

LES MALADIES MENTALES



Source : Istockphoto

André Guillemette
collaboration Christine Garand et Josée Payette

Service de surveillance, recherche et évaluation
Direction de santé publique et d'évaluation



AVANT-PROPOS

Les maladies chroniques affectent une part appréciable de la population lanaudoise. Selon les résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2007-2008*, près de 40 % des Lanaudoises et des Lanaudois de 12 ans et plus affirment avoir au moins un problème de santé chronique. Quelque 9 % déclarent être affectés par deux problèmes de santé chroniques et environ 7 % disent en subir trois ou plus. Quelles que soient leur gravité et leur nature, ces maladies ralentissent les activités, nuisent à la qualité de vie, génèrent du stress et mobilisent des ressources humaines et matérielles du réseau de la santé et des services sociaux.

La prévalence élevée des maladies chroniques peut s'expliquer par la croissance démographique, le vieillissement de la population et l'amélioration des technologies diagnostiques et thérapeutiques. Il n'en demeure pas moins que leur apparition dépend de facteurs de risque comportementaux, physiques, économiques et sociaux sur lesquels il est possible d'intervenir. C'est pourquoi il importe de mieux comprendre les particularités de la population lanaudoise pour prévenir efficacement ces maladies et réduire leurs conséquences.

Pour mieux connaître les maladies chroniques, le Service de surveillance, recherche et évaluation produit une série de monographies. Elles regroupent des données actualisées sur les principales maladies chroniques et leurs déterminants. Ce document traite des maladies mentales. Les autres explorent le diabète, le cancer, les maladies respiratoires, les maladies cardiovasculaires, les maladies musculosquelettiques, les maladies neurodégénératives et les facteurs de risque associés.

Ces documents s'adressent à la population, aux intervenants et aux décideurs des établissements, des communautés, des réseaux locaux engagés dans la mise en place de services adaptés, tant en matière de prévention et de promotion de la santé que de prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques. Le service souhaite ainsi soutenir la planification sociosanitaire et la prise de décision des organisations pour lesquelles la prévention et la gestion des maladies chroniques sont une priorité régionale.

TABLE DES MATIÈRES

Les maladies mentales en bref.....	4
Faits saillants	4
Introduction.....	5
Les maladies chroniques.....	6
1. LES MALADIES MENTALES.....	7
1.1 Les définitions.....	7
1.2 Les facteurs de risque	8
1.3 Les liens avec la santé mentale	10
1.4 Des facteurs protecteurs contre les maladies mentales	10
2. LA PRÉVALENCE DES MALADIES MENTALES	11
2.1 Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives	11
2.2 La schizophrénie.....	12
2.3 Les troubles de l'humeur.....	12
2.3.1 L'épisode dépressif sévère.....	13
2.3.2 Le trouble bipolaire	14
2.4 Les troubles anxieux	14
2.4.1 L'agoraphobie	15
2.4.2 Le trouble panique	15
2.4.3 Le trouble obsessionnel-compulsif	16
2.5 Les troubles de l'alimentation	16
2.6 Les troubles spécifiques de la personnalité.....	17
2.7 Le jeu pathologique.....	17
3. LES CONSÉQUENCES DES MALADIES MENTALES.....	19
3.1 Sur les relations sociales et familiales	19
3.2 Sur le bien-être physique et mental	19
3.3 Sur le plan économique.....	20
3.4 Sur les services de santé et sociaux	20
3.4.1 Sur les services offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC)	21
3.4.2 Sur la morbidité hospitalière.....	22
3.4.3 Sur les autres services du réseau de la santé et des services sociaux	24
3.5 Sur la mortalité	25
3.6 Sur les comportements suicidaires	25
3.7 Sur les années de vie avec incapacité.....	27
4. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LES MALADIES MENTALES.....	28
Conclusion	30
Références bibliographiques	32
ANNEXE 1	37
ANNEXE 2	38
ANNEXE 3	39
ANNEXE 4	40
ANNEXE 5	41
ANNEXE 6	42



LES MALADIES MENTALES EN BREF

- Les personnes souffrant de maladies mentales présentent une dégradation de la pensée, de l'humeur ou du comportement combinée à un état de détresse et à des troubles fonctionnels importants.
- Les maladies mentales sont souvent concomitantes, c'est-à-dire qu'il n'est pas rare de diagnostiquer plus d'un type de trouble mental chez les sujets atteints.
- L'apparition d'une maladie mentale chez une personne peut résulter de l'interaction entre des facteurs biologiques ou génétiques, psychologiques, sociaux et économiques.
- Les maladies mentales ne sont pas toujours invalidantes. Un traitement adéquat, jumelé à une approche favorable au rétablissement, contribue à l'intégration sociale et économique des personnes atteintes d'une maladie mentale.

FAITS SAILLANTS

- En 2011, pour les maladies mentales traitées dans ce rapport :
 - 21 500 Lanaudoises et Lanaudois de 12 ans et plus auraient des troubles de l'humeur et 26 000 seraient affectés par des troubles anxieux;
 - 10 300 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient présenter une dépendance à l'alcool, 3 200 seraient dépendants aux drogues, 1 000 présenteraient des symptômes de la schizophrénie, 2 000 souffriraient de troubles de l'alimentation et, selon les études, de 23 800 à 35 800 auraient des troubles spécifiques de la personnalité;
 - 2 600 Lanaudoises et Lanaudois de 18 ans et plus seraient des joueurs pathologiques.
- Les troubles de l'humeur, anxieux ou de l'alimentation affectent plus les femmes que les hommes. Les hommes se font plus souvent diagnostiquer pour une dépendance à l'alcool ou aux drogues et à titre de joueur pathologique.
- La prévalence des maladies mentales traitées dans ce document est faible chez les aînés de 65 ans et plus. Les dépendances et les troubles de l'humeur ou anxieux sont plus fréquents chez les adolescents et les jeunes adultes de 15-24 ans.
- Chaque année, plus de 2 800 Lanaudoises et Lanaudois vivant avec l'une des maladies mentales considérées bénéficient de 15 700 interventions préventives, curatives, de réadaptation ou de réinsertion offertes par les CLSC de la région.
- Annuellement, on dénombre près de 1 460 hospitalisations de Lanaudoises et Lanaudois pour l'une ou l'autre des maladies mentales ci-haut mentionnées.
- Les maladies mentales sont rarement la cause initiale d'un décès même s'il est reconnu qu'elles favorisent la diminution de l'espérance de vie. Par contre, elles contribuent fortement à réduire le nombre d'années qu'une personne peut espérer vivre sans incapacité.
- Environ 18 % des personnes décédées par suicide dans Lanaudière avaient au moins une maladie mentale.

Pour d'autres informations statistiques, le lecteur est invité à consulter le SYstème Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA) sur le site Web de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière au www.agencelanaudiere.qc.ca

INTRODUCTION

« Pendant trop longtemps les personnes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale ont été considérées comme fondamentalement différentes. Il fut un temps, pas si lointain, même au Canada, où ces personnes étaient mises à l'écart et enfermées dans un endroit d'où elles ne revenaient jamais. Même si les traitements ont changé au fil des ans, la tendance des gens à faire une distinction entre « nous » et « eux » persiste » (CSMC, 2009, p. 11).

Les maladies mentales demeurent, tout comme les problèmes de santé physique, des marqueurs de la santé et du bien-être individuel et collectif. En raison de leur récurrence et des contraintes qu'elles imposent aux malades et à leurs familles, les maladies mentales sont considérées comme des maladies chroniques (OMS, 2003; Lévesque et autres, 2007).

Les maladies mentales touchent une part appréciable de la population. Le cinquième pourrait en souffrir, alors que les autres risquent de côtoyer un proche, un ami ou un collègue qui en sera affecté (Santé Canada, 2002). Elles prennent plusieurs aspects, varient en intensité, sont aiguës ou chroniques et génèrent une souffrance ou un handicap.

Favorable au rétablissement et à l'intégration sociale des personnes atteintes d'une maladie mentale, le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec a élaboré la *Politique de la santé mentale* en 1989. Des moyens d'action pour actualiser cette politique ont été identifiés dans les plans d'action national et régionaux, produits dans le cadre du *Programme national de santé publique 2003-2012*, et dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*. En 2003 et 2009, la Direction de santé publique et d'évaluation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière a priorisé ses propres actions avec l'élaboration de deux plans d'action régionaux. Les actions privilégiées, pour être efficaces et pertinentes, doivent toutefois reposer sur une connaissance appropriée de la problématique. C'est pourquoi la surveillance continue des maladies mentales demeure une priorité.

Ce document de surveillance a pour objectif de dresser un portrait statistique de certaines maladies mentales affectant la population lanaudoise. Il fait état de leur prévalence ainsi que du recours au service de première ligne, de la morbidité hospitalière et de la mortalité qui en résultent. Il considère aussi ces maladies mentales sous l'angle des années de vie avec incapacité et des inégalités sociales. Il s'intéresse aux maladies mentales le plus souvent citées dans les écrits traitant du sujet et pour lesquelles des données sur leur prévalence existent. Il s'agit des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool ou drogues), de la schizophrénie, des troubles de l'humeur, des troubles anxieux, des troubles de l'alimentation, des troubles spécifiques de la personnalité et du jeu pathologique.



LES MALADIES CHRONIQUES

Pendant longtemps, les maladies chroniques ont été considérées comme des problèmes de santé évoluant lentement et sur une longue durée. Cette définition semble, de nos jours, incomplète et pas tout à fait adaptée aux préoccupations de la santé publique. C'est pourquoi il a été jugé pertinent de retenir une définition plus large des maladies chroniques et, surtout, intégrant aussi les activités de prévention et de promotion de saines habitudes de vie. Donc, les « maladies chroniques :

- se développent progressivement même si elles peuvent comprendre des épisodes soudains et aigus;
- sont généralement évitables ou leur survenue peut être retardée;
- ont des causes multiples et complexes;
- peuvent apparaître tout au long de la vie même si généralement leur prévalence augmente avec l'âge;
- sont susceptibles de compromettre la qualité de la vie (incapacités et pertes d'autonomie);
- ne menacent généralement pas immédiatement la vie, mais elles sont néanmoins la première cause de mortalité prématurée » (Fortin, 2007, p. 5).

Le terme « maladies chroniques » réfère habituellement aux maladies dégénératives à forte prévalence comme le diabète, les maladies cardiovasculaires, l'hypertension artérielle, l'asthme, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le cancer et les maladies musculosquelettiques. Toutefois, il est maintenant admis d'inclure dans ce cadre tous les problèmes de santé entraînant les mêmes besoins en matière de soins pour les patients et des défis semblables en termes de prise en charge pour les services de santé. C'est le cas, par exemple, des maladies transmissibles persistantes à déclaration obligatoire, telles la tuberculose et l'infection au VIH/sida, des troubles mentaux de longue durée comme la dépression ou la schizophrénie et des handicaps physiques permanents (OMS, 2003).

Les maladies chroniques ne guérissent pas spontanément. Toutefois, elles sont, pour la plupart, évitables ou peuvent être retardées lorsque certains facteurs de risque sont modifiés (MSSS, 2008).

1. LES MALADIES MENTALES

1.1 Les définitions

La diversité des **maladies mentales** n'a d'égale que la difficulté de les diagnostiquer avec précision. C'est pourquoi il n'a pas toujours été aisé de leur apposer une définition unique et acceptée par tous (APA, 2005). Au Canada, un consensus semble ressortir à l'effet que les maladies mentales correspondent à une dégradation de la pensée, de l'humeur ou du comportement combinée à un état de détresse et à des troubles fonctionnels importants (Canada, 2006). Il n'est pas rare de diagnostiquer plus d'une maladie mentale chez les sujets atteints (ex. : une dépression combinée à un trouble de l'anxiété).

Les maladies mentales sont aussi désignées par l'expression **troubles mentaux** (CMQ, 2001). C'est le cas, notamment, dans la *Classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès, Neuvième révision* (CIM-9) sous les codes 290 à 319 et la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième version* (CIM-10) sous les codes F00 à F99. Il en est de même pour le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-IV-TR).

« La plupart des troubles mentaux peuvent être traités, et l'intégration du traitement à un modèle axé sur le rétablissement incite la personne à viser non seulement une réduction des symptômes, mais aussi une amélioration de sa qualité de vie. Le rétablissement est facilité par une collectivité, un milieu scolaire et un milieu de travail favorable » (Canada, 2006, p. i).

Les maladies mentales ou les troubles mentaux, d'une part, et **les problèmes de santé mentale** d'autre part, ne sont pas des termes équivalents, même s'ils sont fréquemment confondus. Les problèmes de santé mentale désignent « tout écart par rapport à l'état de bien-être mental ou psychologique, [alors que] les termes « maladie » et « trouble » renvoient à des affections reconnues cliniquement, et elles donnent à entendre qu'il y a soit détresse significative, soit dysfonctionnement, ou un risque tangible de résultats néfastes ou indésirables » (Canada, 2006, p. 2). Le Conseil médical du Québec (CMQ) opine dans le même sens en spécifiant qu'un problème de santé mentale fait référence

à un déséquilibre généré par une situation normale de stress auprès des personnes en santé (CMQ, 2001). Les problèmes de santé mentale peuvent présenter des symptômes similaires à ceux des maladies mentales, mais leur gravité et leur durée sont moindres (Desjardins et autres, 2008). Le fait d'être modérément dépressif, sans l'obligation d'un suivi médical et durant une courte période, à la suite de problèmes personnels, familiaux ou professionnels est un exemple de problème de santé mentale. Il en est de même lorsqu'une personne éprouve un épisode d'anxiété - consécutif à la perte d'un emploi, par exemple - qui ne perturbe pas significativement son autonomie et ses capacités d'interagir avec son environnement et ses proches.

Les maladies mentales agissent négativement sur la **santé mentale** des individus. Cette dernière correspond à « la capacité d'utiliser ses fonctions mentales de façon efficace. Il en résulte des activités productives, des relations gratifiantes avec autrui et la capacité de s'adapter au changement et de faire face à l'adversité » (Lessard, 2001, p. 11).

Ce rapport dresse un bilan statistique des maladies mentales chroniques le plus souvent citées dans les documents canadiens traitant du sujet. Ce sont, selon la nomenclature employée dans la CIM-10, les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives (alcool ou drogues), la schizophrénie, les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation, les troubles spécifiques de la personnalité et le jeu pathologique.

Leur sélection a aussi été dictée par la disponibilité de données nationales fiables les concernant et par l'importance de leur prévalence. Les maladies mentales traitées dans ce document représentent une modeste portion de l'ensemble des troubles mentaux identifiés dans la CIM-10. À titre d'exemple, les phobies sociales, les troubles anxio-dépressifs, les états de stress post-traumatiques et les troubles d'adaptation ne sont pas abordés. De même, les maladies mentales diagnostiquées durant l'enfance et l'adolescence, soit le retard mental, les troubles du développement psychologique et les troubles du comportement et émotionnels, ne sont pas considérées puisqu'il est difficile d'en



mesurer la prévalence avec précision¹. La démence et la maladie d'Alzheimer, catégorisées parmi les maladies mentales, sont volontairement exclues du présent rapport. Elles sont plutôt abordées dans un autre document de la série *Les maladies chroniques dans Lanaudière* consacré aux maladies neurodégénératives (document à paraître).

1.2 Les facteurs de risque

Les maladies mentales résultent de l'interaction complexe entre des facteurs biologiques ou génétiques et des facteurs environnementaux (Lessard, 2001; OMS, 2001, Santé Canada, 2006). Certains agents environnementaux (psychologiques, sociaux et économiques), sinon la plupart, peuvent être une des causes ou une des conséquences d'une maladie mentale.

Un déséquilibre chimique et une perturbation des communications nerveuses sont des exemples de facteurs biologiques associés à certaines maladies mentales (OMS, 2001; FMM, 2010). Il en est de même pour le sexe et l'âge. Ainsi, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à souffrir de dépression sévère ou de troubles anxieux. À l'inverse, les hommes auraient une propension plus élevée à présenter des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues. Les enquêtes démontrent également que la prévalence des troubles mentaux, qu'importe le type, diminue avec l'âge (Lessard, 2001). Parmi les facteurs génétiques, les antécédents familiaux représentent, plus spécifiquement pour la schizophrénie, une variable causale non négligeable (Canada, 2006). De même, le trouble bipolaire serait, dans certains cas, transmis génétiquement plutôt qu'acquis à la suite d'expériences vécues (FMM, 2010).

Les problèmes de santé physique peuvent être associés, à titre de cause ou de conséquence, à certains troubles mentaux (CMQ, 2001; Santé Canada, 2006). Une étude réalisée avec les données de *l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) 2003*

confirme ce type d'association entre les épisodes dépressifs majeurs et des maladies chroniques comme l'hypertension, le diabète, les maladies respiratoires ou musculosquelettiques. Plus des deux tiers des cas de dépression chez les adultes de 15 à 79 ans auraient une comorbidité avec au moins une autre maladie chronique (Lesage et autres, 2010). Le tiers des individus atteints de fibromyalgie déclare vivre des épisodes dépressifs ou d'anxiété, ce qui ne fait qu'exacerber leur souffrance (Lempp et autres, 2009). Plus de la moitié des personnes en réhabilitation pour des problèmes musculosquelettiques présenteraient des symptômes de dépression ou d'anxiété (Pallant et Bailey, 2005). Quatre personnes sur dix atteintes de troubles de l'humeur souffriraient d'au moins une autre maladie chronique (CCS, 2007). La souffrance, l'incapacité et sa résultante, la dépendance, expliqueraient, du moins en partie, l'état dépressif ou anxieux des personnes avec une maladie physique chronique. Cette association s'observe également avec le trouble panique, alors que les trois quarts des personnes atteintes présentent aussi au moins un problème de santé physique chronique (Ramage-Morin, 2004).

« Dans bien des cas, maladie physique et maladie mentale sont étroitement liées. Les personnes touchées par des problèmes de santé physique souffrent souvent d'anxiété ou de dépression, ce qui a une incidence sur leur réaction à la maladie physique. En contrepartie, les personnes souffrant d'une maladie mentale peuvent présenter des symptômes et des affections physiques, par exemple, une perte de poids et un déséquilibre biologique associés aux troubles de l'alimentation, ou une dépression, qui contribuent au diabète ou aux crises cardiaques » (Canada, 2006, p. 30).

« La coexistence de la maladie physique et de la maladie mentale aggrave le pronostic et entraîne des répercussions importantes au niveau du rétablissement des personnes affectées, sur le fardeau de ceux qui les soutiennent et sur les coûts qui leur sont reliés » (Desjardins et autres, 2008, p. 5).

¹ La prévalence des maladies mentales durant l'enfance et l'adolescence serait loin d'être négligeable. Selon la Société canadienne de pédiatrie (2006), 20 % des enfants et des adolescents pourraient souffrir de troubles du développement, de troubles affectifs ou de troubles de comportement. Une récente étude ontarienne estime à 11 % et à 10 % les proportions de filles et de garçons de 4 à 11 ans victimes d'anxiété ou de dépression (Kirby, 2007).

La présence d'une maladie mentale constitue en soi un facteur de risque puisqu'elle accroît la probabilité d'apparition d'un ou de plusieurs autres troubles mentaux chez la personne affectée. Cette combinaison des maladies mentales fait référence à la notion de troubles concomitants où doit être prise en compte l'interactivité des maladies en cause et non chacune d'entre elles prise séparément (Beaumont et autres, 2005). Les personnes atteintes de trouble panique peuvent ainsi éprouver de l'agoraphobie, de la dépression, un trouble d'anxiété sociale ou un trouble obsessionnel-compulsif (Ramage-Morin, 2004). De même, la prévalence de la dépendance aux drogues ou à l'alcool est plus importante parmi les gens avec des troubles de l'humeur ou anxieux qu'au sein du reste de la population (Lesage et autres, 2010). Des études révèlent que plusieurs joueurs pathologiques en traitement ont aussi des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Les problématiques multiples seraient d'ailleurs très fréquentes chez les personnes toxicomanes (Beaumont et autres, 2005).

Parmi les facteurs de l'environnement social, la qualité des relations familiales et des réseaux sociaux ainsi que la situation de vie peuvent avoir une influence notable sur les capacités d'adaptation des individus, donc sur leur « fragilité » envers les maladies mentales (Lessard, 2001; OMS, 2001). Il en va de même lors du décès d'un proche et de la perte d'un emploi, car ils peuvent favoriser, par exemple, le déclenchement d'un épisode dépressif (FMM, 2010).

Le statut économique, plus spécifiquement les inégalités socioéconomiques, et la scolarité sont étroitement associés à la présence ou non de maladies mentales. Une faible scolarité est ainsi liée à une prévalence élevée de troubles de consommation d'alcool et de drogues (Lessard, 2001). Il en est de même pour le trouble panique (Ramage-Morin, 2004). Les résultats de l'*Enquête québécoise sur la santé de la population québécoise, 2008* révèlent que 29 % des Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus ne possèdent pas de diplôme d'études secondaires et tout près de 10 % considèrent que leur situation financière les place parmi les gens pauvres ou très pauvres (Marquis et Payette, 2011; Traoré et autres, 2010). Les statistiques du recensement canadien de 2006 dévoilent aussi qu'un peu plus de 8 % des Lanaudoises et des Lanaudois, soit environ 34 600 personnes, vivent sous le seuil de faible revenu après impôt (ASSSL, 2010).

Les antécédents de troubles mentaux, le stress, le chômage ou la perte d'emploi, le rejet social, la survenue d'événements traumatisants, la désorganisation sociale, la violence et la consommation de certains médicaments sont d'autres facteurs qui prédisposent des individus à certaines maladies mentales (WHO, 2004; Canada, 2006).

Tableau 1
Population de 15 ans et plus selon le niveau de détresse psychologique et certains facteurs de risque, Lanaudière, 2008 (%)

	Échelle de détresse psychologique	
	Niveau élevé (%)	Niveaux faible à modéré (%)
Composition du ménage		
Personne seule	24,4	75,6
Couple sans enfant	18,0	82,0
Couple avec enfant(s)	18,9	81,1
Famille monoparentale	38,7	61,3
Autres	22,9 *	77,1
Niveau de scolarité		
Niveau inférieur au DES	24,8	75,2
Diplôme d'études secondaires (DES)	23,8	76,2
Diplôme ou certificat d'études collégiales ¹	19,2	80,8
Diplôme d'études universitaires	13,0 *	87,0
Perception de sa situation financière		
Pauvre ou très pauvre	38,5	61,5
À l'aise ou revenus suffisants	19,3	80,7
Perception de l'état de santé		
Excellent ou très bon	13,8	86,2
Bon	28,0	72,0
Passable ou mauvais	43,3	56,7
Satisfaction à l'égard de sa vie sociale		
Très satisfaisante	14,2	85,8
Plutôt satisfaisante	25,9	74,1
Plutôt ou très insatisfaisante	44,6	55,4

¹ Cette catégorie inclut aussi le diplôme ou le certificat d'études d'une école de métiers ou d'une école de formation professionnelle.

Note : Le niveau de détresse psychologique est calculé à partir des cotes accordées aux réponses données à six questions. Une sommation des cotes supérieure à 7 signifie que la personne vit un niveau élevé de détresse psychologique. Les niveaux faible à modéré correspondent à des cotes de 0 (aucune détresse) à 6 inclusivement.

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

Source : TRAORÉ et autres, *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales. Recueil statistique*, ISQ, 2010.

Des études démontrent l'existence d'une forte association entre la détresse psychologique élevée et certains troubles mentaux tels que la dépression et l'anxiété (Camirand et autres, 2010). Selon les données de l'EQSP 2008, les personnes de 15 ans et plus vivant seules ou dans une famille monoparentale, moins scolarisées ou se percevant pauvres ou très pauvres sont, en proportion, plus nombreuses à se classer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique. Il en est de même quand la perception de leur santé globale est négative et lorsqu'elles se déclarent insatisfaites à l'égard de leur vie sociale.



1.3 Les liens avec la santé mentale

Il existe des liens étroits entre la maladie mentale et la santé mentale. L'acquisition ou le maintien d'une bonne santé mentale constitue une étape incontournable du processus de rétablissement et de réinsertion sociale des personnes ayant une maladie mentale (CSMC, 2009). De même, une bonne santé mentale contribue à la diminution des risques d'apparition d'une maladie mentale.

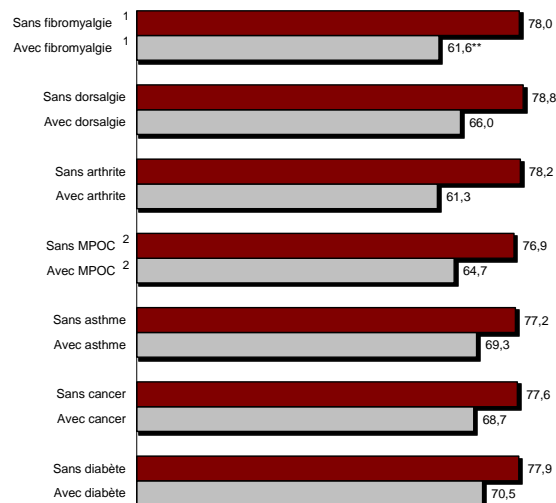
Le stress représente un important déterminant de la santé mentale. Selon l'ESCC 2002 (santé mentale et bien-être, cycle 1.2), un stress élevé résulte le plus souvent de problèmes de santé physique, d'une mauvaise situation financière, de contraintes de temps, du contexte scolaire, du statut d'emploi et des relations interpersonnelles. Il ressort également que les personnes physiquement inactives déclarent plus souvent une santé mentale passable ou mauvaise. Un pareil constat s'applique aux individus obèses ou avec un poids insuffisant et ceux affectés par une forme physique inadéquate (Canada, 2006). Dans Lanaudière, en 2007-2008, 18 % de la population de 18 ans et plus est obèse et 26 % est sédentaire dans ses loisirs (Lemire et Garand, 2010).

Un revenu insuffisant, le chômage et une faible scolarité peuvent aussi avoir un impact négatif sur la santé mentale des individus. Ils diminuent leur sentiment de sécurité ainsi que leur capacité à satisfaire leurs besoins et à faire face à des situations difficiles. Il en est de même pour le soutien social, car les personnes isolées socialement possèdent une moins bonne estime d'elles-mêmes et ont moins de possibilités d'avoir de l'aide ou du réconfort en période de crise. L'environnement physique, s'il est peu propice à la socialisation ou s'il n'est pas sécuritaire, peut à son tour avoir une influence néfaste sur la santé mentale des individus (Canada, 2006).

Des rapports traitant des maladies chroniques dans Lanaudière établissent des liens étroits entre, d'une part, le fait de souffrir du diabète, du cancer, d'une maladie respiratoire, cardiovasculaire ou musculosquelettique et, d'autre part, la perception négative de sa santé mentale (Simoneau et Garand, 2011; Guillemette et Garand 2011; Gbaya et Garand, 2011; Simoneau et autres, 2011; Gbaya et autres, 2011).

Graphique 1

Population de 12 ans et plus selon la présence de certaines maladies chroniques et la perception positive de sa santé mentale, Lanaudière, 2007-2008 (%)



¹ Données issues de l'ESCC 2005.

² MPOC : Maladie pulmonaire obstructive chronique.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Sources : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2006. STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008. Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

1.4 Des facteurs protecteurs contre les maladies mentales

De nombreux facteurs de risque peuvent mettre en péril la santé mentale des individus et les prédisposer à souffrir de troubles mentaux. En contrepartie, plusieurs facteurs sociaux, économiques, individuels et familiaux concourent à la diminution des risques d'apparition des maladies mentales.

Un environnement social, économique et politique stable et équitable ne peut que contribuer à favoriser la bonne santé mentale et une moindre incidence des maladies mentales au sein d'une communauté. Il en est de même avec un environnement physique sécuritaire et favorable à la santé et au bien-être de la population, ainsi que des milieux familial et scolaire exempts de violence et d'abus, favorables au développement cognitif, intellectuel, physique, psychologique et social de l'enfant.

L'*empowerment*, soit l'acquisition et le maintien chez l'individu d'habiletés propices à la croissance de la confiance, de l'estime de soi, de la capacité d'initiative et d'un sentiment de contrôle de sa destinée, constitue un facteur de protection de la santé mentale et de

prévention de la maladie mentale. L'*empowerment* a comme corollaire de bonnes aptitudes à gérer le stress, à faire face à l'adversité et à s'adapter à diverses situations. La participation sociale ainsi que la présence d'un soutien social et d'un réseau d'échanges sociaux appropriés agissent aussi à titre de facteurs protecteurs (WHO, 2004).

Un régime alimentaire équilibré, une pratique suffisante de l'activité physique, un sommeil adéquat, une absence d'abus d'alcool et de consommation de drogues, une saine gestion du stress et le soutien de proches ou d'amis contribuent à une santé mentale positive (Santé Canada, 2006). Une étude menée avec les données de l'*Enquête nationale sur la santé de la population* réalisée par Statistique Canada en 1994-1995 opine dans le même sens puisqu'elle conclut que l'activité physique régulière, même modérée, aide à la prévention et au traitement de la dépression (Chen et Millar, 1999).

Dans Lanaudière, en 2007-2008, seulement 69 % des jeunes de 12 à 17 ans et 74 % des adultes sont suffisamment actifs durant leurs loisirs. La moitié de la population de 12 ans et plus ne consomme pas suffisamment de fruits et de légumes et le cinquième des buveurs d'alcool présente un niveau de consommation excessif et répétitif. De même, quatre Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus sur dix déclarent vivre un stress quotidien élevé (Lemire et Garand, 2010).

2. LA PRÉVALENCE DES MALADIES MENTALES

La prévalence des maladies mentales représente le nombre de cas comptabilisés au sein d'une population durant une période donnée. Les données de prévalence des maladies mentales sont pratiquement inexistantes pour la région de Lanaudière, sauf pour les troubles de l'humeur et anxieux. C'est pourquoi ce chapitre repose, pour l'essentiel, sur les résultats canadiens de l'ESCC 2002. Rien n'indique que les taux de prévalence des maladies mentales dans Lanaudière soient très différents de ceux de l'ensemble du Canada. Les statistiques québécoises de l'ESCC 2002 ne sont pas présentées dans ce chapitre, car certaines d'entre elles sont entachées d'une trop grande imprécision statistique. Elles sont toutefois disponibles aux annexes 1 et 2.

Les statistiques de cette enquête populationnelle reposent sur les déclarations de répondants confirmant le diagnostic médical d'au moins une maladie mentale. Malgré les qualités méthodologiques de l'ESCC 2002, il est fort possible que la prévalence de certaines maladies mentales soit sous-estimée. Des personnes gravement affectées par une ou des maladies mentales peuvent avoir été incapables de répondre au questionnaire ou de s'autoévaluer adéquatement. Cette sous-estimation, difficile à mesurer, est propre à la majorité des enquêtes abordant la problématique des maladies mentales.

2.1 Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives

Les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives sont associés à la consommation abusive et à la dépendance à l'alcool (CIM-10: F10) ou aux drogues illicites ou non (CIM-10: F11 à F19, sauf F17²). Un tel diagnostic est posé lorsque l'usage de substances devient ou peut devenir nuisible à la santé physique ou mentale.

Les enquêtes permettent d'établir avec suffisamment de précision les proportions de consommateurs d'alcool et de drogues. La prévalence des troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de ces substances psychoactives n'est toutefois pas connue avec autant d'exactitude. Les enquêtes consacrées à cette problématique sont rares et sous-estiment fort probablement son ampleur. Le refus d'admettre la présence de troubles de consommation et l'illégalité de certaines drogues expliquent ce constat.

Selon l'ESCC 2002, 2,6 % de la population canadienne de 15 ans et plus a vécu des symptômes associés à la dépendance à l'alcool et 0,8 % aux drogues durant les douze derniers mois.

Peu importe le type de substance consommée, cette prévalence est toujours plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Ces troubles sont aussi plus fréquemment observés chez les adolescents et les jeunes adultes de 15-24 ans (Canada, 2006).

² Les conséquences de l'utilisation nocive et de la dépendance au tabac (CIM-10: F17) sont classées parmi les troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Elles n'ont toutefois pas été retenues dans le cadre de ce document, car les statistiques canadiennes relatives à la prévalence de cette forme de dépendance ne semblent pas exister.

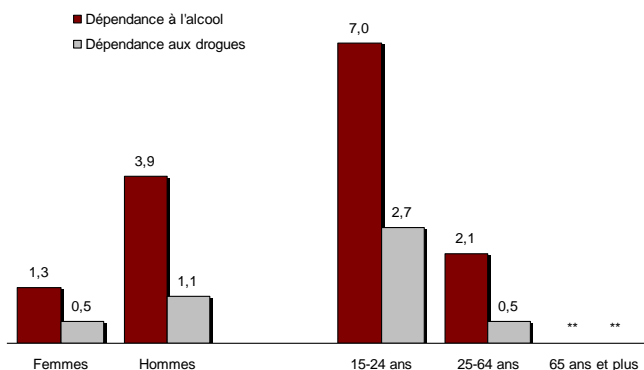


Selon une étude menée en 2008 auprès des élèves des écoles secondaires du Québec (âgés de 12 à 17 ans pour la plupart), 6 % ont des problèmes importants de consommation d'alcool et de drogues. Parmi les élèves consommateurs, la présence de problèmes importants liés à la consommation concerne 10 % des buveurs d'alcool, 22 % des adeptes du cannabis, 55 % des usagers d'hallucinogènes, 56 % des consommateurs d'amphétamines et 62 % des utilisateurs de cocaïne (Dubé et autres, 2009).

En appliquant les taux de prévalence canadiens de 2002 à la population Lanaudoise en 2011, il est possible d'estimer à 10 300 le nombre de personnes de 15 ans et plus qui pourraient présenter une dépendance à l'alcool. Environ 3 200 personnes seraient dépendantes aux drogues³.

Graphique 2

Taux bruts de prévalence de la dépendance à l'alcool ou aux drogues sur une période de douze mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 2002 (%)



** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur est supprimée en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage. Cette suppression ne signifie pas pour autant que la valeur du pourcentage est nulle.

Sources : CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être – 2002, 2004*.

2.2 La schizophrénie

La schizophrénie (CIM-10 : F20)⁴ survient habituellement vers la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Elle se distingue par un état affectif inadéquat et par des distorsions de la pensée et de la

perception. Cela se traduit par l'adoption, et la ferme croyance, d'idées fausses et non fondées. Ces dérangements nuisent à la prise de conscience de son identité et de sa singularité, ce qui peut nuire à la qualité des relations sociales (OMS, 2001).

Le taux de prévalence à vie de la schizophrénie oscille autour de 1 % selon les études portant sur le sujet (Canada, 2006). L'ESCC 2002 établit cette prévalence à 0,2 % pour les Canadiennes et à 0,3 % pour les Canadiens de 15 ans et plus. Ces pourcentages seraient cependant entachés par une évidente sous-estimation résultant de la difficulté de rejoindre les schizophrènes; plusieurs seraient sous supervision médicale en milieux institutionnalisés, donc hors de la population ciblée par l'enquête. Selon les taux de prévalences canadiens de 2002, tout près de 1 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient en être atteints en 2011.

2.3 Les troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur (CIM-10 : F30 à F39) agissent sur la façon dont une personne peut se sentir et sur son niveau d'activité. Dépendamment du type de trouble de l'humeur, le raisonnement, le comportement ou les fonctions organiques peuvent être perturbés chez les individus atteints (Canada, 2006). Parmi les troubles de l'humeur se retrouvent l'épisode dépressif sévère, le trouble bipolaire, la dysthymie, les épisodes maniaques, etc.

Les troubles de l'humeur se classent parmi les maladies mentales les plus fréquemment diagnostiquées dans la population. Au cours de sa vie, une Canadienne sur six et un Canadien sur dix pourraient en souffrir (Canada, 2006). Selon l'ESCC 2007-2008, 5,9 % des Lanaudoises et 4,5 % des Lanaudois de 12 ans et plus ont déclaré être affectés par des troubles de l'humeur durant les douze derniers mois. Ces pourcentages pourraient correspondre, en 2011, à un peu plus de 21 500 personnes de 12 ans et plus dans Lanaudière.

Qu'importe les périodes ou les territoires considérés, les femmes présentent toujours un taux de prévalence supérieur à celui des hommes. Même si les troubles de l'humeur sont présents à tous les âges, leur prévalence est plus élevée à 25-44 ans et à 45-64 ans. Il faut toutefois noter que les premières manifestations se produisent surtout à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

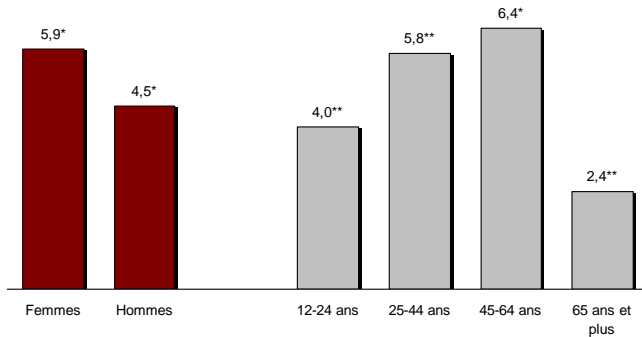
³ Ces estimations sont réalisées en supposant que les taux de prévalence observés avec les données canadiennes de l'ESCC 2002 sont restés les mêmes jusqu'en 2011 et qu'ils sont semblables pour la région de Lanaudière. Il importe de garder à l'esprit que le nombre de Lanaudoises et de Lanaudois affectés en 2011 par l'une ou l'autre des maladies mentales traitées dans ce document n'est présenté qu'à la seule fin d'illustrer l'ampleur probable, mais nullement confirmée, de la prévalence des maladies mentales dans la région.

⁴ Les rapports présentant les données de l'ESCC 2002 ne spécifient pas l'inclusion du trouble schizotypique, des troubles délirants persistants, des troubles psychotiques aigus et transitoires, du trouble délirant induit, des troubles schizo-affectifs et des autres psychoses (CIM-10 : F21 à F29) dans la mesure de la prévalence de la schizophrénie au Canada.

Les données de l'ESCC laissent entrevoir une hausse de la prévalence des troubles de l'humeur entre 2003 et 2007-2008. Dans Lanaudière, le taux est passé de 3,5 % à 5,2 % (écart non significatif au plan statistique) et il a grimpé de 3,8 % à 4,8 % au Québec (écart significatif)⁵.

Graphique 3

Taux bruts de prévalence des troubles de l'humeur sur une période de douze mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2007-2008 (%)



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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, décembre 2010.

« Les troubles de l'humeur peuvent être traités. La détection précoce et un traitement rapide et efficace permettent de réduire leur incidence ainsi que le risque de suicide qui leur est associé. Comme tout épisode prédispose à d'autres épisodes ultérieurs, la prévention des récurrences est également importante dans le cadre du traitement d'entretien » (Canada, 2006, p. 66).

2.3.1 L'épisode dépressif sévère

Le trouble dépressif sévère (CIM-10 : F32.2, F32.3, F33.2 et F33.3)⁶ est particularisé par un ou plusieurs épisodes où la personne présente « une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associées à au moins quatre autres symptômes de dépression » (APA, 2005, p. 399). La tristesse, la détérioration de l'estime de soi, la perturbation des sentiments, la perte d'intérêt, un manque d'énergie, des troubles du sommeil et une altération de l'appétit en sont les principaux symptômes. Cette maladie est ponctuée de nombreuses rechutes et récurrences (Canada, 2006).

L'ESCC 2002 révèle que la prévalence d'un épisode dépressif majeur⁷ sur une période de douze mois est beaucoup plus fréquente chez les Canadiennes que chez les Canadiens (5,9 % contre 3,7 %). L'écart reste important pour la prévalence à vie puisque le taux atteint 15 % parmi les femmes contre 9,2 % chez les hommes. Ce contraste résulterait de facteurs génétiques, biologiques et sociaux. C'est le cas notamment des changements hormonaux durant le cycle menstruel ou après l'accouchement et d'une propension plus élevée chez les femmes à consulter des professionnels de la santé. Il trouverait aussi son origine dans la présence de symptômes dépressifs plus faciles à diagnostiquer chez les femmes. La dépression féminine a pour symptômes des humeurs tristes persistantes et le sentiment de dévalorisation et de désespoir, alors que l'irritabilité, la colère et le découragement, plus difficilement imputables à la dépression, seraient plus souvent symptomatiques chez les hommes dépressifs. La violence domestique et la violence sexuelle dont sont plus souvent victimes les femmes pourraient, en raison de leurs conséquences, favoriser la survenue d'épisodes dépressifs sévères (OMS, 2001; Canada, 2006).

Entre 15 et 64 ans, la prévalence d'épisodes dépressifs majeurs est plus élevée chez les femmes. À compter de 65 ans, cette différence selon le sexe s'estompe. Quel que soit le sexe, les épisodes dépressifs majeurs sur une période de douze mois sont nettement plus courants à 15-24 ans qu'à tout autre âge. Selon les taux de prévalence canadiens de 2002, un peu plus de 19 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient vivre ce type de trouble mental en 2011.

Les études établissent à environ 2 % la prévalence des troubles dépressifs durant l'enfance. Des chercheurs évaluent à 5 % et à 9 % les proportions d'adolescents et d'adolescentes ayant un trouble dépressif majeur. À l'adolescence, environ 10 % des garçons et jusqu'à 25 % des filles présenteraient des symptômes dépressifs importants (Peterson, 2007).

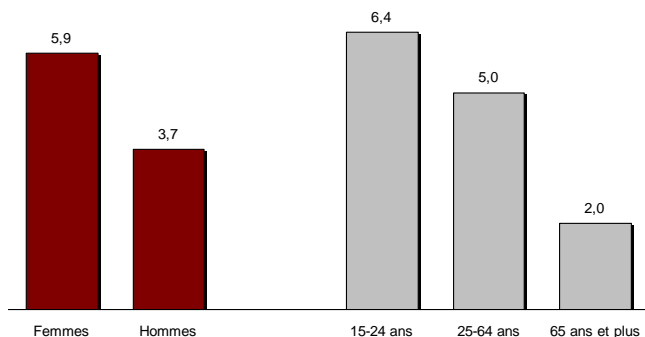
⁵ Le fait d'établir une différence significative entre deux pourcentages indique que l'écart observé a été confirmé statistiquement avec un niveau de confiance à 95 %.

⁶ Les codes F32.9 (Épisode dépressif, sans précision) et F33.9 (Trouble dépressif récurrent, sans précision) ne sont pas retenus, car ils ne comprennent pas exclusivement des cas de trouble dépressif sévère.

⁷ Les données de l'ESCC 2002 font référence à un épisode dépressif majeur plutôt qu'à sévère. Même si la dépression majeure ne correspond pas forcément à une dépression sévère telle que définie dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV-TR), il est permis de supposer que les termes désignent des épisodes dépressifs dont la sévérité s'apparente pour beaucoup.

Graphique 4

Taux bruts de prévalence d'un épisode dépressif majeur sur une période de douze mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 2002 (%)



Sources : CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être – 2002, 2004.*

2.3.2 Le trouble bipolaire

Le trouble bipolaire (CIM-10 : F30 et F31) est déterminé par au moins un épisode maniaque ou mixte (maniaque et dépressif). Le trouble bipolaire I est associé à une ou plusieurs phases maniaques ou mixtes et généralement accompagnées d'épisodes dépressifs sévères. Le trouble bipolaire II correspond à au moins un épisode dépressif sévère jumelé à une ou plus d'une phase hypomaniaque (Canada, 2006; APA, 2005).

Le trouble bipolaire présente une prévalence similaire, sur une période de douze mois (1,0 %) ou à vie (2,4 %) chez les deux sexes. Cette prévalence est un peu plus élevée que celle observée dans certains pays puisqu'elle y varie de 0,2 % à 1,9 %. Cette surestimation émane vraisemblablement de l'inclusion, dans les données de l'ESCC 2002, des personnes dont l'épisode maniaque résulterait de la consommation d'une substance ou d'une affection autre que le trouble bipolaire (Wilkins, 2004). En supposant que ces taux soient restés les mêmes depuis 2002, environ 4 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient présenter, en 2011, les symptômes d'un trouble bipolaire.

Cette maladie mentale semble apparaître plus fréquemment à 15-24 ans qu'à 25 ans et plus. Les quatre dixièmes des personnes souffrant d'un trouble bipolaire déclarent avoir eu leur premier épisode maniaque ou dépressif avant l'âge de 17 ans. L'âge médian à la survenue du premier épisode se situe à 19 ans (Wilkins, 2004).

2.4 Les troubles anxieux

Les troubles anxieux (CIM-10 : F40 à F42⁸) génèrent chez les personnes affectées un excès d'anxiété, d'inquiétude ou de peur. Cet état les incite à parer des situations potentiellement anxiogènes ou à élaborer des comportements compulsifs visant à réduire leur anxiété (Canada, 2006). Parmi les troubles anxieux se retrouvent l'agoraphobie, le trouble panique, la phobie sociale, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique, l'anxiété généralisée, etc.

Les troubles anxieux constituent la forme de maladie mentale la plus répandue au sein de la population. Leurs symptômes débutent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Au cours de sa vie, une personne de 15 ans et plus sur dix risque d'en être affectée (Canada, 2006). Selon l'ESCC 2007-2008, 6,9 % des Lanaudoises et 5,7 % des Lanaudois de 12 ans et plus déclarent souffrir de troubles anxieux⁹. Ces proportions représenteraient, en 2011, un peu plus de 26 000 Lanaudoises et Lanaudois de 12 ans et plus.

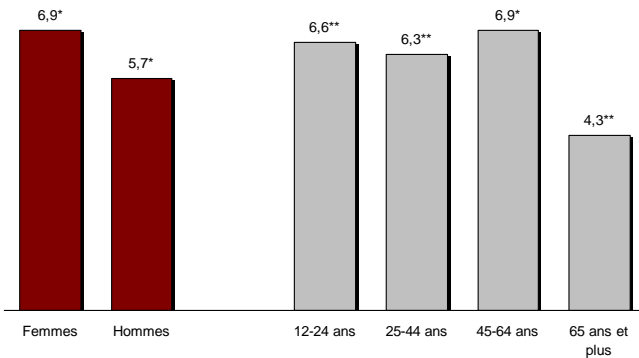
Une étude québécoise réalisée en 1992 auprès de 2 000 enfants de 6 à 14 ans révèle que 15 % d'entre eux étaient affectés par des troubles anxieux. Des enquêtes épidémiologiques américaines menées durant les années 90 situent entre 7 % et 17 % la prévalence des troubles anxieux chez les enfants (Demers, 2000).

⁸ Les troubles anxieux apparaissant spécifiquement dans l'enfance (CIM-10 : F93.0 à F93.2) ne sont pas pris en compte, les statistiques canadiennes fiables relatives à la prévalence de cette maladie mentale étant inexistantes.

⁹ Les résultats de l'ESCC 2002 établissent pour leur part à 5,9 % et à 3,6 % la prévalence des troubles anxieux chez les Canadiennes et les Canadiens de 15 ans et plus.

Graphique 5

Taux bruts de prévalence des troubles anxieux sur une période de douze mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 12 ans et plus, Lanaudière, 2007-2008 (%)



* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
 Source : INSPQ, Infocentre de santé publique du Québec, décembre 2010.

Peu importe le sexe, la proportion de personnes présentant les symptômes d'un trouble anxieux est plus importante parmi les jeunes et les adultes que chez les aînés. Il ressort que la prévalence des troubles anxieux, sur une période de douze mois ou à vie, est plus élevée pour les femmes que pour les hommes. Cette distinction entre les sexes est plus nette à 15-24 ans, alors qu'elle tend à s'amenuiser avec l'avancée en âge (Canada, 2006). Le stress, facteur de risque propice au développement de troubles d'anxiété, n'est pas la source de cet écart entre les sexes. Les femmes et les hommes sont, en effet, proportionnellement aussi nombreux à éprouver un stress quotidien élevé selon les données de l'ESCC 2007-2008. Il faut plutôt croire que c'est la combinaison d'autres facteurs de risque, comme la pauvreté, l'isolement social, les problèmes familiaux, la violence, la faible estime de soi et la génétique, qui expliquerait cette différence entre les sexes.

Parce que les troubles anxieux constituent le prolongement de ce que la plupart des gens perçoivent comme des inquiétudes normales, il arrive que les personnes qui en souffrent craignent que l'entourage ne qualifie d'excessives leurs craintes et leurs inquiétudes et ne les associe à une faiblesse. C'est pourquoi il arrive qu'elles taisent leurs symptômes et qu'elles essaient de s'occuper de leur problème toutes seules (Canada, 2006).

Selon les données de l'ESCC, la prévalence des troubles anxieux serait en hausse entre 2003 et 2007-2008. Dans Lanaudière, le taux est ainsi passé de 4,4 % à 6,3 % (écart non significatif au plan statistique) et il a augmenté de 3,8 % à 5,2 % au Québec (écart significatif).

2.4.1 L'agoraphobie

L'agoraphobie (CIM-10 : F40.0) s'exprime par une anxiété associée au fait de se situer dans un lieu ou une situation d'où il pourrait être ardu (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucune aide ne serait disponible en cas de crise de panique ou de symptômes apparentés (Canada, 2006; APA, 2005).

Selon l'ESCC 2002, environ 1,0 % des Canadiennes et 0,4 % des Canadiens de 15 ans et plus ont souffert d'agoraphobie au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette faible prévalence ne permet pas d'établir des différences selon l'âge. En appliquant ces pourcentages à la population de la région en 2011, autour de 3 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient souffrir d'agoraphobie.

2.4.2 Le trouble panique

Le trouble panique (CIM-10 : F41.0) est assimilé à une phase singularisée par l'apparition subite d'une peur ou d'une terreur intense généralement associée à l'anticipation d'événements catastrophiques. La présence de difficultés respiratoires (« souffle coupé », douleurs thoraciques, impression d'étouffement, etc.), de palpitations et la crainte de perdre le contrôle de soi constituent des manifestations d'un trouble panique (APA, 2005).

La prévalence du trouble panique au cours des douze derniers mois se chiffre à 1,5 % dans la population canadienne de 15 ans et plus en 2002, soit autour de 2,0 % chez les femmes et 1,0 % chez les hommes. À 15-24 et 25-44 ans, le trouble panique est environ deux fois plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, alors que les taux de prévalence sont similaires à compter de 45 ans. La proportion d'hommes ayant eu un trouble panique au cours d'une période de douze mois varie peu selon le groupe d'âge. Chez les femmes, par contre, cette prévalence est plus élevée à 15-44 ans qu'à 45 ans et plus. La prévalence à vie du trouble panique s'établit à 3,7 % pour les femmes et à 2,8 % pour les hommes. L'âge moyen au moment de la première apparition

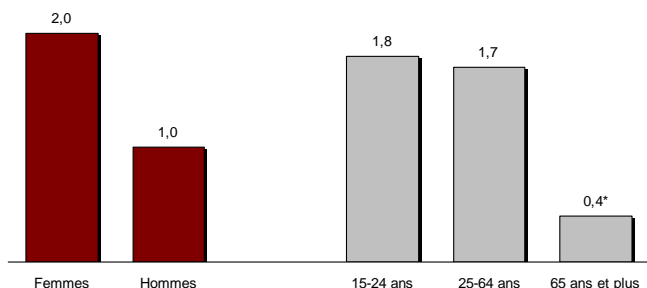


du trouble panique est de 25 ans et il se manifeste dans 75 % des cas avant l'âge de 33 ans (Ramage-Morin, 2004). Toujours selon les taux canadiens observés en 2002, un peu moins de 6 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient être diagnostiqués pour un trouble panique en 2011.

Il est à noter que les estimations de la prévalence des cas de trouble panique obtenues de l'ESCC 2002 pourraient être surestimées, car les critères d'exclusion énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV-TR)* n'ont pas tous été respectés. Par exemple, les personnes dont les crises de panique résultent d'un problème de santé générale ont été incluses, alors qu'elles ne doivent pas l'être selon le DSM-IV-TR (Ramage-Morin, 2004).

Graphique 6

Taux bruts de prévalence du trouble panique sur une période de douze mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 2002 (%)



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

Sources : CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être – 2002*, 2004.



2.4.3 Le trouble obsessionnel-compulsif

Le trouble obsessionnel-compulsif (CIM-10 : F42) est caractérisé par des comportements, des rituels, des pensées, des pulsions ou des représentations obsessionnelles interprétées comme intrusives et inappropriées (Canada, 2006).

Le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) touche de 2,0 % à 3,0 % de la population. Même s'il survient à n'importe quel âge, il débute à l'adolescence dans la moitié des cas, parfois à l'enfance et rarement à 35 ans et plus (FMM, 2010). À la lumière de ces pourcentages, de 8 000 à 12 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient être perturbés par un TOC en 2011.

2.5 Les troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation (CIM-10 : F50) sont associés à des dérèglements graves du comportement alimentaire qui ne relèvent pas de la volonté. L'anorexie mentale (CIM-10 : F50.0 et F50.1), soit l'incapacité de conserver un poids minimum normal en raison d'une peur intense et déraisonnée de prendre du poids ou une fausse perception de la forme de son corps, est un type de trouble alimentaire. Il en est de même pour la boulimie (CIM-10 : F50.2 et F50.3) qui correspond à une alimentation répétitive et excessive, durant une courte période, suivie de l'utilisation de méthodes (vomissements, recours aux laxatifs, exercices physiques, etc.) pour contrôler la prise de poids (Canada, 2006; APA, 2005).

Les données de l'ESCC 2002 situent à 0,5 % la proportion de la population canadienne de 15 ans et plus diagnostiquée pour un trouble de l'alimentation au cours des douze derniers mois. Cette prévalence est quatre fois plus élevée parmi les femmes (0,8 %) que chez les hommes (0,2 %). Elle atteindrait 1,5 % chez les femmes de 15-24 ans. La même enquête évalue à 2,8 % et 0,5 % les pourcentages de Canadiennes et de Canadiens de 15 ans et plus qui auraient un problème d'attitude face à l'alimentation (Canada, 2006). Éviter de manger lorsqu'on a faim et se sentir coupable après avoir mangé sont des exemples de problèmes d'attitude face à l'alimentation. Il en est de même lorsqu'une personne s'oblige à suivre une diète ou à consommer des aliments diététiques sans motif raisonnable. Selon les résultats de l'ESCC 2002, un peu moins de 2 000 Lanaudoises et Lanaudois de 15 ans et plus pourraient être affectés par une forme ou l'autre de trouble alimentaire en 2011 et plus de 6 500 présenteraient un problème d'attitude face à l'alimentation.



La prévalence des troubles de l'alimentation varie fortement au gré des enquêtes. Ainsi, de 0,5 % à 3,7 % des femmes auraient souffert d'anorexie mentale durant leur vie, alors que de 1,1 % à 4,2 % auraient été diagnostiquées pour de la boulimie. Selon les enquêtes, une forte majorité des cas concerne des femmes; seulement 5 % à 15 % des occurrences d'anorexie mentale et de boulimie affecteraient des hommes (Canada, 2006).

Même s'il n'est pas le seul facteur de risque associé aux troubles de l'alimentation, la perception de son image corporelle est souvent la source de problèmes d'attitude et de comportements face à l'alimentation.

Selon une étude menée dans la région de Montréal en 1989-1990 auprès d'un échantillon non représentatif de 1 162 filles âgées de 11 à 20 ans, « environ le tiers des jeunes femmes sont insatisfaites de leur corps et [...] approximativement 15 % d'entre elles adoptent diverses attitudes et comportement inadaptés face à l'alimentation. L'étude révèle aussi que 70 % des filles aimeraient perdre du poids bien que la vaste majorité d'entre elles obtiennent un IMC ne le justifiant pas » (Bolduc, Steiger et Leung, 1993, p. 192).

2.6 Les troubles spécifiques de la personnalité

Les troubles spécifiques de la personnalité (CIM-10 : F60) sont des exagérations des traits de caractère qui entravent le bon fonctionnement en société. Ils sont caractérisés par des actes répétitifs, envahissants et rigides qui occasionnent une souffrance psychologique ou une détérioration du fonctionnement (APA, 2005). Des personnalités limite, antisociale, narcissique, dépendante et paranoïaque sont quelques exemples de troubles de la personnalité (Canada, 2006).

« L'existence de liens étroits dans la famille ou d'un réseau de soutien à l'extérieur de la famille, à l'école ou dans la collectivité aide une personne à développer une bonne estime de soi et de solides capacités d'adaptation. Les possibilités de croissance personnelle et d'acquisition d'aptitudes particulières peuvent améliorer l'image qu'une personne a d'elle-même. Un tel environnement favorable confère une certaine protection contre les troubles de la personnalité » (Canada, 2006, p. 92).

Il existe peu de statistiques permettant d'établir la prévalence des troubles de la personnalité. Au Canada, aucune enquête n'a été menée à grande échelle afin de mesurer l'ampleur de ces dysfonctions au sein de la population. Des données américaines estiment cette prévalence entre 6 % et 9 % (Canada, 2006). Ces pourcentages représenteraient, dans Lanaudière en 2011, de 23 800 à 35 800 personnes de 15 ans et plus avec une forme ou l'autre de troubles de la personnalité.

La prévalence des troubles de la personnalité varie selon le sexe et le type. Les troubles de la personnalité antisociale sont ainsi trois fois plus souvent diagnostiqués chez les hommes que chez les femmes. Inversement, les troubles de personnalité limite sont trois fois plus fréquents parmi les femmes que les hommes (Canada, 2006). La plupart des troubles de la personnalité surviennent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Il n'est toutefois pas rare de les voir apparaître au milieu de la quarantaine.

2.7 Le jeu pathologique

Le jeu pathologique (CIM-10 : F63.0) s'exprime par la pratique inappropriée, chronique et répétitive du jeu de hasard et d'argent. Ce comportement contribue à déséquilibrer la vie personnelle, familiale et professionnelle de l'individu (APA, 2005).

Les jeux de hasard et d'argent « sont les jeux dans lesquels une personne prend le risque de perdre une chose de valeur (comme de l'argent ou des biens), sachant que la probabilité de gagner est surtout affaire de chance » (Canada, 2006, p.118). Le jeu pathologique se différencie de la cyberdépendance puisque cette dernière résulte de l'usage immodéré de l'Internet ou d'appareils électroniques.

Contrairement à d'autres maladies mentales comme les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux, le jeu pathologique a une prévalence relativement faible au sein de la population. Toutefois, l'accroissement du nombre de joueurs grâce, entre autres, à l'accès accru au jeu en ligne et aux appareils de loterie vidéo ainsi qu'à la multiplication des établissements de jeux publics et privés font en sorte que cette maladie soulève de plus en plus de préoccupation.

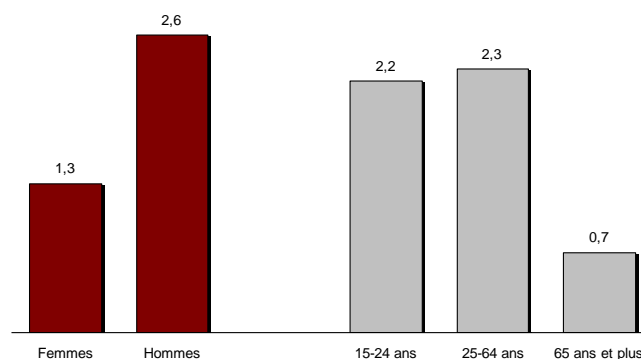
Selon les données de l'année 2009 du projet *Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoire sur quatre ans (ENHJEU-Québec)*, 1,3 % des adultes québécois sont réputés à risque modéré de développer un problème de jeu et 0,7 % sont des joueurs pathologiques probables (Kairouz et autres, 2010). En se basant sur les taux de prévalence de cette enquête, environ 2 600 Lanaudoises et Lanaudois de 18 ans et plus pourraient avoir, en 2011, des comportements s'apparentant au jeu pathologique et 4 900 seraient à risque de développer un problème de jeu. Les deux tiers d'entre eux sont des hommes.

La proportion de joueurs à risque ne semble pas avoir changé depuis une dizaine d'années, car une étude québécoise parue en 1998 estime à 2,1 % la part des adultes ayant des problèmes de jeu pathologique (MSSS, 2001).

Les données de l'ESCC 2002 dévoilent que 0,5 % de la population canadienne de 15 ans et plus adopte une conduite qui répond aux critères du jeu pathologique défini par l'indice canadien du jeu excessif. Cette prévalence se situe à 0,4 % pour les femmes comparativement à 0,6 % chez les hommes (pour le risque élevé de jeu pathologique). En considérant les joueurs à risque modéré ou sévère, les proportions grimpent à 1,3 % pour les femmes et à 2,6 % pour les hommes. Les résultats de la même enquête ne permettent pas d'établir statistiquement une variabilité de cette problématique selon l'âge. Il ressort toutefois des recherches que les aînés de 65 ans et plus s'exposent moins à être des joueurs pathologiques que leurs cadets. Une plus grande accessibilité aux jeux de hasard et d'argent (grâce à l'Internet, en particulier), un besoin de stimulation ou de divertissement et la quête de la liberté financière observés chez les jeunes adultes pourraient expliquer cette tendance relativement récente (Canada, 2006). La scolarité est également associée au jeu pathologique, car une étude réalisée avec les données de la même enquête conclut que les personnes sans diplôme d'études postsecondaires sont plus susceptibles de devenir des joueurs à risque ou excessifs que celles plus instruites (Marshall et Wynne, 2004).

Graphique 7

Taux bruts de prévalence du jeu pathologique (risque modéré à sévère) sur une période de douze mois selon le sexe et le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada, 2002 (%)



Sources : CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006. STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être – 2002, 2004.*

La prévalence du jeu pathologique varie d'une enquête à l'autre et d'un pays à l'autre. Cette diversité résulte, en partie, de l'utilisation d'instruments de mesure différents. Le pourcentage de joueurs pathologiques oscille ainsi de 0,6 % en Suède à 2,0 % en Australie (MSSS, 2001).

Le jeu pathologique n'affecte pas que les adultes. Une étude menée en 2005-2006 auprès d'environ 1 200 élèves des écoles secondaires publiques francophones de Lanaudière dévoile que 0,7 % des filles et 1,8 % des garçons de 14 à 17 ans seraient, selon les critères privilégiés par les responsables de l'enquête, des joueurs pathologiques. De plus, 6,0 % des filles et 11 % des garçons seraient des joueurs à risque (Gagnon et autres, 2006).

Une étude réalisée en 2008 pour l'ensemble du Québec évalue que 1,0 % des filles et 2,8 % des garçons du secondaire sont des joueurs aux prises avec une dépendance au jeu (Dubé et autres, 2009). Ces pourcentages permettent d'estimer à environ 690 le nombre de Lanaudoises et de Lanaudois de 12 à 17 ans avec des symptômes associés au jeu pathologique en 2011.



3. LES CONSÉQUENCES DES MALADIES MENTALES

Les conséquences des maladies mentales sont multiples. Il n'est pas rare que des personnes ayant une maladie mentale contractent un autre trouble mental. Celles avec un trouble anxieux peuvent ainsi devenir dépressives ou développer une dépendance à l'alcool ou aux drogues (Canada, 2006). Les effets des maladies mentales se répercutent sur la qualité de leurs relations sociales, leur vie professionnelle, leur état de santé physique et mentale, le recours aux services de santé et sociaux et sur la société en général.

3.1 Sur les relations sociales et familiales

Les maladies mentales génèrent de multiples impacts sur la vie des personnes affectées. Elles peuvent être la source d'une profonde détresse tout en contribuant à la diminution de la quantité et de la qualité des relations interpersonnelles et familiales. Certaines maladies mentales, comme les troubles de la personnalité, peuvent engendrer de la violence, une exacerbation des tensions sociales, une faible productivité au travail, des comportements suicidaires et une dépendance au jeu. Elles freinent l'apprentissage scolaire, l'accès au logement ainsi que l'intégration au marché du travail et à la communauté. Elles augmentent les risques de stigmatisation et d'isolement social chez les individus atteints (CMQ, 2001).

La maladie mentale « a une incidence grave sur la capacité d'une personne de fonctionner efficacement pendant une longue période. Selon la maladie, la façon de penser, l'humeur et le comportement d'une personne peuvent être gravement perturbés. Cette personne peut ne pas être en mesure de composer avec les aspects les plus simples de la vie quotidienne et avoir besoin d'aide pour rétablir l'équilibre dans sa vie » (Santé Canada, 2006, p. 1).

L'incompréhension et la peur de la maladie mentale, les préjugés et les attitudes concourent à la stigmatisation des personnes malades. Cette mise à l'index constitue l'une des graves conséquences des maladies mentales. Elle freine, quand elle n'annihile pas, les efforts de réadaptation et d'intégration. Elle contribue à l'isolement social et agit à titre d'agent catalyseur pour l'aggravation de la maladie ou l'apparition d'autres troubles mentaux. Les idées et les comportements négatifs de la population envers les maladies mentales ont un autre effet pervers: elle incite des individus atteints à se condamner eux-mêmes.

Les maladies mentales ont des conséquences sur les parents et les amis des malades. Elles génèrent une charge émotionnelle accrue, du stress, un dérèglement de la vie familiale et des entraves à la vie sociale (OMS, 2001). Les proches des personnes malades peuvent aussi être victimes de stigmatisation.

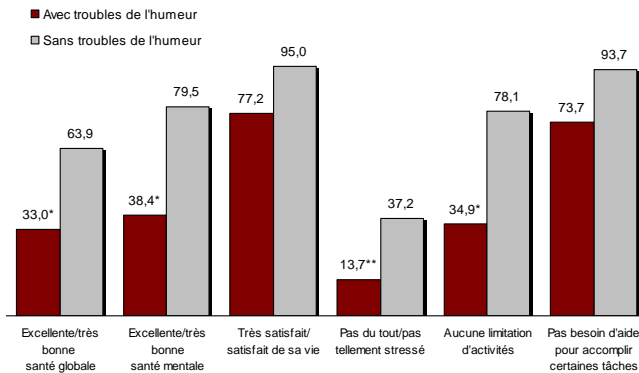
3.2 Sur le bien-être physique et mental

Les sections 1.2 et 1.3 du présent document font état d'une relation de cause à effet entre, d'une part, les problèmes physiques et la mauvaise santé mentale et, d'autre part, la présence d'au moins une maladie mentale. Cette relation est toutefois à double sens, car les maladies mentales peuvent influencer négativement le bien-être physique et mental des personnes atteintes. Les données de l'ESCC 2007-2008 révèlent ainsi que les personnes avec des troubles de l'humeur ou anxieux sont, en proportion, moins nombreuses à percevoir positivement leur santé globale et leur santé mentale, à être satisfaites de leur vie, à ne pas être stressées, à ne pas avoir de limitations d'activités ou à ne pas nécessiter d'aide pour réaliser certaines tâches de la vie quotidienne.



Graphique 8

Population de 12 ans et plus avec ou sans troubles de l'humeur selon certains indicateurs sanitaires, Lanaudière, 2007-2008 (%)



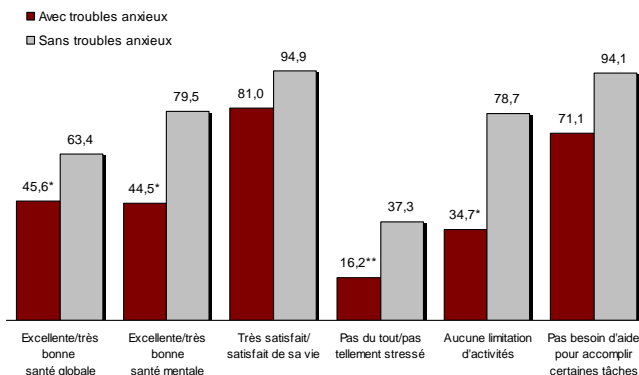
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Graphique 9

Population de 12 ans et plus avec ou sans troubles anxieux selon certains indicateurs sanitaires, Lanaudière, 2007-2008 (%)



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

** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

Source : STATISTIQUE CANADA, ESCC 2007-2008, Fichier de microdonnées à grande diffusion, 2009.

Les résultats de l'ESCC 2002 montrent aussi que les personnes dépendantes à l'alcool ou aux drogues sont proportionnellement plus nombreuses à être insatisfaites de leur vie ou à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (Bordeleau et autres, 2010).

3.3 Sur le plan économique

Les maladies mentales représentent une charge économique énorme pour la société. Elles ont un impact sur la demande de services médicaux (consultations, médication, hospitalisations, traitements) et la productivité (absentéisme, inaptitude au travail). Une étude a estimé le fardeau économique des maladies mentales au Canada en considérant ces deux éléments et en y ajoutant les coûts associés à la perte de qualité de vie (dépendance accrue, souffrance physique et mentale). Elle évalue, pour l'année 2003, à 51 milliards de dollars canadiens les coûts directs (soins hospitaliers, traitements médicaux spécialisés, médicaments, etc.) et indirects (mortalité prématurée, perte de productivité liée à l'incapacité) des maladies mentales diagnostiquées ou non (Lim et autres, 2008).

Une autre étude canadienne, réalisée en 2003, estime à 5 milliards de dollars les coûts directs et les coûts indirects annuels générés par la dépression. La schizophrénie représenterait pour sa part un fardeau financier de 2,7 milliards de dollars (Patra et autres, 2007).

À ces montants, il faut aussi ajouter les coûts associés aux problèmes d'ordre juridique tels que la criminalité, la violence, la discrimination, etc. (OMS, 2001).

3.4 Sur les services de santé et sociaux

Pendant longtemps, de nombreuses personnes ayant une maladie mentale ont été cantonnées dans des asiles psychiatriques. Cette pratique a été graduellement abandonnée durant la seconde moitié du XX^e siècle, alors que la désinstitutionnalisation a été mise de l'avant¹⁰. Ce virage quant à la façon de traiter et de soutenir les personnes atteintes d'une maladie mentale a occasionné la baisse du nombre de lits offerts dans les établissements à vocation exclusivement psychiatrique. Cette diminution a été, en partie, compensée par une hausse du volume de services offerts par les équipes de première ligne et les hôpitaux généraux (Canada, 2006). De nos jours, les personnes affectées par une maladie mentale peuvent recevoir des services de la part des professionnels des CLSC, des hôpitaux généraux et en cliniques spécialisées et d'organismes communautaires.

¹⁰ La désinstitutionnalisation des services psychiatriques a, entre autres choses, été favorisée par le développement de médicaments antipsychotiques, le coût jugé trop élevé du maintien des malades en établissement psychiatrique, le développement d'une approche thérapeutique favorisant leur intégration dans la société et une approche plus restrictive quant à la possibilité d'interner des personnes présentant des symptômes d'une maladie mentale (Canada, 2006).

3.4.1 Sur les services offerts par les centres locaux de services communautaires (CLSC)

La mission des CLSC de la région Lanaudoise consiste à offrir des services de première ligne à la population Lanaudoise. Ils comportent des interventions préventives, curatives, de réadaptation et de réinsertion couvrant une large gamme de troubles de santé, dont les maladies mentales.

De 2006-2007 à 2009-2010, 1 870 Lanaudoises et 940 Lanaudois ont, chaque année, bénéficié de l'expertise des intervenants des CLSC pour l'une ou l'autre des maladies mentales traitées dans ce document. Ces 2 810 personnes ont profité de tout près de 15 700 interventions, soit une moyenne annuelle de 5,6 interventions¹¹ par usager.

Les raisons d'interventions les plus fréquentes sont, selon l'ordre d'importance, les troubles anxieux, les troubles de l'humeur, les troubles spécifiques de la personnalité et la schizophrénie. Le nombre annuel moyen d'interventions par usager varie fortement selon le type de maladie mentale. La schizophrénie se classe au premier rang à cet égard avec neuf interventions annuelles par usager. Elle est suivie par les troubles spécifiques de la personnalité et les troubles de l'alimentation.

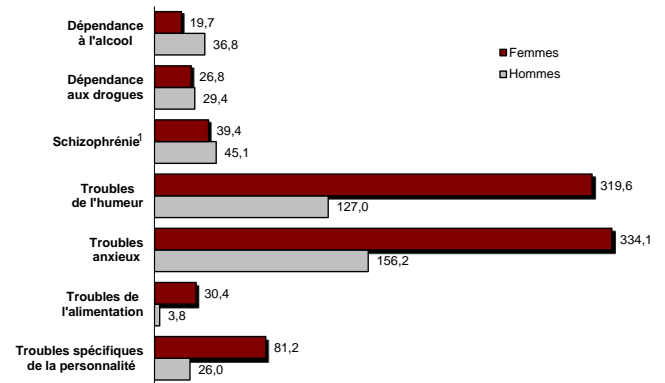
Tableau 2
Usagers et interventions en CLSC pour certaines maladies mentales selon le sexe, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (N)

Maladies mentales	Nombre annuel moyen d'usagers			Nombre annuel moyen d'interventions	Nombre moyen d'interventions par usager
	Femmes	Hommes	Total ¹		
Dépendance à l'alcool	43	79	123	436	3,6
Dépendance aux drogues	59	67	125	234	1,9
Schizophrénie ²	87	100	187	1 754	9,4
Troubles de l'humeur	702	282	984	5 332	5,4
Troubles anxieux	734	346	1 080	5 795	5,4
Troubles de l'alimentation	67	9	75	426	5,7
Troubles spécifiques de la personnalité	178	58	236	1 707	7,2
Jeu pathologique	np	np	np	np	np

¹ Le total peut ne pas correspondre à la somme de ses parties, le sexe de certains usagers n'ayant pas été spécifié.
² Comprend également les usagers qui présentent des problèmes psychotiques.
 np : Données non présentées en raison des petits nombres.
 Source : © Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009-2011. RAMQ, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), 2006-2007 à 2009-2010.

Le taux d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC est, pour la période 2006-2007 à 2009-2010, plus élevé chez les femmes que chez les hommes pour les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles de l'alimentation et les troubles spécifiques de la personnalité. Il est par contre plus important chez les hommes lorsque la dépendance à l'alcool est traitée. Ces différences selon le sexe ne sont guère surprenantes puisqu'elles sont conformes à celles observées avec les taux de prévalence des maladies mentales.

Graphique 10
Taux standardisés d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC pour certaines maladies mentales selon le sexe, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)



¹ Comprend également les usagers qui présentent des problèmes psychotiques.
 Sources : © Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009-2011. RAMQ, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC), 2006-2007 à 2009-2010. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.

Le taux d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC diffère également selon le groupe d'âge (voir Annexe 3). En comparant les maladies mentales entre elles, il ressort que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux comportent, pour tous les groupes d'âge, les taux les plus hauts. Lorsque les données relatives aux maladies mentales sont analysées séparément, il apparaît que les taux sont plus faibles parmi les enfants et les adolescents de moins de 15 ans. À 15-24 ans, ils atteignent un sommet pour la dépendance aux drogues et, chez les femmes seulement, pour les troubles de l'alimentation. À 25-44 ans, les troubles de l'humeur, anxieux et de la personnalité sont, à tous les âges chez les femmes et presque toujours chez les hommes, les plus élevés. Les taux associés à la dépendance à l'alcool culminent, pour leur part, à 45 ans et plus chez les hommes et à 25-44 ans chez les femmes.

¹¹ Ces interventions sont très majoritairement individuelles, mais elles peuvent également être faites avec le couple, la famille ou un groupe d'usagers. Ces interventions, dont la raison principale est une maladie mentale, peuvent être réalisées dans le cadre de différents profils de services : santé physique, jeunes en difficulté, déficience physique, perte d'autonomie, santé mentale, services généraux, etc. Le profil professionnel des intervenants ainsi que la durée et la fréquence des interventions varient en fonction des besoins des usagers.



À l’instar du sexe et de l’âge, les taux fluctuent selon le territoire de réseau local de services (RLS)¹². Ils sont significativement plus importants dans la population du RLS de Lanaudière-Nord que dans celle du sud pour la dépendance à l’alcool, la schizophrénie, les troubles de l’humeur, anxieux et de la personnalité, et ce, chez les femmes et les hommes¹³. La dépendance aux drogues et les troubles de l’alimentation affichent des taux qui ne se distinguent pas d’un territoire de RLS à l’autre.

3.4.2 Sur la morbidité hospitalière¹⁴

Les statistiques lanaudoises relatives aux séjours hospitaliers en raison d’une maladie mentale sont seulement disponibles pour les hospitalisations dans les hôpitaux de soins généraux. Selon un rapport du gouvernement canadien, 13 % des hospitalisations de personnes ayant une maladie mentale sont survenues dans un hôpital spécialisé en soins psychiatriques en 2002-2003 (Canada, 2006).

Entre 2006-2007 et 2009-2010, dans Lanaudière, les maladies mentales traitées dans ce rapport sont responsables d’environ 1 460 hospitalisations par année dont la durée moyenne est de 19 jours. Elles représentent 62 % des 2 350 hospitalisations de Lanaudoises et de Lanaudois dont le diagnostic principal est une maladie mentale (CIM-10 : F00 à F99).

Tableau 3

Hospitalisations et durée moyenne d’hospitalisation pour certaines maladies mentales (diagnostic principal) selon le sexe, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (N et durée en jours)

Maladies mentales	Nombre annuel moyen d’hospitalisations			Durée moyenne d’hospitalisation en jours
	Femmes	Hommes	Total	
Dépendance à l’alcool	66	134	200	7,2
Dépendance aux drogues	89	181	270	7,8
Schizophrénie	46	150	196	40,7
Troubles de l’humeur	257	196	453	25,0
Trouble bipolaire	118	97	215	25,9
Épisode dépressif sévère	102	75	177	26,2
Troubles anxieux	58	49	107	12,0
Agoraphobie	3	0	3	10,5
Trouble panique	5	8	13	8,9
Trouble obsessionnel-compulsif	2	9	11	25,3
Trouble de l’alimentation	18	1	19	40,0
Anorexie mentale	16	0	16	45,6
Boulimie	0	0	0	so
Troubles spécifiques de la personnalité	138	70	208	13,3
Jeu pathologique	1	3	4	6,4

so : Sans objet. Données non présentées en raison de l’absence d’hospitalisation.
Source : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.

Le nombre annuel moyen d’hospitalisations varie fortement selon le type de maladie mentale. Elles sont, selon l’ordre décroissant, plus fréquentes pour les troubles de l’humeur (31 % des 1 460 hospitalisations considérées), la dépendance aux drogues (19 %), les troubles spécifiques de la personnalité (14 %), la dépendance à l’alcool (14 %) et la schizophrénie (13 %). La durée moyenne de séjour en milieu hospitalier diffère aussi selon le type de troubles mentaux. Elle est ainsi beaucoup plus élevée pour la schizophrénie (41 jours) et les troubles de l’alimentation (40 jours) qu’elle ne l’est pour la dépendance à l’alcool ou aux drogues (7 et 8 jours) et le jeu pathologique (6 jours).

¹² Un tableau présentant les taux d’usagers ayant eu recours aux services des CLSC pour certaines maladies mentales selon le sexe et le territoire de RLS peut être consulté à l’Annexe 4. Même si elles sont disponibles, les données par territoire de MRC ne sont pas présentées en raison du trop faible nombre d’usagers pour certaines maladies mentales. Il est également possible que les différences observées entre les MRC résultent de la « spécialisation » de certains services offerts par les CLSC d’un même CSSS, d’où leur intérêt moindre dans une optique populationnelle. Les écarts entre MRC pourraient plutôt résulter de différences quant à l’offre de service.

¹³ Le fait d’établir une différence significative entre deux taux indique que l’écart observé a été confirmé statistiquement avec un niveau de confiance à 95 %. La comparaison repose sur l’estimation des intervalles de confiance calculée pour les rapports de taux standardisés. Un taux standardisé représente le nombre annuel moyen d’événements qui pourrait être observé dans une population si celle-ci avait la même structure par âge que la population de référence. La population de référence utilisée est celle du Québec, sexes réunis, en 2006.

¹⁴ Cette section porte sur les hospitalisations dans les hôpitaux de soins généraux. Les données des hôpitaux spécialisés en psychiatrie ne sont pas considérées en raison de leur non disponibilité. La sélection des hospitalisations pour certaines maladies mentales a été réalisée en considérant seulement le diagnostic principal. « Le diagnostic principal correspond à l’affection la plus importante présentée par la maladie durant son hospitalisation » (INSPQ et autres, 2006, p. 216).



L'analyse différenciée selon le sexe laisse entrevoir que les Lanaudoises affichent, pour la période 2006-2007 à 2009-2010, des taux d'hospitalisation plus élevés que ceux des Lanaudois pour les troubles de l'humeur, de la personnalité et anxieux. À l'opposé, les hommes font plus souvent un séjour hospitalier pour la dépendance aux drogues ou à l'alcool et la schizophrénie; leurs taux d'hospitalisation étant de deux à trois fois supérieurs à ceux des femmes. Les données canadiennes confirment également la présence d'un taux d'hospitalisation pour troubles alimentaires nettement plus élevé chez les femmes (Canada, 2006).

Ces constats quant aux différences de morbidité hospitalière selon le sexe et le type de maladie mentale sont conformes aux observations faites avec les taux de prévalence et d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC.

Tableau 4

Taux standardisés d'hospitalisation pour certaines maladies mentales (diagnostic principal) selon le sexe, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)

Maladies mentales	Femmes	Hommes
Dépendance à l'alcool	29,3	60,2
Dépendance aux drogues	41,6	82,6
Schizophrénie	21,2	69,6
Troubles de l'humeur	116,3	88,5
Trouble bipolaire	53,3	43,9
Épisode dépressif sévère	46,3	33,8
Troubles anxieux	26,2	21,9
Troubles spécifiques de la personnalité	63,5	32,0

Note : Les taux relatifs à certains troubles anxieux, au trouble de l'alimentation et au jeu pathologique ne sont pas présentés en raison du nombre trop restreint d'hospitalisations.

Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.

Les hospitalisations pour une maladie mentale, quel que soit le type, peuvent survenir à tous âges. Il ressort toutefois des données de la période 2006-2007 à 2009-2010 que des écarts substantiels sont observés entre les groupes d'âge (voir Annexe 5). Les taux d'hospitalisation sont plus élevés à 25-44 ans et à 45-64 ans pour la majorité des maladies mentales considérées dans le présent document, et ce, qu'importe le sexe. Pour la dépendance aux drogues et les troubles spécifiques de la personnalité, par contre, les taux de morbidité hospitalière sont plus importants à 15-24 ans et à 25-44 ans. Les taux à 65 ans et plus demeurent relativement importants quant à la schizophrénie, aux troubles de l'humeur et aux troubles anxieux, chez les Lanaudoises, et aux troubles de l'humeur et à

la dépendance à l'alcool chez les Lanaudois. Les taux d'hospitalisation sont toujours très faibles à moins de 15 ans pour toutes les maladies mentales analysées. Cette situation pourrait résulter d'un recours à d'autres types de services du réseau de la santé pour les enfants et les adolescents (ex. : les cliniques de pédiopsychiatrie).

En excluant de l'analyse les taux de morbidité hospitalière à moins de 15 ans en raison de leur faible importance, il ressort que les taux d'hospitalisation des Lanaudoises sont, à tous les groupes d'âge, toujours supérieurs à ceux des Lanaudois pour les troubles spécifiques de la personnalité et les troubles de l'humeur. Les taux selon le groupe d'âge sont par contre toujours plus élevés chez les Lanaudois pour la dépendance à l'alcool et la dépendance aux drogues. Les taux d'hospitalisation pour schizophrénie sont supérieurs chez les hommes à 15-64 ans, alors que ce sont les femmes qui ont le plus fort taux à 65 ans et plus. Jusqu'à l'âge de 65 ans, il n'existe pas d'écart notable entre les taux d'hospitalisation des femmes et des hommes souffrant de troubles anxieux. À 65 ans et plus, par contre, le taux féminin surpasse de beaucoup celui des hommes.

Au cours de la période 2006-2007 à 2009-2010, les Lanaudoises présentent des taux standardisés d'hospitalisation plus élevés que ceux des Québécoises pour la dépendance à l'alcool, la dépendance aux drogues, les troubles anxieux et les troubles spécifiques de la personnalité (voir Annexe 6). Pour leur part, les Lanaudois se démarquent des Québécois avec une morbidité hospitalière supérieure pour la dépendance aux drogues, les troubles anxieux et les troubles spécifiques de la personnalité. La réalité lanaudoise n'est toutefois pas toujours désavantageuse par rapport à l'ensemble du Québec. Les Lanaudoises et les Lanaudois affichent en effet des taux d'hospitalisation nettement plus bas que ceux du Québec pour la schizophrénie et les troubles de l'humeur, dont le trouble bipolaire.

L'analyse des taux selon le territoire de RLS lanaudois confirme une nette différence entre le nord et le sud. Les hommes et les femmes du RLS de Lanaudière-Nord ont des taux supérieurs à ceux du Québec pour la dépendance à l'alcool et aux drogues, les troubles anxieux et les troubles spécifiques de la personnalité, alors que ce n'est pas le cas pour la population du RLS de Lanaudière-Sud. Il importe de noter que les femmes et les hommes de quatre des six MRC lanaudoises, soient D'Autray, Joliette, Matawinie et L'Assomption, affichent une morbidité hospitalière supérieure à celle des Québécoises et des Québécois pour la dépendance aux drogues.



Sauf pour les troubles de l'humeur où les taux des deux territoires de RLS sont similaires, les femmes et les hommes du RLS de Lanaudière-Nord présentent toujours des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux de leurs homologues du sud lanaudois. La prévalence plus élevée dans le nord lanaudois de certains facteurs de risque tels que le chômage, la pauvreté, la faible scolarité, l'abus et la négligence envers les enfants et les adolescents pourrait expliquer ces différences (ASSSL, 2010).

À l'échelle des MRC lanaudoises, c'est incontestablement la MRC de Joliette qui se distingue le plus avec une surmorbidity hospitalière pour la plupart des maladies mentales traitées dans le présent document. Cette situation particulière pourrait s'expliquer par l'existence d'un établissement jadis spécialisé en soins psychiatriques, soit le Centre hospitalier régional De Lanaudière (CHRD) situé à Saint-Charles-Borromée. Même si sa vocation n'est plus exclusivement réservée aux soins psychiatriques, la proximité du CHRD semble favoriser une plus forte concentration d'usagers vivant avec une maladie mentale. À l'opposé, se retrouve la population de la MRC des Moulins avec des taux d'hospitalisation inférieurs à ceux du Québec pour la dépendance à l'alcool, la schizophrénie et les troubles de l'humeur.

3.4.3 Sur les autres services du réseau de la santé et des services sociaux¹⁵

Les personnes aux prises avec une maladie mentale ne font pas forcément appel aux services des CLSC et elles ne sont pas systématiquement hospitalisées. La nature et la gravité de leur affection font parfois en sorte que d'autres types de services sont requis et, surtout, mieux adaptés.

Les deux centres de santé et de services sociaux (CSSS) de Lanaudière comptent des cliniques externes en psychiatrie qui offrent des services aux individus souffrant de maladies mentales. En 2009-2010, le personnel de la clinique du CSSS du Sud de Lanaudière a dispensé son expertise à 3 768 usagers (CSSSSL, 2010)¹⁶.

Le réseau de la santé et des services sociaux lanaudois possède également deux centres de réadaptation (CR) régionaux qui desservent, entre autres, les personnes atteintes d'une maladie mentale. Au 31 mars 2009, 399 Lanaudoises et Lanaudois de cinq ans et plus bénéficiaient des services du CR La Myriade. Une année plus tôt, soit le 31 mars 2008, leur nombre s'établissait à 403. Entre le 1^{er} avril 2008 et le 31 mars 2009, ces usagers, leur famille et leurs proches ont profité de 625 interventions de soutien (La Myriade, 2009). Le Centre de réadaptation en dépendances Le Tremplin, rattaché au CSSS du Nord de Lanaudière, a dispensé, en 2009-2010, 14 809 interventions individuelles (accueil-évaluation-orientation, soutien, réadaptation) et 476 interventions de groupe auprès de 2 534 usagers confrontés à des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues. Le même organisme a offert 1 708 interventions individualisées et deux interventions de groupe à 396 joueurs pathologiques (données officielles non diffusées).

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec subventionne, en partie ou totalement, la programmation d'une quinzaine d'organismes communautaires lanaudois qui œuvrent spécifiquement auprès des personnes ayant des troubles mentaux. Durant l'année financière 2009-2010, ces organismes ont répondu à un peu plus de 10 000 appels téléphoniques (écoute, information, référence, intervention de crise, etc.). Ils ont réalisé 5 400 interventions individuelles et leurs ateliers ou activités de groupe ont attiré plus de 6 000 participants (formation, entraide, partage, sensibilisation, loisirs, sorties, etc.). Leurs intervenants ont accompagné près de 1 000 usagers lors de différentes démarches (recherche de logement, transport, etc.) et ils ont hébergé temporairement près de 400 personnes affectées par une maladie mentale¹⁷.

¹⁵ Les statistiques présentées dans cette section couvrent l'ensemble des maladies mentales, et ce, peu importe leur gravité ou leur chronicité. Les statistiques disponibles pour les organismes concernés ne sont pas diffusées selon le type de maladie mentale.

¹⁶ Les statistiques quant au nombre d'usagers en clinique externe de psychiatrie ne sont pas compilées pour le CSSS du Nord de Lanaudière.

¹⁷ Ces statistiques sont tirées des rapports annuels des organismes communautaires suivants : Habitat jeunesse Mascouche, La Bonne Étoile Joliette inc., La Lueur du phare de Lanaudière, La rescousse Montcalm, Le croissant de lune-secteur Brandon, L'Envol-Berthierville/Lavaltrie, Les Services de crise de Lanaudière, Le Tournesol de la Rive-Nord, MI-ZÉ-VIE, Le Vaisseau D'Or des Moulins, Pleins droits de Lanaudière inc., Propulsion Lanaudière-Maison L'Intersection et Rescousse amicale. Les références des rapports annuels se retrouvent dans la section *Références bibliographiques* située à la fin du document.



3.5 Sur la mortalité

Les maladies mentales considérées dans le présent document sont rarement inscrites à la cause initiale¹⁸ du décès même s'il est reconnu qu'elles contribuent à la diminution de l'espérance de vie (Schroeder et Morris, 2010). Dans Lanaudière, de 2005 à 2009, 37 décès sur 13 833 résultent directement d'une de ces maladies mentales¹⁹. La dépendance à l'alcool en accapare plus de la moitié (20 décès) et la schizophrénie le quart (9 décès), alors que la dépendance aux drogues et les troubles de l'humeur regroupent chacun quatre décès.

En tenant compte des décès où une maladie mentale est consignée à l'une ou l'autre des causes secondaires²⁰, le nombre de décès impliquant la dépendance à l'alcool grimpe à 106 et celui associé aux troubles de l'humeur passe à 98. Il se chiffre à 52 pour la schizophrénie, à 34 pour la dépendance aux drogues, à neuf pour les troubles anxieux et à trois pour les troubles spécifiques de la personnalité.

Près de 8 % des décès survenus à la suite d'un traumatisme, accidentel ou non, ou d'un empoisonnement (causes externes de morbidité et de mortalité) ont également au moins une maladie mentale aux causes secondaires. Cette présence des maladies mentales est toutefois moindre pour les autres causes de décès, la proportion variant de 1,0 % à 3,0 %.

Tableau 5

Décès avec une maladie mentale à la cause secondaire selon la cause initiale, sexes réunis, Lanaudière, 2005 à 2009^P (N et %)

Cause	Nombre de décès (cause initiale)	Décès avec une maladie mentale à la cause secondaire	
		N	%
Certaines maladies infectieuses et parasitaires (A00-B99)	313	6	1,9
Tumeurs (C00-D48)	5 236	52	1,0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques (E00-E90)	517	12	2,3
Troubles mentaux et du comportement (F00-F99)	451	45	10,0
Maladies du système nerveux (G00-G99)	704	12	1,7
Maladies de l'appareil circulatoire (I00-I99)	3 282	35	1,1
Maladies de l'appareil respiratoire (J00-J99)	1 332	23	1,7
Maladies de l'appareil digestif (K00-K93)	494	16	3,2
Causes externes de morbidité et de mortalité (V01-Y98)	837	63	7,5
Autres causes	667	4	0,6

^P : Données provisoires pour les années 2008-2009

Source : MSSS, Fichier des décès, 2005 à 2009.

Des études américaines révèlent que la prévalence du tabagisme est très élevée parmi les personnes souffrant de maladies mentales. Ainsi, 69 % des personnes ayant un trouble bipolaire fument la cigarette. Cette prévalence se chiffre à 46 % pour celles qui ont un trouble anxieux généralisé, à 45 % pour celles vivant un état de stress post-traumatique, à 38 % pour celles affectées par l'agoraphobie et à 37 % pour celles souffrant de dépression majeure. À titre comparatif, autour de 23 % de la population américaine n'ayant pas été diagnostiquée par une maladie mentale fume la cigarette.

Cette prévalence plus élevée du tabagisme chez les personnes avec une maladie mentale accroît les risques de décès par maladies cardiovasculaires, cancer du poumon et diabète. Aux États-Unis, les personnes souffrant d'une maladie mentale décèdent, en moyenne, 25 ans plus jeunes que le reste de la population (Schroeder et Morris, 2010).

3.6 Sur les comportements suicidaires

Les comportements suicidaires, soient les idées suicidaires, les tentatives de suicide et les décès par suicide, sont souvent le signe d'une détresse psychologique importante, de désespoir et d'impuissance (Canada, 2006). Ils sont en ce sens étroitement liés aux maladies mentales, surtout lorsque celles-ci ne sont pas traitées adéquatement. Autant les études nationales qu'internationales confirment cette association (Lesage et autres, 2010).

Dans Lanaudière, en 2008, 10 % des personnes de 15 ans et plus ont déjà éprouvé des idées suicidaires sérieuses et 4,3 % ont tenté de se suicider au cours de leur vie (Marquis et Payette, 2011). Un peu plus de la moitié des gens ayant songé sérieusement au suicide déclare avoir consulté un professionnel de la santé ou utilisé une ligne d'aide téléphonique. La prévalence des tentatives de suicide, sur une période de douze mois ou à vie, ne diffère pas selon le territoire de RLS. Les taux

¹⁸ « La cause initiale du décès représente la maladie ou le traumatisme qui a déclenché l'évolution morbide conduisant directement au décès ou les circonstances de l'accident ou de la violence qui ont entraîné le traumatisme mortel » (INSPQ et autres, 2006, p. 256).

¹⁹ Pour les cinq années considérées, 451 décès de Lanaudoises et de Lanaudois sont classés parmi les troubles mentaux et du comportement (CIM-10 : F00-F99) à la cause initiale. Les 37 décès directement associés aux maladies mentales retenues dans le présent document représentent donc 8,2 % de ces 451 décès. Parmi ces derniers, 394 décès concernent des cas de démence et de maladie d'Alzheimer. Les 20 autres décès associés aux maladies mentales ont, à la cause initiale, le retard mental, la dépendance au tabac, le syndrome amnésique, la neurasthénie ou différents troubles mentaux non précisés.

²⁰ Les causes secondaires ou associées de décès concernent les maladies ou traumatismes inscrits dans le certificat de décès qui n'ont pas été privilégiés lors du choix de la cause initiale de décès, et ce, même s'ils ont un lien avec le décès.

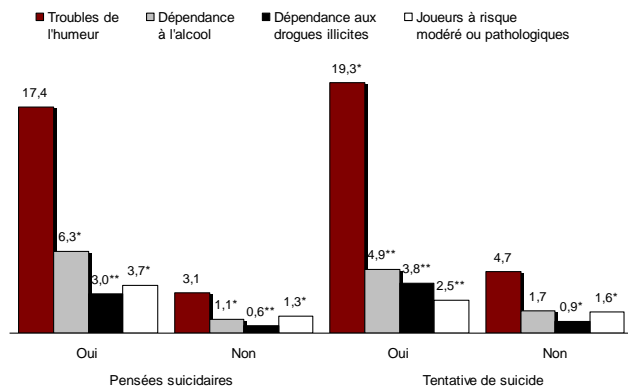


de prévalence des idées suicidaires sérieuses sur douze mois ou à vie sont toutefois significativement plus élevés dans la population de 15 ans et plus du RLS de Lanaudière-Nord que dans celle du RLS de Lanaudière-Sud (3,1 % et 12,7 % contre 1,4 % et 8,3 %).

Les données québécoises de l'ESCC 2002 révèlent que certains troubles mentaux sont étroitement liés au suicide. Ainsi, les taux de prévalence des troubles de l'humeur et de la dépendance à l'alcool ou aux drogues sont significativement plus élevés chez les personnes de 15 ans et plus qui affirment avoir eu, au cours de leur vie, des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide que chez celles qui déclarent le contraire. Les personnes ayant eu des pensées suicidaires sont également plus nombreuses, en proportion, à être classées parmi les joueurs à risque modéré ou pathologiques (Kairouz et autres, 2008).

Graphique 11

Prévalence de certaines maladies mentales sur douze mois selon la présence de comportements suicidaires à vie, population de 15 ans et plus, le Québec, 2002 (%)



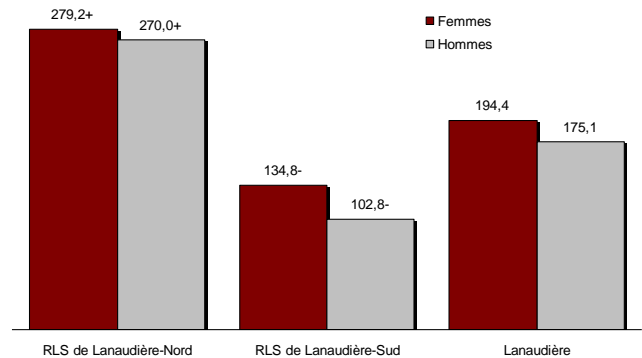
* Coefficient de variation supérieur à 15 % et inférieur ou égal à 25 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 ** Coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.
 Source : KAIROUZ et autres, *Troubles mentaux, toxicomanies et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*, 2008.

En 2009-2010, le Centre de prévention du suicide de Lanaudière a reçu plus de 4 000 appels téléphoniques sur la ligne intervention. Parmi ces appels, environ 900 émanaient de personnes en crise suicidaire, un peu plus de 400 provenaient de personnes en détresse et 465 de proches de personnes en crise suicidaire (CPSL, 2010).

Une moyenne annuelle de 430 Lanaudoises et de 392 Lanaudois aux prises avec des problèmes suicidaires ont bénéficié des services des CLSC de la région au cours de la période 2006-2007 à 2009-2010. Durant les quatre années concernées, un peu plus de 8 500 interventions ont été consacrées à ces 822 personnes, soit une moyenne annuelle de 2,6 interventions par usager.

Graphique 12

Taux standardisés d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC pour des problèmes suicidaires selon le sexe, RLS et Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)



Notes : Les taux accompagnés d'un - sont statistiquement inférieurs à ceux de la région de Lanaudière avec un niveau de confiance à 95 %.
 Les taux accompagnés d'un + sont statistiquement supérieurs à ceux de la région de Lanaudière avec un niveau de confiance à 95 %.
 Sources : © Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009-2011. RAMQ, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)-Les interventions et les activités ponctuelles, 2006-2007 à 2009-2010. STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.

Le réseau de la santé et des services sociaux de Lanaudière-Nord traite 64 % des usagers (n = 2 088) avec des problèmes suicidaires et dispense 57 % des interventions en CLSC (n = 4 843). Les taux d'usagers des services des CLSC expriment bien cette dichotomie puisque ceux des femmes et des hommes du RLS de Lanaudière-Nord sont entre deux et trois fois plus élevés que ceux de la population du RLS de Lanaudière-Sud. Les données officielles (recensements, enquêtes) n'identifient pas les facteurs responsables de ce contexte désavantageux pour la population du RLS de Lanaudière-Nord. Une situation socioéconomique précaire, caractérisée par des taux élevés de pauvreté, de chômage et de recours à l'assistance sociale, ainsi que des prévalences importantes de personnes faiblement scolarisées et vivant seules pourraient être corrélées avec la présence de comportements suicidaires.



Au cours de la période 2006-2007 à 2009-2010, une moyenne annuelle de 124 hospitalisations consécutives à une tentative de suicide est dénombrée au sein de la population lanauoise. Ces hospitalisations sont légèrement plus nombreuses chez les Lanaudoises (n = 68) que chez les Lanaudois (n = 56).

La morbidité hospitalière pour tentative de suicide des femmes et des hommes du territoire de RLS de Lanaudière-Nord est significativement plus élevée que celle des Québécoises et des Québécois, alors que le constat est inverse pour la population du RLS de Lanaudière-Sud.

Parmi les six MRC lanauoises, ce sont incontestablement les femmes et les hommes de la MRC de Joliette et les hommes de la MRC de Matawinie qui présentent les taux les plus élevés. Encore une fois, la présence de taux d'hospitalisation pour tentative de suicide plus élevés dans le nord lanauois que dans le sud est conforme à ce qui est observé quant à la prévalence de certains facteurs de risque associés aux maladies mentales; la population du RLS de Lanaudière-Nord étant à cet égard plus exposée.

Tableau 6

Taux standardisés d'hospitalisation pour tentative de suicide (diagnostic principal) selon le sexe, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)

	Femmes	Hommes
D'Autray	29,3	26,4
Joliette	72,9 +	48,9 +
Matawinie	34,4	42,4 +
Montcalm	40,5	29,9
RLS de Lanaudière-Nord	46,4 +	37,8 +
L'Assomption	16,8 -	15,0 -
Les Moulins	19,7 -	16,1 -
RLS de Lanaudière-Sud	18,6 -	15,5 -
Lanaudière	30,0	25,7
Le Québec	29,3	24,8

Notes : Les taux accompagnés d'un - sont statistiquement inférieurs à ceux du Québec avec un niveau de confiance à 95 %.

Les taux accompagnés d'un + sont statistiquement supérieurs à ceux du Québec avec un niveau de confiance à 95 %.

Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.

Parmi les 274 décès par suicide survenus au sein de la population lanauoise entre 2005 et 2009, 18 % comportent, aux causes secondaires, au moins une des huit maladies mentales considérées dans ce document. Les troubles de l'humeur (35 suicides), la dépendance aux drogues (15 suicides) et la dépendance à l'alcool (9 suicides) sont les maladies mentales le plus souvent inscrites à titre de cause secondaire sur le bulletin de décès.

3.7 Sur les années de vie avec incapacité

Les maladies mentales ont une influence non négligeable sur la qualité de vie de la population, car elles affectent la santé des personnes atteintes et leur autonomie. L'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est intéressée à cet aspect en créant un indicateur qui mesure l'impact de la maladie sur les années de vie perdues en raison d'une incapacité. Cet indicateur, appelé « années de vie corrigées du facteur d'incapacité » (Disability-Adjusted Life Years ou DALYs), prend en considération la mortalité prématurée, l'incidence et la prévalence de la maladie selon l'âge et le sexe, tout en lui accordant un « poids » en fonction de sa sévérité et de sa durée (WHO, 2008). Selon des études citées par le CMQ (2001), les DALYs constituent l'une des meilleures mesures pour évaluer le fardeau global des maladies.

En 2004, dans le groupe des pays à revenus élevés dont fait partie le Canada, deux maladies mentales se situent parmi les dix principales causes de DALYs. La dépression (sévère et non) se classe au premier rang d'entre elles avec 8,2 % de l'ensemble des DALYs. Elle est suivie, au cinquième rang, par la dépendance à l'alcool (3,4 %) (WHO, 2008)²¹.

Les effets des maladies mentales sur les DALYs varient parfois fortement selon le sexe et le groupe d'âge. Chez les femmes, la dépression est responsable de 11,2 % des DALYs contre 5,5 % chez les hommes. La dépendance à l'alcool au sein de la population féminine a par contre un impact plutôt faible sur les DALYs (1,4 %), alors que ce n'est pas le cas pour les hommes (5,3 %). Les maladies mentales dans la population de 60 ans et plus ont une faible influence sur les DALYs. Ce n'est toutefois pas le cas à 15-59 ans alors que la dépression compte pour 18,1 % et 8,0 % des DALYs chez les femmes et les hommes, respectivement. La dépendance à l'alcool accapare aussi une part importante des DALYs parmi les hommes de 15 à 59 ans. À moins de 15 ans, seules la dépression et la schizophrénie²² ont un impact tangible sur les DALYs (WHO, 2008).

²¹ Parmi les dix principales causes de DALYs se retrouvent aussi, selon l'ordre décroissant d'importance, les maladies ischémiques du cœur, les maladies cardiovasculaires cérébrales, l'Alzheimer, les troubles auditifs, les maladies pulmonaires obstructives chroniques, le diabète, le cancer du poumon et les traumatismes routiers (WHO, 2008).

²² Les DALYs traitant de la schizophrénie prennent en compte, outre la schizophrénie (CIM-10 : F20), le trouble schizotypique, les troubles délirants persistants, les troubles psychotiques aigus et transitoires, le trouble délirant induit, les troubles schizo-affectifs et les autres psychoses (CIM-10 : F21 à F29).



Tableau 7

Proportion des années de vie corrigées du facteur d'incapacité (DALYs) causées par certaines maladies mentales selon le groupe d'âge, sexe féminin, pays à revenus élevés, 2004 (%)

	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	Total
Toutes causes (CIM-10)	100,0	100,0	100,0	100,0
Épisode dépressif (F32-F33)	6,2	18,1	2,2	11,2
Dépendance à l'alcool (F10)	0,3	2,5	0,1	1,4
Trouble bipolaire (F30-F31)	0,5	2,3	0,0	1,3
Schizophrénie et troubles schizotypiques (F20-F29)	1,8	2,0	0,0	1,3
Agoraphobie et trouble panique (F40.0-F41.0)	0,2	1,6	0,0	0,9
Dépendance à une drogue (F11-F19, sauf F17)	0,2	1,4	0,0	0,8
Trouble obsessionnel-compulsif (F42)	0,2	1,1	0,0	0,6

Source : WHO, The Global Burden of Disease: 2004 Update, 2008.

Tableau 8

Proportion des années de vie corrigées du facteur d'incapacité (DALYs) causées par certaines maladies mentales selon le groupe d'âge, sexe masculin, pays à revenus élevés, 2004 (%)

	0-14 ans	15-59 ans	60 ans et plus	Total
Toutes causes (CIM-10)	100,0	100,0	100,0	100,0
Épisode dépressif (F32-F33)	5,2	8,0	1,1	5,5
Dépendance à l'alcool (F10)	0,9	8,5	0,5	5,3
Dépendance à une drogue (F11-F19, sauf F17)	0,3	3,7	0,0	2,2
Trouble bipolaire (F30-F31)	0,6	2,0	0,0	1,2
Schizophrénie et troubles schizotypiques (F20-F29)	3,2	1,7	0,0	1,3
Agoraphobie et trouble panique (F40.0-F41.0)	0,2	0,7	0,0	0,4
Trouble obsessionnel-compulsif (F42)	0,1	0,6	0,0	0,4

Source : WHO, The Global Burden of Disease: 2004 Update, 2008.

4. LES INÉGALITÉS SOCIALES ET LES MALADIES MENTALES²³

À l'instar des maladies physiques, les troubles mentaux sont étroitement associés au statut socioéconomique. Il a ainsi été établi que la schizophrénie, les troubles affectifs, les troubles d'anxiété, la dépendance aux substances et la dépression majeure sont diagnostiqués plus souvent parmi les personnes à statut modeste que chez les gens plus instruits ou avec un revenu élevé (Dorvil, 2007). Les conditions de vie difficiles des populations démunies ainsi que l'environnement social et physique défavorable dans lequel elles vivent contribuent, entre autres choses, à maintenir un niveau de stress élevé qui les rend plus vulnérables aux maladies mentales.

Ce constat est aussi corroboré par une étude québécoise qui démontre la présence de taux d'hospitalisation par maladies mentales plus élevés parmi les personnes vivant dans des milieux défavorisés aux plans matériel et social (Pampalon et Raymond, 2000). La défavorisation matérielle et sociale correspond à un état de désavantage relatif face à la communauté locale ou à l'ensemble de la société à laquelle appartient un individu, une famille ou un groupe de personnes. La défavorisation matérielle prend en considération la scolarité, l'emploi et le revenu et peut être assimilée au concept de pauvreté. La défavorisation sociale tente de mesurer l'isolement « potentiel » des individus en vertu d'une séparation, d'un divorce, d'un veuvage, de la monoparentalité ou du fait de vivre seul (Guillemette et Leclerc, 2008).

La morbidité hospitalière pour dépendance aux substances psychoactives, schizophrénie, troubles anxieux et troubles spécifiques de la personnalité des Lanaudoises et des Lanaudois de 25 à 74 ans²⁴ s'amplifie avec la défavorisation matérielle et sociale en 1999-2004. La morbidité hospitalière des femmes et des hommes des milieux de vie plus défavorisés matériellement et socialement est ainsi plus élevée que celle de la population des communautés plus avantagées. Cette observation s'applique aussi pour les troubles de l'humeur chez les hommes, alors que ce n'est pas le cas chez les femmes quant aux dimensions matérielle et combinée.

Sauf pour les troubles de l'humeur chez les femmes, les écarts entre la morbidité hospitalière des quartiles favorisés et défavorisés sont plus importants lorsque les dimensions matérielle et sociale sont combinées que lorsqu'elles sont considérées séparément. Les personnes vivant au sein de milieux doublement défavorisés aux plans matériel et social seraient donc plus à risque d'être hospitalisées en raison d'une maladie mentale que tous les autres groupes de population.

²³ Cette section n'aborde que les hospitalisations, car le nombre de décès causés par les maladies mentales traitées dans le présent document n'est pas assez élevé pour dégager des différences statistiquement fiables.

²⁴ Les hospitalisations survenues avant l'âge de 25 ans sont exclues, car elles résultent plus souvent de facteurs biologiques ou génétiques que de facteurs socioéconomiques. Elles sont aussi rejetées si elles surviennent à 75 ans et plus parce que seule la morbidité hospitalière prématurée est considérée pour mesurer les inégalités sociales de santé.

Tableau 9

Taux standardisés d'hospitalisation pour certaines maladies mentales dans la population de 25-74 ans selon le quartile de défavorisation et le sexe, Lanaudière, 1999-2000 à 2003-2004 (pour 100 000 personnes)

Dimension	Femmes		Hommes	
	Quartile le plus favorisé	Quartile le moins favorisé	Quartile le plus favorisé	Quartile le moins favorisé
Dépendance aux substances psychoactives (CIM-9 : 291, 292, 303 et 304)				
Matérielle	35,1	92,7 +	62,7	170,0 +
Sociale	35,7	79,4 +	73,5	179,2 +
Matérielle et sociale	33,4	177,0 +	51,8	299,7 +
Schizophrénie (CIM-9 : 295)				
Matérielle	84,5	147,9 +	82,3	190,4 +
Sociale	92,5	191,0 +	82,2	223,9 +
Matérielle et sociale	100,4	297,3 +	40,4	375,9 +
Troubles de l'humeur (CIM-9 : 296, 297 et 298)				
Matérielle	288,9	232,9 -	136,6	169,3 +
Sociale	229,9	335,3 +	120,1	190,4 +
Matérielle et sociale	318,3	297,3	107,4	236,8 +
Troubles anxieux (CIM-9 : 300)				
Matérielle	45,7	63,5 +	19,0	43,5 +
Sociale	38,1	79,0 +	22,4	44,2 +
Matérielle et sociale	29,4	93,0 +	4,6	76,8 +
Troubles spécifiques de la personnalité (CIM-9 : 301)				
Matérielle	75,3	147,5 +	28,2	108,2 +
Sociale	72,9	163,5 +	31,4	114,7 +
Matérielle et sociale	31,6	245,2 +	6,2	240,6 +

Notes : Aucune hospitalisation n'est répertoriée pour des troubles de l'alimentation dans Lanaudière au cours de la période 1999-2000 à 2003-2004.

La CIM-9 ne comporte pas de codes relatifs au jeu pathologique.

Les taux accompagnés d'un + ou d'un - sont significativement différents des taux relatifs aux personnes les plus favorisées avec un niveau de confiance à 95 %.

Les taux ont été standardisés en utilisant la population du Québec, sexes réunis, en 2001 à titre de population de référence.

Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 1999-2000 à 2003-2004.

INSPQ, Indice de défavorisation 2001. Table d'équivalence, Québec, 2004.

STATISTIQUE CANADA, Recensement canadien, 2001.





CONCLUSION

« La santé mentale et les troubles mentaux constituent deux dynamiques qui coexistent. Il faut donc, du point de vue de la santé des populations, avoir recours à des approches complémentaires permettant de réduire l'incidence des troubles mentaux par la prévention et d'optimiser l'état de bien-être psychologique par la promotion de la santé » (Lessard, 2001, p. 60).

Ce document présente un portrait statistique nullement exhaustif de certaines maladies mentales associées, par leur durée et leur récurrence, aux maladies chroniques. Les données permettant, entre autres choses, d'en établir la prévalence et l'impact sur les services de santé et les services sociaux sont peu fréquentes, pas toujours récentes et rarement disponibles à l'échelle régionale.

Il faut aussi retenir que les statistiques disponibles ne concernent pas toutes les maladies mentales. Celles affectant les gens durant une brève période, certaines maladies propres aux enfants et aux adolescents, les problèmes sexuels, le retard mental et les maladies neurodégénératives n'ont pas été considérées. Pourtant, elles perturbent une part assurément importante de la population lanauoise.

L'information présentée ne soulève toutefois aucun doute quant à l'importance de promouvoir une bonne santé mentale et de prévenir les troubles mentaux. Un avis scientifique récent de l'Institut national de santé publique du Québec (2008) confirme d'ailleurs ce fait. Les maladies mentales touchent trop de gens et génèrent trop de conséquences négatives pour que des actions visant à réduire leurs facteurs de risque ne soient pas entreprises, maintenues et développées.

La promotion de la santé mentale repose sur des actions aptes à maximiser la santé mentale et le bien-être des individus et des communautés. « Elle cible l'ensemble de la population et centre son action sur les déterminants de la santé mentale qui contribuent à accroître le pouvoir d'agir et les capacités d'adaptation des communautés ainsi que celles des individus » (Desjardins et autres, 2008, p. 10). Selon l'OMS (2001), la promotion de la santé mentale comporte des actions visant à améliorer la qualité des interactions parents-enfants et à faire en sorte que la vieillesse soit une étape positive de la vie. Ces actions ont aussi pour objectifs d'accroître les compétences de base des enfants (pour la résolution de problèmes, le raisonnement, les relations interpersonnelles, la gestion des émotions, etc.) et de lutter contre la stigmatisation et la discrimination envers les personnes souffrant d'une maladie mentale. La promotion de la santé mentale doit aussi favoriser la création et le maintien de milieux de vie propices à la santé. Pour ce faire, ils doivent être conviviaux, équitables, prospères, durables, salubres et sécuritaires (Bégin, Ouellet et Cadieux, 2007).

La prévention des maladies mentales consiste à réduire les facteurs de risque favorables à leur développement ou à leur aggravation. « Les chaînes de causalité des troubles mentaux sont complexes. Malgré cette limite à nos connaissances, il est possible de réduire l'incidence des troubles mentaux en agissant, avant leur apparition, sur un ensemble de facteurs biologiques, psychosociaux ou physiques connus pour leur rôle causal » (Lessard, 2001, p. 64).

Les actions de promotion de la santé et de prévention des maladies mentales doivent s'inscrire dans le cadre d'un modèle élargi de prise en charge des maladies chroniques (*The Expanded Chronic Care Model*). Ce modèle privilégie des interventions intégrées, auprès des individus et des communautés, afin de mieux agir sur les déterminants de la santé (Barr et autres, 2003).

Les interventions de promotion et de prévention visent à réduire l'incidence des maladies mentales. Elles s'ajoutent aux services, non moins importants, offerts par le réseau de la santé et des services sociaux afin de traiter, réadapter et intégrer dans la société les personnes souffrant de maladies mentales. Selon les auteurs du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du MSSS (2005), l'offre de services en santé mentale fait face à des enjeux majeurs. Certains d'entre eux rejoignent les efforts de promotion de la santé mentale (lutte aux préjugés, aux fausses croyances, à la stigmatisation), alors que d'autres consistent à offrir des services favorables au rétablissement des individus dans leur globalité et à leur intégration active dans la société, à améliorer l'accessibilité aux services et à mieux intégrer dans un même continuum la gamme des services spécialisés ou non afin de répondre à la diversité des besoins des usagers.

Les défis qu'imposent les maladies mentales au réseau de la santé et des services sociaux sont grands et difficiles à relever. Ils sont à la hauteur des souffrances que les maladies mentales infligent aux personnes atteintes et à leurs proches.





RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE (ASSSL). *Système Lanaudois d'Information et d'Analyse (SYLIA)*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010. (Site Web consulté en 2010 : www.agencelanaudiere.qc.ca)

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). *DSM-IV-TR. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième version. Texte révisé. Version internationale avec liste des codes CIM-10*, Issy-les-Moulineaux, Masson Éditeur, 2005, 1065 p.

BARR, Victoria J., Sylvia ROBINSON, Brenda MARIN-LINK, Lisa UNDERHILL, Anita DOTTS, Darlene RAVENSDALE et Sandy SALIVARAS. The Expanded Chronic Care Model: An Integration of Concepts and Strategies from Population Health Promotion and the Chronic Care Model, *Hospital Quarterly*, vol. 7, n° 1, 2003, p. 73-82.

BEAUMONT, Candide, Rachel CHARBONNEAU, Jean DELISLE, André LANDRY, Jean-Marc MÉNARD, Dominique PAQUETTE et David F. ROSS. *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux. Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires*, Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, Comité permanent sur les troubles concomitants, 2005, 48 p.

BÉGIN, Claude, Lise OUELLET et Élisabeth CADIEUX. *Ensemble pour la santé et la qualité de vie de la population lanaudoise! Rapport du Directeur de santé publique de Lanaudière-Édition 2007*, Joliette, ASSS de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2007, 32 p.

BOLDUC, Daniel, Howard STEIGER et Freedom LEUNG. Prévalence des attitudes et comportements inadaptés face à l'alimentation chez des adolescentes de la région de Montréal, *Santé mentale au Québec*, vol. 18, n° 2, 1993, p. 183-196. (Site Web consulté en 2011 : <http://id.erudit.org/iderudit/032277ar>)

BORDELEAU, Monique, Valeriu DUMITRU et Nathalie PLANTE. *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*. Portrait chiffré, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, 44 p.

CAMIRAND, Hélène, Francine BERNÈCHE, Linda CAZALE, Renée DUFOUR, Jimmy BAULNE et autres. *L'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : pour en savoir plus sur la santé des Québécois*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, 203 p.

CANADA (GOUVERNEMENT DU). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada, 2006*, numéro HP5-19/2006F au catalogue, Ottawa, ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006, 188 p.

CENTRE DE PRÉVENTION DU SUICIDE DE LANAUDIÈRE (CPSL). *Rapport annuel. Centre de prévention du suicide de Lanaudière 2009-2010*, Joliette, CPSL, 2010, 34 p.

CENTRE DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX DU SUD DE LANAUDIÈRE (CSSSSL). *Rapport annuel du CSSS du Sud de Lanaudière 2009-2010*, Terrebonne, CSSSSL, 2010, 73 p.

CHEN Jiajian et Wayne J. MILLAR. Les conséquences de l'activité physique sur la santé, *Rapports sur la santé*, vol. 11, n° 1, été 1999, p. 21-31.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada*, Ottawa, CSMC, 2009, 127 p.



CONSEIL CANADIEN DE LA SANTÉ (CCS). *Schémas de population-Maladies chroniques au Canada. Supplément de données A. Importance du renouvellement des soins de santé : À l'écoute des Canadiens atteints de maladies chroniques*, Ottawa, CCS, 2007, 16 p.

DEMERS, Annik. L'anxiété chez les enfants et les adolescents : perspective actuelle, *Bulletin de l'Association québécoise des psychologues scolaires*, vol. 13, n° 2, 2000, p. 93-110.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (CMQ). *Avis. Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Sainte-Foy, CMQ, 2001, 110 p.

DESJARDINS, Nicole, Geneviève D'AMOURS, Julie POISSANT, Sylvianne MANSEAU, Anne FORO (coll.) et Daniel BEAUREGARD (coll.). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 2008, 150 p.

DORVIL, Henri. Les inégalités sociales en santé. Le cas spécifique de la santé mentale. *Problèmes sociaux. Tome 3 : Théories et méthodologies de la recherche*, chapitre 6, p. 169-202, Québec, Presses de l'Université du Québec, Collection Problèmes sociaux et interventions sociales, 2007, 526 p.

DUBÉ, Gaëtane et autres. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2008*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009, 222 p.

FONDATION DES MALADIES MENTALES (FMM). (Site Web consulté en 2010 : www.fmm-mif.ca/fr/)

FORTIN, Dominique. *Les maladies chroniques au Québec : situation actuelle et évolution anticipée*, Présentation faite dans le cadre des Journées annuelles de santé publique 2007, le 22 novembre 2007, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de la surveillance de l'état de santé, 2007, 30 p.

GAGNON, Sylvie, Nancy HICKEY, Martine HUGRON et Pierre RACINE. *Étude d'enquête sur les habitudes de jeu de hasard et d'argent des adolescents lanauchois*, Joliette, Centre Le Tremplin, CSSS du Nord de Lanaudière, 2006, 66 p. et annexes.

GBAYA, Abdoul Aziz, et Christine GARAND (coll.). *Les maladies respiratoires. Les maladies chroniques dans Lanaudière, 2^e édition*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 32 p.

GBAYA, Abdoul Aziz, Christine GARAND (coll.) et Josée PAYETTE (coll.). *Les maladies musculosquelettiques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 36 p.

GUILLEMETTE, André, et Christine GARAND (coll.). *Le cancer. Les maladies chroniques dans Lanaudière, 2^e édition*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 36 p.

GUILLEMETTE, André, et Bernard-Simon LECLERC. *Vivre égaux et en santé? Effets des inégalités sociales sur la morbidité hospitalière et la mortalité dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2008, 16 p.

HABITAT JEUNESSE MASCOUCHE. *Rapport d'activités 2009-2010*, Mascouche, Habitat jeunesse Mascouche, 2010, 23 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *CIM-10-CA. Volume 1-Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes. Dixième version. Table analytique*, Ottawa, ICIS, 2009, 1067 p.



INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ). *Infocentre de santé publique du Québec*, 2010 et 2011. (Site Web consulté en 2010 et en 2011 : www.infocentre.inspq.rttss.qc.ca/portail/sante/public/infocentre/accueil/?lang=fr)

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (coll.) et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (coll.). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : Les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*, Québec, gouvernement du Québec, 2006, 659 p.

KAIROUZ, Sylvia, Richard BOYER, Louise NADEAU, Michel PERREAULT et Julie Fiset-LANIEL. *Troubles mentaux, toxicomanies et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2008, 67 p.

KAIROUZ, Sylvia, Louise NADEAU, Catherine PARADIS, Sophie DAUPHINAIS (coll.), Lina MIHAYLOVA (coll.) et Marc-Antoine CÔTÉ-MARCIL (coll.). *Enquête ENHJEU-Québec. Portrait du jeu au Québec : Prévalence, incidence et trajectoires sur quatre ans*, Montréal, Université Concordia et Université de Montréal, 2010, 46 p.

KIRBY, Michael. *La santé mentale des enfants est l'affaire de tous. Allocution de l'honorable Michael Kirby, Président, Commission de la santé mentale du Canada devant l'Empire Club*, Toronto, 2007, 14 p.

LA BONNE ÉTOILE JOLIETTE INC. *Rapport d'activités de La Bonne Étoile 2009-2010*, Joliette, La Bonne Étoile inc., 2010, 24 p.

LA LUEUR DU PHARE DE LANAUDIÈRE. *Rapport d'activités 2009-2010*, Joliette, La lueur du phare de Lanaudière, 2010, 38 p.

LA MYRIADE. *Rapport annuel de gestion 2008-2009*, Joliette, Centre de réadaptation La Myriade, 2009, 28 p.

LA RESCOUSSE MONTCALM. *Rapport d'activités 2009-2010*, Saint-Esprit, La rescousse Montcalm, 2010, 16 p.

LE CROISSANT DE LUNE. *Bilan des activités du 1^{er} avril 2009 au 31 mars 2010*, Saint-Gabriel-de-Brandon, Centre d'entraide en santé mentale du secteur Brandon Le croissant de lune, 2010, 6 p.

LEMIRE, Louise, et Christine GARAND (coll.). *Les facteurs de risque associés aux maladies chroniques. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2010, 40 p.

LEMPPE, Heidi K., Stephani L. HATCH, Serene F. CARVILLE et Ernest H. CHOY. Patients' Experiences of Living with and Receiving Treatment for Fibromyalgia Syndrome : A Quantitative Study, *BMC Musculoskeletal Disorders*, vol. 10, n° 124, 2009, 11 p.

L'ENVOL. 17^{ième} *Assemblée générale annuelle du groupe d'entraide en santé mentale Berthierville/Lavaltrie L'Envol*, Berthierville, L'Envol, 2010, 35 p.

LESAGE, Alain, Francine BERNÈCHE et Monique BORDELEAU. *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, 104 p.

LESSARD, Richard (sous la direction de). *Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*, Montréal, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, Direction de la santé publique, 2001, 100 p.

LES SERVICES DE CRISE DE LANAUDIÈRE. *Les Services de crise de Lanaudière. Rapport annuel 2009-2010*, Repentigny, Les Services de crise de Lanaudière, 2010, 51 p.



LE TOURNESOL DE LA RIVE-NORD. *Rapport d'activités. Assemblée générale annuelle 2009-2010. Le 15 juin 2010*, Repentigny, Le TourneSol de la Rive-Nord, 2010, 28 p.

LÉVESQUE, Jean-Frédéric, Debbie FELDMAN, Caroline DUFRESNE, Pierre BERGERON et Brigitte PINARD. *L'implantation d'un modèle intégré de prévention et de gestion des maladies chroniques au Québec. Barrières et éléments facilitant*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de santé publique et Institut national de santé publique du Québec, 2007, 55 p.

LIM, K.-L., Philip JACOBS, Arto OHINMAA, Don SCHOPFLOCHER et Carolyn S. DEWA. A new Population-Based Measure of the Economic Burden of Mental Illness in Canada, *Chronic Diseases in Canada*, vol. 28, n° 3, 2008, p. 92-98.

MARCOUX, Laurent (sous la direction de). *Agir ensemble pour mieux vivre. Aujourd'hui et demain dans Lanaudière. Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2004-2007*, Saint-Charles-Borromée, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2003, 153 p.

MARCOUX, Laurent (sous la direction de). *Plan d'action régional de santé publique de Lanaudière 2009-2012*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, 2009, 234 p.

MARQUIS, Geneviève, et Josée PAYETTE. *Lanaudière et ses RLS. Un aperçu des indicateurs de l'Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 109 p.

MARSHALL, Katherine, et Harold WYNNE. Contre vents et marées : un profil des joueurs excessifs et de ceux qui risquent de le devenir, *Tendances sociales canadiennes*, été 2004, p. 31-37.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *La prévention du jeu pathologique. Document de référence*, Québec, MSSS, Direction des communications, 2001, 98 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, MSSS, 2005, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC (MSSS), sous la direction d'Alain POIRIER, Marc-André MARANDA et Lyne JOBIN. *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, MSSS, Direction générale de la santé publique, 2008, 103 p.

MI-ZÉ-VIE. *Rapport d'activités 2009-2010*, Joliette, MI-ZÉ-VIE, 2010, 27 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2001. La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS, 2001, 182 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Des soins novateurs pour les affections chroniques. Éléments constitutifs : Rapport mondial*, Genève, OMS, Soins de santé pour les affections chroniques, 2003, 105 p.

PALLANT, Julie F., et Catherine M. BAILEY. Assessment of the Structure of the Hospital Anxiety and Depression Scale in Musculoskeletal Patients, *Health and Quality of Life Outcomes*, vol. 3, n° 82, 2005, 9 p.

PAMPALON, Robert, et Guy RAYMOND. Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec, *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, n° 3, 2000, p. 113-122.



PATRA, Jayadeep, Svetlana POPOVA, Jürgen REHM, Susan BONDY, Robynne FLINT et Norman GIESBRECHT. *Economic Cost of Chronic Disease in Canada, 1995-2003*, Ontario Chronic Disease Prevention Alliance et Ontario Public Health Association, 2007, 26 p. et annexes.

PLEINS DROITS DE LANAUDIÈRE INC. *Assemblée générale annuelle. Le 10 juin 2009*, Rawdon, Pleins droits de Lanaudière inc., 2009, 53 p.

PETERSON, Robert. *La prévention dans le domaine de la santé mentale chez les jeunes*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de prévention-promotion, 2007, 56 p. (document non diffusé)

PROPULSION LANAUDIÈRE et MAISON L'INTERSECTION. *25^{es} Assemblées générales annuelles. 22 avril 2010*, Joliette, Propulsion Lanaudière et L'Intersection, 2010, 42 p.

RAMAGE-MORIN, Pamela. Trouble panique et comportements d'adaptation, *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 15, 2004, p. 37-50.

RESCOUSSE AMICALE. *Rapport d'activités 2009-2010*, Rawdon, Rescousse amicale, 2010, 19 p.

SANTÉ CANADA. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, numéro 0-662-87745-4 au catalogue, Ottawa, Santé Canada, 2002, 111 p.

SANTÉ CANADA. *Santé mentale – maladie mentale*, numéro H13-7/5-2006F au catalogue, Ottawa, Santé Canada, 2006, 4 p.

SCHROEDER, Steven A. et Chad D. MORRIS. Confronting a Neglected Epidemic : Tobacco Cessation for Persons with Mental Illness and Substance Abuse Problems, *Annual Review of Public Health*, vol. 31, 2010, p. 297-314.

SIMONEAU, Marie-Eve, et Christine GARAND (coll.). *Le diabète. Les maladies chroniques dans Lanaudière, 2^e édition*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 24 p.

SIMONEAU, Marie-Eve, Christine GARAND (coll.) et Josée PAYETTE (coll.). *Les maladies cardiovasculaires. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, 2011, 40 p.

SOCIÉTÉ CANADIENNE DE PÉDIATRIE. *La santé mentale des enfants et des adolescents*, 2006, 3 p. (Site Web consulté en 2011 : www.cps.ca)

STATISTIQUE CANADA. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être, 2002*, Ottawa, Statistique Canada, 2004. (Site Web consulté en 2010 : www.statcan.gc.ca/pub/82-617-x/4067678-fra.htm)

TRAORÉ, Issouf, Hélène CAMIRAND et Jimmy BAULNE. *Enquête québécoise sur la santé de la population, 2008 : analyse des données régionales. Recueil statistique*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2010, 878 p.

WILKINS, Kathryn. Trouble bipolaire I, soutien social et travail, *Supplément aux Rapports sur la santé*, vol. 15, 2004, p. 25-36.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options, Summary Report*, Genève, WHO, Department of Mental Health and Substance Abuse, 2004, 67 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). *The Global Burden of Disease : 2004 Update*, Genève, WHO, 2008, 146 p.



ANNEXE 1

Taux bruts de prévalence de certaines maladies mentales sur une période de douze mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Canada et le Québec, 2002 (%)

Maladies mentales	Canada ¹⁻³			Le Québec ²⁻³		
	Femmes	Hommes	Total	Femmes	Hommes	Total
Dépendance à l'alcool	1,3	3,9	2,6	0,9 *	2,7	1,8
Dépendance aux drogues	0,5	1,1	0,8	0,6 *	1,3 *	0,9 *
Schizophrénie	0,2	0,3	so	so	so	so
Troubles de l'humeur	6,3	4,2	5,3	6,6	3,8	5,2 **
Trouble bipolaire	1,0	1,0	1,0	1,0 *	0,5 *	0,8 *
Épisode dépressif majeur	5,9	3,7	4,8	6,1	3,5	4,8
Troubles anxieux	5,9	3,6	4,8	5,4	2,9 *	4,2
Agoraphobie	1,1	0,4 *	0,7	1,7 *	0,5 **	1,1 *
Trouble panique	2,0	1,0	1,5	1,9 *	1,0 **	1,5 *
Troubles de l'alimentation	0,8	0,2	0,5	so	so	so
Risque de troubles de l'alimentation	2,8	0,5	1,7	3,2 *	0,6 *	1,9 *
Troubles spécifiques de la personnalité	so	so	so	so	so	so
Jeu pathologique (risque sévère)	0,4	0,6	0,5	0,5 *	0,2 **	0,3 *
Jeu pathologique (risque modéré à sévère)	1,3	2,6	2,0	1,3 *	2,0 *	1,7 *

so : Sans objet. Données non disponibles.

Note : Les pourcentages relatifs au trouble obsessionnel-compulsif, à l'anorexie et à la boulimie ne sont pas disponibles.

¹ CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006.

² KAIROUZ et autres, *Troubles mentaux, toxicomanies et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*, 2008.

³ STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.2 - Santé mentale et bien-être - 2002, 2004*.

* Données canadiennes : coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

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

** Données québécoises : coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

ANNEXE 2

Taux bruts de prévalence de certaines maladies mentales sur une période de douze mois selon le groupe d'âge, population de 15 ans et plus, Canada et le Québec, 2002 (%)

Maladies mentales	Canada ¹⁻³			Le Québec ²⁻³		
	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et plus	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et plus
Dépendance à l'alcool	7,0	2,1	**	5,4 *	1,4	so
Dépendance aux drogues	2,7	0,5	**	so	so	so
Schizophrénie	so	so	so	so	so	so
Troubles de l'humeur	so	so	so	8,0 *	5,1	2,8 **
Trouble bipolaire	1,8	1,0	**	1,2 **	0,9 **	so
Épisode dépressif majeur	6,4	5,0	2,0	7,3 *	4,7	2,8 **
Troubles anxieux	6,5	so	1,6	6,5 *	4,4	0,9 **
Agoraphobie	0,8	0,8	0,4 *	0,9 **	1,3 *	0,5 **
Trouble panique	1,8	1,7	0,4 *	1,9 **	1,7 *	so
Troubles de l'alimentation	so	so	so	so	so	so
Risque de troubles de l'alimentation	1,9	1,7	1,3 *	so	so	so
Troubles spécifiques de la personnalité	so	so	so	so	so	so
Jeu pathologique (risque sévère)	0,4 *	0,5	**	so	so	so
Jeu pathologique (risque modéré à sévère)	2,2	2,3	0,7	2,2 **	1,7 *	1,0 **

so : Sans objet. Données non disponibles.

Note : Les pourcentages relatifs au trouble obsessionnel-compulsif, à l'anorexie et à la boulimie ne sont pas disponibles.

¹ CANADA, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006.

² KAIROUZ et autres, *Troubles mentaux, toxicomanies et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*, 2008.

³ STATISTIQUE CANADA, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Cycle 1.2 - Santé mentale et bien-être - 2002, 2004*.

* Données canadiennes : coefficient de variation supérieur à 16,6 % et inférieur ou égal à 33,3 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** Données canadiennes : coefficient de variation supérieur à 33,3 %. La valeur est supprimée en raison de l'extrême variabilité d'échantillonnage. Cette suppression ne signifie pas pour autant que la valeur du pourcentage est nulle.

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

** Données québécoises : coefficient de variation supérieur à 25 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.



ANNEXE 3

Taux bruts d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC pour certaines maladies mentales selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)

Maladies mentales		0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
Dépendance à l'alcool						
	Femmes	2,0	9,0	29,3	22,4	25,1
	Hommes	0,6	10,8	35,3	51,3	76,6
Dépendance aux drogues						
	Femmes	27,2	73,6	36,4	9,0	0,0
	Hommes	19,6	71,1	46,8	13,4	0,0
Schizophrénie¹						
	Femmes	0,0	9,0	22,6	53,4	118,9
	Hommes	2,5	49,6	57,9	56,5	41,7
Troubles de l'humeur						
	Femmes	38,4	324,1	498,3	340,2	239,4
	Hommes	44,2	88,5	176,5	153,3	104,8
Troubles anxieux						
	Femmes	142,4	381,5	449,3	299,9	350,8
	Hommes	163,5	141,5	169,9	126,9	193,0
Troubles de l'alimentation						
	Femmes	27,8	121,2	27,2	6,3	5,9
	Hommes	10,7	1,7	1,2	2,2	5,8
Troubles spécifiques de la personnalité						
	Femmes	3,3	110,4	136,8	82,9	29,3
	Hommes	2,5	23,2	43,5	31,2	9,7

¹ Comprend également les usagers qui présentent des problèmes psychotiques.

Note : Les taux relatifs au jeu pathologique ne sont pas présentés car ils concernent moins de cinq usagers par année.

Sources : © Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009-2011. RAMQ, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)-Les interventions et les activités ponctuelles, 2006-2007 à 2009-2010.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.



ANNEXE 4

Taux standardisés d'usagers ayant eu recours aux services des CLSC pour certaines maladies mentales selon le sexe, RLS et Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)

Maladies mentales	RLS de Lanaudière-Nord		RLS de Lanaudière-Sud		Lanaudière	
	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes	Hommes
Dépendance à l'alcool	28,1 +	45,2 +	13,7 -	31,1	19,7	36,8
Dépendance aux drogues	28,7	34,0	25,5	26,6	26,8	29,4
Schizophrénie ¹	56,7 +	76,2 +	24,4 -	20,6 -	39,4	45,1
Troubles de l'humeur	364,7 +	155,9 +	289,6 -	105,9 -	319,6	127,0
Troubles anxieux	467,3 +	234,5 +	238,1 -	97,4 -	334,1	156,2
Troubles de l'alimentation	25,7	2,2	33,6	5,1	30,4	3,8
Troubles spécifiques de la personnalité	120,7 +	38,3 +	53,2 -	16,5 -	81,2	26,0

¹ Comprend également les usagers qui présentent des problèmes psychotiques.

Notes : Les taux relatifs au jeu pathologique ne sont pas présentés, car ils concernent moins de cinq usagers par année.

Les taux inscrits en vert sont statistiquement inférieurs (-) à ceux de Lanaudière avec un niveau de confiance à 95 %.

Les taux inscrits en rouge sont statistiquement supérieurs (+) à ceux de Lanaudière avec un niveau de confiance à 95 %.

Les taux standardisés sont calculés en utilisant la population du Québec, sexes réunis, en 2006 à titre de population de référence.

Sources : © Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2009-2011. RAMQ, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)-Les interventions et les activités ponctuelles, 2006-2007 à 2009-2010.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.



ANNEXE 5

Taux bruts d'hospitalisation pour certaines maladies mentales (diagnostic principal) selon le sexe et le groupe d'âge, Lanaudière, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)

Maladies mentales		0-14 ans	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
Dépendance à l'alcool						
	Femmes	0,7	9,9	34,7	55,3	18,4
	Hommes	1,9	23,2	77,2	93,4	63,1
Dépendance aux drogues						
	Femmes	2,7	86,2	83,7	19,4	2,5
	Hommes	0,6	167,1	171,1	35,7	6,8
Schizophrénie						
	Femmes	0,0	19,8	29,3	20,9	29,3
	Hommes	1,3	154,7	114,5	43,2	17,5
Troubles de l'humeur						
	Femmes	2,0	79,9	147,3	150,9	151,5
	Hommes	4,4	70,3	119,4	120,2	74,7
Trouble bipolaire						
	Femmes	0,7	44,0	61,9	73,2	66,1
	Hommes	1,3	51,3	64,8	48,7	33,0
Épisode dépressif sévère						
	Femmes	0,7	23,3	68,6	51,9	66,1
	Hommes	0,6	14,9	41,9	55,1	29,1
Troubles anxieux						
	Femmes	5,3	27,8	25,9	27,6	48,6
	Hommes	8,2	32,3	25,4	22,3	21,3
Troubles spécifiques de la personnalité						
	Femmes	4,6	118,5	114,6	48,2	7,5
	Hommes	0,0	57,9	57,5	23,4	5,8

Note : Les taux relatifs au trouble de l'alimentation et au jeu pathologique ne sont pas présentés en raison du nombre trop restreint d'hospitalisations.
Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.

STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.

ANNEXE 6

Taux standardisés d'hospitalisation pour certaines maladies mentales (diagnostic principal) selon le sexe, MRC, RLS, Lanaudière et le Québec, 2006-2007 à 2009-2010 (pour 100 000 personnes)

Maladies mentales	D'Autray	Joliette	Matawinie	Montcalm	RLS Lanaudière- Nord	L'Assomption	Les Moulins	RLS Lanaudière- Sud	Lanaudière	Le Québec
Dépendance à l'alcool										
Femmes	28,9	64,8 +	48,1 +	35,1	44,1 +	21,5	12,9 -	16,8 -	29,3 +	23,4
Hommes	69,5	125,8 +	91,7 +	61,5	87,6 +	40,5 -	38,1 -	39,4 -	60,2	64,3
Dépendance aux drogues										
Femmes	54,2 +	91,8 +	46,3 +	36,9	59,7 +	35,2 +	24,6	29,3	41,6 +	26,4
Hommes	78,4 +	178,6 +	120,3 +	88,6 +	119,6 +	67,0 +	49,2	55,9	82,6 +	52,8
Schizophrénie										
Femmes	31,0	49,1 +	30,4	20,1 -	33,3	13,6 -	10,3 -	12,1 -	21,2 -	36,8
Hommes	80,5	120,2 +	69,7	99,7	95,3	44,9 -	55,1 -	50,3 -	69,6 -	89,3
Troubles de l'humeur										
Femmes	110,6 -	136,5	98,8 -	79,4 -	107,9 -	130,2	117,4 -	124,2 -	116,3 -	142,6
Hommes	81,6 -	136,7 +	70,9 -	65,2 -	90,6 -	86,3 -	88,8 -	87,6 -	88,5 -	107,3
Trouble bipolaire										
Femmes	53,8	82,2 +	39,3 -	36,1 -	54,3 -	62,4	46,7 -	53,6 -	53,3 -	67,4
Hommes	52,9	80,5 +	30,9 -	32,3 -	50,3	40,4 -	37,5 -	38,5 -	43,9 -	52,8
Épisode dépressif sévère										
Femmes	40,5	37,5	35,7	27,7 -	35,5 -	54,3	54,1	55,3	46,3	49,9
Hommes	20,5 -	39,0	22,6 -	22,4 -	26,5 -	39,1	40,7	40,4	33,8	36,1
Troubles anxieux										
Femmes	28,3	44,0 +	13,6	30,0	29,3 +	24,4	23,0	23,6	26,2 +	23,0
Hommes	24,5	40,0 +	26,3 +	25,5	30,1 +	16,0	16,0	15,8	21,9 +	17,6
Troubles spécifiques de la personnalité										
Femmes	93,1 +	153,3 +	52,0	39,4	89,3 +	51,5	41,9	45,2	63,5 +	43,7
Hommes	31,0	81,5 +	48,6 +	30,2	50,8 +	18,9	17,1 -	17,9 -	32,0 +	23,1

Notes : Les taux relatifs à certains troubles anxieux, au trouble de l'alimentation et au jeu pathologique ne sont pas présentés en raison du nombre trop restreint d'hospitalisations.
 Les taux inscrits en vert sont statistiquement inférieurs (-) et les taux en rouge sont statistiquement supérieurs (+) à ceux du Québec avec un niveau de confiance à 95 %.
 Le fait d'établir une différence significative entre deux taux résulte de la comparaison entre les intervalles de confiance des rapports de taux standardisés.
 Les taux standardisés sont calculés en utilisant la population du Québec, sexes réunis, en 2006 à titre de population de référence.
 Sources : MSSS, Fichier MED-ECHO, 2006-2007 à 2009-2010.
 STATISTIQUE CANADA, Division de la démographie et INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC, Direction des statistiques sociodémographiques, février 2011.



Conception, analyse et rédaction

André Guillemette
Agent de planification,
de programmation et de recherche

Extraction, traitement des données et figures

Christine Garand
Josée Payette
Techniciennes en recherche psychosociale

Collaborateurs à la série *Les maladies chroniques dans Lanaudière*

Abdoul Aziz Gbaya
Louise Lemire
Marie-Eve Simoneau

Conception graphique et mise en page

Micheline Clermont
Sylvie Harvey

Sous la coordination de

Élizabeth Cadieux

Comité de lecture

ASSS de Lanaudière :

- DRAMU : Céline Carrier
- DSPE : Laurent Marcoux
Geneviève Marquis
Louis-Georges Perreault
Robert Peterson
Jean-Pierre Trépanier

CSSSNL :

Michel Gil
Maryse Tremblay

CSSSSL :

Josée Lanthier

© Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, 2011

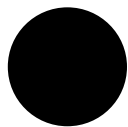
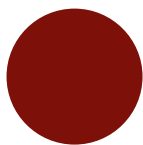
Dépôt légal

Troisième trimestre 2011
ISBN : 978-2-923685-92-2 (version imprimée)
978-2-923685-93-9 (version PDF)
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec

La version PDF de ce document est disponible au site Web de l'Agence au www.agencelanaudiere.qc.ca/SYLIA sous l'onglet *Nos publications*.

À la condition d'en mentionner la source, sa reproduction à des fins non commerciales est autorisée. Toute information extraite de ce document devra porter la source suivante :

GUILLEMETTE, André, Christine GARAND (coll.) et Josée PAYETTE (coll.). *Les maladies mentales. Les maladies chroniques dans Lanaudière*, Joliette, Agence de la santé et des services sociaux de Lanaudière, Direction de santé publique et d'évaluation, Service de surveillance, recherche et évaluation, septembre 2011, 44 pages.



Source : Istockphoto