

Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

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



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec



Santé publique



ERRATUM - Cahier thématique « *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé* ».

Deux erreurs se sont malheureusement glissées aux pages 31 et 32 de ce cahier. Dans les faits saillants, au premier paragraphe, vous auriez dû lire :

« Dans les pays ayant une économie de marché, dont le Canada, les facteurs associés à une plus grande mortalité sont, par ordre d'importance : le tabagisme, l'inactivité physique, l'hypertension et le milieu de travail (figure 12). »

De plus, les figures 12 et 14 ont été inversées.

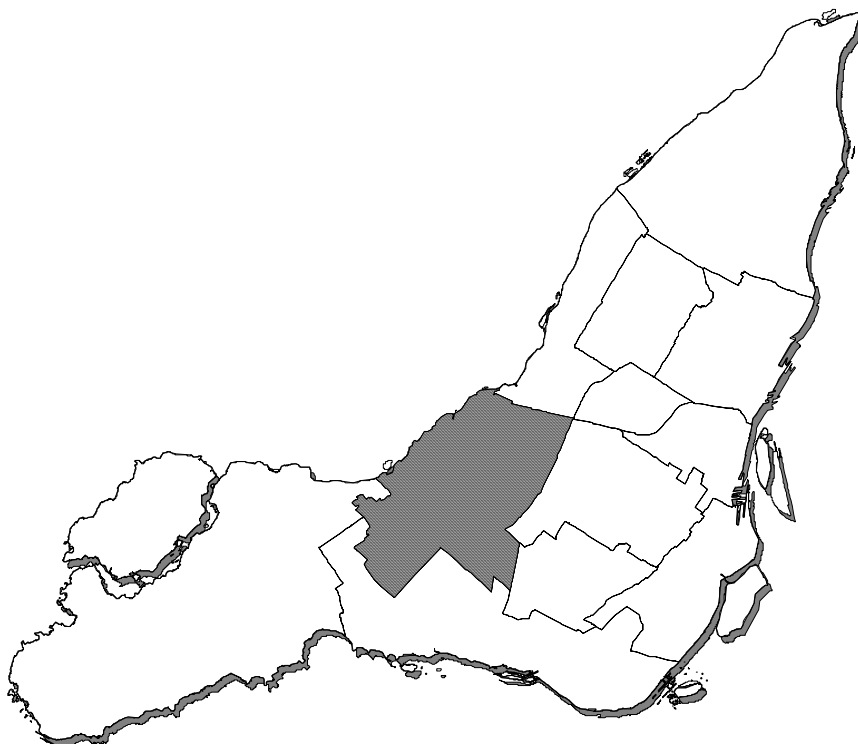
Vous trouverez les corrections dans la version électronique du cahier sur notre site Internet à l'adresse suivante : www.santepub-mtl.qc.ca

Veuillez nous excuser de cet inconvénient. Nous vous remercions de votre compréhension.

Michèle A. Dupont

Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

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



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

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

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Série de quatre cahiers

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

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

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

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-527-2 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-528-0 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

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

Québec



Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
POPULATION DU CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT	13
DESCRIPTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION	13
CONDITIONS DE VIE DANS LE TERRITOIRE DU CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT	16
Défavorisation matérielle et sociale	16
Conditions de vie des jeunes	20
Capital économique: la propriété	22
ESPÉRANCE DE VIE	24
IMMIGRATION ET SANTÉ	25
DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION	25
CAUSES DE MORTALITÉ ET D'INCAPACITÉ	26
FACTEURS DE RISQUE: AGIR EN AMONT	31
HABITUDES DE VIE	33
QUELQUES DÉFINITIONS	37
ANNEXE – RÉPARTITION DE LA POPULATION DU TERRITOIRE DU CSSS D'AHUNTSIC ET MONTREAL-NORD PAR SECTEUR DE RECENSEMENT, 2001	

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Pyramides des âges, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001, 2011, 2021	15
Figure 2	Proportion de la population selon le niveau de défavorisation matérielle, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001	18
Figure 3	Proportion de la population selon le niveau de défavorisation sociale, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001	19
Figure 4	Proportion des familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000	21
Figure 5	Proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001	21
Figure 6	Proportion des logements occupés par un propriétaire ou un locataire, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001	22
Figure 7	Proportion des ménages propriétaires ou locataires consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001	23
Figure 8	Espérance de vie à la naissance selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 1998-2002	24
Figure 9	Estimation de l'incidence des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population.....	26
Figure 10	Principales causes des années de vie ajustées sur l'incapacité, économies de marché établies, 1990	29
Figure 11	Années vécues avec une incapacité selon la cause, économies de marché établies, 1990	30
Figure 12	Répartition des décès associés aux principaux facteurs de risque.....	31
Figure 13	Répartition des années vécues avec une incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque	32
Figure 14	Répartition des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque	32

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des ménages et des familles, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, 2001	14
Tableau 2	Répartition de la population selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, 2006	14
Tableau 3	Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation matérielle, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001	17
Tableau 4	Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation sociale, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001	18
Tableau 5	Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, 2000	20
Tableau 6	Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon l'âge des enfants, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, 2000	20
Tableau 7	Principales causes de décès, années de vie perdues (AVP), années vécues avec une incapacité (AVI) et années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY), économies de marché établies, 1990	28
Tableau 8	Proportion de la population selon certains facteurs de risque pour la santé et selon le sexe et l'âge, Montréal, 2003	33
Tableau 9	Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe, 18 ans et plus, Montréal et ensemble du Québec, 2003	35

POINT DE MÉTHODE

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

INTRODUCTION

Le projet clinique des CSSS soutiendra l'implantation de neuf programmes de services. En appui à cette démarche, nous avons préparé une série de quatre cahiers thématiques réunissant des informations de nature descriptive sur la santé de la population en fonction des trois programmes de services suivants : santé publique, perte d'autonomie liée au vieillissement de la population, santé mentale des adultes et celle des jeunes. Le présent cahier vise plus particulièrement le programme de santé publique; il contient des informations générales sur la population du territoire. Il complète les cahiers destinés aux autres programmes de services.

Dans la première section se trouve une description de la population du CSSS fondée sur ses caractéristiques sociodémographiques et ses conditions de vie. L'espérance de vie de la population du CSSS dans son ensemble et dans chacun de ses secteurs fait l'objet de la section suivante: outre le fait qu'elle indique le niveau de mortalité dans une population, c'est aussi un indicateur de son état de santé général. Ensuite, la question de l'immigration et de la santé est traitée afin de comprendre comment un territoire réunissant un nombre élevé d'immigrants — lesquels connaissent des conditions économiques souvent précaires — présente une espérance de vie élevée, alors que le profil classique chez une population défavorisée est une espérance de vie inférieure à la moyenne. Enfin, étant donné l'incapacité que génèrent certaines maladies et les possibilités d'agir en amont de celles-ci, une réflexion sur ces questions et une brève présentation des habitudes de vie des Montréalais constituent la dernière section.

Les données présentées ici proviennent pour une part du recensement de 2001, du fichier des décès, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2003) et, pour le reste, d'une publication de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS).

POPULATION DU CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT

DESCRIPTION SOCIODÉMOGRAPHIQUE DE LA POPULATION¹

Au recensement de 2001, la population du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent représentait 7 % de la population de Montréal. Soixante-trois pour cent des ménages y étaient alors familiaux, c'est-à-dire constituées de familles avec enfants et de couples sans enfant (tableau 1). Ce CSSS devrait compter environ 134 000 personnes en 2006 (tableau 2). Entre 2006 et 2011, on estime la croissance de sa population à 6,9 %, comparativement à 3,7 % pour l'ensemble de Montréal. Plus précisément, on prévoit une augmentation de 6,3 % des jeunes de moins de 15 ans, de 7,5 % des 15-64 ans et de 5,1 % des 65 ans et plus.

En 2001, près de la moitié de la population du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent était formée d'immigrants. Parmi les 12 CSSS de la région, il se classe au 1^{er} rang en importance pour la proportion d'immigrants sur son territoire. Avec 58 235 immigrants, il se situe au 2^e rang en nombres absolus.

Une projection de la répartition par âge et par sexe de la population recensée en 2001 — construite à travers les pyramides des âges pour les années 2001, 2011 et 2021 — permet de comparer la structure de la population de ce CSSS à trois moments dans le temps et d'en percevoir l'évolution (figure 1). De 2001 à 2021, on note un léger élargissement de la base de la pyramide, surtout aux âges correspondant à l'adolescence, de même qu'au sommet. C'est une population qui croît dans le temps, et ce, pratiquement à tous les groupes d'âge. Rappelons que c'est la fécondité qui détermine principalement l'allure générale de la pyramide des âges et non la mortalité ou les mouvements migratoires. Les projections de population sont établies à partir de diverses hypothèses de fécondité, de mortalité et de mouvements migratoires faites par l'Institut de la statistique du Québec

¹ Notez que le secteur du Nord de l'Île a repris dernièrement son ancien nom de Bordeaux-Cartierville. Nous n'avons pu faire le changement à temps pour la publication du document.

Tableau 1 Répartition des ménages et des familles, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2001

Ménage ou famille	CSSS de Bordeaux-Cartierville - St-Laurent		CLSC	
	n	%	Nord de l'île n	St-Laurent n
Ménages	50 320	100	21 275	29 045
Ménages familiaux*	31 865	63	13 230	18 635
Ménages non familiaux	18 455	37	8 040	10 415
Ménages d'une seule personne	16 625	33	7 275	9 350
Autres ménages	1 830	4	765	1 065
Familles avec enfants	21 540	100	9 050	12 490
Familles avec enfants de moins de 18 ans	13 980	100	5 635	8 345
Biparentales	11 135	80	4 400	6 735
Monoparentales	2 845	20	1 235	1 610
Couples sans enfant	11 175	100	4 540	6 635

* Les ménages familiaux se composent d'au moins une famille, parfois de deux ou plus.
C'est pourquoi le nombre total de ménages familiaux peut être inférieur au nombre de familles.
Celles-ci comprennent des familles avec enfants et des couples sans enfants
Source : Statistique Canada, recensement de 2001

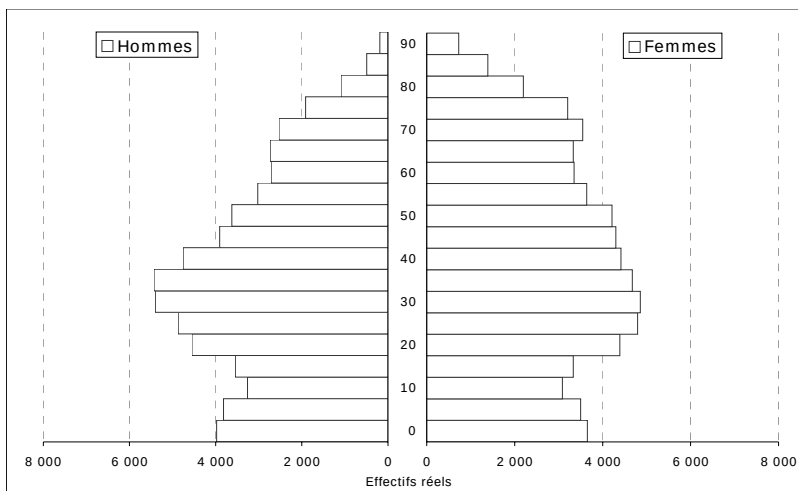
Tableau 2 Répartition de la population selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2006

Catégorie d'âge	CSSS de Bordeaux-Cartierville - St-Laurent		CLSC	
	n	%	Nord de l'île n	St-Laurent n
Moins de 5 ans	8 189	6,1	3 265	4 924
5-11 ans	10 768	8,0	4 173	6 595
12-17 ans	8 883	6,6	3 373	5 510
18-24 ans	11 402	8,5	4 603	6 799
25-44 ans	39 536	29,5	16 110	23 426
45-64 ans	31 357	23,4	12 896	18 461
65 ans et plus	23 913	17,8	10 076	13 837
65-74 ans	11 266	8,4	4 898	6 368
75-84 ans	9 275	6,9	3 808	5 467
85 ans et plus	3 372	2,5	1 370	2 002
Total	134 048	100,0	54 496	79 552

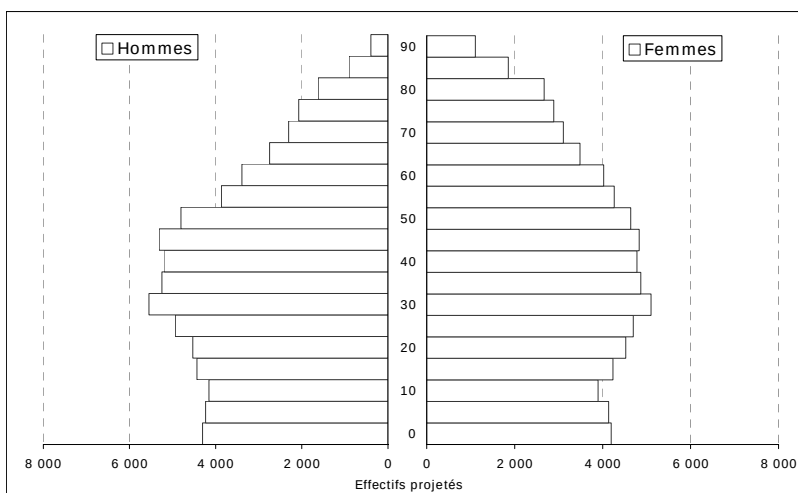
Source : ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 1 Pyramides des âges, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001, 2011, 2021

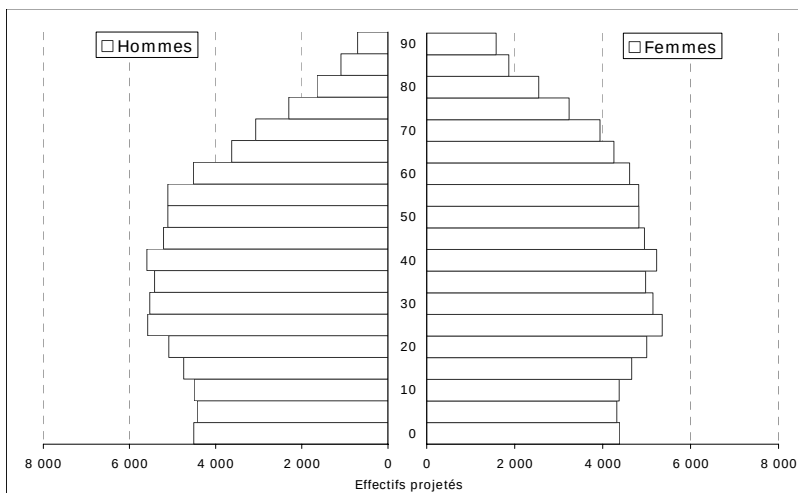
2001



2011



2021



Source : ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

CONDITIONS DE VIE DANS LE TERRITOIRE DU CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE–SAINT-LAURENT

Les comportements des gens, leur patrimoine génétique, l'accès à des traitements et à des soins sont autant d'éléments qui agissent sur leur santé et donc sur la durée de leur vie. D'autres facteurs contribuent à expliquer les variations parfois considérables de l'état de santé et de la longévité. En effet, les conditions de vie de la population constituent l'un des principaux déterminants de la santé et du bien-être. Ces conditions créent des inégalités qui proviennent de ce que nous possédons ou ne possédons pas : des biens (maison, voiture, actions, etc.), un revenu d'emploi ou d'autres sources, des relations sociales, un diplôme, des habiletés à nous exprimer et à nous faire comprendre, des connaissances, etc. Ces conditions font en sorte que des individus vivent dans certains environnements social et physique plutôt que dans d'autres; ces environnements agissent à leur tour sur l'état de santé et donc sur la longévité des gens.

La défavorisation dans le territoire du CSSS et ses secteurs de CLSC, la proportion de familles et celle d'enfants vivant sous le seuil de faible revenu et la propriété sont autant de mesures complémentaires pour décrire la situation socioéconomique propre à ce CSSS.

DÉFAVORISATION MATÉRIELLE ET SOCIALE

L'indice de défavorisation matérielle et sociale est un résumé des facteurs qui conditionnent la vie matérielle (chômage, revenu, diplomation) et la vie sociale (situation conjugale, familiale et résidentielle) des gens. La défavorisation matérielle est proche de la notion de pauvreté, tandis que la défavorisation sociale rend compte d'une certaine fragilité du réseau social ou de l'isolement des gens. De nombreuses études ont montré que ces deux formes de défavorisation sont étroitement liées à la mortalité générale et à la mortalité due à des causes spécifiques, à l'espérance de santé, aux traumatismes, etc.

Les gens défavorisés le sont relativement aux membres qui constituent leur société : ici, les seuils de défavorisation ont été fixés en fonction de l'ensemble de la population du Québec. Avec cet indice, la population est répartie en cinq niveaux de défavorisation qui correspondent chacun à un quintile (20 %). Le quintile 1 regroupe les plus favorisés de la population et, à l'inverse, le quintile 5 représente les plus défavorisés.

Pour en savoir plus sur la confection de l'indice de défavorisation, consulter le site Internet suivant :
<http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php>

FAITS SAILLANTS

- ✦ La défavorisation matérielle touche 22 % de la population du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent. C’est presque le quart des résidants du secteur Saint-Laurent et moins du cinquième de ceux du Nord de l’Île qui sont dans cette situation (figure 2 et tableau 3).
- ✦ La défavorisation sociale y est beaucoup moins importante que la défavorisation matérielle, ce qui distingue nettement la situation de ce territoire de celle de Montréal. En fait le secteur Saint-Laurent ne compte que 8 % de sa population dans le quintile le plus défavorisé socialement, mais cette proportion grimpe à près de 40 % quand on tient compte du quintile 4. Le secteur Nord de l’Île a quant à lui une plus forte proportion (22 %) de gens favorisés socialement que l’ensemble du territoire du CSSS et que Montréal (figure 3 et tableau 4).
- ✦ Les personnes doublement défavorisées sont encore plus vulnérables que les autres. Ce CSSS en compte 3015, qui résident toutes dans le secteur Nord de l’Île. Environ 8000 personnes sont au contraire doublement favorisées et la très grande majorité d’entre elles sont aussi dans ce secteur.

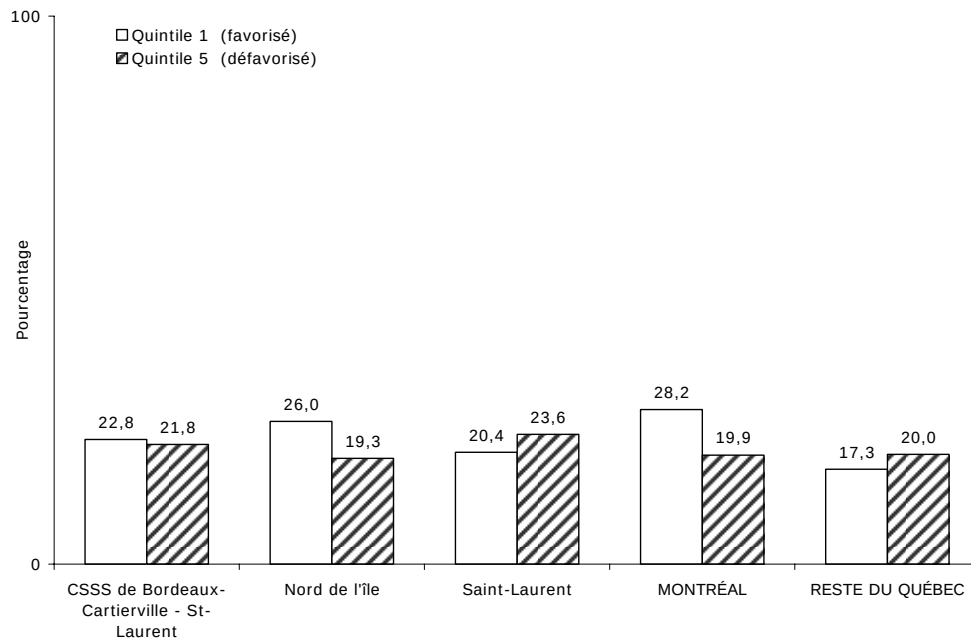
Tableau 3 Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation matérielle, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001

Territoire	Nombre				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	27 465	22 757	21 217	22 905	26 372
Nord de l’île	13 060	6 807	9 097	11 511	9 687
Saint-Laurent	14 405	15 950	12 120	11 394	16 685
Montréal	493 060	322 650	286 180	297 845	347 560
Reste du Québec	921 140	1 092 900	1 128 645	1 116 808	1 067 810

Territoire	%				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	22,8	18,9	17,6	19,0	21,8
Nord de l’île	26,0	13,6	18,1	22,9	19,3
Saint-Laurent	20,4	22,6	17,2	16,1	23,6
Montréal	28,2	18,5	16,4	17,0	19,9
Reste du Québec	17,3	20,5	21,2	21,0	20,0

Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_matclsc8.xls

Figure 2 Proportion de la population selon le niveau de défavorisation matérielle, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001



Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_matclsc8.xls

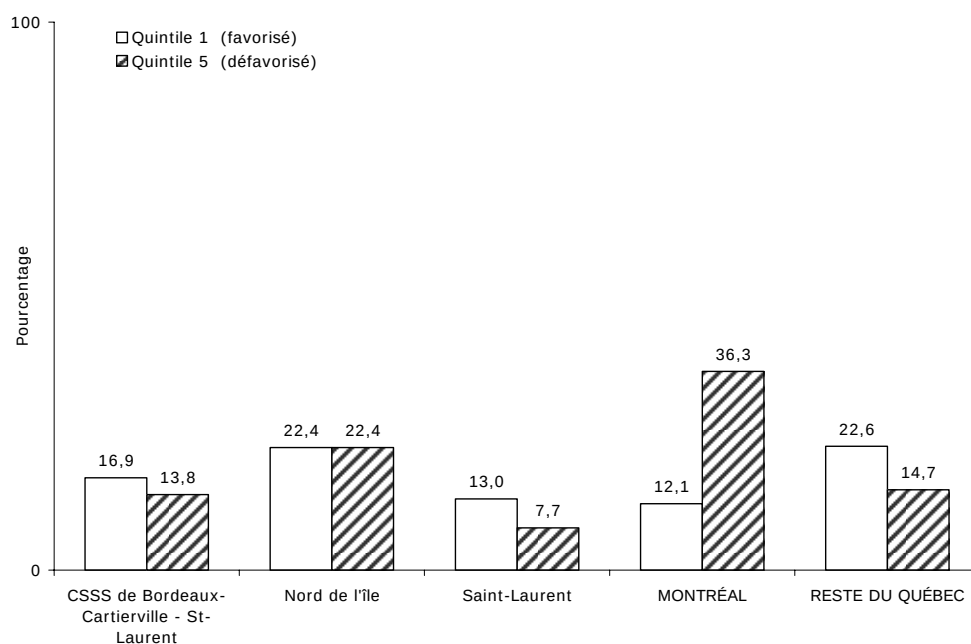
Tableau 4 Répartition en nombre et en pourcentage de la population par quintile de défavorisation sociale, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001

Territoire	Nombre				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	20 357	18 450	35 412	29 865	16 632
Nord de l'île	11 212	6 385	13 379	7 975	11 212
Saint-Laurent	9 145	12 065	22 034	21 890	5 420
Montréal	211 805	182 795	254 155	464 705	633 835
Reste du Québec	1 202 495	1 232 460	1 161 015	949 993	781 340

Territoire	%				
	Quintile 1 (favorisé)	Quintile 2	Quintile 3	Quintile 4	Quintile 5 (défavorisé)
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	16,9	15,3	29,3	24,7	13,8
Nord de l'île	22,4	12,7	26,7	15,9	22,4
Saint-Laurent	13,0	17,1	31,2	31,0	7,7
Montréal	12,1	10,5	14,5	26,6	36,3
Reste du Québec	22,6	23,1	21,8	17,8	14,7

Source : http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/docs/defav/pop2001_socclsc8.xls

Figure 3 Proportion de la population selon le niveau de défavorisation sociale, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal et reste du Québec, 2001



CONDITIONS DE VIE DES JEUNES

FAITS SAILLANTS

- ✦ En 2000, parmi les familles avec des enfants de moins de 18 ans, près d'une famille sur trois ayant un couple à sa tête vivait sous le seuil de faible revenu dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent; c'était une sur deux dans le cas des familles monoparentales. Ce CSSS, comme chacun de ses secteurs, connaît une situation légèrement défavorable en comparaison de Montréal, puisqu'une proportion significativement plus élevée de familles avec des enfants de moins de 18 ans y vivent sous le seuil de faible revenu (tableau 5 et figure 4).
- ✦ Les jeunes faisant partie d'une famille monoparentale sont proportionnellement plus nombreux que les autres à vivre une situation de pauvreté. Ce sont les plus jeunes (0-5 ans) qui sont les plus touchés, et ce, tant dans les familles biparentales que monoparentales (tableau 6).
- ✦ Une proportion plus faible (28 %) de jeunes de 15 à 24 ans de ce CSSS que celle (32 %) des jeunes Montréalais du même âge ne fréquente pas l'école. Les proportions sont pratiquement les mêmes selon les deux secteurs de CLSC (figure 5).

Tableau 5 Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2000

Territoire	En couple		Monoparentales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	3 595	32,3	1 525	53,6	5 120	36,6
Nord de l'île	1 335	30,4	690	55,9	2 025	36,0
Saint-Laurent	2 260	33,6	835	51,9	3 095	37,1

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Tableau 6 Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon l'âge des enfants, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2000

	0-5 ans		6-17 ans		0-17 ans	
	n	%	n	%	n	%
Enfants	4 095	45,6	6 205	38,6	10 300	41,1
Dans familles biparentales	3 235	41,7	4 250	33,7	7 485	36,7
Dans familles monoparentales	830	69,7	1 860	56,3	2 690	59,8
Autres	30	100,0	95	67,9	125	73,5

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Figure 4 Proportion des familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000

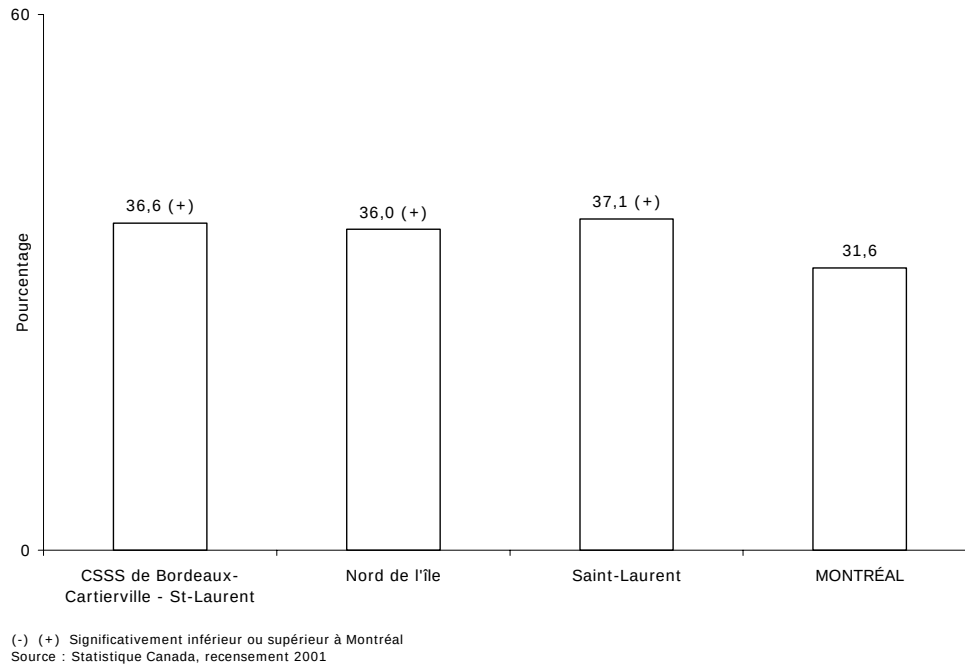
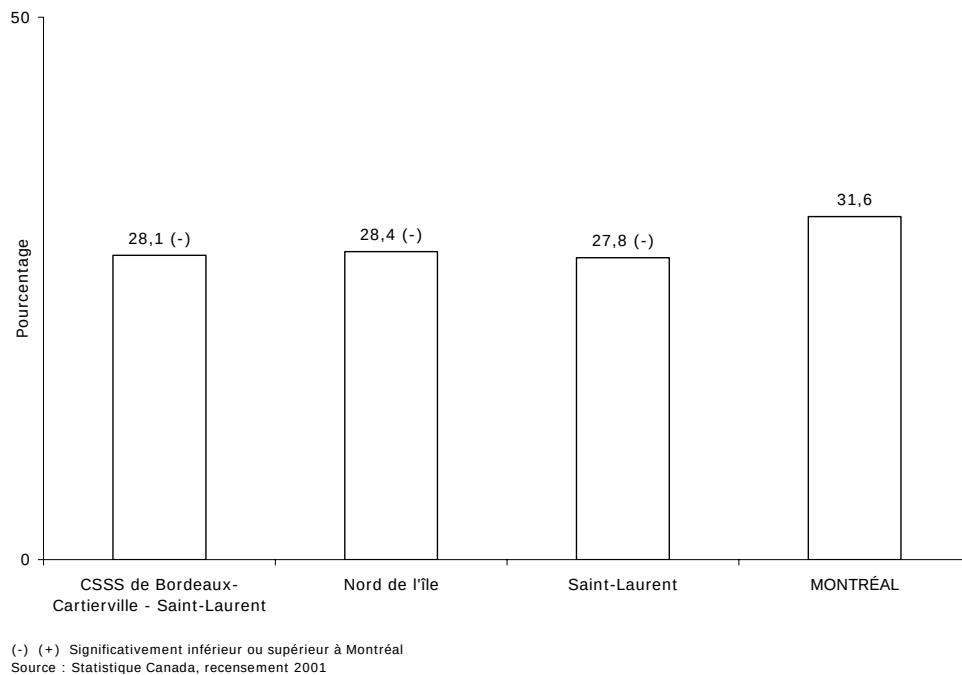


Figure 5 Proportion des 15-24 ans ne fréquentant pas l'école, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001



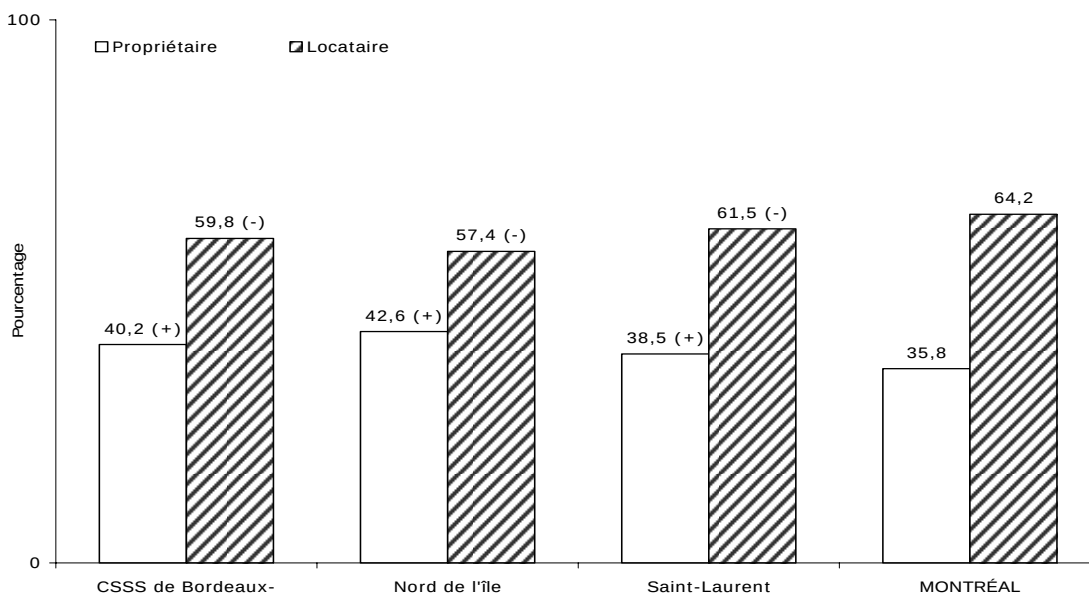
CAPITAL ÉCONOMIQUE: LA PROPRIÉTÉ

La propriété et l'état du logement sont une autre manière d'avoir une idée du capital économique de la population du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent.

FAITS SAILLANTS

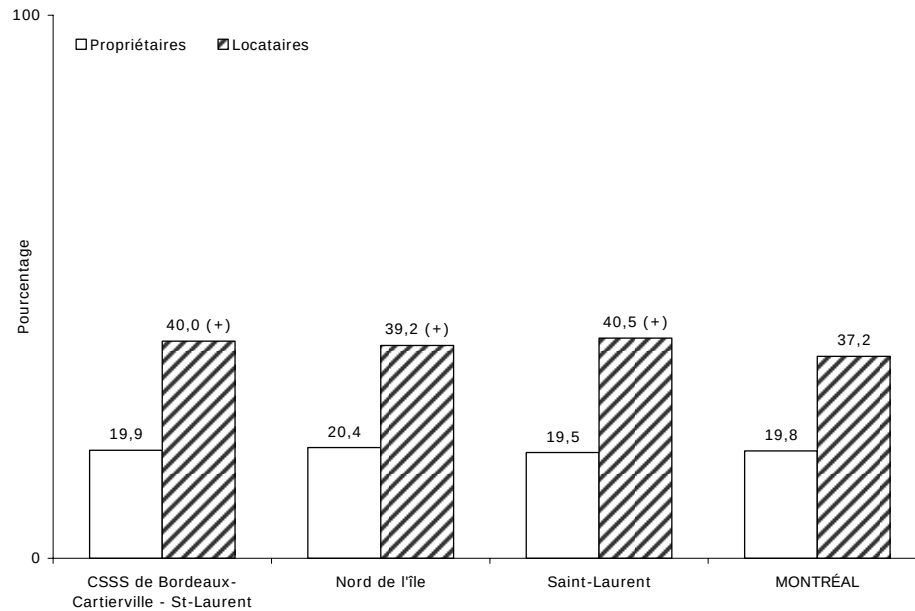
- La proportion de logements occupés par leur propriétaire est plus élevée dans ce CSSS qu'à Montréal: 40,2 % par rapport à 35,8 %. La proportion de propriétaires devant consentir un effort important (30 % ou plus de leur revenu) pour le paiement de leur propriété est semblable à celle des propriétaires montréalais, soit 20 % (figures 6 et 7).
- Proportionnellement, les locataires sont moins nombreux dans ce territoire qu'à Montréal, mais ils sont proportionnellement plus nombreux à consacrer au moins 30 % de leur revenu au paiement de leur loyer (soit 40 % d'entre eux, comparativement à 37 % à Montréal) (figure 9).
- Au recensement de 2001, 3 240 logements privés nécessitaient des réparations majeures dans ce CSSS (6,4 % du parc de logements privés par rapport à 8,5 % à Montréal), soit 1410 dans le secteur Bordeaux-Cartierville (6,6 %) et 1830 (6,3 %) dans le secteur Saint-Laurent. Vingt-cinq pour cent nécessitaient des réparations mineures et le reste, un entretien régulier.

Figure 6 Proportion des logements occupés par un propriétaire ou un locataire, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
Source : Statistique Canada, recensement 2001

Figure 7 Proportion des ménages propriétaires ou locataires consacrant 30 % ou plus de leur revenu pour se loger, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
 Source : Statistique Canada, recensement 2001

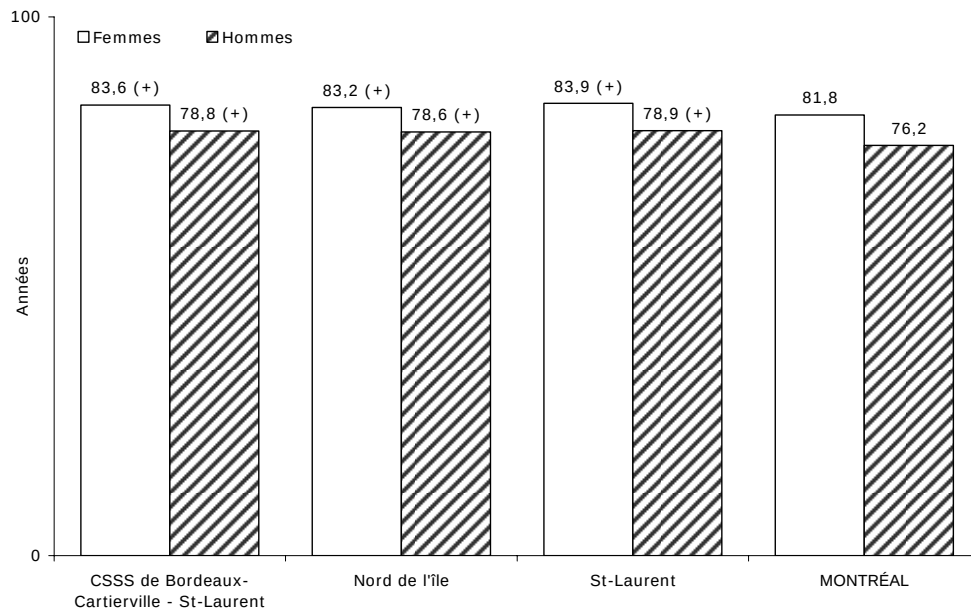
ESPÉRANCE DE VIE

La maladie affecte la longévité. Les différences de santé entre les gens sont souvent exprimées par une mesure : l'espérance de vie. Celle-ci correspond au nombre moyen d'années que peut espérer vivre une personne soumise aux conditions de mortalité de la période d'observation considérée. De manière générale, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. L'espérance de vie des Montréalais varie selon leur secteur de résidence, ce qui illustre les différences de l'état de santé entre les sous-groupes qui composent cette population.

FAIT SAILLANT

- ✦ Dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, l'espérance de vie des femmes comme celle des hommes sont significativement supérieures à celle des Montréalaises et des Montréalais. C'est aussi le cas pour chacun de ses secteurs de CLSC (figure 8).

Figure 8 Espérance de vie à la naissance selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 1998-2002



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

Sources : MSSS, fichier des décès, 1998-2002; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

IMMIGRATION ET SANTÉ

Si les conditions de vie déterminent largement l'état de santé d'une population, on ne s'étonnera pas d'apprendre que l'espérance de vie des résidents du secteur Lac Saint-Louis dans l'ouest de l'île — l'un des secteurs les plus favorisés au Québec — soit supérieure à celle de l'ensemble des Montréalais. On ne sera pas davantage surpris de savoir que les résidents de Pointe Saint-Charles dans le sud-ouest de l'île — l'un des secteurs les plus défavorisés au Québec — vivent moins longtemps que les autres Montréalais. Alors comment comprendre que l'espérance de vie des résidents de Parc-Extension, qui constituent la population la plus défavorisée au plan matériel de toute l'île, soit par contre plus élevée que celle de l'ensemble des Montréalais?

Une bonne partie de l'explication de ce paradoxe se trouve dans la composition même de la population de ces deux derniers secteurs : Parc-Extension comptait 58 % d'immigrants en 2001, Pointe Saint-Charles, 5 %. Or, pour obtenir la résidence permanente canadienne, un immigrant économique, comme ses parents qui viendront le rejoindre en vertu du regroupement familial, doit obligatoirement répondre à certains critères de sélection. Celui d'avoir un bon état de santé physique et mental est essentiel à l'acceptation de son entrée en tant que résident permanent. Seuls les réfugiés peuvent être admis sans satisfaire à cette exigence. C'est pourquoi dans le domaine de la santé, il importe de distinguer les réfugiés et les migrants économiques, les premiers pouvant constituer un sous-groupe vulnérable. Par ailleurs, on parle également d'autosélection de la part des immigrants parce qu'en général, la décision d'émigrer repose sur le fait d'être jeune, en bonne santé et d'avoir une bonne capacité d'adaptation.

Autrement dit, le fait d'avoir des immigrants sur son territoire constitue un gain pour la santé de la population canadienne en général et de la population montréalaise en particulier. En effet, plusieurs études ont mis en évidence l'écart entre l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité (dite aussi espérance de santé) des immigrants et celles des Canadiens de naissance. Cela tient à une prévalence moins élevée de problèmes de santé chroniques ou d'incapacités (autoévaluation) et de dépression majeure chez les premiers que chez les derniers.

Cependant, des changements de l'état de santé sont observés chez les immigrants au fur et à mesure que s'accroissent leurs années vécues au Canada. Une étude longitudinale a notamment montré que les immigrants non européens sont plus nombreux à déclarer une détérioration de leur état de santé que les autres, et qu'il y a augmentation de leur fréquence de consultation médicale, tandis que les changements de l'état de santé des immigrants européens se comparent à ceux des Canadiens de naissance. De certaines études transversales, il ressort aussi que l'augmentation de la durée de résidence est associée à l'augmentation de problèmes de santé chroniques déclarés et de dépression. Si l'avantage relatif de l'état de santé des immigrants par rapport aux autres Canadiens demeure, il s'estompe quelque peu avec leur durée de résidence.

Sources :

Chen, J., R. Wilkins, E. Ng « Espérance de santé selon le statut d'immigrant, 1986 et 1991 », Rapports sur la santé, vol. 8, no 3, mars 1996, [En ligne], Statistique Canada, pp. 31-41, [<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-003-X19960033016>].

Ng, E., R. Wilkins, F. Gendron et J. M. Berthelot. L'évolution de l'état de santé des immigrants au Canada : Constats tirés de l'Enquête nationale sur la santé de la population, [En ligne], Ottawa, Statistique Canada, 2005, 13 p., [<http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-618-M2005002>].

Ali, J. « La santé mentale des immigrants au Canada », Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13, 2002, [En ligne], Ottawa, Statistique Canada, 13 p., [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2002001/pdf/82-003-SIF2002006.pdf>].

Pérez, C. E. « État de santé et comportements influant sur la santé des immigrants », Supplément aux Rapports sur la santé, volume 13, 2002, [En ligne], Ottawa, Statistique Canada, 14 p., [<http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2002001/pdf/82-003-SIF2002005.pdf>].

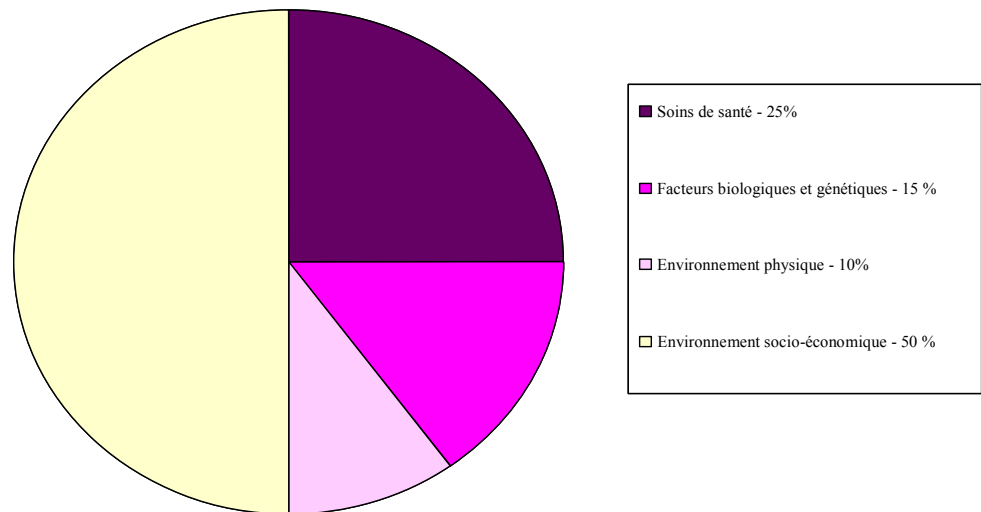
Wu, Z., et C. M. Schimmele. « The Healthy Migrant Effect on Depression : Variation over Time ? », Canadian Studies in Population, vol. 32, no 2, 2005, pp. 271-295.

DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION

Dans une société où les maladies chroniques ont supplanté les maladies transmissibles, les soins de santé jouent un plus grand rôle dans le maintien d'une bonne santé que par le passé. L'Institut canadien de recherches avancées estime que la santé de la population reposerait à 25 % sur les soins de santé (vaccination, médicaments, chirurgies, etc.). Autrement dit, 75 % de la santé est encore déterminée par des facteurs non médicaux et par leur interaction. Ce qui laisse un large espace d'intervention pour la promotion et la prévention de la santé (figure 9).

Comment orienter les décisions et les actions favorables à l'amélioration de l'état de santé ? C'est là une question complexe qui exige une réflexion approfondie tenant compte aussi bien des besoins de la population que de la disponibilité des ressources permettant ou non de les satisfaire. La santé se définit par «la capacité physique, psychique et sociale d'une personne d'agir dans son milieu et d'accomplir les rôles qu'elle entend assumer, d'une manière acceptable pour elle-même et pour les groupes dont elle fait partie» (L.R.Q., chapitre S-4.2, article 1). Une planification des soins et services axée sur la responsabilité populationnelle devrait entre autres s'appuyer sur la connaissance non seulement des principales causes de mortalité mais aussi des causes d'incapacité et des facteurs de risque qui agissent en amont.

Figure 9 Estimation de l'incidence des déterminants de la santé sur l'état de santé de la population



Source : Estimations de l'Institut canadien de recherches avancées – Santé Canada

CAUSES DE MORTALITÉ ET D'INCAPACITÉ

Pour 36 pays industrialisés dont le Canada, l'OMS a identifié : a) les principales causes de décès, b) les années de vie perdues (AVP) à cause de ces décès, c) les années vécues avec une incapacité (AVI) liée à ces causes et finalement d) les années de vie perdues à cause de décès prématurés et d'années perdues en raison d'incapacité, dites années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY). (Chacun de ces éléments correspond à une colonne du tableau 7.)

L'intérêt de cette analyse réside dans la quantification du fardeau des problèmes de santé en tenant compte soit de la mortalité, soit de l'incapacité, soit de leur impact combiné: il s'ensuit un changement dans l'ordre d'importance des causes selon le cas. Par contraste avec l'approche classique où on utilise des données de mortalité, elle met en évidence les fardeaux importants que représentent, par exemple, la dépression et la consommation importante d'alcool sur la santé (figures 12 et 13).

FAITS SAILLANTS

- ✦ Les maladies du cœur et certains cancers se classent aux premiers rangs parmi les causes de mortalité mais sont déclassés dans une estimation des années vécues avec une incapacité (tableau 7). À cause de l'incapacité qu'elles entraînent, les maladies neuropsychiatriques et la consommation d'alcool pèsent beaucoup plus lourdement dans la charge de morbidité que les cardiopathies ischémiques par exemple (figure 12).
- ✦ Toutefois, quand on tient compte à la fois des années de vie perdues à cause d'une mort précoce et des années vécues avec une incapacité, les maladies du cœur reprennent une place prépondérante, mais le fardeau de la dépression s'avère comparable. L'alcool et les accidents routiers se trouvent aussi en avant-plan à cause de l'effet combiné de l'incapacité et d'un décès survenu prématurément (figure 13).

Tableau 7 Principales causes de décès, années de vie perdues (AVP), années vécues avec une incapacité (AVI) et années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY)*, économies de marché établies, 1990**

Cause de décès***	Décès (milliers)			Années de vie perdues (AVP) (milliers)			Années vécues avec une incapacité (AVI) (milliers)			Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) (milliers)		
	Nombre	%	rang	Nombre	%	rang	Nombre	%	rang	Nombre	%	rang
<i>Toutes causes</i>	7 121			49 674			49 120			98 794		
Cardiopathies ischémiques	1 668	23%	I	8 113	16%	I	764	2%		8 876	9%	I
Maladies cérébrovasculaires	788	11%	II	3 424	7%	II	1 553	3%	VII	4 977	5%	III
Cancer de la trachée, des bronches et des poumons	379	5%	III	2 771	6%	IV	216			2 987	3%	VI
Infections des voies respiratoires inférieures	272	4%	IV	1 162	2%	IX	45			1 208		
Maladies pulmonaires obstructives chroniques	245	3%	V	1 122	2%	X	1 162	2%		2 284	2%	X
Cancer du côlon et du rectum	208	3%	VI	1 296	3%	VI	330			1 626		
Diabète sucré	145	2%	VII	810			1 547	3%	VIII	2 357	2%	IX
Cancer de l'estomac	140	2%	VIII	932			129			1 061		
Cancer du sein	134	2%	IX	1 228	2%	VIII	193			1 421		
Accidents de la route	131	2%	X	2 961	6%	III	1 349			4 310	4%	V
Cirrhose du foie	117			1 238	2%	VII	346			1 584		
Blessures auto-infligées	112			1 989	4%	V	166			2 155	2%	X
Démence	94			437			2 429	5%	IV	2 866	3%	VII
Chutes	70			435			916			1 350		
Maladies endocriniennes	46			401			856			1 257		
Affections périnatales	46			1 533			234			1 767		
VIH	41			950			317			1 267		
Anomalies congénitales	39			1 171			962			2 133		
Asthme	22			191			1 045			1 236		
Consommation d'alcool	16			223			4 467	9%	II	4 690	5%	IV
Schizophrénie	13			63			2 186	4%	V	2 249		
Utilisation de drogues	4			108			1 413	3%	X	1 522		
Troubles bipolaires	1			3			1 705	3%	VI	1 709		
Dépression majeure	-			-			6 684	14%	I	6 684	7%	II
Arthrose	-			-			2 701	5%	III	2 701	3%	VIII
Troubles obsessionnels-compulsifs	-			-			1 454	3%	IX	1 454		

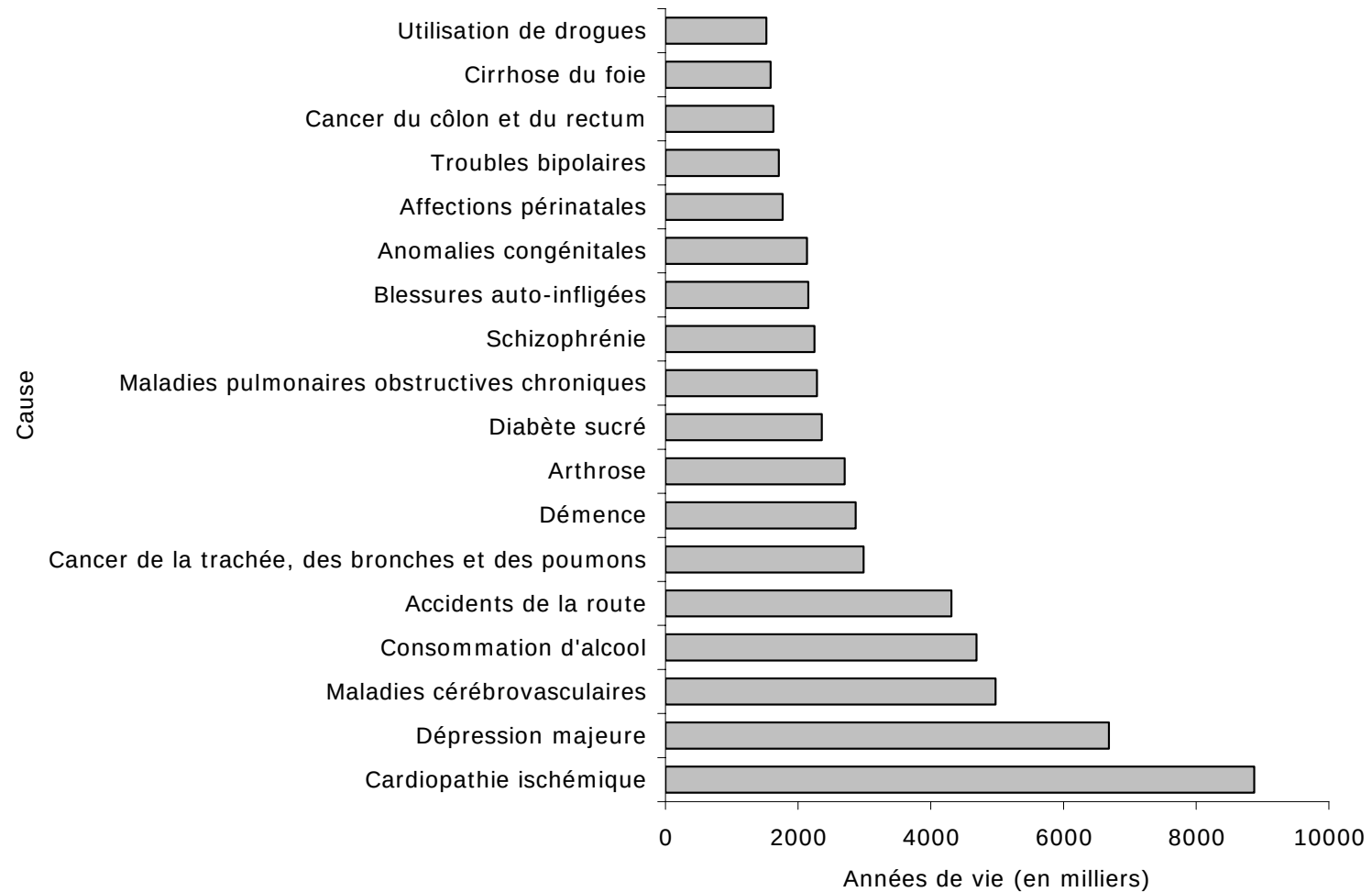
* Années de vie ajustées sur l'incapacité (DALY) = Disability - adjusted life years (DALY).

** Économies de marché établies : 36 pays inclus dont Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, États-Unis, Royaume-Uni, Suède.

*** Maladies causant plus de 100 000 décès ou plus de 800 000 AVP ou plus de 1 000 000 AVI ou plus de 1 000 000 AVAI.

Tableau compilé et adapté par Patrick Morency, DSP de Montréal, tiré de Murray, C.J.L. et A.D. Lopez (1996). *The Global Burden of Disease*. World Health Organisation (WHO).

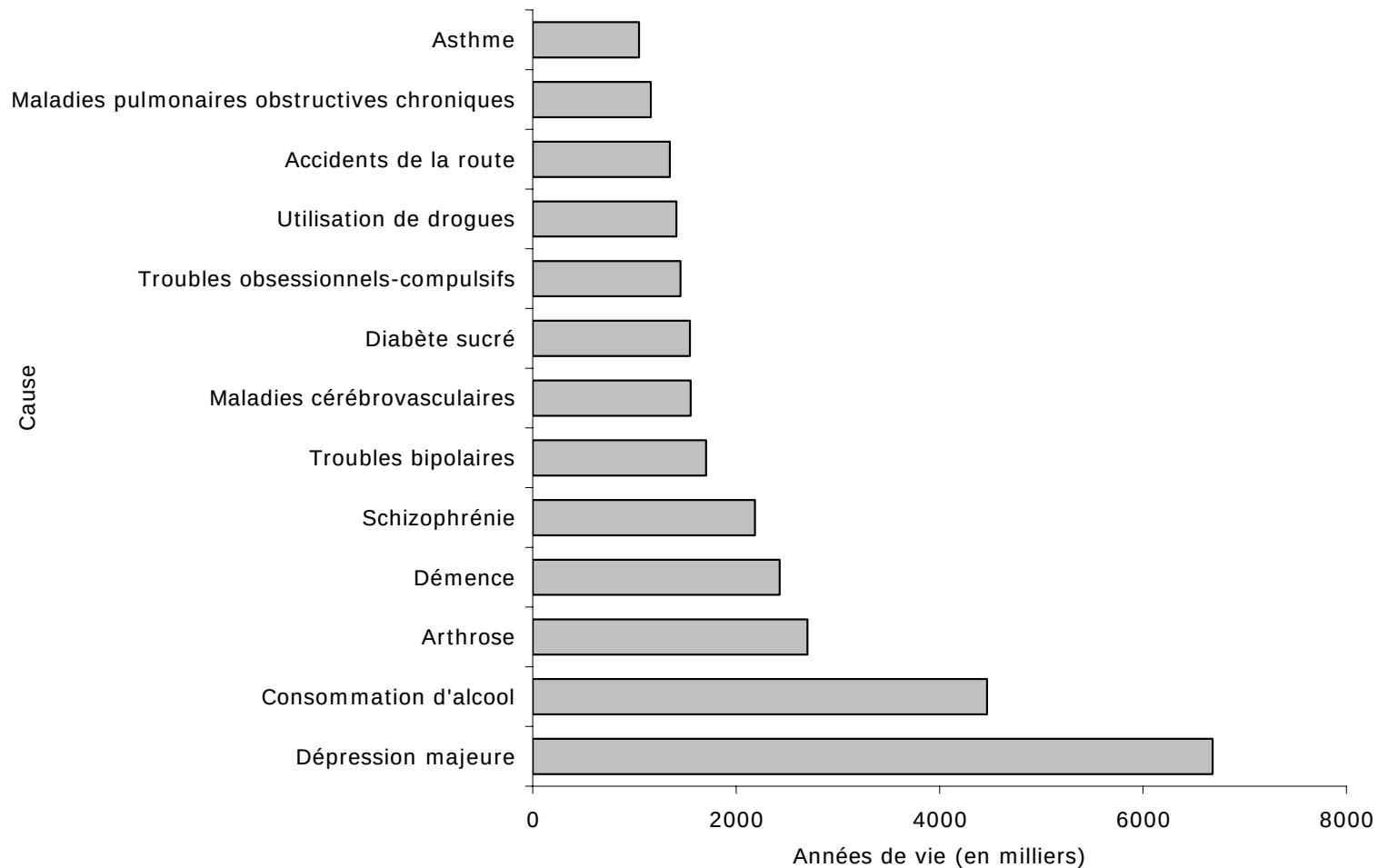
Figure 10 Principales causes des années de vie ajustées sur l'incapacité, économies de marché établies*, 1990



* Economie de marché établies : 36 pays inclus dont Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, Etats-Unis, Royaume Uni et Suède.

** Source: C.J.L Murray, A.D Lopez (1996). The Global Burden of Disease. World Health Organisation (WHO).

Figure 11 Années vécues avec une incapacité selon la cause, économies de marché établies*, 1990



* Economie de marché établies : 36 pays inclus dont Australie, Canada, France, Allemagne, Japon, Etats-Unis, Royaume Uni et Suède.

** Source: CJL Murray, AD Lopez (1996). The Global Burden of Disease. World Health Organisation (WHO).

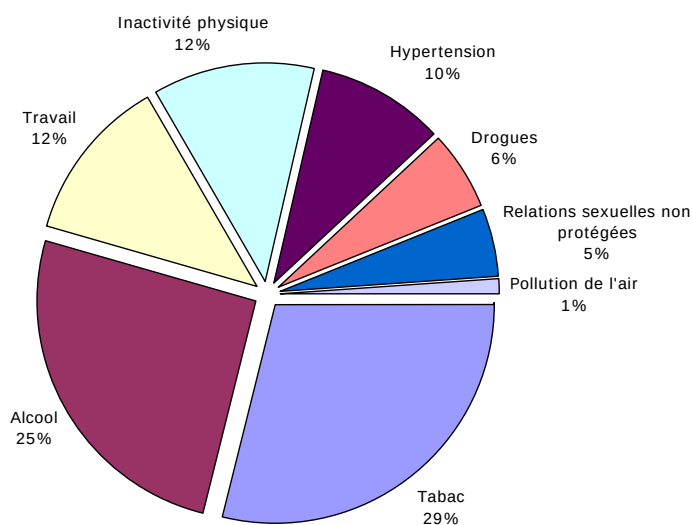
FACTEURS DE RISQUE: AGIR EN AMONT

Dans une perspective de santé publique, et donc de prévention, il faut agir en amont, se préoccuper des facteurs antérieurs qui sont à l'origine de la maladie et de la mortalité. Quels sont-ils? Et quelle est leur importance relative?

FAITS SAILLANTS

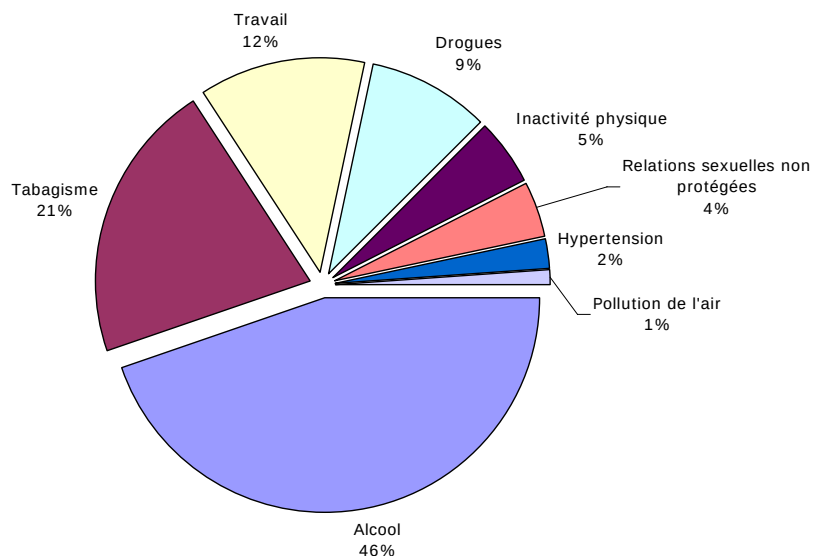
- Dans les pays ayant une économie de marché, dont le Canada, les facteurs associés à une plus grande mortalité sont, par ordre d'importance: le tabagisme, l'hypertension, l'inactivité physique et le milieu de travail (figure 12).
- La consommation d'alcool constitue le principal facteur des années de vie perdues pour cause d'incapacité, alors que le tabagisme se classe au second rang (figure 13).
- La donne change quelque peu quand on tient compte simultanément de la mortalité et de l'incapacité: le tabagisme se situe alors au premier rang, suivi de près par la consommation d'alcool. Viennent ensuite à égalité le milieu de travail et la sédentarité, puis l'hypertension, l'utilisation des drogues, etc. (figure 14).
- Tous ces facteurs de risque, comme la mortalité et la morbidité, sont parfois corrélés à la défavorisation sociale. Ils sont de plus généralement corrélés à la défavorisation matérielle. Des exceptions toutefois: l'incidence du cancer du sein et celle du cancer de la prostate sont parfois plus élevées parmi les couches favorisées de la population, mais pas la mortalité qui leur est attribuable.

Figure 12 Répartition des décès associés aux principaux facteurs de risque



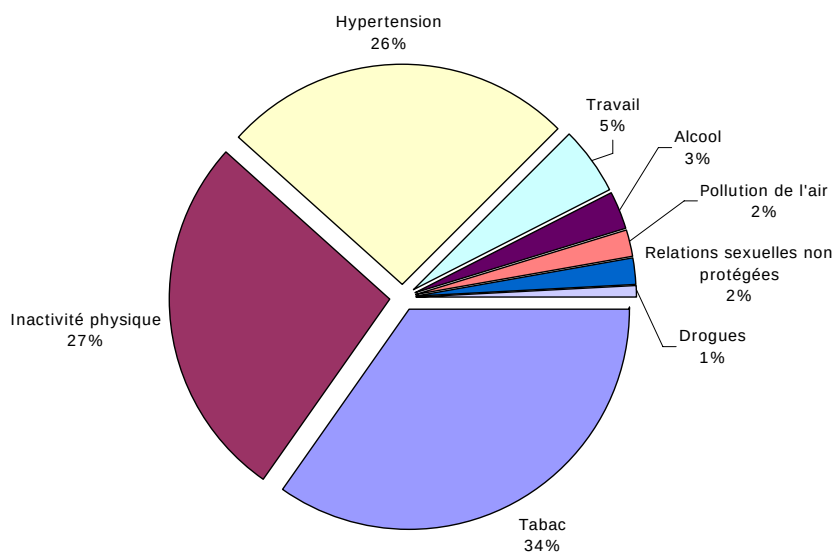
Source : C.J.L Murray, A.D Lopez (1996). The Global Burden of Disease WHO

Figure 13 Répartition des années vécues avec une incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque



Source : C.J.L Murray, AD Lopez (1996). The Global Burden of Disease WHO

Figure 14 Répartition des années de vie ajustées sur l'incapacité attribuable aux principaux facteurs de risque



Source : C.J.L Murray, AD Lopez (1996). The Global Burden of Disease WHO

HABITUDES DE VIE

Certaines habitudes ou certains comportements sont étroitement associés à l'état de santé des individus. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003 nous renseigne sur de telles habitudes, dont celles des Montréalais quant au tabagisme, à la consommation d'alcool, à la sédentarité et à la consommation de fruits et légumes. L'excès de poids est également documenté. Ces habitudes et l'excès de poids peuvent varier en fonction de caractéristiques tels l'âge et le sexe. Dans cette enquête, les données ne sont pas disponibles à l'échelle des territoires de CSSS.

Tableau 8 Proportion de la population selon certains facteurs de risque pour la santé et selon le sexe et l'âge, Montréal, 2003

Facteur de risque	12-19 ans %	20-64 ans %	65 ans et plus %	12 ans et plus %
Tabagisme (Fumeurs réguliers ou occasionnels)				
Hommes	16,1	33,9	12,1	29,2
Femmes	18,8	28,7	13,6	25,0
Exposition des non-fumeurs à la fumée secondaire au domicile				
Hommes	21,8	9,9	9,3	11,0
Femmes	20,0	8,2	3,4	8,3
Consommation de cinq verres d'alcool et plus au moins une fois par mois				
Hommes	13,3	26,4	5,4	22,3
Femmes	18,1	12,6	1,8	11,1
Excès de poids				
Hommes	n.d.	52,3	60,3	53,5 *
Femmes	n.d.	34,7	47,1	37,4 *
Sédentarité				
Hommes	n.d.	23,7	31,5	24,8 *
Femmes	n.d.	25,2	35,4	27,2 *
Consommation de moins de cinq fruits et légumes par jour				
Hommes	52,6	67,8	54,5	64,7
Femmes	32,1	50,1	45,7	47,7

* Ces pourcentages concernent la population de 20 ans et plus

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, 2003

✦ **Tabagisme**

Le tabagisme est en nette régression au Québec. Ainsi, selon l'ESCC, le taux de fumeurs actuels (fumeurs quotidiens et fumeurs occasionnels) était de 30 % en 2000-2001. En 2005, cette proportion n'était plus que de 24 %. Notons toutefois que malgré les progrès, le Québec était toujours la province affichant le taux le plus élevé. À Montréal, selon cette enquête, le taux de fumeur était de 28 % en 2003 (données montréalaises pour 2005 non disponibles). C'est dans la population adulte (20-64 ans) que cette habitude est la plus répandue. Il n'y a qu'une légère différence selon le sexe (tableau 8).

L'OMS classe la fumée secondaire comme un élément cancérigène de la catégorie de risque la plus élevée. Or, chez les non-fumeurs, ce sont les jeunes (12-19 ans) qui y sont les plus exposés, soit deux fois plus que les adultes non fumeurs. Plus encore, des grandes villes canadiennes, Montréal est celle où les jeunes sont les plus exposés aux méfaits de la fumée secondaire.

✦ **Consommation élevée d'alcool**

Une consommation d'alcool élevée correspond à la consommation de cinq verres ou plus d'alcool au cours d'une même occasion au moins une fois par mois au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. On remarque qu'une telle consommation est le fait de plus d'un homme de 20 à 64 ans sur quatre à Montréal. La consommation est moins importante chez les jeunes mais non négligeable. L'enquête sur la santé des jeunes Montréalais d'âge scolaire, menée en 2003, révèle que l'expérience de l'alcool survient tôt dans leur vie : un jeune sur cinq de 4^e année et un sur trois de 6^e année ont dit avoir bu de l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête².

✦ **Excès de poids**

Les données de l'ESCC 2004 nous apprennent que 57 % des Québécois de 18 ans et plus présentent un excès de poids. Ce problème ne se limite toutefois pas aux adultes. En 1999, il a été estimé qu'entre 10 % et 22 % des jeunes présentaient de l'embonpoint.

Les données de Montréal démontrent que l'excès de poids est un problème qui s'accroît avec l'âge, tant pour les hommes que pour les femmes (tableau 8). Mais il s'agit d'un problème avant tout masculin, car à l'âge adulte, c'est une majorité d'hommes qui en souffrent.

Malgré ce portrait quelque peu inquiétant, notre prévalence d'embonpoint demeure inférieure à celle du reste du Canada et encore davantage à celle des États-Unis et de plusieurs autres pays. Ce problème en émergence mérite qu'on s'y attaque, car l'excès de poids est à l'origine de plusieurs maladies.

Pour en savoir plus sur le sujet, consulter: <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/420-PoidsQuebecois1987-2003.pdf>.
À propos de la prévention du surpoids et de l'obésité en pratique médicale, consulter:
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/mdprevention/chronique/2005/18042005.html>.

² **Objectif jeunes: comprendre, soutenir.** Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise. Direction de prévention et de santé publique de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux de Montréal, 2005, 108p.

✦ **Sédentarité**

L'activité physique est définie selon les réponses à des questions qui portent sur la fréquence, la durée et l'intensité des activités physiques des répondants durant leurs loisirs.

L'inactivité augmente avec l'âge. Environ un adulte sur quatre est inactif. La proportion passe à une personne sur trois chez les aînés. Selon le sexe, les écarts sont peu importants.

Bertrand Nolin de l'Institut de la santé publique du Québec a aussi étudié la question. Le tableau suivant présente son groupement des répondants selon qu'ils sont actifs, modérément actifs ou inactifs, en fonction d'un indice d'activité physique quotidienne moyenne calculé au cours des trois mois qui ont précédé l'enquête.

Tableau 9 Niveau d'activité physique de loisir selon le sexe, 18 ans et plus, Montréal et ensemble du Québec, 2003

	Actif %	Moyennement actif %	Un peu actif %	Sédentaire %
Hommes				
Montréal	41	19	15	25
Ensemble du Québec	39	18	17	28
Femmes				
Montréal	39	18	17	27
Ensemble du Québec	35	20	20	25

Source : Nolin, B., et D. Hamel, Institut national de santé publique du Québec, 2005

Notes :

a) Les pourcentages étant arrondis à l'unité, le total peut être différent de 100 %.

b) Les pourcentages représentent la moyenne, projetée sur l'ensemble de l'année, de la pratique sur une période de trois

On note peu de différence entre Montréal et l'ensemble du Québec. La majorité des Montréalais et des Québécois (tant les hommes que les femmes) sont actifs ou moyennement actifs. Dans son étude, le chercheur constate qu'en matière de pratique d'activités physiques durant les temps libres, le Québec est encore sous la moyenne canadienne. L'écart tend toutefois à se resserrer. Historiquement, la valorisation de ce genre d'activité a été plus grande du côté anglophone que francophone.

Pour en savoir plus sur le sujet et sur les recommandations d'activité physique pour les jeunes et les (Note: Il manque quelque chose ici), consulter: Nolin, B., et D. Hamel. «Les Québécois bougent plus mais pas encore assez», dans: M. Venne et A. Robitaille (sous la direction de), l'Annuaire du Québec 2006, Montréal, Fides, pp. 296-311, 2005.

✦ **Consommation de fruits et légumes**

Les habitudes alimentaires saines sont plus répandues chez les femmes que chez les hommes. Peu importe le groupe d'âge, une majorité d'hommes consomme moins de cinq fruits ou légumes par jour. Même si le problème est moins aigu chez les femmes, il y a quand même chez elles d'importantes lacunes, surtout parmi les adultes et les aînées.

Le MSSS, en partenariat avec le groupe Acti-Menu, la Fondation des maladies du cœur du Québec et la Société canadienne du cancer, mène présentement une campagne de promotion intitulée le 5-30, un concept développé pour inciter la population à consommer cinq fruits et légumes par jour et à faire 30 minutes d'activité physique par jour.

À propos de la promotion de la consommation de fruits et légumes, consulter:
<http://www.santepub-mtl.qc.ca/Nutrition/fruitlegume/pourquoi.html>.

QUELQUES DÉFINITIONS

Indice de défavorisation matérielle et sociale

«...[c'est] dans une tentative de décrire l'ampleur et la répartition géographique des inégalités sociales de santé au Québec qu'un indice de défavorisation a été développé. Telle que conçue ici, la défavorisation prend deux formes : matérielle et sociale. Alors que la première reflète la privation de biens et de commodités de la vie courante, la seconde forme renvoie plutôt à la fragilité du réseau social, tant à l'échelle de la famille que de la communauté. Basé sur un certain nombre d'indicateurs choisis principalement pour leur relation connue avec l'état de santé et l'une ou l'autre des deux formes de défavorisation, cet indice constitue un outil de planification des ressources et des interventions propre au domaine de la santé et du bien-être.»

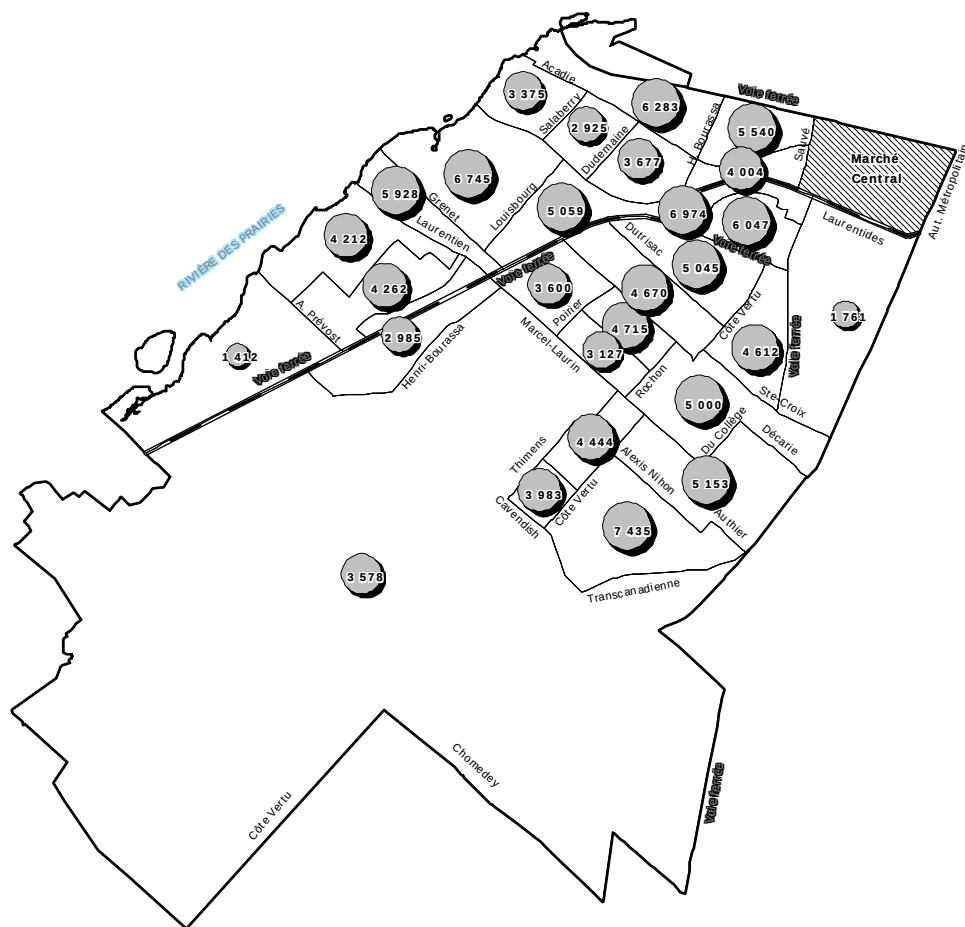
Source: MSSS. Atlas de la santé et des services sociaux du Québec, [En ligne],
[http://www.msss.gouv.qc.ca/statistiques/atlas/atlas/index.php?id_carte=11].

Seuil de faible revenu

«Niveaux de revenu selon lesquels on estime que les familles ou les personnes hors famille consacrent 20 % de plus que la moyenne générale à la nourriture, au logement et à l'habillement.»

Source: Statistique Canada. Dictionnaire du recensement de 2001, [En ligne],
[http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/reference/dict/index_f.htm#dictionnaire].

Répartition de la population du territoire du CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent par secteur de recensement, 2001



Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Santé mentale des jeunes



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec

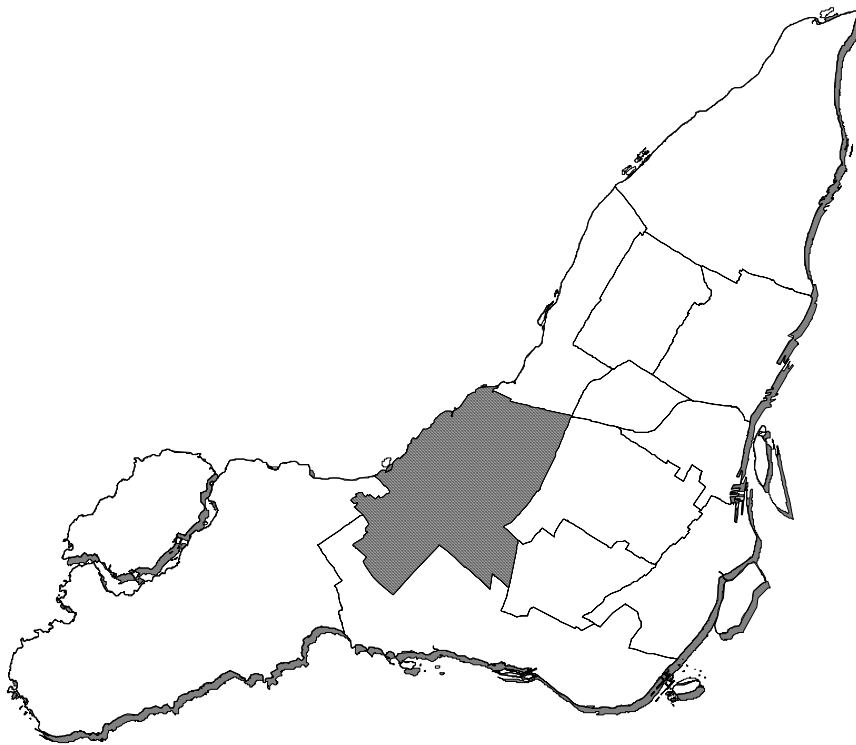


Santé publique



Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Santé mentale des jeunes



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

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

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Série de quatre cahiers

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

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

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

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-527-2 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-528-0 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

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

Québec



Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
CONDITIONS DE VIE.....	13
SANTÉ MENTALE DES JEUNES.....	15
HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE.....	16
BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES MONTRÉALAIS.....	18
SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA SILHOUETTE.....	20
SENTIMENT D'INSÉCURITÉ ET VIOLENCE SUBIE PAR LES JEUNES.....	21
COMPORTEMENTS À RISQUE : LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES	24
PROBLÈME EN ÉMERGENCE : JEU DE HASARD ET D'ARGENT	27
COMPORTEMENT SUICIDAIRE.....	29
ADAPTATION SOCIALE	31
QUELQUES DÉFINITIONS.....	35

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005	17
Figure 2	Jeunes présentant une faible estime d'eux-mêmes selon le sexe et le niveau scolaire, 2003	19
Figure 3	Jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et le niveau scolaire, 2003	19
Figure 4	Satisfaction des jeunes à l'égard de leur silhouette selon le sexe et le niveau scolaire, 2003	20
Figure 5	Peur ressentie sur le chemin de l'école par les élèves selon le sexe et le niveau scolaire, 2003	22
Figure 6	Élèves victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003	22
Figure 7	Élèves victimes de brimade à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003	23
Figure 8	Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon le niveau scolaire, 2003	25
Figure 9	Taux de victimisation et d'externalisation chez les 0-17 ans, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1998-2000	32
Figure 10	Taux de délinquance juvénile, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001	32
Figure 11	Taux de grossesse à l'adolescence, 14-17 ans, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999-2001	33

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon la catégorie d'âge des enfants, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000	14
Tableau 2	Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000.....	14

POINT DE MÉTHODE

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

INTRODUCTION

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

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

C'est pourquoi l'information présentée ici provient principalement d'une enquête montréalaise ayant porté sur la santé des jeunes Montréalais d'âge scolaire. Menée au printemps 2003 par la Direction de santé publique (DSP) de Montréal, cette enquête a permis de recueillir de nombreuses informations ayant trait à la santé générale des jeunes qui fréquentent l'école. L'échantillon d'élèves est représentatif de divers niveaux du primaire et du secondaire. Prélevé dans des écoles privées et publiques, francophones et anglophones, de milieux favorisés et défavorisés dans le cas des écoles publiques, cet échantillon est ainsi représentatif de l'ensemble des élèves montréalais. De cette enquête, nous avons retenu les éléments ayant trait à la santé mentale des jeunes. Les tendances observées valent pour l'ensemble des élèves de l'île de Montréal. L'équipe ayant conduit cette enquête publiera dans les prochains mois des analyses sur des problèmes spécifiques comme la défavorisation et la détresse psychologique.

L'information sur les hospitalisations et celle sur les suicides ont été produites par la DSP, et ce, à partir des données provenant de bases administratives. Ces analyses spécifiques au CSSS sont intégrées aux sections de l'enquête montréalaise qui traitent de ces thèmes. Mais le lecteur trouvera d'abord quelques informations sur les conditions de vie des jeunes puisque c'est là un déterminant majeur de l'état de santé. Ces données sont traitées par territoire de CSSS et par secteur de CLSC. La matière de ce cahier est empruntée à divers rapports et travaux. Ainsi des informations tirées d'un rapport sur la santé mentale de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), du premier rapport Kirby (2004) sur la santé mentale des Canadiens, d'un portrait de santé des jeunes Québécois préparé par l'Institut national de santé publique (2002) et d'une enquête menée par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) auprès d'élèves du secondaire en 2004 situent le sujet dans un plus vaste ensemble. Finalement des indicateurs liés à l'adaptation sociale des jeunes donnent un bref aperçu des difficultés qui menacent leur santé mentale. Le lecteur trouvera en fin de document un bref lexique où sont définis quelques notions et indicateurs.

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

CONDITIONS DE VIE

À MONTRÉAL

Les conditions de vie sont un déterminant majeur de l'état de santé et du bien-être de la population. Montréal est un territoire lourdement touché par la pauvreté. Ainsi en 2000, un jeune sur trois ayant moins de 18 ans faisait partie d'une famille vivant sous le seuil de faible revenu. Selon le type de famille et le groupe d'âge, la situation peut être encore plus critique. Trois jeunes sur cinq faisant partie de familles monoparentales vivaient sous le seuil de faible revenu. On en comptait un sur quatre dans les familles biparentales. Chez les plus jeunes (0-5 ans) provenant de familles monoparentales, c'était plus des deux tiers qui étaient dans cette situation. Les jeunes Montréalais sont désormais proportionnellement plus nombreux à être touchés par la pauvreté que les personnes âgées.

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT¹

FAITS SAILLANTS

- Entre 2006 et 2011, on estime que le nombre de jeunes de 0 à 17 ans de ce CSSS passera de 27 840 à 30 094, soit une augmentation de 8,1 % comparativement à 0,9 % à Montréal.
- Deux enfants sur cinq vivent dans des familles dont le revenu est inférieur au seuil de faible revenu. Une proportion plus élevée d'enfants d'âge préscolaire connaissent la pauvreté, soit 45,6 % contre 38,6 % chez ceux d'âge scolaire. Cette situation est plus répandue encore chez les enfants de familles monoparentales et parmi eux, ceux d'âge préscolaire sont proportionnellement encore plus exposés à la pauvreté (tableau 1).
- La proportion de familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu (36,6 %) est statistiquement plus élevée dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, comme dans chacun de ses secteurs, que dans l'ensemble de Montréal (31,6 %). C'est parmi les familles monoparentales que le problème de la pauvreté est le plus aigu (tableau 2).

¹ Notez que le secteur du Nord de l'Île a repris dernièrement son ancien nom de Bordeaux-Cartierville. Nous n'avons pu faire le changement à temps pour la publication du document.

Tableau 1 Enfants vivant dans des familles sous le seuil de faible revenu selon la catégorie d'âge des enfants, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000

	0-5 ans		6-17 ans		0-17 ans	
	n	%	n	%	n	%
Enfants	4 095	45,6	6 205	38,6	10 300	41,1
Dans familles biparentales	3 235	41,7	4 250	33,7	7 485	36,7
Dans familles monoparentales	830	69,7	1 860	56,3	2 690	59,8
Autres	30	100,0	95	67,9	125	73,5

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

Tableau 2 Familles avec enfants de moins de 18 ans vivant sous le seuil de faible revenu selon la structure familiale, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000

Territoire	En couple		Monoparentales		Total	
	n	%	n	%	n	%
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	3 595	32,3	1 525	53,6	5 120	36,6
Nord de l'île	1 335	30,4	690	55,9	2 025	36,0
Saint-Laurent	2 260	33,6	835	51,9	3 095	37,1

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

SANTÉ MENTALE DES JEUNES

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

DANS LE MONDE

Selon l'OMS, une personne sur quatre dans le monde souffre au moins d'une maladie mentale au cours de sa vie. Dans une famille sur quatre, au moins une personne souffre d'une maladie mentale ou de toxicomanie. Les troubles mentaux et les troubles de comportement sont universels.

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

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

AU CANADA

On estime que la prévalence générale de la maladie mentale chez les enfants et les adolescents canadiens tourne autour de 15 %. Voici les maladies mentales les plus fréquentes chez ces derniers :

Troubles anxieux	6,5 %
Troubles de comportement	3,3 %
Troubles déficitaires de l'attention	3,3 %
Troubles dépressifs	2,1 %
Troubles liés à la consommation de substances psychoactives	0,8 %
Autisme ou autres troubles envahissants du comportement	0,3 %

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

À MONTRÉAL

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée en 2003, une très faible proportion des jeunes Montréalais (1,3 % des 12-14 ans et 1,4 % des 15-19 ans) font une autoévaluation négative de leur santé mentale, la qualifiant soit de mauvaise, soit de passable. Des différences apparaissent chez ceux qui l'évaluent comme étant très bonne ou excellente. Ainsi 52 % des jeunes de 12 à 14 ans déclarent leur santé mentale comme étant excellente contre 35 % chez les 15-19 ans. Ces proportions sont respectivement de 27 % et 32 % chez ceux qui disent avoir une très bonne santé mentale (données non présentées.)

HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX SELON LA CATÉGORIE D'ÂGE

AU QUÉBEC

Entre 1991-1993 et 1999-2001, on observe une augmentation du nombre d'hospitalisations dues à des troubles mentaux de :

- 62 % chez les 5-11 ans;
- 69 % chez les 12-17 ans.

Cet accroissement pourrait s'expliquer par :

- l'amélioration des connaissances dans ce domaine;
- l'affinement des diagnostics, le dépistage plus précoce de ces troubles;
- le recours plus fréquent à l'hospitalisation au lieu d'un séjour prolongé;
- une combinaison de ces facteurs;
- un possible accroissement en soi des troubles mentaux.

Une enquête menée par l'ISQ en 1998 indiquait qu'environ 30 % des adolescents ayant un niveau de détresse psychologique élevé avaient consulté un professionnel de la santé en raison de leurs symptômes au cours de l'année antérieure.

Source : Lefebvre, C. *Un portrait de la santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, [En ligne], INSPQ, 2004, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/253-PortraitSanteJeunes0-17.pdf>].

À MONTRÉAL

Le taux d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale (troubles de l'adaptation, psychoses affectives, troubles névrotiques, etc.) au cours de la période 2002-2005 chez les 0-17 ans était de :

- 14 pour 10 000 chez les filles;
- 8 pour 10 000 chez les garçons.

Le séjour moyen d'hospitalisation pour les troubles de santé mentale était de :

- 25 jours par rapport à 5 jours pour toutes les causes.

Notons qu'un taux d'hospitalisation ne peut être interprété comme un indice sanitaire, mais bien comme un indicateur d'utilisation de services de santé.

Puisque les hospitalisations pour troubles mentaux surviennent peu fréquemment chez les enfants d'âge préscolaire, tous les calculs présentés ici pour Montréal et le CSSS ont également été effectués pour la catégorie d'âge des 5-17 ans. Nos analyses nous permettent d'affirmer que ces tendances ne diffèrent pas de celles portant sur les enfants de 0 à 17 ans.

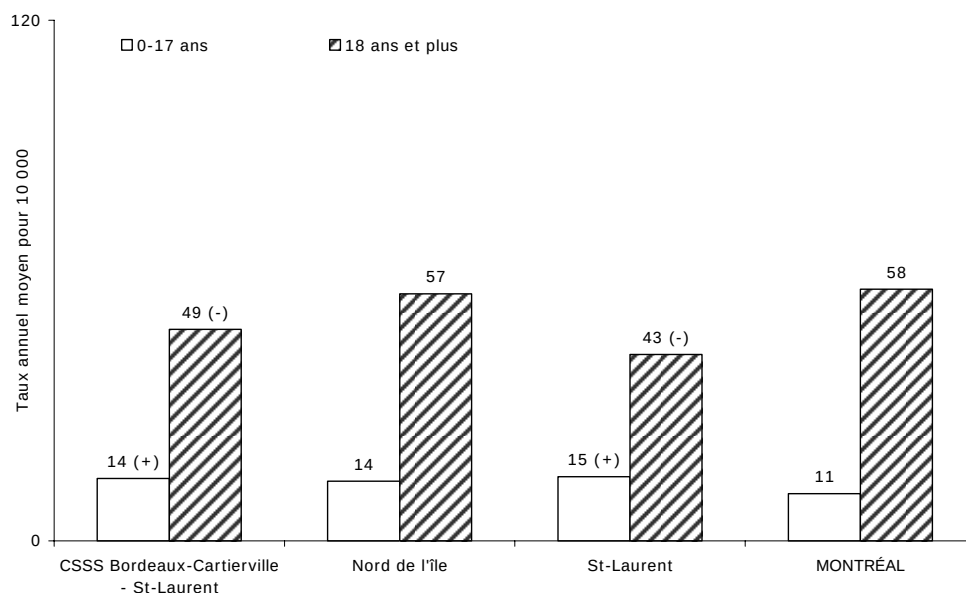
DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT

Bien que les hospitalisations pour troubles mentaux paraissent marginales chez les jeunes par rapport à celles des adultes, la question demeure importante, en particulier du fait de leur accroissement, et ce, dans un contexte où les hospitalisations chez les jeunes de 12 à 17 ans ont au contraire globalement diminué. (Voir à ce sujet : Lefebvre, C. *Un portrait de santé des jeunes Québécois de 0 à 17 ans*, INSPQ, 2004.)

FAITS SAILLANTS

- Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les jeunes sont marginaux en comparaison de ceux des adultes (figure 1).
- Le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux des jeunes (0-17 ans) est supérieur dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent à celui de Montréal. Ce taux est encore plus élevé dans le secteur Saint-Laurent (figure 1).
- Au cours de la période d'observation 2002-2005, le nombre d'hospitalisations pour troubles mentaux s'élevait à 108 chez les moins de 18 ans de ce CSSS, dont 95 cas concernaient des jeunes de 12 à 17 ans (données non présentées).

Figure 1 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005



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

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

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

BIEN-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE DES JEUNES MONTRÉALAIS

Jeunes Montréalais d'âge scolaire (6-17 ans)

À Montréal, on estime la proportion de jeunes d'âge scolaire, les 6-17 ans, à 12,8 % pour l'année 2006. Cette proportion est de 13,5 % dans le territoire du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, soit 9 189 jeunes de 6 à 11 ans et 8 883 de 12 à 17 ans.

Bien-être psychologique

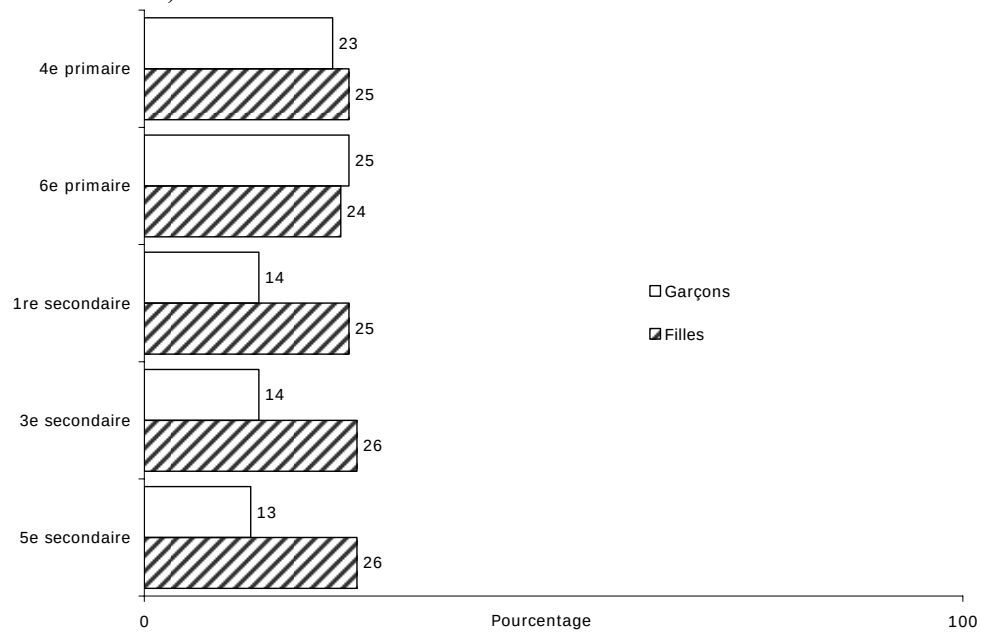
Dans le cadre de l'enquête montréalaise sur la santé des jeunes d'âge scolaire, le bien-être psychologique a été mesuré à partir des deux indices suivants : l'estime de soi et la détresse psychologique.

FAITS SAILLANTS

- Au primaire, garçons et filles ont dans une proportion semblable une faible estime d'eux-mêmes, soit environ un jeune sur quatre (figure 2).
- Au secondaire, la proportion de garçons ayant une faible estime d'eux-mêmes diminue, tandis qu'elle se maintient chez les filles. L'écart entre garçons et filles se creuse donc (figure 2).
- Parallèlement, une plus grande proportion de filles que de garçons présente un niveau de détresse psychologique élevé. Ainsi, à la fin du secondaire, c'est plus d'une fille sur quatre qui souffre de détresse psychologique comparativement à un garçon sur dix (figure 3).

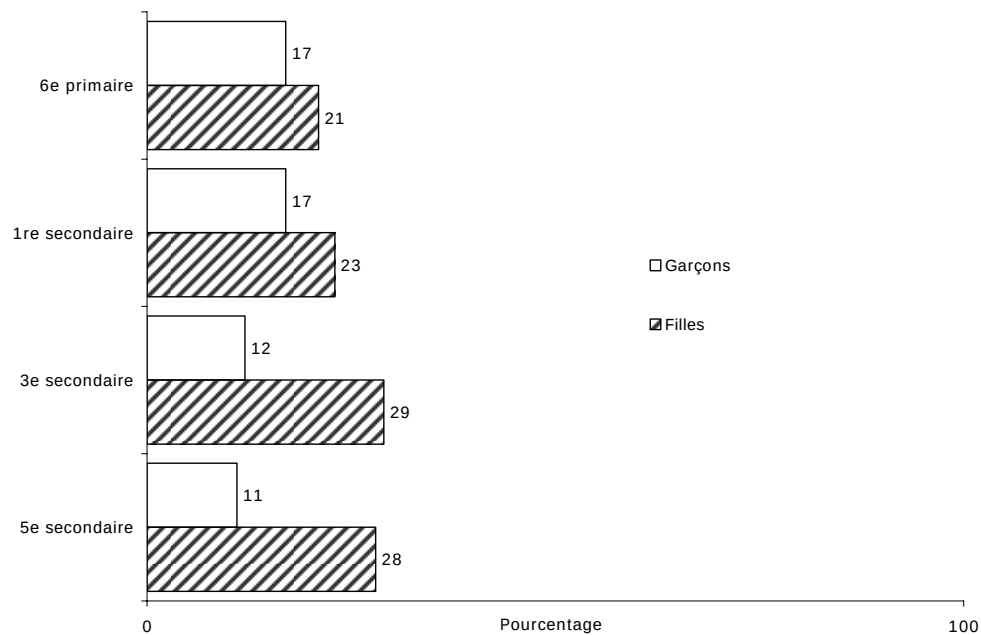
Source : Ayotte, V., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Figure 2 Jeunes présentant une faible estime d’eux-mêmes selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Figure 3 Jeunes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

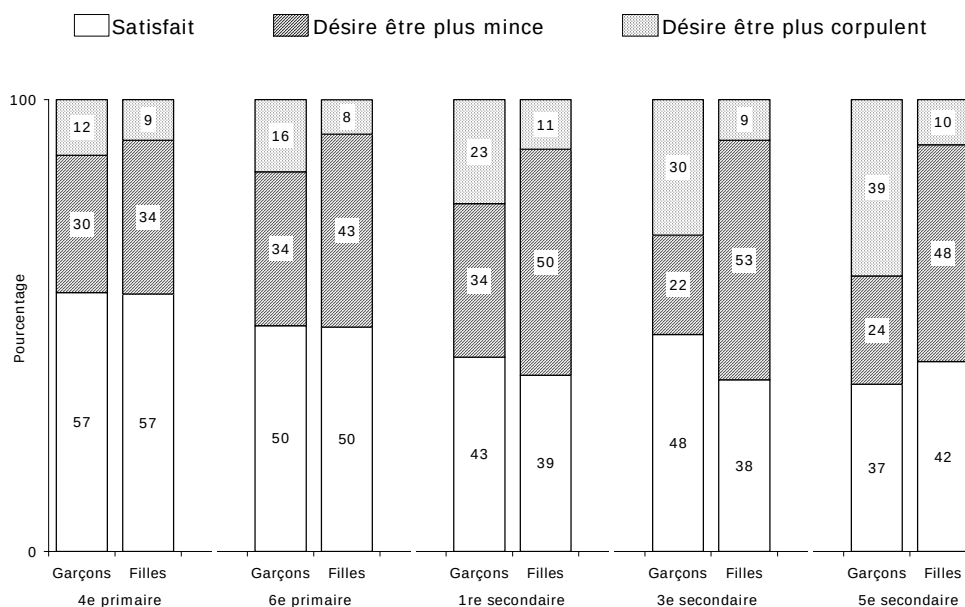
SATISFACTION À L'ÉGARD DE LA SILHOUETTE

Pourquoi cette question du rapport au corps est-elle importante? Parce qu'elle est liée à l'estime de soi. Avoir un corps qui diffère du standard social de minceur peut générer de la souffrance psychologique. Or l'excès de poids touche une proportion de plus en plus importante de la population du Québec – dont les jeunes – et ceux qui ont un excès de poids peuvent faire l'objet de discrimination, de rejet, d'intimidation.

FAIT SAILLANT

- Dès le primaire, entre 43 % et 50 % des enfants se disent insatisfaits de leur corps. Cette insatisfaction devient plus répandue avec l'avancement en âge. Ainsi, à la 3^e année du secondaire, davantage de garçons désirent un corps plus corpulent et davantage de filles, un corps plus mince (figure 4).

Figure 4 Satisfaction des jeunes à l'égard de leur silhouette selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

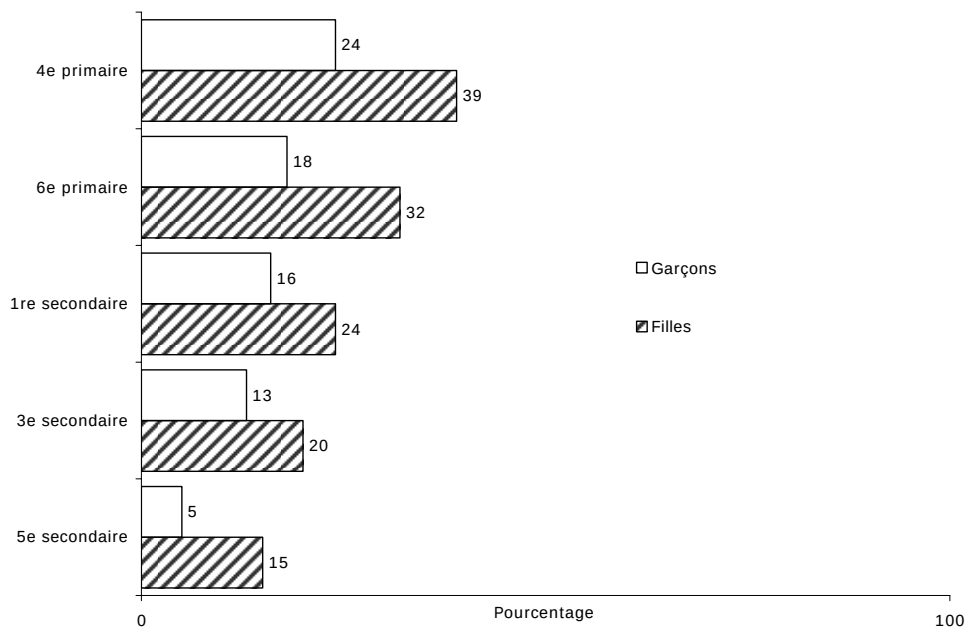
SENTIMENT D'INSÉCURITÉ ET VIOLENCE SUBIE PAR LES JEUNES

La route vers l'école peut susciter des sentiments d'insécurité et de peur. Les jeunes du primaire se sont prononcés sur trois sources pouvant générer de telles émotions : la circulation automobile, le vol ou la violence physique, la peur de certains adultes. Au secondaire, les motifs étaient : la circulation automobile, les gangs de rue et le *taxage*, l'intimidation de la part d'autres jeunes.

FAITS SAILLANTS

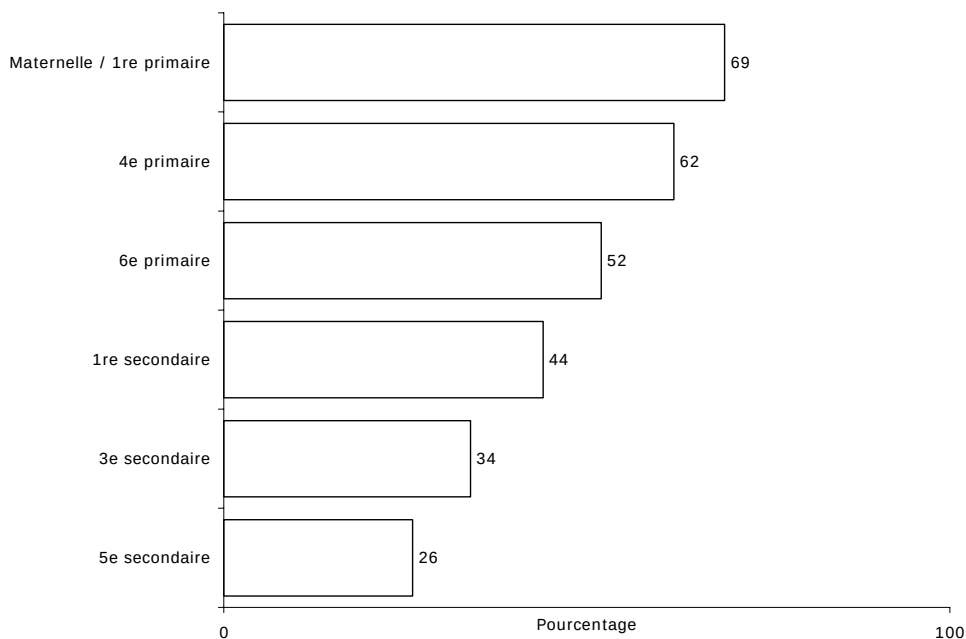
- La route de l'école cause un sentiment de peur chez bien des élèves. Ce sentiment tend à diminuer de façon progressive de la 4^e année du primaire jusqu'à la 5^e du secondaire chez les garçons comme chez les filles. En outre, une plus forte proportion de filles que de garçons de tous les niveaux le ressentent (figure 5).
- Au primaire, ce sentiment tient à la peur de se faire battre ou voler (65 %), à la crainte de certains adultes (40 %) et à celle de se faire frapper par une voiture ou un camion (35 %) (données non présentées).
- Au secondaire, l'intimidation (52 % à 62 %) est le premier motif de crainte, la peur des gangs et du *taxage* (30 % à 54 %) et la circulation automobile (20 % à 27 %) étant les autres sources du sentiment d'insécurité (données non présentées).
- La violence subie à l'école ou sur le chemin de l'école, telle que rapportée par les parents dans le cas des enfants du primaire, concerne une majorité des jeunes à l'école primaire, alors que cette proportion diminue au fur et à mesure de l'avancement au secondaire (figure 6).
- Si 12 % des enfants de 4^e année du primaire disent avoir été victimes de *taxage* depuis le début de l'année, 16 % ont vécu la brimade (figure 7).

Figure 5 Peur ressentie sur le chemin de l'école par les élèves selon le sexe et le niveau scolaire, 2003



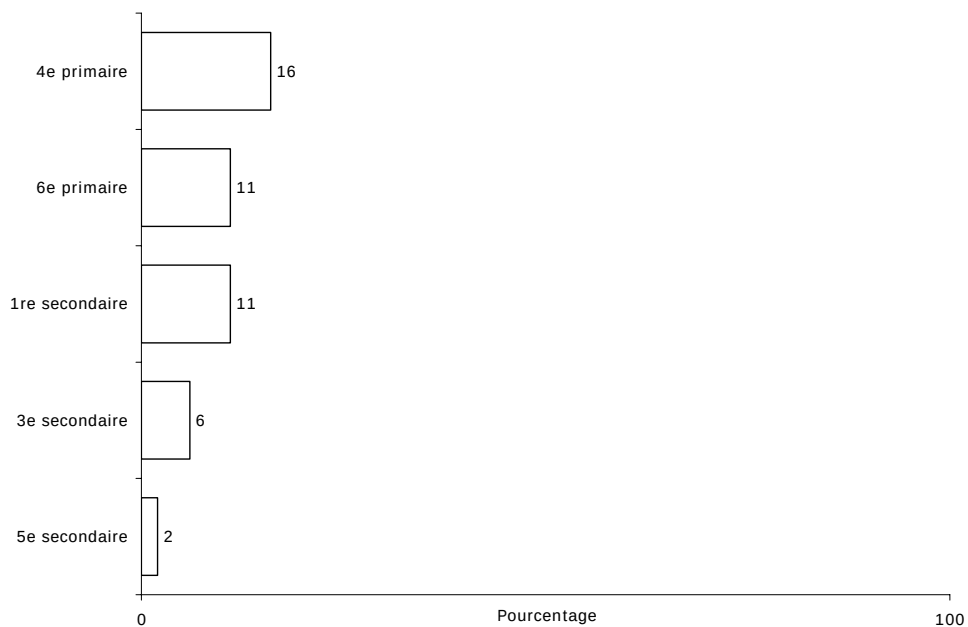
Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Figure 6 Élèves victimes de violence à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Figure 7 Élèves victimes de brimade à l'école ou sur le chemin de l'école depuis le début de l'année scolaire selon le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

Source : Ayotte, V., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

COMPOTEMENTS À RISQUE : LA CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUES

Liés à l'état de santé mentale, deux types de comportement à risque chez les jeunes retiennent plus particulièrement l'attention : la consommation d'alcool et de drogues.

AU QUÉBEC

Les données sur le Québec proviennent d'une enquête menée par l'ISQ auprès d'élèves du secondaire en 2004.

FAITS SAILLANTS

Entre 2002 et 2004, on observe chez les élèves du secondaire :

- Le maintien de la proportion d'élèves n'ayant pas de problème évident de consommation d'alcool et de drogues, soit un peu plus de quatre élèves sur cinq.
- Une diminution de la proportion de garçons et de filles ayant consommé de l'alcool : de 69 % à 63 %.
- Le maintien de la proportion (43 %) de jeunes ayant pris cinq consommations ou plus d'alcool en une seule occasion au moins une fois au cours d'une année.
- Une augmentation du pourcentage d'élèves (de 65 % à 70 %) ayant consommé de l'alcool de manière excessive, mais le maintien de la proportion de ceux qui l'ont fait à répétition (15 %).
- La régression de la consommation de drogues (de 41 % à 36 %), dont les plus fréquemment consommées sont le cannabis (36 %), les hallucinogènes (11 %) et les amphétamines (10 %).
- L'importance prise par l'*ecstasy* parmi les hallucinogènes.
- Une hausse de la consommation d'amphétamines (8 %), surtout chez les filles (de 7 % à 11 %).

Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, [En ligne], 2005, [www.stat.gouv.qc.ca].

À MONTRÉAL

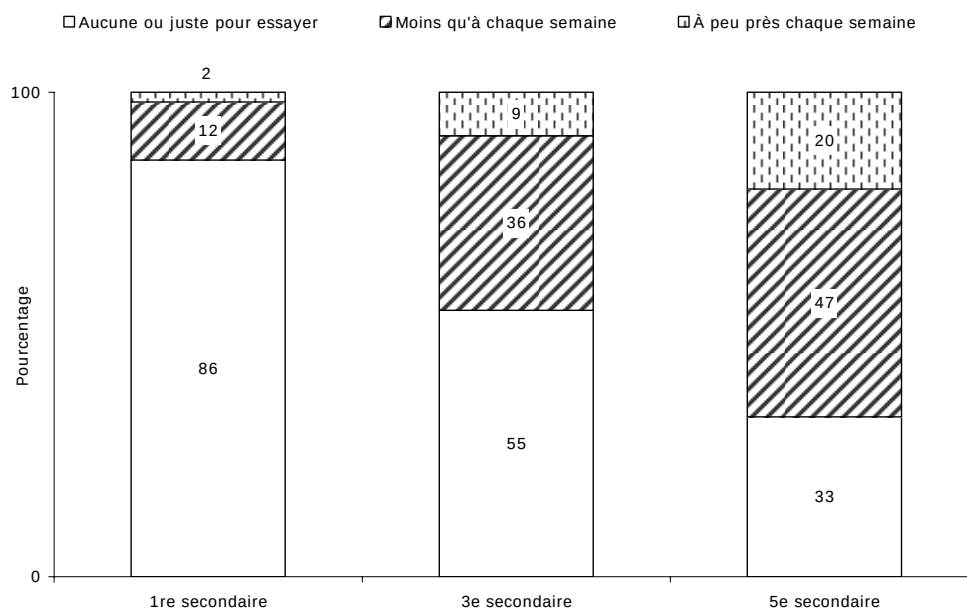
Les données proviennent de l'enquête menée en 2003 dans les écoles de Montréal auprès d'élèves du primaire et du secondaire.

FAITS SAILLANTS

Si la plupart des élèves de Montréal consomment peu ou pas d'alcool, il n'en demeure pas moins qu'une proportion non négligeable en consomme (figure 8). On retient :

- La précocité de l'âge des premières consommations : un jeune sur cinq en 4^e année du primaire et un sur trois en 6^e année du primaire (données non présentées).
- L'augmentation de la proportion de jeunes buvant de l'alcool et de la fréquence de consommation au fur et à mesure de l'avancement au secondaire (figure 8).
- Le nombre plus élevé de garçons que de filles disant consommer de l'alcool au primaire, une différence qui disparaît au secondaire (données non présentées et figure 8).
- La consommation excessive d'alcool (cinq verres ou plus au cours d'une même occasion), parmi ceux qui déclarent boire habituellement, chez un élève sur trois des 1^{re} et 3^e années du secondaire et chez un élève sur deux de la 5^e année du secondaire (données non présentées).

Figure 8 Consommation d'alcool au cours des 12 derniers mois selon le niveau scolaire, 2003



Source : Enquête sur le bien-être des jeunes Montréalais, 2003

FAITS SAILLANTS

- ✦ D'après l'enquête menée dans les écoles de Montréal en 2003, la consommation de drogues débute au secondaire alors qu'elle est pratiquement inexistante au primaire. Elle passe de 10 % des jeunes en 1^{re} secondaire à 47 % en 5^e secondaire (données non présentées).
- ✦ La consommation régulière de drogues au cours d'une année était le fait de 5 % des jeunes en 1^{re} secondaire et de 33 % en 5^e secondaire (données non présentées).
- ✦ En 5^e secondaire, 33 % des jeunes disent consommer du cannabis, dont 11 % chaque semaine (données non présentées).

Source : Ayotte, V., et al. *Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise*, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

PROBLÈME EN ÉMERGENCE : JEU DE HASARD ET D'ARGENT

Au Québec, les données sur les jeux de hasard et d'argent sont recueillies depuis peu puisqu'il s'agit d'un problème dont on a décelé l'émergence chez les jeunes vers la fin des années 90. L'ISQ récolte de telles informations auprès des élèves du secondaire.

En fait, on reconnaît désormais la popularité de ces jeux auprès des enfants et des adolescents. La prévalence de ce type de jeu serait à la hausse chez ceux-ci selon des études menées aux États-Unis, en Nouvelle-Zélande, en Europe et en Australie. Ainsi, de 4 % à 8 % des adolescents auraient un problème sérieux et de 10 % à 14 % seraient susceptibles d'en développer un.

La question est préoccupante parce que des études indiquent que le jeu compulsif s'installe peu à peu, comme le fait l'alcoolisme.

Pour en savoir plus : www.education.mcgill.ca/gambling

AU QUÉBEC

Les données sur le Québec proviennent d'une enquête menée par l'ISQ auprès d'élèves du secondaire en 2004. Dans l'enquête de l'ISQ, les jeux de hasard et d'argent comprennent les loteries instantanées (26 %), les cartes (23 %), les jeux d'habileté (19 %), les paris sportifs privés (14 %), les jeux de dés et le bingo (13 % chacun).

FAITS SAILLANTS

- La participation à des jeux de hasard et d'argent est le second comportement à risque en importance – après la consommation d'alcool – à avoir été mesuré par l'enquête de l'ISQ.
- L'initiation à ces types de jeux se fait en moyenne à 10,6 ans, soit avant les âges moyens d'initiation à la consommation d'alcool (12,4 ans) et de drogues (13 ans).
- La proportion d'élèves du secondaire s'étant adonnés à des jeux de hasard et d'argent était de 51 % en 2002 et de 45 % en 2004.
- Entre 2002 et 2004, la proportion de joueurs habituels est demeurée inchangée, soit 9 %.
- Il y a eu une augmentation de la proportion de joueurs à risque de 4,8 % en 2002 à 6 % en 2004.
- Il y a eu une augmentation de la proportion des joueurs ayant des problèmes de jeu (joueurs à risque + joueurs pathologiques) de 14 % à 19 % entre les deux années d'observation.

Caractéristiques des élèves ayant un problème de jeu

- Les garçons sont plus touchés que les filles.
- La langue parlée à la maison est plus souvent une autre langue que le français.
- Les non-francophones comprennent une plus forte concentration de joueurs habituels.
- Les élèves vivant dans une famille « autre que biparentale » sont proportionnellement plus touchés.
- Les élèves ayant un emploi à l'extérieur de la maison sont davantage touchés.
- Les élèves recevant une allocation hebdomadaire supérieure à 50 \$ sont aussi proportionnellement plus affectés.

Source : Institut de la statistique du Québec. *Enquête québécoise sur le tabac, l'alcool, la drogue et le jeu chez les élèves du secondaire, 2004. Quoi de neuf depuis 2002?*, [En ligne], 2005, [www.stat.gouv.qc.ca].

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

On entend par comportement suicidaire aussi bien les suicides réussis que les tentatives de suicide et les idées suicidaires. Les comportements suicidaires résultent souvent de stress majeurs et d'événements émotionnellement perturbants. Ils sont aussi étroitement corrélés à la maladie mentale et à la consommation de substances psychotropes.

Le comportement suicidaire devrait retenir plus particulièrement l'attention des intervenants et gestionnaires, et ce, non seulement en raison du choc et du deuil que vivent les proches de ceux qui ont commis un geste irréversible comme le suicide. En effet, bien qu'à cause de leur faible nombre les suicides comptent pour peu de chose dans la mortalité générale, leur poids est lourd quand on tient compte de la perte d'années de vie qu'ils entraînent, surtout chez les jeunes. Il s'agit d'un problème qui a connu une croissance importante à travers le Canada et au Québec au cours des trente dernières années et qui peut pourtant être prévenu. Dans une perspective de santé publique, ce sont autant d'arguments militant en faveur de l'action qui devrait, selon l'OMS, être orientée vers les facteurs environnementaux et les personnes à risque.

Comme nous disposons de peu d'information sur les comportements suicidaires des enfants et des adolescents, le phénomène est situé dans un ensemble plus vaste afin de mieux en saisir la portée.

DANS LE MONDE

Dans les pays développés, le suicide est l'une des premières causes de mortalité chez les jeunes. Selon l'OMS, il y a environ vingt tentatives pour chaque suicide réussi, tous groupes d'âge confondus.

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

AU CANADA

On estime le nombre de tentatives de suicide par les taux d'hospitalisation. Pour la période 1998-1999, il en ressort que le nombre de tentatives de suicide était constamment supérieur chez les femmes à celui chez les hommes, sauf chez les 75 ans et plus. Le taux d'hospitalisation le plus élevé (220,8 pour 100 000 habitants) est atteint chez les jeunes femmes ayant entre 15 et 19 ans.

En 2002, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC), les idées suicidaires affectaient 6 % des répondants ayant entre 15 et 24 ans et touchaient plus de femmes (7,3 %) que d'hommes (4,7 %) à ces âges. C'est la catégorie d'âge la plus touchée par ces idéations.

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

AU QUÉBEC

L'estimation de la prévalence des tentatives de suicide au Québec s'avère difficile à établir. En dépit des biais inhérents aux enquêtes, elles constituent la principale source d'information à cet effet. Quant aux hospitalisations pour tentatives de suicide, elles permettent difficilement d'en inférer la prévalence. Une faible portion de ceux qui tentent de se suicider se rendent à l'hôpital, soit environ 38 %, peu d'entre eux sont hospitalisés à l'interne et les tentatives sont souvent enregistrées sous d'autres diagnostics comme *troubles psychiatriques* ou *lésions traumatiques et empoisonnement*. D'où une sous-déclaration dont l'ampleur demeure encore aujourd'hui inconnue¹.

Pour ces raisons et compte tenu du fait que le nombre de cas enregistrés dans le fichier des hospitalisations (MED-ÉCHO) est extrêmement faible, aucune information à cet effet n'est présentée ici.

Par ailleurs, le Québec détient le taux de suicide le plus élevé de toutes les provinces canadiennes. En 1998, on y comptait 21,3 décès par suicide pour 100 000 habitants, tandis que la moyenne canadienne était de 14. En ce domaine, le Québec est proche de la Finlande qui, avec un taux de 22,5 pour 100 000, se classait en 2000 à la tête de 12 pays industrialisés étudiés (dont le Canada) pour cette cause de décès².

1 Houle, J., C. Poulin et L. R. Poirier. *Surveillance des tentatives de suicide traitées dans les salles d'urgence de la région montréalaise*, DSP de Montréal, 2006, 73 p.

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

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT

Durant la période 1996-2003, il y a eu un suicide parmi les jeunes de moins de 20 ans qui résidaient dans le territoire de ce CSSS. Au même moment, Montréal enregistrait 73 cas de suicide chez les jeunes de cette catégorie d'âge.

ADAPTATION SOCIALE

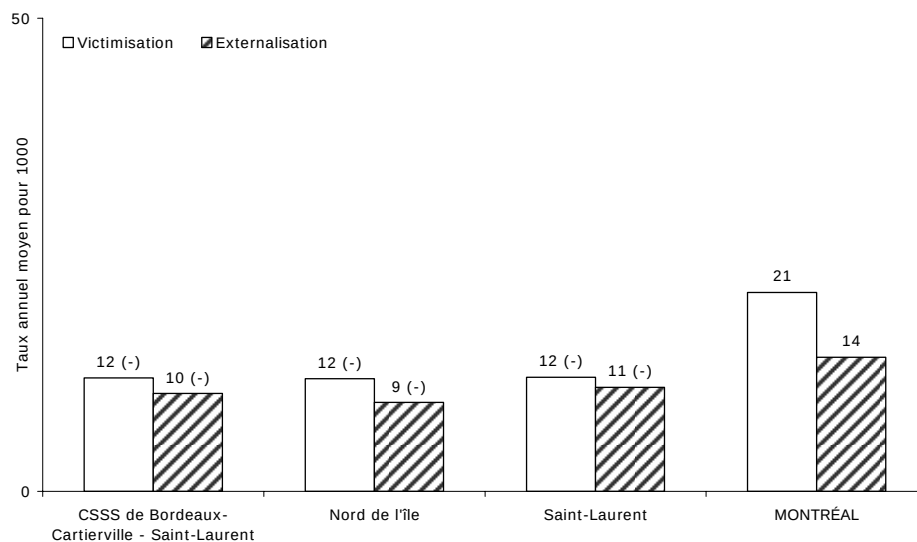
Les difficultés à vivre en société, les malaises individuels, les comportements jugés précoces par notre société, comme la grossesse à l'adolescence, sont autant d'éléments qui captent l'attention de ceux qui s'intéressent au sort des jeunes et à leur bien-être.

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT

FAITS SAILLANTS

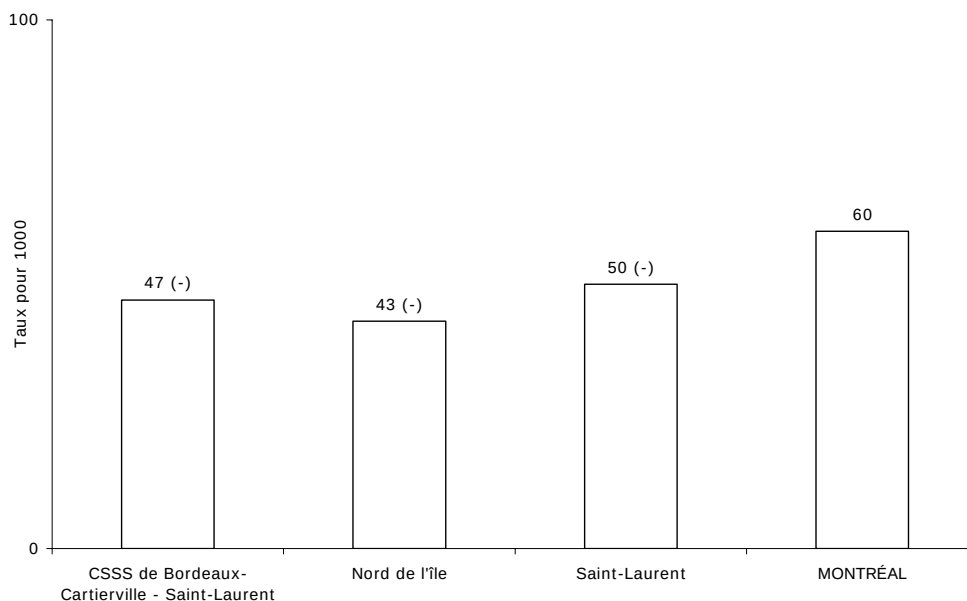
- ✦ La présence d'enfants victimes d'abandon, de négligence, d'abus sexuel ou physique (victimisation) et de ceux ayant des troubles de comportement ou ayant commis un délit (externalisation) est moins grande dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent qu'à Montréal. En effet, les taux de victimisation et d'externalisation du CSSS, comme ceux de chacun de ses secteurs, sont nettement inférieurs à ceux de Montréal (figure 9).
- ✦ En 2001, la délinquance chez les jeunes de ce CSSS était inférieure à celle de Montréal. Il en était de même dans chacun de ses secteurs, celui du Nord de l'Île en particulier (figure 10).
- ✦ Entre 1999 et 2001, les jeunes filles du CSSS avaient un taux de grossesse presque deux fois inférieur à celui de Montréal. Il en était de même dans chaque secteur (figure 11).

Figure 9 Taux de victimisation et d'externalisation chez les 0-17 ans, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1998-2000



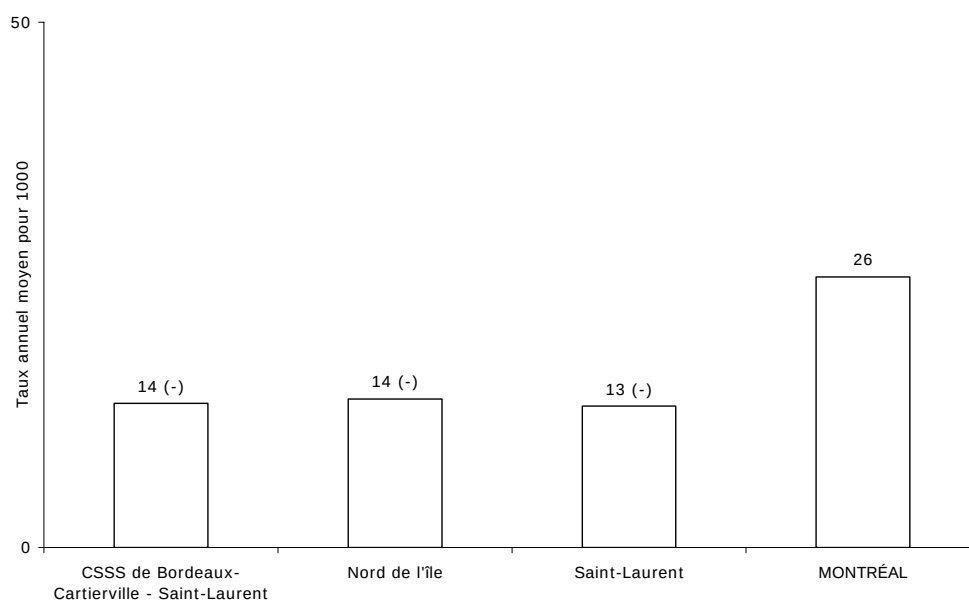
(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
 Source : Centres Jeunesse de Montréal, 1998-2000

Figure 10 Taux de délinquance juvénile, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
 Source : SPVM, compilations spéciales, 2001

Figure 11 Taux de grossesse à l'adolescence, 14-17 ans, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999-2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal
Source : MSSS, 1999-2001

QUELQUES DÉFINITIONS

Brimade

« Comportement d'agressivité consistant à menacer de détruire les affaires du jeune, tenter de le soudoyer, de l'intimider, de le harceler. »

Source : Ayotte, V., et al. Objectif jeunes : comprendre, soutenir. Rapport annuel 2004-2005 sur la santé de la population montréalaise, DSP de Montréal, Agence de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.

Problèmes de santé mentale

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

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

Santé mentale

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

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

Troubles mentaux ou maladie mentale

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

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

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

INDICATEURS

Incidence

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

Prévalence

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

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

Taux d'hospitalisation

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

Taux d'externalisation

Un taux d'externalisation est le rapport du nombre d'enfants ayant des troubles de comportement ou ayant commis un délit pour un territoire donné, et de la population d'enfants du même groupe d'âge de ce territoire. Au numérateur, une moyenne a été faite sur trois années. Les données ont été tirées des fichiers du Centre jeunesse de Montréal et des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.

Taux de victimisation

Un taux de victimisation est le rapport du nombre d'enfants ayant été victimes d'abandon, de négligence, d'abus sexuel ou physique pour un territoire donné, et de la population d'enfants du même groupe d'âge de ce territoire. Au numérateur, une moyenne a été faite sur trois années. Les données ont été tirées des fichiers du Centre jeunesse de Montréal et des Centres de la jeunesse et de la famille Batshaw.

Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Santé mentale des adultes



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec

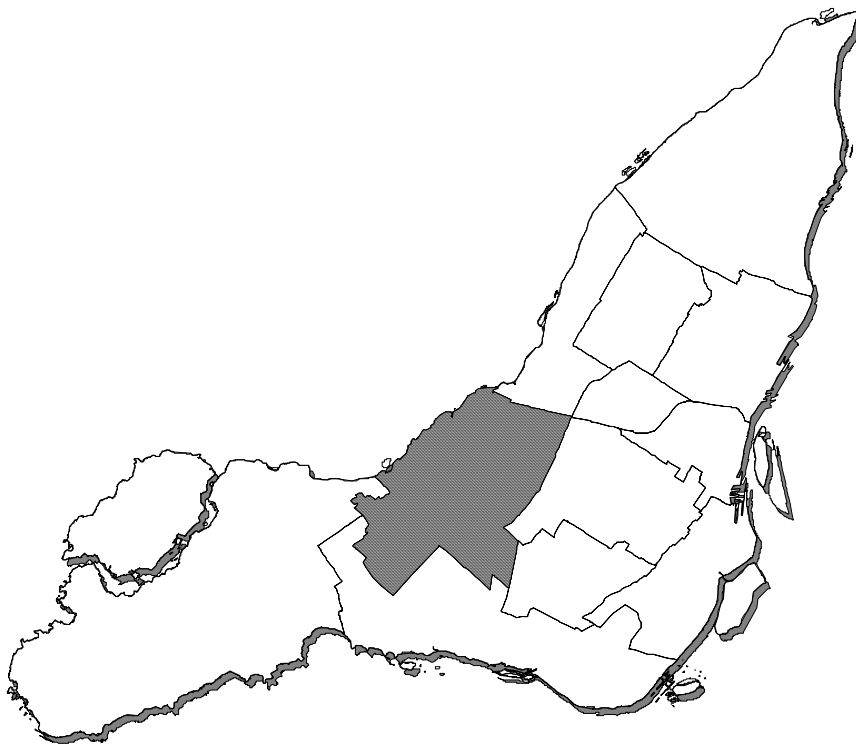


Santé publique



Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Santé mentale des adultes



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

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

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Série de quatre cahiers

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

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

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

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-527-2 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-528-0 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

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

Québec



Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
MALADIE MENTALE DANS LES POPULATIONS MONDIALE ET CANADIENNE	13
SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS	15
SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	15
FACTEURS ASSOCIÉS À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE.....	17
TROUBLES MENTAUX.....	18
FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES MENTAUX	19
HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX, 2002-2005	20
PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE.....	22
FACTEURS ASSOCIÉS À UN ÉTAT DE SANTÉ MENTALE PERÇU COMME MOYEN OU MAUVAIS	22
IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE	23
FACTEURS ASSOCIÉS AUX IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE	24
SUICIDES ET TAUX DE SUICIDE, 1996-1999 ET 2000-2003	25
INCAPACITÉS CONSÉCUTIVES À DES PROBLÈMES ÉMOTIFS OU NERVEUX, OU LIÉES À LA CONSOMMATION D'ALCOOL OU DE DROGUES.....	26
FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'INCAPACITÉS	26
INCAPACITÉS ET MILIEU DE TRAVAIL	27
UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ	28
CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS DES SERVICES	30
SANTÉ ET IMMIGRATION.....	31
SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS NÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA.....	31
UTILISATION DES SERVICES POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE.....	32
QUELQUES DÉFINITIONS.....	33

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Prévalence de la souffrance psychique et de ses composantes, population adulte de la région de Montréal, 1999.....	16
Figure 2	Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie, population adulte de la région de Montréal, 1999.....	18
Figure 3	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les enfants et les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2002-2005.....	21
Figure 4	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005	21
Figure 5	Évolution du nombre annuel moyen des journées d'incapacité de travailler selon certaines causes, population du Québec, 1987 à 1998	27
Figure 6	Utilisation des services pour des raisons de santé mentale selon diverses catégories de services, population de la région de Montréal, 1999	29
Figure 7	Utilisation des services selon la présence de troubles mentaux (12 derniers mois), population de la région de Montréal, 1999	29

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Nombre annuel moyen d'hospitalisations pour troubles mentaux chez les adultes, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2002-2005	20
Tableau 2	Nombre annuel moyen de suicides selon le groupe d'âge et le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 1996-1999 et 2000-2003	25

POINT DE MÉTHODE

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

INTRODUCTION

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

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

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

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

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

MALADIE MENTALE DANS LES POPULATIONS MONDIALE ET CANADIENNE

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

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

DANS LE MONDE

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

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

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

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

AU CANADA

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

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

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

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

Dans les foyers pour personnes âgées, on estime que :

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

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

SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS

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

SOUFFRANCE PSYCHIQUE

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

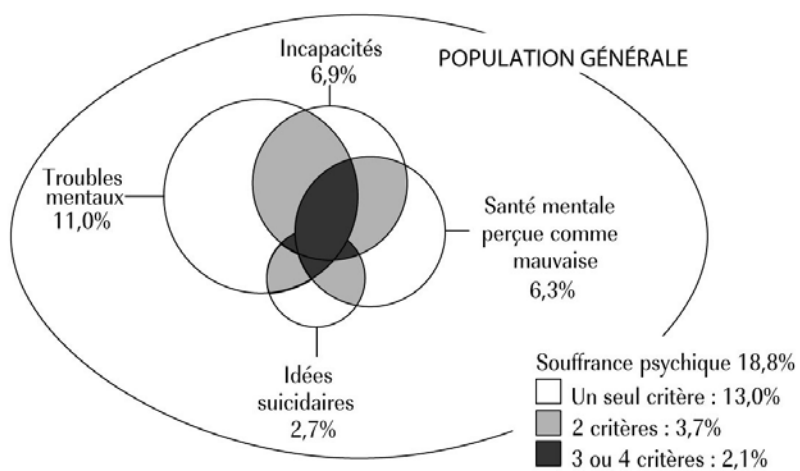
Voici les quatre indicateurs qui composent la souffrance psychique et leur période de référence :

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

FAITS SAILLANTS

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

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



Source : Enquête sur la santé mentale des Montréalais, 1999

FACTEURS ASSOCIÉS À LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

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

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

FAITS SAILLANTS

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

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

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

TROUBLES MENTAUX

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

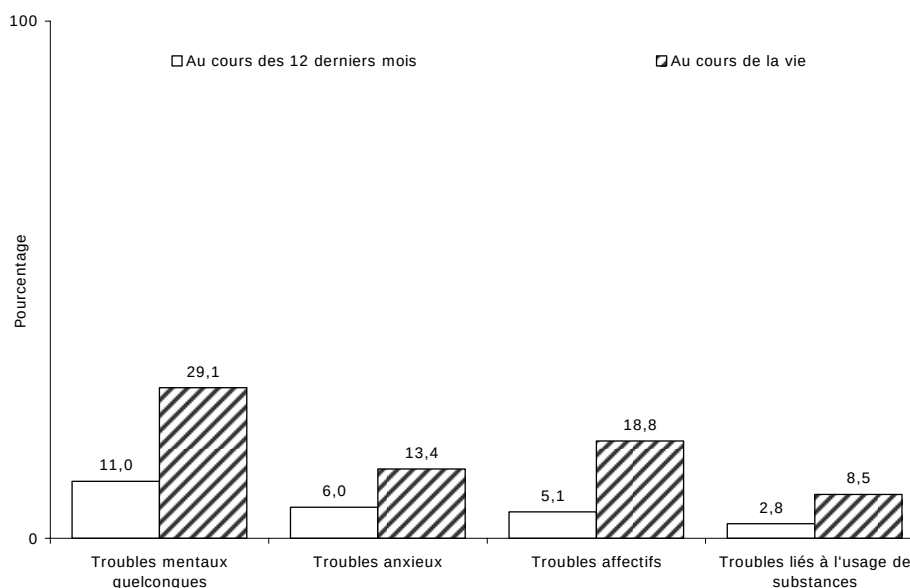
- troubles affectifs (dépression majeure);
- troubles anxieux (phobie sociale, agoraphobie, phobie spécifique, trouble panique, anxiété généralisée);
- troubles liés à l'usage de substances (abus d'alcool et de drogues ou dépendance à leur endroit).

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

FAITS SAILLANTS

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

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



Source : Enquête sur la santé mentale des Montréalais, 1999

FACTEURS ASSOCIÉS AUX TROUBLES MENTAUX

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

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

FAITS SAILLANTS

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

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

Facteurs associés aux troubles anxieux :

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

Facteurs associés aux troubles affectifs :

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

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

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

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

HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX, 2002-2005

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

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT¹

FAITS SAILLANTS

- Dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, on retrouve un nombre annuel moyen d'hospitalisations pour troubles mentaux très proche d'un secteur à l'autre, soit, au total, 255 dans Saint-Laurent et 280 dans Nord de l'Île (tableau 1).
- Dans ce CSSS, les taux d'hospitalisation pour ces troubles chez les adultes sont statistiquement inférieurs à ceux de Montréal. Le secteur Saint-Laurent contribue plus particulièrement à cette situation (figure 3).
- Les résidents de ce CSSS ont des taux d'hospitalisation pour troubles mentaux inférieurs à ceux des Montréalais pour les tranches d'âge intermédiaires. Plus précisément, dans le secteur Saint-Laurent, ce sont les trois premières catégories d'âge qui présentent un taux inférieur. Le secteur Nord de l'Île affiche quant à lui un taux plus faible chez les 65-79 ans mais plus élevé chez les 18-34 ans (figure 4).

Tableau 1 Nombre annuel moyen d'hospitalisations¹ pour troubles mentaux chez les adultes, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2002-2005

Territoire	18-34 ans	35-64 ans	65-79 ans	80 ans et plus
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	130	192	91	122
Nord-de-l'île	66	100	41	48
St-Laurent	64	92	50	74
Montréal	2 016	4 065	1 420	1 303

Source : MSSS, Fichier Med-Écho

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

¹ Notez que le secteur du Nord de l'Île a repris dernièrement son ancien nom de Bordeaux-Cartierville. Nous n'avons pu faire le changement à temps pour la publication du document.

Figure 3 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux chez les enfants et les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2002-2005

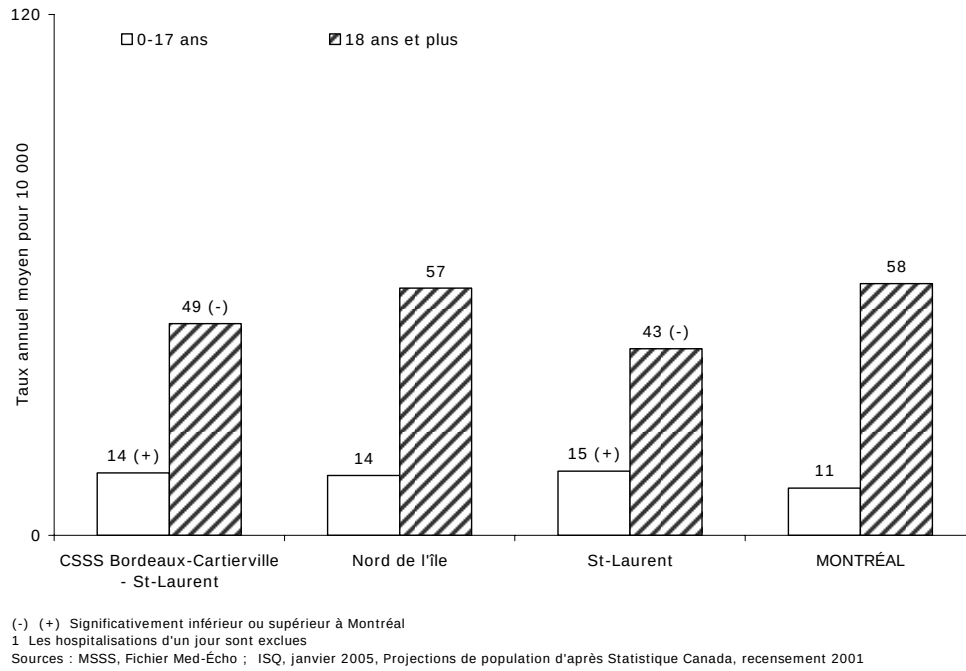
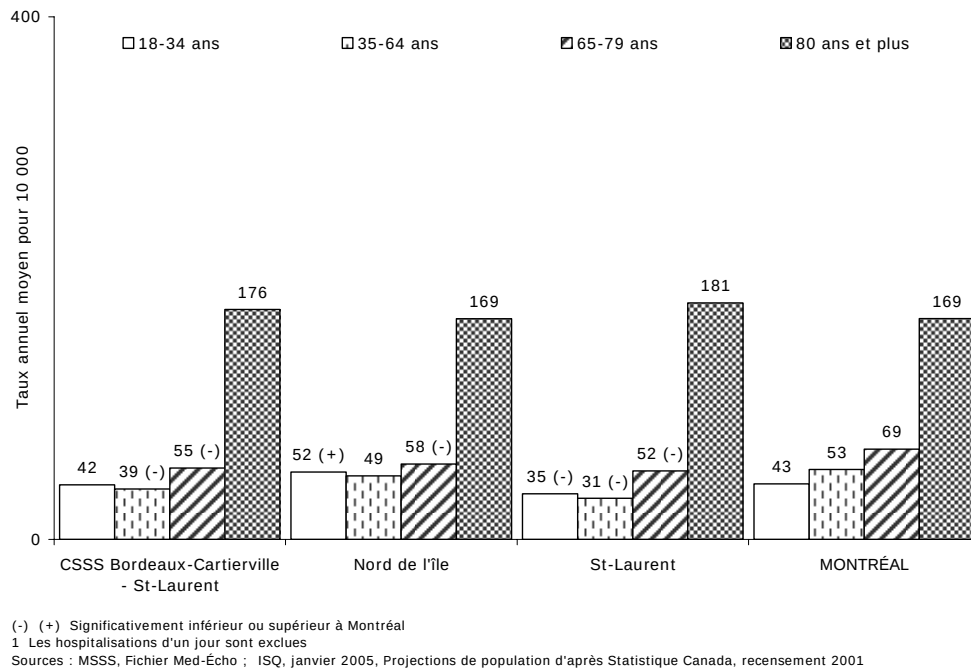


Figure 4 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux chez les adultes selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005



PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ MENTALE

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

FAIT SAILLANT

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

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

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

FAITS SAILLANTS

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

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

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

IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE

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

FAITS SAILLANTS

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

FACTEURS ASSOCIÉS AUX IDÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE

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

FAITS SAILLANTS

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

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

Sources :

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

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

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

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT

FAITS SAILLANTS

- ✦ Dans ce CSSS, le nombre annuel moyen de suicides s'élevait respectivement à 12 et à 9 au cours des périodes 1996-1999 et 2000-2003. Presque tous ces suicides sont le fait des hommes (tableau 2).
- ✦ Au cours des deux périodes d'observation, la mortalité par suicide dans ce CSSS ne se démarque pas d'un point de vue statistique de celle de Montréal (données non présentées).

Tableau 2 Nombre annuel moyen¹ de suicides selon le groupe d'âge et le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 1996-1999 et 2000-2003

Groupe d'âge	Femmes	Hommes	Total
2000-2003			
10-19 ans	0	0	0
20-24 ans	0	1	1
25-34 ans	0	2	2
35-44 ans	1	1	2
45-54 ans	0	2	2
55-64 ans	0	1	1
65-74 ans	0	1	1
75 ans et plus	0	1	1
Total	1	8	9
1996-1999			
10-19 ans	0	0	0
20-24 ans	0	1	1
25-34 ans	0	2	2
35-44 ans	1	3	3
45-54 ans	1	2	3
55-64 ans	1	1	2
65-74 ans	1	1	1
75 ans et plus	0	1	1
Total	3	9	12

Source : Fichier des décès, MSSS

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

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

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

FAITS SAILLANTS

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

FACTEURS ASSOCIÉS À LA PRÉSENCE D'INCAPACITÉS

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

FAITS SAILLANTS

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

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

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

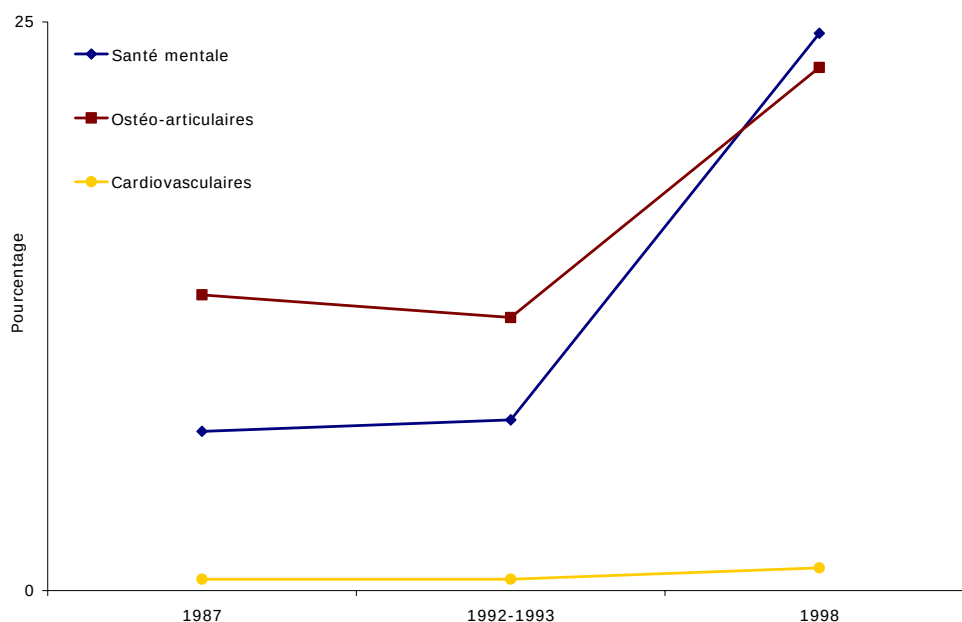
INCAPACITÉS ET MILIEU DE TRAVAIL

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

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

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

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



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

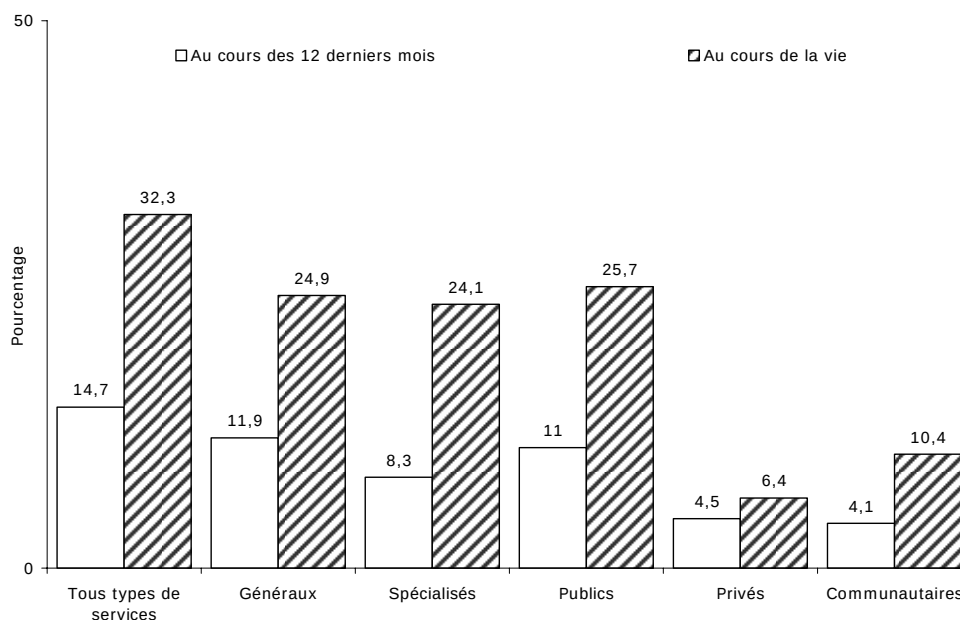
UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ

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

FAITS SAILLANTS

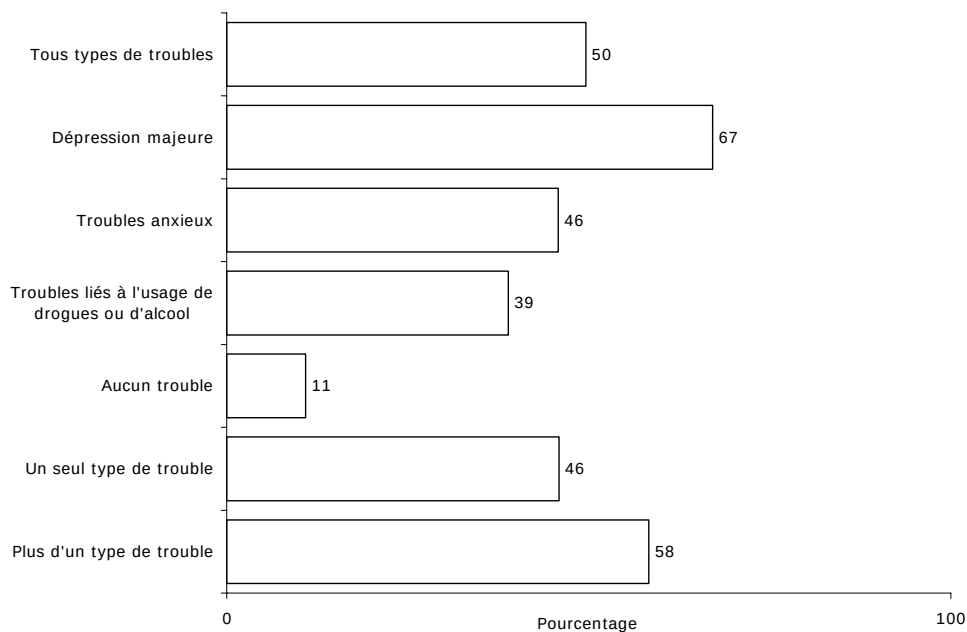
- Un Montréalais sur trois a eu recours à des services pour des raisons de santé mentale au cours de sa vie. Sur une année, c'est 15 % de la population (figure 6).
- Au cours des douze derniers mois, les professionnels les plus consultés ont été : les médecins généralistes (7 %), les psychologues (5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

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



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

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



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

CARACTÉRISTIQUES DES UTILISATEURS DES SERVICES

FAITS SAILLANTS

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

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

SANTÉ ET IMMIGRATION

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

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

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

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

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

SANTÉ MENTALE DES MONTRÉALAIS NÉS À L'EXTÉRIEUR DU CANADA

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

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

UTILISATION DES SERVICES POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE

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

QUELQUES DÉFINITIONS

Être aidant

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

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

Incapacités

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

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

Problèmes de santé mentale

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

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

Santé mentale

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

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

Santé mentale subjective

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

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

Scolarité relative

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

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

Spiritualité

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

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

Statut financier perçu

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

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

Troubles mentaux ou maladie mentale

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

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

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

Utilisation de services

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

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

INDICATEURS

Incidence

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

Prévalence

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

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

Taux d'hospitalisation

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

Portrait sociosanitaire de la population
CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Perte d'autonomie liée au vieillissement



Agence de la santé
et des services sociaux
de Montréal

Québec

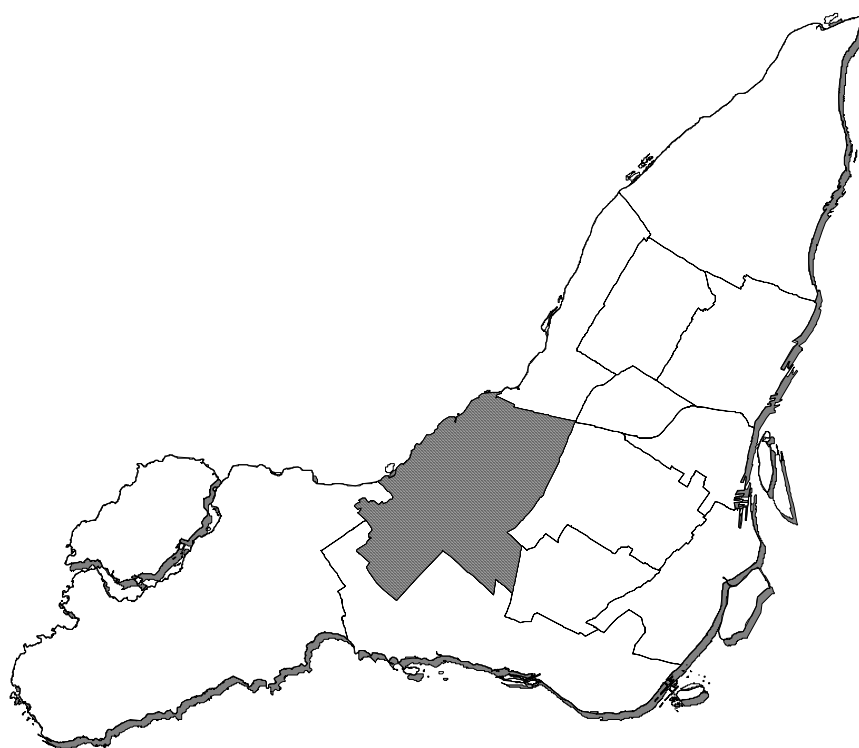


Santé publique



Portrait sociosanitaire de la population CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Perte d'autonomie liée au vieillissement



*Michèle A. Dupont
Jean Gratton
James Massie*

Octobre 2006

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

Michèle A. Dupont

Agent de recherche – Équipe de surveillance

Jean Gratton

Agent de recherche – Équipe de surveillance

James Massie

Technicien – Équipe de surveillance

MISE EN PAGE

Karine Bruegghe

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

Linda Larouche

Secrétaire – Planification, orientations et évaluation

INFOGRAPHIE

Javier Valdés

Infographe – Équipe de l'information

Portrait sociosanitaire de la population, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent

Série de quatre cahiers

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

2 - Santé mentale des jeunes

3 - Santé mentale des adultes

4 - Perte d'autonomie liée au vieillissement

© Direction de santé publique

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

Tous droits réservés

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2006

Dépôt légal - Bibliothèque et Archives Canada, 2006

ISBN : 2-89494-527-2 (version imprimée)

ISBN : 2-89494-528-0 (version PDF)

Prix : 15 \$ pour la série de quatre cahiers

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

Québec



Santé publique

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION	11
POPULATION DES ÂÎNÉS.....	13
TROUBLES COGNITIFS	18
HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX.....	20
PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCLARÉS PAR LES GENS ÂGÉS	21
PRÉVALENCE DU DIABÈTE	22
INCIDENCE DU CANCER.....	24
INCAPACITÉS	29
PRINCIPALES CAUSES D’HOSPITALISATION	32
CHUTES : UNE CAUSE IMPORTANTE DE LA PERTE D’AUTONOMIE	38
FIN DE LA VIE CHEZ LES ÂÎNÉS.....	41
QUELQUES DÉFINITIONS.....	51

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus par secteur de recensement, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001	14
Figure 2	Évolution de la proportion de la population âgée de 65 ans et plus, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001 à 2011	15
Figure 3	Proportion de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2006	15
Figure 4	Proportion de la population âgée de 65 ans et plus selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2006	16
Figure 5	Proportion de la population de 65 ans et plus vivant seule selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001	16
Figure 6	Proportion de la population de 65 ans et plus vivant seule selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001	17
Figure 7	Taux d'hospitalisation pour troubles mentaux chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005	20
Figure 8	Principaux problèmes de santé déclarés par les personnes de 65 ans et plus, Montréal, 2003	21
Figure 9	Taux d'incidence du cancer chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001-2002	26
Figure 10	Taux d'incidence du cancer du poumon chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001	26
Figure 11	Taux d'incidence du cancer du côlon-rectum chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001	27
Figure 12	Taux d'incidence du cancer du sein chez les aînées selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001	27
Figure 13	Taux d'incidence du cancer de la prostate chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001	28
Figure 14	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité causant une limitation des activités selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001	30
Figure 15	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité causant une limitation des activités selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001	30
Figure 16	Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité causant une limitation des activités selon la fréquence, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001	31
Figure 17	Répartition des taux d'hospitalisation pour 10 000 personnes chez les aînés selon la cause, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2002-2005	34
Figure 18	Taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil circulatoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005	34
Figure 19	Taux d'hospitalisation pour tumeurs chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005	35

Figure 20	Taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil respiratoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005.....	35
Figure 21	Taux d'hospitalisation pour lésions traumatiques et empoisonnements chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005.....	36
Figure 22	Taux d'hospitalisation pour maladies de l'appareil digestif chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005.....	36
Figure 23	Taux d'hospitalisation pour maladies du système nerveux chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005.....	37
Figure 24	Taux d'hospitalisation pour chute chez les aînés selon la catégorie d'âge, sexes réunis, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999 à 2004	39
Figure 25	Taux d'hospitalisation pour chutes chez les femmes de 65 ans et plus selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999 à 2004	40
Figure 26	Taux d'hospitalisation pour chute chez les hommes de 65 ans et plus selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999 à 2004	40
Figure 27	Répartition des taux de mortalité pour 100 000 personnes chez les aînés selon la cause, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2000-2003	42
Figure 28	Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003.....	44
Figure 29	Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003.....	44
Figure 30	Taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003.....	45
Figure 31	Taux de mortalité par tumeurs chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	45
Figure 32	Taux de mortalité par cancer du poumon chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	46
Figure 33	Taux de mortalité par cancer du côlon-rectum chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003.....	46
Figure 34	Taux de mortalité par cancer du sein chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	47
Figure 35	Taux de mortalité par cancer de la prostate chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	47
Figure 36	Taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003.....	48
Figure 37	Taux de mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	48
Figure 38	Taux de mortalité par pneumonie et grippe chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	49

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Répartition des 65 ans et plus selon la catégorie d'âge et la modalité de vie, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001.....	17
Tableau 2	Prévalence du diabète chez les 20 ans et plus selon la catégorie d'âge, territoires de CSSS et secteurs de CLSC, Montréal, 2003-2004	23
Tableau 3	Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer selon le siège et la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001.....	25
Tableau 4	Nombre annuel moyen d'hospitalisations chez les aînés selon la cause et la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005.....	33
Tableau 5	Nombre annuel moyen de décès chez les aînés selon la cause et la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003	43

POINT DE MÉTHODE

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

INTRODUCTION

Le projet clinique des CSSS soutiendra l'implantation des programmes de services dont le programme perte d'autonomie liée au vieillissement. En appui à cette démarche, le présent document réunit des informations de nature descriptive sur les principaux problèmes de santé qui affectent les gens de 65 ans ou plus ainsi que sur les causes de mortalité les plus fréquentes. Cette sélection a été faite en fonction de la fréquence des problèmes, mais également en fonction de leur impact sur l'autonomie des gens appartenant à cette classe d'âge.

Dans la première section se trouve une description sociodémographique des aînés du CSSS qui inclut des informations sur leur espérance de vie à 65 ans et leur espérance de vie sans incapacité. Les gens vivant de plus en plus vieux et le nombre de personnes âgées augmentant, la présence de problèmes de santé moins fréquents par le passé, tels les troubles cognitifs, le diabète, l'incidence du cancer et les incapacités font l'objet des sections suivantes. Bien qu'il ne s'agisse pas d'un indicateur de l'état de santé en tant que tel, les taux d'hospitalisation pour diverses causes sont aussi présentés. La mortalité clôt ce portrait des gens âgés du CSSS. En fin de document, le lecteur trouvera un lexique où sont définis quelques notions et indicateurs.

La quasi-totalité des informations a été produite par la Direction de santé publique de Montréal (DSP), et ce, à partir des données provenant du recensement de 2001, de bases administratives (MED-ÉCHO, fichiers des tumeurs et des décès) et de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* de 2003. Dans la mesure du possible, les taux ont été calculés pour trois tranches d'âge afin de faire ressortir les différences apparaissant entre les gens très vieux (85 ans et plus) et les autres aînés.

La surveillance de l'état de santé repose largement sur des informations extraites des bases de données administratives, lesquelles contiennent beaucoup plus d'informations sur la santé physique que la santé mentale. À cette surreprésentation de la santé physique au détriment de la santé mentale s'ajoute le fait que ces données concernent essentiellement des patients. Or une approche populationnelle suppose de viser la population dans son ensemble et non seulement les utilisateurs de services. Par ailleurs, des objets de surveillance comme les déterminants de la santé sont documentés principalement par des enquêtes, lesquelles rendent compte des habitudes propres à la population de Montréal dans son ensemble et non des habitudes des populations à une échelle plus fine de son territoire.

Pour toutes ces raisons, l'identification des besoins de santé et la détermination des priorités devraient reposer à la fois sur les données et à la fois sur le savoir et l'expérience des acteurs clés, soient-ils administrateurs ou praticiens, impliqués dans les divers secteurs oeuvrant à l'amélioration de la santé de la population et à la qualité de son environnement.

Pour un complément d'information, le lecteur aurait tout intérêt à prendre connaissance du cahier intitulé *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé*. Il y trouvera une description sociodémographique de la population du CSSS, de ses conditions de vie, une réflexion sur les déterminants de santé ainsi que des données sur les habitudes de vie des Montréalais.

POPULATION DES AÎNÉS

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT¹

Pour repérer la population des aînés recensée en 2001, une carte du territoire du CSSS (figure 1) offre une vue d'ensemble de la répartition par secteur de recensement du nombre de personnes de 65 ans et plus. L'intervalle dans lequel se situe la proportion que représente cette classe d'âge dans un secteur de recensement donné est également fourni.

Entre 2006 et 2011, l'Institut de la statistique du Québec estime que la population du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent augmentera de 6,9 % par rapport à 3,7 % à Montréal. Le nombre d'aînés passerait de 23 913 à 25 143, soit une croissance de 5,1 %. Environ trois aînés sur cinq résident dans le secteur Saint-Laurent (tableau 1).

FAITS SAILLANTS

- En 2006, les gens âgés de 65 ans ou plus représentent un peu moins de 18 % de la population du CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, proportion qui baissera à 17,5 % d'ici 2011. Mais dans tous les cas, les gens âgés sont toujours proportionnellement plus nombreux dans ce CSSS et ses deux secteurs qu'à Montréal (figures 2 à 4).
- C'est dans le secteur Saint-Laurent qu'il y a la plus forte proportion de personnes âgées vivant seules, soit le tiers d'entre elles (figure 5).
- Avec l'avancement en âge, on trouve une plus grande proportion de personnes vivant seules et c'est une réalité surtout féminine, conséquence d'une espérance de vie plus longue que celle des hommes. Cette solitude s'accroît aux âges avancés (figures 5 et 6).
- Dans l'hypothèse où elles seraient soumises aux conditions de mortalité de la période d'observation 1999-2003, à 65 ans, les femmes de ce CSSS peuvent espérer vivre encore en moyenne 22,2 ans. Par contre, elles ne peuvent espérer vivre sans incapacité que jusqu'à l'âge de 75,8 ans. Les hommes ayant atteint 65 ans peuvent quant à eux espérer vivre encore 18,4 ans. Leur vie moyenne sans incapacité serait de 73,8 ans.

¹ Notez que le secteur du Nord de l'Île a repris dernièrement son ancien nom de Bordeaux-Cartierville. Nous n'avons pu faire le changement à temps pour la publication du document.

Figure 1 Nombre et proportion de personnes âgées de 65 ans et plus par secteur de recensement, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001

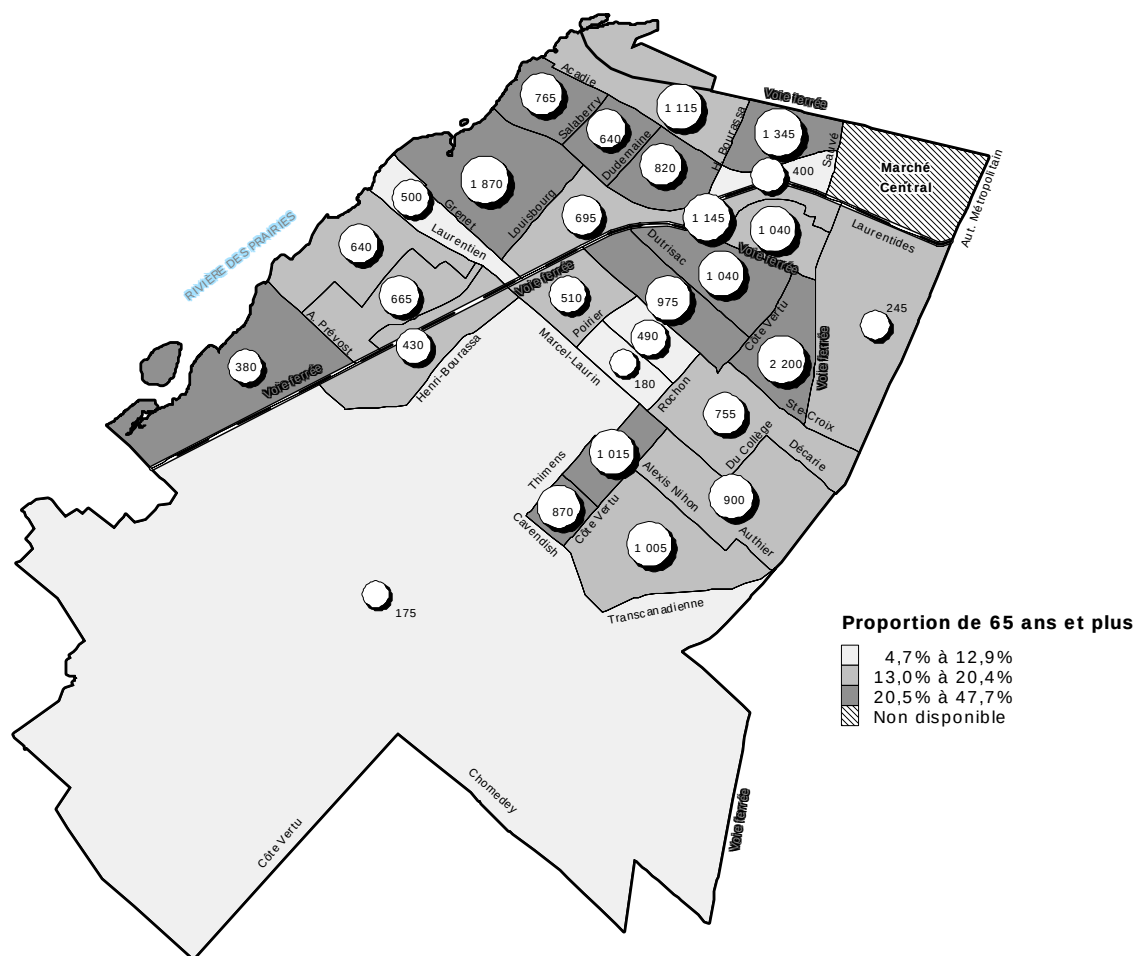


Figure 2 Évolution de la proportion de la population âgée de 65 ans et plus, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001 à 2011

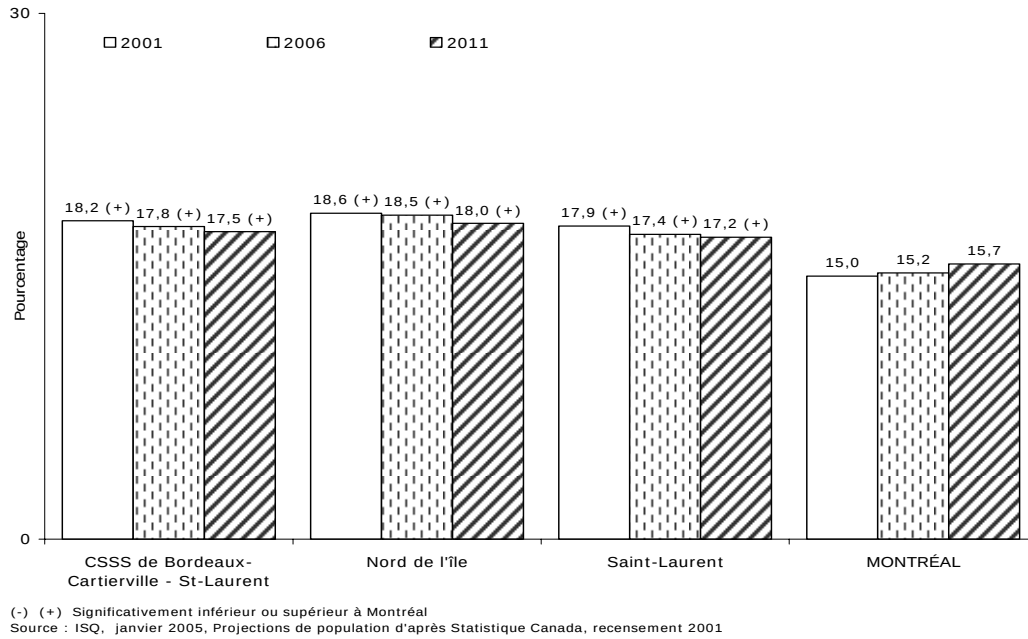


Figure 3 Proportion de la population âgée de 65 ans et plus selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2006

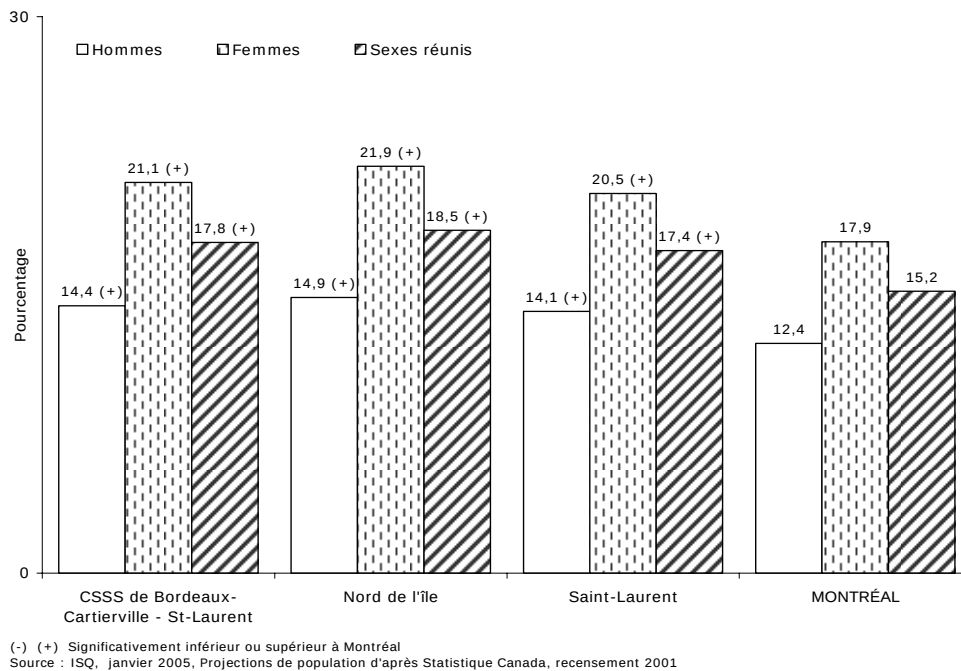


Figure 4 Proportion de la population âgée de 65 ans et plus selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2006

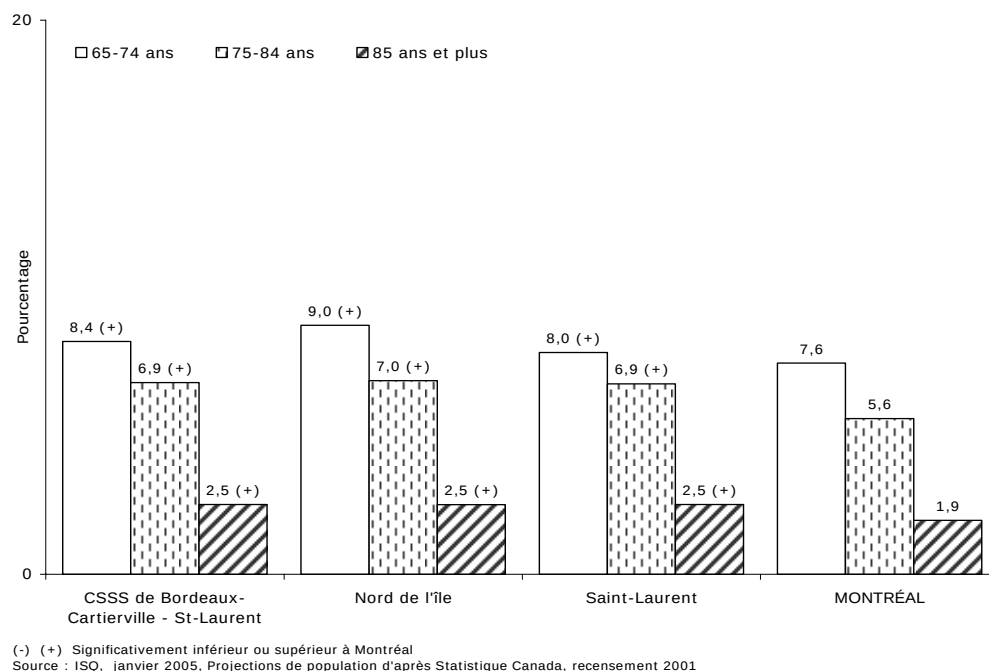


Figure 5 Proportion de la population de 65 ans et plus vivant seule selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001

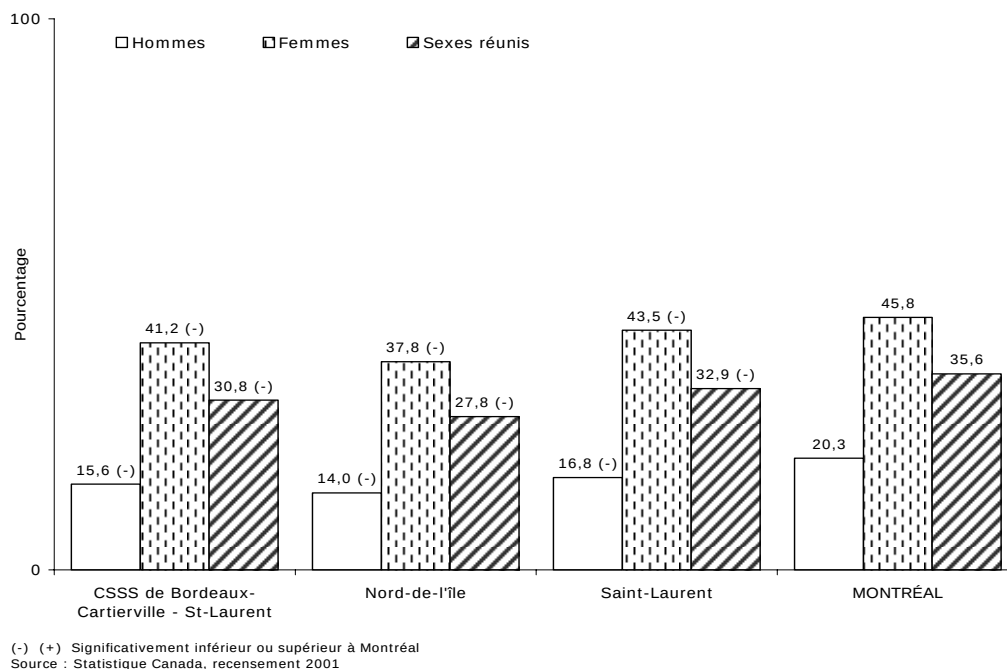


Figure 6 Proportion de la population de 65 ans et plus vivant seule selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001

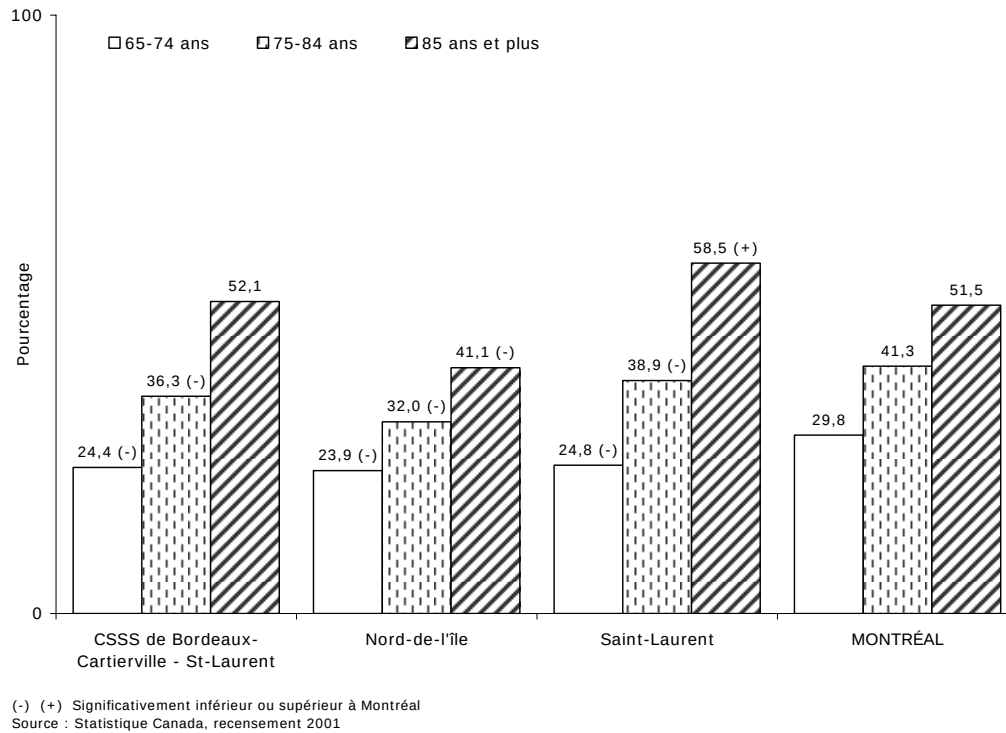


Tableau 1 Répartition des 65 ans et plus selon la catégorie d'âge et la modalité de vie, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2001

Modalité	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus
Population vivant seule				
CSSS de Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	2 795	2 685	795	6 275
Nord de l'île	1 185	900	230	2 315
St-Laurent	1 610	1 785	565	3 960
MONTRÉAL	42 985	36 155	10 590	89 730
Population vivant avec des personnes apparentées ou non apparentées				
CSSS de Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	8 660	4 710	730	14 100
Nord de l'île	3 775	1 910	330	6 015
St-Laurent	4 885	2 800	400	8 085
MONTRÉAL	101 195	51 340	9 960	162 495

Source : Statistique Canada, recensement de 2001

TROUBLES COGNITIFS

Constituante fondamentale de l'état de santé, la santé mentale des aînés devient une préoccupation importante puisque l'allongement de l'espérance de vie et l'augmentation du nombre de personnes âgées vont de pair avec la croissance de certains troubles neuropsychiatriques survenant plus particulièrement à des âges avancés. De tels troubles sont étroitement associés à l'incapacité comme en témoignent de nombreuses études et enquêtes. (Voir à ce sujet les cahiers *Description du milieu socioéconomique et déterminants de l'état de santé* ainsi que *Santé mentale des adultes*.)

Bien que les troubles cognitifs affectent la santé mentale de la population des aînés, l'évaluation qu'ils font de leur santé mentale générale s'avère plutôt positive. En effet, selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée en 2003, seulement 5 % des Montréalais de 65 ans et plus font une autoévaluation négative de leur santé mentale, la qualifiant soit de mauvaise, soit de passable. C'est là une proportion inférieure à celle des gens de 45 à 64 ans dont 6,3 % l'évaluaient ainsi. Par ailleurs, deux personnes âgées sur cinq se disent en excellente santé mentale, une proportion identique à celle des gens de 45 à 64 ans mais supérieure à celle des 25 à 44 ans (37,4 %). (Données non présentées.)

AU CANADA

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

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

Avec 64 % des cas, la maladie d'Alzheimer est la forme de démence la plus courante.

Un Canadien sur 13 âgé de 65 ans et plus est atteint de la maladie d'Alzheimer et d'affections connexes, soit :

- 1 sur 50 entre 65 et 74 ans;
- 1 sur 9 entre 75 et 84 ans;
- 1 sur 3 à partir de 85 ans.

Deux fois plus de femmes que d'hommes sont atteintes d'une démence.

La moitié des personnes atteintes de démence vivent au sein de leur collectivité; l'autre moitié, dans des établissements spécialisés. Ces pourcentages varient toutefois d'une région du Canada à l'autre.

Dans les foyers pour personnes âgées, on estime que :

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

AU QUÉBEC

Pour l'année 2006, la nombre de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'affections connexes chez les aînés est estimé à :

- 102 200 dans le cas des maladies neurodégénératives;
- 67 820 dans le cas de la maladie d'Alzheimer.

(Données basées sur les estimations de la fréquence tirées de l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada et les projections démographiques de Statistiques Canada.)

Source : Société Alzheimer. *La maladie d'Alzheimer : Statistiques*, [En ligne], [<http://www.alzheimer.ca/french/disease/stats-people.htm>].

HOSPITALISATIONS POUR TROUBLES MENTAUX

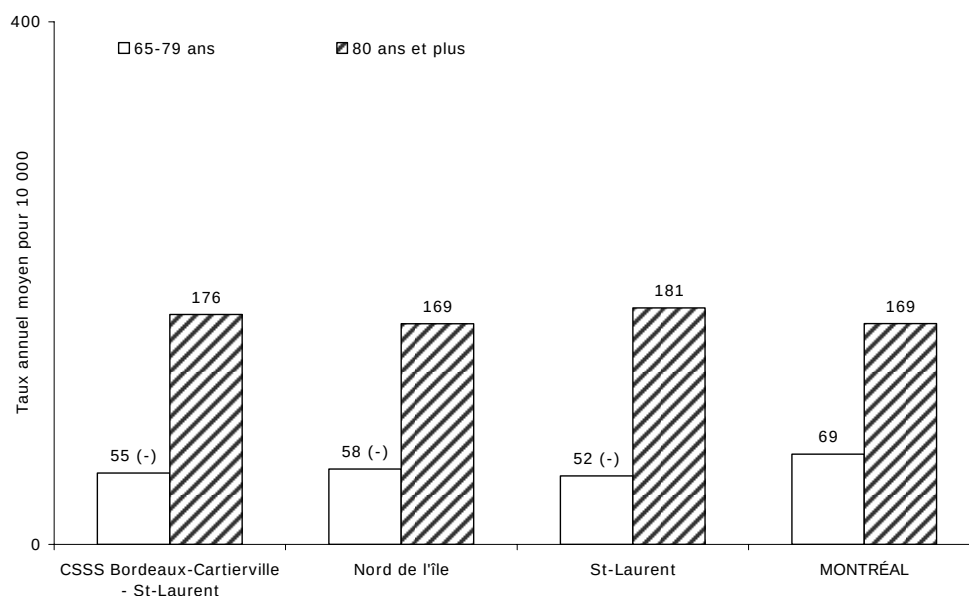
Les troubles mentaux comprennent les états psychotiques organiques, les autres psychoses, les troubles névrotiques de la personnalité et autres non psychotiques ainsi que le retard mental. Il s'agit là du cinquième regroupement de la Classification internationale des maladies (CIM-9), norme internationale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

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT

FAITS SAILLANTS

- Au cours des exercices financiers 2002-2005, on comptait annuellement dans ce CSSS une moyenne de 91 hospitalisations pour troubles mentaux chez des gens ayant entre 65 et 79 ans et 122 chez les plus vieux.
- Les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux sont significativement plus faibles que ceux de Montréal chez les 65-79 ans, tandis qu'ils sont comparables chez les plus âgés, et ce, tant pour le CSSS que pour ses deux secteurs (figure 7).

Figure 7 Taux d'hospitalisation¹ pour troubles mentaux chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005



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

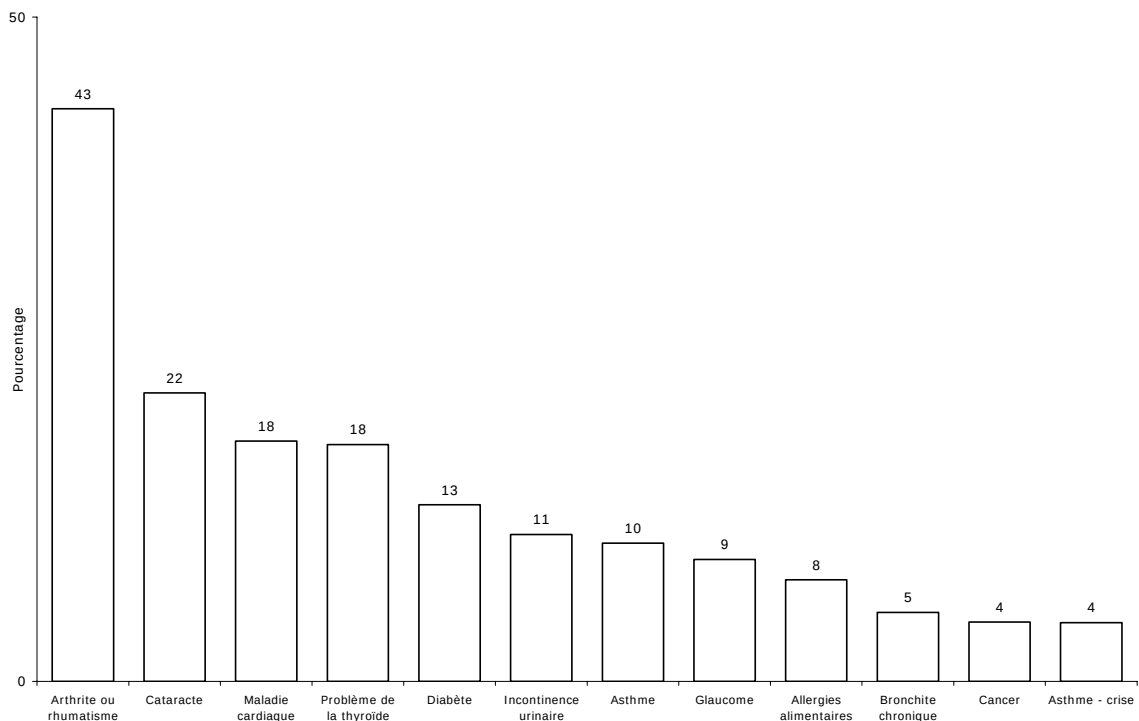
¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

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

PROBLÈMES DE SANTÉ DÉCLARÉS PAR LES GENS ÂGÉS

De quels problèmes de santé les gens se plaignent-ils en vieillissant ? On se rend compte à la figure 8 que, parmi les problèmes que ces gens déclarent avoir, plusieurs sont chroniques, tels l'arthrite ou le rhumatisme, les maladies cardiaques, le diabète, etc. La fréquence de plusieurs de ces problèmes augmente avec l'âge et nombre de gens en cumulent plus d'un. Certains ont des conséquences plus graves que d'autres puisqu'ils sont aussi une cause d'incapacité (ex. : rhumatisme) ou parce qu'ils constituent un facteur de risque (ex. : diabète) dans l'apparition d'autres maladies.

Figure 8 Principaux problèmes de santé déclarés par les personnes de 65 ans et plus, Montréal, 2003



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2003

PRÉVALENCE DU DIABÈTE

Jusqu'à récemment, l'information sur le diabète provenait principalement des déclarations des répondants aux enquêtes. Pour cette raison, la prévalence du diabète parmi la population québécoise et l'ampleur de ses conséquences étaient mal connues. Le Système québécois de surveillance du diabète, mis en place au début des années 2000, permet maintenant d'en estimer la prévalence. Pour l'exercice financier 2001-2002, les données montrent que 323 885 Québécois ayant 20 ans ou plus souffraient de diabète. La prévalence relative de la maladie était de 5,8 % dans l'ensemble de la population. Elle s'élevait à 6,6 % chez les hommes et à 5,1 % chez les femmes. Des informations sur la prévalence du diabète au cours de l'exercice financier 2003-2004 seront publiées en octobre 2006 dans le *Portrait de santé des Québécois*.

Des analyses récentes montrent qu'au Québec comme à Montréal, avec le vieillissement de la population, le diabète touche de plus en plus de gens et sa présence s'accroît avec l'avancement en âge du groupe des aînés.

AU QUÉBEC

- Pour l'exercice financier 2001-2002, les données montrent que la prévalence du diabète augmente en fonction de l'âge, et ce, de façon plus prononcée chez les hommes que chez les femmes à partir de 45 ans.
- La moitié des diabétiques de 20 ans ou plus se retrouve parmi la catégorie d'âge des 65 ans et plus.
- Les facteurs de risque sont : l'obésité, la sédentarité, l'appartenance à certains groupes ethniques et le faible statut socioéconomique.
- La proportion de décès chez les personnes diabétiques est plus élevée par rapport aux personnes non diabétiques, et ce, peu importe l'âge. Le rapport de ces proportions s'avère plus élevé d'une part pour les femmes (2,11) que pour les hommes (1,76) et d'autre part pour les jeunes de 20 à 29 ans (4,48) que pour les gens de 85 ans et plus (1,22).

À MONTRÉAL

- Par comparaison avec l'ensemble du Québec, la prévalence du diabète en 2001-2002 est statistiquement plus grande dans la région de Montréal, ce qui la classe d'ailleurs au troisième rang sur 14 régions sociosanitaires (la région de l'Outaouais et les régions nordiques étant exclues).

Source : Émond, V., et L. Rochette. *La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002*, [En ligne], INSPQ, 2005, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/373-SurveillanceDiabete-Prevalence2001-2002.pdf>].

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE–SAINT-LAURENT

La prévalence du diabète est présentée ici pour l'exercice financier 2003-2004.

FAIT SAILLANT

- En 2003-2004, on estime à 4 441 le nombre de diabétiques âgés de 65 et plus dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent (tableau 2). Leur proportion (18,9 %) est statistiquement inférieure à celle des Montréalais du même âge (20,1 %), ce qui est aussi le cas dans le secteur Nord de l'Île (18 %). La prévalence est toutefois semblable à celle de Montréal dans le secteur Saint-Laurent (19,5 %).

Tableau 2 Prévalence¹ du diabète chez les 20 ans et plus selon la catégorie d'âge, territoires de CSSS et secteurs de CLSC, Montréal, 2003-2004

CSSS et CLSC	20-44 ans		45-64 ans		65 ans et plus	
	n	%	n	%	n	%
de l'Ouest-de-l'île	954	1,3	4 068	7,3	4 395	17,5
Lac Saint-Louis	269	1,0	1 278	5,8	1 733	15,8
Pierrefonds	685	1,5	2 790	8,3	2 662	18,8
Dorval-Lachine-Lasalle	712	1,5	3 050	8,6	4 476	20,3
du Vieux Lachine	303	1,4	1 210	7,7	1 865	19,1
LaSalle	409	1,5	1 840	9,2	2 611	21,3
du Sud-Ouest - Verdun	785	1,4	3 135	9,2	4 054	21,4
Pointe-Saint-Charles	102	1,8	399	12,0	347	22,2
Saint-Henri	176	1,4	573	9,0	684	24,6
Verdun / Côte Saint-Paul	507	1,4	2 163	8,9	3 023	20,8
Cavendish	503	1,2	2 089	7,2	4 266	19,4
N-D-G / Montréal-Ouest	335	1,2	1 136	6,6	1 835	18,7
René-Cassin	168	1,2	953	8,1	2 431	19,9
de la Montagne	1126	1,2	3 515	7,2	5 853	17,7
Côte-des-Neiges	664	1,2	1 978	6,9	3 456	17,6
Métro	182	0,7	649	4,7	1 277	13,4
Parc-Extension	280	2,0	888	13,5	1 120	28,5
de Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	591	1,2	2 545	8,6	4 441	18,9
Nord de l'île	255	1,3	995	8,0	1 796	18,0
Saint-Laurent	336	1,2	1 550	9,1	2 645	19,5
d'Achuntsic et Montréal-Nord	822	1,4	3 536	8,7	5 800	19,5
Achuntsic	320	1,1	1 303	6,5	2 443	17,6
Montréal-Nord	502	1,7	2 233	10,8	3 357	21,1
du Cœur-de-l'île	555	1,1	1 883	8,0	3 127	21,4
Petite Patrie	213	0,9	777	7,7	1 310	21,7
Villeray	342	1,2	1 106	8,2	1 817	21,3
Jeanne-Mance	650	0,9	2 452	7,9	3 395	22,7
Des Faubourgs	307	1,3	1 235	11,0	1 707	26,3
Plateau Mont-Royal	192	0,7	675	5,8	906	18,3
Saint-Louis du Parc	151	0,7	542	6,5	782	22,4
de St-Léonard et St-Michel	776	1,6	3 317	11,2	4 831	24,0
Saint-Léonard	388	1,5	1 796	10,5	2 928	23,0
Saint-Michel	388	1,8	1 521	12,3	1 903	25,6
Lucille-Teasdale	894	1,3	3 557	8,1	5 809	20,0
Hochelaga-Maisonneuve	279	1,2	1 051	9,0	1 255	20,9
Olivier-Guimond	199	1,3	946	8,0	1 714	20,4
Rosemont	416	1,3	1 560	7,6	2 840	19,4
de la Pointe-de-l'île	982	1,5	4 560	8,7	5 915	21,5
Mercier-Est / Anjou	418	1,5	1 871	8,1	2 745	20,2
Pointe-aux-Trembles	251	1,3	1 256	8,1	1 571	21,6
Rivière-des-Prairies	313	1,6	1 433	10,3	1 599	24,1
MONTRÉAL	9 350	1,3	37 707	8,3	56 362	20,1

1 Prévalence (%) calculée avec les projections de population, version janvier 2005

Source : Surveillance du diabète, INSPQ

INCIDENCE DU CANCER

Exception faite du cancer du sein, les cancers les plus fréquents frappent davantage la population alors qu'elle avance en âge.

Au tableau 3 se trouve le nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer pour le CSSS dont ceux survenant à partir de 65 ans.

FAITS SAILLANTS

Pour l'ensemble des 65 ans et plus du CSSS en comparaison des Montréalais du même âge

- Pour la période 1997-2001, les taux d'incidence du cancer sont globalement semblables. Le taux est significativement plus grand dans le cas du cancer du sein à l'échelle du CSSS et du secteur Nord de l'Île, mais plus faible dans celui du cancer du poumon, y compris dans les deux secteurs de CLSC (données non présentées).

Selon les catégories d'âge des 65 ans et plus du CSSS en comparaison des Montréalais du même âge

- Le taux d'incidence du cancer (toutes causes) est supérieur chez les 85 ans et plus du CSSS et du secteur Saint-Laurent. Par contre, il est plus faible chez les 65-74 ans, autant dans le CSSS que dans chacun de ses secteurs (figure 9).
- L'incidence du cancer du sein est plus élevée chez les femmes de 85 ans et plus dans le CSSS et dans le secteur Nord de l'Île (figure 12). Pour les autres causes, la situation est meilleure que celle de Montréal ou lui est comparable (figures 10, 11, 13).

Tableau 3 Nombre annuel moyen de nouveaux cas de cancer selon le siège et la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001

Siège	15-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Total
Côlon-rectum					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	21	25	31	9	87
Nord de l'île	8	10	13	4	35
St-Laurent	14	14	19	5	52
MONTRÉAL	323	368	371	136	1 198
Poumon					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	21	28	23	7	79
Nord de l'île	8	12	8	3	32
St-Laurent	13	16	15	4	48
MONTRÉAL	486	532	375	83	1 475
Sein					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	41	27	21	10	99
Nord de l'île	17	12	10	6	45
St-Laurent	24	14	11	5	54
MONTRÉAL	707	308	218	66	1 299
Prostate					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	15	21	17	5	57
Nord de l'île	6	10	7	1	25
St-Laurent	9	11	10	4	33
MONTRÉAL	219	320	170	63	772
Toutes causes					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	191	178	174	62	605
Nord de l'île	80	76	70	27	253
St-Laurent	111	102	104	35	352
MONTRÉAL	3 337	2 616	2 076	691	8 720

Source : MSSS, Fichier des tumeurs, 1997-2001

Figure 9 Taux d'incidence du cancer chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Montréal, 2001-2002

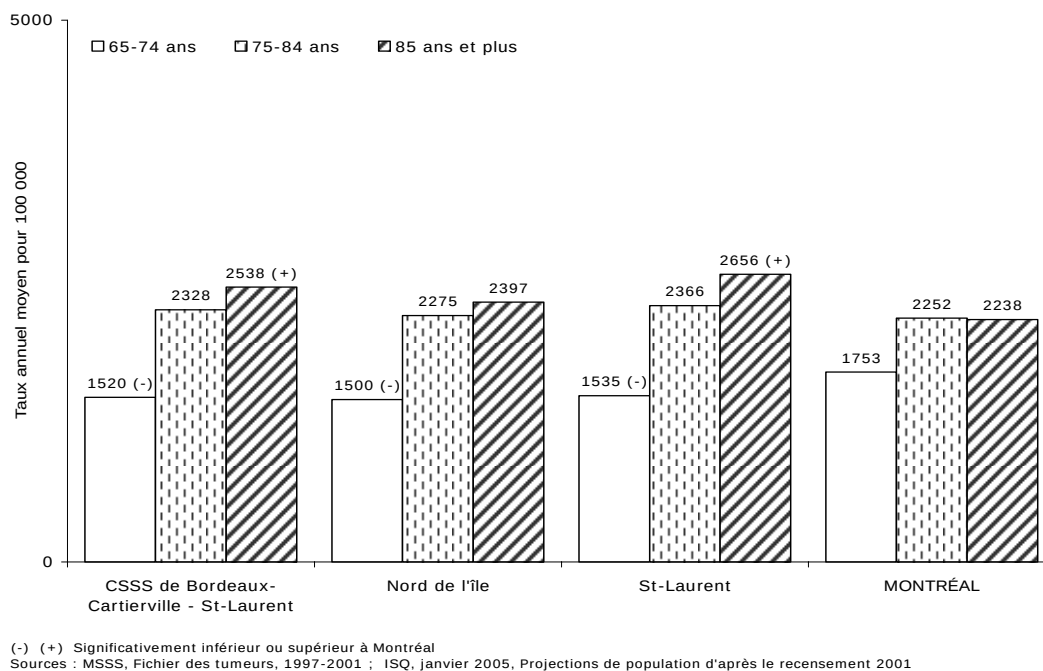


Figure 10 Taux d'incidence du cancer du poumon chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001

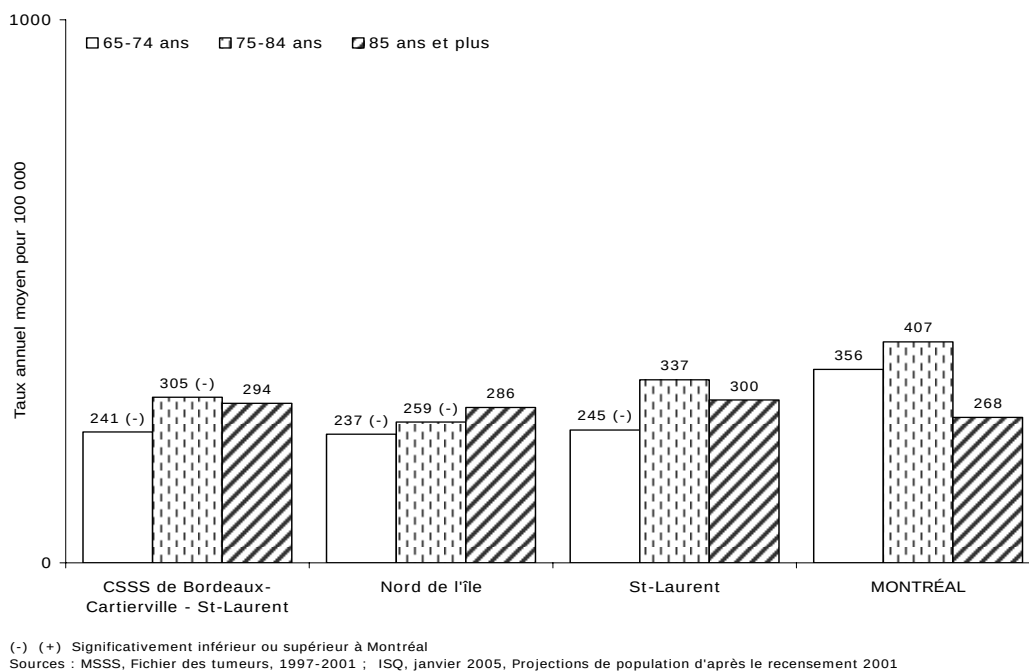


Figure 11 Taux d'incidence du cancer du côlon-rectum chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001

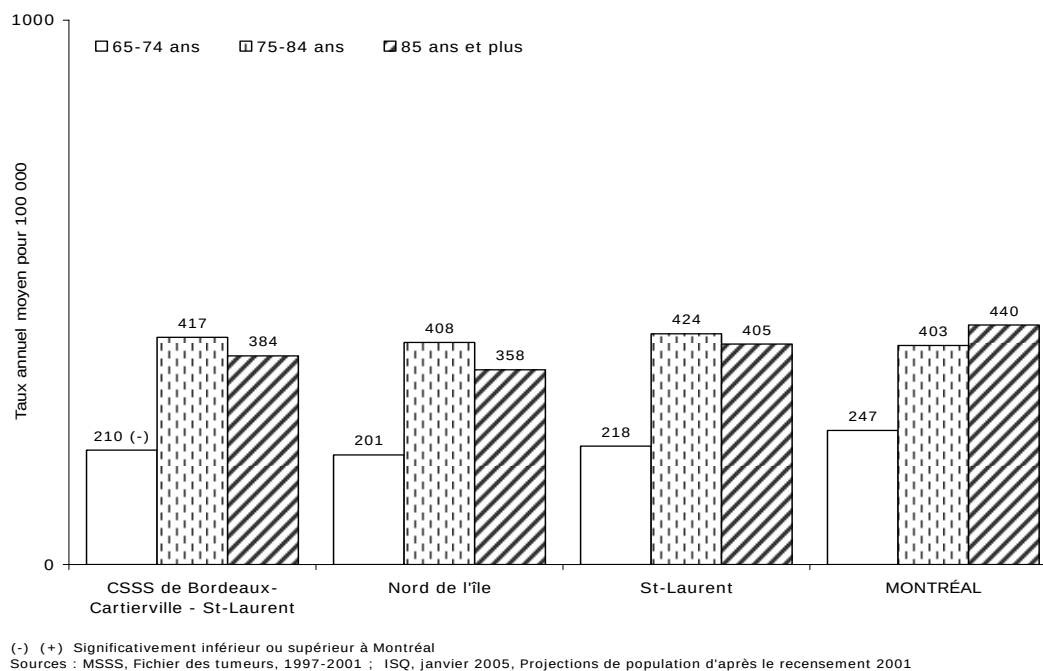


Figure 12 Taux d'incidence du cancer du sein chez les aînées selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001

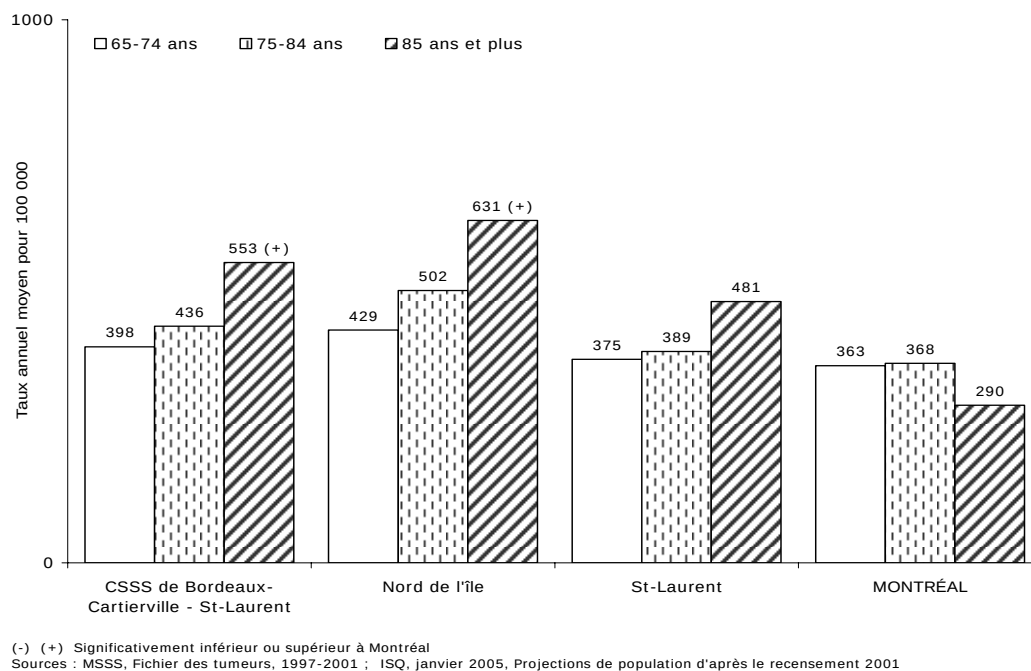
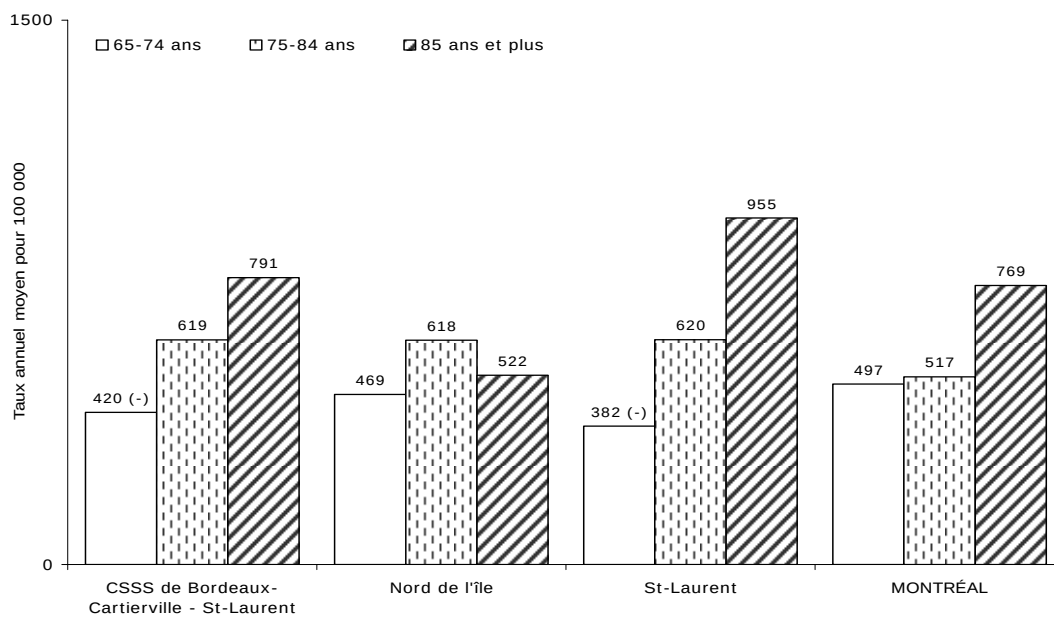


Figure 13 Taux d'incidence du cancer de la prostate chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1997-2001



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

Sources : MSSS, Fichier des tumeurs, 1997-2001 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après le recensement 2001

INCAPACITÉS

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, dans 36 pays industrialisés dont le Canada, les principales causes d'années vécues avec incapacité sont dans l'ordre : la dépression, la consommation abusive d'alcool, l'ostéoarthrite (arthrose), la démence, la schizophrénie, le désordre bipolaire, les maladies cérébrovasculaires, le diabète...

Au Canada, des informations sur les incapacités sont désormais recueillies lors du recensement. Selon le dictionnaire du recensement de 2001, les incapacités se définissent par des « difficultés avec les activités de la vie quotidienne ou réduction de la qualité ou du genre d'activités en raison d'un état physique ou mental ou de problèmes de santé ». Il s'agit d'états physiques ou mentaux et de problèmes de santé qui ont duré ou qui sont susceptibles de durer six mois ou plus.

FAITS SAILLANTS

AU QUÉBEC

- Une fois atteint le cap des 65 ans, la population québécoise vivra le tiers du reste de sa vie avec une incapacité grave ou modérée (Lefebvre, C. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, INSPQ, 2003).
- Les incapacités les plus fréquentes dans le groupe des 65 ans et plus sont les incapacités liées à la mobilité (*Enquête québécoise sur les limitations d'activités*, 1998).

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE—SAINT-LAURENT

- Globalement, la situation est meilleure dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent que dans l'ensemble de Montréal (figures 14, 15, 16). Les femmes sont plus touchées que les hommes par les incapacités et avec l'avancement en âge, une plus forte proportion de gens en souffrent. Les résidents de ce CSSS sont toutefois proportionnellement moins nombreux à être affectés par les incapacités que les Montréalais. Seule la tranche d'âge des 85 ans et plus du secteur Nord de l'Île présente un taux supérieur à celui de Montréal.

Figure 14 Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité causant une limitation des activités selon le sexe, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001

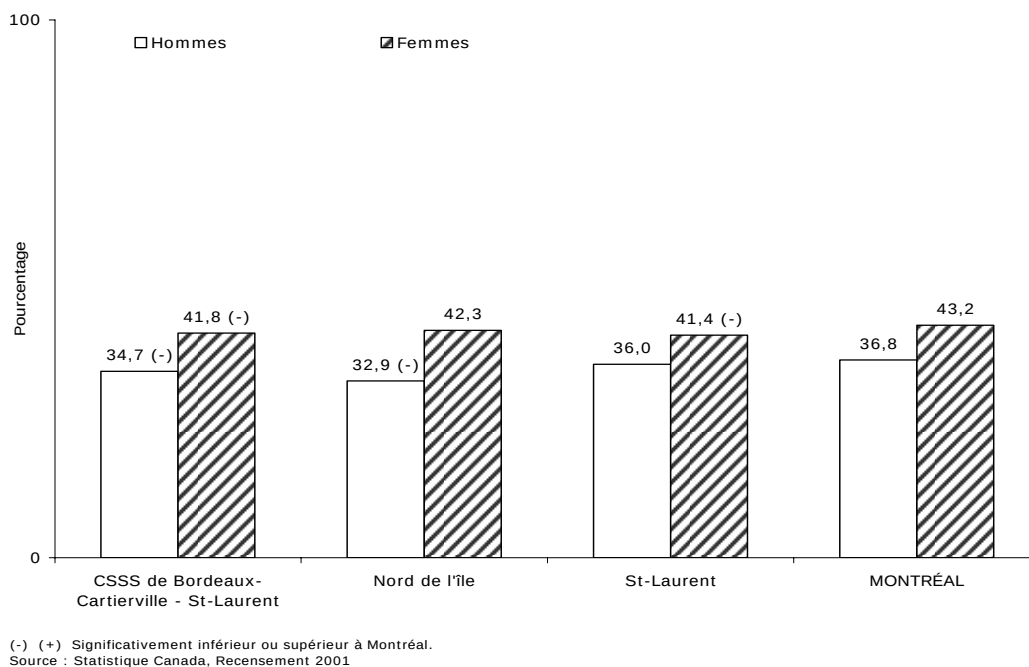


Figure 15 Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité causant une limitation des activités selon l'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001

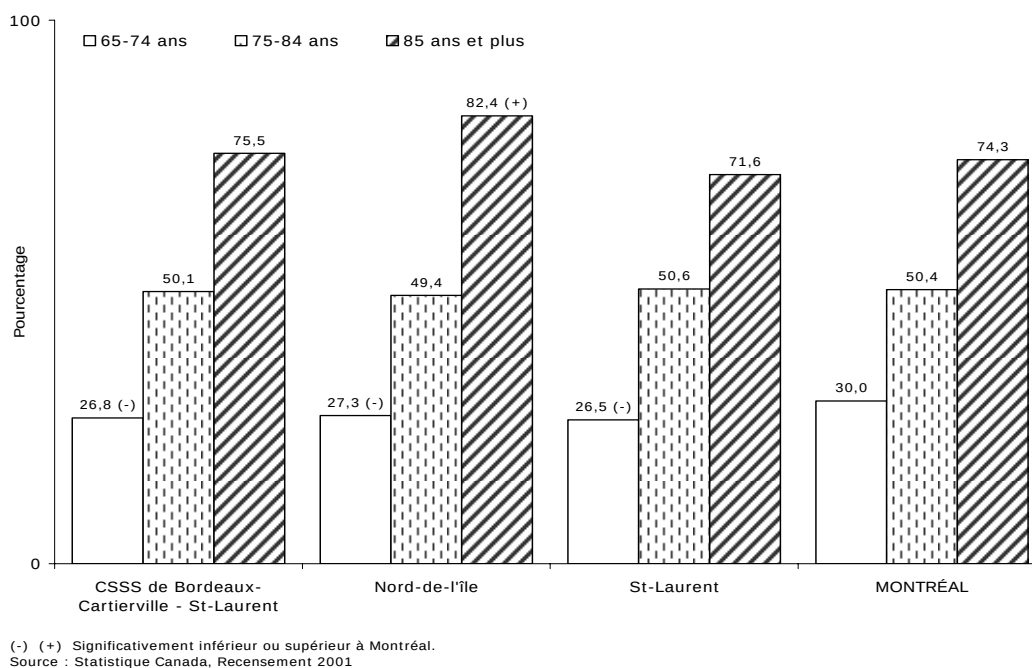
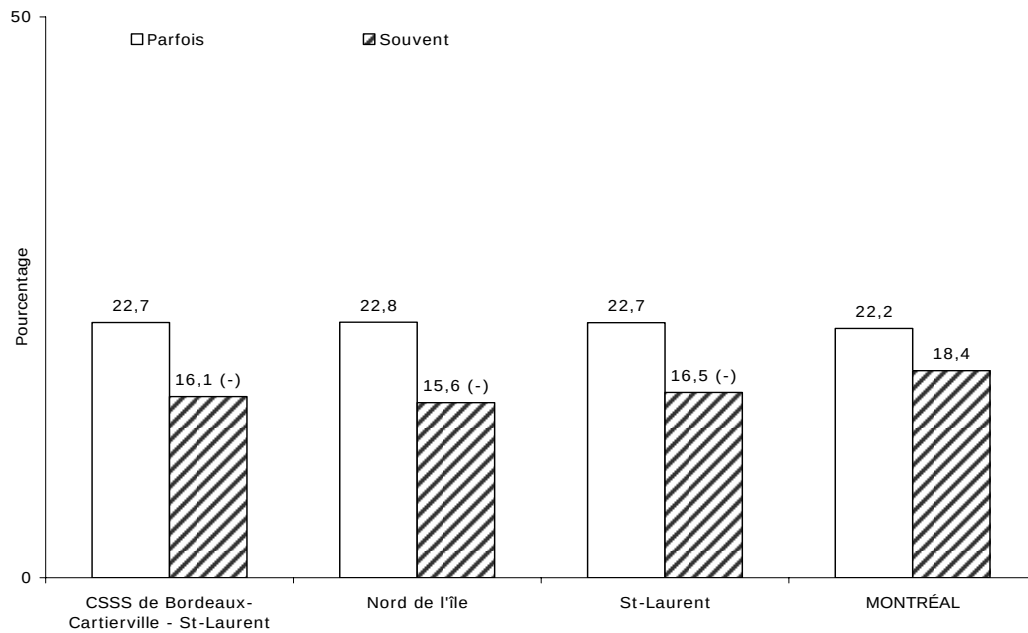


Figure 16 Proportion de la population de 65 ans et plus ayant une incapacité causant une limitation des activités selon la fréquence, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2001



(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal.
Source : Statistique Canada, Recensement 2001

PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION

Les aînés de ce CSSS sont hospitalisés pour diverses raisons dont les principales sont dans l'ordre : les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les lésions traumatiques et empoisonnements, les maladies de l'appareil digestif, celles de l'appareil respiratoire et enfin, celles du système nerveux et des sens (figure 17). Les taux d'hospitalisation rendent compte de l'utilisation des services, ce qui ne correspond pas nécessairement à l'intensité des problèmes de santé dans la population.

FAITS SAILLANTS

Pour l'ensemble des 65 ans et plus du CSSS en comparaison des Montréalais du même âge

- ✦ Pour les exercices financiers 2002-2005, globalement, la situation s'avère excellente : à l'exception des taux d'hospitalisation due aux lésions traumatiques et empoisonnements, aux maladies du système nerveux et des sens ainsi qu'aux diagnostics moins fréquents classés « autres », qui sont semblables, tous les autres taux sont statistiquement plus faibles (figure 17). On retrouve exactement les mêmes tendances à l'échelle des secteurs de CLSC (données non présentées).

Selon les catégories d'âge des 65 ans et plus du CSSS en comparaison des Montréalais du même âge

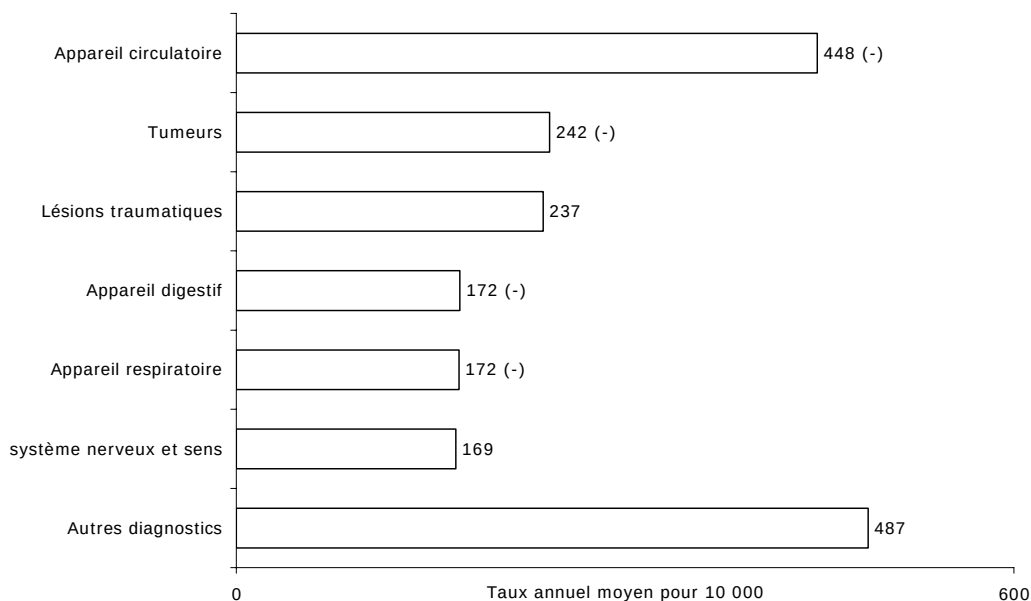
- ✦ Pour la quasi-totalité des grandes catégories de diagnostics, la majorité des tranches d'âge présentent des taux statistiquement plus faibles (figures 18 à 23). Dans le secteur Saint-Laurent, des écarts défavorables apparaissent cependant dans le cas des hospitalisations pour tumeurs chez les 85 ans et plus (figure 19) ainsi que pour celles dues aux maladies du système nerveux et des sens chez les 65-74 ans (figure 23).

Tableau 4 Nombre annuel moyen d'hospitalisations¹ chez les aînés selon la cause et la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005

Cause	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	65 ans et plus
Appareil circulatoire				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	346	513	219	1 078
Nord de l'île	139	197	79	415
Saint-Laurent	207	315	140	662
MONTRÉAL	6 065	7 144	3 115	16 325
Tumeurs				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	233	259	84	576
Nord de l'île	102	110	26	238
Saint-Laurent	131	149	58	338
MONTRÉAL	3 520	3 192	897	7 609
Lésions traumatiques et empoisonnements				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	147	265	161	574
Nord de l'île	59	107	75	241
Saint-Laurent	88	158	86	333
MONTRÉAL	1 985	3 036	1 844	6 865
Appareil respiratoire				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	112	197	107	416
Nord de l'île	43	80	31	154
Saint-Laurent	68	117	76	261
MONTRÉAL	2 165	2 676	1 392	6 233
Appareil digestif				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	151	190	72	413
Nord de l'île	63	71	29	163
Saint-Laurent	88	119	43	250
MONTRÉAL	2 238	2 370	961	5 569
Système nerveux et sens				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	178	180	44	402
Nord de l'île	71	72	18	161
Saint-Laurent	107	108	26	241
MONTRÉAL	2 073	2 045	565	4 683
Toutes causes				
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	1 591	2 094	939	4 625
Nord de l'île	654	836	362	1 852
Saint-Laurent	937	1 258	577	2 772
MONTRÉAL	24 027	27 196	11 950	63 173

1 Les hospitalisations d'un jour sont exclues
Source : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005

Figure 17 Répartition des taux d'hospitalisation¹ pour 10 000 personnes chez les aînés selon la cause, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, 2002-2005

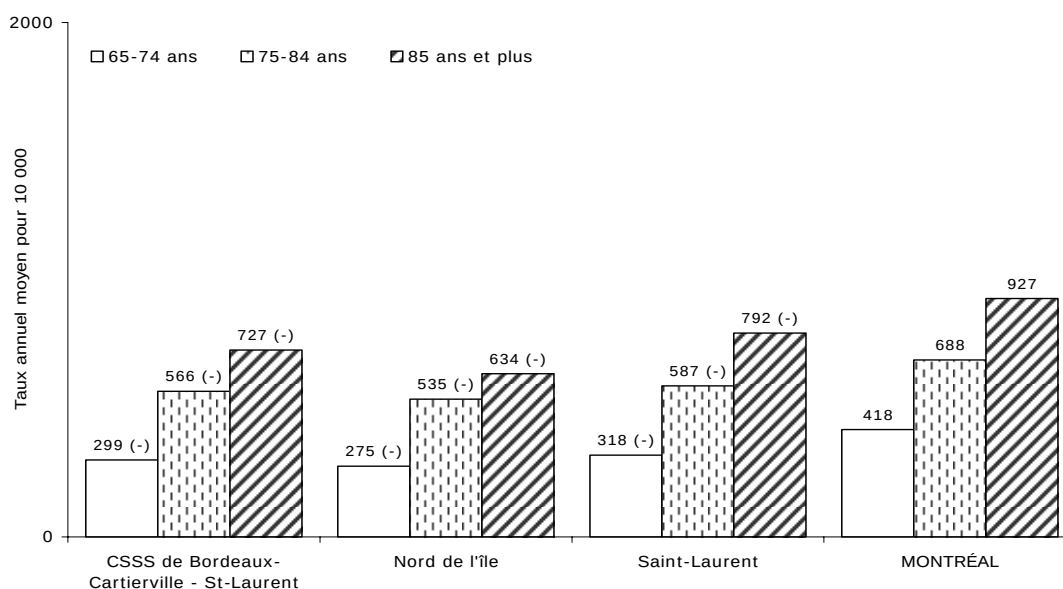


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 18 Taux d'hospitalisation¹ pour maladies de l'appareil circulatoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005

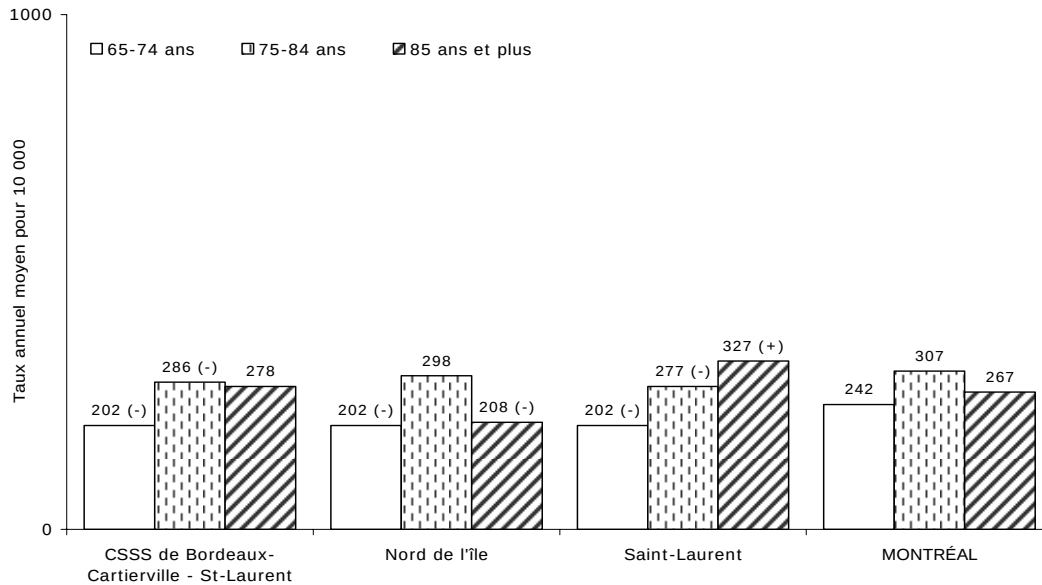


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 19 Taux d'hospitalisation¹ pour tumeurs chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005

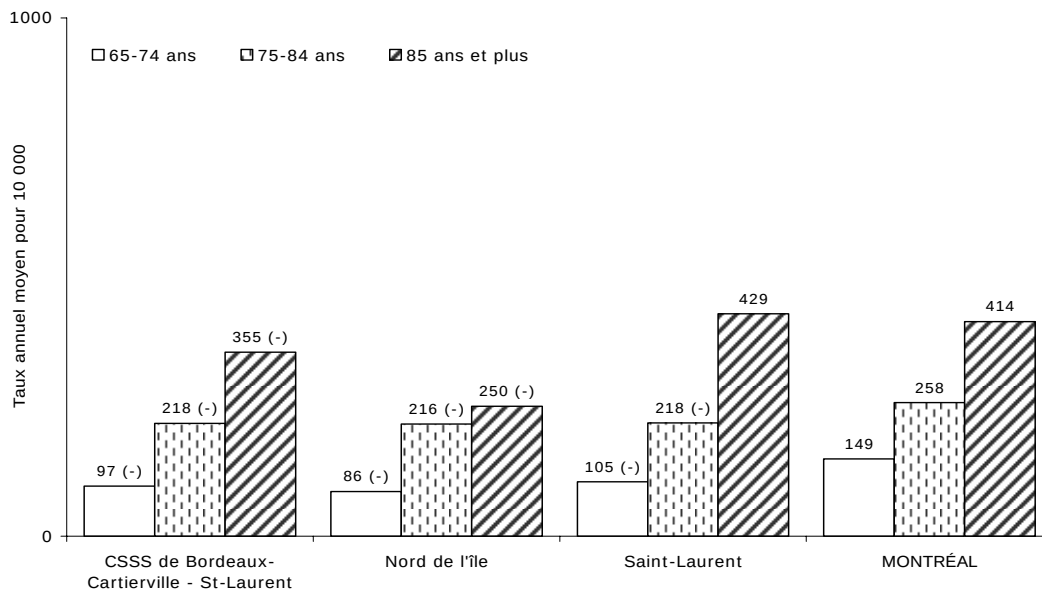


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 20 Taux d'hospitalisation¹ pour maladies de l'appareil respiratoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005

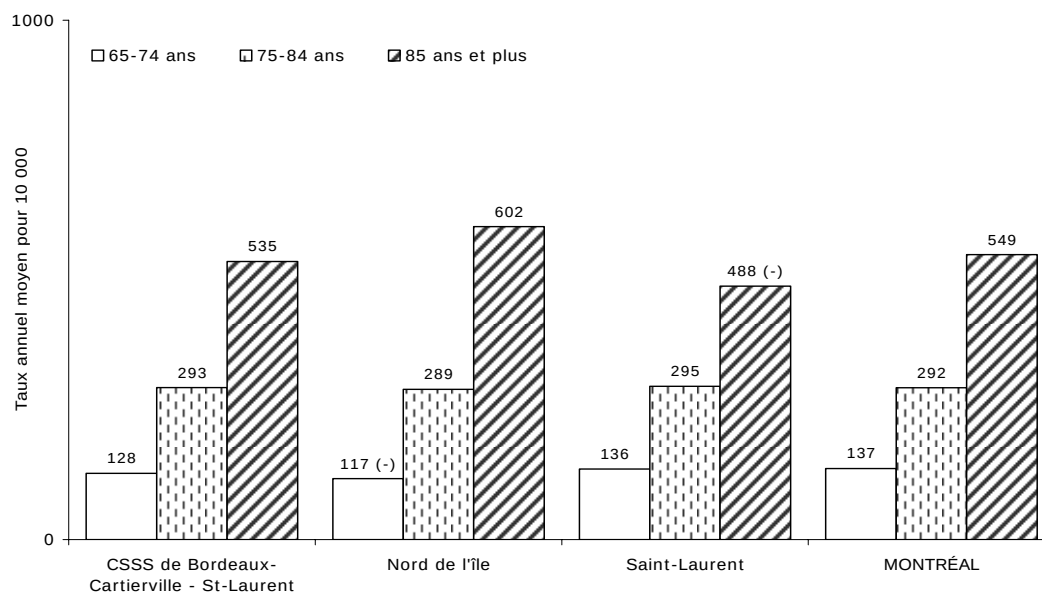


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 21 Taux d'hospitalisation¹ pour lésions traumatiques et empoisonnements chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005

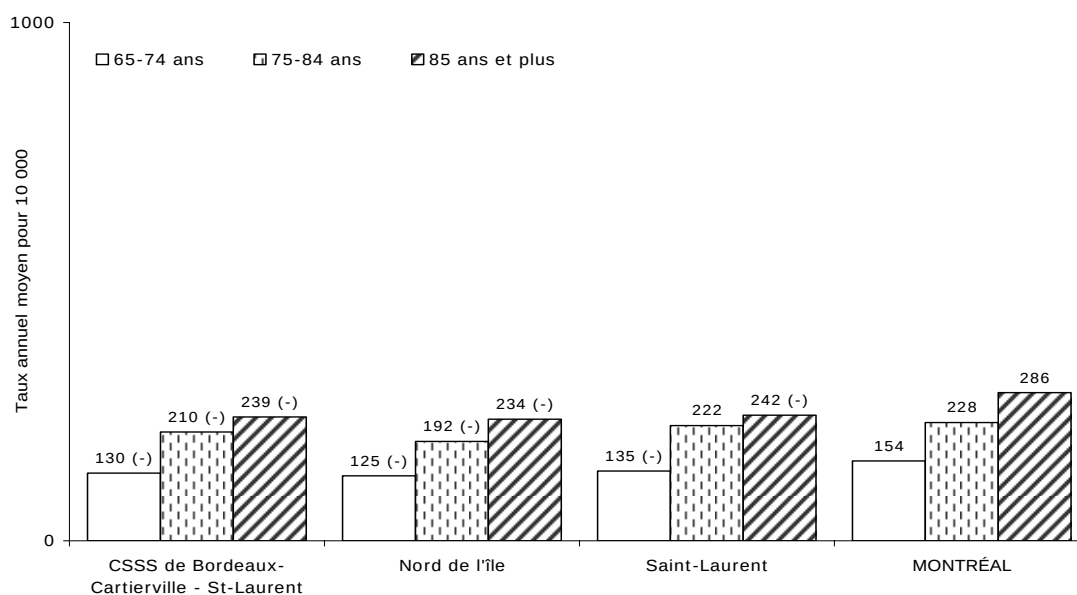


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 22 Taux d'hospitalisation¹ pour maladies de l'appareil digestif chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005

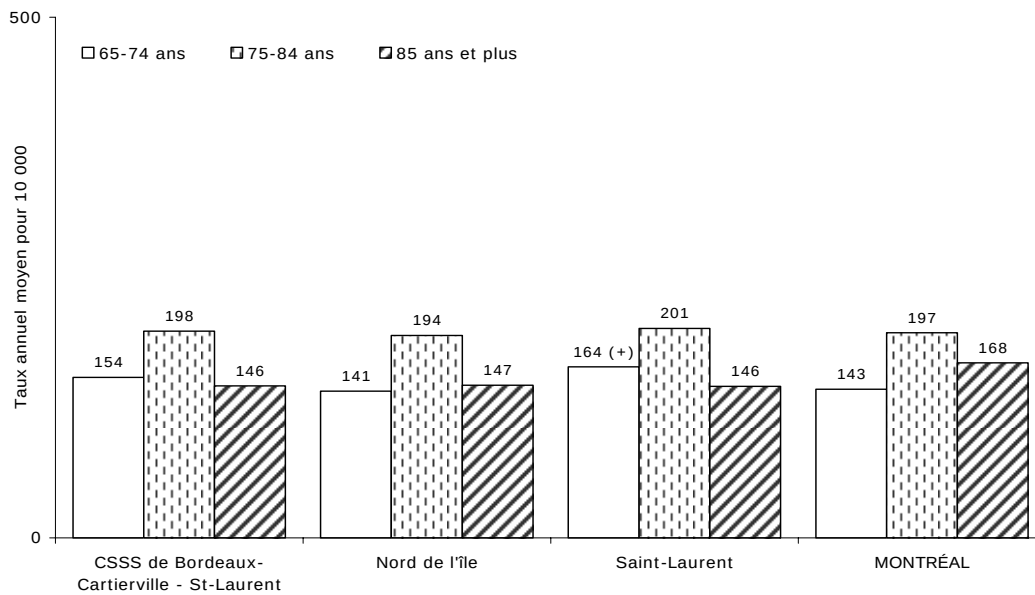


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 23 Taux d'hospitalisation¹ pour maladies du système nerveux chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2002-2005



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

¹ Les hospitalisations d'un jour sont exclues

Sources : MSSS, Fichier Med-Écho, 2002-2005 ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

CHUTES : UNE CAUSE IMPORTANTE DE LA PERTE D'AUTONOMIE

Les chutes représentent un problème de santé important surtout à cause des séquelles parfois incapacitantes qu'elles entraînent. Au Canada, au cours de la période 1999-2000, les chutes étaient la cause de 85 % des blessures ayant nécessité une admission dans les hôpitaux de courte durée chez les gens de 65 ans et plus. C'est d'ailleurs, parmi les taux d'hospitalisation pour blessures, le taux le plus élevé avec 154,8 cas par 10 000 habitants chez les aînés, en comparaison de 32,3 pour la population canadienne dans son ensemble. Au Québec, ce taux atteint 122,9 par 10 000 habitants et la durée médiane du séjour hospitalier est de 17,2 jours comparativement à 28,9 jours pour l'ensemble du Canada¹.

Chez les gens âgés de 65 ans et plus, les chutes surviennent le plus fréquemment dans un escalier ou sur les marches².

Sources :

1 Institut canadien d'information sur la santé. *Les chutes sont les grandes responsables des admissions aux hôpitaux canadiens de soins de courte durée à la suite de blessures*, [En ligne], 27 février 2002, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=media_27feb2002_f].

2 Institut canadien d'information sur la santé. *Registre national des traumatismes sur les traumatismes graves au Canada, 2003-2004*, [En ligne], 2006, [http://secure.cihi.ca/cihiweb/dispPage.jsp?cw_page=AR26_2004sum_f].

AU QUÉBEC

- À partir des données d'hospitalisation (1^{er} épisode de soins seulement), l'estimation de l'incidence des chutes chez les gens de 65 ans et plus s'élevait à 1 157 pour 100 000 habitants au cours de la période 2000-2003.
- Avec le vieillissement de la population, le nombre de chutes causant une hospitalisation tend à augmenter. Au début des années 2000, le risque que cet événement se produise était huit fois plus grand chez les 85 ans et plus par rapport aux 65-74 ans.
- Entre 1992 et 2003, l'incidence des chutes ayant entraîné une hospitalisation chez les aînés est demeuré très stable. Mais, en raison du vieillissement de la population, les nombres absolus d'hospitalisation ont considérablement augmenté.
- À partir de 65 ans, l'incidence des chutes entraînant une hospitalisation augmente de manière notable avec le groupe d'âge. C'est chez les 85 ans et plus que l'incidence est la plus élevée, mais c'est dans le groupe des 75-84 ans que les nombres sont les plus considérables.

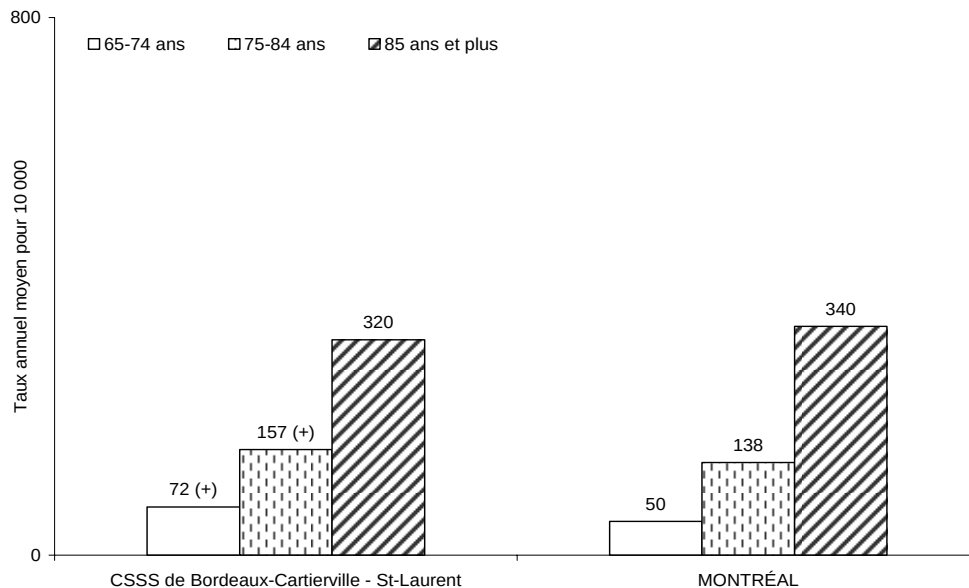
Source : Robitaille, Y., et J. Gratton. *Les chutes chez les adultes âgés : vers une surveillance plus fine des données d'hospitalisation*, [En ligne], INSPQ, 2005, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/414-ChutesAdultesAgesHospitalisation.pdf>].

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINTE-LAURENT

FAITS SAILLANTS

- En moyenne, au cours des exercices financiers 1999-2004, 144 femmes et 54 hommes du CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent ont été hospitalisés chaque année en raison d'une chute.
- Pour ce CSSS, l'incidence est supérieure à celle de Montréal, sauf chez les 85 ans et plus où elle est comparable (figure 24). Chez les femmes, le taux d'hospitalisation est uniquement supérieur pour les 65-74 ans (figure 25), alors que chez hommes, l'incidence est plus élevée chez les moins de 85 ans (figure 26). Les taux de Montréal sont quant à eux semblables à ceux de l'ensemble du Québec.
- Certains facteurs de risque de chutes sont modifiables et, en conséquence, il importe de mettre à profit les connaissances les plus récentes afin de prévenir les chutes. Les cas hospitalisés proviennent en forte proportion des personnes qui habitent à domicile. Les stratégies de prévention doivent donc viser les personnes vivant hors institution.

Figure 24 Taux d'hospitalisation¹ pour chute chez les aînés selon la catégorie d'âge, sexes réunis, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Montréal, 1999 à 2004

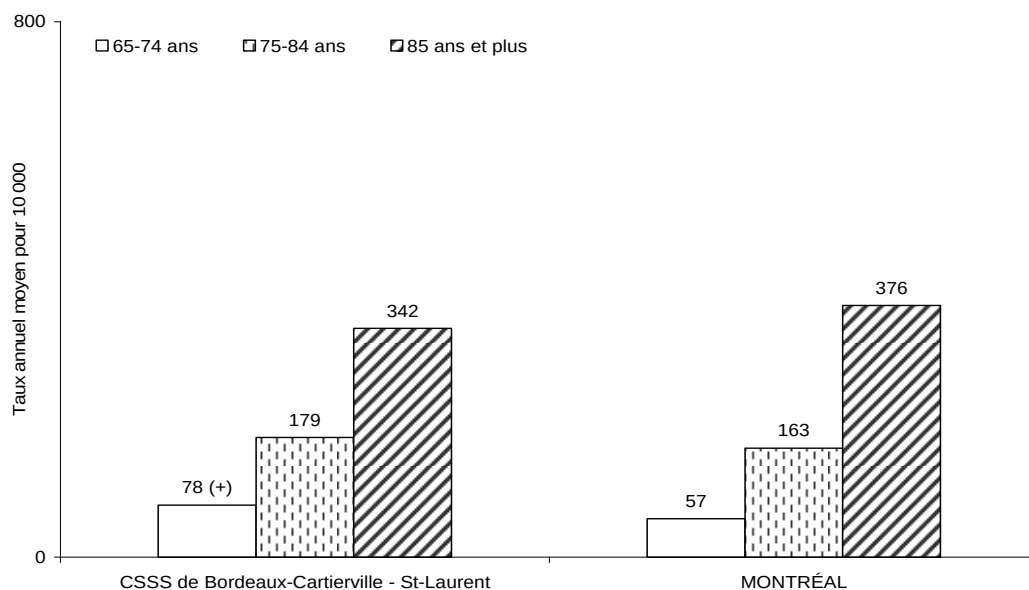


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Hospitalisations de courte durée

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

Figure 25 Taux d'hospitalisation¹ pour chute chez les femmes de 65 ans et plus selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999 à 2004

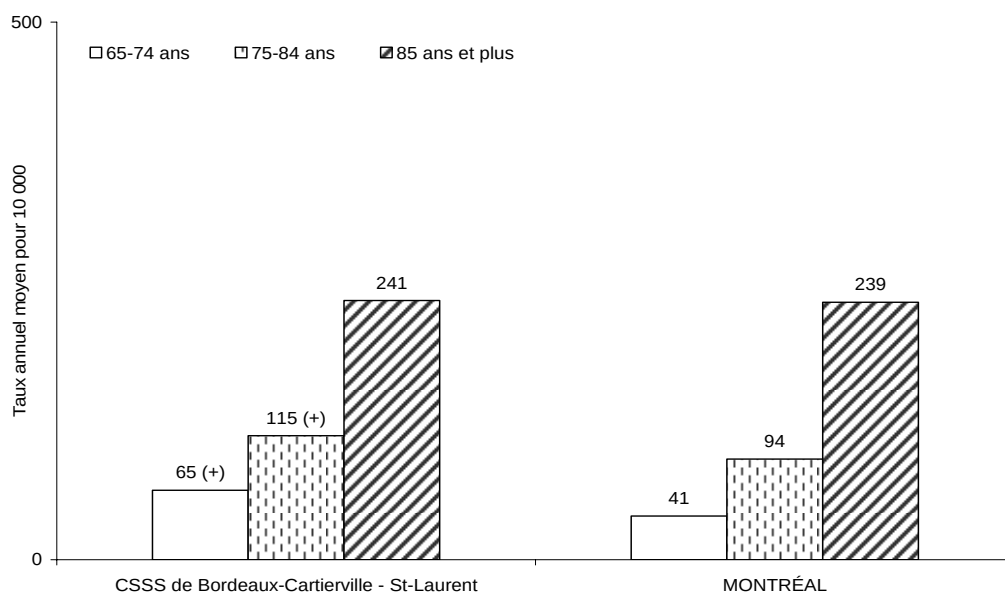


(-) (+) Significativement inférieur ou supérieur à Montréal

¹ Hospitalisations de courte durée

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

Figure 26 Taux d'hospitalisation¹ pour chute chez les hommes de 65 ans et plus selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 1999 à 2004



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

¹ Hospitalisations de courte durée

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

FIN DE LA VIE CHEZ LES ÂÎNÉS

Mourir à un âge avancé, souvent c'est mourir à la suite d'une maladie chronique, principalement d'une maladie cardiovasculaire ou du cancer. Avec le vieillissement de la population, on parle habituellement d'un décès prématuré quand il survient avant l'âge de 70 ans.

Dans le CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, les principales causes de décès chez les gens de 65 ans et plus sont dans l'ordre : les maladies de l'appareil circulatoire, les tumeurs, les maladies du système nerveux, celles de l'appareil respiratoire, les maladies endocriniennes, celles de l'appareil digestif et enfin, les traumatismes non intentionnels (figure 27).

Notons cependant que la cause de décès retenue par la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM) est la cause initiale du décès, c'est-à-dire la cause qu'on présume être à l'origine de la mort. Or, il n'est pas rare que les gens âgés souffrent de plusieurs problèmes de santé, rendant ainsi difficile non seulement l'identification d'une seule cause de décès quand il y a comorbidité, mais aussi l'identification de la cause exacte du décès.

AU QUÉBEC

Certaines causes de décès sont plus fréquentes dans certaines tranches d'âge.

- Les tumeurs causent une large part des décès entre 65 et 74 ans.
- Les maladies de l'appareil circulatoire se placent au premier rang des causes de décès chez les gens de 75 ans et plus.
- Viennent ensuite les maladies de l'appareil respiratoire.

Source : Lefebvre, C. *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*, [En ligne], INSPQ, 2003, [http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf].

DANS LE CSSS DE BORDEAUX-CARTIERVILLE-SAINT-LAURENT

Une nouvelle structure de classification des décès a été adoptée en 2000 : le dernier code de Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes (CIM-10). La comparaison dans le temps des taux de décès s'avère impossible pour certaines causes de décès. C'est pourquoi aucune tendance temporelle n'est présentée ici.

FAITS SAILLANTS

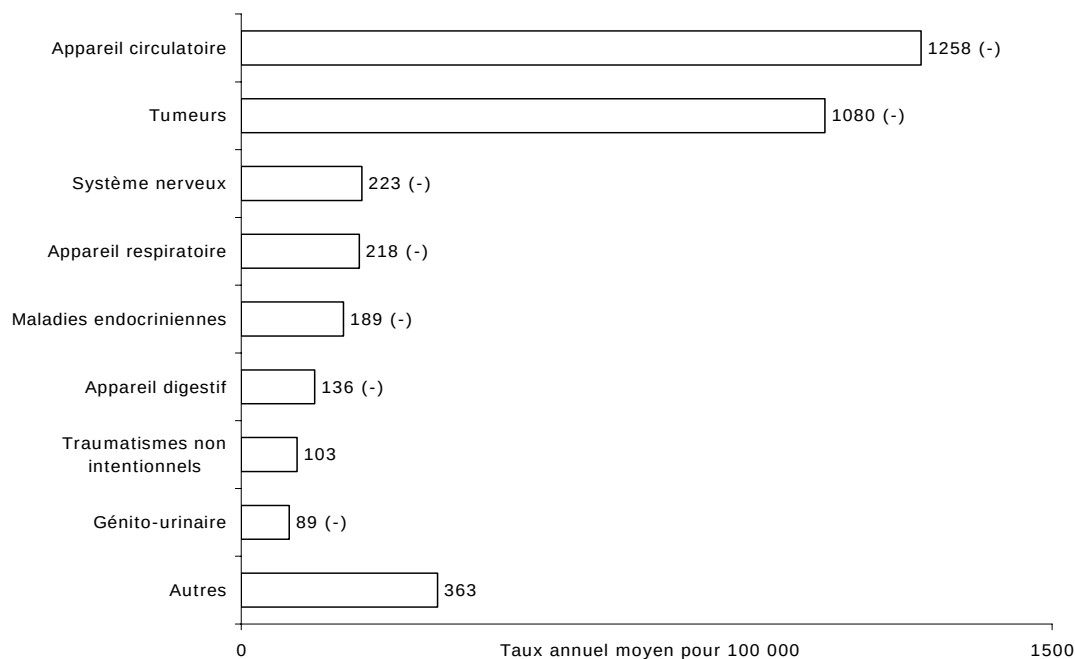
Pour l'ensemble des 65 ans et plus du CSSS en comparaison des Montréalais du même âge

- ✦ Pour la période 2000-2003, la situation paraît excellente : les taux de mortalité sont pour de nombreux diagnostics significativement inférieurs ou semblables (figure 27). La mortalité (toutes causes confondues) est statistiquement inférieure tant dans le CSSS que dans chacun de ses secteurs. Cela vaut aussi pour la majorité des causes spécifiques, si ce n'est que parfois un secteur affiche un taux inférieur alors que l'autre a un taux comparable (données non présentées).

Selon les catégories d'âge des 65 ans et plus du CSSS en comparaison des Montréalais du même âge

- ✦ Pour l'ensemble des causes de mortalité examinées, les deux secteurs de CLSC et tous les groupes d'âge contribuent à la faible mortalité de ce territoire. Les taux sont tous semblables ou inférieurs (figures 28 à 38).

Figure 27 Répartition des taux de mortalité pour 100 000 personnes chez les aînés selon la cause, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, 2000-2003



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

Sources : MSSS, Fichier des décès ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Tableau 5 Nombre annuel moyen de décès chez les aînés selon la cause et la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville–Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

Cause	15-64 ans	65-74 ans	75-84 ans	85 ans et plus	Total
Appareil circulatoire					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	37	51	119	133	340
Nord de l'île	17	23	50	66	155
Saint-Laurent	21	29	69	67	185
MONTRÉAL	623	868	1 599	1 715	4 805
Tumeurs					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	62	79	113	65	318
Nord de l'île	30	36	45	30	140
Saint-Laurent	32	43	68	35	179
MONTRÉAL	1 184	1 273	1 433	688	4 577
Système nerveux					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	5	6	21	28	59
Nord de l'île	2	3	11	14	30
Saint-Laurent	3	2	10	14	29
MONTRÉAL	94	98	292	355	839
Appareil respiratoire					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	4	9	20	24	56
Nord de l'île	2	3	9	10	24
Saint-Laurent	2	6	12	14	32
MONTRÉAL	104	214	439	412	1 168
Maladies endocriniennes					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	6	10	19	17	52
Nord de l'île	2	4	8	10	24
Saint-Laurent	4	6	11	7	28
MONTRÉAL	125	150	246	216	736
Appareil digestif					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	6	7	14	12	39
Nord de l'île	3	3	5	4	14
Saint-Laurent	3	5	9	8	24
MONTRÉAL	130	131	181	157	599
Toutes causes					
Bordeaux-Cartierville - St-Laurent	148	175	352	351	1 025
Nord de l'île	70	77	150	169	466
Saint-Laurent	78	98	202	182	560
MONTRÉAL	2 951	3 012	4 795	4 486	15 243

Source : MSSS, Fichier des décès, 2000-2003

Figure 28 Taux de mortalité par maladies de l'appareil circulatoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

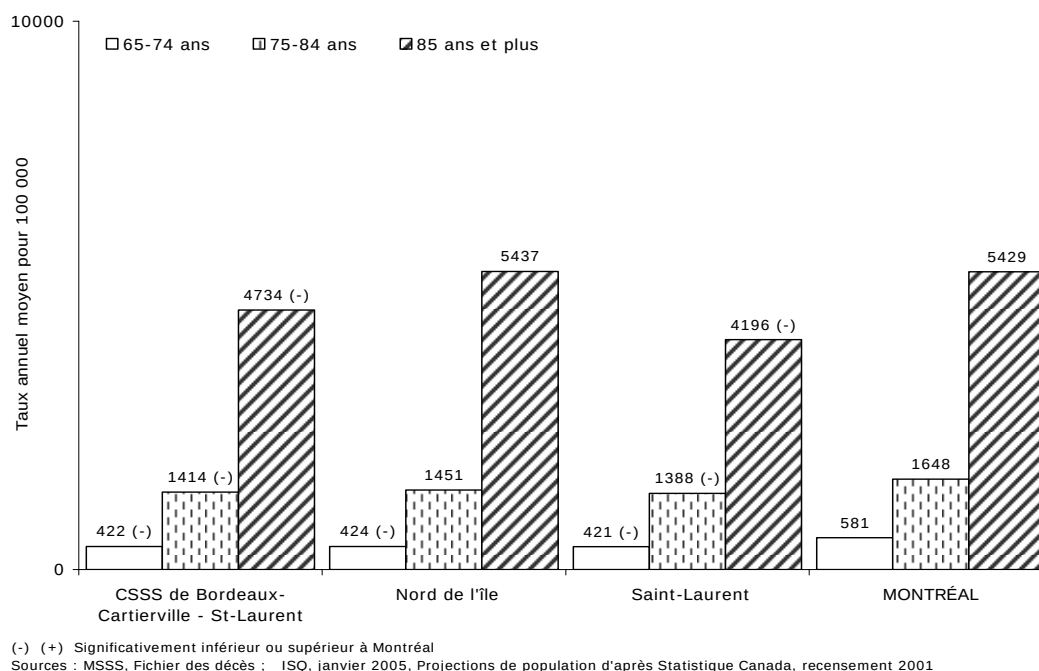


Figure 29 Taux de mortalité par cardiopathies ischémiques chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

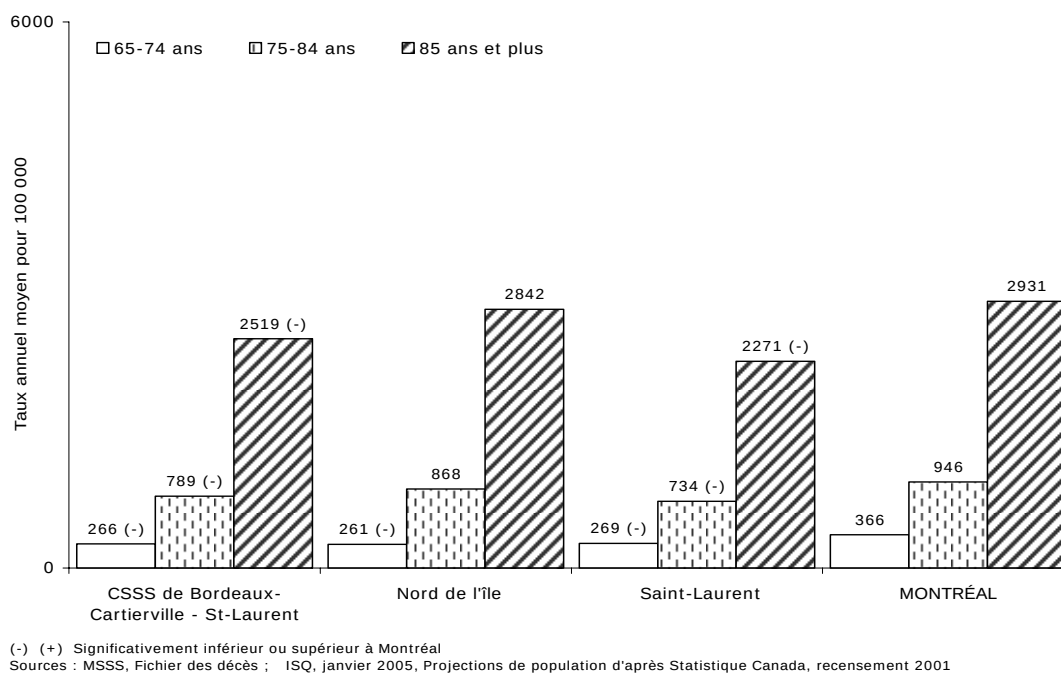
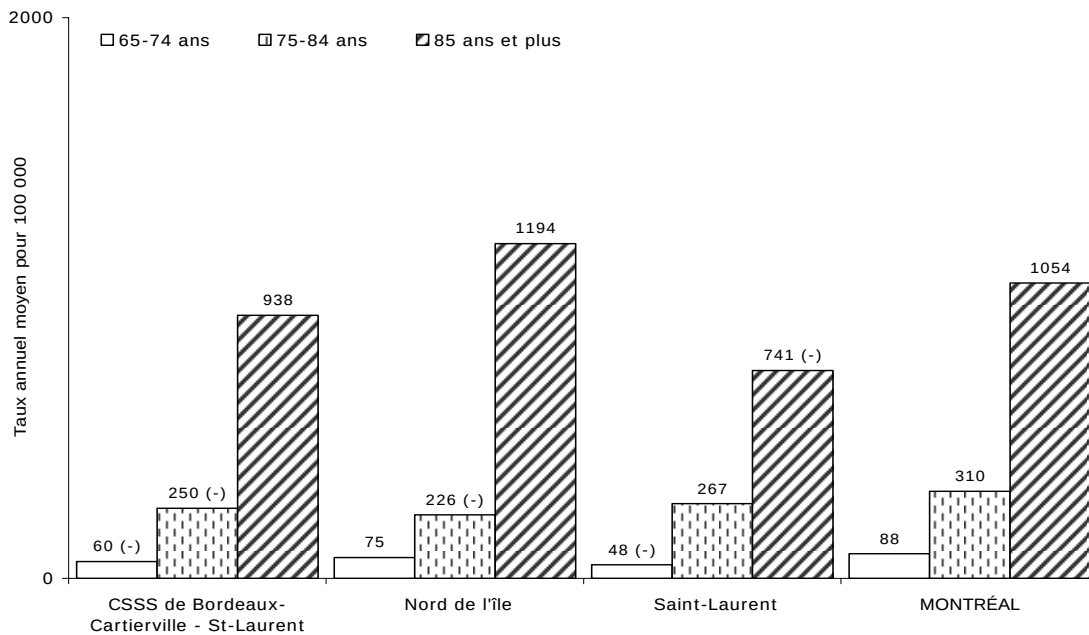


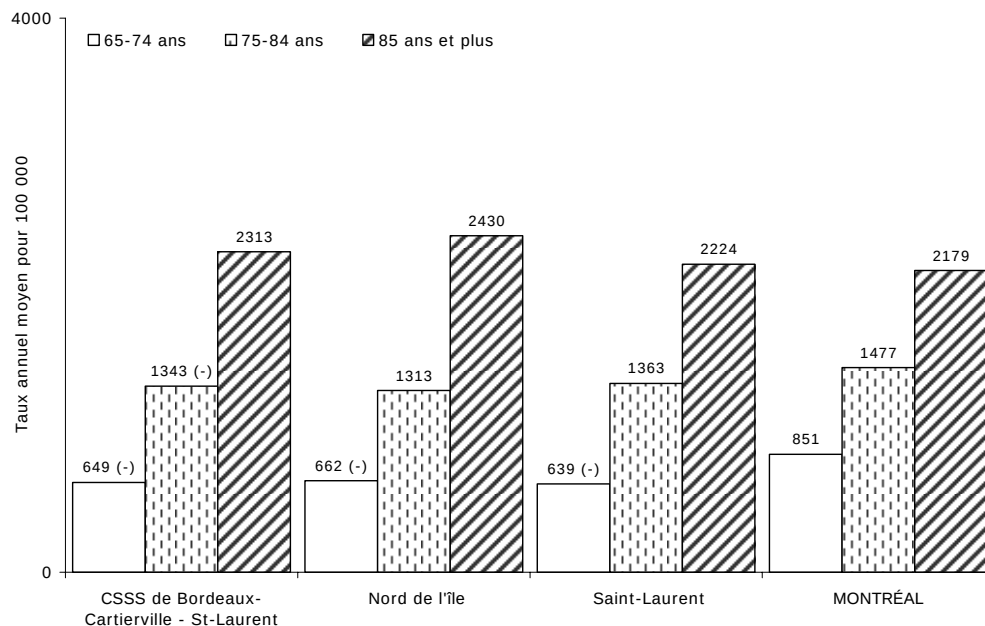
Figure 30 Taux de mortalité par maladies vasculaires cérébrales chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003



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

Sources : MSSS, Fichier des décès ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 31 Taux de mortalité par tumeurs chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003



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

Sources : MSSS, Fichier des décès ; ISQ, janvier 2005, Projections de population d'après Statistique Canada, recensement 2001

Figure 32 Taux de mortalité par cancer du poumon chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

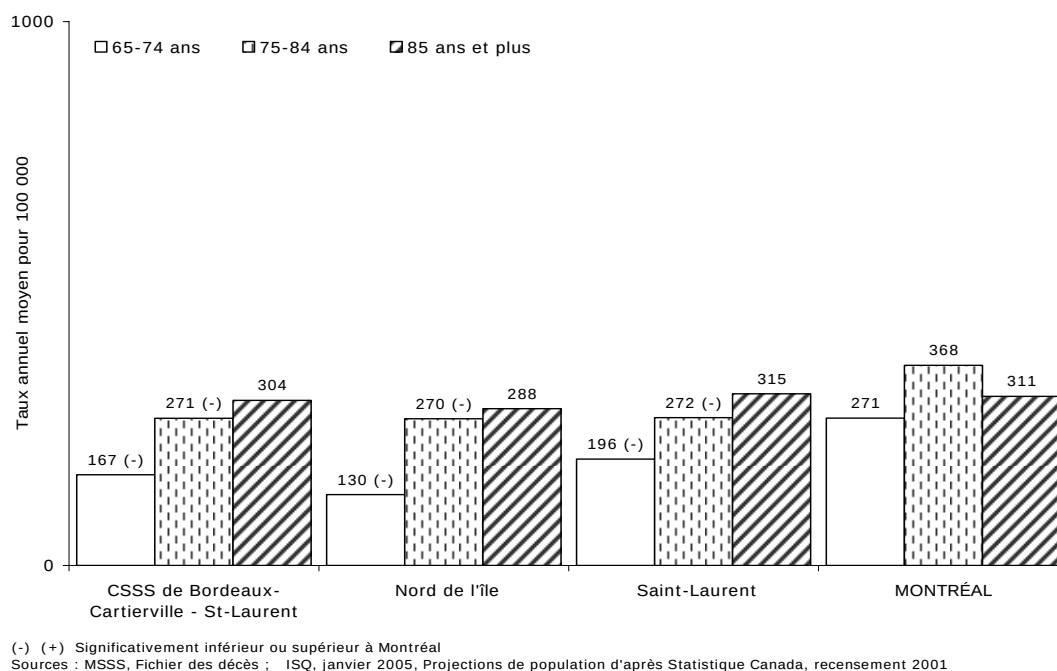


Figure 33 Taux de mortalité par cancer du côlon-rectum chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

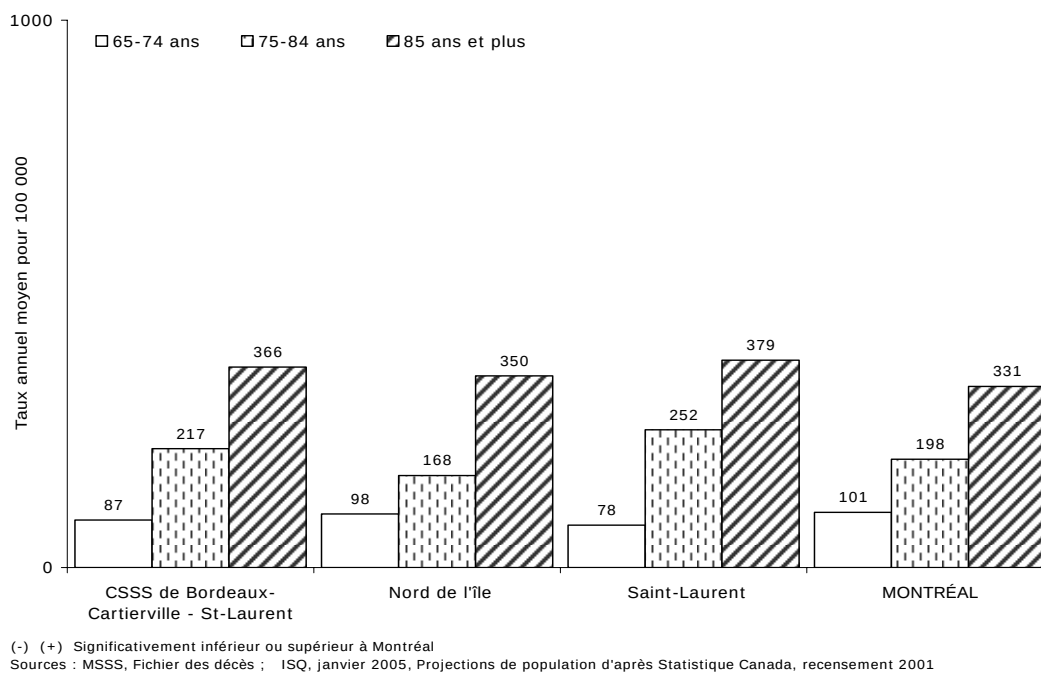


Figure 34 Taux de mortalité par cancer du sein chez les aînées selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

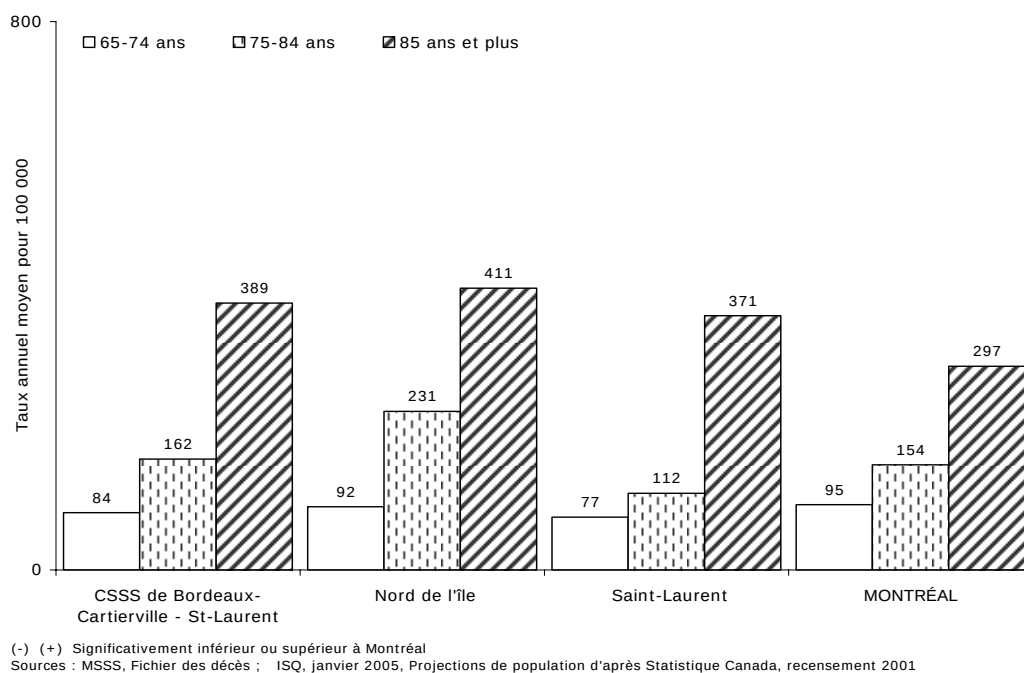


Figure 35 Taux de mortalité par cancer de la prostate chez les aînées selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

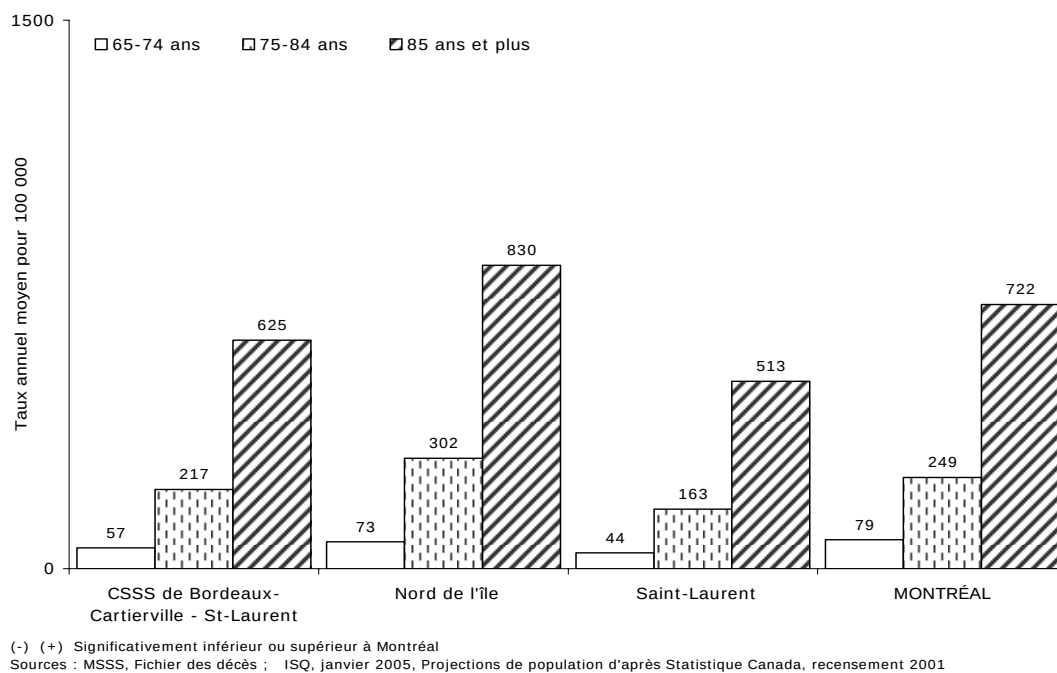


Figure 36 Taux de mortalité par maladies de l'appareil respiratoire chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

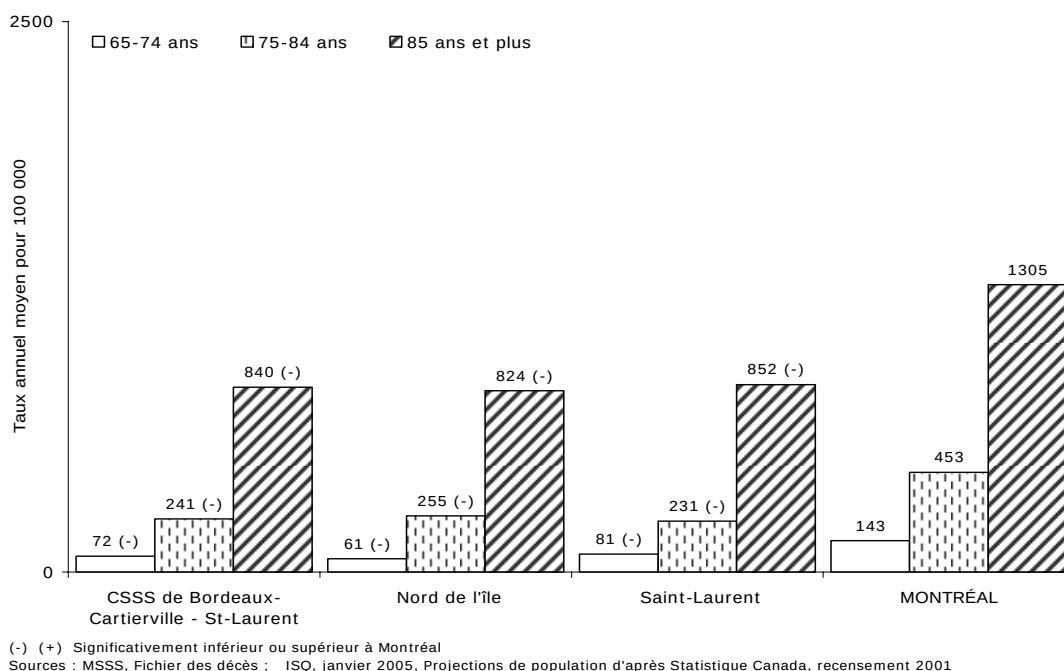


Figure 37 Taux de mortalité par maladies pulmonaires obstructives chroniques chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville-Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003

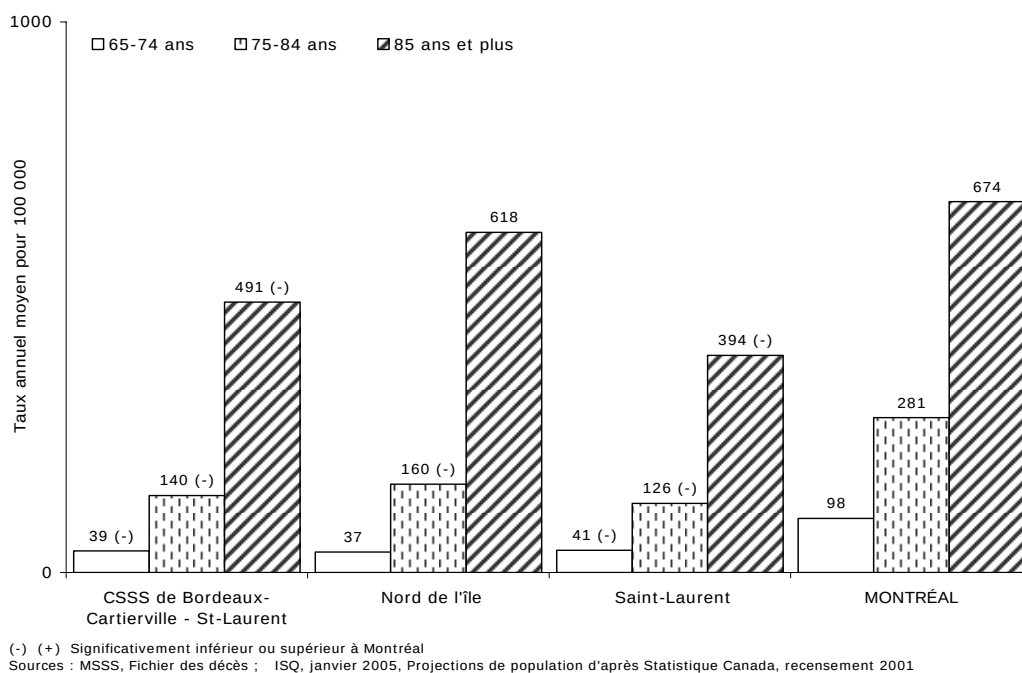
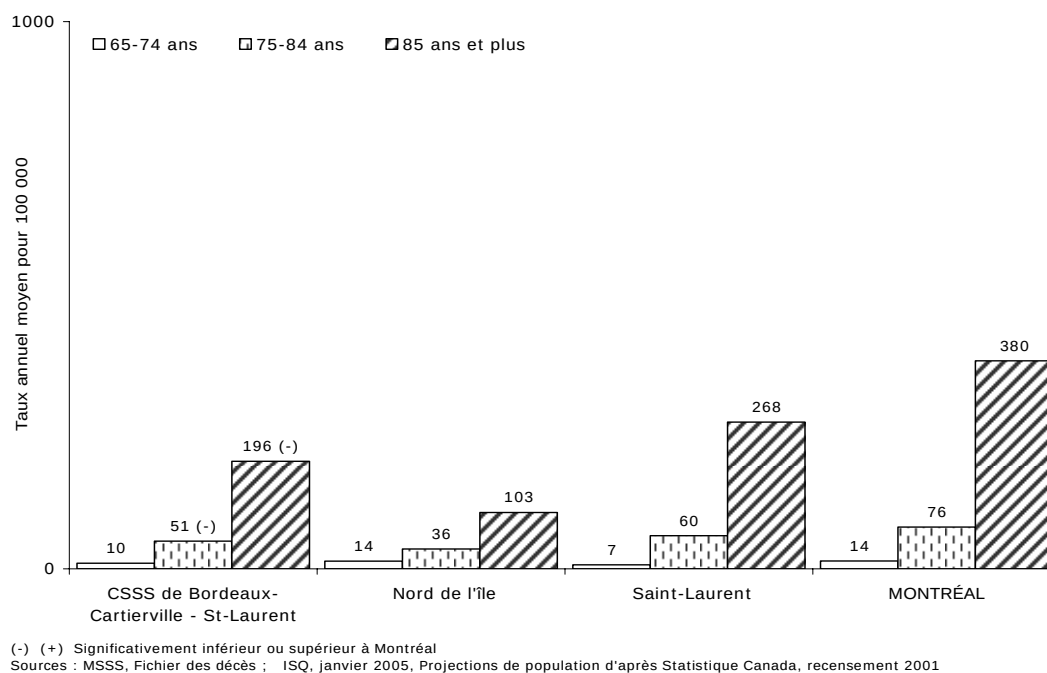


Figure 38 Taux de mortalité par pneumonie et grippe chez les aînés selon la catégorie d'âge, CSSS de Bordeaux-Cartierville—Saint-Laurent, Montréal, 2000-2003



QUELQUES DÉFINITIONS

Définition statistique du diabète

*Est diabétique une personne ayant eu au cours d'une période de deux ans **deux diagnostics** de diabète inscrits au fichier des services médicaux de la RAMQ ou **un diagnostic** de diabète inscrit parmi les diagnostics principal ou secondaires au fichier des hospitalisations.*

Source : Émond, V., et L. Rochette. La surveillance du diabète au Québec : Prévalence et mortalité en 2001-2002, [En ligne], INSPQ, 2005, [<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/373-SurveillanceDiabete-Prevalence2001-2002.pdf>].

Incidence

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

Prévalence

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

Taux

C'est une fréquence relative d'un événement dans une population ou une sous-population. Il s'agit d'un nombre annuel moyen d'événements, qui se produit sur un territoire donné, rapporté à la population moyenne de ce territoire au cours d'une période de temps déterminée.

Taux d'hospitalisation

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

