



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

*Regard sur les troubles mentaux et  
la problématique du suicide*

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

Le 9 février 2023



Portrait de la santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches : Regard sur les troubles mentaux et la problématique du suicide est une production du Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de Chaudière-Appalaches :

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

**Auteurs :**

M<sup>me</sup> Caroline Duchaine  
Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique  
D<sup>re</sup> Marie-Ève Beauregard  
Médecin spécialiste en santé publique

**Sous la direction de :**

D<sup>re</sup> Liliana Romero  
Directrice de santé publique  
M<sup>me</sup> Nathalie Parent  
Directrice adjointe de santé publique

**Avec la contribution de :**

M<sup>me</sup> Sylvie Veilleux  
Technicienne en recherche psychosociale, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique  
M<sup>me</sup> Pier-Anne Paquet-Gagnon  
Coordonnatrice professionnelle, équipe de planification, vigie, surveillance et soutien méthodologique  
M<sup>me</sup> Édith St-Hilaire  
Agente de planification, de programmation et de recherche, équipe de promotion, prévention et organisation communautaire  
D<sup>re</sup> Sarah Vermette  
Médecin spécialiste en santé publique

**Mise en page et révision du texte :**

M<sup>me</sup> Marie-Noëlle Siméon  
Technicienne en administration  
M<sup>me</sup> Marie-Noëlle Labbé  
Technicienne en administration

Le présent document est disponible sur le site Internet du CISSS de Chaudière-Appalaches à l'adresse suivante :  
<https://www.cisssca.com/accueil/>

Lorsque le contexte l'exige, le genre masculin utilisé dans ce document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

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

Dépôt légal  
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2023

© Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, 2023



## Table des matières

<b>Faits saillants .....</b>	<b>III</b>
<b>Introduction .....</b>	<b>V</b>
<b>Les atteintes à la santé mentale .....</b>	<b>1</b>
1. La détresse psychologique .....	1
1.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	1
1.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	1
2. Consultation d'un professionnel pour la santé mentale .....	2
2.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	2
2.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	2
<b>Les troubles de santé mentale diagnostiqués .....</b>	<b>3</b>
3. Les troubles anxio-dépressifs .....	3
3.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	3
3.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	4
3.3. Zoom sur les territoires de CLSC .....	4
4. Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité .....	5
4.1. Portrait des enfants et jeunes adultes en Chaudière-Appalaches.....	5
4.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	6
4.3. Zoom sur les territoires de CLSC .....	6
5. Les troubles schizophréniques .....	7
5.1. Portrait global dans la région.....	7
5.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	7
5.3. Zoom sur les territoires de CLSC .....	8
6. Les troubles liés aux substances psychoactives .....	9
6.1. Portrait global dans la région.....	9
6.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	9
6.3. Zoom sur les territoires de CLSC .....	10
<b>La problématique du suicide .....</b>	<b>11</b>
7. Idées et tentatives de suicide rapportées .....	11
7.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	11
7.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	11
8. Hospitalisations pour tentative de suicide.....	12
8.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	12
8.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	13
9. Mortalité par suicide.....	14
9.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches.....	14
9.2. Différences selon le sexe et l'âge.....	14

<b>Discussion .....</b>	<b>15</b>
<b>Conclusion .....</b>	<b>18</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>19</b>
<b>Annexe A - Synthèse de l'analyse pour les femmes et les hommes.....</b>	<b>20</b>
<b>Annexe B - Méthodologie .....</b>	<b>22</b>
<b>Annexe C - Sources, définitions et méthodes de calcul pour chacun des indicateurs choisis.....</b>	<b>24</b>

## Faits saillants

Les données présentées dans ce portrait ciblent principalement les troubles de santé mentale et les indicateurs de la problématique du suicide. Elles couvrent la période d'avril 2014 à mars 2021. Les lignes suivantes exposent les faits saillants.

### Atteintes à la santé mentale



- Plus d'une personne sur quatre dans la région rapporte un niveau de détresse psychologique élevé.
- Plus de femmes que d'hommes rapportent vivre un niveau de détresse psychologique élevé.
- Les femmes rapportent également consulter plus souvent les professionnels de la santé au sujet de leur santé mentale que les hommes.

### Troubles de santé mentale diagnostiqués

#### Les troubles anxio-dépressifs



- Les troubles anxio-dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquemment diagnostiqués : ils touchent un peu plus d'une personne sur 20 dans la région, ce qui est un peu plus faible que dans le reste du Québec.



- Les troubles anxio-dépressifs sont près de deux fois plus souvent diagnostiqués chez les femmes que chez les hommes.

#### Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA(H))



- La prévalence des TDA(H) diagnostiqués est légèrement plus élevée dans la région que dans le reste du Québec. Ils touchent une personne sur 25 âgée entre 1 et 24 ans dans la région.



- Les TDA(H) sont près de deux fois plus fréquents chez les garçons de moins de 15 ans que chez les filles du même âge, touchant environ un garçon sur 12.

#### Les troubles schizophréniques



- La prévalence des troubles schizophréniques est plus faible dans la région que dans le reste du Québec. En 2020-2021, environ 915 personnes en étaient affectées dans la région.



- Il y a près de deux fois plus d'hommes que de femmes qui sont affectés par des troubles schizophréniques.

#### Les troubles liés aux substances psychoactives (SPA)



- Les troubles liés aux SPA diagnostiqués affectent environ sept personnes sur 1000 dans la région, ce qui est un peu plus faible que dans le reste du Québec.



- Les hommes de la région sont près de deux fois plus affectés que les femmes par des troubles diagnostiqués liés aux SPA, soit près d'un homme sur 100.

## La problématique du suicide



- Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé dans la région comparativement à celui dans le reste du Québec, avec en moyenne 150 hospitalisations par année dans la région.



- Les hospitalisations pour tentative de suicide sont plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes, avec en moyenne 88 hospitalisations par année chez les femmes, comparativement à 61 chez les hommes.



- Le taux de mortalité par suicide est plus élevé dans la région comparativement à celui dans le reste du Québec, avec en moyenne 73 décès par suicide par année dans la région.



- Il y a trois fois plus de suicides chez les hommes que chez les femmes.

Ce portrait régional sur l'état de santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches permettra aux acteurs impliqués dans la promotion, la prévention et l'intervention clinique de mieux connaître la réalité régionale et de mieux cibler et prioriser les services à offrir. Il permettra ainsi aux acteurs de contribuer de manière significative à la grande finalité souhaitée, soit celle de diminuer les conséquences pour les individus touchés, leur famille et leur entourage.

La mise à jour des données, prévue au printemps 2023, permettra également de raffiner la compréhension de la santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches et d'avoir un aperçu des impacts de la pandémie sur celle-ci.



# Introduction

## Contexte

La réalisation de ce portrait de la santé mentale s'inscrit dans le mandat légal de surveillance des directeurs de santé publique. La surveillance vise à informer régulièrement les acteurs de la santé, les partenaires, les médias et la population sur l'état de santé de la population et de ses déterminants, ceci afin de soutenir l'organisation des services et la mise en place de conditions favorables à la santé.

## Objectif et contenu de ce portrait

L'objectif principal de ce portrait est d'informer les acteurs impliqués dans la promotion, la prévention et les services, sur l'état de santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches. Les données contenues dans ce portrait seront utiles pour orienter les actions de prévention et promotion et prioriser les services curatifs en santé mentale en Chaudière-Appalaches. Elles permettront également de fournir de l'information à la population générale intéressée par la santé mentale dans la région.

Le document cible principalement les troubles de santé mentale diagnostiqués et les indicateurs de la problématique du suicide. Les données sont présentées globalement pour la région et stratifiées selon le sexe et l'âge lorsque les données le permettent. Un tableau synthétique permettant de mettre en lumière les enjeux spécifiques aux femmes et aux hommes est également disponible à l'Annexe A.

Les données présentées sont tirées pour la plupart de l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP), de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ), du système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), du fichier de décès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et couvrent la période d'avril 2014 à mars 2021<sup>1</sup>. Peu de données sur les atteintes à la santé mentale (sans trouble diagnostiqué) sont présentées, puisqu'aucune donnée récente n'était disponible au moment de la rédaction. Une mise à jour de ces données est attendue au printemps 2023. Elles seront diffusées dans un prochain fascicule sur la santé mentale à paraître en 2023-2024.

## La pyramide des indicateurs de surveillance de la santé mentale

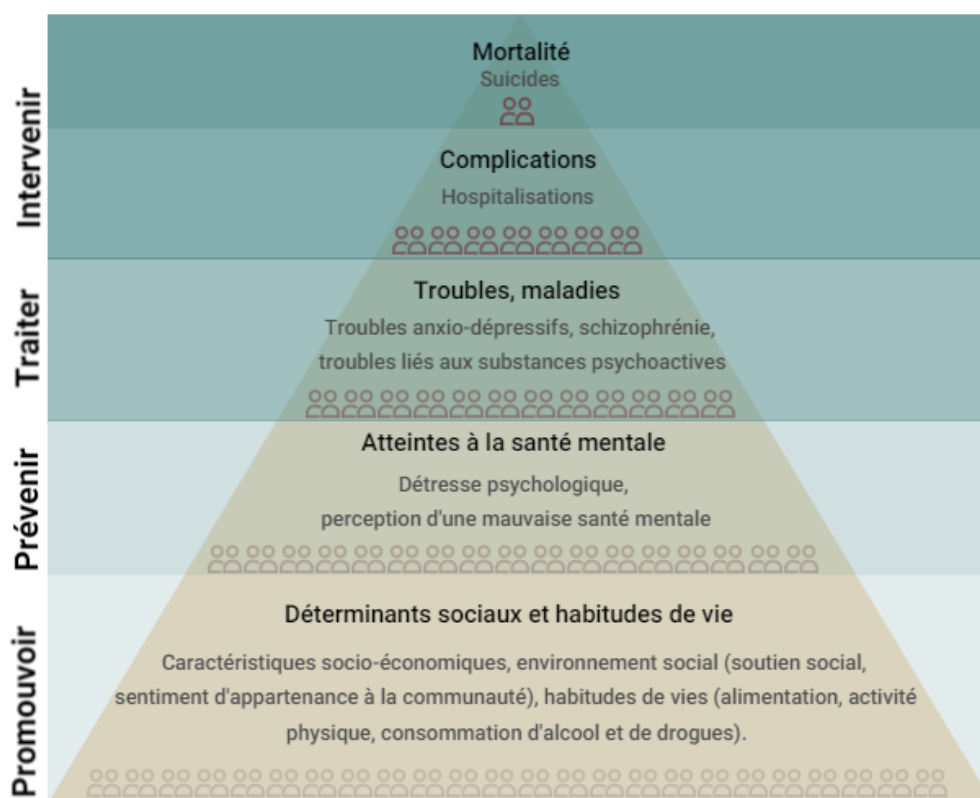
La santé mentale est beaucoup plus que l'absence de problème de santé mentale : **elle implique un réel sentiment de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté** [1]. Les signes d'une détérioration de la santé mentale ne sont pas fixes, ils varient à travers le temps et selon les événements. Ils peuvent se manifester par des atteintes à la santé mentale, comme la détresse psychologique, mais également par des troubles diagnostiqués tels que les troubles anxio-dépressifs. Ces troubles peuvent entraîner des complications et mener à des hospitalisations, et même parfois à la mort par suicide. On peut représenter les indicateurs de surveillance de la santé mentale dans une pyramide en commençant par les facteurs de risque, qui touchent le plus grand nombre de personnes, jusqu'aux atteintes plus graves qui touchent moins de personnes (figure 1). Il faut cependant comprendre que la présence d'un trouble de santé mentale ne veut pas nécessairement dire qu'on ne peut pas ressentir un état de bien-être et qu'il est également possible de se percevoir en mauvaise santé mentale sans avoir de troubles diagnostiqués.

---

<sup>1</sup> Les annexes C et D exposent les aspects méthodologiques qui ont guidé l'analyse des données.

**Plusieurs déterminants peuvent agir comme facteurs de risque ou de protection de la santé mentale.** Ceci inclut les caractéristiques socio-économiques comme le revenu, la scolarité et l'emploi, l'environnement physique et social, le milieu de vie, les habitudes de vie (activité physique, alimentation, consommation d'alcool ou de drogues), les caractéristiques biologiques et génétiques ainsi que l'accès aux services de santé et aux services psychosociaux [2]. Tous ces déterminants de la santé mentale sont importants à considérer afin d'entreprendre des actions bien ciblées pour la promotion, la prévention et l'organisation des services en santé mentale dans la région.

**Figure 1.** Pyramide des indicateurs de surveillance en santé mentale



**La santé mentale est influencée par les inégalités sociales** qui résultent d'une répartition inéquitable des richesses, des ressources et de l'accès aux services. En effet, des différences sont observables en ce qui a trait à la santé mentale des individus selon leur statut socio-économique. On observe que les personnes dont le statut socio-économique est moins favorable sont plus affectées par les problèmes de santé mentale que les personnes dont le statut socio-économique est plus favorable. Plusieurs facteurs peuvent expliquer ceci. En plus de faire face à des conditions de vie plus difficiles (qualité du logement, du quartier, emploi, revenu moindre, etc.), ces personnes peuvent vivre davantage de stigmatisation et bénéficier d'un soutien social moindre. De plus, une personne dont le revenu est élevé aura la possibilité de consulter plus facilement un professionnel de la santé mentale, comme un psychologue, qu'une personne dont le revenu est plus faible et ne lui permet pas de couvrir les frais associés à cette consultation au privé.

Afin de mieux connaître la répartition des inégalités sociales dans la région, nous vous invitons à consulter la caractérisation des communautés locales en Chaudière-Appalaches<sup>2</sup>. Une 4<sup>e</sup> caractérisation des communautés est en cours de réalisation avec les données du recensement de 2021 et sera disponible vers la fin de l'année 2023 ou au début de l'année 2024.

<sup>2</sup> Centre intégré de santé et de services sociaux de Chaudière-Appalaches, *Caractérisation des communautés locales de Chaudière-Appalaches*, <https://www.ciasssca.com/extranet/medecins-partenaires-et-professionnels/prevention-promotion/caracterisation-des-communautes-locales>.

# Les atteintes à la santé mentale

Les atteintes à la santé mentale sont des signes et des symptômes de santé mentale sous-optimale, sans qu'un diagnostic médical soit nécessairement posé. À titre d'exemple, on peut penser à la détresse psychologique, à un état de santé mentale perçu comme mauvais ou passable ou à l'insatisfaction face à la vie. Ces atteintes peuvent être transitoires ou perdurer et mener ou non à des états plus graves selon les situations. Les atteintes à la santé mentale apparaissent au bas de la pyramide des indicateurs de surveillance en santé mentale (figure 1). Elles touchent beaucoup de personnes et peuvent être un signal d'alarme avant l'apparition de troubles de santé mentale ou d'idéations suicidaires. Si ces atteintes sont identifiées et considérées par différents types d'interventions, que ce soit des interventions cliniques ou de santé publique, il est possible de prévenir les problèmes de santé mentale plus graves qui en découlent.

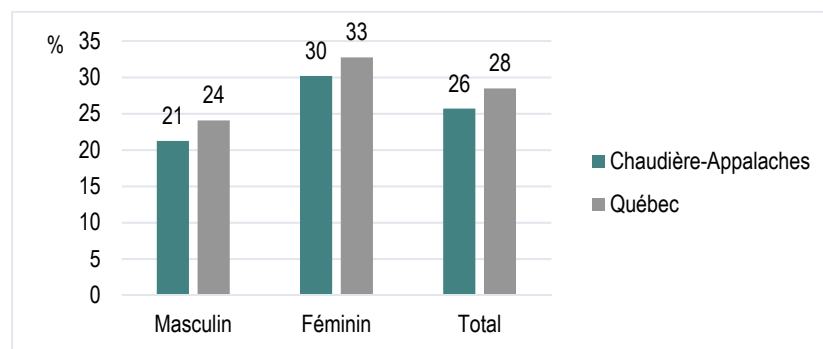
## 1. La détresse psychologique

### 1.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

La détresse psychologique est le résultat de l'accumulation d'émotions négatives ressenties au cours d'une période. Les émotions négatives peuvent faire référence par exemple au fait de se sentir nerveux, désespéré, agité, déprimé, bon à rien et que tout est un effort [3]. Lorsqu'elle est vécue sur une longue période, la détresse psychologique peut entraîner des problèmes plus graves tels que l'anxiété et la dépression.

**On estime qu'environ 90 000 personnes, soit 26 % de la population de 15 ans et plus en Chaudière-Appalaches, ont rapporté vivre un niveau élevé<sup>3</sup> de détresse psychologique en 2014-2015<sup>4</sup>** (figure 2). Ce pourcentage est légèrement plus faible que celui observé dans le reste du Québec qui était de 28 % en 2014-2015. Puisqu'elle touche un nombre important d'individus et qu'elle est un précurseur à l'apparition de problèmes plus graves, il est important de détecter rapidement la détresse psychologique afin d'agir en prévention, avant la détérioration de la santé mentale.

**Figure 2.** Proportion de personnes rapportant un niveau de détresse psychologique élevée en 2014-2015



### 1.2. Différences selon le sexe et l'âge

**Les femmes vivent plus de détresse psychologique que les hommes.** En 2014-2015, trois femmes sur dix ont rapporté vivre un niveau élevé de détresse psychologique dans la région, comparativement à deux hommes sur dix.

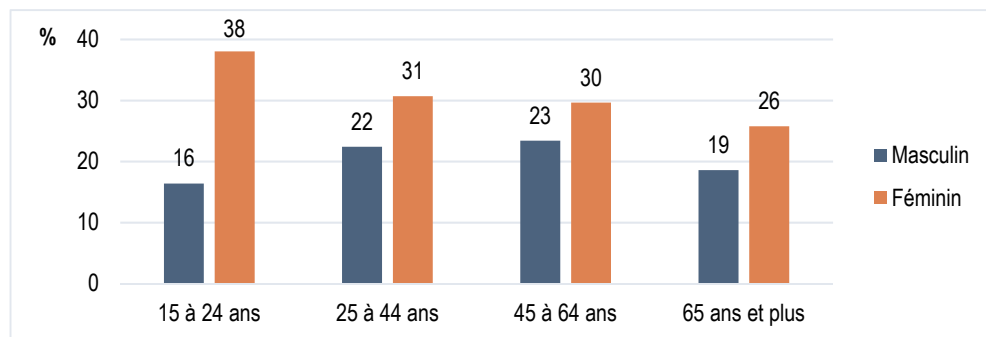
<sup>3</sup> Ayant un score de détresse psychologique de sept ou plus selon l'échelle de Kessler *et coll.* 2002 [3].

<sup>4</sup> De nouvelles données sur la détresse psychologique et d'autres atteintes à la santé mentale paraîtront en 2023 et permettront de voir l'évolution de ces indicateurs dans la région. Elles seront incluses dans le prochain fascicule sur la santé mentale.

(figure 2). Il n'y a pas de différence significative en matière de statistiques entre les groupes d'âge. Par contre, il semble y avoir une diminution de la prévalence avec l'augmentation en âge, et ce, particulièrement chez les femmes (figure 3).

Chez les 15 à 24 ans, la différence entre les sexes est frappante : environ deux fois plus de jeunes femmes rapportent vivre un niveau élevé de détresse psychologique que de jeunes hommes.

**Figure 3.** Proportion de détresse psychologique élevée selon l'âge et le sexe en 2014-2015



## 2. Consultation d'un professionnel pour la santé mentale

### 2.1. Portait global en Chaudière-Appalaches

La consultation d'un professionnel pour la santé mentale est un indicateur obtenu à partir de données d'enquêtes nationales. Il renvoie à la proportion de la population qui rapporte avoir consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 derniers mois. Cette consultation peut avoir eu lieu dans les établissements de santé du réseau public ou auprès de professionnels du secteur privé.

Dans la région de la Chaudière-Appalaches, en 2017-2018, environ **37 800 personnes ont déclaré avoir consulté un professionnel au sujet de sa santé mentale dans les 12 derniers mois, soit 10 % de la population de 12 ans et plus** (figure 4A). Cette proportion est plus faible que celle dans le reste du Québec (14 %).

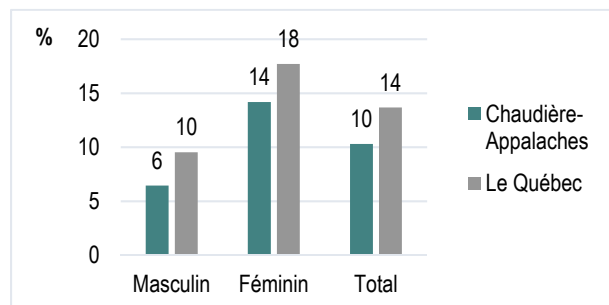
### 2.2. Différences selon le sexe et l'âge

**Les hommes consultent deux fois moins les professionnels de la santé au sujet de leur santé mentale que les femmes** (figure 4A). On ne peut toutefois conclure que les besoins des hommes sont moindres que ceux des femmes en ce qui a trait aux consultations sur la base de ces données. Il est possible que ceux-ci ne consultent pas à la hauteur de leurs besoins.

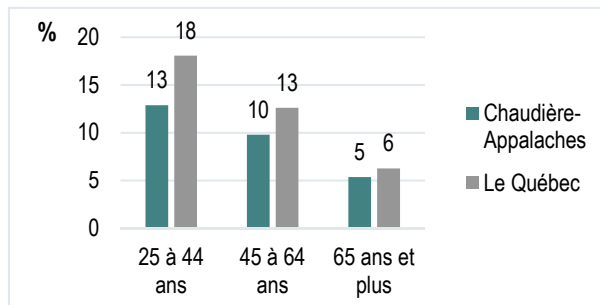
Au niveau du Québec, on observe une diminution statistiquement significative de la consultation avec l'avancement en âge (figure 4B). La tendance est la même dans la région, mais elle est non significative, possiblement en raison de la proportion plus faible de consultations chez les personnes de 25 à 44 ans comparativement à celles du même groupe d'âge dans le reste du Québec. Il est possible que les jeunes aient davantage besoin de consulter, mais il est également possible que les personnes de 45 ans et plus ne consultent pas à la hauteur de leurs besoins.

**Figure 4.** Proportion de la population ayant rapporté avoir consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale au cours des 12 derniers mois en 2017-2018

**A) Total et selon le sexe**



**B) Selon l'âge**



## Les troubles de santé mentale diagnostiqués

Le trouble mental est un état de santé qui se définit par des changements qui affectent la pensée, l'humeur ou le comportement d'une personne et qui perturbe son fonctionnement [4]. Les troubles mentaux regroupent diverses problématiques incluant, entre autres les troubles anxio-dépressifs, la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les troubles liés aux substances psychoactives. Ce grand regroupement inclut également des troubles neurodéveloppementaux, comme les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA(H)).

En Chaudière-Appalaches, plus de **38 000 personnes** présentaient un **trouble mental diagnostiqué en 2020, soit 9 % de la population** âgée d'un an et plus. Cette prévalence est légèrement plus faible dans la région comparativement à celle dans le reste du Québec qui était de 10 % en 2020.

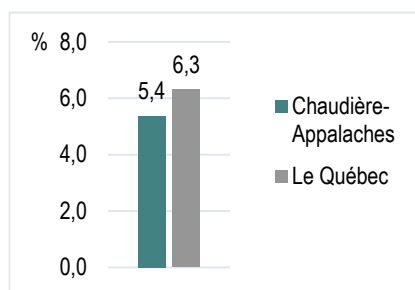
### 3. Les troubles anxio-dépressifs

#### 3.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

**Les troubles anxio-dépressifs sont les troubles mentaux les plus fréquents.** Ils représentent 60 % de tous les troubles mentaux dans la région. Ils regroupent les troubles anxieux et les troubles dépressifs diagnostiqués par un médecin. Les troubles anxieux sont caractérisés par une peur excessive, une anticipation d'une menace future, qui persiste dans le temps, dont la cause est difficile à préciser et qui peut entraîner des changements de comportement [5]. Ils sont différents de l'anxiété vécue lors de situations difficiles, comme un déménagement ou un divorce, et que tout le monde peut ressentir un jour ou l'autre dans sa vie. Les troubles dépressifs sont caractérisés par une humeur triste, vide ou irritable, accompagnés de symptômes comme la fatigue, le manque de sommeil et la perte ou l'augmentation de l'appétit et qui perturbent le fonctionnement normal [6]. Une personne qui souffre d'un trouble anxieux est plus à risque de développer un trouble dépressif et une personne qui souffre d'un trouble dépressif est plus à risque de développer des troubles anxieux.

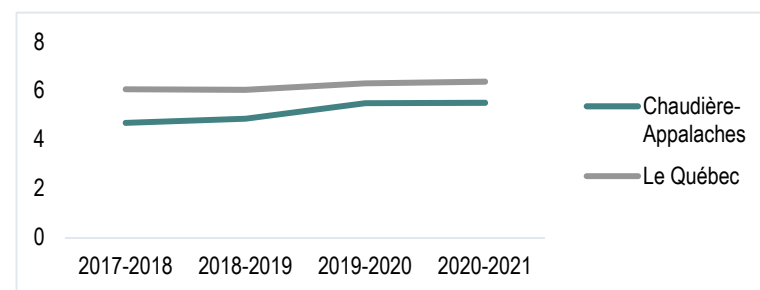
En Chaudière-Appalaches, en 2020-2021, près de **23 000 personnes** présentaient un **trouble anxio-dépressif diagnostiqué, soit 5,4 % de la population**. Cette prévalence est légèrement plus faible que celle dans le reste du Québec, qui était de 6,3 % en 2020-2021 (figure 5). La prévalence des troubles anxio-dépressifs a légèrement augmenté entre 2018-2019 et 2019-2020, puis est restée relativement stable entre 2019-2020 et 2020-2021 (figure 6).

**Figure 5.** Prévalence<sup>1</sup> des troubles anxio-dépressifs en 2020-2021



<sup>1</sup>Prévalences brutes pour la population d'un an et plus, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021.

**Figure 6.** Évolution de la prévalence<sup>1</sup> des troubles anxio-dépressifs entre 2017-2018 et 2020-2021

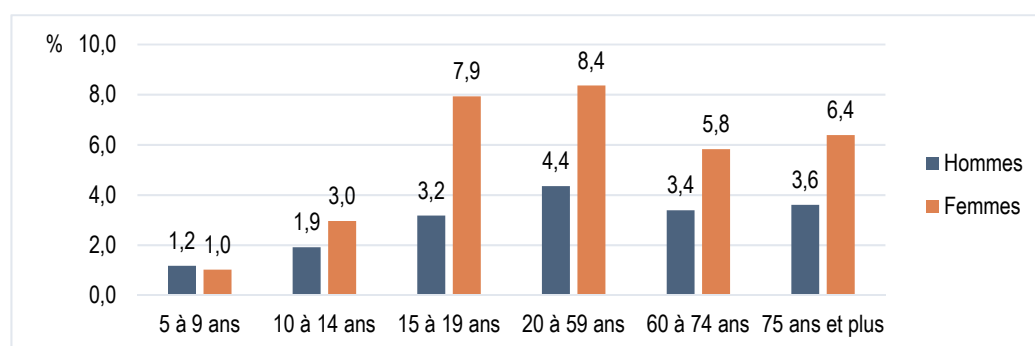


<sup>1</sup>Prévalences pour la population d'un an et plus, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2021, ajustées selon l'âge de la population du Québec en 2011.

## 3.2. Différences selon le sexe et l'âge

Dans la région, en 2020-2021, 7 % des femmes, soit 14 750 femmes, souffraient d'un trouble anxio-dépressif diagnostiqué, **une prévalence près de deux fois plus élevée que celle des hommes** (4 %, 8 145 hommes). Cette différence entre les sexes est aussi présente dans le reste du Québec et elle est surtout notable chez les 15 ans et plus (figure 7).

**Figure 7.** Prévalence<sup>1</sup> des troubles anxio-dépressifs selon l'âge et le sexe



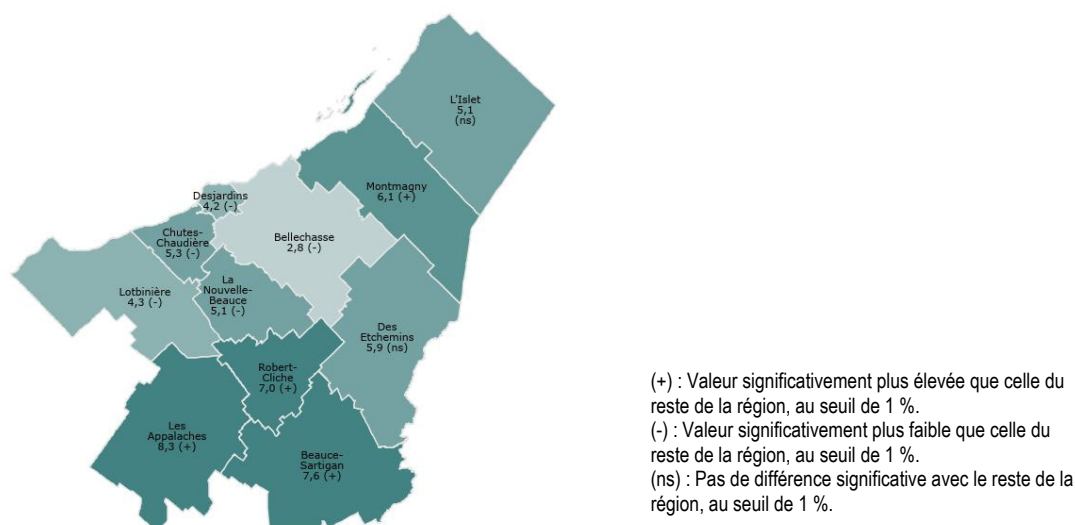
<sup>1</sup>Prévalences brutes pour la population d'un an et plus, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021.

## 3.3. Zoom sur les territoires de CLSC

Lorsqu'on compare chacun des territoires des centres locaux de services communautaires (CLSC) au reste de la région de la Chaudière-Appalaches, en tenant compte des différences d'âge entre ces territoires, on constate que la prévalence des troubles anxio-dépressifs diagnostiqués est légèrement plus élevée dans Montmagny, Les Appalaches, Robert-Cliche et Beauce-Sartigan (figure 8). Pour ces trois derniers territoires, et contrairement aux autres territoires de la région, la prévalence des troubles anxio-dépressifs est également plus élevée que celle dans le reste du Québec.

À l'opposé, cinq territoires de CLSC se démarquent pour leurs prévalences plus faibles que celles dans le reste de la région et celles dans le reste du Québec, soit Lotbinière, Desjardins, Les Chutes-de-la-Chaudière, Bellechasse et La Nouvelle-Beauce. Les territoires de L'Islet et Des Etchemins présentent des prévalences similaires à celles dans le reste de la région.

**Figure 8.** Prévalence<sup>1</sup> des troubles anxio-dépressifs par territoire de CLSC, comparaison avec le reste de la région



<sup>1</sup>Prévalences annuelles pour la population d'un an et plus, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021, ajustées selon l'âge de la population du Québec en 2011.

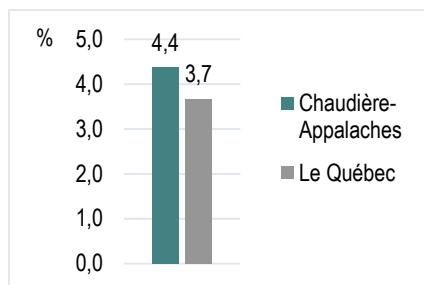
## 4. Les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité

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

Le trouble du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDA(H)) est un trouble neurodéveloppemental souvent diagnostiqué chez les enfants d'âge scolaire. Il est caractérisé par un déficit de l'attention et une impulsivité dans les gestes et les paroles et il est parfois accompagné d'une hyperactivité motrice (bougeotte physique) [7].

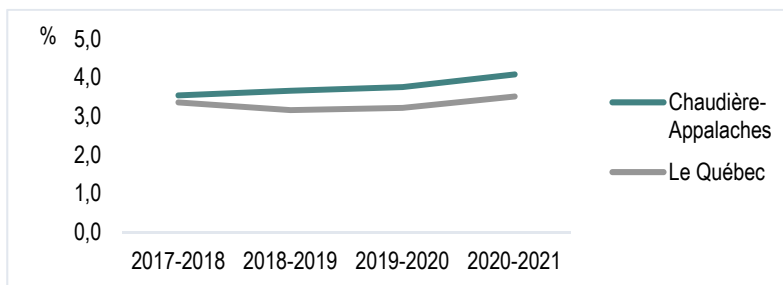
En Chaudière-Appalaches, en 2020-2021, **4 700 enfants et jeunes adultes avaient un diagnostic de TDA(H)**, soit 4,4 % des personnes âgées entre 1 et 24 ans (figure 9). Cette prévalence est restée relativement stable entre 2017-2018 et 2020-2021 (figure 10). Elle est toujours **légèrement plus élevée que celle dans le reste du Québec**. Ce constat s'observe globalement chez les hommes, chez les femmes, et pour tous les groupes d'âge dans la région.

**Figure 9.** Prévalence<sup>1</sup> des TDA(H) en 2020-2021



<sup>1</sup>Prévalences brutes pour la population d'un à 24 ans, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021.

**Figure 10.** Évolution de la prévalence<sup>1</sup> des TDA(H) entre 2017-2018 et 2020-2021

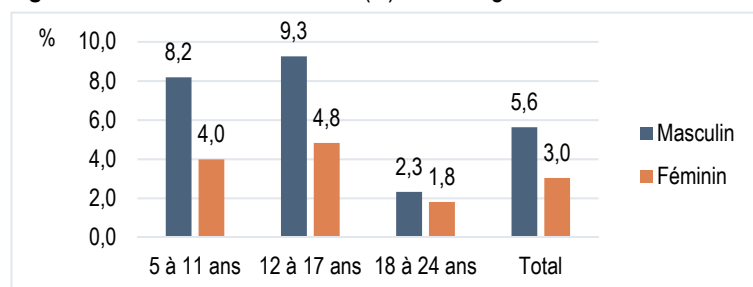


<sup>1</sup>Prévalences annuelles pour la population d'un à 24 ans, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2021, ajustées selon l'âge de la population du Québec en 2011.

## 4.2. Différences selon le sexe et l'âge

La prévalence des TDA(H) est près de deux fois plus élevée chez les garçons que chez les filles (figure 11). Ce sont les garçons de 5 à 17 ans qui sont les plus affectés par ces troubles avec une prévalence variant entre 8 et 9 %.

**Figure 11.** Prévalence<sup>1</sup> des TDA(H) selon l'âge et le sexe



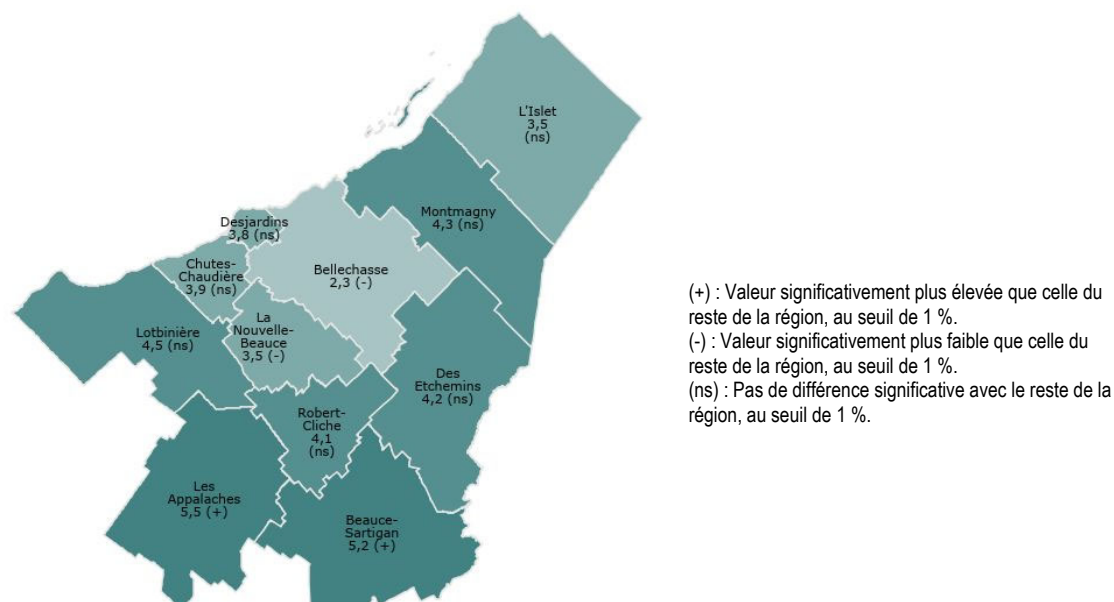
<sup>1</sup>Prévalences brutes pour la population d'un à 24 ans, par 100 personnes entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021.

## 4.3. Zoom sur les territoires de CLSC

Beauce-Sartigan et Les Appalaches présentent des prévalences de TDA(H) légèrement plus élevées qu'ailleurs dans la région (figure 12). En 2020-2021, 1 295 enfants et jeunes adultes étaient atteints d'un TDA(H) diagnostiqué dans ces deux territoires, représentant 28 % de tous les cas dans la région. Lorsqu'on compare à la prévalence dans le reste du Québec, les territoires des Chutes-de-la-Chaudière, de Lotbinière et de Montmagny s'ajoutent aux territoires ayant des prévalences élevées.

Les territoires de Bellechasse et de La Nouvelle-Beauce présentent des prévalences moins élevées que dans le reste de la région. Bellechasse se démarque avec une prévalence moins élevée que celle dans le reste du Québec, avec seulement 2,4 % des personnes âgées de 1 à 24 ans atteintes d'un TDA(H). Pour ce qui est de L'Islet, Desjardins, Robert-Cliche, et Des Etchemins, les prévalences sont similaires à celles du reste de la région et du reste du Québec.

**Figure 12.** Prévalence<sup>1</sup> des TDA(H) diagnostiqués par territoire de CLSC, en comparaison avec le reste de la région



<sup>1</sup>Prévalences pour la population d'un à 24 ans, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021, ajustées selon l'âge de la population du Québec en 2011.



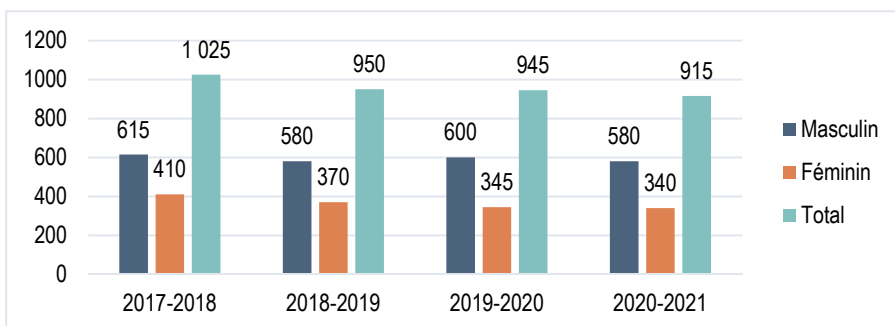
## 5. Les troubles schizophréniques

### 5.1. Portrait global dans la région

Les troubles schizophréniques<sup>5</sup> affectent le fonctionnement du cerveau en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions [8]. Ils sont caractérisés par des symptômes de type pensée délirante, hallucination, discours désorganisé et comportement anormal [7]. Les personnes qui souffrent de troubles schizophréniques ont de la difficulté à fonctionner au quotidien, elles se retrouvent souvent dans une situation d'appauvrissement social et économique et vivent une grande détresse. La schizophrénie peut conduire à l'abus d'alcool et de drogues, la dépression et même au suicide. Environ 50 % des patients atteints de schizophrénie tentent de se suicider au cours de leur vie [9]. Les facteurs de risque principaux sont l'hérédité, la consommation de drogues et l'abus d'alcool, combinés à des facteurs de stress présents dans la vie de la personne ou dans son environnement.

**En Chaudière-Appalaches, en 2020-2021, 915 personnes souffraient de troubles schizophréniques diagnostiqués**, soit 0,2 % de la population d'un an et plus (figure 13)<sup>6</sup>. Cette prévalence est légèrement **plus faible que celle dans le reste du Québec**. Le nombre de personnes atteintes semble avoir diminué légèrement au cours des quatre dernières années, passant de 1 025 à 915, mais cette diminution n'est pas significative en matière de statistiques.

**Figure 13.** Évolution du nombre<sup>1</sup> de personnes avec un trouble schizophrénique entre 2017-2018 et 2020-2021 globalement et selon le sexe



<sup>1</sup>Nombre pour la population d'un an et plus, entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2021.

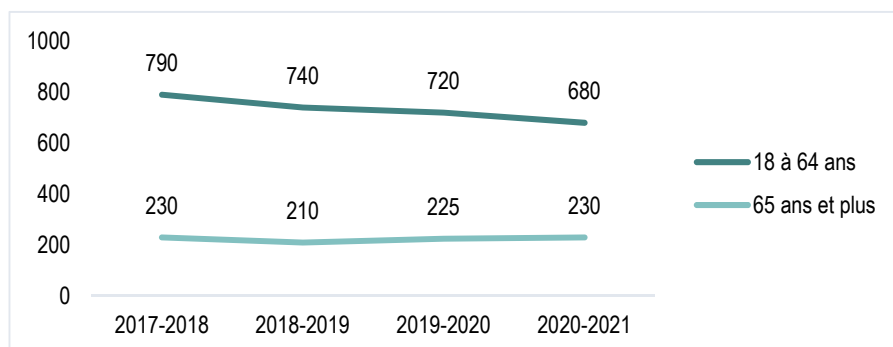
### 5.2. Différences selon le sexe et l'âge

Il y a **près de deux fois plus d'hommes que de femmes qui sont affectés par des troubles schizophréniques** (figure 13). Le nombre le plus élevé se situe dans le groupe d'âge entre 18 et 64 ans, avec 680 personnes atteintes en 2020-2021, comparativement à 230 pour les 65 ans et plus. La diminution observée dans le nombre de cas total entre les années est surtout présente chez les 18 à 64 ans (figure 14). Très peu de personnes de moins de 18 ans sont atteintes de troubles schizophréniques dans la région. Typiquement, ces troubles apparaissent surtout entre 15 et 35 ans, le plus souvent à l'adolescence, pendant cette période de changements importants qui touchent l'identité personnelle et sexuelle, la maturité intellectuelle et la recherche d'autonomie [8].

<sup>5</sup> Les troubles schizophréniques incluent la schizophrénie, mais également les troubles schizotypiques, les troubles psychotiques aigus d'allure schizophrénique et les troubles schizo-affectifs.

<sup>6</sup> Les données sont arrondies aléatoirement à l'unité 5, pour assurer la confidentialité. Ainsi, la somme des hommes et des femmes peut ne pas correspondre au total indiqué. Le total est la valeur la plus juste.

**Figure 14.** Évolution du nombre<sup>1</sup> de personnes avec un trouble schizophrénique entre 2017-2018 et 2020-2021 selon l'âge

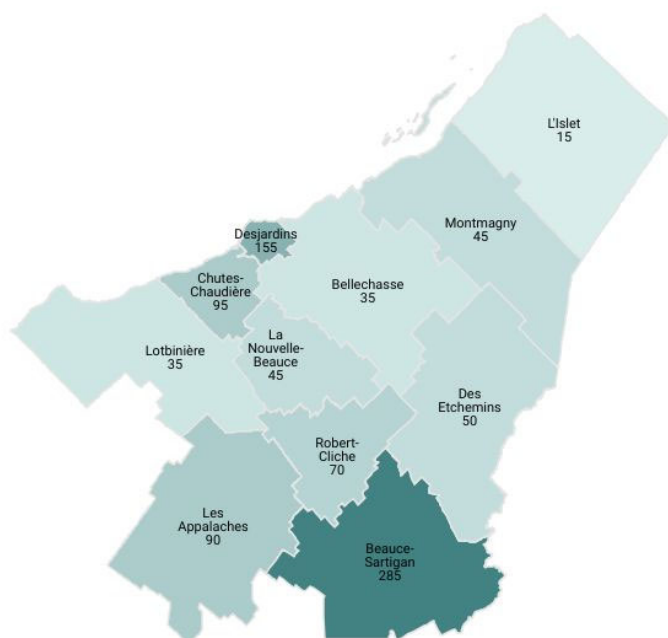


<sup>1</sup>Nombre pour la population d'un an et plus, entre le 1<sup>er</sup> avril 2017 et le 31 mars 2021.

### 5.3. Zoom sur les territoires de CLSC

Le territoire présentant le plus grand nombre de personnes atteintes de troubles schizophréniques en 2020-2021 est Beauce-Sartigan, suivi par Desjardins, Les Chutes-de-la-Chaudière et Les Appalaches (figure 15). Le nombre de personnes atteintes de troubles schizophréniques est plus élevé dans Beauce-Sartigan (285 personnes) que dans la ville de Lévis qui regroupe les territoires de Desjardins et des Chutes-de-la-Chaudière (250 personnes atteintes), bien que Lévis soit la municipalité la plus peuplée de la région. Il importe de tenir compte de cette distribution des personnes atteintes dans les territoires pour prévoir l'organisation des services sociaux et de santé requis pour répondre aux besoins de cette population.

**Figure 15.** Nombre<sup>1</sup> de personnes avec un trouble schizophrénique en 2020-2021 par territoire de CLSC



<sup>1</sup>Nombre pour la population d'un an et plus, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021.

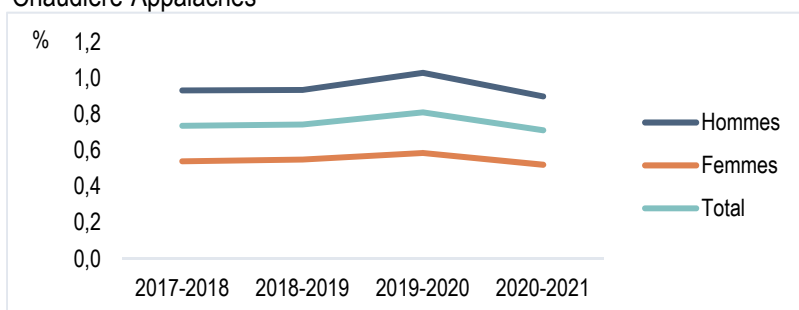
## 6. Les troubles liés aux substances psychoactives

### 6.1. Portrait global dans la région

Les substances psychoactives (SPA) incluent toute substance qui a un effet direct sur le système nerveux central et qui altère la cognition, les émotions et les comportements. Ceci inclut l'alcool, le cannabis, la cocaïne et d'autres psychostimulants, les hallucinogènes, les opioïdes, les sédatifs ou hypnotiques, ainsi que les solvants volatils. Les troubles liés aux SPA englobent un ensemble de problèmes qui découlent de la consommation de ces substances. Ils incluent entre autres les intoxications, l'abus, la dépendance, le sevrage et les troubles psychotiques induits par la consommation de substances.

En Chaudière-Appalaches, en 2020-2021, **2 685 personnes étaient atteintes d'un trouble lié aux SPA diagnostiqué par un médecin**, soit 0,7 % de la population de 12 ans et plus. Cette prévalence est légèrement plus faible que celle dans le reste du Québec qui était de 0,8 % en 2020-2021, quoique la différence soit de seulement 0,1%. La prévalence des troubles liés aux SPA est restée généralement stable dans la région ainsi qu'au Québec entre 2017-2018 et 2020-2021, que ce soit globalement, pour les hommes ou pour les femmes (figure 16).

**Figure 16.** Évolution de la prévalence<sup>1</sup> des troubles liés aux SPA entre 2017-2018 et 2020-2021 en Chaudière-Appalaches

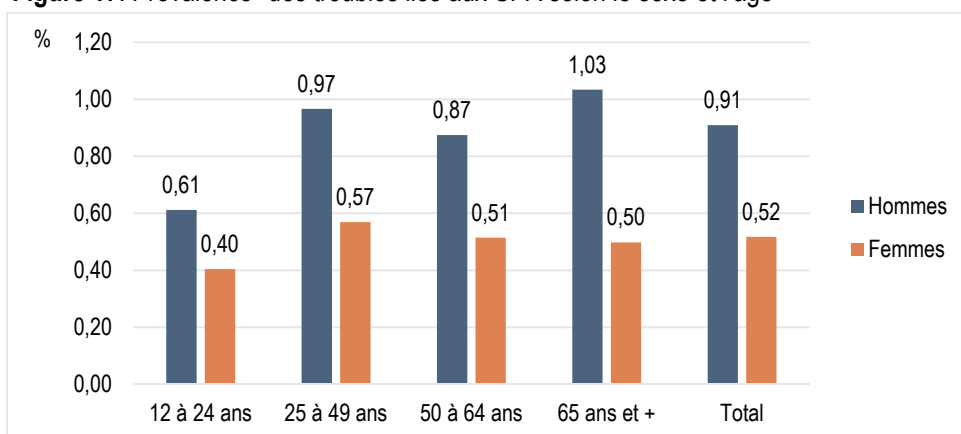


<sup>1</sup>Prévalences annuelles pour la population de 12 ans et plus, par 100 personnes, entre le 1er avril 2017 et le 31 mars 2021, ajustées selon l'âge de la population du Québec en 2011.

### 6.2. Différences selon le sexe et l'âge

**Les hommes semblent plus affectés par les troubles liés aux SPA avec une prévalence de troubles diagnostiqués près de deux fois plus élevée que celle chez les femmes** (figure 17). En 2020-2021, 1 720 hommes de la région souffraient d'un trouble lié aux SPA, soit près de 1 % de la population masculine de 12 ans et plus. Cette problématique est plus présente chez les hommes âgés de 25 ans et plus que chez ceux de 12 à 24 ans, alors que chez les femmes, la différence entre les groupes d'âge n'est pas significative.

**Figure 17.** Prévalence<sup>1</sup> des troubles liés aux SPA selon le sexe et l'âge

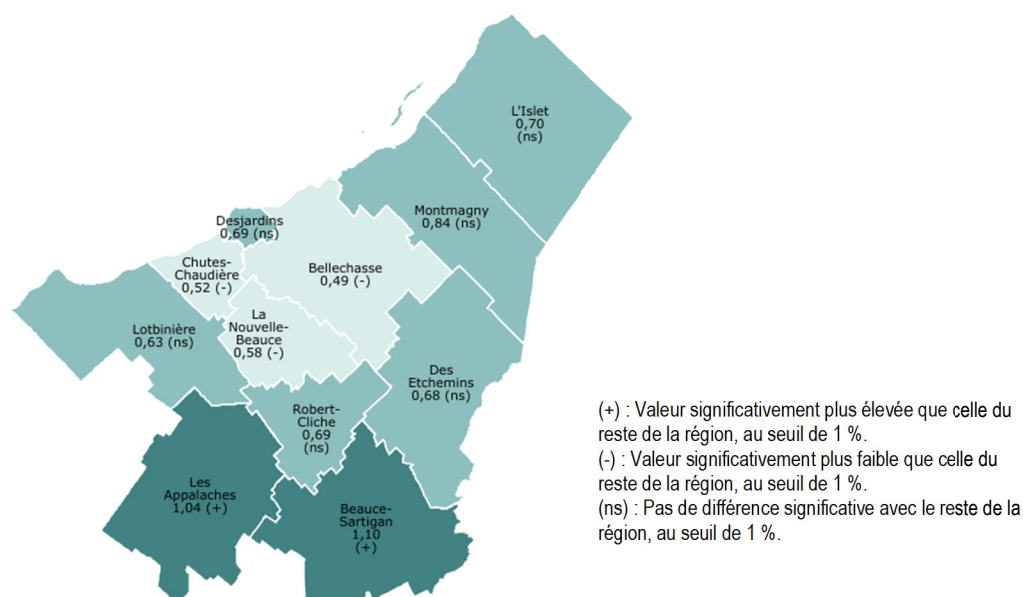


<sup>1</sup>Prévalences annuelles brutes pour la population de 12 ans et plus, par 100 personnes, entre le 1er avril 2020 et le 31 mars 2021.

### 6.3. Zoom sur les territoires de CLSC

Au sein de la région, la prévalence des troubles liés aux SPA diagnostiqués est légèrement plus élevée pour deux territoires soit Les Appalaches et Beauce-Sartigan (figure 18). Leur prévalence est également plus élevée que celle dans le reste du Québec. Les territoires des Chutes-de-la-Chaudière, de La Nouvelle-Beauce et de Bellechasse présentent quant à eux des prévalences plus faibles que celles dans le reste de la région et que celles dans le reste du Québec.

**Figure 18.** Prévalence<sup>1</sup> des troubles liés aux substances psychoactives par territoire de CLSC en 2020-2021



<sup>1</sup>Prévalences annuelles pour la population de 12 ans et plus, par 100 personnes, entre le 1<sup>er</sup> avril 2020 et le 31 mars 2021, ajustées selon l'âge de la population du Québec en 2011.

# La problématique du suicide

Chaque suicide est une tragédie et son impact sur les familles, les proches et les communautés est profond et peut se prolonger longtemps après la perte de l'être cher. Le suicide est un phénomène complexe résultant de l'interaction entre de nombreux facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, environnementaux et culturels. Cependant, la majorité des suicides peuvent être prévenus. Il s'agit donc d'une priorité importante en santé publique [10].

## 7. Idées et tentatives de suicide rapportées

### 7.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

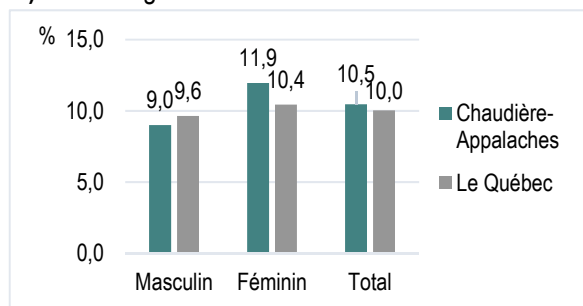
Certains signaux d'alarme peuvent aider à détecter les personnes vivant une grande détresse psychologique pouvant les conduire au suicide. Les idées suicidaires peuvent être les premiers signaux qui indiquent une intention de se suicider. Elles peuvent se manifester dans les paroles telles que : « Je veux en finir », « Vous seriez tellement mieux sans moi », « Je serais bien mieux mort », mais également dans les comportements comme l'isolement, l'abus d'alcool et de drogues, donner ses objets personnels ou rédiger son testament [11]. Viennent ensuite les tentatives de suicide, c'est-à-dire une situation dans laquelle une personne a mis sa vie en danger dans l'intention de causer sa mort. Les personnes ayant fait une ou des tentatives de suicide sont plus à risque de suicide complété. Certaines tentatives resteront inconnues alors que d'autres entraîneront une hospitalisation. Tous ces signaux d'alarme indiquent la nécessité d'agir pour prévenir le décès par suicide.

En 2014-2015, environ **35 600 personnes ont rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de leur vie**, soit 10,5 % de la population de 15 ans et plus dans la région (figure 19A). Cette proportion est similaire à celle observée dans le reste du Québec (10,0 %).

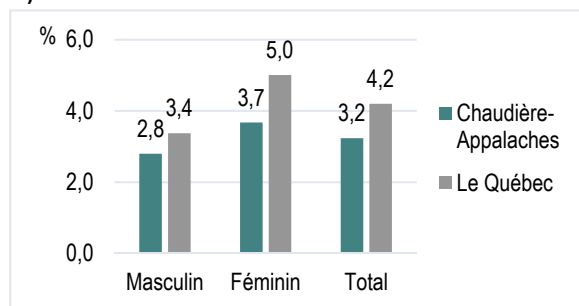
La proportion de la population de 15 ans et plus ayant rapporté avoir tenté de se suicider au cours de sa vie est de 3,2 % en Chaudière-Appalaches, soit 11 400 personnes (figure 19B). Cette proportion est plus faible que celle dans le reste du Québec.

**Figure 19.** Proportion<sup>1</sup> de la population en 2014-2015 qui a rapporté :

**A) Avoir songé sérieusement au suicide au cours de sa vie**



**B) Avoir tenté de se suicider au cours de sa vie**



<sup>1</sup>Proportions brutes par 100 personnes, pour la population de 15 ans et plus.

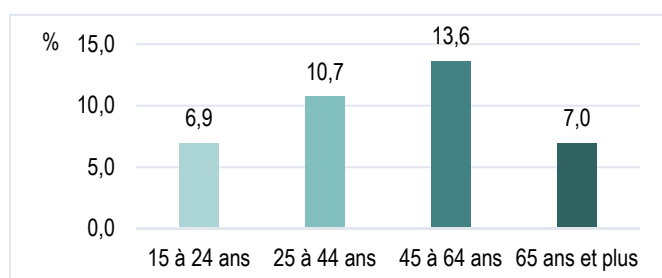
### 7.2. Différences selon le sexe et l'âge

En 2014-2015, environ **15 500 hommes, soit 9 % des hommes de 15 ans et plus, et 20 100 femmes, soit 12 % des femmes de 15 ans et plus, ont rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de leur vie** (figure 27A). Ces proportions ne sont pas différentes entre les hommes et les femmes d'un point de vue statistique, même si le nombre de femmes semble plus grand. Ces proportions ne sont pas non plus différentes de celles dans le reste du Québec.

La proportion de femmes de 15 ans plus ayant rapporté avoir tenté de se suicider au cours de sa vie, soit 3,7 %, est plus faible que celle dans le reste du Québec (Figure 27B). Chez les hommes de la région, cette proportion, soit 2,8 %, n'est pas différente de celle dans le reste du Québec. Il n'y a pas non plus de différence significative d'un point de vue statistique entre les hommes et les femmes concernant les tentatives de suicide rapportées en 2014-2015.

**La proportion de personnes ayant rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de leur vie est plus élevée chez les 45 à 64 ans** que chez les 15 à 24 ans ou les 65 ans plus (figure 20)<sup>7</sup>. Considérant que la période de cet indicateur réfère à la vie au complet, on pourrait s'attendre à ce que ce soit les personnes âgées de 65 ans et plus qui présentent la proportion la plus élevée. Ces différences d'âge sont peut-être le reflet de différences de culture et de vécu entre les générations.

**Figure 20.** Proportion<sup>1</sup> de la population en 2014-2015 qui a rapporté avoir songé sérieusement au suicide au cours de sa vie selon l'âge



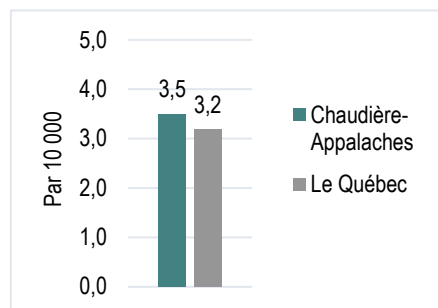
<sup>1</sup>Proportions brutes par 100 personnes, pour la population de 15 ans et plus.

## 8. Hospitalisations pour tentative de suicide

### 8.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

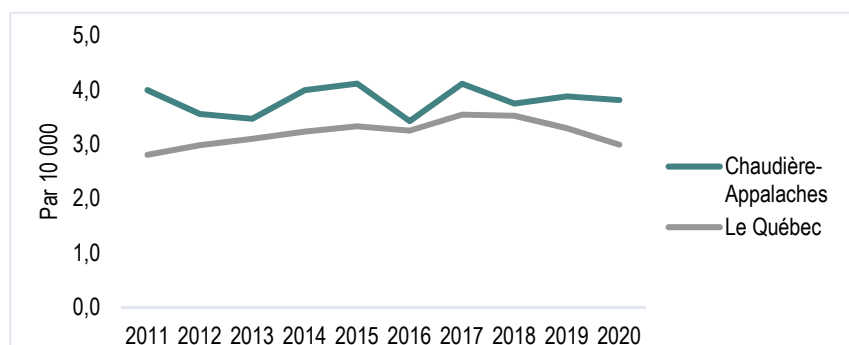
Il survient en moyenne **150 hospitalisations pour tentative de suicide chaque année en Chaudière-Appalaches**. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est resté stable depuis 2011 dans la région (figures 21 et 22). Il demeure toutefois légèrement plus élevé que celui dans le reste du Québec.

**Figure 21.** Taux<sup>1</sup> d'hospitalisation moyen pour tentative de suicide, entre 2016 et 2020



<sup>1</sup>Taux moyens bruts par 10 000 personnes entre 2016-2020.

**Figure 22.** Évolution du taux<sup>1</sup> d'hospitalisation pour tentative de suicide entre 2011 et 2020



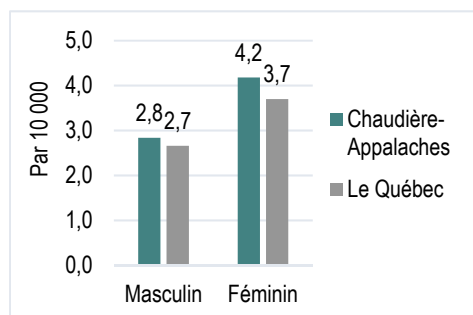
<sup>1</sup>Taux annuels par 10 000 personnes entre 2011-2020, ajustés selon l'âge de la population du Québec en 2011.

<sup>7</sup> Les différences selon l'âge dans la proportion de personnes ayant rapporté avoir tenté de se suicider au cours de sa vie ne sont pas présentées en raison des nombres trop petits ne permettant pas d'évaluer les différences de façon valide.

## 8.2. Différences selon le sexe et l'âge

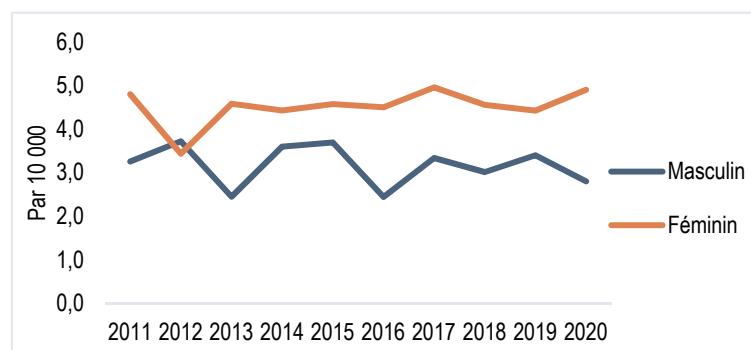
**Les hospitalisations pour tentative de suicide sont plus fréquentes chez les femmes** que chez les hommes (figure 23). Il y a eu, en moyenne, 88 hospitalisations par année pour tentative de suicide chez les femmes entre 2016 et 2020 comparativement à 61 chez les hommes. Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est également **plus élevé chez les femmes de la région en comparaison avec celles dans le reste du Québec**. Généralement, ce taux est resté stable et supérieur à celui des hommes, entre 2011 et 2020 (figure 24).

**Figure 23.** Taux<sup>1</sup> d'hospitalisation moyen pour tentative de suicide entre 2016 et 2020, selon le sexe



<sup>1</sup>Taux moyens bruts par 10 000 personnes entre 2016-2020.

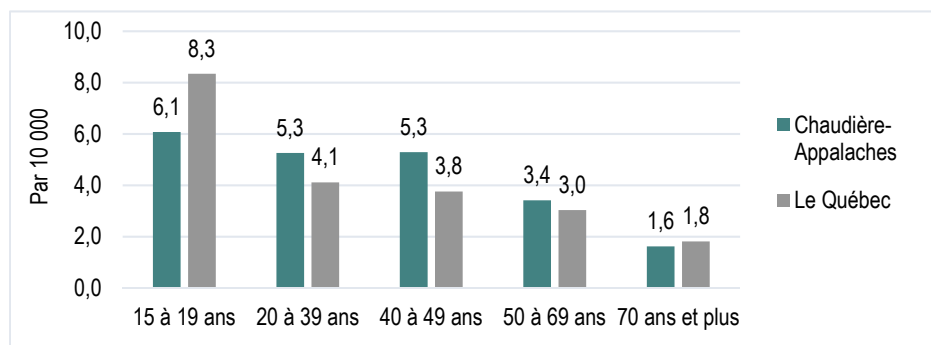
**Figure 24.** Évolution du taux<sup>1</sup> d'hospitalisation pour tentative de suicide entre 2011 et 2020, selon le sexe



<sup>1</sup>Taux annuels par 10 000 personnes entre 2011-2020, ajustés selon l'âge de la population du Québec en 2011.

Ce sont les personnes âgées entre 15 et 19 ans qui présentent le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide le plus élevé dans la province (figure 25). Par contre, dans la région, ce taux est moins élevé que celui dans le reste du Québec et il est similaire à celui chez les 20 et 49 ans. **Le taux d'hospitalisation pour tentative de suicide est plus élevé chez les 20 à 49 ans dans la région comparativement à celui dans le reste du Québec**. Les 70 ans et plus présentent le taux d'hospitalisation le plus faible.

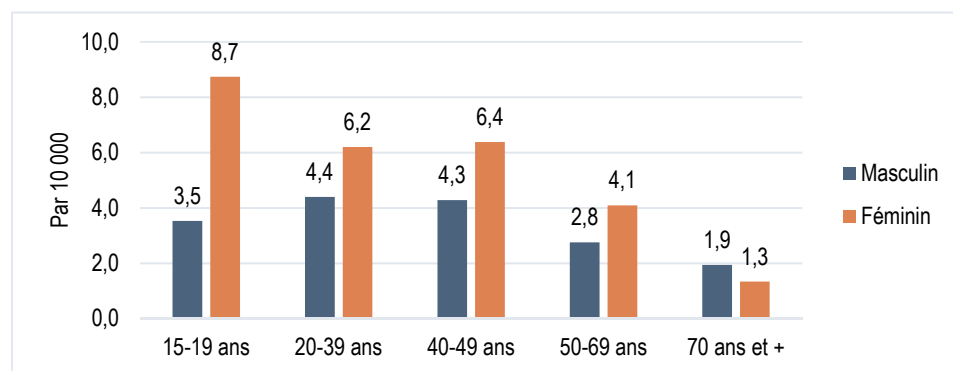
**Figure 25.** Taux<sup>1</sup> d'hospitalisation moyen pour tentative de suicide entre 2016 et 2020, selon l'âge



<sup>1</sup> Taux moyens bruts par 10 000 personnes entre 2016-2020.

Pour les hommes et les femmes, les taux d'hospitalisation sont plus élevés dans les groupes d'âge entre 15 et 69 ans comparativement aux 70 ans et plus (figure 26). Par contre, **les femmes dans les groupes d'âge entre 20 et 69 ans ont des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide plus élevés que celles du même âge dans le reste du Québec**. Chez les hommes, les taux ne sont pas différents de ceux dans le reste du Québec, peu importe l'âge.

**Figure 26.** Taux<sup>1</sup> d'hospitalisation moyen pour tentative de suicide, entre 2016 et 2020, selon le sexe et l'âge



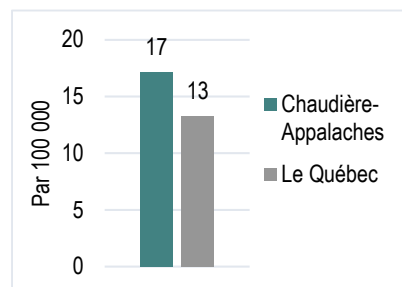
<sup>1</sup>Taux moyens bruts par 10 000 personnes entre 2016-2020.

## 9. Mortalité par suicide

### 9.1. Portrait global en Chaudière-Appalaches

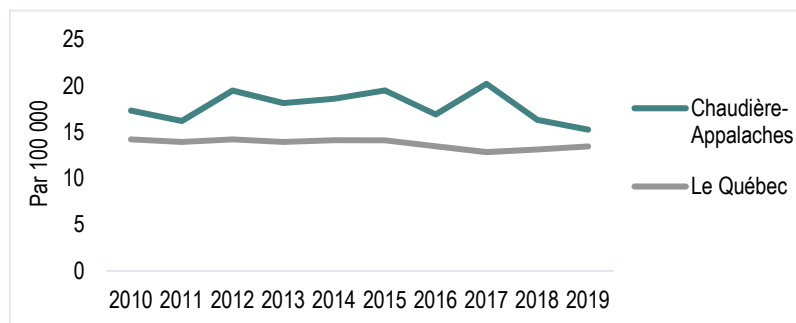
En moyenne, **73 décès par suicide par année** sont survenus dans la région entre 2015 et 2019, soit un taux de 17 décès par 100 000 personnes par année (figure 27). Le taux de mortalité par suicide est resté stable entre 2010 et 2019 (figure 28). Au même titre que les hospitalisations pour tentative de suicide, le taux de mortalité par suicide est resté plus élevé que celui dans le reste du Québec au cours des années.

**Figure 27.** Taux<sup>1</sup> moyen de mortalité par suicide entre 2015 et 2019



<sup>1</sup>Taux moyens bruts par 100 000 personnes entre 2015 et 2019, ajustés selon l'âge de la population du Québec en 2011.

**Figure 28.** Évolution du taux<sup>1</sup> annuel de mortalité par suicide entre 2010 et 2019



<sup>1</sup>Taux annuels par 100 000 personnes entre 2010 et 2019, ajustés selon l'âge de la population du Québec en 2011.

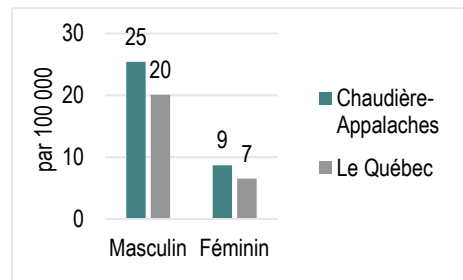
### 9.2. Différences selon le sexe et l'âge

**Il y a trois fois plus de suicide chez les hommes que chez les femmes** (figure 29). Entre 2015 et 2019, il y a eu en moyenne 55 suicides par année chez les hommes comparativement à 18 chez les femmes en Chaudière-Appalaches. **Le taux de mortalité par suicide est plus élevé chez les hommes et chez les femmes de la région** comparativement aux hommes et aux femmes dans le reste du Québec.

Que ce soit chez les hommes ou chez les femmes, **les taux de mortalité par suicide sont plus élevés chez les 40 à 69 ans** que chez les moins de 40 ans et les 70 ans et plus (figure 30).

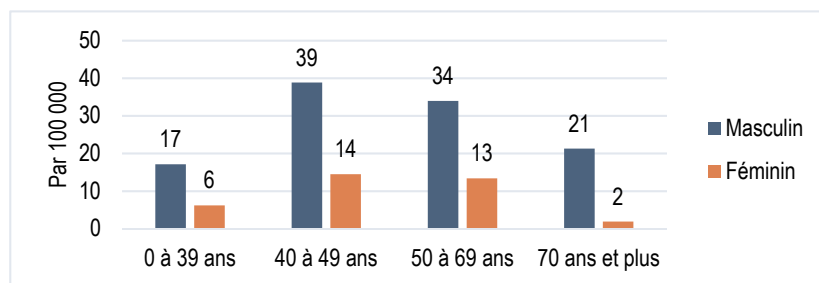


**Figure 29.** Taux<sup>1</sup> moyen de mortalité par suicide entre 2015 et 2019, selon le sexe



<sup>1</sup>Taux moyens bruts par 100 000 personnes entre 2015 et 2019, ajustés selon l'âge de la population du Québec en 2011.

**Figure 30.** Taux<sup>1</sup> moyen de mortalité par suicide, entre 2015 et 2019, selon le sexe et l'âge



<sup>1</sup>Taux moyens bruts par 100 000 personnes entre 2015 et 2019.

## Discussion

Ce dernier chapitre vise à examiner les principaux constats qui peuvent être tirés des données présentées, tout en amenant des pistes de réflexion et des recommandations centrées sur l'amélioration de la santé mentale de notre population. Ce chapitre vise également à jeter un regard critique sur quelques forces et limites de cette étude au plan méthodologique.

### Les atteintes à la santé mentale

Bien que les manifestations qui précèdent l'apparition des troubles mentaux soient bien connues, ce portrait présente malheureusement peu de données sur ces atteintes à la santé mentale et la période couverte n'est pas très récente (2014-2015 pour la détresse psychologique et 2017-2018 pour la consultation des professionnels de la santé). Ces atteintes ne sont souvent pas évaluées en clinique parce que très peu de personnes vont consulter un professionnel de la santé à ce stade, d'autant plus que les données cliniques ne comptabilisent pas ces atteintes formellement, comme elles le font pour les diagnostics de troubles mentaux. Le meilleur moyen d'en mesurer le fardeau demeure par questionnaires validés lors d'enquêtes populationnelles. Ces données nous permettent tout de même de retenir que la détresse psychologique est bien présente dans la population (plus d'une personne sur quatre), particulièrement chez les femmes, et de manière accentuée chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Bien qu'une personne sur dix dans la région rapporte avoir consulté un professionnel de la santé au cours de la dernière année, il est difficile d'interpréter cette donnée sans avoir documenté les barrières à l'accès aux services. On doit interpréter cet indicateur avec prudence. Il peut nous renseigner sur le fardeau de la maladie : plus il y a de consultations, plus on peut supposer que la prévalence du problème est élevée. Il peut aussi signifier que les personnes qui ont besoin de consulter un professionnel y parviennent, ce qui est une bonne chose en matière d'intervention préventive. En effet, on souhaite que les personnes qui souffrent d'un problème de santé mentale demandent de l'aide et utilisent les services de santé, afin d'être prises en charge et de réduire le risque de complications et de comorbidités associées à ces problèmes. Dans tous les cas, il apparaît clair que ce ne sont pas toutes les personnes vivant de la détresse psychologique qui rapportent avoir obtenu de l'aide professionnelle en la matière. Les hommes rapportent consulter moins, mais il serait hasardeux de conclure que cela représente nécessairement un besoin moindre en services de santé mentale, surtout lorsqu'on constate que les hommes ont un taux de mortalité par suicide plus élevé que les femmes. Le fait que les troubles anxio-dépressifs, qui sont les troubles mentaux les plus fréquents, soient deux fois plus présents chez les femmes peut toutefois être un des facteurs expliquant cette tendance.

## **Les troubles de santé mentale diagnostiqués**

### ***Portrait global dans la région***

En Chaudière-Appalaches, la majorité des troubles de santé mentale diagnostiqués sont moins fréquents que dans le reste du Québec. En effet, les prévalences de troubles anxio-dépressifs, de troubles schizophréniques et de troubles liés aux SPA sont significativement plus faibles dans la région que dans le reste du Québec. Les TDA(H) sont les seuls troubles qui présentent une prévalence légèrement plus élevée dans la région que dans le reste du Québec.

Il est important de noter que pour l'ensemble des troubles de santé mentale, on ne connaît pas la prévalence réelle. La prévalence de ces troubles est fort probablement sous-estimée, puisque des barrières d'accès aux soins et aux services ou des réticences à consulter peuvent faire en sorte que certaines personnes vivant avec un trouble n'obtiendront pas de diagnostic formel. De plus, des différences dans l'accès aux services peuvent être présentes entre les régions, ou même à l'intérieur d'une région entre les territoires des CLSC. Certains diagnostics, comme celui du TDA(H) par exemple, sont relativement complexes et certains médecins n'émettront pas de diagnostic sans une évaluation spécialisée par un médecin. Il faut donc prendre les comparaisons avec prudence. Malgré tout, les données permettant d'estimer les prévalences proviennent d'algorithmes validés, créés par l'Institut national de santé publique (INSPQ), qui combinent plusieurs sources de données pour maximiser l'identification des cas. Il s'agit de la meilleure estimation disponible actuellement.

### ***Différences hommes-femmes***

Les troubles de santé mentale diagnostiqués se répartissent différemment entre les hommes et les femmes. Les troubles anxio-dépressifs sont plus fréquents chez les femmes, surtout à partir de l'âge de 15 ans, alors que les TDA(H) sont plus fréquents chez les jeunes garçons avant 15 ans. Les hommes sont également plus affectés par les troubles schizophréniques ainsi que par les troubles liés aux SPA que les femmes.

Ces données nous indiquent qu'appliquer une approche différenciée selon les sexes pour les interventions de santé publique, ciblant les différents facteurs de risque spécifiques à ces problématiques, est à prioriser afin de bien tenir compte de leurs enjeux respectifs.

### ***Tendances temporelles***

Dans la région, on remarque que la prévalence des différents troubles de santé mentale diagnostiqués est relativement stable dans le temps, avec une légère augmentation il y a quelques années pour les troubles anxio-dépressifs. Aucun trouble ne présente une prévalence significativement à la baisse. En ce sens, la prévention ainsi que l'offre de services adéquats pour bien traiter et soutenir les personnes atteintes demeurent des défis constants.

## **La problématique du suicide**

### ***Portrait global dans la région***

En Chaudière-Appalaches, la problématique du suicide est préoccupante. En effet, on observe des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide ainsi que des taux de mortalité par suicide plus élevés dans la région que dans le reste du Québec.

Au même titre que pour les troubles de santé mentale diagnostiqués, les hospitalisations pour tentative de suicide sont possiblement sous-estimées. Certaines tentatives de suicide ne mèneront pas à une hospitalisation. Certaines personnes ayant tenté de se suicider peuvent ne pas consulter dépendamment de leur état, ou consulter à l'urgence

sans se faire hospitaliser. Cette donnée nous donne un aperçu des tentatives de suicide dans la région, mais on ne connaît pas avec exactitude le nombre réel de tentatives de suicide effectuées chaque année.

Concernant les décès par suicide, les données ne sont probablement pas sous-estimées puisque chaque décès fait l'objet d'une enquête [12]. Le suicide est une problématique multifactorielle, mais les atteintes à la santé mentale et les troubles de santé mentale, particulièrement lorsqu'ils sont mal contrôlés pour différentes raisons, peuvent être en cause.

### ***Différences hommes-femmes***

La problématique du suicide se présente différemment pour les hommes et les femmes. Les femmes sont plus souvent hospitalisées pour une tentative de suicide que les hommes alors que les hommes décèdent plus souvent que les femmes. Les hommes utilisent en général des moyens plus létaux que les femmes [12]. Ceci pourrait expliquer en partie les différences observées entre les hommes et les femmes.

Évidemment, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide sont influencés par les taux de suicide, car les suicides complétés ne mèneront pas à une hospitalisation. Les hommes ayant des taux de suicide plus élevés que les femmes, cela peut expliquer en partie que les hommes présentent des taux moindres d'hospitalisation pour tentative de suicide. L'inverse est aussi vrai : les femmes ayant des taux de suicide moins élevés, cela pourrait expliquer en partie qu'elles présentent des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide plus élevés.

### ***Tendances temporelles***

Finalement, malgré les efforts de prévention, le fardeau de ces problématiques demeure relativement stable dans le temps, que ce soit en Chaudière-Appalaches ou dans le reste du Québec. Il importe de poursuivre et d'améliorer les actions préventives reconnues efficaces. La récente Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 – Rallumer l'espoir (MSSS, 2022) [13] permet de mettre en lumière des priorités d'actions et facilitera la mobilisation de l'ensemble des partenaires concernés.

## Conclusion

Dans l'ensemble, les données présentées nous indiquent que les problématiques de santé mentale sont un peu moins présentes en Chaudière-Appalaches que dans le reste du Québec, à l'exception de celle du suicide et de la prévalence du TDA(H). Elles suggèrent également que leur fardeau demeure stable dans le temps dans la région comme au Québec. À première vue, ce constat peut paraître inattendu dans le contexte actuel pandémique ou postpandémique, alors que différentes études épidémiologiques confirment que la situation de pandémie a engendré une détérioration de la santé mentale et du bien-être des Québécois [14]. Toutefois, une prudence est de mise dans cette interprétation puisque certaines données sont datées d'une période antérieure à la pandémie de COVID-19 (ex.: la détresse psychologique, la consultation d'un professionnel de la santé mentale, etc.) et d'autres ont été colligées pendant la pandémie (en 2020 et 2021). Il sera donc primordial de suivre les tendances de ces indicateurs dans les prochaines années pour mieux comprendre l'impact pandémique et postpandémique sur la santé mentale de la population en Chaudière-Appalaches.

Ce portrait révèle que les problèmes de santé mentale touchent une proportion importante de la population. Ainsi, il importe de poursuivre les actions en amont, notamment en promotion de la santé en visant les déterminants de la santé mentale à différents niveaux (structurels, milieux de vie, interactions sociales, individuels). « Les facteurs de protection améliorent la capacité des personnes à faire face efficacement aux événements et atténuent les effets associés aux événements négatifs. Ainsi, en plus d'améliorer la santé mentale, ils réduisent la probabilité qu'un trouble mental se développe.<sup>8</sup>» De plus, Il s'avère également important que les services préventifs et cliniques soient mieux connus, accessibles et disponibles en temps opportun, pour ceux qui présentent un besoin de soutien ou le besoin d'un traitement pour vivre avec leur trouble de santé mentale.

---

<sup>8</sup> Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, Consulté le 2023-01-24, [http://www.ccnpps.ca/docs/2014\\_SanteMentale\\_FR.pdf](http://www.ccnpps.ca/docs/2014_SanteMentale_FR.pdf)

# Bibliographie

1. Organisation mondiale de la Santé (OMS). *Santé mentale : renforcer notre action*, Consulté le 2022-12-15, <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.
2. Santé mentale Québec – Chaudière-Appalaches. *La santé mentale c'est quoi?* Consulté le 2022-12-06, [https://santementaleca.com/la-sante-mentale.html#sante\\_mentale\\_definition](https://santementaleca.com/la-sante-mentale.html#sante_mentale_definition).
3. Kessler, R. C., Andrews, G., Colpe, L. J., Hiripi, E., Mroczek, D. K., et coll. (2002). *Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress*. *Psychological Medicine*, 32(6), 959-976. doi: 10.1017/S0033291702006074.
4. Gouvernement du Québec. *À propos des troubles mentaux*, Consulté le 2022-12-06, [À propos des troubles mentaux | Gouvernement du Québec \(quebec.ca\)](https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-anxieux/a-propos-troubles-anxieux#:~:text=Les%20personnes%20pr%C3%A9sentant%20des%20troubles,sont%20pas%20trait%C3%A9s%20assez%20rapidement).
5. Gouvernement du Québec. *À propos des troubles anxieux*, Consulté le 2022-12-06, <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-anxieux/a-propos-troubles-anxieux#:~:text=Les%20personnes%20pr%C3%A9sentant%20des%20troubles,sont%20pas%20trait%C3%A9s%20assez%20rapidement>.
6. Gouvernement du Québec. *À propos des troubles de l'humeur*, Consulté le 2022-12-06, <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-de-humeur/a-propos-troubles-humeur>.
7. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders DSM-5 (5e éd.)*. Arlington, VA : American Psychiatric Publishing. 1200 pages.
8. Gouvernement du Québec. *À propos des troubles psychotiques*, Consulté le 2022-12-06, <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/informer-sur-troubles-mentaux/troubles-mentaux/troubles-psychotiques>.
9. Mendrek, M. *Les différences entre les sexes et les genres dans la recherche en santé mentale*, Consulté le 2022-12-06, <https://cihr-irsc.gc.ca/f/44734.html#a01>.
10. Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2014). *Prévention du suicide : L'état d'urgence mondial*, Consulté le 2023-02-06, [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778\\_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/131801/9789242564778_fre.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
11. Gouvernement du Québec. *Prévenir le suicide*, Consulté le 2022-12-06, <https://www.quebec.ca/sante/conseils-et-prevention/sante-mentale/prevenir-le-suicide>.
12. Levesque, P., Rassy, J., Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. Québec, Bureau d'information et d'études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 56 pages.
13. Ministère de la Santé et des Services sociaux. Gouvernement du Québec, *La Stratégie nationale de prévention du suicide 2022-2026 - Rallumer l'espoir*, Consulté le 2022-12-09 <https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2022/22-247-01W.pdf>
14. Institut national de santé publique du Québec. Dionne, M., Roberge, M.-C., Brousseau-Paradis, C. et coll. *Pandémie, bien-être émotionnel et santé mentale*, 12 janvier 2021, Consulté le 2022-12-22 <https://www.inspq.qc.ca/covid-19/sondages-attitudes-comportements-quebecois/sante-mentale-janvier-2021>

## 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.

Indicateurs de la santé mentale	Légende :			
	Féminin		Masculin	
	Nombres (% ou taux) annuels		Nombres (% ou taux) annuels	
Détresse psychologique élevée :	52 700 (30 %)		37 600 (21 %)	
Consultation d'un professionnel en santé mentale :	25 800 (14 %)		11 900 (6 %)	
Troubles anxio-dépressifs :	14 750 (7 %)		8 145 (4 %)	
Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité :	1 585 (3 %)		3 115 (6 %)	
Troubles schizophréniques :	340 (0,2 %)		580 (0,3 %)	
Troubles liés aux substances psychoactives :	965 (0,5 %)		1 720 (0,9 %)	
Idées suicidaires rapportées :	20 100 (12 %)		15 500 (9 %)	
Hospitalisations pour tentative de suicide :	88 (4,2 par 10 000)		61 (2,8 par 10 000)	
Mortalité par suicide :	18 (9 par 100 000)		55 (25 par 100 000)	
	Par rapport aux femmes du Québec	Par rapport aux hommes de la région	Par rapport aux hommes du Québec	Par rapport aux femmes de la région
<b>Atteintes à la santé mentale</b>				
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. Consultation d'un professionnel en santé mentale				
<b>Troubles de santé mentale diagnostiqués</b>				
3. Troubles anxio-dépressifs				
o 5 à 9 ans				
o 10 à 14 ans				
o 15 à 19 ans				
o 20 à 59 ans				
o 60 à 74 ans				
o 75 ans et plus				
4. Troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité				
o 5 à 11 ans				
o 12 à 17 ans				
o 18 à 24 ans				
5. Troubles schizophréniques				
6. 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 rapportées				
7.2 Tentatives de suicide rapportées				
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				

## Annexe B - Méthodologie

### Contexte

Ce projet s'inscrit dans la thématique « État de santé » du Plan national de surveillance (PNS). Le PNS dresse une liste de tous les indicateurs disponibles pour réaliser un portrait de l'état de santé de la population pour chacune des régions du Québec. À partir de cette liste d'indicateurs, nous avons sélectionné ceux pour lesquels des données récentes étaient disponibles et qui permettaient d'avoir un aperçu global de l'état de santé mentale de la région. Puisque les données récentes disponibles au moment de la rédaction concernaient surtout les troubles de santé mentale diagnostiqués, nous avons décidé de mettre l'accent sur ceux-ci et d'aborder les atteintes à la santé mentale non diagnostiquées plus en détail dans un portrait futur.

### Choix des indicateurs

Les définitions, calculs et sources de données utilisés pour chacun des indicateurs présentés dans ce portrait sont détaillés dans l'**Annexe C**. Voici, en bref, les choix retenus pour chaque section.

**Pour les atteintes à la santé mentale**, nous avons retenu deux indicateurs autorapportés, soit la proportion de la population se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique provenant de l'Enquête québécoise sur la santé des populations (EQSP) réalisée en 2014-2015 et la proportion de la population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 derniers mois provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée en 2017-2018. L'objectif derrière ces choix était d'avoir quelques données sur les atteintes à la santé mentale non diagnostiquées pour couvrir tout le continuum de la santé mentale. Nous sommes conscients que ces données sont moins récentes et un portrait plus complet sera réalisé en 2023-2024 lorsque les données de l'EQSP 2020-2021 seront disponibles.

**Pour les troubles de santé mentale diagnostiqués**, nous avons retenu des indicateurs provenant du Système intégré de surveillance des maladies chroniques du Québec (SISMACQ) 2020-2021, qui regroupe des données issues de quatre fichiers soit le système Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ÉCHO), le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte, le fichier des services pharmaceutiques chez les 65 ans et plus et le fichier d'inscription des personnes assurées (FIPA). Les indicateurs du SISMACQ sont issus d'algorithmes validés, réalisés par l'Institut national de santé publique (INSPQ) en utilisant plusieurs sources de données pour maximiser l'identification des cas. Les indicateurs retenus sont : la prévalence des troubles mentaux pour la population d'un an et plus, la prévalence des troubles anxio-dépressifs pour la population d'un an et plus, la prévalence du TDA(H) pour la population d'un à 24 ans, la prévalence des troubles schizophréniques pour la population d'un an et plus et la prévalence des troubles liés aux SPA pour la population de 12 ans et plus. Ces indicateurs couvrent un large spectre de la santé mentale et touchent autant les adultes que les enfants.

**Pour la problématique du suicide**, nous avons retenu deux indicateurs autorapportés et deux indicateurs issus des données médico-administratives afin de couvrir le plus possible le continuum de la problématique du suicide. Les deux indicateurs autorapportés proviennent de l'EQSP 2014-2015 soit : la proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie et la proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie. Les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide proviennent du fichier des hospitalisations MED-ÉCHO. Nous avons choisi de présenter une moyenne de 2016 à 2020, puisque les nombres étaient trop petits pour présenter des données annuelles selon le sexe, l'âge et les territoires de CLSC. Les taux de mortalité par suicide sont issus du fichier de décès du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), 2019. Nous avons également choisi de présenter une moyenne de 2015-2019 en raison des nombres trop petits.



## **Ventilations et analyses statistiques de comparaison**

Chaque indicateur est présenté globalement pour la région selon le sexe, selon les groupes d'âge et selon les territoires de CLSC, lorsque les données le permettent (si le coefficient de variation (CV) est inférieur ou égal à 16,66, les données sont présentées). Les prévalences brutes sont présentées pour montrer l'ampleur réelle de la problématique ainsi qu'à des fins de simplification et de vulgarisation de l'information. Par contre, les tests statistiques de comparaison sont réalisés à partir de prévalences ajustées selon l'âge lorsque disponibles. Pour les données du SISMALQ, de MED-ÉCHO et du fichier des décès, l'ajustement est réalisé selon la structure d'âge, sexes réunis, de la population de l'ensemble du Québec en 2011. Pour la détresse psychologique, l'ajustement est réalisé selon la structure d'âge, sexes réunis, de la population corrigée de l'EQSP 2014-2015 de l'ensemble du Québec. Pour la consultation d'un professionnel au sujet de la santé mentale, les idées suicidaires et les tentatives de suicide autorapportées, aucun ajustement n'était disponible. Les comparaisons ont donc été réalisées à partir des proportions brutes. Toutes les comparaisons des données par groupes d'âge ont également été réalisées à partir des données brutes.

Des tests statistiques réalisés par l'INSPQ, directement à partir des données de l'Infocentre de santé publique, ont permis de déterminer si les indicateurs diffèrent en comparaison avec le reste du Québec, ou avec le reste de la région pour les territoires de CLSC. Un test statistique de l'INSPQ ou la comparaison des intervalles de confiance (IC) à 95 % ou à 99 %, lorsque le test global de l'INSPQ n'était pas disponible, a également permis de comparer les indicateurs selon le sexe et les groupes d'âge. Lorsque possible, une comparaison a été effectuée avec une période précédente, que ce soit par un test global de l'INSPQ ou par la comparaison des IC à 95 % ou 99 %. Lorsque les données sont disponibles et comparables, une courbe de tendance par année est présentée.

## **Limites méthodologiques**

Les méthodes d'analyse dépendent de la nature des indicateurs et des sources de données. Pour certains indicateurs, dont MED-ÉCHO et les indicateurs du SISMALQ, les stratifications annuelles sont réalisées à partir des années financières qui vont du 1<sup>er</sup> avril au 31 mars alors que pour d'autres, ce sont les années civiles. Des changements importants de méthodologie affectent parfois certains indicateurs limitant les comparaisons temporelles. C'est le cas des indicateurs issus du SISMALQ. « En 2016, la RAMQ a procédé à la modernisation de son système de facturation des services médicaux rémunérés à l'acte. Le nouveau système a entraîné une diminution de la saisie des codes de diagnostic dans le fichier des services médicaux rémunérés à l'acte. Par conséquent, les résultats des indicateurs du SISMALQ doivent être interprétés avec prudence à partir de l'année financière 2016-2017. En comparaison avec la tendance historique, une sous-estimation est observée à partir de l'année financière 2016-2017 puisque la prévalence annuelle reflète davantage l'utilisation des services de santé associés à la maladie<sup>9</sup>. » Afin de limiter l'impact de cette sous-estimation, nous avons choisi de présenter seulement les années de 2017 et plus.

La pandémie a aussi entraîné certaines limites dans l'interprétation des données. Les taux d'hospitalisation de 2020-2021 sont anormalement bas en raison de l'arrêt et du délestage des services en milieu hospitalier lors des premières vagues de la pandémie de COVID-19. Par exemple, plusieurs interventions chirurgicales ont été reportées afin de conserver des lits pour les hospitalisations en lien avec la COVID-19. Afin d'avoir un meilleur aperçu des hospitalisations dans la région en situation normale, nous avons décidé de présenter les hospitalisations de 2019-2020 au lieu de celles de 2020-2021. Les indicateurs provenant du SISMALQ pour l'année financière 2020-2021 peuvent également avoir été affectés par le délestage et la pandémie. Nous avons comparé les données de 2019-2020 à celles de 2020-2021 et les différences étaient mineures. Nous avons donc choisi de conserver l'année 2020-2021 dans ce portrait, mais les résultats sont toutefois à prendre avec prudence.

---

<sup>9</sup> INSPQ, Infocentre, note d'avertissement pour les indicateurs du SISMALQ.

## Annexe C - Sources, définitions et méthodes de calcul pour chacun des indicateurs choisis

### A. Atteintes à la santé mentale

- Proportion de la population se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique

**Source :** EQSP 2014-2015

**Définition :** Les questions utilisées dans l'EQSP pour mesurer la détresse psychologique se fondent sur les travaux de Kessler et autres (2002) [3]. La version de l'échelle à six questions a été utilisée. Le score global de l'échelle est obtenu en sommant les scores des six questions. Ce score peut varier de 0 à 24. Un score global supérieur ou égal à sept définit un niveau de détresse psychologique élevé.

**Calcul de la proportion brute :**

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et se situant à un niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique

X 100

---

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

- Proportion de la population ayant consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 derniers mois

**Source :** ESCC 2017-2018

**Définition :** L'indicateur est construit à partir d'une question : « *Au cours des 12 derniers mois, c'est-à-dire la période commençant le [la date d'il y a un an] et se terminant hier, avez-vous vu ou consulté un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale ?* » La proportion est calculée à partir des personnes ayant répondu « oui ».

**Calcul de la proportion brute :**

Population de 12 ans et plus dans les ménages privés ayant consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale au cours des 12 derniers mois

X 100

---

Population totale de 12 ans et plus dans les ménages privés

### B. Troubles de santé mentale diagnostiqués

- Prévalence des troubles mentaux

**Source :** SISMACQ, mise à jour de 2020-2021

**Définition :** Définition de cas : Une personne est considérée comme étant atteinte d'un trouble mental, au cours d'une année (1er avril au 31 mars), si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

- Avoir un diagnostic principal de trouble mental inscrit au fichier MED-ÉCHO au cours de l'année ou
- Avoir un diagnostic de trouble mental au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours de l'année.

Les codes de la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics de troubles mentaux (CIM-10 : F00- F99). Pour être considéré comme étant atteint d'un trouble mental, l'individu doit répondre à 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 mentaux pour une période de 12 mois

X 100

---

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

• **Prévalence des troubles anxio-dépressifs**

**Source :** SISMACQ, mise à jour de 2020-2021

**Définition :** Idem à troubles mentaux, mais pour les codes diagnostics de troubles anxio-dépressifs : CIM-10 : F30-F48, F68.

**Calcul de la prévalence brute :**

Nombre d'individus ayant répondu à la définition de cas de anxio-dépressifs pour une période de 12 mois

X 100

---

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

• **Prévalence du trouble déficitaire de l'attention (TDA) avec ou sans hyperactivité**

**Source :** SISMACQ, mise à jour de 2020-2021

**Définition :** Une personne est considérée comme étant atteinte d'un TDAH, au cours d'une année (1<sup>er</sup> avril au 31 mars), si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

- avoir un diagnostic de TDAH au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours de l'année ou
- avoir un diagnostic principal de TDAH inscrit au fichier MED-ÉCHO au cours de l'année.

Les codes de la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM) ont été utilisés pour identifier les diagnostics de TDAH (CIM-10 : F90).

**Calcul de la prévalence brute :**

Nombre d'individus ayant répondu à la définition de cas de TDAH pour une période de 12 mois

X 100

---

Population moyenne de 1 à 24 ans pour la même période

• **Prévalence des troubles schizophréniques**

**Source :** SISMACQ, mise à jour de 2020-2021

**Définition :** Idem à troubles mentaux, mais pour les codes diagnostics de troubles schizophréniques sont : CIM-10 : F20, F21, F23.2, F25.

### **Calcul de la prévalence brute :**

Nombre d'individus ayant répondu à la définition de cas de troubles schizophréniques pour une période de 12 mois

X 100

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

- **Prévalence des troubles liés aux substances psychoactives (SPA)**

**Source :** SISMACQ, mise à jour de 2020-2021

**Définition :** Une personne est considérée comme ayant un TLS, au cours d'une période (1er avril au 31 mars), si elle satisfait à l'un ou l'autre des critères suivants, soit :

- avoir un diagnostic principal ou secondaire de TLS inscrit au fichier MED-ÉCHO ou
- avoir un diagnostic de TLS au fichier des services médicaux rémunérés à l'acte au cours de la période.

Les codes de la 10<sup>e</sup> révision de la Classification internationale des maladies (CIM) sont utilisés pour identifier les diagnostics de TLS (CIM-10 : F10-F16, F18-F19, K70.0- K70.4, K70.9, G62.1, I42.6, K29.2, K85.2, K86.0, E24.4, G31.2, G72.1, O35.4, T40, T42.3, T42.4, T42.6, T42.7, T43.5, T43.6, T43.8, T43.9, T50.9, T51.0, T51.1, T51.8, T51.9, T52.8, T52.9).

### **Calcul de la prévalence brute :**

Nombre de cas de troubles liés aux SPA pour une période donnée annuelle

X 100

Population moyenne de 12 ans et plus pour la même période

## **C. Problématique du suicide**

- **Proportion de la population qui a songé sérieusement au suicide au cours de sa vie**

**Source :** EQSP 2014-2015

**Définition :** L'indicateur est construit à partir d'une question : « *Avez-vous déjà sérieusement songé à vous suicider ou à vous enlever la vie?* » La proportion est calculée à partir des personnes ayant répondu « *oui* ».

### **Calcul de la proportion brute :**

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et ayant songé au suicide au cours de sa vie

X 100

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel à l'exclusion des personnes ayant déjà tenté de se suicider au cours de sa vie

- **Proportion de la population ayant tenté de se suicider au cours de sa vie**

**Source :** EQSP 2014-2015

**Définition :** L'indicateur est construit à partir d'une question : « *Avez-vous déjà tenté de vous suicider ou essayé de vous enlever la vie?* » La proportion est calculée à partir des personnes ayant répondu « *oui* ».

### **Calcul de la proportion brute :**

Population de 15 ans et plus vivant dans un logement non institutionnel et ayant tenté de se suicider au cours de sa vie.

X 100

---

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

- **Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée pour traumatisme : tentatives de suicide**

**Source :** MED-ÉCHO mise à jour de 2020-2021, Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé. Dénominateur : Estimations et projections démographiques, MSSS

**Définition :** Les hospitalisations par traumatismes sont obtenues dans le système MED-ÉCHO à partir du code d'accident. Seules les hospitalisations pour tentative de suicide sont retenues, soit les codes CIM-10 : X60-X84, Y87.0.

### **Calcul du taux brut :**

Nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour tentative de suicide au cours d'une période donnée

X 10 000

---

Population pour la même période

- **Taux de mortalité par suicide**

**Source :** Registre des événements démographiques du Québec (Fichier des décès), mise à jour de 2019. Dénominateur : Estimations et projections démographiques, MSSS

**Définition :** La cause de décès utilisée pour calculer cet indicateur est la cause initiale du décès. La cause de décès correspond ainsi à la maladie ou au traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès. Seuls les décès par suicide sont retenus, soit les codes CIM-10 : X60-X84, Y87.0.

### **Calcul du taux brut :**

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

X 100 000

---

Population pour la même période

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

**Québec**

