

Santé mentale au Canada atlantique :

Un portrait



Public Health
Agency of Canada

Agence de la santé
publique du Canada

Canada 

Promouvoir et protéger la santé des Canadiens grâce au leadership, aux partenariats, à l'innovation et aux interventions en matière de santé publique.
— Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title: *Mental Health in Atlantic Canada: A Snapshot*

Il est interdit de reproduire le contenu de ce document à des fins commerciales, mais sa reproduction à d'autres fins est encouragée. Prière d'en indiquer la source comme suit : *Santé mentale au Canada atlantique : Un portrait*, 2012. Préparé par Lesley Latham pour l'Agence de la santé publique du Canada, Bureau régional de l'Atlantique.

Pour obtenir des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec :
Agence de la santé publique du Canada
Bureau régional de l'Atlantique
1505, rue Barrington, bureau 1525
Halifax (Nouvelle-Écosse) B3J 3Y6
Tél. : 902-426-2700
Télééc. : 902-426-9689
Courriel : ph-sp-info@phac-aspc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication dans d'autres formats.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, 2012

PDF Cat. : HP35-33/2012F-PDF
ISBN : 978-1-100-99882-4

Table des matières

Liste des figures.....	4
Introduction.....	5
Renseignements techniques.....	6
Abréviations et acronymes.....	6
La santé mentale au Canada atlantique.....	7
Qu'est-ce que la santé mentale?.....	7
Facteurs ayant une incidence sur la santé mentale au Canada atlantique.....	11
Milieux urbain et rural.....	11
Sécurité financière et emploi.....	12
Nourriture et logement.....	15
Soutien social et exclusion sociale.....	17
Stress et adaptation.....	19
Consommation d'alcool.....	21
Santé physique.....	23
Facteurs influant sur les enfants, les jeunes et les familles.....	24
Facteurs influant sur les aînés canadiens.....	28
Maladies mentales dans la région de l'Atlantique.....	30
Troubles de l'humeur.....	30
Troubles anxieux.....	31
Suicide et automutilation.....	32
Sur la voie de la santé mentale dans la région de l'Atlantique.....	34
Les points clés.....	35
Notes.....	36
Références.....	36
Annexe 1. Description des Canadiens de l'Atlantique.....	40
Annexe 2. Sources de données.....	41

Liste des figures

Figure 1. Autoévaluation de la santé mentale (très bonne ou excellente) selon le sexe, 2009–2010.....	8
Figure 2. Autoévaluation de la santé mentale (très bonne ou excellente), selon le groupe d'âge, 2009–2010.....	9
Figure 3. Satisfaction à l'égard de la vie, selon le sexe, 2009–2010.....	9
Figure 4. Satisfaction à l'égard de la vie, selon le groupe d'âge, 2009–2010	10
Figure 5. Autoévaluation de la santé mentale en milieu rural et urbain, 2009–2010 ...	12
Figure 6. Faible revenu, par mesure du panier de consommation, 2009	13
Figure 7. Taux de chômage, 2011.....	14
Figure 8. Taux de chômage, par appartenance à la population autochtone (hors réserve), 2009.....	14
Figure 9. Insécurité alimentaire (tous les ménages), 2007–2008.....	16
Figure 10. Insécurité alimentaire dans les familles avec enfants, 2007–2008.....	17
Figure 11. Sentiment d'appartenance envers la collectivité selon le sexe, 2009–2010	18
Figure 12. Sentiment d'appartenance envers la collectivité selon l'âge, 2009–2010....	19
Figure 13. Perception du stress dans la vie selon le sexe, 2009–2010	20
Figure 14. Perception du stress dans la vie selon l'âge, 2009–2010	20
Figure 15. Abus d'alcool, 2009–2010.....	22
Figure 16. Abus d'alcool, hommes à T.-N.-L., 2009–2010	22
Figure 17. Santé mentale et maladies chroniques, 2009–2010	23
Figure 18. Symptômes de dépression, préadolescents et adolescents, 2007.....	27
Figure 19. Abus d'alcool, préadolescents et adolescents, 2007	27
Figure 20. Limitation d'activités chez les aînés, 2009–2010	28
Figure 21. Participation sociale des aînés canadiens, 2008–2009	29
Figure 22. Troubles de l'humeur (selon les dires des répondants), 2009–2010	31
Figure 23. Trouble anxieux (selon les dires des répondants), 2009–2010	32
Figure 24. Mortalité liée au suicide, 2008.....	33
Figure 25. Hospitalisation liée à l'automutilation, 2009.....	33

Introduction

La santé mentale est largement reconnue comme une composante essentielle de notre bien-être et de notre santé globale¹. La promotion d'une bonne santé mentale auprès de la population pourrait prévenir la maladie mentale, améliorer les résultats liés à la santé physique, ainsi qu'accroître la prospérité sociale et économique². Ces avantages ont une incidence tant sur la personne que sur sa collectivité.

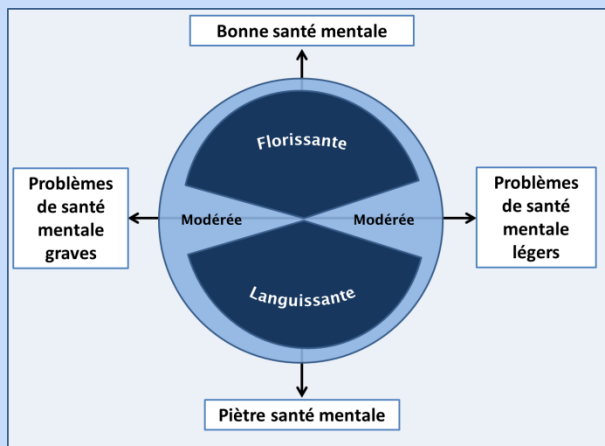
La façon dont nous percevons la santé mentale et la maladie mentale a évolué. Nous savons maintenant que la santé mentale est différente de l'absence de maladie mentale (voir l'encadré 1). Il s'agit plutôt d'un sentiment de bien-être émotif qui nous permet de réaliser notre plein potentiel et de supporter le stress au quotidien¹. Nous savons aussi que les déterminants de la santé, y compris les facteurs biologiques, psychologiques, sociaux, culturels et environnementaux, interagissent entre eux et ont une incidence sur la santé mentale au cours de la vie d'une personne^{2,3}.

Prendre des mesures pour promouvoir la santé mentale peut s'avérer difficile et complexe. La première étape en ce sens consiste à comprendre les tendances en santé mentale et en maladie mentale au Canada atlantique, de même que la prévalence des facteurs de risque et de protection. Cette étape nous permettra de prendre des décisions éclairées quant à la promotion d'une bonne santé mentale dans notre région.

Par conséquent, l'objet du présent document est de rendre compte de certains des indicateurs qui sont réputés avoir une incidence sur la santé mentale et qui ont été cernés par les chercheurs, les spécialistes en sciences sociales, les professionnels de la santé et d'autres professionnels. Nous voulons également fournir un contexte quant à ce que signifient ces mesures dans la région de l'Atlantique. Nous espérons que ce document permettra d'orienter les décisions relatives à la promotion, aux interventions et aux politiques en matière de santé mentale, de même que les recherches futures.

Encadré 1. Modèle du double continuum de la santé mentale

Keyes et ses collègues présentent la santé mentale et la maladie mentale comme étant deux continums qui s'entrecroisent, tel qu'il est illustré ci-dessous. Ils décrivent la santé mentale au moyen des termes « florissante » (santé mentale positive optimale) et « languissante » (piètre santé mentale).



Keyes, C. L. M. The mental health continuum: From languishing to flourishing in life. « Journal of Health and Behavior Research », vol. 43, p. 207–222, 2002.

Renseignements techniques

Sources des données

Ce document présente des données sur des indicateurs provenant de diverses sources et périodes. Des données de sources différentes ne sont pas toujours comparables en raison de la méthodologie utilisée pour la collecte des données. Pour de plus amples renseignements sur les sources des données utilisées dans le présent rapport, veuillez consulter l'annexe 2.

Mesure de la santé mentale et de la maladie mentale

Il est à noter que bon nombre d'aspects de la santé mentale et de la maladie mentale sont difficiles à mesurer. La maladie mentale est souvent non diagnostiquée. Les démarches de recherche de soins, de déclaration et l'accès aux soins varient d'un groupe et d'un lieu à l'autre. Les erreurs de déclaration sont particulièrement préoccupantes dans le cas des indicateurs de la santé mentale. Par exemple, certaines questions d'un sondage peuvent être perçues comme sensibles parce qu'elles traitent de comportements ou de troubles qui sont illicites, socialement inacceptables ou mal vus. Généralement, les erreurs de déclaration entraînent une sous-déclaration des troubles ou des comportements.

Intervalles de confiance

Les intervalles de confiance à 95 % présentés pour ces données délimitent une plage de valeurs susceptible d'inclure le taux réel de prévalence 19 fois sur 20. Dans le présent document, les valeurs sont représentées comme étant supérieures ou inférieures si l'intervalle de confiance en question ne chevauche pas celui du groupe de référence (habituellement le taux ou le pourcentage pour le Canada dans son ensemble).

Comment interpréter les graphiques

I = Intervalle de confiance à 95 %.

E = Ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison d'une grande variabilité de l'échantillonnage.

Abréviations et acronymes

CPCMC	Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
Î-P-É.	Île-du-Prince-Édouard
MPOC	Maladie pulmonaire obstructive chronique
N.-B.	Nouveau-Brunswick
N.-É.	Nouvelle-Écosse
T.-N.-L.	Terre-Neuve-et-Labrador

La santé mentale au Canada atlantique

Qu'est-ce que la santé mentale?

La santé mentale n'est pas que l'absence de maladie mentale. Elle est reconnue comme une composante essentielle de notre santé et de notre bien-être général¹. La définition de la santé mentale utilisée par l'Agence de la santé publique du Canada est présentée ci-contre.

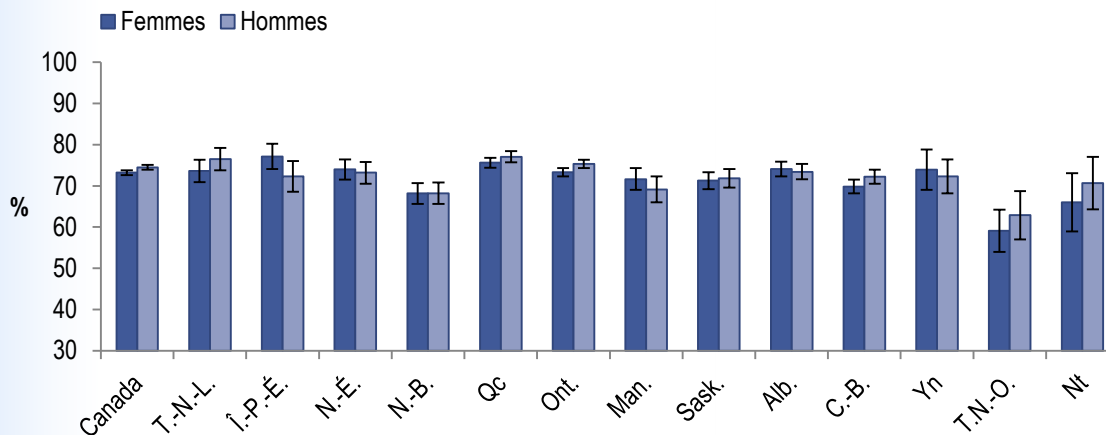
Données dans la région de l'Atlantique

L'autoévaluation de la santé mentale est un indicateur général utile pour assurer le suivi de la santé mentale de notre population⁴. De récentes données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) ont révélé que le pourcentage de personnes à Terre-Neuve-et-Labrador (T.-N.-L.), à l'Île-du-Prince-Édouard (Î.-P.-É.) et en Nouvelle-Écosse (N.-É.) qui évaluent leur santé mentale comme étant bonne ou excellente est comparable à la proportion observée au Canada dans l'ensemble (Figure 1). Au Nouveau-Brunswick (N.-B.), un plus faible pourcentage, tant chez les hommes que chez les femmes, évalue sa santé mentale comme étant très bonne ou excellente. La perception qu'ont les gens de leur santé mentale tend à se dégrader avec l'âge (Figure 2) (voir aussi la page 27).

La santé mentale est la capacité que chacun d'entre nous possède de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes tous confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être affectif et spirituel qui reconnaît l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions entre individus et de la dignité personnelle.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada, 2004.*

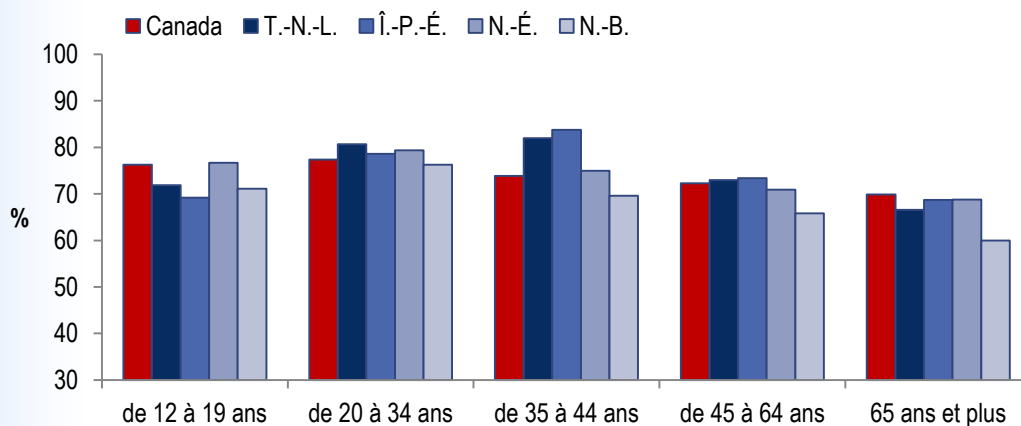
Figure 1. Autoévaluation de la santé mentale (très bonne ou excellente) selon le sexe, 2009–2010



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont évalué leur propre santé mentale comme étant très bonne ou excellente.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Figure 2. Autoévaluation de la santé mentale (très bonne ou excellente), selon le groupe d'âge, 2009–2010

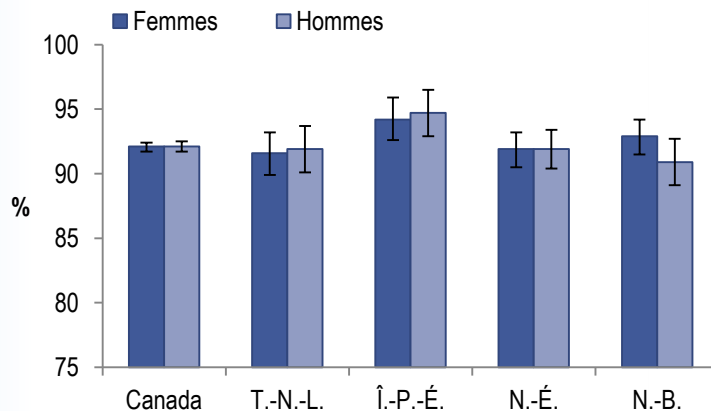


Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont évalué leur propre santé mentale comme étant très bonne ou excellente.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Notre aptitude à jouir de la vie est liée à une santé mentale positive et au bien-être⁵. Bien que l'écart soit mince, un plus grand pourcentage de personnes à l'Î.-P.-É. a déclaré être satisfait ou très satisfait de sa vie, comparativement au Canada dans l'ensemble (Figure 3). Le pourcentage de personnes ayant déclaré une satisfaction élevée à l'égard de la vie diminue chez les groupes plus âgés (Figure 4) (voir la page 21).

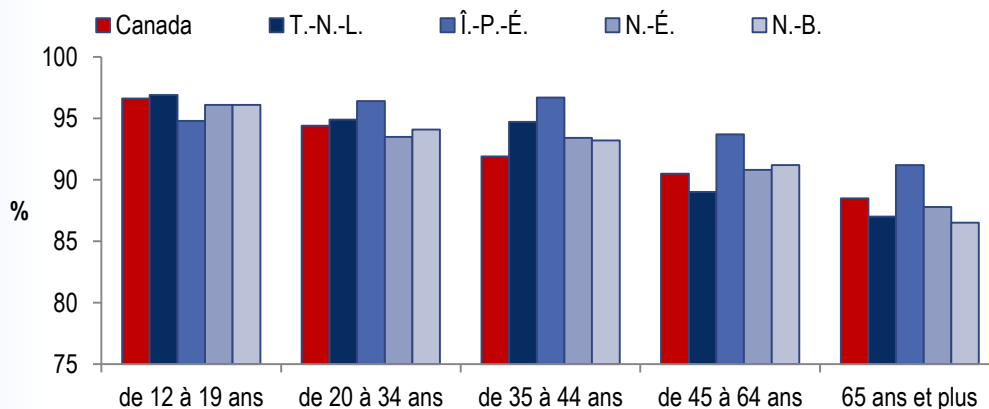
Figure 3. Satisfaction à l'égard de la vie, selon le sexe, 2009–2010



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont indiqué être satisfaits ou très satisfaits de leur vie en général.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Figure 4. Satisfaction à l'égard de la vie, selon le groupe d'âge, 2009–2010



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont indiqué être satisfaits ou très satisfaits de leur vie en général.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Facteurs ayant une incidence sur la santé mentale au Canada atlantique

De nombreux facteurs sociaux, environnementaux, psychologiques et biologiques qui interagissent entre eux ont une influence sur la santé mentale¹. Il est possible d'utiliser des indicateurs pour ces facteurs de manière à comprendre ce que vivent les Canadiens de la région de l'Atlantique et les éléments qui pourraient avoir une incidence sur leur santé mentale.

Milieus urbain et rural

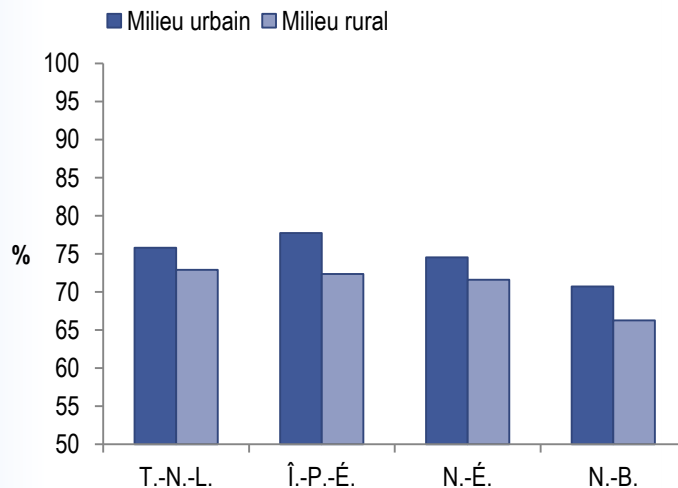
Plus de 40 % de la population du Canada atlantique vit en milieu rural, comparativement à 20 % de la population canadienne (voir l'annexe 1). Selon certaines recherches, vivre en milieu rural protégerait la santé mentale. Par exemple, une analyse de l'ESCC (2002) a révélé que les Canadiens qui vivent dans des centres urbains étaient plus susceptibles de déclarer vivre du stress, tandis que les personnes vivant en milieu rural ont déclaré des taux moins élevés de dépression⁶. En outre, les résidents ruraux sont toujours plus susceptibles de signaler une forte cohésion sociale et un sentiment d'appartenance envers la collectivité⁷. Malgré l'apparente prévalence élevée de ces facteurs de protection, la situation dans les collectivités rurales est complexe.

La population du Canada atlantique vivant en milieu rural fait face à des défis uniques relatifs aux changements dans les paysages économique et social. Par exemple, un nombre démesuré d'habitants en milieu rural du Canada atlantique dépendent des sous-secteurs du secteur primaire, comme la foresterie, l'exploitation minière et la pêche, pour leur emploi⁷. Le nombre moins élevé de débouchés dans ce secteur a entraîné le déplacement de nombreux jeunes à la recherche d'un emploi vers les grandes villes. L'émigration de jeunes des régions rurales peut avoir une grande incidence dans la collectivité et entraîner une réduction des services et des mesures de soutien disponibles. Ces changements peuvent amenuiser le sentiment d'appartenance envers la collectivité qui aide à préserver la santé mentale dans les collectivités rurales. Le fait que l'accès aux services en santé mentale et la disponibilité de ces services soient limités pour les personnes habitant en milieu rural peut accentuer les problèmes susmentionnés⁸.

Données dans la région de l'Atlantique

De récentes données tirées de l'ECSS (2009-2010) laissent entendre que les personnes vivant en milieu rural sont moins susceptibles d'évaluer leur propre santé mentale comme étant très bonne ou excellente comparativement aux personnes vivant en milieu urbain dans chacune des provinces de l'Atlantique (Figure 5).

Figure 5. Autoévaluation de la santé mentale en milieu rural et urbain, 2009-2010



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus en milieu rural et urbain qui ont évalué leur propre santé mentale comme étant très bonne ou excellente.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), tableaux personnalisés au moyens des cubes de données internes du CPCMC

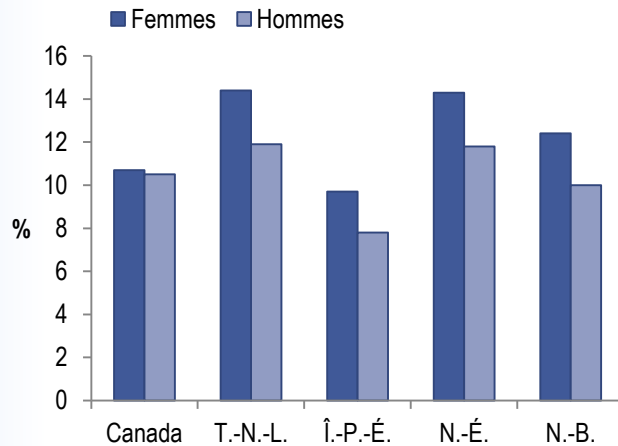
Sécurité financière et emploi

De nombreuses données portent à croire qu'un faible revenu et une piètre santé mentale sont fortement associés^{5,9}. Toutefois, on ne comprend pas bien la nature de cette relation. Par exemple, il est possible qu'une piètre santé mentale entraîne un plus faible revenu (manque de ressources pour l'accès à l'éducation) ou qu'un faible revenu entraîne une piètre santé mentale par l'exposition à des facteurs de stress environnementaux (causalité sociale). Les recherches semblent indiquer que les problèmes financiers et le stress au travail sont plus souvent vécus par les personnes à plus faible revenu, ce qui pourrait contribuer à une piètre santé mentale^{5,10}. La situation d'emploi et les conditions de travail peuvent également représenter des facteurs importants ayant une incidence sur la santé mentale puisqu'ils sont étroitement liés au revenu et au stress en milieu de travail.

Données dans la région de l'Atlantique

En fonction de certaines mesures, une proportion plus élevée de personnes à T.-N.-L., en N.-É. et au N.-B. dispose d'un faible revenu^a comparativement à la proportion enregistrée pour l'ensemble du Canada (Figure 6). Dans chacune des provinces de l'Atlantique, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de vivre dans un ménage à faible revenu.

Figure 6. Faible revenu, par mesure du panier de consommation, 2009

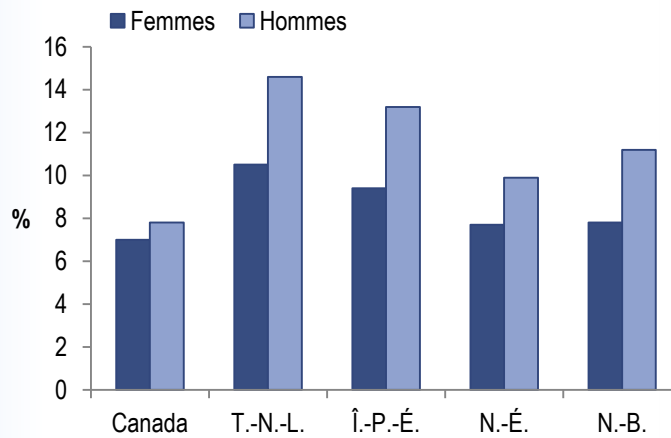


Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes à faible revenu en fonction de la mesure du panier de consommation^a.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la dynamique du travail et du revenu

Le taux de chômage dans chacune des provinces de l'Atlantique est supérieur au taux national (Figure 7). En outre, le taux de chômage y est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, et il est supérieur à 14 % chez les hommes à T.-N.-L. La prévalence du travail saisonnier dans la région de l'Atlantique a possiblement une incidence sur ces taux. Le taux de chômage dans la population autochtone (hors réserve) du Canada atlantique est près du double de celui observé dans la population non autochtone, et il est de plus de trois points de pourcentage supérieur au taux de chômage national des populations autochtones (Figure 8).

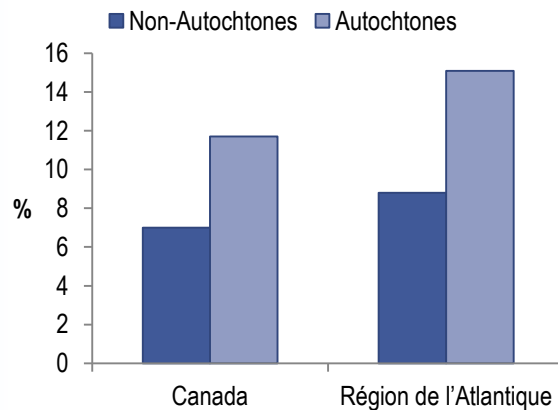
Figure 7. Taux de chômage, 2011



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le taux de chômage chez les personnes âgées de 15 ans et plus.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active

Figure 8. Taux de chômage, par appartenance à la population autochtone (hors réserve), 2009



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le taux de chômage par appartenance à la population autochtone chez les personnes âgées de 25 à 54 ans.

Les données excluent les populations des réserves et des territoires.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la population active

Nourriture et logement

L'incertitude quant à l'accès aux biens de première nécessité, comme la nourriture et le logement, est une importante source de stress pour les personnes vivant en situation de faible revenu.

Insécurité alimentaire

L'insécurité alimentaire peut causer des inquiétudes et une détresse émotionnelle. Des analyses d'enquêtes nationales sur la santé de la population ont démontré que les personnes qui vivent dans un ménage en situation d'insécurité alimentaire peuvent être plus à risque de vivre du stress et de souffrir de dépression¹¹.

On rapporte que l'insécurité alimentaire serait plus courante dans les populations autochtones. On estime que près de 30 % des Canadiens autochtones de plus de 18 ans vivant hors réserve font partie de ménages en situation d'insécurité alimentaire¹². Une analyse de l'ESCC de 2004 a révélé que l'insécurité alimentaire dans les populations autochtones hors réserve est associée à un piètre état de santé général et à une piètre santé mentale.

Les familles avec de jeunes enfants peuvent être particulièrement vulnérables aux facteurs de stress environnementaux associés à un faible revenu, comme l'insécurité alimentaire. Les familles monoparentales sont particulièrement à risque, puisque le taux d'insécurité alimentaire dans les ménages monoparentaux est environ quatre fois plus élevé que celui des ménages biparentaux. Les recherches ont démontré que les enfants et les adolescents qui grandissent dans de piètres conditions économiques peuvent être plus à risque de souffrir d'une piètre santé mentale plus tard¹³.

En 1996, les pays participant au Sommet mondial de l'alimentation se sont entendus sur la définition suivante de la sécurité alimentaire :

« La **sécurité alimentaire** existe lorsque tous les êtres humains ont, à tout moment, un accès physique et économique à une nourriture suffisante, saine et nutritive leur permettant de satisfaire leurs besoins énergétiques et leurs préférences alimentaires pour mener une vie saine et active. »

« **L'itinérance** ou le risque d'itinérance est une dure réalité pour bon nombre de Canadiens. L'itinérance ne se limite pas qu'à un groupe de la société, mais peut toucher les jeunes, les hommes, les femmes, les familles monoparentales ou biparentales, les aînés, les nouveaux immigrants, les Autochtones ou autres. »

[Traduction]

Shortt S., S. Hwang et H. Stuart.
Homelessness and Health: A Policy Synthesis on Approaches to Delivering Primary Care for Homeless Persons, Kingston : Centre for Health Services and Policy Research, Queen's University, 2006.

Itinérance

Il est bien connu que les sans-abris sont plus susceptibles de souffrir d'une maladie mentale et d'une piètre santé mentale, et d'avoir de la difficulté à accéder à des services de santé^{13,14}. Une piètre santé mentale peut contribuer à l'itinérance par l'interaction avec des déterminants sociaux comme le revenu et l'emploi¹⁵. Les sans-abris sont aussi plus susceptibles de vivre ou d'avoir vécu du stress, ou de faire ou d'avoir fait l'objet de victimisation ou de mauvais traitements, avant ou après l'état d'itinérance.

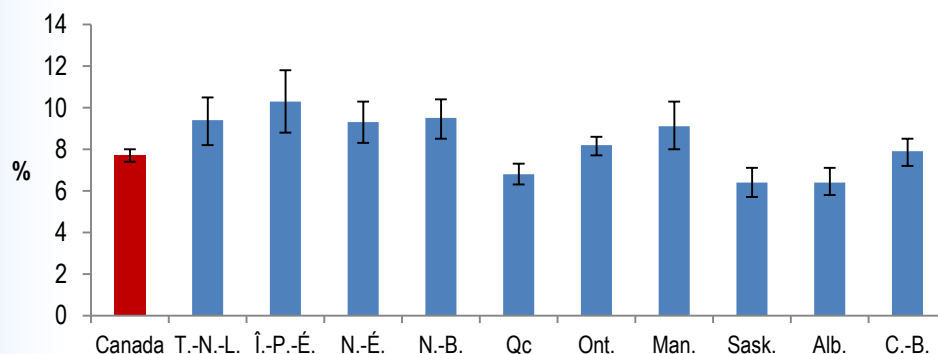
Des études ont démontré qu'il y a une plus grande incidence et prévalence de problèmes de santé mentale graves, comme la schizophrénie, la toxicomanie et les troubles dépressifs majeurs chez les sans-abris comparativement à la population en général¹⁴. On rapporte que les troubles mentaux et comportementaux représenteraient la majorité des motifs des visites à l'urgence (35 %) et des hospitalisations (52 %) chez les sans-abris¹⁵.

Lors d'un sondage sur la santé des sans-abris à Halifax (*Community Action on Homelessness*)¹⁶, près de la moitié des répondants (48 %) ont évalué leur propre santé mentale comme étant passable ou mauvaise, et plus de la moitié (52 %) des répondants ont déclaré avoir reçu, à un moment ou à un autre, un diagnostic de maladie mentale.

Données dans la région de l'Atlantique

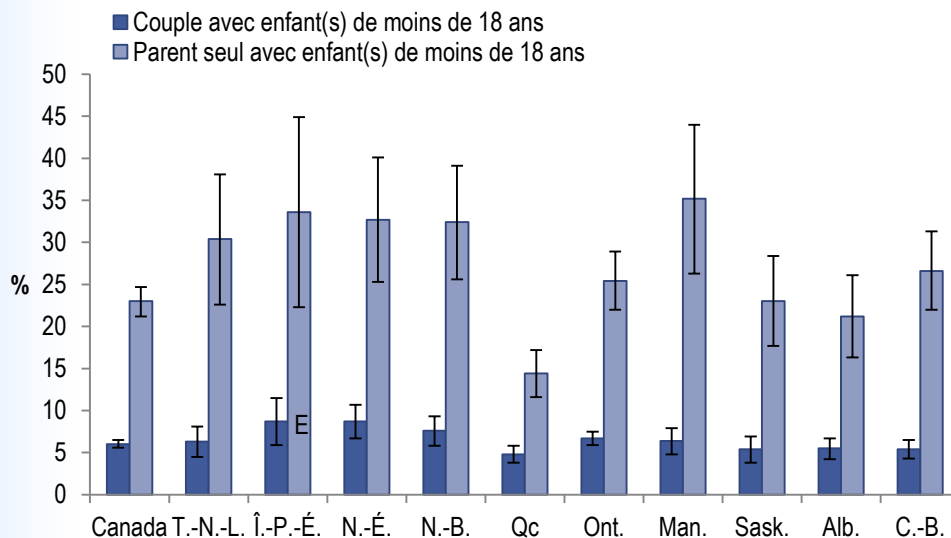
Le taux des ménages en situation d'insécurité alimentaire est plus élevé dans toutes les provinces de l'Atlantique que dans l'ensemble du Canada (Figure 9). Le taux d'insécurité alimentaire dans les ménages monoparentaux en N.-É. et au N.-B. est plus élevé que le taux observé pour l'ensemble du Canada. Fait important à noter, les familles monoparentales dirigées par une femme représentent plus de 80 % des familles monoparentales (Figure 10).

Figure 9. Insécurité alimentaire (tous les ménages), 2007–2008



Remarque : Ce graphique présente le pourcentage de ménages (toutes conditions de logement) en situation d'insécurité alimentaire allant de modérée à grave.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Figure 10. Insécurité alimentaire dans les familles avec enfants, 2007–2008

Remarque : Ce graphique présente le pourcentage de ménages (conditions de logement choisies) en situation d'insécurité alimentaire allant de modérée à grave.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Soutien social et exclusion sociale

L'appartenance à un réseau social contribue à une bonne santé mentale¹². Certains groupes, comme les nouveaux immigrants, les minorités raciales, les personnes handicapées, les Autochtones ainsi que les lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et autres, sont plus susceptibles d'être victimes d'exclusion sociale et de discrimination. Par exemple, un récent sondage a révélé que plus de 30 % des membres des Premières Nations vivant dans une réserve avaient déclaré avoir été victime de racisme au cours des 12 derniers mois¹⁷. Ces groupes marginalisés peuvent avoir de la difficulté à accéder au soutien social nécessaire, ce qui les rend plus à risque d'avoir une piètre santé mentale.

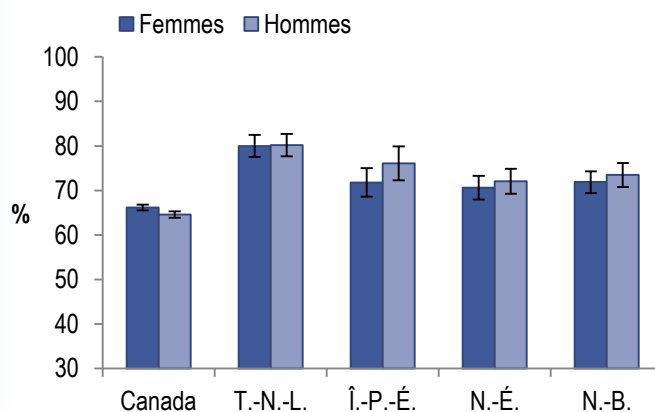
Les familles immigrantes doivent souvent faire face à différents obstacles en ce qui a trait au soutien social lorsqu'elles arrivent au Canada. Comme la famille et les amis proches sont laissés derrière, les nouveaux immigrants peuvent souffrir d'un manque de soutien qui contribue à l'isolement social. La création de nouveaux réseaux sociaux peut être difficile dans un contexte culturel peu connu, et le manque de soutien disponible peut rendre les immigrants à risque d'une piètre santé mentale¹⁸. Qui plus est, les normes culturelles et les compétences linguistiques se sont révélées des obstacles pour les immigrants qui cherchent de l'aide par l'entremise de services en santé mentale¹⁹. Les données laissent entendre que vivre dans un quartier à plus forte concentration de personnes de même origine ethnique peut être

bénéfique sur la santé mentale des immigrants²⁰, ce qui peut illustrer l'importance de la cohésion sociale en tant que facteur de protection de la santé mentale dans les populations immigrantes. Les centres urbains plus petits et moins diversifiés sur le plan ethnique, comme ceux que l'on retrouve au Canada atlantique, offrent peut-être aux immigrants moins de possibilités de soutien des pairs de même origine ethnique.

Données dans la région de l'Atlantique

En général, les Canadiens de l'Atlantique sont plus susceptibles de déclarer avoir un sentiment d'appartenance fort envers leur collectivité que l'ensemble des Canadiens (Figure 11). En outre, les habitants de T.-N.-L. sont plus susceptibles de déclarer un vif sentiment d'appartenance envers leur collectivité que l'ensemble des Canadiens et que les habitants des autres provinces de l'Atlantique, et ce, dans tous les groupes d'âge définis (Figure 12).

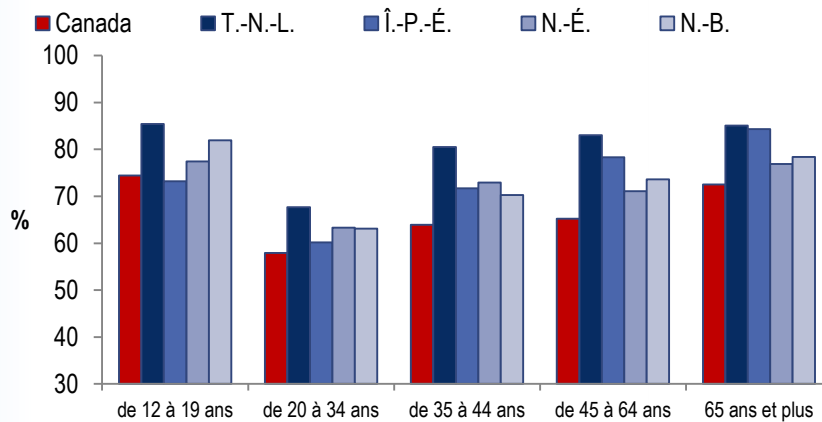
Figure 11. Sentiment d'appartenance envers la collectivité selon le sexe, 2009–2010



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré un sens un peu fort ou très fort d'appartenance à la communauté locale.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Figure 12. Sentiment d'appartenance envers la collectivité selon l'âge, 2009-2010



Remarque : Le graphique ci-dessus présente le pourcentage de personnes de 12 ans et plus qui ont déclaré un sens un peu fort ou très fort d'appartenance à la communauté locale.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

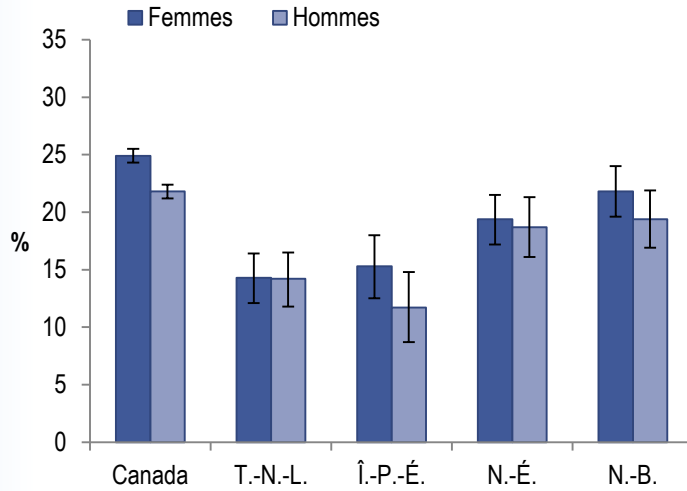
Stress et adaptation

La capacité à faire face à l'adversité, à savoir la résilience, a été identifiée comme étant un facteur de protection d'une bonne santé mentale^{1,2}. La résilience est importante dans le cas de chaque personne, famille et collectivité. La gestion du stress et de l'adversité est influencée par un certain nombre de facteurs, dont les valeurs, la culture, l'environnement social et la disponibilité de ressources et de mesures de soutien social⁵.

Données dans la région de l'Atlantique

Le pourcentage de personnes à T.-N.-L. et à l'Î.-P.-É. déclarant percevoir un stress élevé dans la vie est inférieur à celui de l'ensemble des Canadiens (Figure 13). Le groupe d'âge avec le plus grand pourcentage de membres déclarant percevoir un stress élevé dans la vie est celui des personnes âgées de 35 à 44 ans. Le pourcentage de personnes déclarant percevoir un stress élevé dans la vie semble être supérieur en N.-É. et au N.-B. qu'à T.-N.-L. et à l'Î.-P.-É. dans le cas des personnes âgées de plus de 35 ans (Figure 14).

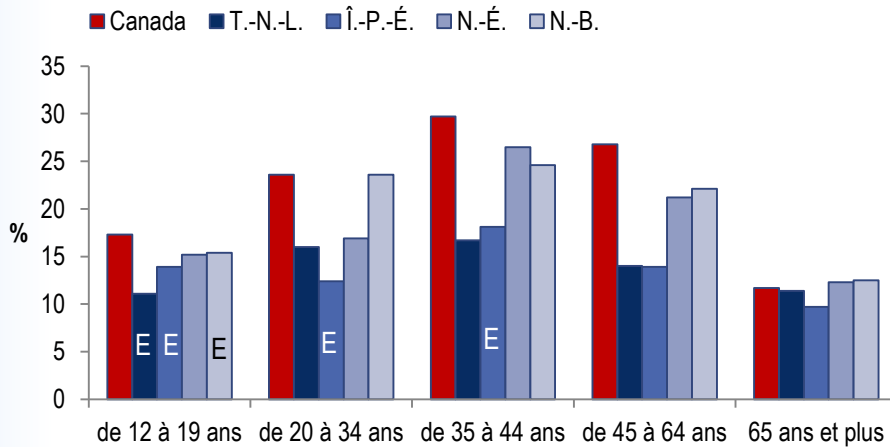
Figure 13. Perception du stress dans la vie selon le sexe, 2009–2010



Remarque : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes âgées de 12 et plus qui ont déclaré percevoir beaucoup de stress dans la vie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Figure 14. Perception du stress dans la vie selon l'âge, 2009–2010



Remarque : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes âgées de 12 et plus qui ont déclaré percevoir beaucoup de stress dans la vie.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Consommation d'alcool

La consommation d'alcool est un important facteur de risque de nombreuses maladies mentales et d'une piètre santé mentale. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de consommer de l'alcool et d'en abuser³. Les gens ont parfois recours à l'alcool pour composer avec le stress ou l'adversité qu'ils perçoivent dans leur vie⁵. De plus, on observe souvent des cas de consommation/d'abus d'alcool et de maladies mentales chez les mêmes personnes, ce qui laisse entendre l'importance des services intégrés en santé mentale et en toxicomanie^{21,22}. Les recherches montrent que le risque d'abus d'alcool et de dépendance à celui-ci peut être accru dans certaines populations, telles que les personnes à faible revenu, les Autochtones ainsi que les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, transgenres et transsexuelles³. Il se peut que ces groupes aient recours à l'alcool pour composer avec les conséquences de la marginalisation et de la discrimination qu'ils subissent.

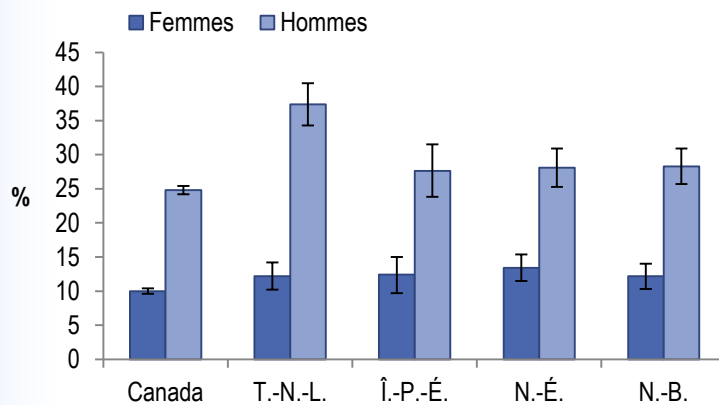
Bien que l'abus d'alcool soit moins fréquent chez les femmes, des facteurs uniques sont associés à la consommation d'alcool dans ce groupe. Par exemple, les femmes qui ont des problèmes de consommation d'alcool souffrent également souvent de maladies mentales comme la dépression et l'anxiété. Les femmes qui ont vécu un traumatisme, tel que des mauvais traitements ou une agression, sont beaucoup plus susceptibles de développer un problème de toxicomanie³.

Les rapports révèlent invariablement que la consommation d'alcool est plus abusive et fréquente dans la région de l'Atlantique que dans le reste du Canada. Les normes culturelles qui font la promotion de la consommation d'alcool chez les mineurs et normalisent (voire valorisent) la consommation abusive d'alcool, en particulier chez les jeunes (voir la page 26), contribuent peut-être aux taux plus élevés de consommation abusive d'alcool dans les provinces de l'Atlantique²³.

Données dans la région de l'Atlantique

Plus d'un tiers des hommes de T.-N.-L. (38 %) déclarent que leur consommation d'alcool est abusive et fréquente et qu'elle dépasse le taux de l'ensemble du Canada et des autres provinces de l'Atlantique (Figure 15). Les hommes âgés de 20 à 34 ans sont plus susceptibles de déclarer que leur consommation d'alcool est abusive et fréquente (un peu plus de 60 % d'entre eux à T.-N.-L.)(Figure 16).

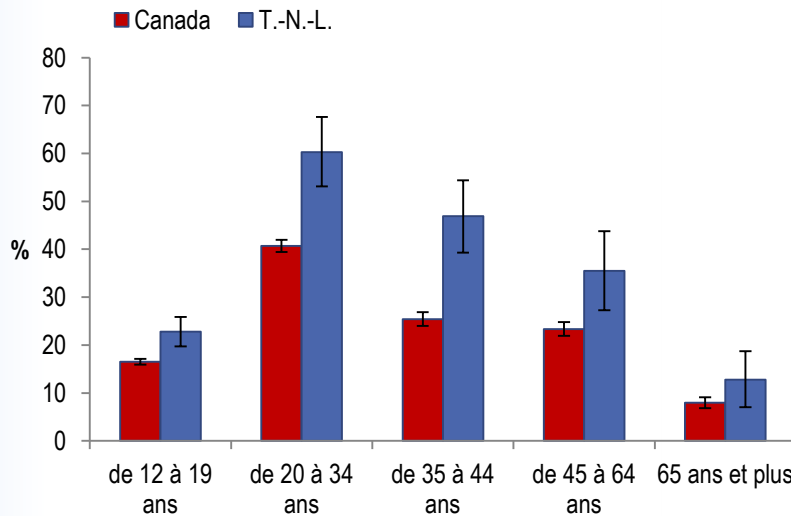
Figure 15. Abus d'alcool, 2009–2010



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir pris au moins cinq consommations d'alcool à une même occasion, et ce, au moins douze fois l'année dernière.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Figure 16. Abus d'alcool, hommes à T.-N.-L., 2009–2010



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir pris au moins cinq consommations d'alcool à une même occasion, et ce, au moins une fois par mois l'année dernière.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Santé physique

Il existe un lien indéniable entre notre santé physique et notre santé mentale. Pour des raisons que personne ne peut comprendre parfaitement, une maladie mentale sévère est souvent associée à une maladie physique chronique telle que le diabète, une maladie cardiovasculaire et une maladie respiratoire^{24,25}.

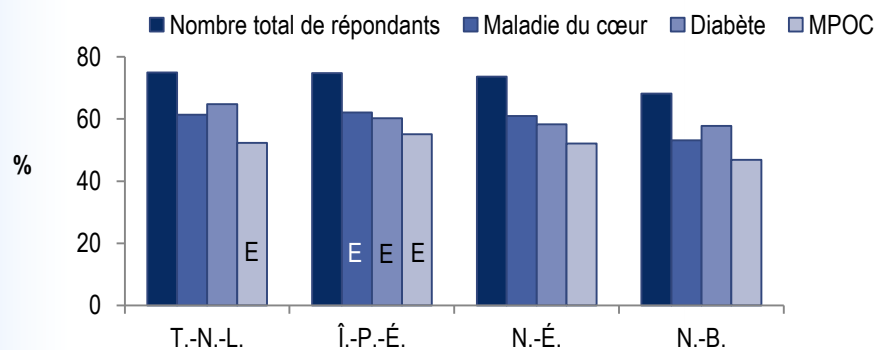
Les limitations physiques associées à certaines maladies chroniques peuvent rendre difficile d'entreprendre des activités de base, par exemple participer à des activités sociales, effectuer des travaux ménagers ou trouver et conserver un emploi²⁶⁻²⁸. Le fait de souffrir d'une maladie chronique a des effets profonds sur la santé mentale. Dans un récent sondage, presque un tiers des Canadiens souffrant d'arthrite ont évalué que leur propre santé mentale était passable ou mauvaise²⁶.

L'association entre les maladies chroniques et la santé mentale est particulièrement importante dans notre région. C'est dans la région de l'Atlantique que certains des taux les plus élevés de maladies chroniques communes sont observés au Canada, notamment dans le cas du diabète et des maladies du cœur. Les facteurs de risque comportementaux associés aux maladies chroniques, comme le tabagisme, la sédentarité et les mauvaises habitudes alimentaires, sont également plus courants dans les provinces de l'Atlantique²⁹.

Données dans la région de l'Atlantique

Les données provenant de l'ESCC portent à croire que les Canadiens de la région de l'Atlantique qui déclarent avoir reçu un diagnostic de diabète, de maladie du cœur ou de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) sont moins susceptibles de déclarer que leur santé mentale est très bonne ou excellente (Figure 17).

Figure 17. Santé mentale et maladies chroniques, 2009–2010



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes qui ont évalué que leur santé mentale était « très bonne » ou « excellente ». Il compare le nombre total de répondants au nombre de personnes ayant indiqué qu'elles souffraient de diabète, d'une maladie du cœur ou d'une MPOC.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, tableaux personnalisés au moyen des cubes de données internes du CPCMC

Facteurs influant sur les enfants, les jeunes et les familles

On estime que 14 % des enfants canadiens âgés de 4 à 17 ans souffrent de troubles mentaux³⁰. Il est difficile de trouver des données comparables sur la santé mentale des enfants. Les indicateurs de troubles mentaux chez ceux-ci ne sont pas suivis par des systèmes nationaux de surveillance et, à l'heure actuelle, la plupart des provinces ne recueillent pas de données détaillées sur la santé mentale des enfants. Cependant, d'importants concepts ont été cernés en ce qui a trait à la santé mentale et au bien-être de ceux-ci (encadré 2).

Encadré 2 : Importants concepts relatifs à la santé mentale des enfants et des jeunes

L'**attachement** qu'éprouvent les fournisseurs de soins et les enfants les uns pour les autres est un facteur clé du développement social et affectif, et il a été prouvé qu'il a une incidence sur le bien-être psychologique durant l'enfance et l'adolescence, de même qu'à l'âge adulte.

La **résilience**, un processus d'adaptation positive à l'adversité, est un concept clé qui est lié à la santé mentale des enfants et des familles.

La **santé psychologique**, est un sentiment personnel de bien-être psychologique (pensées et émotions).

Violence et négligence

La violence et la négligence envers les enfants ont été qualifiées d'importants facteurs de risque d'une piètre santé mentale¹. Les enfants qui subissent des mauvais traitements courent un plus grand risque de souffrir toute leur vie d'anxiété, de dépression, de troubles du comportement et de toxicomanie ainsi que d'avoir des comportements suicidaires.³¹

La quantité de données recueillies sur la violence et la négligence envers les enfants est limitée. Selon le rapport canadien sur l'incidence³², 85 440 enquêtes sur des mauvais traitements envers des enfants ont été corroborées au Canada en 2008. L'exposition à la violence conjugale (34 %) et la négligence (34 %) représentaient l'objet de la majorité des enquêtes corroborées, suivies par la violence physique (20 %).

Des rapports laissent entendre que les enfants des Premières Nations sont considérablement surreprésentés dans les organismes de protection de la jeunesse³³. Les antécédents de longue date en matière de politiques gouvernementales marginalisantes qui perturbent des collectivités et des pratiques culturelles, les effets intergénérationnels des expériences des fournisseurs de soins dans les pensionnats

indiens, de même que les difficultés auxquelles les fournisseurs de soins sont confrontés dans les collectivités des Premières Nations, notamment la violence familiale, la toxicomanie et l'isolement social, sont considérés comme des facteurs contributifs.

Petite enfance

Les expériences vécues dans l'enfance sont liées aux résultats en santé mentale qui se produisent à l'âge adulte. Bien que les données concernant la santé mentale des jeunes enfants dans les provinces de l'Atlantique soient rares, nous disposons tout de même de renseignements provenant de certaines collectivités de la Nouvelle-Écosse (Pictou, Antigonish, Guysborough et Cap Breton – Victoria) qui ont été recueillis dans le cadre de l'étude *Comprendre la petite enfance*^{34,35}. Cette étude a permis de recueillir des renseignements d'élèves du primaire et de leurs parents au sujet d'aptitudes et de comportements sociaux, de la santé physique et du bien-être en 2008-2009 (voir l'annexe 2).

Les résultats de cette étude laissent entendre que les piètres comportements prosociaux et le manque d'attention étaient plus fréquents chez les garçons (de 12 à 15 %) que chez les filles (de 5 à 6 %) et qu'ils étaient associés à des indicateurs socioéconomiques comme le faible niveau d'instruction de la mère et le faible revenu. Bien que la plupart des parents aient indiqué qu'ils jouissaient d'un soutien social élevé dans leur collectivité (77 %), ils étaient moins susceptibles de dire la même chose en ce qui a trait au Canada dans l'ensemble. Dans la région de Cap Breton – Victoria, il était moins probable que les personnes à faible revenu, les familles monoparentales, les familles dont le père était sans emploi et les familles dont la mère ou le père n'avait pas terminé ses études secondaires déclarent jouir d'un soutien social élevé. Environ la moitié des parents ayant répondu aux questions de l'étude ont évalué que leur voisinage était de très bonne qualité (bonnes écoles, loisirs pour les enfants et établissements de santé), comparativement à 77 % des parents canadiens.

Adolescence et préadolescence

L'adolescence et la préadolescence sont des périodes importantes du développement affectif, social, intellectuel et physique. Il s'agit également de périodes durant lesquelles les maladies mentales et les troubles mentaux deviennent souvent évidents. À l'adolescence et à la préadolescence, les relations de soutien avec les parents, les enseignants et les pairs jouent un rôle de plus en plus fondamental par rapport à la santé émotionnelle^{36,37}. Le soutien par les pairs est essentiel, mais les relations entre pairs peuvent aussi avoir des répercussions négatives sur la santé mentale des jeunes. À titre d'exemple, il est bien connu que les jeunes qui sont victimes d'intimidation sont plus susceptibles de présenter des troubles affectifs et comportementaux, de faire une dépression et d'afficher un comportement suicidaire.³⁸ Des données tirées d'un sondage récent suggèrent que 65 % des élèves de la 6^e à la 12^e année au Nouveau-Brunswick ont été victimes d'intimidation et qu'environ 50 % d'entre eux ont déjà intimidé un autre élève.³⁹

La santé psychologique et la résilience sont importantes pour la santé mentale des jeunes Canadiens. Par exemple, le Sondage sur le mieux-être des élèves que le Nouveau-Brunswick a réalisé en 2009-2010 auprès d'élèves de la 6^e à la 12^e année a révélé que des niveaux élevés de santé psychologique étaient associés à l'adoption de comportements sociaux positifs, comme le partage et le soutien des autres.³⁹ Plus de 70 % des jeunes ayant répondu au sondage ont indiqué afficher des comportements sociaux positifs, soit une augmentation de plus de 10 % comparativement aux résultats de 2006-2007. Il a été déterminé que l'adoption de comportements sociaux positifs et la participation à des activités prosociales étaient des facteurs de protection de la santé mentale des adolescents.

Les aspects de la santé mentale à l'adolescence sont liés au sexe. Un récent rapport sur la santé mentale à la préadolescence et à l'adolescence (de 11 à 15 ans) a permis de conclure que les filles étaient plus susceptibles d'avoir un faible niveau de bien-être émotionnel et de satisfaction à l'égard de la vie comparativement aux garçons³⁷. De plus, le bien-être émotionnel des filles semblait diminuer avec l'âge.

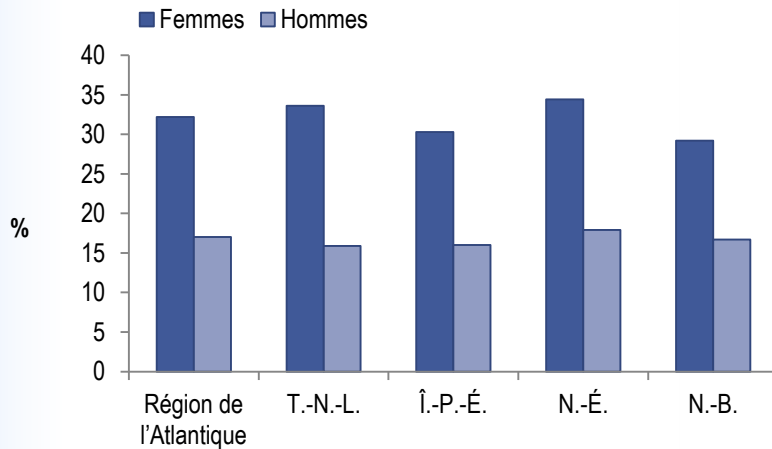
Les comportements à risque, tels que la consommation d'alcool, sont souvent adoptés lors de la préadolescence et de l'adolescence⁴⁰. Dans les régions rurales de la Nouvelle-Écosse, les comportements à risque pour la santé, comme la toxicomanie chez les adolescents, ont été associés à des facteurs socioéconomiques⁴¹. Par exemple, les abus d'alcool se sont avérés moins fréquents chez les adolescents dont le père avait effectué des études postsecondaires.

Des études sur les comportements suicidaires et les comportements à risque pour la santé chez les adolescents des régions rurales de la Nouvelle-Écosse ont permis de conclure que, même si la dépression est un facteur de risque majeur de comportements suicidaires dans le cas des deux sexes⁴², les comportements suicidaires sont plus fréquents chez les adolescentes. De plus, les adolescentes ayant des comportements suicidaires étaient plus susceptibles de demander de l'aide que les adolescents. Dans le centre de la Nouvelle-Écosse, la dépression a été associée à des comportements à risque pour la santé chez les adolescents, notamment les activités sexuelles à risque et la toxicomanie⁴³. Une étude récente a aussi révélé que, même si les taux globaux de suicide chez les jeunes au Canada baissent, les taux de suicide chez les jeunes filles augmentent.⁴⁴

Données dans la région de l'Atlantique

Selon le Sondage sur l'usage de l'alcool et des drogues auprès des élèves des provinces atlantiques, environ 30 % des élèves de sexe féminin (7^e, 9^e, 10^e et 12^e année) ont déclaré qu'elles présentaient des symptômes de dépression assez ou très importants lorsqu'elles ont répondu aux questions du sondage (Figure 18). Ce pourcentage est deux fois plus élevé que celui des élèves de sexe masculin ayant déclaré qu'ils présentaient des symptômes de dépression (environ 15 %)⁴⁵.

Figure 18. Symptômes de dépression, préadolescents et adolescents, 2007

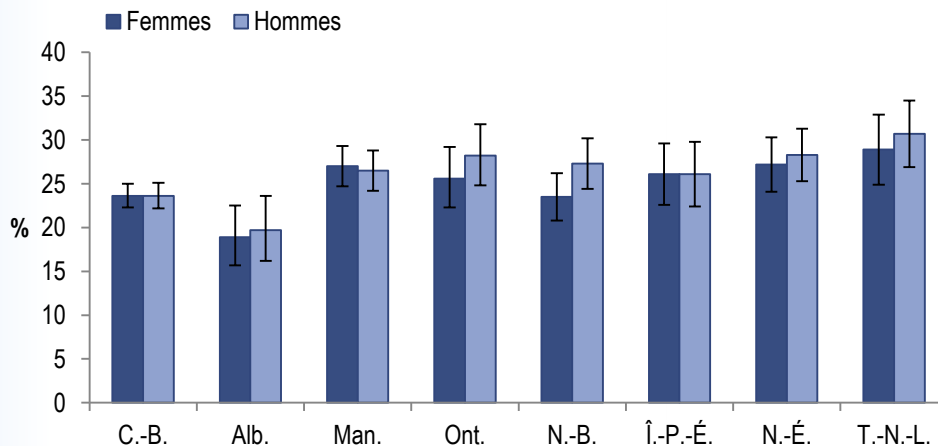


Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage d'élèves de 7^e, 9^e, 10^e et 12^e année qui présentaient des symptômes de dépression « assez » ou « très » importants selon un outil de dépistage.

Sources : Sondage sur l'usage de l'alcool et des drogues auprès des élèves des provinces atlantiques

Selon une analyse des sondages la consommation de drogues auprès des élèves dans différentes provinces⁴⁶, il se peut que la consommation abusive d'alcool soit supérieure à T.-N.-L. comparativement aux autres provinces (Figure 19).

Figure 19. Abus d'alcool, préadolescents et adolescents, 2007



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage d'élèves de 7^e, 9^e, 10^e et 12^e année qui ont déclaré avoir pris au moins cinq consommations d'alcool à une même occasion, et ce, au moins une fois au cours du dernier mois.

Sources : Sondage sur la consommation des drogues auprès des élèves de l'ensemble du Canada en 2011

Facteurs influant sur les aînés canadiens

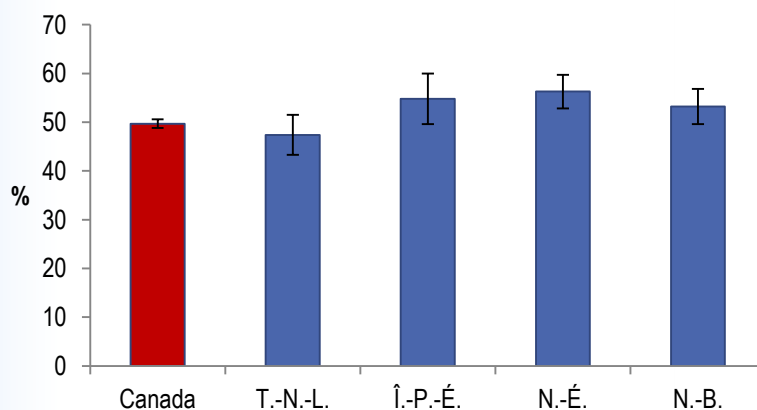
Il est bien connu que la population du Canada vieillit, surtout dans la région de l'Atlantique (voir l'annexe 1). Le déclin de la santé physique et fonctionnelle qui se produit souvent avec l'âge peut causer une détresse psychologique et contribuer à l'isolement social. Tel qu'il a été mentionné précédemment dans ce rapport, les mesures d'autoévaluation de la santé mentale, comme la perception de la santé mentale et de la satisfaction à l'égard de la vie, diminuent avec l'âge (voir la page 8). De plus, les aînés peuvent être particulièrement vulnérables à la victimisation, à la discrimination et à la violence. Selon le cadre national sur le vieillissement⁴⁷, la santé fonctionnelle, la sécurité personnelle et financière, l'absence de discrimination, la participation sociale et le soutien social sont tous des aspects clés du mieux-être des aînés.

Plus particulièrement, la participation sociale a été proposée comme déterminant de l'état de santé global chez les aînés. Une analyse d'enquêtes nationales sur la santé de la population ainsi que des études internationales ont révélé que la participation sociale était associée à une bonne santé générale^{48,49}.

Données dans la région de l'Atlantique

Les aînés de la région de l'Atlantique sont moins susceptibles de déclarer qu'ils subissent un stress élevé à l'égard de la vie et ils sont plus susceptibles de déclarer qu'ils éprouvent un sentiment d'appartenance fort envers leur collectivité (Figure 12 et Figure 14). Les aînés de la N.-É. sont plus susceptibles de déclarer que leurs activités quotidiennes sont limitées en raison d'un problème de santé (Figure 20).

Figure 20. Limitation d'activités chez les aînés, 2009–2010

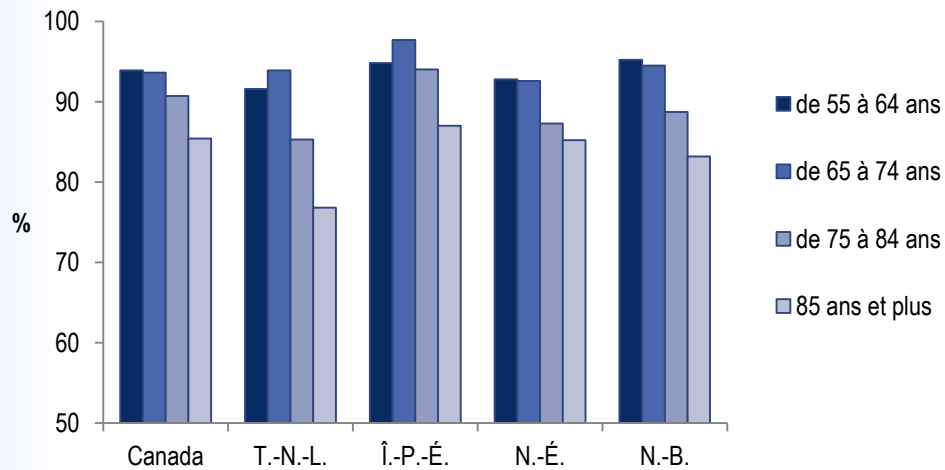


Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage d'aînés qui ont déclaré être limités lors de la pratique d'activités sélectionnées (à la maison, à l'école, au travail et autres activités) en raison de leur état de santé physique, de leur état de santé mentale ou d'un problème de santé qui a duré ou qui devrait durer au moins six mois.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

La majorité des Canadiens de la région de l'Atlantique ayant plus de 55 ans déclarent qu'ils s'adonnent à un certain type de participation sociale au moins une fois par mois (Figure 21). La participation sociale semble diminuer un peu avec l'âge.

Figure 21. Participation sociale des aînés canadiens, 2008–2009



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage d'aînés qui ont déclaré qu'ils s'adonnaient à un certain type de participation sociale au moins une fois par mois.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Maladies mentales dans la région de l'Atlantique

Les maladies mentales sont caractérisées par des changements de l'humeur ou du comportement qui causent une détresse et compromettent la capacité de fonctionner dans la vie quotidienne. Elles sont habituellement associées à un diagnostic clinique. Les maladies mentales sont courantes : on estime qu'un Canadien sur cinq souffrira d'une maladie mentale au cours de sa vie³.

Dans la plupart des concepts courants, on fait une distinction entre « maladie mentale » et « santé mentale ». Cependant, l'amélioration de la santé mentale dans notre population peut jouer un rôle préventif en réduisant le nombre de cas de maladies mentales.

Troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur, qui comprennent la dépression et le trouble bipolaire, font partie des types de maladies mentales les plus répandues au Canada.⁵⁰

Une analyse de données provenant de l'ESCC de 2002 indique qu'il y a un lien entre la dépression et plusieurs facteurs démographiques⁵¹. La dépression était plus courante chez les femmes, les groupes les plus jeunes, les personnes célibataires ou antérieurement mariées, les personnes ayant déclaré souffrir d'une ou de plusieurs maladies chroniques et les personnes sans emploi.

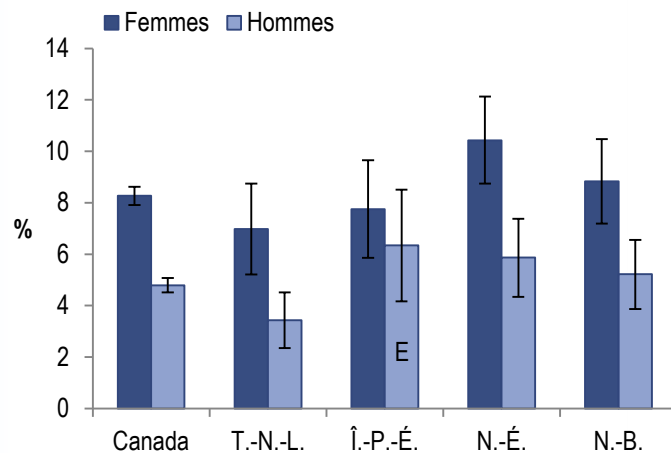
Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. La maladie mentale peut prendre diverses formes, entre autres : troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et dépendances telles que la toxicomanie et le jeu pathologique.

Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie : Aperçu des politiques et des programmes au Canada*, 2004.

Données dans la région de l'Atlantique

Des données récentes provenant de l'ESCC (2009-2010) ont permis d'évaluer la prévalence des troubles de l'humeur selon les déclarations des répondants au sujet de diagnostics posés par un médecin. D'après ces données, la prévalence des troubles de l'humeur semble être plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans chacune des provinces de l'Atlantique et au Canada (Figure 22). Les Néo-Écossaises sont les répondantes dont le taux de troubles de l'humeur déclarés est le plus élevé à l'extérieur des territoires (plus de 10 %).

Figure 22. Troubles de l'humeur (selon les dires des répondants), 2009–2010



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur posé par un médecin.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

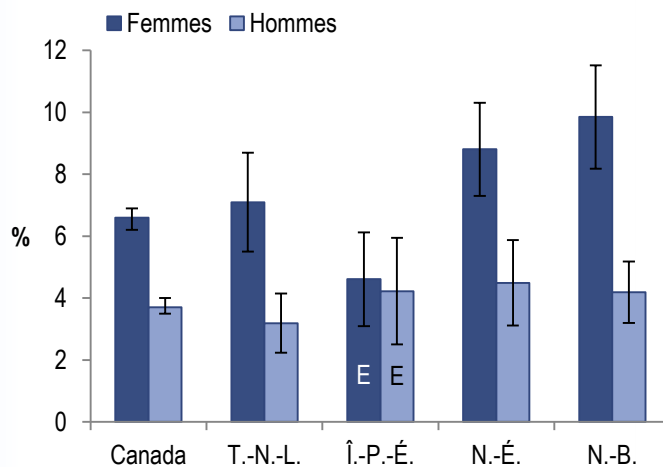
Troubles anxieux

Les troubles anxieux, y compris l'anxiété généralisée, les phobies et les troubles panique et obsessionnel-compulsif, touchent environ 12 % de la population du Canada⁵⁰. Les femmes reçoivent plus souvent un diagnostic de trouble anxieux ou sont plus souvent hospitalisées en raison d'un tel trouble que les hommes, mais on ne sait pas vraiment si c'est en raison des différences de comportements entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la divulgation et à la demande d'aide.

Données dans la région de l'Atlantique

Dans chacune des provinces de l'Atlantique, plus de femmes que d'hommes ont déclaré qu'elles avaient reçu un diagnostic de trouble anxieux (Figure 23). De plus, le pourcentage de Néo-Écossaises et de Néo-Brunswickoises ayant déclaré qu'elles avaient reçu un diagnostic de trouble anxieux était plus élevé que celui des Canadiennes dans l'ensemble.

Figure 23. Trouble anxieux (selon les dires des répondants), 2009–2010



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le pourcentage de personnes âgées de plus de 12 ans qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble anxieux posé par un médecin.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

Suicide et automutilation

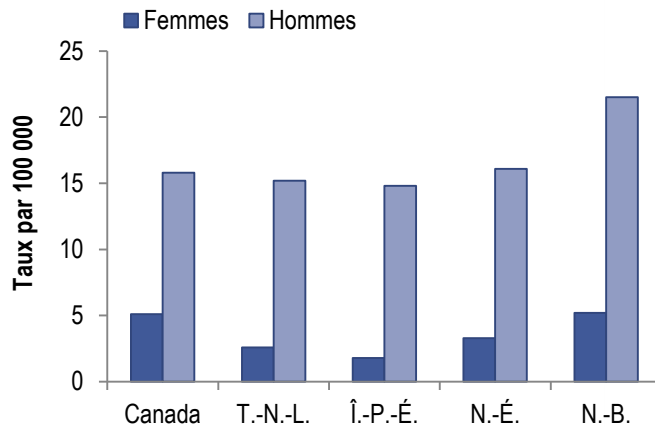
Le suicide et le comportement suicidaire sont souvent associés à la maladie mentale. De plus, le suicide est l'une des principales causes de décès chez les jeunes. Bien que les femmes soient plus souvent hospitalisées en raison d'un comportement suicidaire que les hommes, le taux de mortalité liée au suicide est quatre fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes⁵⁰.

Les taux de suicide dans la population autochtone seraient entre trois et six fois plus élevés que les taux de suicide à l'échelle nationale⁵⁰. Les taux de suicide et de comportement suicidaire sont particulièrement élevés chez les jeunes Autochtones. Des éléments historiques comme le traumatisme découlant d'expériences liées aux pensionnats indiens, de même que l'aliénation culturelle sont soupçonnés de contribuer à la prévalence accrue des facteurs de risque liés au comportement suicidaire dans certaines collectivités autochtones. Ces facteurs de risque comprennent la violence, la toxicomanie, la pauvreté ainsi que l'isolement social et géographique⁵².

Données dans la région de l'Atlantique

En 2008, le taux de mortalité liée au suicide était plus élevé chez les hommes au Nouveau-Brunswick que chez les hommes dans tout le Canada et dans les autres provinces de l'Atlantique (Figure 24). En 2009, le taux d'hospitalisation liée à l'automutilation était plus élevé chez les habitantes de Terre-Neuve-et-Labrador ainsi que chez les Néo-Brunswickois et les Néo-Brunswickoises que chez la population canadienne dans l'ensemble (Figure 25).

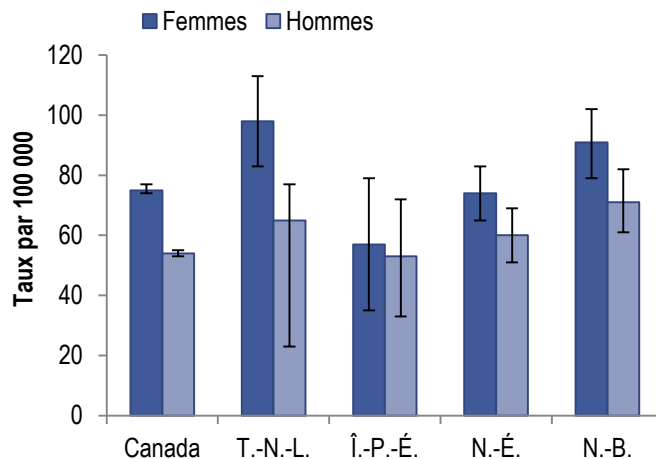
Figure 24. Mortalité liée au suicide, 2008



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le taux de mortalité normalisé selon l'âge liée à l'automutilation (suicide) par 100 000 habitants.

Source : Statistique Canada, statistiques de l'état civil – base de données sur les décès et estimations démographiques

Figure 25. Hospitalisation liée à l'automutilation, 2009



Remarques : Le graphique ci-dessus montre le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge liée à l'automutilation par 100 000 habitants.

Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)

Sur la voie de la santé mentale dans la région de l'Atlantique

Le présent document expose certains des indicateurs clés associés à la santé mentale et aux maladies mentales dans la région de l'Atlantique. Nous avons cerné des facteurs pouvant jouer un rôle protecteur en ce qui a trait à la santé mentale. Par exemple, les Canadiens de la région de l'Atlantique sont généralement plus susceptibles de déclarer qu'ils éprouvent un sentiment d'appartenance envers leur collectivité locale et, dans l'ensemble, la perception d'un stress dans la vie semble être moins courante chez les Canadiens de la région de l'Atlantique.

Par contre, il se peut que certaines caractéristiques de la région de l'Atlantique mettent sa population en danger d'avoir une piètre santé mentale. Les Canadiens de la région de l'Atlantique sont plus susceptibles d'être exposés au stress relatif à la sécurité financière et à l'emploi. Les familles monoparentales semblent être particulièrement vulnérables au stress de nature financière et à l'insécurité alimentaire. Les résidents des régions rurales de la région de l'Atlantique éprouvent des difficultés en ce qui a trait aux changements survenus dans l'environnement économique et à la migration de sortie des jeunes. Les abus d'alcool, en particulier chez les préadolescents et les adolescents, apparaissent comme un important facteur de risque pour la région de l'Atlantique. Enfin, le fait que la population soit vieillissante dans la région fait penser que nous devons réfléchir à des moyens de maintenir des facteurs de protection, tels que la participation sociale et la santé fonctionnelle, chez les aînés.

Il est important de reconnaître le rôle que joue la santé mentale pour le bien-être et la santé en général. La promotion de la santé mentale au sein de notre population pourrait permettre de réduire les coûts liés aux soins de santé ainsi que d'accroître la prospérité sociale et économique. À la lumière des renseignements dont nous disposons actuellement, nous avons cerné des points clés pouvant servir à faciliter la prise de mesures ciblées concernant les programmes de santé et les politiques connexes dans la région de l'Atlantique.

Les points clés

Le saviez-vous?

La santé mentale est différente de l'absence de maladie mentale.

Plusieurs facteurs sociaux, environnementaux, psychologiques et biologiques qui interagissent les uns avec les autres influent sur la santé mentale des Canadiens de l'Atlantique.

Un faible revenu et l'insécurité financière figurent parmi les facteurs de prédiction les plus importants des troubles de santé mentale.

De nombreux Canadiens de l'Atlantique sont pauvres, vivent en situation d'insécurité alimentaire et habitent dans un logement inadéquat.

Les valeurs culturelles, comme le sentiment d'appartenance à la communauté, protègent la santé mentale et favorisent le mieux-être des habitants de la région de l'Atlantique.

L'exode rural des jeunes au Canada atlantique peut contribuer à l'affaiblissement du sentiment d'appartenance à la communauté, qui préserve la santé mentale dans les communautés rurales.

L'inclusion sociale est importante pour la santé mentale.

Les groupes marginalisés, comme les Autochtones, les nouveaux immigrants et les sans-abri, sont plus susceptibles d'être victimes de discrimination et de souffrir d'isolement social.

Le déclin de la santé fonctionnelle et l'isolement social contribuent aux troubles de santé mentale à mesure que l'on vieillit.

La population du Canada atlantique est vieillissante.

La forte consommation d'alcool est commune dans la région de l'Atlantique, surtout chez les jeunes.

Le fait que la consommation abusive d'alcool soit acceptée sur le plan culturel peut favoriser cette tendance.

La santé physique et la santé mentale sont étroitement liées.

Les Canadiens de l'Atlantique qui sont atteints d'une maladie chronique comme le diabète ou une maladie du cœur sont plus susceptibles de souffrir de troubles de santé mentale et d'une maladie mentale.

Les expériences qu'une personne vit pendant son enfance auront des répercussions sur sa santé mentale pendant le reste de sa vie.

Il est important de soutenir la santé mentale et la résilience chez les enfants et les familles.

Les jeunes qui ont une bonne santé mentale sont plus susceptibles d'adopter des comportements sociaux positifs.

Il est essentiel pour la santé mentale des jeunes que ceux-ci aient des relations positives avec leurs parents, enseignants et pairs.

Notes

^a Selon la mesure du panier de consommation (MPC), une personne à faible revenu est une personne dont le revenu familial *disponible* est inférieur au coût des biens et des services compris dans le panier de consommation de sa collectivité ou d'une collectivité de même taille que la sienne. Pour d'autres renseignements sur la détermination d'un faible revenu à l'aide de la MPC, veuillez vous rendre à l'adresse suivante :

http://www.rhdcc.gc.ca/fra/publications_ressources/recherche/categories/inclusion/2007/sp_682_10_07_f/p_age05.shtml.

Références

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS). *Promoting Mental Health: Concepts, Emerging Evidence, Practice – Summary report*, 2004.
2. DIRECTION DES INITIATIVES STRATÉGIQUES ET DES INNOVATIONS (DISI) – STRATÉGIE D'INNOVATION. *Promoting Mental Health & Well-being: Building Protective Factors Across the Life Course*, 2011.
3. GOUVERNEMENT DU CANADA. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006.
4. MAWANI, FN, et H. GILMOUR. « Validation de l'autoévaluation de la santé mentale », *Rapports sur la santé*, 2010, vol. 21, n° 3, p. 61-75.
5. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Explorer la santé mentale positive*, 2009.
6. ROMANS, S., M. COHEN et T. FORTE. « Rates of depression and anxiety in urban and rural Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011, vol. 46, n° 7, p. 567-575.
7. ROLFE, R. *Social Cohesion and Community Resilience: A Multi-disciplinary Review of Literature for Rural Health Research*, 2006.
8. STARKES, JM, CC POULIN et SR KISELY. « Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada », *La Revue canadienne de psychiatrie*, 2005, vol. 50, n° 10, p. 580.
9. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Analyse du contexte de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada atlantique*, 2007.
10. STEELE, LS, CS DEWA, E. LIN et K. LEE. « Niveau de scolarité, niveau de revenu et utilisation des services de santé mentale au Canada : répercussions sur les associations et les politiques », *Politiques de santé*, 2007, vol. 3, n° 1, p. 96.
11. HAMELIN, AM, JP HABICHT et M. BEAUDRY. « Food insecurity: Consequences for the household and broader social implications », *The Journal of Nutrition*, 1999, vol. 129, (supp 2S), p. 525S-528S.

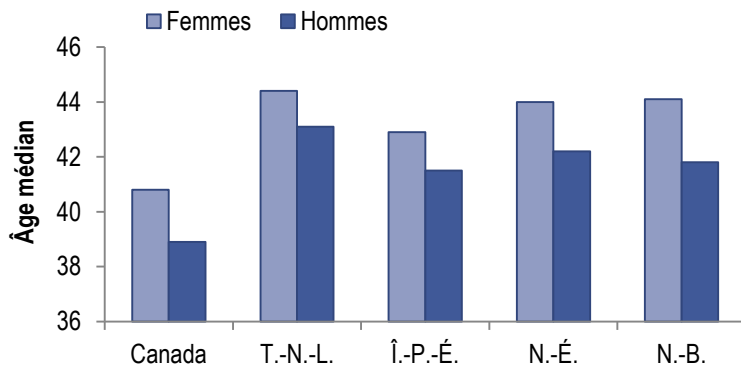
12. WILLOWS, N., P. VEUGELERS, K. RAINE et S. KUHLE. « Liens entre l'insécurité alimentaire du ménage et les résultats pour la santé chez les Autochtones (excluant les réserves) », *Rapports sur la santé*, 2011, vol. 22, n° 2, p. 15-20.
13. KIRKPATRICK, SI, L. MCINTYRE et ML POTESIO. « Child hunger and long-term adverse consequences for health », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 2010, vol. 164, n° 8, p. 754-762.
14. HWANG, S. « Homelessness and health », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 2001, vol. 164, n° 2, p. 229-233.
15. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). *Santé mentale et itinérance*, 2007.
16. COMMUNITY ACTION ON HOMELESSNESS. *Health and Homelessness in Halifax: A Report on the Health Status of Halifax's Homeless Population*, 2009.
17. LE CENTRE DE GOUVERNANCE DE L'INFORMATION DES PREMIÈRES NATIONS. Phase 2 de l'ERS (2008-2010), résultats préliminaires, 2011.
18. REITMANOVA, S. et DL GUSTAFSON. « Mental health needs of visible minority immigrants in a small urban center: Recommendations for policy makers and service providers », *Journal of Immigrant and Minority Health*, 2009, vol. 11, n° 1, p. 46-56.
19. CHEN, AW, A. KAZANJIAN et H. WONG. « Why do Chinese Canadians not consult mental health services: Health status, language or culture? », *Transcultural Psychiatry*, 2009, vol. 46, n° 4, p. 623-641.
20. XU, AM et JT MCDONALD. « The mental health of immigrants and minorities in Canada: The social and economic effects », *Thèmes canadiens*, 2010 (été).
21. RUSH, B. K. URBANOSKI, D. BASSANI et coll. « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *La Revue canadienne de psychiatrie*, 2008, vol. 53, n° 12, p. 800-809.
22. URBANOSKI, K., J. CAIRNEY, D. BASSANI et B. RUSH. « Perceived unmet need for mental health care among Canadians with co-occurring addiction and mental disorders », *Psychiatric Services*, 2008, vol. 59, n° 3, p. 283.
23. FOCAL RESEARCH CONSULTANTS LTD. *Culture of Alcohol Use in Nova Scotia*, 2008.
24. JOHANSEN, H. et C. SANMARTIN. « La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée », *Série de documents de travail de la recherche sur la santé*, Statistique Canada, 2011, n° 6.
25. GUCCIARDI, E., JA VOGT et M. DEMELO. « Exploration of the relationship between household food insecurity and diabetes in Canada », *Diabetes Care*, 2009, vol. 32, n° 12, p. 2218.
26. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *L'arthrite : Faits saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada en 2009*, 2010.
27. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Faits saillants sur le diabète : Données compilées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada de 2011*, 2011.

28. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Faits saillants sur la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) : Données compilées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada de 2011*, 2011.
29. HAYWARD, K. et R. COLMAN. *Une vague de changement : Iniquités et maladies chroniques au Canada atlantique*, 2003.
30. WADDELL, C., K. MCEWAN, CA SHEPHERD, DR OFFORD et JM HUA. « A public health strategy to improve the mental health of Canadian children », *La Revue canadienne de psychiatrie*, 2005, vol. 50, n° 4, p. 226-233.
31. AFIFI, TO. « Child maltreatment in Canada: An understudied public health problem », *Revue canadienne de santé publique*, 2011, vol. 102, n° 6, p. 459-461.
32. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants – 2008 : données principales*, 2010.
33. SINHA, V., N. TROCMÉ, B. FALLON, B. MACLAURIN, E. FAST et ST PROKOP. *Kiskisik awasisak: Remember the Children. Understanding the Overrepresentation of First Nations Children in the Child Welfare System*, 2011.
34. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. *Comprendre la petite enfance – Pictou, Antigonish et Guysborough, Nouvelle-Écosse, Rapport de recherche communautaire*, 2010
35. RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA. *Comprendre la petite enfance – Cap Breton – Victoria, Nouvelle-Écosse, Rapport de recherche communautaire*, 2010.
36. LANGILLE, DB, M. ASBRIDGE, S. KISELY et D. RASIC. « Suicidal behaviours in adolescents in Nova Scotia, Canada: Protective associations with measures of social capital », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2011.
37. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *La santé des jeunes canadiens : un accent sur la santé mentale*. 2011.
38. LEMSTRA ME, NIELSEN G, ROGERS MR, THOMPSON AT, MORAROS JS. « Risk indicators and outcomes associated with bullying in youth aged 9-15 years », *Revue canadienne de santé publique*. 2012, vol.103, n° 1, p. 9-13.
39. GROUP DE RECHERCHE EN SANTÉ ET EN ÉDUCATION. *Le Sondage du mieux-être des élèves du Nouveau-Brunswick : les élèves de la 6^e à la 12^e année*, Santé psychologique. 2009-2010.
40. AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA. *Des cadres sains pour les jeunes du Canada*, 2008
41. LANGILLE, DB, L. CURTIS, J. HUGHES et GT MURPHY. « Association of socio-economic factors with health risk behaviours among high school students in rural Nova Scotia », *Revue canadienne de santé publique*, 2003, vol. 94, n° 6, p. 442-447.
42. WANG, J., J. HUGHES, GT MURPHY, JA RIGBY et DB LANGILLE. « Suicidal behaviours among adolescents in northern Nova Scotia », *Revue canadienne de santé publique*, 2003, vol. 94, n° 3, p. 207-211.

43. WILSON, K., M. ASBRIDGE, S. KISELY et D. LANGILLE. « Associations of risk of depression with sexual risk taking among adolescents in Nova Scotia high schools », *La Revue canadienne de psychiatrie*, 2010, vol. 55, n° 9, p. 577-585.
44. SKINNER R, MCFAULL S. « Suicide among children and adolescents in Canada: Trends and sex differences, 1980-2008 ». *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2012.
45. POULIN, CC et D. ELLIOT. *Student Drug Use Survey in the Atlantic Provinces, 2007: Atlantic Technical Report*, 2007.
46. CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES (CCLAT). *Rapport pancanadien sur la consommation d'alcool et de drogues des élèves, Rapport technique*, 2011.
47. SANTÉ CANADA. *Les principes du cadre national sur le vieillissement : Guide d'analyse des politiques*, 1998.
48. KITCHEN, P., A. WILLIAMS et J. CHOWHAN. « Sense of community belonging and health in Canada: A regional analysis », *Social Indicators Research*, 2011,.
49. KEEFE, J., M. ANDREW, P. FANCEY et M. HALL. *A Profile of Social Isolation in Canada*, 2006.
50. SANTÉ CANADA. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, 2002.
51. PATTEN, SB, JL WANG, JV WILLIAMS et coll. « Descriptive epidemiology of major depression in Canada », *La Revue canadienne de psychiatrie*, 2006, vol. 51, n° 2, p. 84-90.
52. COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES. *Choisir la vie : un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*, 1995.

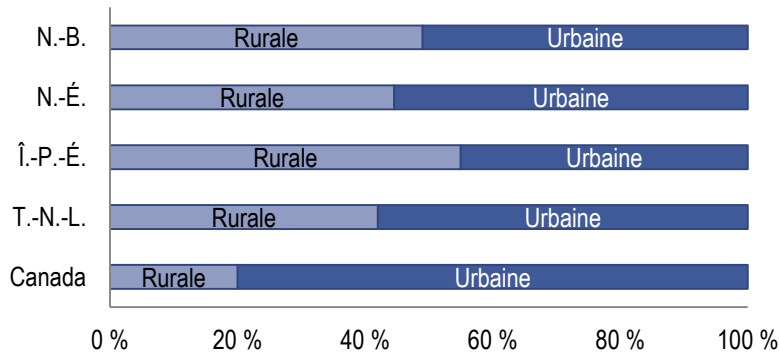
Annexe 1. Description des Canadiens de l'Atlantique

Âge médian, 2011



Source : Statistique Canada, Estimations de la population selon l'âge et le sexe pour le Canada, les provinces et les territoires

Pourcentage de la population urbaine et rurale, 2006



Remarque : La population rurale de 2006 correspond aux personnes demeurant à l'extérieur des centres comptant 1 000 habitants et à l'extérieur des régions comptant 400 personnes ou plus au kilomètre carré.

Source : Statistique Canada, Recensements de la population de 2006

Nombre d'autochtones déclarés habitant dans les provinces de l'Atlantique, 2006

Province	Total	Hommes	Femmes
Terre-Neuve-et-Labrador	23 450	11 520	11 925
Île-du-Prince-Édouard	1 730	760	970
Nouvelle-Écosse	24 175	11 770	12 405
Nouveau-Brunswick	17 655	8 645	9 005

Source : Statistique Canada, Recensement de 2006

Annexe 2. Sources de données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est un sondage sur la santé communautaire que Statistique Canada réalise auprès d'un échantillon représentatif de la population canadienne. La population cible comprend les personnes âgées d'au moins 12 ans qui habitent dans des logements privés occupés (soit 98 % de la population). Les habitants de réserves indiennes et de terres publiques, les personnes habitant dans un établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées sont exclus de la base d'échantillonnage.

http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3226&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2

Enquête sur la population active (EPA)

L'Enquête sur la population active (EPA) fournit des données estimatives sur l'emploi et le chômage. Les données de l'EPA sont utilisées pour produire le très connu taux de chômage ainsi que d'autres indicateurs de base du marché du travail, comme le taux d'emploi et le taux d'activité. Il est possible de croiser ces séries selon une variété de caractéristiques démographiques. La population cible comprend les citoyens âgés d'au moins 15 ans qui n'habitent pas dans un établissement. L'EPA est menée dans l'ensemble du pays, tant dans les provinces que dans les territoires. Les habitants de réserves et d'autres peuplements autochtones des provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes habitant dans un établissement sont exclus de la base d'échantillonnage. Les personnes exclues représentent moins de 2 % de la population canadienne âgée d'au moins 15 ans.

http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3701&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2

Sondage sur l'usage de l'alcool et des drogues auprès des élèves des provinces atlantiques, 2007

Il s'agit de la quatrième édition d'un sondage normalisé qui est réalisé en collaboration avec la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, Terre-Neuve-et-Labrador et l'Île-du-Prince-Édouard. Ce sondage est axé sur la consommation d'alcool et de drogues et la participation à des jeux de hasard, de même que sur les comportements connexes. Il fournit des renseignements représentatifs sur les adolescents fréquentant une école secondaire de premier ou deuxième cycle à laquelle ils sont inscrits. Les jeunes de la rue, les décrocheurs et les adolescents souvent absents de l'école présentent de plus grands risques de consommer de l'alcool et des drogues que les adolescents qui vont à l'école.

http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/atl_tech_report_2007_web_cover.pdf

Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR)

L'Enquête sur la dynamique du travail et du revenu (EDTR) ajoute une dimension nouvelle aux données d'enquête classiques en matière d'activité sur le marché du travail et de revenu : les changements qui touchent les personnes au cours d'une période donnée. Au cœur des objectifs de l'EDTR se trouve le désir de comprendre le bien-être économique des Canadiens (à travers quels changements économiques les personnes et les familles doivent-elles passer et quel rôle les changements touchant le travail rémunéré, la composition de la famille, la réception de paiements de transfert gouvernementaux et d'autres facteurs jouent-ils à cet égard?). La population cible comprend toutes les personnes habitant au Canada, à l'exclusion des résidents du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut, des personnes habitant dans un établissement et des habitants de réserves indiennes. Dans l'ensemble, les personnes exclues représentent moins de 3 % de la population.

http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3889&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2

Étude Comprendre la petite enfance

L'étude Comprendre la petite enfance a été réalisée à l'aide de l'Enquête fondée sur des entrevues de parents et des évaluations directes d'enfants (EPEDE), laquelle vise à recueillir des données sur le développement de la petite enfance dans des collectivités. Cette étude était fondée sur une évaluation directe du développement des enfants inscrits à la maternelle en 2006-2007 et sur une entrevue réalisée auprès de leurs parents. L'échantillon de l'EPEDE est assez grand pour fournir des estimations exactes de valeurs moyennes concernant l'évaluation du développement de l'enfant ainsi que de divers facteurs familiaux et communautaires. <http://www.cprav.net/ueywns/pidacs.html>