020-2021



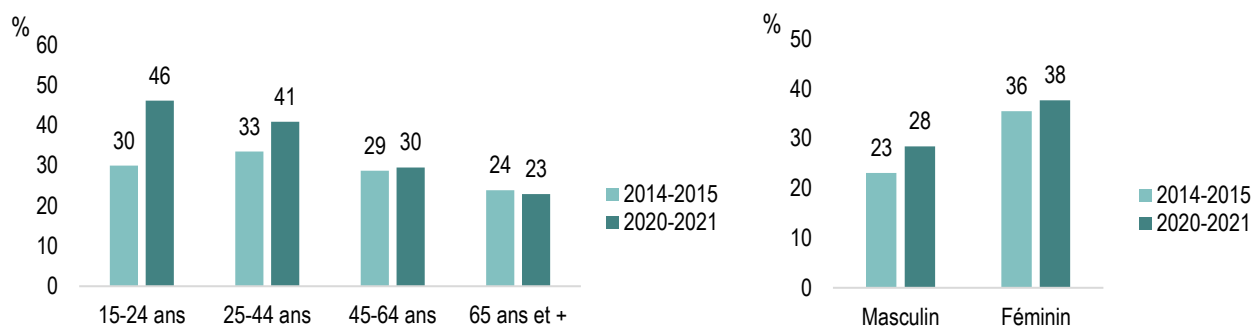
¹ Ayant un score de détresse psychologique supérieur ou égal à sept selon l'échelle de Kessler et coll (2002).

² L'analyse de comparaison est réalisée par rapport au reste du Québec, en excluant Chaudière-Appalaches. Toutefois, la donnée présentée dans les graphiques est celle de l'ensemble du Québec.

1.3. Évolution entre 2014-2015 et 2020-2021

La proportion de personnes rapportant une détresse psychologique élevée (33 %) a **significativement augmenté par rapport à 2014-2015 (29 %)**.³ Cette **augmentation est visible chez les hommes** (de 23 % à 28 %), mais pas chez les femmes (de 36 % à 38 %, Figure 3). La proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique a également augmenté **dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans** (de 30 % à 46 %) **et de 25 à 44 ans** (de 33 % à 41 %) entre 2014-2015 et 2020-2021. Toutefois, dans les groupes d'âge de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus, cette proportion est demeurée assez stable pour la même période.

Figure 3. Proportion de détresse psychologique élevée selon l'âge et le sexe, 2014-2015 et 2020-2021



2. Symptômes d'anxiété généralisée

L'**anxiété généralisée** se manifeste par des inquiétudes constantes liées à des événements ou des activités de la vie courante (au travail ou à l'école, par exemple) (Gouvernement du Québec, 2026). La personne atteinte a de la difficulté à contrôler ses préoccupations et à les empêcher d'interférer avec ses activités quotidiennes. Les symptômes d'anxiété généralisée de l'EQSP sont mesurés à l'aide d'un questionnaire validé.⁴ Les symptômes mesurés dans ce questionnaire sont :

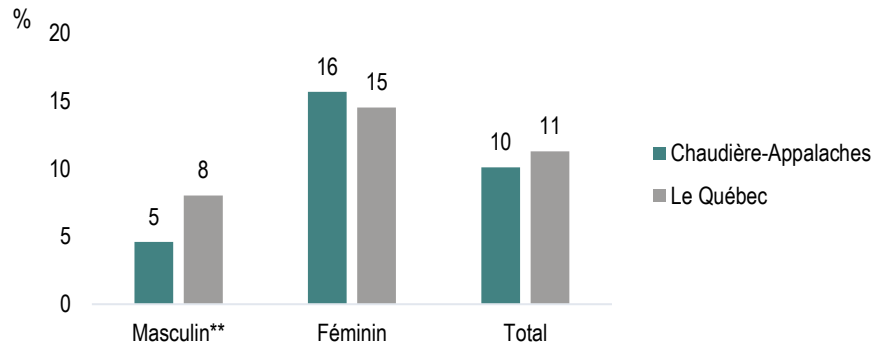
- La nervosité, l'anxiété ou la tension;
- Être incapable d'arrêter de s'inquiéter;
- Les inquiétudes excessives à propos de tout et de rien;
- La difficulté à se détendre;
- Être agité(e) au point qu'il est difficile de rester tranquille;
- Être facilement contrarié(e) ou irritable;
- La peur que quelque chose d'épouvantable puisse arriver.

En 2020-2021, environ 37 000 personnes, **soit 1 personne sur 10 âgée de 15 ans et plus** en Chaudière-Appalaches, présentent des **symptômes d'anxiété généralisée** (Figure 4). Cette proportion est similaire à celle du Québec (11 %).

³ Les proportions de détresse psychologique de 2014-2015 présentées dans ce rapport ne représentent pas les estimations officielles de l'édition de l'EQSP 2014-2015. Puisque le mode de collecte a changé entre 2014-2015 et 2020-2021, les données utilisées pour la comparaison statistique sont issues uniquement de la portion de collecte de données de 2014-2015 qui est comparable avec celle de 2020-2021. Ceci permet d'analyser l'évolution du phénomène avec 2020-2021 sans biais lié au mode de collecte.

⁴ Le GAD-7 permet de dépister la présence probable d'anxiété généralisée à partir d'une liste de symptômes caractéristiques d'anxiété généralisée, selon le DSM-IV. L'échelle a été validée et utilisée dans de nombreuses études en lien avec l'anxiété généralisée. Un score de 10 ou plus sur cette échelle permet de mesurer la proportion de la population qui a des symptômes d'un trouble d'anxiété généralisée.

Figure 4. Proportion de personnes présentant des symptômes d'anxiété généralisée, 2020-2021

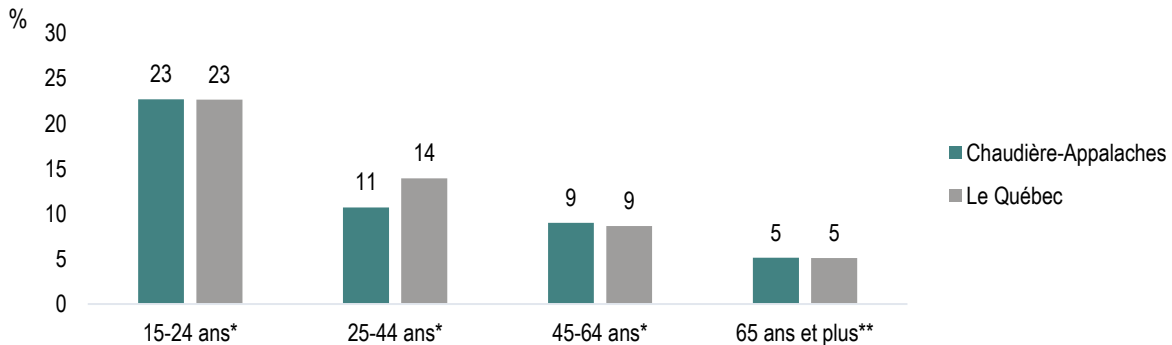


** Cette donnée a une faible précision pour la région et elle est présentée uniquement à titre indicatif.

2.1. Différences selon le genre et l'âge

La proportion des **femmes rapportant des symptômes d'anxiété généralisée est 3 fois plus élevée (16 %) que celle des hommes (5 %)** (Figure 4). **Les jeunes de 15 à 24 ans rapportent plus fréquemment des symptômes d'anxiété généralisée** avec une proportion deux fois plus élevée que chez les 25 à 44 ans et les 45 à 64 ans, et près de 4 fois plus élevée que chez les 65 ans et plus (Figure 5). Pour tous les groupes d'âge, la proportion de personnes rapportant ce type de symptômes dans la région est similaire à celle du Québec.

Figure 5. Proportion de personnes rapportant des symptômes d'anxiété généralisée selon l'âge, 2020-2021



* Cette donnée a une précision moins grande pour la région et doit être interprétée avec prudence.

** Cette donnée a une faible précision pour la région et elle est présentée uniquement à titre indicatif.

Troubles de santé mentale diagnostiqués

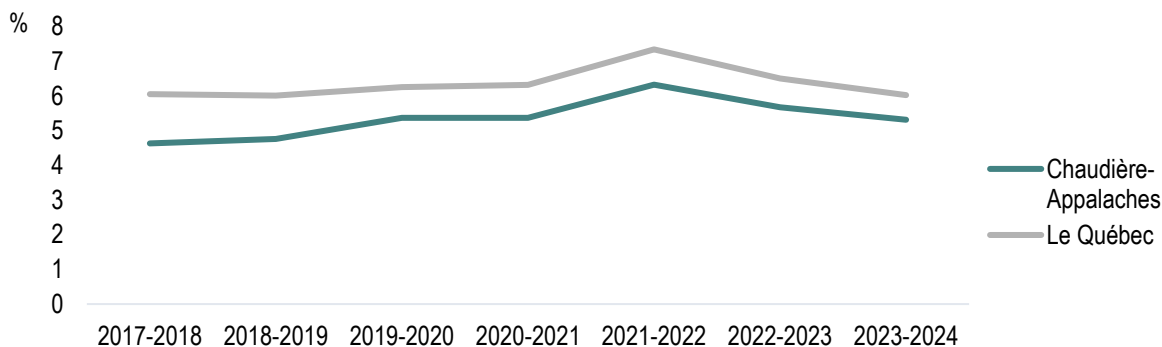
En 2023-2024, le nombre de personnes avec un trouble de santé mentale diagnostiqué en Chaudière-Appalaches était estimé à 43 880, **soit 9,8 %⁵ de la population âgée d'un an et plus**. Cette proportion est légèrement inférieure à celle du Québec (10,4 %). Les sections suivantes détaillent chacun des troubles de santé mentale pour lesquels des données sont disponibles.⁶

3. Troubles anxio-dépressifs

3.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

En 2023-2024, 23 865 personnes, **soit 5,3 % de la population d'un an et plus, présentent un trouble anxio-dépressif diagnostiqué** en Chaudière-Appalaches. Cette prévalence est **légèrement inférieure** à celle du Québec (6,0 %). Entre 2017-2018 et 2018-2019, la prévalence de ces troubles était relativement stable, puis une légère augmentation est survenue pendant la période pandémique (en 2019-2020 et en 2021-2022, Figure 6). En 2022-2023 et 2023-2024, la prévalence des troubles anxio-dépressifs a diminué pour revenir à un niveau comparable à celui observé en 2018-2019, avant la pandémie.

Figure 6. Évolution de la prévalence des troubles anxio-dépressifs entre 2017-2018 et 2023-2024



3.2. Différences selon l'âge et le sexe

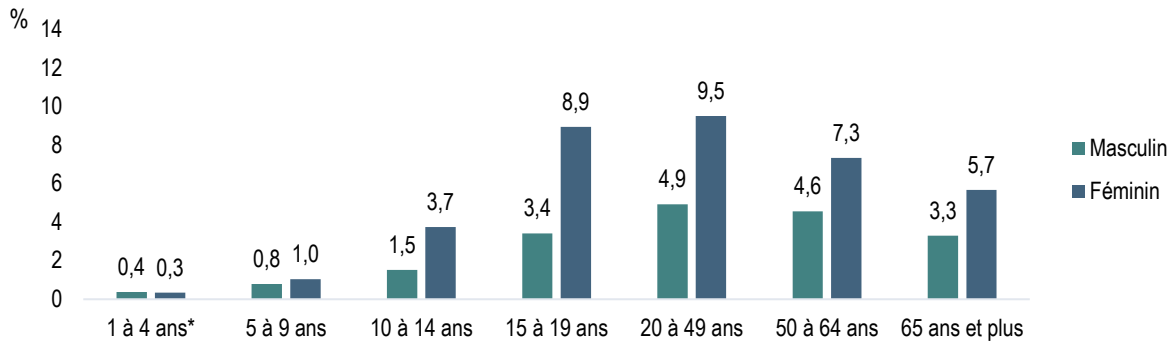
En 2023-2024, 7 % des femmes en Chaudière-Appalaches avaient un trouble anxio-dépressif diagnostiqué, **une prévalence près de deux fois plus élevée que celle des hommes** (4 %). Cette disparité entre les sexes se retrouve également dans le reste du Québec et est particulièrement notable à partir du groupe d'âge de 10 ans et plus (Figure 7).

Les femmes âgées entre 15 et 49 ans présentent des prévalences de troubles anxio-dépressifs plus élevées que celles des groupes d'âge de 14 ans et moins et de 50 ans et plus. Chez les hommes, les groupes d'âge de 20 et 64 ans présentent des prévalences plus élevées comparativement aux 19 ans et moins et aux 65 ans et plus.

⁵ Les données sont présentées avec décimales uniquement lorsque la valeur arrondie à l'unité ne permet pas de distinguer adéquatement la différence entre deux mesures.

⁶ Les définitions de chacun des indicateurs présentés dans cette section se retrouvent dans [le portrait précédent](#), à l'exception des troubles de la personnalité groupe B et de la répartition de l'utilisation des services qui sont présentés pour la première fois dans ce portrait.

Figure 7. Prévalence des troubles anxio-dépressifs selon l'âge et le sexe, 2023-2024



* Cette donnée a une précision moins grande pour la région et doit être interprétée avec prudence.

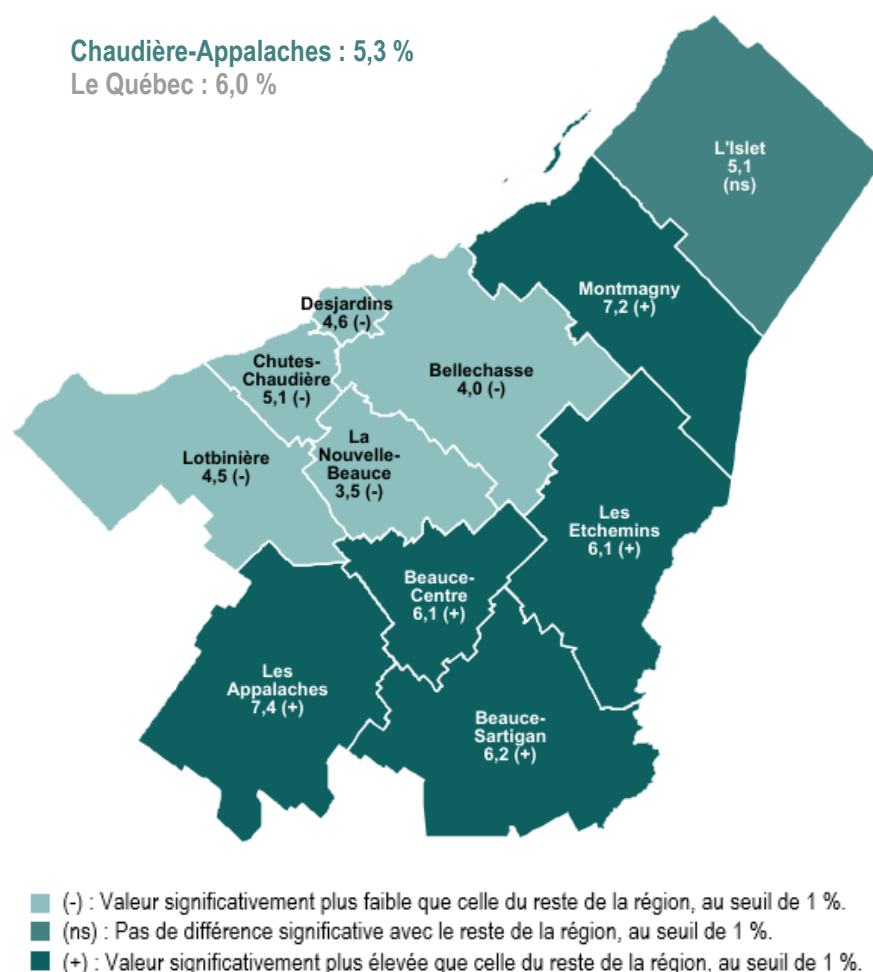
3.3. Zoom sur les territoires de CLSC

La prévalence de troubles anxio-dépressifs est plus élevée dans les territoires des Etchemins, de Beauce-Centre⁷, des Appalaches, de Beauce-Sartigan et de Montmagny que dans le reste de la région (Figure 8). Pour ces trois derniers territoires, les prévalences sont également plus élevées qu'au Québec.

En revanche, Lotbinière, Desjardins, Les Chutes-de-la-Chaudière, Bellechasse et La Nouvelle-Beauce montrent des prévalences moins élevées que dans la région et qu'au Québec. Ces territoires se démarquent autant chez les hommes et les femmes.

⁷ Le nom Beauce-Centre est utilisé pour s'harmoniser avec celui de la MRC et simplifier la consultation des documents, quoique le territoire du CLSC Robert-Cliche représente l'appellation officielle.

Figure 8. Prévalence⁸ des troubles anxio-dépressifs par territoire de CLSC, 2023-2024



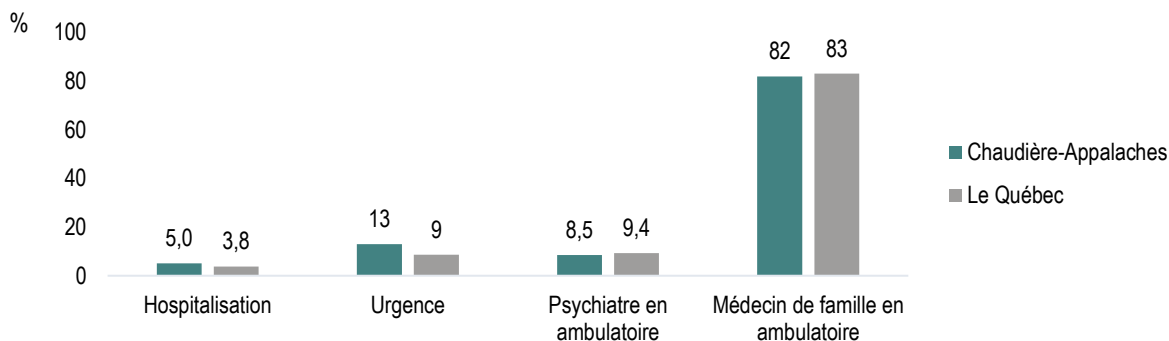
3.4. Répartition de l'utilisation des services

Cet indicateur regroupe tous les services utilisés lorsque le diagnostic principal associé à la consultation est un problème de santé mentale. Ceci inclut l'hospitalisation, l'urgence, la psychiatrie en ambulatoire, le médecin de famille en ambulatoire et les autres services de santé mentale. La proportion est calculée parmi les personnes atteintes de ce problème de santé mentale en 2023-2024. La consultation du service doit avoir lieu dans la même année pour être comptabilisée.

Parmi les personnes ayant un diagnostic de troubles anxio-dépressifs en 2023-2024, une grande majorité (82 %) a consulté son médecin de famille durant l'année (Figure 9). Cette proportion est similaire à celle du Québec (83 %). La proportion de **ces personnes qui a été hospitalisée au cours de l'année 2023-2024 est plus élevée** en Chaudière-Appalaches (5,0 %) qu'au Québec (3,8 %). La proportion de personnes ayant consulté les urgences est également plus élevée dans la région (13 % dans la région vs 9 % au Québec). Toutefois, **la proportion de personnes ayant consulté la psychiatrie en ambulatoire est légèrement plus faible** dans la région (8,5 %) qu'au Québec (9,4 %).

⁸ Prévalences annuelles pour la population d'un an et plus, par 100 personnes, entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024.

Figure 9. Proportion des personnes avec un diagnostic de troubles anxio-dépressifs qui ont consulté chacun des services, 2023-2024

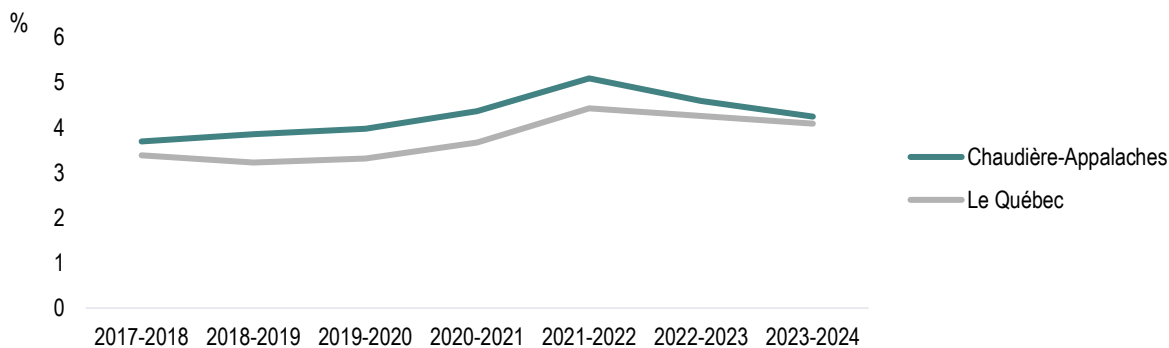


4. Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

4.1. Portrait des enfants et jeunes adultes en Chaudière-Appalaches

En 2023-2024, environ **4 815 enfants et jeunes adultes en Chaudière-Appalaches ont un diagnostic de TDA(H)**, soit 4,2 % des personnes âgées de 1 à 24 ans. La prévalence de TDA(H) est n'a pas connue de variation notable entre 2017-2018 et 2019-2020 (Figure 10). Toutefois, la prévalence a augmenté en 2020-2021, atteignant un pic en 2021-2022 (5,1 %), avant de diminuer en 2022-2023 et 2023-2024. La prévalence de TDA(H) **est légèrement supérieure dans la région par rapport au Québec** pour toutes les années présentées, à l'exception de 2023-2024, où elle est similaire à celle du Québec (4,1 %).

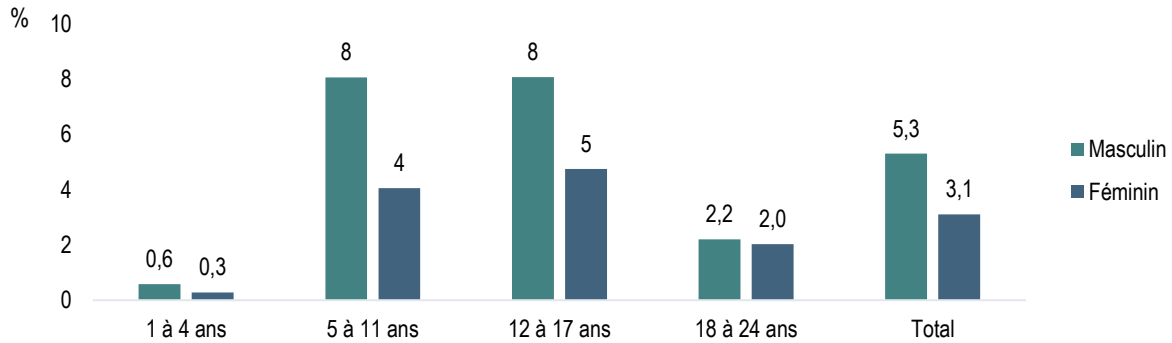
Figure 10. Évolution de la prévalence de TDA(H) entre 2017-2018 et 2023-2024



4.2. Différences selon le sexe et l'âge

La prévalence de TDA(H) est presque **deux fois plus élevée chez les garçons (5,3 %)** que chez les filles (3,1 %, Figure 11). Les garçons de 5 à 17 ans sont les plus touchés, alors que les filles et les garçons de 18 à 24 ans le sont moins.

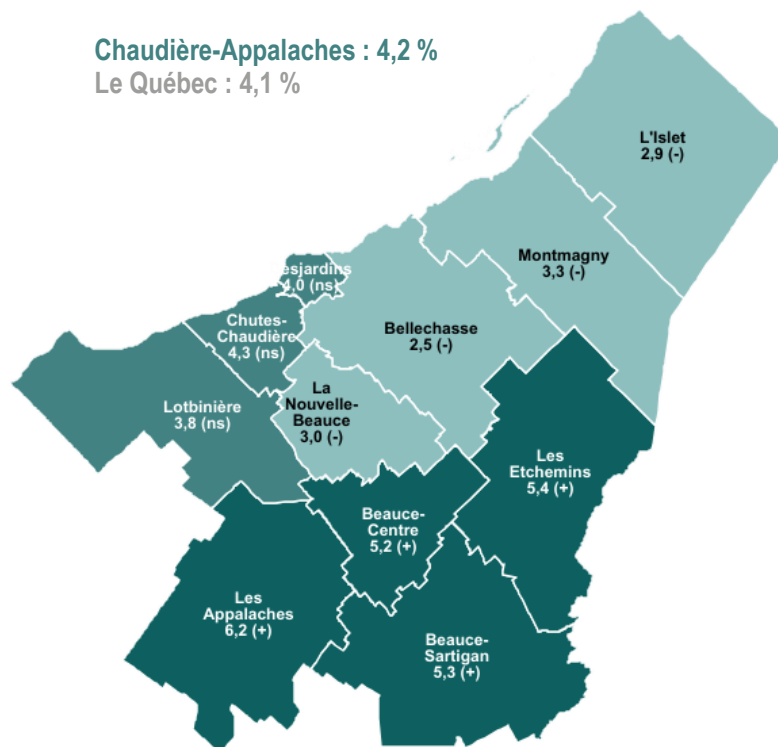
Figure 11. Prévalence de TDA(H) selon l'âge et le sexe, 2023-2024



4.3. Zoom sur les territoires de CLSC

La prévalence de TDA(H) est plus élevée dans les territoires de Beauce-Centre, de Beauce-Sartigan, des Etchemins et des Appalaches comparativement à la région (Figure 12) et au Québec (4,1 %). À l'inverse, Bellechasse, La Nouvelle-Beauce, Montmagny et L'Islet montrent des prévalences moins élevées que dans la région et qu'au Québec.

Figure 12. Prévalence⁹ de TDA(H) par territoire de CLSC, 2023-2024

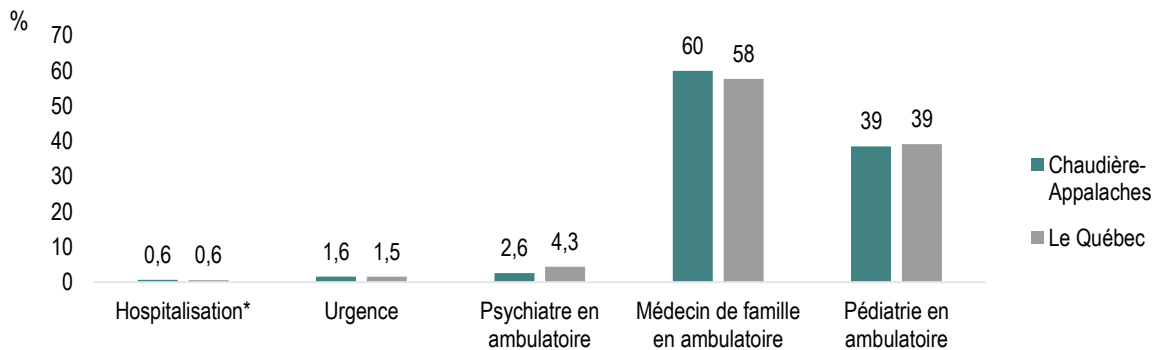


⁹ Prévalences annuelles brutes pour la population d'un an et plus, par 100 personnes, entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024.

4.4. Répartition de l'utilisation des services

Trois personnes sur 5 avec un diagnostic de TDA(H) en 2023-2024 ont consulté leur médecin de famille au cours de l'année, une proportion légèrement plus élevée que celle du Québec (58 %, Figure 13). Parmi ces personnes, 2 sur 5 ont consulté en pédiatrie dans l'année, une proportion similaire à celle du Québec (39 %). La proportion des personnes avec un diagnostic de TDA(H) qui ont consulté en psychiatrie est plus faible dans la région (2,6 %) qu'au Québec (4,3 %). Peu de ces personnes ont eu une hospitalisation ou ont consulté l'urgence dans l'année et les proportions sont similaires à celles du Québec.

Figure 13. Proportion des personnes avec un diagnostic de TDA(H) qui ont consulté chacun des services durant l'année, 2023-2024



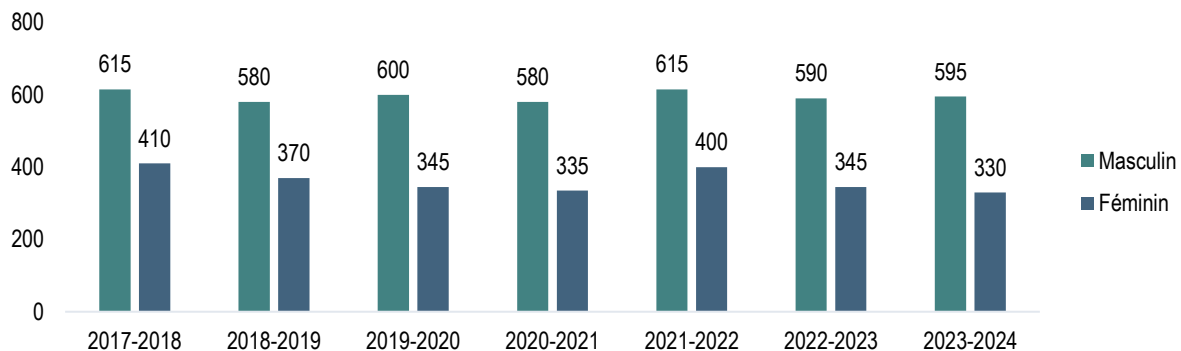
* Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

5. Troubles schizophréniques

5.1. Portrait global dans la région

En 2023-2024, 930 personnes en Chaudière-Appalaches avaient des troubles schizophréniques diagnostiqués, soit 0,2 % de la population d'un an et plus. Cette prévalence est légèrement inférieure à celle du Québec (0,3 %).

Figure 14. Évolution du nombre de personnes avec un trouble schizophrénique entre 2017-2018 et 2023-2024



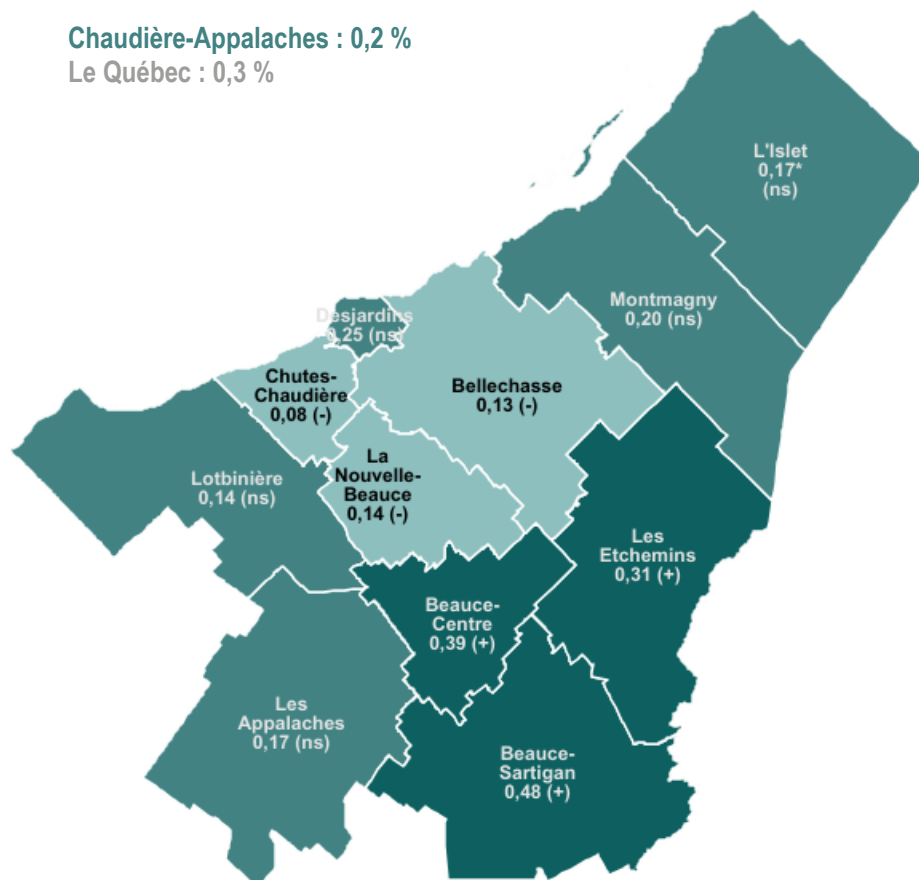
5.2. Différences selon le sexe

Deux fois plus d'hommes (595) que de femmes (330) vivent avec un trouble schizophrénique (Figure 14) dans la région. Le nombre de cas de ces troubles semble relativement stable depuis 2017-2018, autant chez les hommes que chez les femmes.

5.3. Zoom sur les territoires de CLSC

En 2023-2024, la prévalence des troubles schizophréniques est **plus élevée dans 3 territoires** de CLSC, soit Beauce-Sartigan, Beauce-Centre et Les Etchemins (Figure 15). Le territoire de Beauce-Sartigan présente le plus grand nombre de personnes atteintes (265 personnes), dépassant les Chutes-de-la-Chaudière (85 personnes) et Desjardins (150 personnes), les territoires les plus peuplés de la région. Les Chutes-de-la-Chaudière, Bellechasse et La Nouvelle-Beauce ont des prévalences moins élevées que la région.

Figure 15. Prévalence¹⁰ des troubles schizophréniques par territoire de CLSC, comparaison avec le reste de la région, 2023-2024



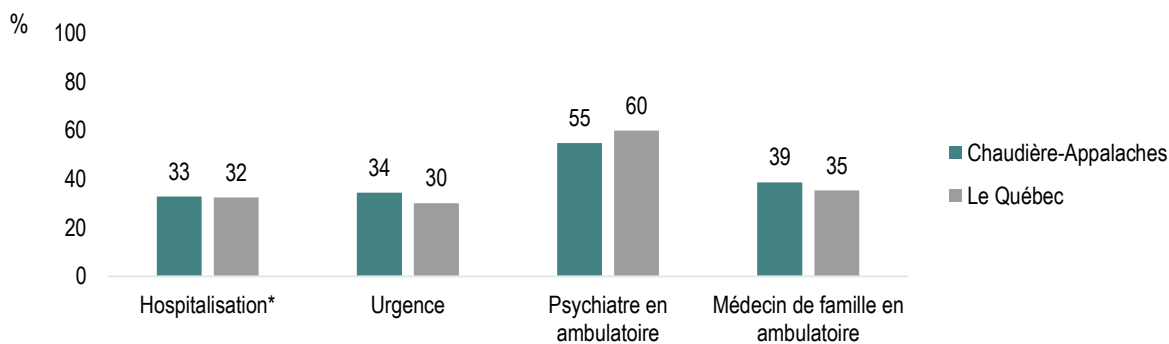
* Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

¹⁰ Prévalences annuelles brutes pour la population d'un an et plus, entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024.

5.4. Répartition de l'utilisation des services

Les proportions de personnes avec un diagnostic de trouble schizophrénique en 2023-2024, qui ont **consulté en urgence (34 %) ou leur médecin de famille (39 %) sont plus élevées dans la région** qu'au Québec (Figure 16, 30 % pour urgence et 35 % pour médecin). Toutefois, les proportions de ces mêmes personnes qui ont eu une hospitalisation (33 %) et qui ont consulté en psychiatrie (55 %) dans la région sont similaires à celles au Québec (32 % pour hospitalisation et 60 % pour psychiatrie).

Figure 16. Proportion des personnes avec un diagnostic de trouble schizophrénique qui ont consulté chacun des services durant l'année, 2023-2024



* Cette donnée a une précision moins grande pour Chaudière-Appalaches et doit être interprétée avec prudence.

6. Troubles de la personnalité du groupe B

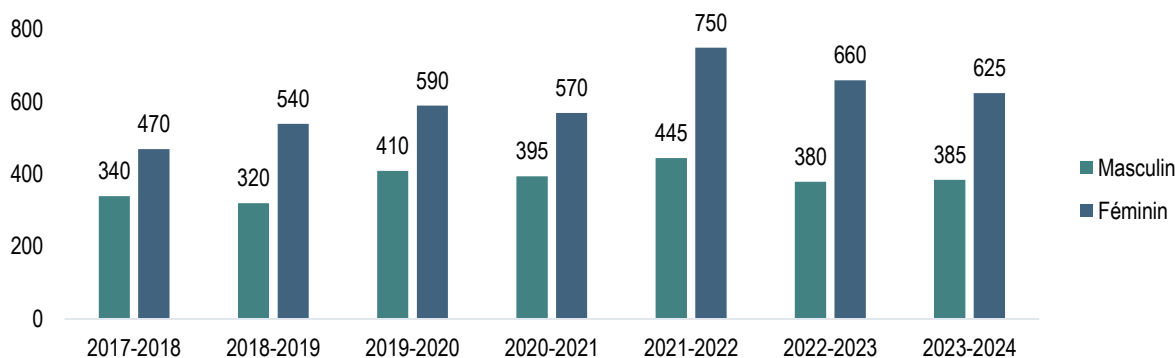
6.1. Portrait global dans la région

Les troubles de la personnalité du groupe B¹¹ sont des conditions caractérisées par une impulsivité marquée, telles que le trouble de la personnalité limite, narcissique, histrionique et antisociale. Ces troubles se manifestent par une difficulté à contrôler ses émotions, ses peurs, ses désirs et sa colère (CAMH, 2024).

En Chaudière-Appalaches, en 2023-2024, **1 015 personnes ont un trouble de la personnalité du groupe B, soit 0,23 % de la population** âgée d'un an et plus. Cette prévalence est similaire à celle observée au Québec (0,25 %). Le nombre de personnes atteintes d'un trouble de la personnalité du groupe B présente une certaine stabilité dans le temps depuis 2017-2018 (Figure 17) à l'exception des femmes en 2021-2022. En effet, la prévalence a augmenté chez les femmes en 2021-2022 (0,35 %) pour revenir au niveau antérieur en 2023-2024 (0,28 %).

¹¹ Les données sur les autres troubles de personnalité (types A et C) ne sont pas présentées, car elles ne sont pas disponibles pour la surveillance de la santé, possiblement en raison des trop petits nombres.

Figure 17. Évolution du nombre¹² de personnes avec un trouble de la personnalité du groupe B entre 2017-2018 et 2023-2024



6.2. Différences selon le sexe

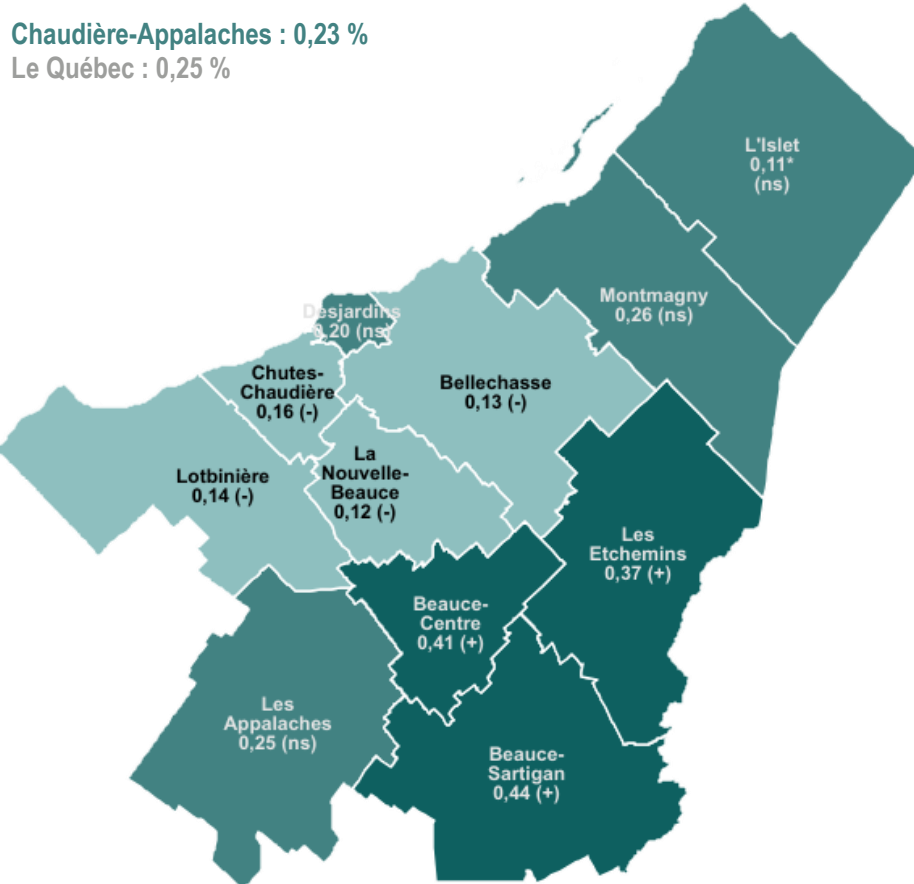
La prévalence des troubles de la personnalité du groupe B est **près de deux fois plus élevée chez les femmes** (0,28 %, 625 femmes) que chez les hommes (0,17 %, 385 hommes). Cette prévalence est similaire à celle observée au Québec, que ce soit chez les femmes (0,31 %) ou chez les hommes (0,18 %).

6.3. Zoom sur les territoires de CLSC

En 2023-2024, la prévalence des troubles de la personnalité du groupe B est **plus élevée dans 3 territoires** de CLSC, soit Beauce-Sartigan, Beauce-Centre et Les Etchemins (Figure 18). Le territoire de Beauce-Sartigan présente le plus grand nombre de personnes atteintes (245), dépassant Les Chutes-de-la-Chaudière (165 personnes), le territoire le plus peuplé de la région. Lotbinière, Les Chutes-de-la-Chaudière, Bellechasse et La Nouvelle-Beauce ont des prévalences moins élevées que la région.

¹² Nombres annuels pour la population d'un an et plus, entre le 1^{er} avril 2017 et le 31 mars 2023.

Figure 18. Prévalence¹³ des troubles de la personnalité du groupe B par territoire de CLSC, comparaison avec la région, 2023-2024



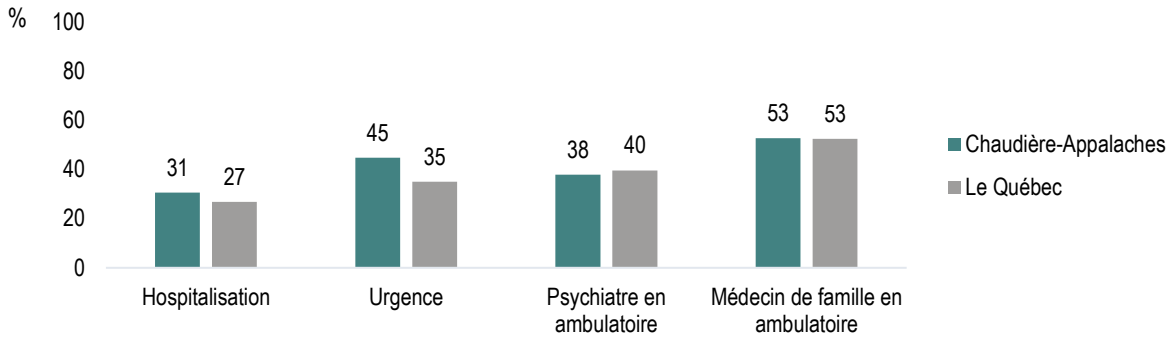
* Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

6.4. Répartition de l'utilisation des services

Parmi les personnes ayant un diagnostic de trouble de la personnalité du groupe B en 2023-2024, **31 % ont été hospitalisées et 45 % ont consulté l'urgence** dans l'année. Ces proportions sont **plus élevées dans la région** qu'au Québec (27 % pour hospitalisation et 35 % pour urgence, Figure 19). À l'inverse, la proportion de ces personnes qui a consulté **en psychiatrie est légèrement plus faible** dans la région (38 %) qu'au Québec (40 %).

¹³ Prévalences annuelles brutes pour la population d'un an et plus, entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024.

Figure 19. Proportion des personnes avec un diagnostic de trouble de la personnalité du groupe B qui ont consulté chacun des services durant l'année, 2023-2024

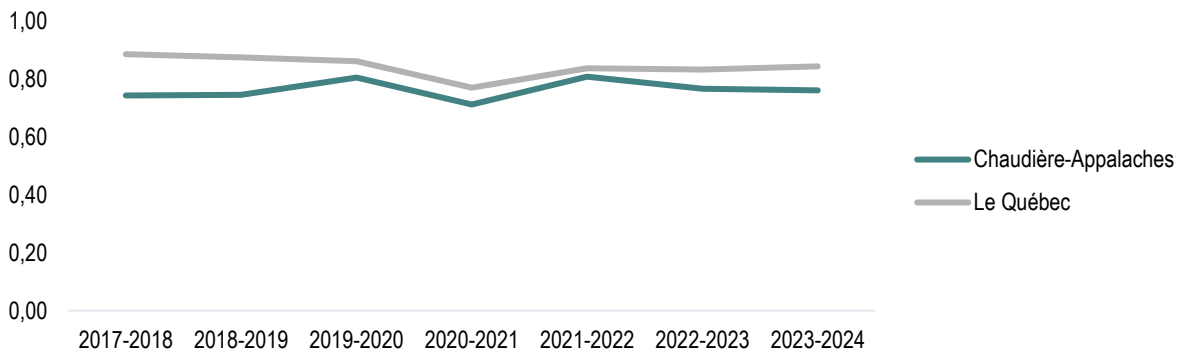


7. Troubles liés à la consommation de substances psychoactives

7.1. Portrait global de la région

En 2023-2024, **3 020 personnes ont été diagnostiquées avec un trouble lié aux substances psychoactives (SPA)**, représentant 0,76 % de la population de 12 ans et plus. Cette prévalence est légèrement moins élevée que celle du Québec (0,84 %). La prévalence des troubles liés aux SPA en Chaudière-Appalaches est demeurée assez stable entre 2017-2018 et 2022-2023, à l'exception d'une légère baisse en 2020-2021 (Figure 20).

Figure 20. Évolution de la prévalence des troubles liés aux SPA entre 2017-2018 et 2022-2023

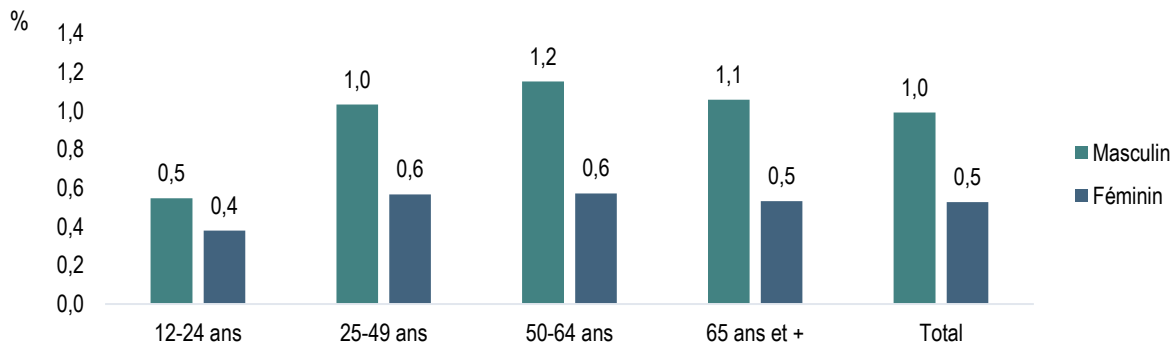


7.2. Différences selon le sexe et l'âge

Les hommes sont plus touchés par les troubles liés aux SPA, avec une prévalence deux fois plus élevée (1,0 %) que celle des femmes (0,5 %, Figure 21). Les troubles liés aux SPA sont plus fréquents chez les hommes pour tous les groupes d'âge à l'exception des 12 à 24 ans, où il n'y a pas de différence significative entre les genres. Le groupe des 12 à 24 ans a aussi une prévalence moins élevée que les autres groupes d'âge.

La prévalence des troubles liés aux SPA est **similaire à celle observée au Québec** pour tous les groupes d'âge et de genre à l'exception du **groupe des 65 ans et plus**, où elle est plus faible en Chaudière-Appalaches qu'au Québec.

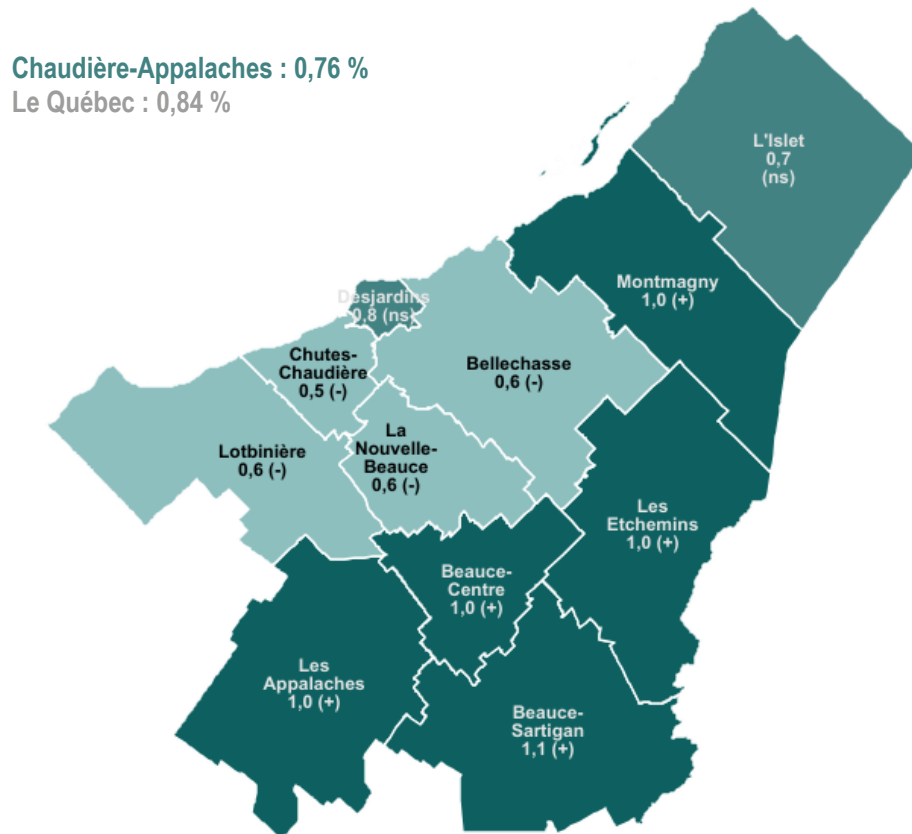
Figure 21. Prévalence des troubles liés aux SPA selon le sexe et l'âge, 2023-2024



7.3. Zoom sur les territoires de CLSC

La prévalence des troubles liés aux SPA est plus élevée dans Les Etchemins, Montmagny, Beauce-Centre, Beauce-Sartigan et Les Appalaches (Figure 22) par rapport à la région. Pour Beauce-Sartigan et Les Appalaches, la prévalence est aussi supérieure à celle du Québec. Les Chutes-de-la-Chaudière, La Nouvelle-Beauce, Bellechasse et Lotbinière montrent des prévalences plus faibles que la région et le Québec.

Figure 22. Prévalence¹⁴ des troubles liés aux substances psychoactives par territoire de CLSC, 2023-2024

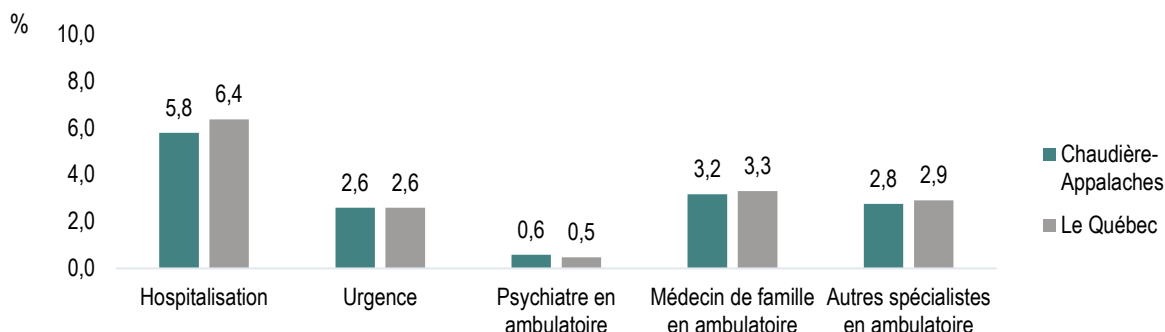


7.4. Répartition de l'utilisation des services

Les proportions des personnes avec un diagnostic de troubles liés aux SPA en 2023-2024 qui ont utilisé les services au cours de l'année sont **relativement faibles** dans la région (Figure 23). Parmi ces personnes, 5,8 % ont été hospitalisées, 3,2 % ont consulté leur médecin de famille, 2,6 % ont consulté les urgences, 0,6 % ont consulté en psychiatrie et 2,8 % ont consulté d'autres médecins spécialistes. À l'exception des proportions d'hospitalisations et de consultation d'autres médecins spécialistes qui sont légèrement plus faibles dans la région, toutes ces proportions sont similaires à celles au Québec.

¹⁴ Prévalences annuelles pour la population de 12 ans et plus, par 100 personnes, entre le 1^{er} avril 2023 et le 31 mars 2024.

Figure 23. Proportion des personnes avec un diagnostic de troubles liés aux SPA ayant consulté chacun des services, 2023-2024



Problématique du suicide

Le suicide est un phénomène complexe résultant de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels. C'est une tragédie avec des répercussions profondes et durables sur les familles, les proches ou amis et les communautés. Cependant, la plupart des suicides peuvent être évités, ce qui en fait une priorité majeure en santé publique (OMS, 2014).

8. Idées suicidaires et tentatives de suicide rapportées

8.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

Dans la région, environ **34 400 personnes ont rapporté avoir songé sérieusement au suicide¹⁵ au cours de leur vie en 2020-2021**, soit 9,8 % des personnes de 15 ans et plus (Figure 24A). Cette proportion est similaire à celle du Québec (10 %). La proportion de personnes ayant rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de leur vie n'a pas connu de variation notable en Chaudière-Appalaches entre 2014-2015 (10,5 %) et 2020-2021 (9,8 %).

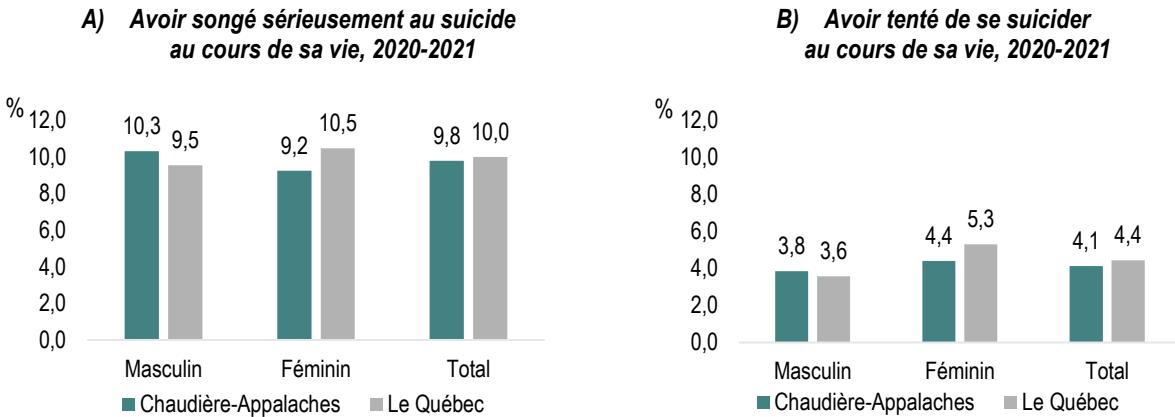
En 2020-2021, **4,1 % de la population de 15 ans et plus a rapporté avoir tenté de se suicider au cours de sa vie**, soit environ 15 100 personnes (Figure 24B). Cette proportion est similaire à celle observée au Québec (4,4 %). La proportion de la population de 15 ans et plus ayant tenté de se suicider semble avoir augmenté entre 2014-2015 et 2020-2021, passant de 3,2 % (environ 11 400 personnes) à 4,1 %, mais cette différence n'est pas statistiquement significative. Toutefois, en 2014-2015, cette proportion était plus faible en Chaudière-Appalaches (3,2 %) qu'au Québec (4,2 %).

8.2. Différences selon le sexe et l'âge

En 2020-2021, environ 10,3 % des hommes et 9,2 % des femmes de 15 ans et plus **ont rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de leur vie** (Figure 24A). De plus, 4,4 % des femmes et 3,8 % des hommes de 15 ans et plus ont rapporté avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (Figure 24B). Toutes ces proportions sont similaires à celles du Québec et sont restées relativement stables entre 2014-2015 et 2020-2021.

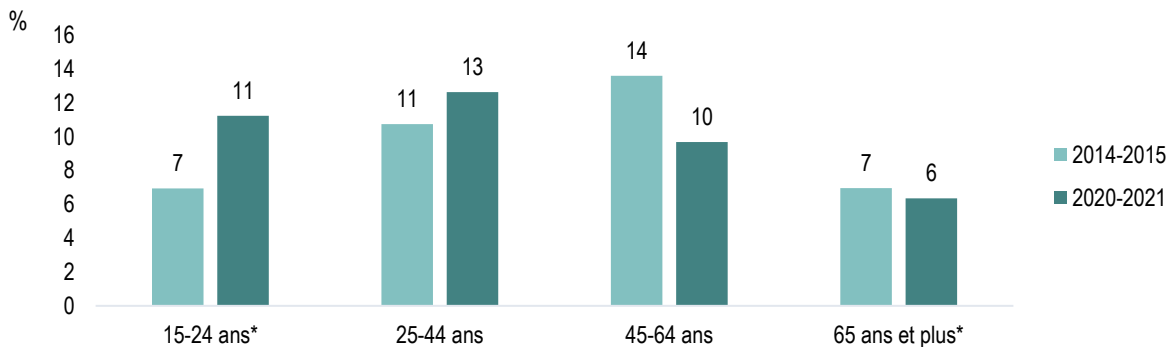
¹⁵ Excluant celles qui ont déjà tenté de se suicider. Pour les définitions de chacun des indicateurs présents dans cette section, se référer au [portrait précédent](#).

Figure 24. Proportion de la population qui a rapporté :



En 2020-2021, la proportion de personnes ayant songé sérieusement au suicide au cours de leur vie en Chaudière-Appalaches est **moins élevée chez les 65 ans et plus** (6,4 %) que dans les autres groupes d'âge (Figure 25). La proportion des personnes de 45 à 64 ans qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie a diminué entre 2014-15 (14 %) et 2020-2021 (10 %). À l'opposé, cette proportion semble avoir augmenté dans le groupe des 15 à 24 ans entre 2014-2015 (7 %) et 2020-2021 (11 %), mais cette augmentation n'est pas significative au niveau statistique.

Figure 25. Proportion de la population qui a rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de sa vie selon l'âge, 2020-2021



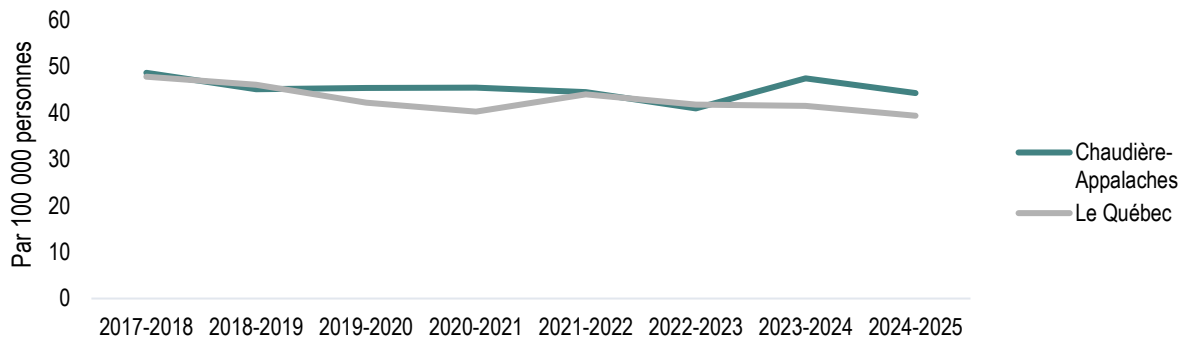
* Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence

9. Hospitalisations pour tentative de suicide

9.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

En moyenne, **197 hospitalisations pour tentative de suicide surviennent chaque année en Chaudière-Appalaches** entre 2020-2021 et 2024-2025, représentant un taux annuel moyen de 45 hospitalisations par 100 000 personnes. Ce **taux est plus élevé que celui du Québec** pour la même période (41 par 100 000). Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide n'a pas connu de variation notable dans la région depuis 2017.

Figure 26. Évolution du taux d'hospitalisation pour tentative de suicide entre 2017-2018 et 2024-2025

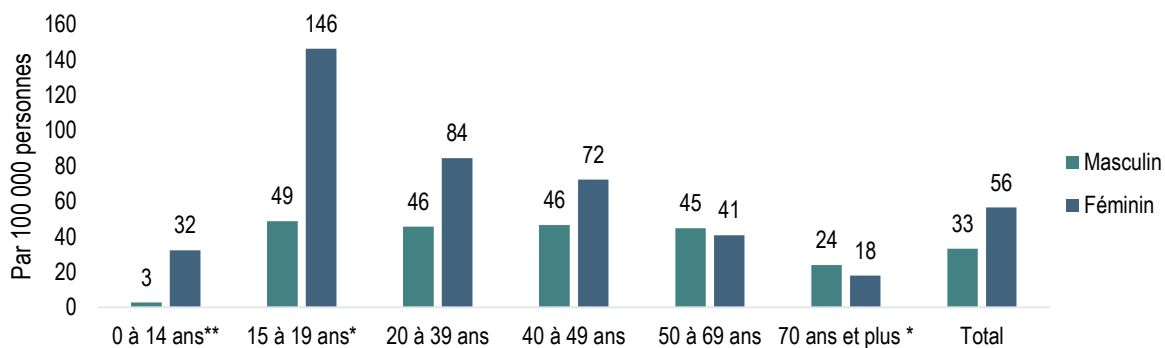


9.2. Différences selon le sexe et l'âge

Le taux annuel moyen d'hospitalisation pour tentative de suicide est **près de deux fois plus élevé chez les femmes** (56 par 100 000) que chez les hommes (33 par 100 000) de la région (Figure 27). Entre 2020-2021 et 2024-2025, il y a eu en moyenne 123 hospitalisations chez les femmes comparativement à 75 chez les hommes.

En Chaudière-Appalaches, **les femmes de 15 à 19 ans qui affichent le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé** (146 par 100 000) (Figure 27). Le taux d'hospitalisation chez les femmes de la région semble diminuer avec l'âge. Chez les femmes de 20 à 39 ans (84 par 100 000) et de 40 à 49 ans (77 par 100 000), ainsi que chez les hommes de 50 à 69 ans (45 par 100 000), les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont plus élevés dans la région qu'au Québec (66 pour les femmes de 20 à 39 ans, 52 pour celles de 40 à 49 ans et 32 pour les hommes de 50 à 69 ans par 100 000 personnes).

Figure 27. Taux d'hospitalisation moyens pour tentative de suicide selon le sexe et l'âge entre 2020-2021 et 2024-2025



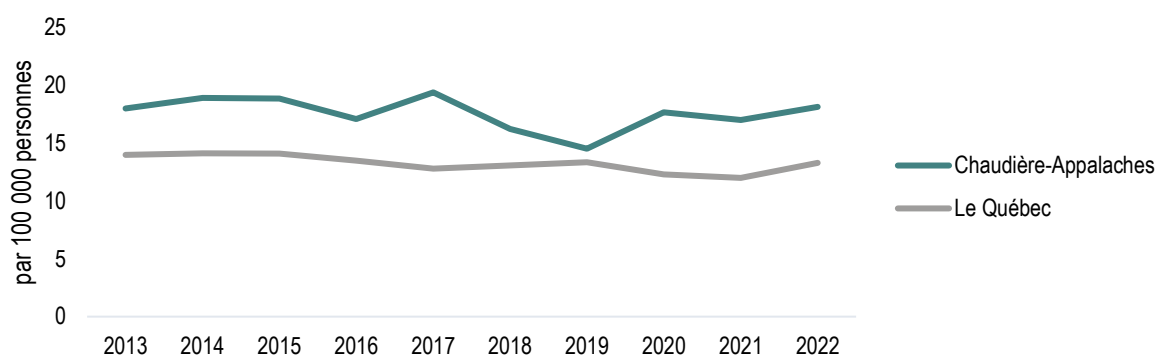
* Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence (pour les hommes seulement chez les 15 à 19 ans).

10. Mortalité par suicide

10.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

Dans la région, **80 décès par suicide sont survenus en 2022**, soit un taux de mortalité par suicide de 18 décès par 100 000 personnes. Le taux annuel moyen de décès par suicide est demeuré assez stable depuis 2013, à l'exception d'une baisse non significative d'un point de vue statistique en 2018 et 2019 (Figure 28). D'ailleurs, **le taux de mortalité par suicide dans la région est resté plus élevé que celui du Québec** depuis 2013, à l'exception des années 2018 et 2019, où la différence n'était pas significative.

Figure 28. Évolution du taux annuel de mortalité par suicide entre 2013 et 2022



10.2. Différences selon le sexe et l'âge

Entre 2020 et 2022, la région dénombre en moyenne **3 fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes**. Le taux de mortalité par suicide chez les hommes est de 27 décès par 100 000 comparativement à 8 par 100 000 chez les femmes (Figure 29). Ces taux sont plus élevés que ceux observés chez les hommes (19 par 100 000) et les femmes (6 par 100 000) au Québec.

Quel que soit le groupe d'âge, le taux de mortalité par suicide est **plus élevé chez les hommes** que chez les femmes. Il est particulièrement élevé chez les hommes âgés de 40 à 49 ans et de 50 à 69 ans (Figure 30).

Figure 29. Taux moyen de mortalité par suicide selon le sexe, 2020-2022

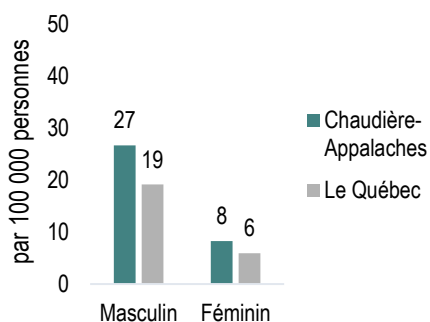
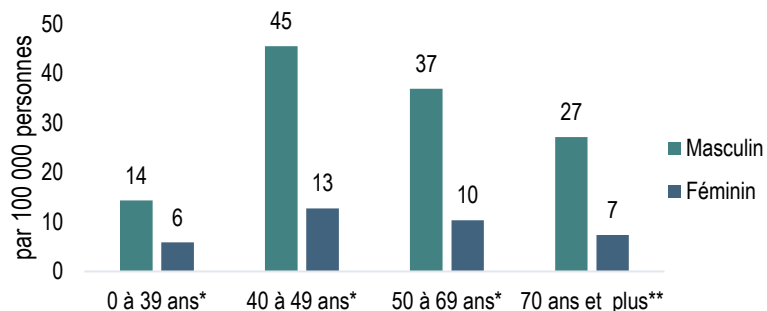


Figure 30. Taux moyen de mortalité par suicide selon le sexe et l'âge, 2020-2022



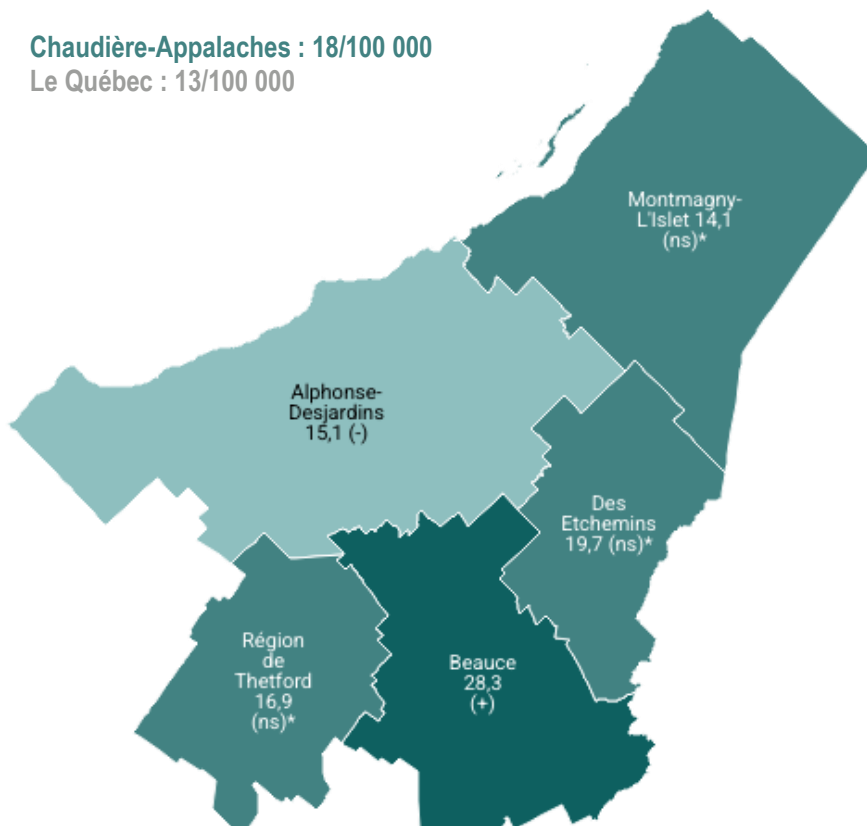
* Chez les femmes, cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

**Chez les femmes, cette donnée est présentée uniquement à titre indicatif, alors que, chez les hommes, elle a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

10.3. Zoom sur les territoires de RLS

Entre 2020 et 2022, le RLS Desjardins présentait un taux de mortalité par suicide plus faible (15 décès par 100 000 personnes), alors que le RLS de la Beauce présentait un taux de mortalité par suicide plus élevé (28 décès par 100 000 personnes) que le taux régional pour la même période (Figure 31). Les RLS de Thetford, des Etchemins et de Montmagny-L'Islet ne montraient pas de différence significative avec la région.

Figure 31. Taux¹⁶ moyen de mortalité par suicide par RLS, 2020-2022



* Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

10.4. Inégalités sociales de santé

La mortalité par suicide n'est pas répartie de façon égale dans la population, elle varie selon le niveau de **défavorisation matérielle et sociale**.¹⁷ Le taux de mortalité par suicide est généralement plus élevé dans les groupes les plus défavorisés que dans les groupes les plus favorisés matériellement et socialement.

En Chaudière-Appalaches, pour la période de 2019 à 2021,¹⁸ le **taux de mortalité par suicide était plus de deux fois plus élevé dans le groupe très défavorisé** comparativement au groupe très favorisé tant au plan matériel que

¹⁶ Taux moyen brut par 100 000 personnes entre le 1^{er} avril 2020 et le 31 mars 2022.

¹⁷ Pour une définition complète et des données régionales de la défavorisation matérielle et sociale, consultez la 4^e Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches.

¹⁸ Période la plus récente pour laquelle les données d'inégalités sociales de santé sont disponibles.

social (Figure 32). Ceci représente en moyenne **14 décès par suicide de plus** par 100 000 personnes annuellement dans le groupe défavorisé que dans le groupe favorisé. Ce nombre est plus élevé que celui observé au Québec (10 décès de plus pour 100 000 personnes). **Un décès par suicide sur 4 survient dans le groupe très défavorisé**, alors qu'on en compte seulement 1 sur 10 dans le groupe très favorisé matériellement et socialement (Figure 33).

Figure 32. Taux¹⁹ annuels moyens de mortalité par suicide selon les quintiles²⁰ de défavorisation matérielle et sociale, entre 2019 et 2021

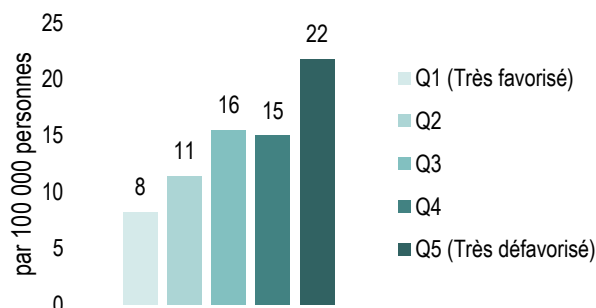
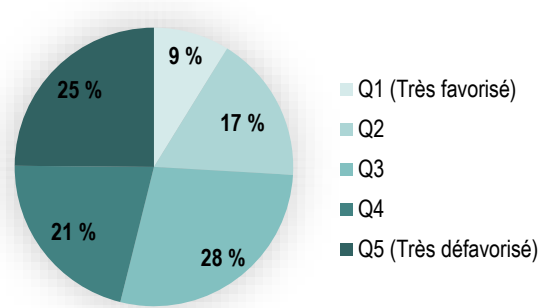


Figure 33. Répartition (%) des 64 décès annuels moyens survenus en Chaudière-Appalaches selon les quintiles de défavorisation matérielle et sociale entre 2019 et 2021



11. Caractéristiques des personnes décédées par suicide entre 2019 et 2023 en Chaudière-Appalaches : Résultats de recherche

En 2024, une subvention de la Fondation de l'Hôtel-Dieu de Lévis a permis de réaliser une analyse plus approfondie des cas de suicide dans la région. Tous les cas survenus de janvier 2019 à décembre 2023 ont été répertoriés et jumelés avec les bases de données médico-administratives du CISSS de Chaudière-Appalaches. Ce jumelage a permis de documenter les caractéristiques démographiques, socio-économiques, ainsi que l'utilisation de certains services des personnes décédées par suicide durant ces années. Les sections qui suivent présentent une synthèse des résultats obtenus.

11.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

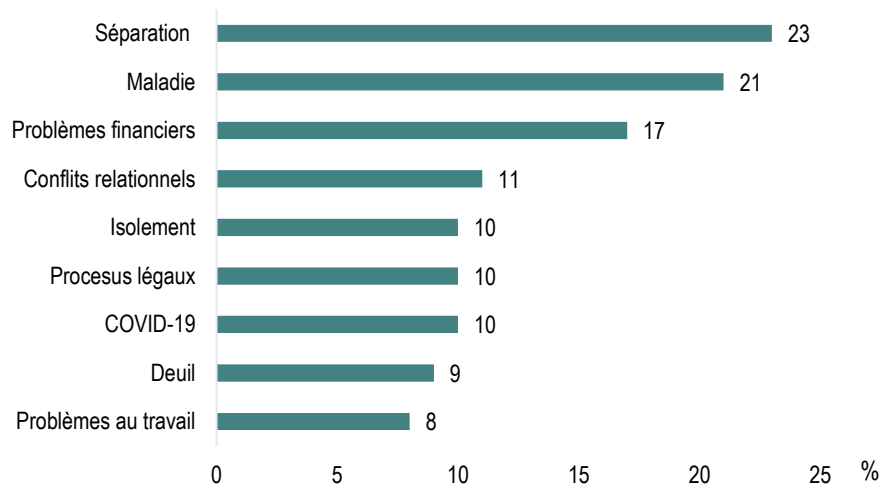
Au total, **359 décès par suicide** sont survenus entre 2019 et 2023 en Chaudière-Appalaches, dont 81 femmes (23 %) et 278 hommes (77 %). L'âge moyen de ces personnes était de 52 ans, 33 % habitaient dans un milieu rural et 46 % étaient en emploi au moment du décès.

Le moyen le plus fréquemment utilisé pour s'enlever la vie est la pendaison (54 %), suivi des armes à feu (16 %), de l'intoxication aux médicaments ou aux drogues (11 %) du monoxyde de carbone (6 %) et du saut d'une grande hauteur (5 %). Plusieurs événements de vie entourant le décès ont été rapportés par les proches des personnes décédées. Les plus fréquents étant la **séparation** (23 %), la **maladie** (21 %) et les **problèmes financiers** (17 %) (Figure 34).

¹⁹ Taux moyens ajustés pour l'âge et le sexe par 100 000 personnes entre 2019 et 2021.

²⁰ Les quintiles répartissent la population en 5 groupes approximativement égaux comprenant environ 20% de la population chacun. Le quintile 1 (Q1) est le groupe le plus favorisé et le quintile 5 (Q5) est le plus défavorisé matériellement et socialement.

Figure 34. Proportion des événements de vie les plus fréquents entourant le décès, rapportés par les proches des personnes décédées par suicide entre 2019 et 2023



La majorité des personnes décédées présentaient un **trouble de l'humeur**, un **trouble d'adaptation** ou des **symptômes dépressifs ou anxieux** (70 %).²¹ De plus, 19 % présentaient un trouble de la personnalité et 17 % un trouble lié aux substances psychoactives.

Une personne sur 2 (53 %) avait consulté au moins un des services répertoriés²² entre 48 heures²³ et 1 an avant le décès. Le service le plus fréquemment utilisé est l'urgence (41 %), suivi de l'hospitalisation (29 %) et des consultations avec un intervenant du CLSC (infirmières, travailleurs sociaux, etc., 25 %). Seulement 14 % des personnes décédées ont consulté un service en dépendance dans l'année précédant le décès.

11.2. Différences selon le sexe et l'âge

Le **nombre de décès par suicide est plus élevé chez les hommes** que chez les femmes, peu importe le groupe d'âge (Figure 35).²⁴ La proportion d'**hommes habitant dans un milieu rural est plus élevée** (35 %) que celle des femmes (25 %). Les hommes étaient **aussi plus souvent en emploi** (50 %) que les femmes (32 %). Le moyen le plus utilisé pour s'enlever la vie reste la pendaison chez les hommes (53 %) et chez les femmes (54 %). Toutefois, l'arme à feu représente le 2^e moyen le plus courant chez les hommes (16 %), alors que l'intoxication par les médicaments ou les drogues occupe ce rang chez les femmes (25 %).

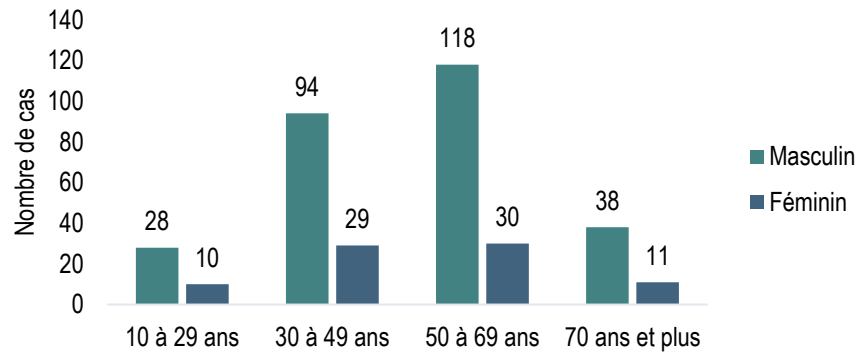
²¹ Les données sur les problèmes de santé mentale dans cette section sont soit retrouvées dans les rapports du coroner, dans les données médico-administratives du CISSS ou rapportées par les proches des personnes décédées. Aucune validation n'a été faite, ce n'est pas l'équivalent d'un diagnostic médical.

²² Les services répertoriés incluent uniquement les consultations à l'urgence, les hospitalisations, les services en dépendances et les services qui ont une entrée dans la base de données i-CLSC. Par exemple, les consultations avec les médecins de famille ne sont pas comptabilisées.

²³ Les consultations survenues dans les 48 heures précédant le décès ont été enlevées afin de conserver uniquement celles survenues avant le décès et qui ne seraient liées directement à l'acte du suicide.

²⁴ Aucun test statistique n'a été réalisé pour comparer les proportions présentées dans cette section. Les comparaisons sont uniquement descriptives et présentées à titre indicatif.

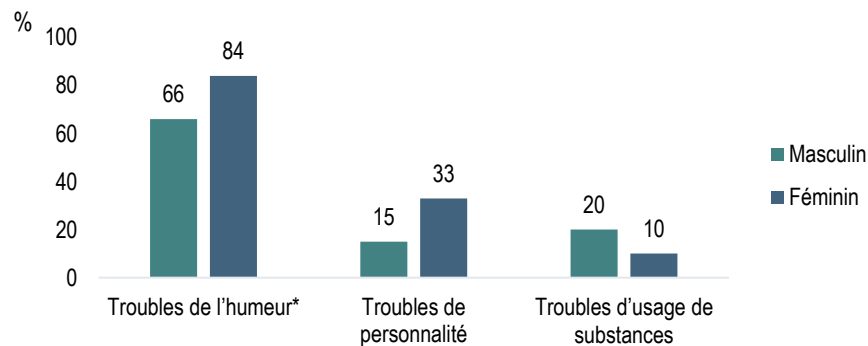
Figure 35. Répartition des 359 cas de suicides survenus entre 2019 et 2023 dans la région selon les groupes d'âge et le sexe



Les proportions **des femmes** décédées par suicide qui présentaient **un trouble de l'humeur (84 %) ou un trouble de personnalité (33 %) étaient plus élevées** que celles des hommes (66 % pour les troubles de l'humeur et 15 % pour les troubles de personnalité, Figure 36). À l'inverse, la proportion des troubles d'usages de substances est plus élevée chez les hommes (20 %) que chez les femmes (10 %).

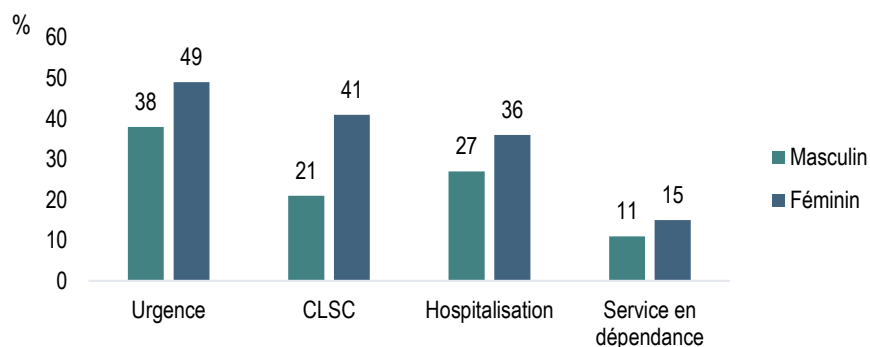
Les proportions **d'utilisation des services de santé répertoriés sont plus élevées chez les femmes** que chez les hommes pour tous les services étudiés, incluant les services en dépendance (Figure 37).

Figure 36. Proportion des troubles de santé mentale chez les hommes et les femmes décédés par suicide entre 2019 et 2023



*Inclut les symptômes et les troubles dépressifs et anxieux, ainsi que le trouble d'adaptation.

Figure 37. Proportions de l'utilisation des services²⁵ chez les hommes et les femmes décédés par suicide entre 2019 et 2023



Parmi les personnes décédées par suicide entre 2019 et 2023 dans la région, 3 sur 4 étaient âgées de 30 à 69 ans (Figure 35). Les **personnes de 70 ans et plus** se distinguent des autres groupes. Les événements de vie les plus rapportés dans ce groupe sont **la maladie, la perte d'autonomie et le deuil**. Ces personnes sont également celles avec **la plus grande proportion de troubles de l'humeur (82 %)** et celles qui ont été **le plus souvent hospitalisées (42 %)**. Dans le groupe de **50 à 69 ans**, la proportion de personnes habitant en **milieu rural (39 %) est plus élevée** que dans les autres groupes d'âge (29 % pour les 10 à 29 ans et les 30 à 49 ans et 30 % pour les 70 ans et plus). Finalement, la proportion d'utilisation des **armes à feu** est légèrement **plus élevée (16 %)** dans les groupes âgés de **10 à 29 ans** et de **70 ans et plus** que chez les 50 à 69 ans (13 %) et les 30 à 49 ans (9 %).

Discussion

Résumé de la situation entre 2019 et 2024

Cette mise à jour montre que les problèmes de santé mentale demeurent importants en Chaudière-Appalaches. Entre 2019 et 2022, une hausse de la détresse psychologique, des troubles anxio-dépressifs et des TDA(H) est observée. Toutefois, les niveaux semblent revenir au niveau précédent autour de 2023-2024. Cette tendance devra être confirmée dans les prochaines années.

Les données montrent **des différences selon le sexe et l'âge**. Les **femmes**, surtout les moins de 25 ans, rapportent davantage de détresse psychologique, de symptômes d'anxiété généralisée et présentent plus d'hospitalisations pour tentative de suicide. Elles reçoivent aussi plus souvent un diagnostic de troubles anxio-dépressifs ou de troubles de la personnalité du groupe B. Parmi les moyens utilisés lors des suicides, la pendaison est la plus fréquente, suivie de l'intoxication par les médicaments ou les drogues. Enfin, les femmes décédées par suicide avaient consulté les services plus souvent que les hommes au cours de l'année précédente.

Les **hommes** ont plus souvent un diagnostic de TDA(H), de troubles schizophréniques, de troubles liés au SPA et ont un taux de mortalité par suicide plus élevé que les femmes. Les garçons de moins de 17 ans présentent la plus forte prévalence de TDA(H), tandis que les hommes de 40 à 69 ans sont les plus touchés par le suicide. La pendaison demeure le moyen le plus fréquent, suivie des armes à feu. Malgré une proportion plus élevée de troubles

²⁵ Pour les services d'urgences, il s'agit des consultations entre 48 heures et 1 an avant le décès, pour les autres services, ce sont les consultations un an avant le décès.

liés aux SPA, les hommes décédés pas suicide ont consulté moins fréquemment les services en dépendance que les femmes dans l'année précédant le décès.

Certains territoires de CLSC sont plus touchés par les troubles de santé mentale que d'autres. Les territoires plus au sud de la région (Appalaches, Beauce-Centre, Beauce-Sartigan et Les Etchemins) ainsi que Montmagny présentent des prévalences de troubles anxio-dépressifs et de troubles liés au SPA plus élevées que la moyenne régionale. Les territoires plus au sud ont également des prévalences de TDA(H) plus élevées que celle de la région. Beauce-Sartigan regroupe aussi davantage de personnes vivant avec des troubles schizophréniques et des troubles de la personnalité du groupe B. Le RLS de Beauce présente un taux de mortalité par suicide plus élevé, bien que l'interprétation de ces données exige prudence en raison de la variabilité liée aux petits nombres.

Cette mise à jour des données pourra **aider les intervenants en promotion, prévention, repérage et services en santé mentale à mieux cibler les populations vulnérables** et à rester attentifs aux signes de détresse. Un repérage systématique des idées suicidaires pourrait être introduit dès le début du suivi et le répéter au besoin. L'offre de services pourrait être adaptée aux groupes plus à risque, notamment les jeunes de 15 à 24 ans et les personnes vivant une défavorisation matérielle ou sociale. La répartition des ressources pourrait être révisée pour répondre aux besoins plus marqués dans le sud de la région. Enfin, une meilleure compréhension des facteurs associés au suicide — comme la séparation, la maladie, les problèmes financiers, la perte d'autonomie ou le deuil — pourrait permettre de sensibiliser les équipes aux risques propres à chaque groupe d'âge et de sexe.

Actions en promotion et prévention en santé mentale

Pour améliorer la santé mentale de la population, il est essentiel d'intervenir à plusieurs niveaux. Les suivis cliniques demeurent essentiels, mais ils ne suffisent pas : des actions de promotion et de prévention structurées sont nécessaires pour renforcer la résilience collective et réduire l'apparition des problèmes de santé mentale.

Enfance et adolescence

Les **expériences négatives vécues dans l'enfance** (maltraitance, violence conjugale et problèmes de santé mentale parentaux) augmentent le risque de détresse et de suicide à l'adolescence et à l'âge adulte. Leur impact s'aggrave en contexte de défavorisation, mais diminue lorsque les jeunes bénéficient de conditions de vie favorables ou d'un soutien social.

Les données montrent que des interventions non cliniques peuvent réduire ces risques, notamment la réduction de la pauvreté, l'accès à la prévention, le soutien parental, des milieux scolaires favorables et le développement des compétences socio-émotionnelles. **Le CISSS de Chaudière-Appalaches** déploie diverses interventions en ce sens :

- **Services intégrés en périnatalité et petite enfance (SIPPE)** : Programme visant les familles en contexte de vulnérabilité. Ils offrent des :
 - visites à domicile;
 - ateliers pour parents;
 - rencontres parents-enfants.
- **Interventions en milieux solaires** : Le cadre de référence **ÉPANOUIR** vise à aider les jeunes à :
 - mieux gérer leurs émotions et leur stress;
 - développer des relations sociales positives;
 - évoluer dans des milieux bienveillants où la santé mentale se discute sans tabou et où la demande d'aide est facilitée.

Adultes et travailleurs

Améliorer la compréhension de la santé mentale aide les gens à mieux reconnaître leurs émotions, à repérer plus vite les signes de détresse, à connaître les ressources d'aide, à protéger leur bien-être, à soutenir leurs proches et à réduire la stigmatisation. Cela encourage aussi davantage de personnes à demander de l'aide quand elles en ont besoin. Le **CISSS de Chaudière-Appalaches** offre notamment un site web grand public (sante-psychologique.ca), contenant un quiz d'autoévaluation, des conseils et des outils pour préserver l'équilibre psychologique.

Le réseau des Éclaireurs regroupe des intervenants communautaires, des partenaires intersectoriels et des citoyens formés aux Premiers secours psychologiques (PSP). Leur rôle est de :

- repérer les personnes vulnérables;
- écouter, soutenir et référer au besoin;
- renforcer la résilience communautaire, surtout lors d'événements majeurs (inondations, crises et impacts climatiques).

Les équipes de Santé au travail soutiennent aussi les milieux pour prévenir les risques psychosociaux (surcharge, manque de soutien, gestion inadéquate, violence, harcèlement et instabilité). Elles offrent outils, formations et accompagnement pour réduire ces risques, désormais reconnus comme une obligation légale pour les employeurs.

Prévention du suicide

Le **CISSS de Chaudière-Appalaches applique une politique interne en prévention du suicide**, renforçant la cohérence des interventions selon trois niveaux :

- **Mesures universelles**, destinées à toute la population :
 - Sensibiliser les milieux scolaires, communautaires et municipaux;
 - Promouvoir des communications sécuritaires sur le suicide;
 - Offrir la formation « Repérer la personne suicidaire et appliquer les mesures de protection requises », aux intervenants :
 - Faire connaître les ressources d'aide : **1-866-APPELLE** et **Suicide.ca**.
- **Actions ciblées**, mises en place auprès de groupes à risque :
 - Soutenir les écoles, dans l'application des mesures prévues après un décès par suicide;
 - Déployer le **Réseaux des Sentinelles** (adultes formés pour repérer, écouter et orienter);
 - La réduction de l'accès aux moyens létaux grâce à des collaborations policières et communautaires :
 - Sensibilisation sur l'entreposage sécuritaire des armes à feu;
 - Distribution des verrous de pontet (petit cadenas qui bloque la gâchette d'une arme à feu pour empêcher qu'on puisse l'utiliser).
- **Services cliniques spécialisés** pour les personnes présentant des idées suicidaires ou un risque élevé offertes par le CISSS-CA :
 - Hôpital de jour en santé mentale;
 - Services de psychiatrie.

Partenariats

La promotion et la prévention reposent sur un vaste réseau de partenaires institutionnels, municipaux et communautaires. Leur mobilisation est essentielle pour soutenir les personnes vulnérables et renforcer la santé mentale régionale. Voici quelques exemples :

- **Protocole RÉMI** : Entente entre partenaires de première ligne visant à assurer une continuité de services pour les personnes suicidaires, vulnérables ou endeuillées par suicide;

- **Bonification des services offerts aux personnes endeuillées** par suicide en partenariat avec le Centre d'écoute et de prévention du suicide Beauce-Etchemins;
- **Plan d'action conjoint avec l'UPA et Au cœur des familles agricoles**, pour soutenir la santé psychologique des producteurs agricoles.

Conclusion

Les données récentes dressent un portrait nuancé de la santé mentale en Chaudière-Appalaches, montrant des écarts importants selon l'âge, le sexe et le territoire, ainsi que des besoins plus marqués dans le sud de la région. En renforçant la prévention, la promotion et les partenariats, les milieux seront mieux outillés pour repérer la détresse, soutenir les populations vulnérables et améliorer durablement la santé mentale en Chaudière-Appalaches.

Bibliographie

- BEAUBIEN, R. *Rapport de recherche La problématique du suicide en Chaudière-Appalaches : Vers une prévention intégrée et personnalisée à la réalité régionale*. [En ligne], 2026, Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches.
[https://www.ciassca.com/clients/CISSSCA/Surveillance_infogram/Documents/Rapport_de_recherche_sur_le_suicide_2026.pdf]
- COTTER, A. *Violence entre partenaires intimes au Canada, 2018 : un aperçu*, [En ligne], 2021, no 85-002-X, Statistique Canada. [<https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2021001/article/00003-fra.pdf>].
- FORD-GILBOE, M., WATHEN, C. N., VARCOE, C., MacMILLAN, H. L., SCOTT-STOREY, K., MANTLER, T., HEGARTY, K. et PERRIN, N. *Development of a brief measure of intimate partner violence experiences: the Composite Abuse Scale (Revised) — Short Form (CASR-SF)*, *BMJ Open*, [En ligne], vol. 6, e01282412, 2016, p. 1-13.doi : 10.1136/bmjopen-2016-012824.
- GOUVERNEMENT DU QUÉBEC. *À propos des troubles mentaux – Anxiété généralisée*, [En ligne]. [<https://www.quebec.ca/sante/problemes-de-sante/anxiete-generalisee>] (Consulté le 6 janvier 2026).
- KESSLER, R. C., ANDREWS, G., COLPE, L. J., HIRIPI, E., MROCZEK, D. K., NORMAND, S. L., ... ZASLAVSKY, A. M. *Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress*, *Psychological Medicine*, 32(6), 2002, p. 959-976.doi : 10.1017/S0033291702006074.
- LAFORÉST, J. et GAGNÉ, D. *La violence conjugale*. Dans LAFORÉST, J., MAURICE, P. et BOUCHARD, L. M. (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*, Institut national de santé publique du Québec, [En ligne], 2018. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_rapport_quebecois_violence_sante.pdf].
- LÉVESQUE, S. *Encadré 2 – La coercition reproductive en contexte conjugal*. Dans LAFORÉST, J., MAURICE, P. et BOUCHARD, L. M. (dir.), *Rapport québécois sur la violence et la santé*, [En ligne], Montréal, 2018, p. 148-149. [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2380_chapitre-5.pdf].
- LEVESQUE, P., RASSY, J. et GENEST, C. *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec, 2022.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*, [En ligne], 2014. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf] (Consulté le 26 juin 2024).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Santé mentale*, [En ligne], 2025. [<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>] (Consulté le 26 février 2026).
- SILVERMAN, J. G. et RAJ, A. *Intimate Partner Violence and Reproductive Coercion: Global Barriers to Women's Reproductive Control*, *PLoS Medicine*, [En ligne], vol. 11, no 9, 2014, p. e1001723.doi : 10.1371/journal.pmed.1001723.
- THE CENTRE FOR ADDICTION AND MENTAL HEALTH (CAMH). *Troubles de la personnalité*, [En ligne]. [<https://www.camh.ca/fr/info-sante/index-sur-la-sante-mentale-et-la-dependance/troubles-de-la-personnalite>] (Consulté le 30 juin 2024).

Annexe A - Synthèse de l'analyse pour les femmes et les hommes

Le tableau suivant permet de visualiser en un coup d'œil où se situent les vulnérabilités particulières aux femmes et aux hommes en Chaudière-Appalaches.

Indicateurs de la santé mentale	Femmes	Hommes	Femmes vs Hommes
	Nombres (% ou taux) annuels	Nombres (% ou taux) annuels	Ratio (% ou taux) femmes/hommes
Détresse psychologique élevée (2020-2021) :	68 300 (38 %)	52 700 (28 %)	1,3
Symptômes d'anxiété généralisée (2020-2021) :	28 500 (16 %)	8 500 (4,6 %)**	3,4
Troubles anxio-dépressifs (2023-2024) :	15 240 (6,9 %)	8 625 (3,8 %)	1,8
TDA avec ou sans hyperactivité (2023-2024) :	1 705 (3,1 %)	3 110 (5,3 %)	0,6
Troubles schizophréniques (2023-2024) :	330 (0,1 %)	595 (0,3 %)	0,6
Troubles de la personnalité du groupe B (2023-2024) :	625 (0,28 %)	385 (0,17 %)	1,6
Troubles liés aux SPA (2023-2024) :	1 030 (0,5 %)	1 990 (1,0 %)	0,5
Idées suicidaires au cours de la vie (2020-2021) :	16 000 (9,2 %)	18 400 (10,3 %)	ns
Tentative de suicide au cours de la vie (2020-2021) :	8 000 (4,4 %)*	7 100 (3,8 %)*	ns
Hospitalisations pour tentative de suicide (2020-2025) :	123 (56/100 000)	75 (33/100 000)	1,7
Mortalité par suicide (2020-2022) :	18 (8/100 000)	59 (27/100 000)	0,3
	Par rapport aux femmes du Québec	Par rapport aux hommes du Québec	Comparaison dans la région
Atteintes à la santé mentale			
1. Détresse psychologique élevée			
o 15 à 24 ans			
o 25 à 44 ans			
o 45 à 64 ans			
o 65 ans et plus			
2. Symptômes d'anxiété généralisée		np	np
o 15 à 24 ans	*	np	np
o 25 à 44 ans	np	np	np
o 45 à 64 ans	*	np	np
o 65 ans et plus	np	np	np
Troubles de santé mentale diagnostiqués			
3. Troubles anxio-dépressifs			
o 5 à 9 ans			
o 10 à 14 ans			
o 15 à 19 ans			
o 20 à 49 ans			
o 50 à 64 ans			
o 65 ans et plus			

Indicateurs de la santé mentale	Femmes	Hommes	Femmes vs Hommes
	Nombres (% ou taux) annuels	Nombres (% ou taux) annuels	Ratio (% ou taux) femmes/hommes
4. TDA avec ou sans hyperactivité			
o 5 à 11 ans			
o 12 à 17 ans			
o 18 à 24 ans			
5. Troubles schizophréniques			
6. Troubles de la personnalité du groupe B			
7. Troubles liés aux substances psychoactives			
o 12 à 24 ans			
o 25 à 49 ans			
o 50 à 64 ans			
o 65 ans et plus			
La problématique du suicide			
7.1 Idées suicidaires au cours de la vie			
7.2 Tentatives de suicide au cours de la vie	*	*	*
8. Hospitalisations pour tentative de suicide			
o 15 à 19 ans		*	*
o 20 à 39 ans			
o 40 à 49 ans			
o 50 à 69 ans			
o 70 ans et plus	*	*	*
9. Mortalité par suicide			
o 0 à 39 ans	*		*
o 40 à 49 ans	*		*
o 50 à 69 ans	*		*
o 70 ans et plus	np	*	np

*Cette donnée a une précision moins grande et doit être interprétée avec prudence.

** Cette donnée a une faible précision pour la région et elle est présentée uniquement à titre indicatif.

ns= non significatif; TDA = trouble du déficit de l'attention; SPA = substances psychoactives; np = nombre trop petit pour être présenté

Légende	
	Proportion ou taux significativement plus faible que le même groupe d'âge et sexe dans le reste du Québec au seuil de 0,5 % ou 0,1 %
	Proportion ou taux significativement plus élevé que le même groupe d'âge et sexe dans le reste du Québec au seuil de 0,5 % ou 0,1 %
	Proportion ou taux non significativement différent que le même groupe d'âge et sexe dans le reste du Québec au seuil de 0,5 % ou 0,1 %
	Proportion ou taux significativement plus élevé chez les femmes que chez les hommes dans la région au seuil de 0,5 % ou 0,1 %
	Proportion ou taux significativement plus faible chez les femmes que chez les hommes dans la région au seuil de 0,5 % ou 0,1 %
	Proportion ou taux non significativement différent entre les femmes et les hommes dans la région au seuil de 0,5 % ou 0,1 %

Annexe B – Méthodologie

Choix des indicateurs

Le choix des indicateurs a été fait par une équipe projet comprenant des professionnels en surveillance de la santé, des professionnels en promotion et prévention de la santé mentale, des professionnels et gestionnaires de la direction du programme santé mentale et dépendance et des médecins spécialistes en santé publique.

Pour les atteintes à la santé mentale, nous avons considéré deux indicateurs auto-rapportés : la proportion de la population de 15 ans et plus présentant un niveau élevé de détresse psychologique et la proportion de personnes avec des symptômes d'anxiété généralisée issus de l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) réalisée en 2020-2021.

Pour les troubles de santé mentale diagnostiqués et la problématique du suicide, nous avons utilisé les mêmes indicateurs que ceux présentés dans le [portrait précédent](#), provenant des mêmes sources, mais pour la période de 2020 à 2024 pour suivre l'évolution de ces problèmes. Nous avons également ajouté des données sur la prévalence des troubles de la personnalité du groupe B et sur l'utilisation des services pour chacun des troubles de santé mentale répertoriés pour soutenir les services cliniques. Nous avons également ajouté la comparaison des groupes de défavorisation matérielle et sociale pour les décès par suicide, car une nouvelle mise à jour de cet indicateur était disponible au moment de la rédaction.

Une section supplémentaire est disponible dans ce portrait, soit les données d'un **projet de recherche sur la caractérisation des cas de suicide survenus entre 2019 et 2023** dans la région. Cette section apporte un éclairage supplémentaire sur les caractéristiques socio-économiques, démographiques, cliniques, psychosociales ainsi que sur l'utilisation de certains services par les personnes décédées par suicide dans la région. Elle permet également de mettre en évidence certaines différences selon le sexe et l'âge.

Ventilations et analyses statistiques de comparaison

Comme dans le [portrait précédent](#), chaque indicateur est présenté globalement pour la région, et lorsque les données le permettent, l'indicateur est présenté par sexe, par groupes d'âge et par territoires de CLSC ou de RLS. Les comparaisons sont réalisées sur les données ajustées pour l'âge lorsque possible, mais les données présentées sont les données brutes. Pour les données issues de SISMACQ, de MED-ÉCHO, et du fichier des décès, les ajustements sont effectués en fonction de la structure d'âge de la population totale du Québec en 2016, sexes réunis. Pour les données issues de l'EQSP, l'ajustement est réalisé en fonction de la structure d'âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2020-2021 pour l'ensemble du Québec.

Nous nous sommes basés sur les tests statistiques réalisés par l'INSPQ, directement à partir des données de l'Infocentre de santé publique, pour déterminer si les taux, prévalences et proportions sont différents de celles dans le reste du Québec ou dans le reste de la région pour les territoires de CLSC, comme dans le [portrait précédent](#). Concernant le sexe et les groupes d'âge, la comparaison est basée sur un test statique de l'INSPQ lorsque disponible ou sur la comparaison des intervalles de confiances (IC). Des courbes de tendances par année sont présentées pour analyser l'évolution dans le temps des indicateurs. En exploitant les intervalles de confiances, nous avons également été en mesure de comparer les données dans le temps.

Limites méthodologiques

Comme mentionné dans le [portrait précédent](#), des modifications méthodologiques concernant les indicateurs provenant de MED-ÉCHO et du SISMACQ sont susceptibles de limiter les comparaisons temporelles. La

modernisation du système de facturation de la RAMQ en 2016 a introduit un biais de comparabilité dans l'utilisation des services de santé par rapport aux années précédentes.

Un autre biais lié aux données administratives est la sous-estimation de certains indicateurs, notamment en ce qui concerne l'utilisation des services de santé mentale, probablement sous-estimée pour trois raisons.²⁶ Premièrement, le SISMACQ ne prend en compte que les personnes dont l'état est diagnostiqué par un médecin, ignorant ainsi les cas traités en cabinet privé ou par d'autres professionnels, comme les psychologues en CLSC. Deuxièmement, les résidents québécois utilisant des services dans des provinces extérieures au Québec ne sont pas comptabilisés. Troisièmement, le fichier des services médicaux enregistre uniquement les demandes de remboursement à l'acte, excluant ainsi les informations concernant les médecins rémunérés sur la base d'un salaire ou d'un honoraire forfaitaire.

Par ailleurs, les données collectées durant la pandémie doivent être interprétées avec prudence, car les variations observées peuvent davantage refléter des incidents, tels que l'arrêt ou le délestage de certains services hospitaliers, ou le report d'interventions chirurgicales pour répondre aux besoins en lits pour la COVID-19.

Enfin, ce portrait mobilise des enquêtes populationnelles pour analyser des mesures auto-rapportées, notamment les indicateurs en lien avec la violence entre partenaires intimes, qui sont sujettes à un biais de désirabilité sociale. En effet, lorsqu'il s'agit de questions sensibles, certaines personnes peuvent avoir tendance à répondre de manière à projeter une image d'elles-mêmes favorable pour la société (Fisher, 1993).²⁷

Sources, définitions et méthodes de calcul pour chacun des indicateurs choisis

Proportion de personnes avec des symptômes d'anxiété généralisée

Source : EQSP 2020-2021

Définition : Les questions utilisées dans l'EQSP pour mesurer la présence de symptômes d'anxiété généralisée sont issues du *Generalized anxiety disorder (GAD-7)*²⁸ « *Le GAD-7 permet de dépister la présence probable d'anxiété généralisée à partir d'une liste de symptômes caractéristiques d'anxiété généralisée selon le DSM-IV. L'échelle a été validée et utilisée dans de nombreuses études en lien avec l'anxiété généralisée.* »²⁹ L'indicateur est construit à partir de sept questions évaluées sur une échelle de type Likert à 4 niveaux. Le score total varie de 0 à 21. Les personnes qui ont un score de 10 et plus sont considérées avoir des symptômes d'anxiété généralisée.

Calcul de la proportion brute :

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et ayant des symptômes d'anxiété généralisée

X 100

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel

²⁶ Fiche SISMACQ (Avril 2024). Répartition du profil d'utilisation des services de santé mentale dans la population d'un an et plus atteinte de troubles mentaux

²⁷ Fisher, R. J. (1993). Social desirability bias and the validity of indirect questioning. *Journal of Consumer Research*, 20(2), 303-315.

²⁸ Spitzer, R. L., Kroenke, K. Williams, J. B. W. et Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder. The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092- 1097. doi: 10.1001/archinte.166.10.1092.

²⁹ Issue de la fiche indicatrice de l'Infocentre de l'INSPQ (F724A2).

Prévalence des troubles de la personnalité du groupe B

Source : SISMACQ, mise à jour d'avril 2024

Définition : Une personne est considérée comme atteinte de trouble de la personnalité du groupe B au cours d'une année (du 1er avril au 31 mars) si elle répond à l'un des critères suivants :

- Avoir reçu un diagnostic principal de trouble de la personnalité du groupe B dans les données du fichier MED-ÉCHO durant l'année ;
- Avoir reçu un diagnostic de trouble de la personnalité du groupe B dans les données des services médicaux rémunérés à l'acte durant l'année.

Les codes de la Classification internationale des maladies (: CIM-9 : 301.1, 301.3, 301.5, 301.7, 301.8, 301.9 CIM-10 : F07.0, F34.0, F34.1, F48.8, F60.2, F60.3, F60.4, F60.6, F60.8, F60.9, F61, F62.0, F62.1, F62.8, F62.9, F68.1, F69) ont été utilisés pour identifier les diagnostics de troubles de la personnalité du groupe B. Pour être reconnue comme ayant un trouble de la personnalité du groupe B, la personne doit satisfaire à l'un des critères de la définition de cas chaque année.

Calcul de la prévalence brute :

Nombre d'individus ayant répondu à la définition de cas de troubles de la personnalité du groupe B pour une période de 12 mois

X 100

Population moyenne d'un an et plus pour la même période

Se référer au [portrait précédent](#) pour les définitions ainsi que les méthodes de calcul des indicateurs suivants :

- Proportion de la population se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique
- Prévalence des troubles mentaux
- Prévalence des troubles anxio-dépressifs
- Prévalence du trouble déficitaire de l'attention (TDA) avec ou sans hyperactivité
- Prévalence des troubles schizophréniques
- Prévalence des troubles liés aux substances psychoactives (SPA)
- Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie
- Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie
- Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatisme : tentatives de suicide
- Taux de mortalité par suicide

Utilisation des services pour chacun des indicateurs de troubles de santé mentale

Source : SISMACQ, mise à jour d'avril 2024

Définition : Proportion d'utilisation d'un service de santé mentale (hospitalisation, urgence, psychiatrie en ambulatoire, médecin de famille en ambulatoire, autres services en santé mentale) parmi la population d'un an et plus atteinte d'un de ces troubles : troubles mentaux, troubles anxio-dépressifs, TDA(H), troubles schizophréniques, Trouble de personnalité du groupe B, troubles liés aux substances psychoactives.

Calcul de la proportion brute :

Nombre d'individus ayant utilisé le service de santé mentale pour une période de 12 mois

X 100

Nombre d'individus atteints de troubles mentaux dans la population d'un an et plus pour la même période

Inégalités sociales de santé : Mortalité par suicide

Source : Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) Estimations et projections démographiques (MSSS).

Définition : Pour la surveillance des inégalités sociales de mortalité par suicide, le taux de mortalité par suicide est ventilé selon l'indice de défavorisation matérielle et sociale du Québec. Les comparaisons sont faites sur des taux ajustés pour l'âge, le sexe et la zone géographique par modélisation statistique.

Calcul de la proportion brute :

Nombre de décès par suicide au cours d'une période donnée

X 100 000

Nombre d'individus dans la population d'un an et plus pour la même période

Indicateurs du projet de recherche

Pour les variables :

- Emploi,
- Moyen utilisé pour s'enlever la vie,
- Événements de vie entourant le décès,
- Trouble de l'humeur, d'adaptation ou symptômes dépressifs ou anxieux.

Sources : Données de la direction du programme santé mentale et dépendance, fiche de postvention

Définition : Les fiches de postvention sont remplies par un intervenant du CISSS auprès des proches de la personne décédée. Elles comprennent les renseignements sociodémographiques et psychosociaux de la personne décédée, soit, nom, prénom, municipalité de résidence, date du décès, moyen utilisé et lieu du décès, âge, sexe, occupation, consommation (alcool, drogues ou médicaments), problèmes de jeux de hasard et d'argent, problèmes de santé physique au moment du décès, troubles de santé mentale, événements de vie entourant le décès, préoccupations particulières reliées à la COVID-19, propos et tentatives de suicide antérieures, suicides parmi les proches et services actifs du CISSS utilisés.

Pour les variables :

- Âge, sexe, municipalité (pour identifier le milieu rural et urbain),
- Validation des troubles de l'humeur, d'adaptation ou symptôme dépressif ou anxieux.

Sources : Rapport du Coroner

Définition : Les rapports de coroner constituent une source valide d'identification des cas de suicide en complémentarité avec le Fichier des décès du Québec. Les données issues des rapports de coroner comprennent nom et prénom de la personne décédée, l'âge au moment du décès, la municipalité de résidence, la date du décès, le sexe, les circonstances du décès incluant le moyen utilisé, l'analyse des événements, un examen externe et lorsque requise, une autopsie, une analyse toxicologique de la présence d'alcool, de drogue ou de médicaments dans le sang et les conclusions du rapport. Les rapports de coroner sont publics et accessibles à toute personne qui en fait la demande.

Pour les variables :

- Utilisation des services répertoriés dans le I-CLSC,
- Utilisation des urgences,
- Hospitalisation,
- Utilisation des services en dépendance.

Sources : Données médico-administratives du CISSS de Chaudière-Appalaches :

- Données de fréquentation des urgences et hospitalières (Med-urg Siurge, SI-Urgence),
- Données sur les services offerts par la mission CLSC (I-CLSC),
- Données sur les services de réadaptation et dépendances (SIC-SRD).

Définition : Les données issues du I-CLSC permettent d'obtenir de l'information sur les services dispensés en mission CLSC, incluant des interventions autres que médicales. Le SIC-SRD regroupe l'information sur tous les services donnés à un usager dans les centres de réadaptation en dépendance. Les données sur la fréquentation des urgences et les données hospitalières comprennent des informations résumées sur les séjours.

**Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches**

Québec 

