



État de la santé mentale à Ottawa

RAPPORT 2018

MESSAGE DE SANTÉ PUBLIQUE OTTAWA

Je suis heureuse de vous présenter, au nom de Santé publique Ottawa (SPO), le *Rapport sur l'état de la santé mentale à Ottawa*, le premier rapport de surveillance local sur l'état de la santé mentale de la population d'Ottawa. Je tiens à remercier le Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain, les membres du Comité consultatif pour la santé mentale de SPO, l'Agence de la santé publique du Canada et les nombreux membres du personnel de SPO pour l'aide et l'expertise qu'ils ont fournies dans l'élaboration du rapport.

Le rapport, axé sur notre communauté, est pertinent et tombe à point, car il met en lumière les facteurs qui favorisent et protègent la santé mentale et ceux qui y nuisent. Il s'appuie sur le travail de promotion de la santé mentale des partenaires communautaires, des organismes de prestation des services et de SPO. Les conclusions du rapport éclaireront aussi les discussions sur la promotion de la santé mentale et aideront les décideurs, les partenaires communautaires et SPO dans cette tâche de promotion.



D^{re} Vera Etches

M.D., CCMF, M. Sc. S., FRCPC

Médecin chef en santé publique



SIGLES

SIGLE	DÉFINITION
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
BDCP	Base de données sur les congés des patients
CAMH	Centre de toxicomanie et de santé mentale
ÉQO	Étude de quartiers d'Ottawa
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
IMDPE	Instrument de mesure du développement de la petite enfance
LGBTQ2	Personnes lesbiennes, gaies, bissexuelles, trans, queer et bispituelles
RLISS	Réseau local d'intégration des services de santé
SCDSEO	Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario
SNISA	Système national d'information sur les soins ambulatoires
SPO	Santé publique Ottawa

REMERCIEMENTS

Ce rapport a été rédigé par :

Theresa Procter, épidémiologiste, Santé publique Ottawa
Katherine Russell, épidémiologiste, Santé publique Ottawa
Benjamin Leikin, superviseur, Santé publique Ottawa
Helen Parker, infirmière en santé publique, Santé publique Ottawa

Un grand merci aux examinateurs externes pour leur expertise en santé mentale, en collecte de données et en analyse :

Kevin Barclay, directeur, sous-région Champlain Ouest, Réseau local d'intégration des services de santé de Champlain
D^r Raj Bhatla, chef du service de psychiatrie, Centre de santé mentale Royal Ottawa
Barbara Casey, directrice de la santé mentale, Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario
D^r Ian Colman, titulaire de la Chaire de recherche du Canada sur l'épidémiologie en santé mentale, Université d'Ottawa
Jane Fjeld, directrice adjointe, Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa
Michel Gervais, directeur général, Centre des services communautaires Vanier
D^r Lewis Leikin, membre du Conseil de santé d'Ottawa
Cam MacLeod, directeur général, Centre de santé communautaire Carlington
Hindia Mohamoud, directrice, Partenariat local pour l'immigration d'Ottawa
Heather Orpana, chercheuse, Agence de la santé publique du Canada
Marianna Shturman, directrice du bien-être mental, Centre Wabano pour la santé des Autochtones
D^r Tim Simboli, directeur général, Section d'Ottawa de l'Association canadienne pour la santé mentale

Un grand merci aux pairs examinateurs de Santé publique Ottawa :

D^r Vera Etches, médecin en chef, **Gillian Connelly**, gestionnaire; **Marino Francispillai**, gestionnaire de programme; **Amira Ali**, épidémiologiste principale; **Cameron McDermaid**, épidémiologiste; **Chatura Prematunge**, épidémiologiste; Équipe Approche en matière santé de la population et tous les membres du personnel de SPO qui ont contribué au rapport.

Citation suggérée : Santé publique Ottawa. *État de la santé mentale à Ottawa*, juin 2018, Ottawa (Ontario) : Santé publique Ottawa, 2018.

Pour obtenir un exemplaire du rapport, visitez santepubliqueottawa.ca.

Pour en savoir plus, veuillez communiquer avec **Benjamin Leikin** au 613-580-2424, poste 21061 ou à l'adresse Benjamin.Leikin@ottawa.ca

Santé publique Ottawa remercie l'Agence de la santé publique du Canada pour son Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive, sur lequel repose le rapport.

Les données contenues dans la présente publication et leur interprétation sont tirées du Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario, mené par le Centre de toxicomanie et de santé mentale et réalisé par l'Institute for Social Research de l'Université York, et relèvent entièrement des auteurs et ne représentent pas forcément la position officielle du Centre de toxicomanie et de santé mentale.

TABLE DES MATIÈRES

Message de Santé publique Ottawa	i
Sigles.....	iii
Remerciements.....	iv
Liste des figures	3
Résumé	5
Résultats en matière de santé mentale positive	5
Recours aux soins de santé mentale, problèmes de santé mentale et maladie mentale, consommation et dépendance	6
Déterminants individuels.....	8
Déterminants familiaux	9
Déterminants communautaires.....	9
Déterminants sociaux.....	10
Objectif du rapport.....	11
Pourquoi parler de santé mentale?	12
Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada	14
Méthodologie.....	16
Sources des données	16
Analyse.....	16
Les Premières Nations, les Inuits et les Métis.....	17
Limitations.....	17
Résultats en matière de santé mentale positive	18
Faits saillants concernant Ottawa	18
Santé mentale autoévaluée	19
Bonheur.....	20
Satisfaction à l'égard de la vie.....	21
Bien-être psychologique	22
Bien-être social	24
Recours aux soins de santé mentale, problèmes de santé mentale et maladie mentale, consommation et dépendance	26
Faits saillants concernant Ottawa	26
Recours aux soins de santé mentale	28
Problèmes de santé mentale et maladie mentale	36
Automutilation	41
Comportement suicidaire	43
Déterminants individuels	45
Faits saillants concernant Ottawa	45
Résilience.....	46
Adaptation.....	46
Contrôle et auto-efficacité	47

Aptitudes sociales et maturité affective chez les jeunes enfants	48
Estime de soi	49
Détresse psychologique chez les jeunes	49
État de santé	49
Activité physique	52
Comportements problématiques	54
Déterminants familiaux	56
Faits saillants concernant Ottawa	56
Qualité et cohésion des relations familiales	56
Santé mentale des membres de la famille	57
Structure familiale	59
Violence familiale	59
Déterminants communautaires	62
Faits saillants concernant Ottawa	62
Implication communautaire	63
Réseaux sociaux	63
Soutien social	64
Environnement de travail	64
Environnement scolaire	66
Quartiers et environnement bâti	67
Violence communautaire	68
Déterminants sociaux	69
Faits saillants concernant Ottawa	69
Inégalités	70
Stigmatisation	73
Discrimination	73
Participation politique	74
Bien-être mental des Autochtones	75
Troubles de l'humeur et troubles anxieux autodéclarés	76
Consommation de substances	76
Automutilation	76
Comportement suicidaire	76
Exposition autodéclarée à la violence pendant l'enfance	76
Agressions physiques et sexuelles	76
Insécurité alimentaire	76
Stigmatisation	77
Discrimination	77
Conclusion	78
Glossaire	79
Références	81
Annexe 1 : Populations prioritaires	93
Annexe 2 : Tableaux de données des figures	95

Si le contenu du rapport a une incidence négative sur vous, veuillez vous adresser à votre fournisseur de soins de santé ou appeler la Ligne de crise en santé mentale, au **613-722-6914** (Ottawa) ou au **1-866-996-0991** (à l'extérieur d'Ottawa).

LISTE DES FIGURES

Figure 1	Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada	15
Figure 2	Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 12 ans et plus) qui ont déclaré avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)	19
Figure 3	Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) qui ont déclaré s'être sentis heureux presque tous les jours ou tous les jours au cours du dernier mois, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2011-2012)	20
Figure 4	Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 12 ans et plus) qui ont dit être satisfaits ou très satisfaits à l'égard de leur vie, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)	21
Figure 5	Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) qui ont déclaré un niveau élevé de bien-être psychologique, selon la langue maternelle (2011-2012)	22
Figure 6	Pourcentage d'élèves par année qui ont déclaré avoir une grande autonomie, être très compétents et avoir un grand niveau d'appartenance, Canada (2014-2015)	23
Figure 7	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)	24
Figure 8	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)	25
Figure 9	Taux normalisé selon l'âge (par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2006-2015)	29
Figure 10	Taux spécifique selon l'âge (par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance, Ottawa (2006-2015)	29
Figure 11	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir consulté un professionnel de la santé concernant leur santé mentale ou émotionnelle au cours des 12 derniers mois, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)	30
Figure 12	Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)	31
Figure 13	Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa (2007-2016)	32
Figure 14	Taux brut (par 1 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, selon l'avantage socioéconomique des quartiers d'Ottawa, résidents de 10 ans et plus (2014-2016)	33
Figure 15	Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)	34
Figure 16	Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa (2007-2016)	34

Figure 17	Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016).....	35
Figure 18	Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, Ottawa (2007-2016).....	36
Figure 19	Pourcentage de résidents (de 19 ans et plus) qui ont dit avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014).....	37
Figure 20	Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'alimentation, Ottawa (2007-2016)	39
Figure 21	Visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels, taux normalisé selon l'âge (par 100 000 habitants), Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016).....	41
Figure 22	Taux (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels, selon l'âge et le sexe, Ottawa (2007-2016).....	42
Figure 23	Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels, selon le sexe, Ottawa (2016).....	42
Figure 24	Taux brut (par 100 000 habitants) de suicide, Ottawa (2003-2015).....	44
Figure 25	Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de suicide selon le sexe, Ottawa (moyenne 2011-2015)	44
Figure 26	Pourcentage d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) qui ont dit posséder une forte capacité d'adaptation, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Canada (2012)	46
Figure 27	Pourcentage d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) qui ont déclaré avoir un niveau élevé de contrôle perçu sur les situations de la vie, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Canada (2008).....	47
Figure 28	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être en très bonne ou en excellente santé, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014).....	50
Figure 29	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont déclaré avoir des limitations d'activité parfois ou souvent, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014).....	51
Figure 30	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être modérément actifs ou actifs pendant leurs loisirs, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014).....	52
Figure 31	Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être modérément actifs ou actifs pendant leurs loisirs, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014).....	53
Figure 32	Pourcentage des adultes canadiens (18 ans et plus) ayant subi de la violence physique ou sexuelle ou ayant été exposés à de la violence entre partenaires intimes avant l'âge de 16 ans, selon certains facteurs socioéconomiques (2012)	60
Figure 33	Pourcentage des résidents (de 18 à 75 ans) ayant indiqué que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante, à Ottawa et dans le reste de l'Ontario (2005-2014).....	65
Figure 34	Pourcentage des résidents d'Ottawa (de 18 à 75 ans) ayant indiqué que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante, selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2013-2014).....	65
Figure 35	Pourcentage des ménages d'Ottawa ayant indiqué vivre de l'insécurité alimentaire, selon certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)	72

RÉSUMÉ

Le Rapport sur l'état de la santé mentale à Ottawa décrit la santé mentale des résidents d'Ottawa, notamment les caractéristiques et facteurs qui favorisent la santé mentale dans la collectivité et le nombre de résidents qui consultent pour une maladie mentale ou des problèmes de dépendance.

Pour comprendre l'état de santé mentale d'une communauté, il faut recourir à un modèle de santé axé sur la population. À l'aide du Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), ce rapport rend compte des déterminants de la santé psychologique à l'échelle locale.

Dans le cadre de son orientation stratégique visant à *Favoriser la santé mentale dans la collectivité*, SPO entend intensifier les efforts de promotion de la santé mentale auprès de la population de tout âge. En collaboration avec ses nombreux partenaires communautaires, SPO vise à jouer un rôle dans : a) l'amélioration du bien-être de la population; b) la présence de milieux de vie, d'apprentissage, de divertissements et de travail qui favorisent la santé mentale des résidents; et c) l'amélioration de la qualité et de l'accessibilité des services pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale et leurs aidants.

TABLEAU 1 – BRÈVES STATISTIQUES POUR OTTAWA

Le tableau ci-dessous contient des statistiques pour Ottawa seulement. Les statistiques à l'échelle provinciale et nationale sur les indicateurs pour lesquels les données locales ne sont pas disponibles sont présentées dans le rapport

Résultats en matière de santé mentale positive

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Santé mentale autoévaluée	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui déclare avoir une très bonne ou une excellente santé mentale	69 %	ESCC (2013-2014)
Bonheur	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui dit avoir été heureuse tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois	75 %	ESCC (2011-2012)
Satisfaction à l'égard de la vie	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui déclare être satisfaite de sa vie	91 %	ESCC (2013-2014)
Bien-être psychologique	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui dit avoir un bien-être psychologique élevé	64 %	ESCC (2011-2012)

suite à la page suivante

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Bien-être social	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui affirme avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort	63 %	ESCC (2013-2014)

BDCP = Base de données sur les congés de patients; **ESCC** = Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; **SCDSEO** = Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario; **IMPDE** = Instrument de mesure du développement de la petite enfance; **SNISA** = Système national d'information sur les soins ambulatoires

Recours aux soins de santé mentale, problèmes de santé mentale et maladie mentale, consommation et dépendance

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Recours aux soins de santé mentale	Nombre (et taux par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance	728 938	Facturation de l'Assurance-santé de l'Ontario (2015)
Consultation pour des soins de santé mentale	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui a parlé de sa santé mentale ou émotionnelle à un professionnel de la santé au cours de la dernière année	16 %	ESCC (2013-2014)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont parlé de leur santé mentale ou émotionnelle à un professionnel de la santé au cours de la dernière année	30 %	SCDSEO (2017)
	Nombre (et taux par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance	17 790	SNISA (2016)
	Nombre (et taux par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour des problèmes de santé mentale et de dépendance	(829)	BDCP (2016)
	Nombre (et taux par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur et des troubles anxieux	7 075	SNISA (2016)
Automutilation	Nombre (et taux par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs	1 283	SNISA (2016)

suite à la page suivante

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Comportement suicidaire	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui ont songé au suicide au cours de la dernière année	(136)	SCDSEO (2017)
Suicide	Nombre moyen (et taux par 100 000 habitants) de suicides	11 %	Coroner de l'Ontario (2012-2015)
Consommation d'alcool	Pourcentage de la population âgée de 19 ans et plus qui affirme avoir consommé de l'alcool de façon abusive (excès d'alcool fréquent) au cours de la dernière année	20 %	ESCC (2013-2014)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui affirment avoir consommé de l'alcool de façon excessive au cours des quatre dernières semaines	12 %	SCDSEO (2017)
Consommation de drogues	Pourcentage de la population âgée de 19 ans et plus ayant consommé du cannabis plus d'une fois dans sa vie qui a consommé du cannabis au cours de la dernière année	20 %	ESCC (2015)
	Pourcentage de la population âgée de 18 ans et plus qui déclare avoir consommé des drogues illicites au cours de la dernière année	12 %	ESCC (2011-2012)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent avoir consommé du cannabis au cours de la dernière année	18 %	SCDSEO (2017)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales au cours de la dernière année	14 %	SCDSEO (2017)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent avoir consommé des drogues illicites (excepté le cannabis) au cours de la dernière année	9 %	SCDSEO (2017)

BDCP = Base de données sur les congés de patients; **ESCC** = Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; **SCDSEO** = Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario; **IMPDE** = Instrument de mesure du développement de la petite enfance; **SNISA** = Système national d'information sur les soins ambulatoires

Déterminants individuels

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Aptitudes sociales et maturité affective	Pourcentage d'enfants du jardin d'enfants vulnérables sur le plan des aptitudes sociales	9 %	IMDPE (2014-2015)
	Pourcentage d'enfants du jardin vulnérables sur le plan de la maturité affective	12 %	—
Estime de soi	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent avoir une estime de soi de modérée à élevée	93 %	SCDSEO (2013)
Détresse psychologique	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui indiquent avoir vécu une détresse psychologique de modérée à élevée au cours des quatre dernières semaines	35 %	SCDSEO (2017)
Santé autoévaluée	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui considère être en très bonne ou en excellente santé	63 %	ESCC (2013-2014)
Limitation d'activité	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui déclare que ses activités sont parfois ou souvent limitées en raison « d'un trouble physique ou mental ou d'un problème de santé chronique »	30 %	ESCC (2013-2014)
Problèmes de jeu	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent avoir parié de l'argent au moins une fois au cours de la dernière année	34 %	SCDSEO (2017)
Usage problématique d'appareils électroniques	Pourcentage des élèves de la 9 ^e à la 12 ^e année à risque d'usage problématique d'appareils électroniques	48 %	SCDSEO (2017)

BDCP = Base de données sur les congés de patients; **ESCC** = Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; **SCDSEO** = Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario; **IMPDE** = Instrument de mesure du développement de la petite enfance; **SNISA** = Système national d'information sur les soins ambulatoires

Déterminants familiaux

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Relations entre les parents et les jeunes	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent très bien s'entendre avec au moins un parent	7 ^e et 8 ^e année : 84 % De la 9 ^e à la 12 ^e année : 74 %	SCDSEO (2017)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent parler habituellement ou toujours de leurs problèmes avec au moins un parent	7 ^e et 8 ^e année : 65 % De la 9 ^e à la 12 ^e année : 50 %	SCDSEO (2017)
Structure familiale	Pourcentage de familles monoparentales	16 %	Recensement (2016)

BDCP = Base de données sur les congés de patients; **ESCC** = Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; **SCDSEO** = Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario; **IMPDE** = Instrument de mesure du développement de la petite enfance; **SNISA** = Système national d'information sur les soins ambulatoires

Déterminants communautaires

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Réseaux sociaux	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent utiliser les médias sociaux cinq heures et plus par jour	17 %	SCDSEO (2017)
Stress au travail	Pourcentage de la population âgée de 18 à 75 ans ayant travaillé au cours de la dernière année qui qualifie la plupart de ses journées au travail d'assez ou d'extrêmement stressantes	26 %	ESCC (2013-2014)
Sentiment d'appartenance à l'école	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui disent avoir le sentiment de faire partie intégrante de leur école	83 %	SCDSEO (2017)
Sécurité en milieu scolaire	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui déclarent se sentir en sécurité à l'école	91 %	SCDSEO (2017)

suite à la page suivante

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Intimidation	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui disent avoir été victimes d'intimidation à l'école au moins une fois durant l'année scolaire en cours	18 %	SCDSEO (2017)
	Pourcentage des élèves de la 7 ^e à la 12 ^e année qui disent avoir été victimes de cyberintimidation au moins une fois au cours de la dernière année	18 %	SCDSEO (2017)
Sécurité et criminalité dans les quartiers	Pourcentage de la population âgée de 12 ans et plus qui dit avoir l'impression qu'en raison du taux de criminalité dans leur quartier, il n'est pas sécuritaire de se promener le soir	11 %	ESCC (2015)

BDCP = Base de données sur les congés de patients; **ESCC** = Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; **SCDSEO** = Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario; **IMPDE** = Instrument de mesure du développement de la petite enfance; **SNISA** = Système national d'information sur les soins ambulatoires

Déterminants sociaux

INDICATEUR	MESURE	DONNÉES LES PLUS RÉCENTES	SOURCE
Chômage	Pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui est sans emploi	6,4 %	Statistique Canada
Revenu	Pourcentage de personnes à faible revenu dans les ménages privés	13 %	Recensement (2016)
Sécurité alimentaire	Pourcentage de ménages qui déclarent se trouver dans une situation d'insécurité alimentaire	7 %	ESCC (2013-2014)
Logement	Pourcentage de ménages ayant un besoin impérieux de logement	13 %	Recensement (2016)
Participation politique	Pourcentage d'électeurs inscrits qui votent lors d'une élection municipale	40 %	Ville d'Ottawa (2014)

BDCP = Base de données sur les congés de patients; **ESCC** = Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; **SCDSEO** = Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario; **IMPDE** = Instrument de mesure du développement de la petite enfance; **SNISA** = Système national d'information sur les soins ambulatoires

OBJECTIF DU RAPPORT

Le Rapport sur l'état de la santé mentale à Ottawa a été rédigé en collaboration avec des experts en santé mentale et des partenaires communautaires. Il vise à évaluer la santé mentale des résidents d'Ottawa, à analyser les caractéristiques et facteurs qui favorisent la santé mentale dans la communauté et à aider tous les résidents à mieux comprendre les facteurs qui influencent la santé mentale. Il n'offre qu'un aperçu du recours aux soins de santé mentale à Ottawa.

Le présent rapport :

- décrit l'état actuel de la santé mentale à Ottawa, notamment le nombre de résidents aux prises avec une maladie mentale ou des troubles de consommation;
- détermine les facteurs qui influencent les résultats en matière de santé mentale à Ottawa;
- oriente les programmes, services et politiques visant à améliorer la santé mentale des résidents et à favoriser la résilience de la population.

POURQUOI PARLER DE SANTÉ MENTALE?

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (1). La santé mentale et la maladie mentale sont deux notions distinctes : la première s'entend du spectre d'émotions, de pensées et de sentiments que tout le monde connaît, alors que la seconde est un trouble diagnostiqué qui altère la façon dont une personne pense, se sent et agit (2). Une mauvaise santé mentale peut parfois entraîner une maladie mentale, comme une mauvaise santé physique peut entraîner une maladie physique, par exemple une cardiopathie ou le diabète, mais les personnes qui ont une mauvaise santé mentale ne souffrent pas toutes d'une maladie mentale, et celles aux prises avec une maladie mentale n'ont pas toutes une mauvaise santé mentale.

La santé psychologique d'une personne a une incidence considérable sur la façon dont elle vit, apprend, travaille et s'amuse au cours de sa vie. La santé mentale positive commence durant la grossesse par le développement de l'architecture du cerveau, et se poursuit tout au long de la vie à mesure qu'une personne interagit avec son environnement et établit des relations (3, 4). Une santé mentale positive est associée à une meilleure santé générale, à la résilience et à la capacité de faire face aux difficultés de la vie (5-7). Ceci est un facteur de protection contre les comportements suicidaires, les mauvais résultats scolaires (8) et la dépression (9). Une santé mentale positive est aussi un facteur de protection contre la consommation problématique de substances et réduit le fardeau d'autres graves problèmes de santé. Une santé mentale positive réduit les risques d'AVC et améliore le taux de survie, réduit les risques de maladies du cœur et réduit le nombre de maladies chroniques en général (10).

À l'inverse, une mauvaise santé mentale nuit à la qualité de vie (11) et au bien-être des personnes, des familles, des communautés et de la société. Elle peut aussi entraîner une maladie mentale et des comportements à risque, notamment la consommation de substances, un problème de jeu et des pratiques sexuelles risquées (3, 12-14). Voici quelques exemples de l'incidence de la maladie mentale sur les Canadiens :

- Chaque année, un Canadien sur cinq est touché par la maladie mentale (15).
- Le fardeau de la maladie mentale et de la dépendance en Ontario équivaut à plus de 1,5 fois celui de tous les cancers (11).
- Au Canada, 23 % des parents prennent soin d'un enfant ayant une maladie mentale (16, 17).
- En 2015, il y a eu 4 405 suicides au Canada (18).
- Le coût de la maladie mentale pour les Canadiens est estimé à 50 milliards de dollars en 2011. Les coûts des soins de santé, des services sociaux et du soutien du revenu représentent la part la plus importante de ce coût. La perte de productivité pour les entreprises en raison de l'absentéisme et du roulement du personnel s'est élevée à plus de 6 milliards de dollars (15, 19).

La promotion d'une santé mentale positive dans la population est un élément clé pour favoriser et maintenir la santé et la résilience de la communauté. Elle est aussi essentielle pour prévenir l'apparition ou l'aggravation d'une maladie mentale ou d'une consommation problématique de substances et améliorer le rétablissement à la suite d'une maladie.

CADRE CONCEPTUEL DE SURVEILLANCE DE LA SANTÉ MENTALE POSITIVE DE L'AGENCE DE LA SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA

Pour comprendre l'état de santé mentale d'une communauté, il faut recourir à un modèle de santé axé sur la population. À l'aide du Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC), le présent rapport rend compte des résultats en matière de santé mentale et des indicateurs des déterminants. Les indicateurs pour lesquels aucune donnée n'était disponible ne sont pas compris dans le présent rapport.

L'ASPC a élaboré ce cadre au moyen d'un processus de consultation itératif pour s'assurer que l'information est pertinente et concrète afin d'amener des changements dans les politiques et pratiques publiques en matière de santé et que les indicateurs sont fondés sur des données probantes, accessibles et peuvent être mesurés régulièrement pour suivre les tendances au fil du temps (20). Ce cadre d'approche axé sur la population détermine les facteurs qui influencent les résultats en matière de santé mentale, notamment :

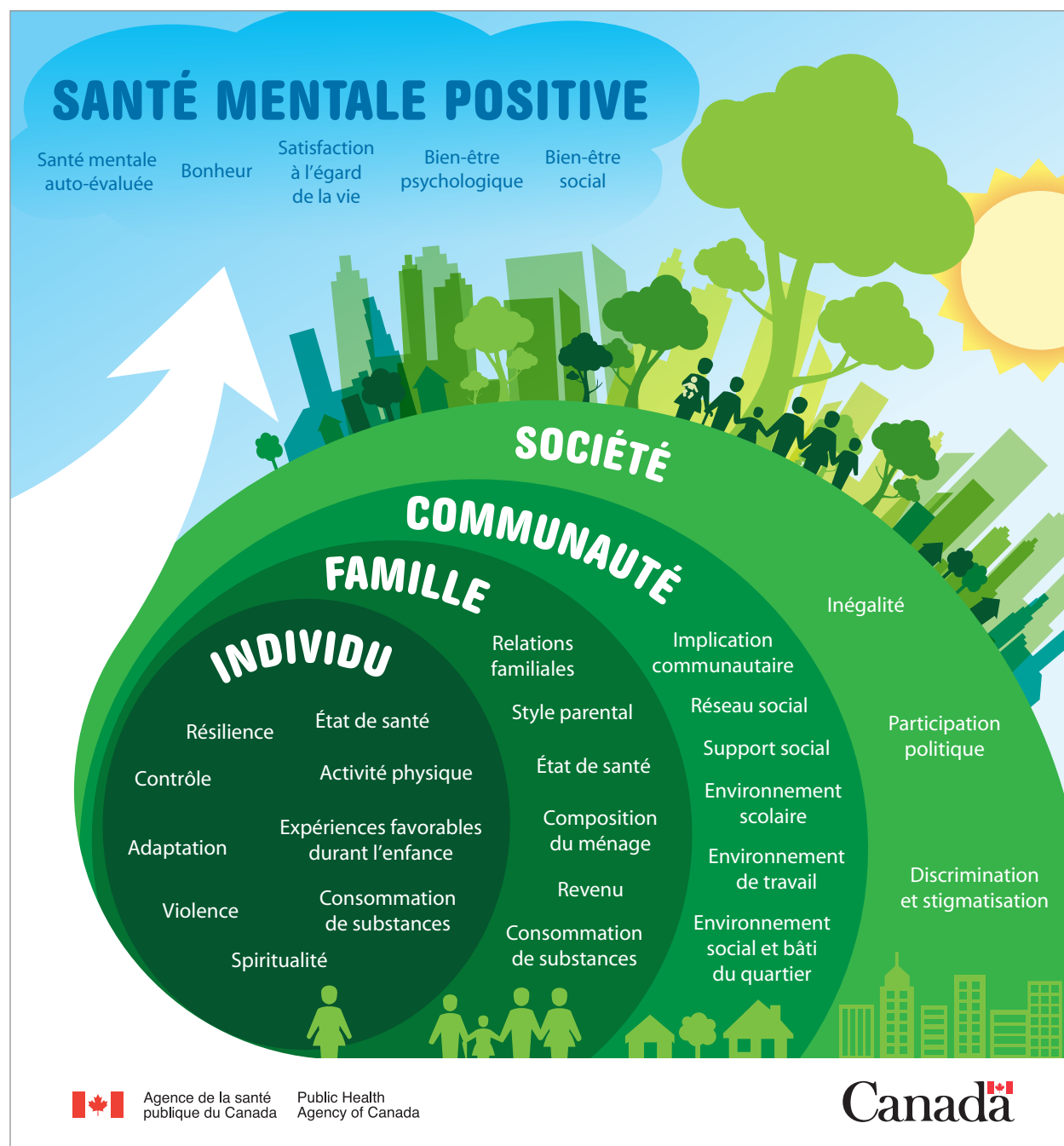
- les caractéristiques individuelles, comme la santé physique, la résilience et les habiletés d'adaptation;
- les caractéristiques du milieu, notamment la famille, la communauté et les milieux sociétaux plus vastes où la santé mentale est influencée par l'économie, les normes sociétales, l'accès aux services et le design urbain (21).

Le Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC est utilisé à l'échelle nationale afin d'orienter les programmes et politiques qui visent à améliorer l'état de santé mentale des Canadiens au cours de leur vie.

Pour en apprendre plus sur le cadre conceptuel, consultez [Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive - PSPMC : volume 36-1, janvier 2016.](#)

FIGURE 1

Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'Agence de la santé publique du Canada



Source : Centre de prévention des maladies chroniques (2016). Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive – infographie, Canada, édition 2016, Ottawa (Ontario) : Agence de la santé publique du Canada. Consulté en septembre 2017 au <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/datalab/doc/pmh-smp-framework-fra.pdf>.

MÉTHODOLOGIE

Sources des données

De nombreuses sources de données ont été utilisées pour faire état de la santé mentale des résidents d'Ottawa à l'aide des indicateurs du Cadre de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC. Parmi les sources de données locales, mentionnons le [Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario \(SCDSEO\)](#), l'[Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes \(ESCC\)](#), l'[Instrument de mesure du développement de la petite enfance \(IMDPE\)](#), l'étude [Ma vie, mon bien-être](#), les données sur les décès du coroner en chef de l'Ontario et les statistiques de l'état civil, les données sur les visites à l'urgence et les hospitalisations, l'Étude de quartiers d'Ottawa (ÉQO) et le [recensement](#). Lorsque les données locales n'étaient pas à jour (avant 2012) ou n'étaient pas disponibles, des sources de données provinciales ou nationales ont été utilisées, notamment l'[ESCC – Santé mentale](#) de Statistique Canada, l'[Enquête sociale générale](#), l'[Enquête auprès des peuples autochtones](#) et l'[Étude ontarienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants](#).

Analyse

Les données de l'ESCC ont été analysées à l'aide de Stata/SE 14 (StataCorp, College Station, Texas) d'après les méthodes recommandées par Statistique Canada. Les variables socioéconomiques suivantes ont été évaluées : le sexe, le groupe d'âge, la langue maternelle, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le temps écoulé depuis l'arrivée au pays, le lieu de résidence (centre de population ou zone rurale), la composition du ménage, l'accession à la propriété, la situation d'emploi au cours de la dernière semaine et l'identité autochtone.

La signification statistique entre les résultats et les facteurs socioéconomiques a été déterminée au moyen du test du chi carré à un seuil de $p < 0,05$. Cela signifie qu'une différence est dite statistiquement significative lorsqu'il y a une probabilité de moins de 5 % qu'une différence observée soit due au hasard. Toutes les variables socioéconomiques ont été soumises à un modèle de régression de Poisson multivariable de deux cycles de l'ESCC, si disponible, pour déterminer les facteurs statistiquement significatifs ($p < 0,05$) lorsqu'on tient compte des autres. Les catégories de comparaison de référence pour chacune des variables sont les suivantes : homme, de 12 à 19 ans, langue maternelle anglaise, études postsecondaires, revenu du ménage supérieur, né au Canada, centre de population, parents d'enfant(s), propriétaire, au travail au cours de la dernière semaine et identité non autochtone.

Les catégories de comparaison sont précisées dans chaque figure. Si la situation d'emploi ne présentait pas de corrélation significative avec le résultat du modèle, elle était exclue, car la question n'était posée qu'aux répondants de 15 à 75 ans. Tous les écarts statistiquement significatifs ne sont pas forcément rapportés. Lorsque des comparaisons entre des groupes sont présentées dans un graphique, les barres sont rayées pour indiquer les écarts statistiquement significatifs de la catégorie de comparaison.

Les écarts entre Ottawa et le reste de l'Ontario signifient qu'Ottawa se démarque de la moyenne des résidents du reste de l'Ontario, et non qu'Ottawa est différente des autres circonscriptions sanitaires de la province. Aucune comparaison n'a été effectuée avec d'autres circonscriptions sanitaires de l'Ontario.

Dans le présent document, les pourcentages (proportions) ont été arrondis à l'unité supérieure (par exemple, 11,7 % est arrondi à 12 %) et les taux ont été normalisés selon l'âge de la population canadienne de 2011, sauf si indiqué autrement. Les estimations ponctuelles sont suivies de l'intervalle de confiance (IC) de 95 %, indiquées par des barres d'erreurs dans les graphiques. L'intervalle de confiance de 95 % comprend la valeur réelle 95 fois sur 100. Par exemple, si l'estimation ponctuelle des résidents d'Ottawa consommateurs d'alcool est de 58 % (IC 95 %: 44-70 %), cela signifie que la valeur réelle se situera entre 44 % et 70 % dans 95 % des cas. Plus l'intervalle de confiance est petit, plus l'estimation est précise. Les données présentées dans les figures se trouvent à l'Annexe 2 : Tableaux de données des figures.

Les Premières Nations, les Inuits et les Métis

Certains résidents présentent un plus grand risque de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale en raison de discrimination ou d'inégalités liées à la scolarité, à l'emploi, au revenu et au logement. Par exemple, bien que d'autres groupes de la population fassent l'objet d'inégalités, les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, en tant que peuples autochtones du Canada, subissent l'effet cumulatif à long terme d'inégalités sociales et en matière de santé, combinés aux répercussions de la colonisation, du racisme systémique, de la discrimination et de l'exclusion sociale. Pour en apprendre davantage sur la santé mentale des Autochtones, consultez la section Bien-être mental des Autochtones.

Limitations

Des sources de données locales, provinciales et nationales, considérées d'un œil critique, ont été utilisées dans le rapport. Lorsque les données locales n'étaient pas disponibles, des données provinciales et nationales ont été utilisées. L'accès aux données sur certaines populations d'Ottawa était limité. Les populations prioritaires, y compris les peuples Autochtones, ont été prises en compte dans l'analyse des données, lorsque possible; toutefois, ces populations sont mal représentées dans les données locales. Des exemples d'autres populations prioritaires comprennent les immigrants, les francophones, les personnes LGBTQ2, les résidents des zones rurales et les personnes âgées. L'accès à des données locales de qualité, pertinentes et à jour favoriserait une approche fondée sur l'équité en matière de santé à l'égard des programmes, des politiques et des services de promotion de la santé mentale pour les populations prioritaires identifiées.

Pour en savoir plus sur ces populations, consultez l'Annexe 1 : Populations prioritaires.

RÉSULTATS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE POSITIVE

Au cours de la vie, la santé mentale est influencée par une interaction complexe entre les facteurs individuels, familiaux, communautaires et sociétaux. Ces facteurs peuvent être modifiés pour favoriser et protéger la santé mentale et réduire le risque de mauvaise santé mentale ou de maladie mentale (21). Les résultats en matière de santé mentale comme la santé mentale autoévaluée et le bien-être psychologique prédisent la santé générale et la santé mentale d'une population (6, 22). La compréhension des résultats en matière de santé mentale permet de déterminer quels facteurs favorisent et protègent la santé mentale, et les conditions dans lesquelles elle peut être à risque. La présente section du rapport décrit les résultats en matière de santé mentale dans la population d'Ottawa.

Faits saillants concernant Ottawa

- **Beaucoup de résidents d'Ottawa ont déclaré avoir un très bon ou un excellent niveau de santé mentale** (69 %), de bonheur (75 %) et de satisfaction à l'égard de la vie (91 %).
- Les résidents d'Ottawa continuent de déclarer un **niveau moins élevé d'appartenance à la communauté** comparativement au reste de l'Ontario. Les résidents d'Ottawa de 20 à 44 ans ont déclaré les niveaux les plus faibles, tandis que les jeunes de 12 à 19 ans ont déclaré les niveaux les plus élevés.
- **Moins de résidents d'Ottawa** (64 %) de 15 ans et plus ont déclaré un **niveau élevé de bien-être psychologique** que dans le reste de l'Ontario (70 %).
- Certaines populations présentent plus souvent de mauvais résultats en matière de santé mentale :
 - ▶ **Faible revenu** : faible niveau de santé mentale autoévaluée, de bonheur, de satisfaction à l'égard de la vie
 - ▶ **Faible scolarité** : faible niveau de santé mentale autoévaluée, de satisfaction à l'égard de la vie, de bien-être psychologique
 - ▶ **Avancée en âge et personnes âgées de 65 ans et plus** : faible niveau de bonheur, de satisfaction à l'égard de la vie, de bien-être psychologique
 - ▶ **Locataires** : faible niveau de santé mentale autoévaluée, de satisfaction à l'égard de la vie
 - ▶ **Immigrants ≤ 10 ans au Canada** : faible niveau de bonheur, de bien-être psychologique
 - ▶ **Personnes au chômage ou incapables de travailler** : faible niveau de santé mentale autoévaluée, de satisfaction à l'égard de la vie
 - ▶ **Personnes vivant seules** : faible niveau de bien-être social

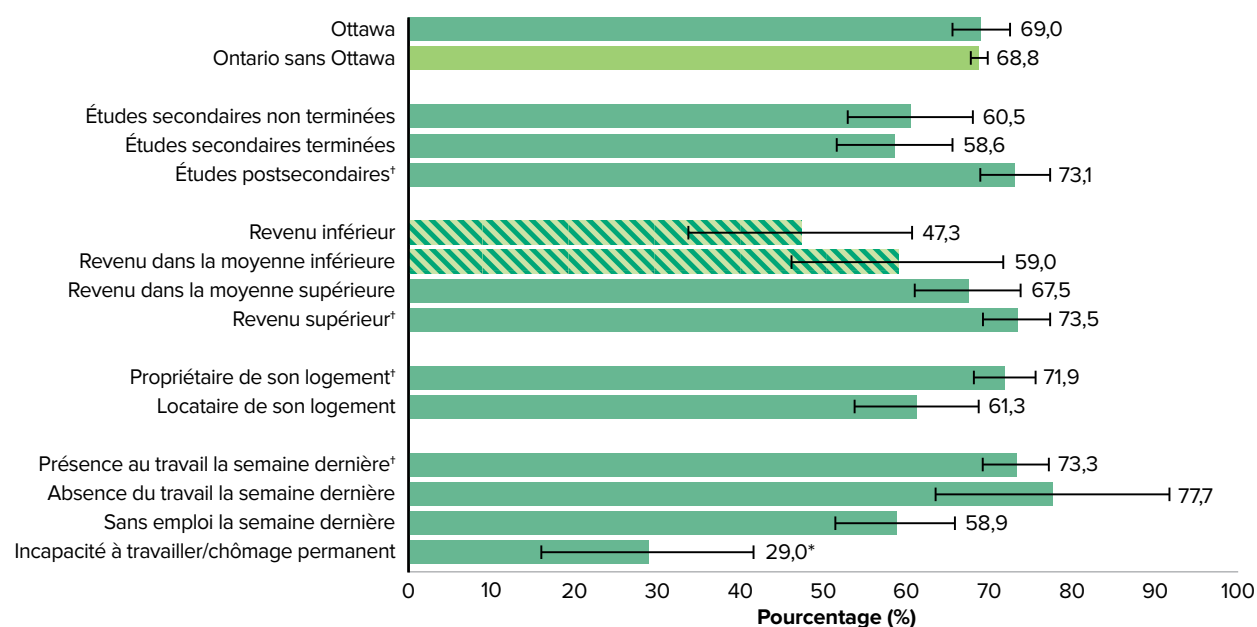
Santé mentale autoévaluée

L'autoévaluation de la santé mentale porte sur la façon dont une personne perçoit sa propre santé mentale. Une mauvaise santé mentale autoévaluée est associée à de mauvais résultats en matière de santé, une utilisation accrue des services de santé et une satisfaction moindre à l'égard des services (23).

- En 2013-2014, plus des deux tiers (69 %) des résidents d'Ottawa âgés de 12 ans et plus ont déclaré avoir une très bonne ou une excellente santé mentale, soit la même proportion que le reste de l'Ontario (69 %) (24).
- Les résidents qui sont locataires, incapables de travailler ou au chômage de façon permanente ont moins souvent déclaré avoir une très bonne ou une excellente santé mentale. La santé mentale autoévaluée augmente avec le niveau de scolarité et le revenu du ménage (Figure 2) (24).
- Lorsqu'on tient compte de tous les facteurs (l'âge, le sexe, la langue maternelle, la scolarité, le revenu du ménage, l'immigration, l'accession à la propriété, le lieu de résidence et l'identité autochtone), le revenu du ménage a une forte corrélation avec la santé mentale autoévaluée. Les résidents dont le revenu du ménage est inférieur ou moyen-inférieur étaient plus susceptibles de déclarer avoir une santé mentale passable ou mauvaise comparativement à ceux dont le revenu du ménage est supérieur (24).

FIGURE 2

Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 12 ans et plus) qui ont déclaré avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage;

† Catégorie de comparaison du modèle de régression.

Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

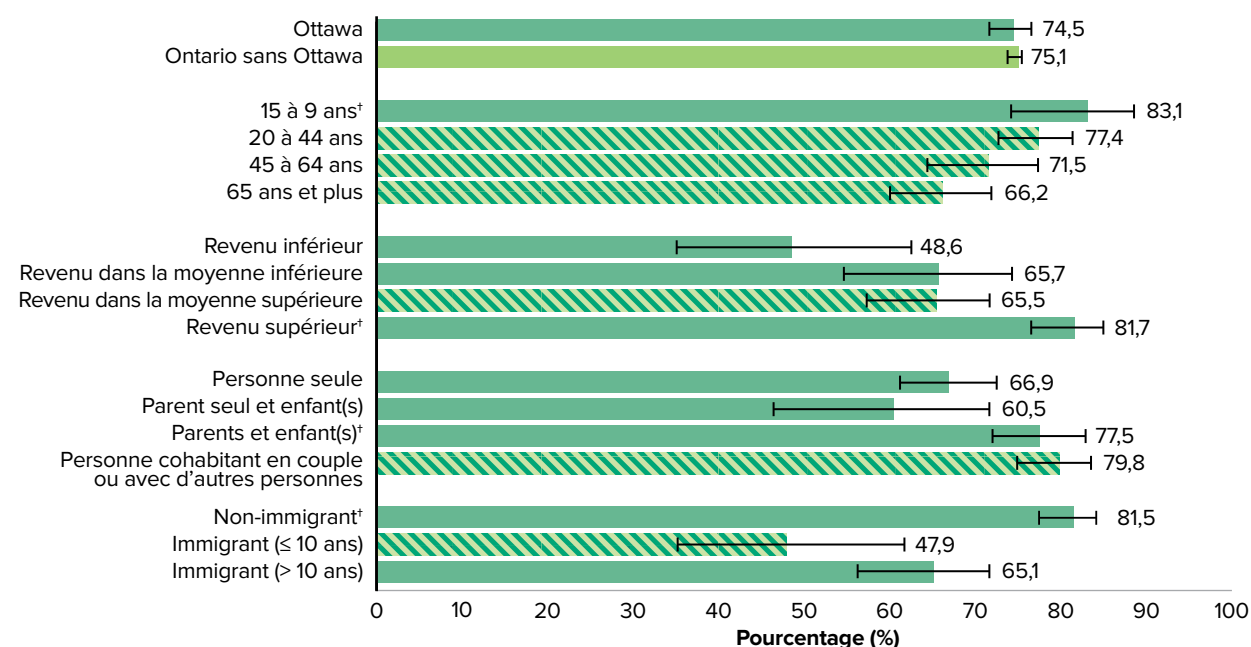
Bonheur

Le bonheur est un état émotif positif qui varie au fil du temps et en fonction des expériences quotidiennes (25), par exemple lorsqu'on est heureux de prendre des vacances ou de faire notre activité préférée. Le bonheur et la satisfaction à l'égard de la vie sont associés à des résultats positifs en matière de santé mentale et physique (26, 27).

- En 2011-2012, les trois quarts (75 %) des résidents d'Ottawa ont déclaré s'être sentis heureux presque tous les jours ou tous les jours au cours du dernier mois, soit la même proportion que les résidents du reste de l'Ontario (75 %) (Figure 3) (24).
- De fortes corrélations ont été établies entre le bonheur et l'âge, le revenu du ménage, la condition de vie et le temps écoulé depuis l'arrivée au pays, lorsque tous les facteurs socioéconomiques sont pris en compte (24).
- La proportion de répondants déclarant s'être sentis heureux presque tous les jours ou tous les jours au cours du dernier mois diminue avec l'âge (15 à 19 ans : 83 %, 65 ans et plus : 66 %) (Figure 3) (24).
- Les résidents dont le revenu par ménage est supérieur (82 %) ont déclaré le niveau de bonheur le plus élevé au cours du dernier mois. Les résidents dont le revenu est inférieur affichaient le niveau de bonheur le plus bas au cours du dernier mois (49 %) (Figure 3) (24).
- Environ 80 % des répondants cohabitant en couple ou avec d'autres personnes et sans enfants ont déclaré s'être sentis heureux presque tous les jours ou tous les jours, ce qui est significativement supérieur aux couples avec enfants (78 %) et aux parents seuls (61 %), lorsque les autres facteurs socioéconomiques sont pris en compte (Figure 3) (24).
- Les immigrants qui sont au Canada depuis moins de 10 ans étaient environ plus susceptibles de ne pas dire se sentir heureux tous les jours ou presque tous les jours au cours du dernier mois, comparativement aux résidents nés au Canada (Figure 3) (24).

FIGURE 3

Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) qui ont déclaré s'être sentis heureux presque tous les jours ou tous les jours au cours du dernier mois, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2011-2012)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

† Catégorie de comparaison du modèle de régression.

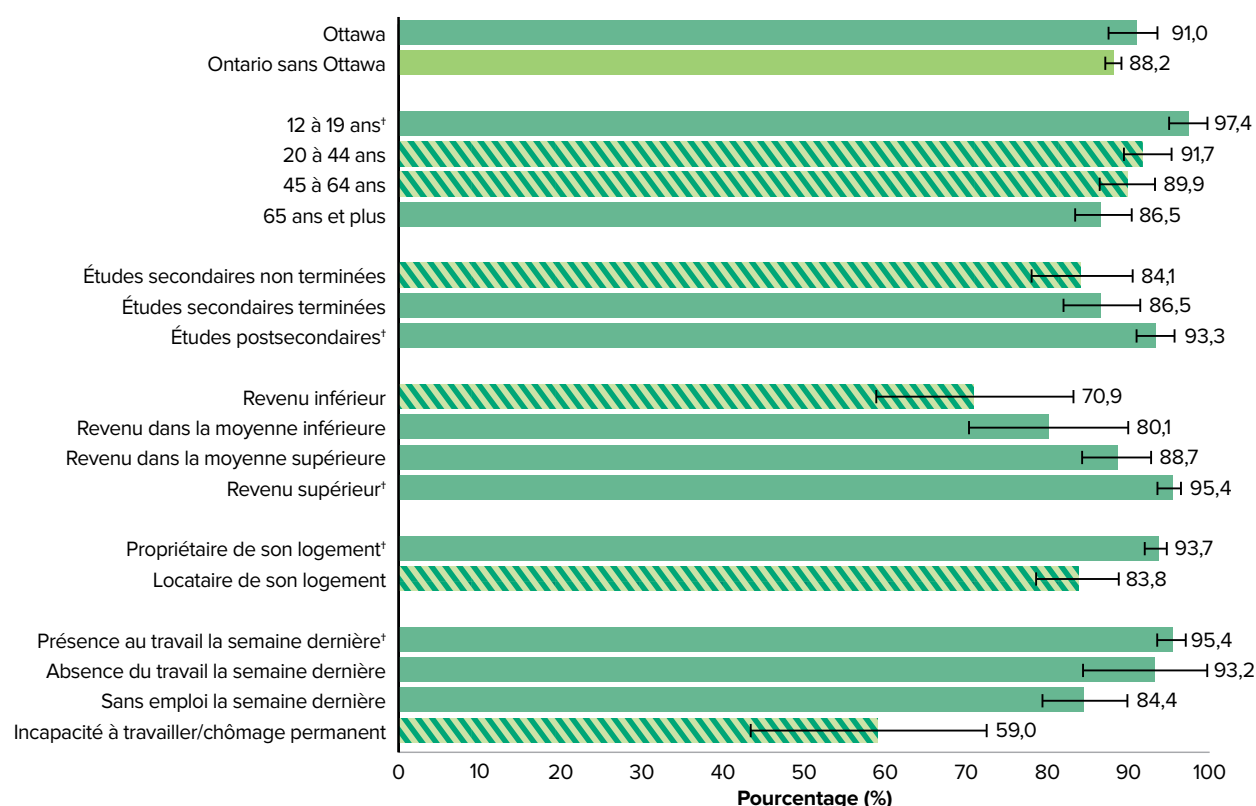
Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

Satisfaction à l'égard de la vie

La satisfaction à l'égard de la vie est une autoévaluation de ce que les gens pensent et ressentent par rapport à leur vie en général. Habituellement, ce type d'autoévaluation a tendance à porter sur les expériences à long terme plutôt que sur le bonheur (25). Par exemple, une personne peut se dire satisfaite à l'égard de sa vie lorsqu'elle songe au sens de son travail et à la sécurité économique qu'il apporte à sa famille. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques, la satisfaction à l'égard de la vie est un indicateur clé du bien-être général (28).

- En 2013-2014, 91 % des résidents d'Ottawa âgés de 12 ans et plus, soit environ 732 000 personnes, ont dit être satisfaits ou très satisfaits à l'égard de leur vie. Le taux de satisfaction moyen est de 7,9 sur une échelle de 0 à 10, soit un taux semblable au reste de l'Ontario. La satisfaction à l'égard de la vie n'a pas beaucoup changé au fil du temps (2005-2014) (29).
- Les taux de satisfaction les plus faibles ont été rapportés par les personnes plus âgées, moins scolarisées, ayant un revenu inférieur, locataires, sur le chômage ou incapables de travailler (Figure 4) (24).

FIGURE 4
Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 12 ans et plus) qui ont dit être satisfaits ou très satisfaits à l'égard de leur vie, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

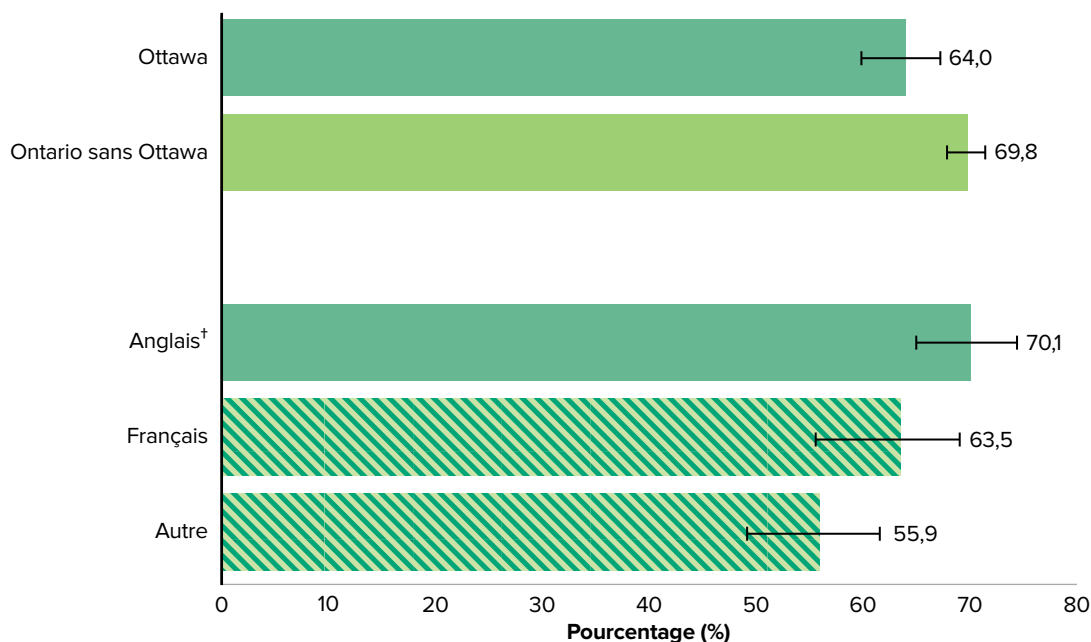
Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

Bien-être psychologique

Un niveau élevé de bien-être émotionnel, social et psychologique indique une santé mentale florissante. Le bien-être psychologique est influencé par l'autonomie, la maîtrise de son environnement, la croissance personnelle, des relations positives avec les autres, un but dans la vie et l'acceptation de soi (30).

- À Ottawa, 64 % des résidents de 15 ans et plus ont rapporté un niveau élevé de bien-être psychologique en 2011-2012, soit une proportion moindre que le reste de l'Ontario (70 %) (Figure 5) (31).
- Le niveau de bien-être psychologique des résidents d'Ottawa était plus élevé chez les résidents de moins de 65 ans, de langue maternelle anglaise, plus scolarisés, ayant un revenu supérieur, nés au Canada ou arrivés il y a plus de 10 ans, propriétaires et ayant travaillé au cours de la dernière semaine. À la lumière de tous ces facteurs, la langue maternelle était le seul qui demeurait significatif (Figure 5). Les personnes dont la langue maternelle est le français ou une autre langue étaient plus susceptibles de rapporter un faible niveau de bien-être psychologique comparativement aux personnes de langue maternelle anglaise (31). Le lien entre la langue et le bien-être psychologique a déjà été établi par le passé (32).
- En Ontario en 2014-2015, 75 % des élèves de la 6^e à la 12^e année ont déclaré avoir une grande autonomie (p. ex. sentiment d'indépendance, liberté d'expression et de choix). À l'échelle nationale, le niveau d'autonomie était le plus faible chez les élèves de 6^e année (74 %) et de 8^e année (73 %), et le plus élevé chez les élèves de 12^e année (77 %) (Figure 6) (33).
- En Ontario, en 2014-2015, 85 % des élèves de la 6^e à la 12^e année ont déclaré être très compétents (p. ex. sentiment de maîtrise et de réussite dans leur environnement). À l'échelle nationale, le niveau de compétence était légèrement inférieur chez les filles (81 % comparativement à 82 % chez les garçons), et il semble y avoir une tendance à la baisse de la 6^e à la 11^e année (6^e année : 88 %, 11^e année : 78 %) (Figure 6) (33).

FIGURE 5
Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) qui ont déclaré un niveau élevé de bien-être psychologique, selon la langue maternelle (2011-2012)

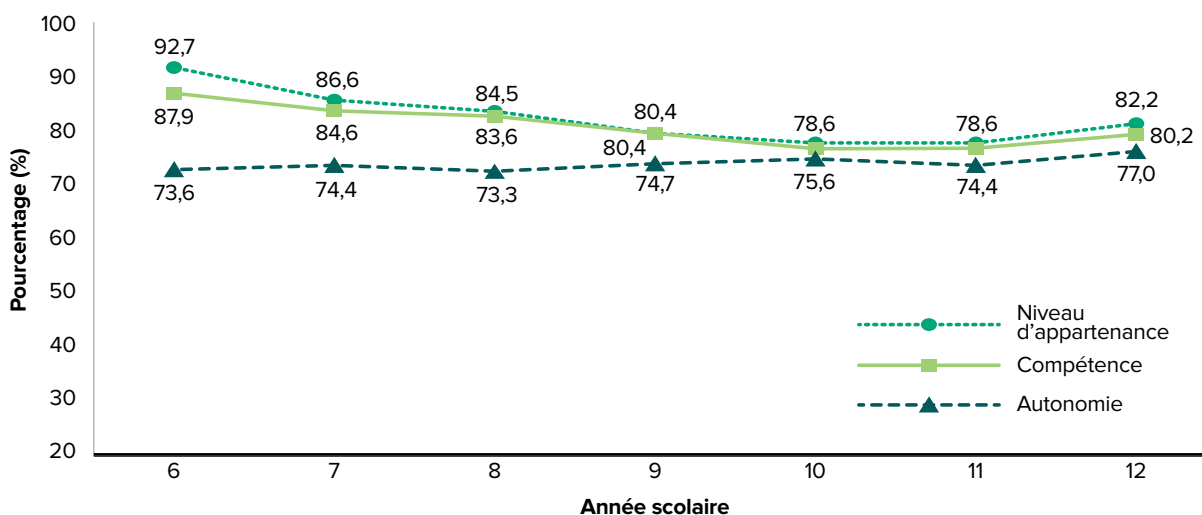


Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2011-2012, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

FIGURE 6
Pourcentage d'élèves par année qui ont déclaré avoir une grande autonomie, être très compétents et avoir un grand niveau d'appartenance, Canada (2014-2015)



Source : Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada (2016), Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive, Infobase de la santé publique.

Note : Les résultats par année scolaire n'étaient disponibles qu'à l'échelle nationale.

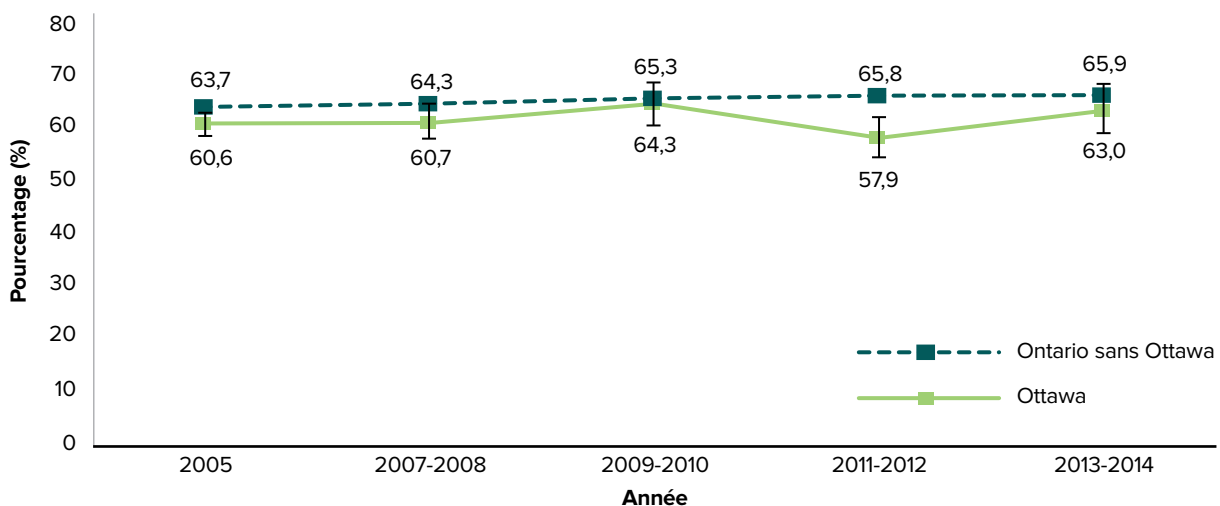
Bien-être social

Le bien-être social, notamment les liens sociaux, est étroitement lié à des résultats positifs en matière de santé mentale et physique, alors que l'isolement social a tendance à nuire à la santé (25, 34). Le sentiment d'appartenance à la communauté est une mesure du bien-être social. Il reflète l'attachement social et le niveau d'engagement social et de participation dans la communauté.

- Les deux tiers (63 %) des résidents d'Ottawa de 12 ans et plus ont déclaré avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort en 2013-2014. Au cours des 10 dernières années, les résidents d'Ottawa ont rapporté des niveaux d'appartenance à la communauté plus faibles comparativement aux résidents du reste de l'Ontario, sauf en 2009-2010 (Figure 7) (29).
- Au cours des 10 dernières années, les résidents d'Ottawa de 20 à 44 ans ont rapporté les niveaux d'appartenance à la communauté les plus bas, et les jeunes de 12 à 19 ans ont rapporté les plus élevés. Les résidents qui vivent seuls ont rapporté des niveaux d'appartenance à la communauté plus faibles, comparativement à ceux qui vivent avec d'autres, avec ou sans enfant(s) (Figure 8). Ces associations existent même lorsqu'on tient compte d'autres facteurs comme le sexe, la langue maternelle, la scolarité, le revenu du ménage, l'immigration, l'accession à la propriété et l'identité autochtone (24).

FIGURE 7

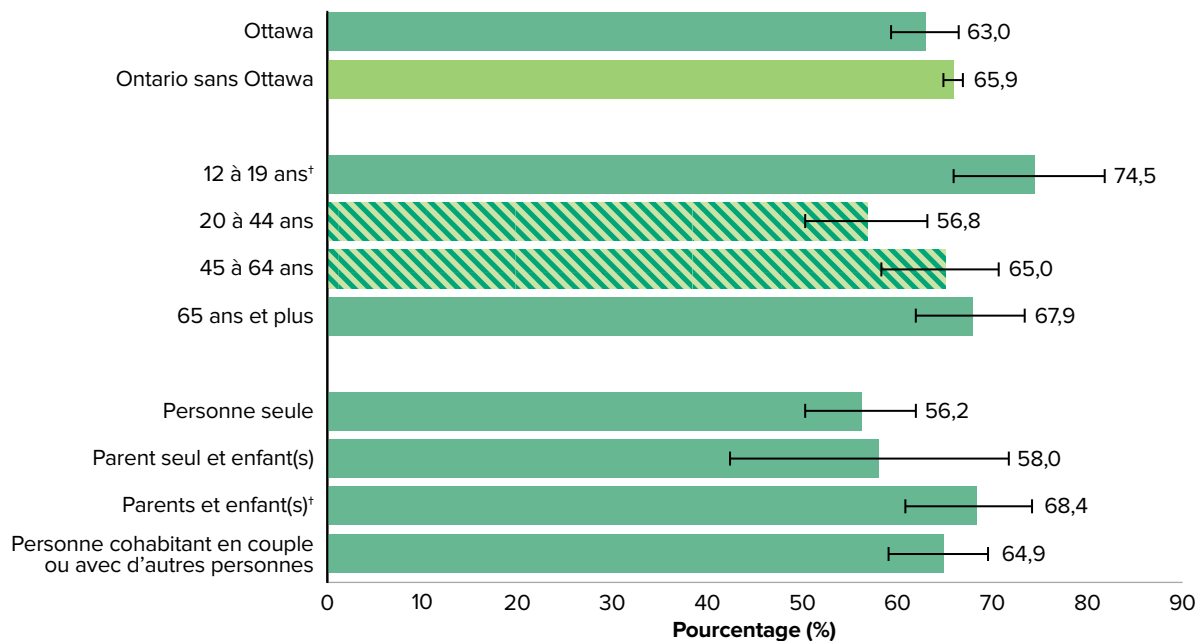
Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

FIGURE 8

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

Chez les jeunes, le bien-être social se mesure par les liens sociaux qu'ils ont au quotidien, comme les relations avec leurs pairs, leurs parents et leurs enseignants. Ces liens sociaux supposent d'être proche des autres et de leur faire confiance, et d'avoir des liens d'attachement positifs à la maison, à l'école et dans la communauté (35).

- En Ontario en 2014-2015, 85 % des élèves de la 6^e à la 12^e année ont déclaré avoir de forts liens sociaux avec leurs enseignants, parents et amis. Les liens sociaux étaient plus élevés chez les élèves de 6^e année et plus faibles chez les élèves de 10^e et 11^e année (33). La figure 6 illustre les tendances relatives au niveau d'appartenance pour chaque année scolaire, ainsi que les facteurs de compétence et d'autonomie.

RECOURS AUX SOINS DE SANTÉ MENTALE, PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET MALADIE MENTALE, CONSOMMATION ET DÉPENDANCE

Dans le cadre d'une évaluation de la santé mentale de la population d'Ottawa, les données locales sur le recours aux soins de santé et les taux de maladie mentale sont éclairantes. Néanmoins, même s'ils sont importants, ces taux ne constituent qu'un élément de la santé mentale d'une communauté. En effet, la santé mentale et la maladie mentale ne sont pas mutuellement exclusives. Tout comme une personne souffrant d'une maladie physique comme le diabète de type 2 peut vivre une vie en santé, les personnes ayant une maladie mentale peuvent elles aussi avoir une bonne santé mentale. De même, les personnes qui n'ont aucune maladie mentale diagnostiquée peuvent avoir une mauvaise santé mentale. Par conséquent, les données figurant dans la présente section concernant le recours aux soins et les taux de maladie brossent

Faits saillants concernant Ottawa

De nombreux résidents d'Ottawa ont consulté pour des problèmes de santé mentale et de dépendance :

- au cours de la dernière année, 16 % des résidents et 30 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont parlé de leur santé mentale ou émotionnelle à un professionnel de la santé;
- ▶ pourtant, **un tiers (32 %) des élèves ont voulu discuter** d'un problème émotionnel

ou de santé mentale au cours de la dernière année, **mais n'ont pas su vers qui se tourner;**

- en 2015, 162 496 résidents ont effectué **728 938 consultations externes** chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance;
- en 2016, 11 185 résidents ont effectué **17 790 visites à l'urgence** pour des problèmes de santé mentale et de dépendance.

Le taux de visites à l'urgence pour ces problèmes a augmenté de **46 %** depuis 2006, principalement en raison d'une augmentation marquée (de plus du double) chez les jeunes et jeunes adultes;

- en 2016, **7 075 résidents ont été hospitalisés** pour un problème de santé mentale ou de dépendance. Ce chiffre représente une **augmentation de 45 %** depuis 2007, qui découle d'une augmentation du nombre d'hospitalisations chez les jeunes adultes et, dans une certaine mesure, chez les personnes âgées.
- L'automutilation et le suicide sont toujours source de préoccupation :
 - ▶ depuis 2011, le **taux de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs est en hausse**, et était plus élevé à Ottawa que dans le reste de l'Ontario en 2016;
 - ▶ en 2017, **un élève sur neuf (11 %)** de la 7^e à la 12^e année **a sérieusement songé au suicide** au cours de la dernière année, et 60 % de ces élèves déclarent qu'ils auraient voulu en parler avec quelqu'un, mais qu'ils **ne savaient pas vers qui se tourner**;
 - ▶ en 2017, **plus de 1 300** élèves ont dit avoir fait une **tentative de suicide** dans la dernière année;
 - ▶ en moyenne, il y a **80 suicides** par année à Ottawa (moyenne de 2012 à 2016).
- La consommation de substances s'observe souvent en concomitance avec une mauvaise santé mentale. Un adulte sur cinq (20 %) a déclaré avoir consommé fréquemment de l'alcool de façon excessive au cours de la dernière année (2013-2014), et 12 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir consommé de l'alcool de façon excessive au cours du dernier mois (2017).
- 13 % des adultes (2013-2014) et 18 % des élèves (2017) ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de la dernière année.
- Certaines populations ont consulté plus souvent pour des problèmes de santé mentale ou de dépendance :
 - ▶ **Enfants de 5 à 14 ans** : Le taux de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux a doublé au cours des 10 dernières années; augmentation du taux de visites à l'urgence pour des actes destructeurs chez les filles.
 - ▶ **Jeunes et jeunes adultes de 15 à 24 ans** : Taux croissant de visites à l'urgence et d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, notamment des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, des troubles de l'alimentation, des actes autodestructeurs et une forte consommation d'alcool
 - ▶ **Adultes de 45 à 64 ans** : Taux plus élevés de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance
 - ▶ **Personnes âgées de 65 ans et plus** : Légère augmentation des taux d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance; l'Alzheimer et la démence sont une des principales causes de décès
 - ▶ **Femmes et filles** : Parlent plus souvent de leur santé mentale à un professionnel de la santé; taux plus élevés et croissants d'actes autodestructeurs chez les jeunes et jeunes adultes de 15 à 24 ans; les filles de la 7^e à la 12^e année sont plus susceptibles de songer au suicide.
 - ▶ **Hommes de 40 à 64 ans** : Taux de suicide plus élevé
 - ▶ **Faible revenu** : Parlent plus souvent de leur santé mentale à un professionnel de la santé
 - ▶ **Personnes au chômage ou incapables de travailler** : Parlent plus souvent de leur santé mentale à un professionnel de la santé
 - ▶ **Quartiers défavorisés** : Taux de visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance plus de deux fois plus élevés que ceux des quartiers avantagés

Recours aux soins de santé mentale

Partout en Ontario, on observe une demande croissante en matière de soins de santé mentale et de traitements de la dépendance dans la collectivité et les hôpitaux. Entre 2006 et 2014, il y a eu une augmentation de 25 % des visites chez le médecin (psychiatres, médecins de famille et pédiatres) pour des problèmes de santé mentale chez les enfants et les jeunes en Ontario. Parallèlement, le taux de visites à l'urgence pour des troubles de santé mentale et de consommation de substances chez les enfants et les jeunes a augmenté de 56 %, et les troubles anxieux sont responsables de la plus grande hausse du recours aux soins de courte durée. Par ailleurs, il y a eu une augmentation des visites répétitives à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et des réadmissions. De plus, seulement quatre enfants et jeunes sur dix ayant reçu leur congé de l'hôpital après des soins de santé mentale de courte durée en 2014 ont fait une visite de suivi chez un médecin dans la semaine suivante (36).

La présente section du rapport offre un aperçu du recours aux soins de santé mentale, notamment certains indicateurs du document [The Mental Health of Children and Youth in Ontario: 2017 Scorecard](#) (36). En 2018, le document [Mental Health and Addictions System Performance in Ontario: A Baseline Score](#) (37) a été publié pour rendre compte de l'état actuel de la prestation des services de santé mentale et de dépendance aux adultes de 16 ans et plus en Ontario. Le [Bilan du Partenariat Jeunes esprits](#) (38) du Centre hospitalier pour enfants de l'est de l'Ontario et du Royal, l'initiative [Champlain : Acheminement vers de meilleurs soins](#) (39) du Royal et du RLSS de Champlain et le Bureau des services à la jeunesse, par leur rôle d'organismes responsables, répondent aux besoins en matière de services de santé mentale, comme la mise en correspondance des services essentiels, les temps d'attente et l'enrichissement des données de qualité.

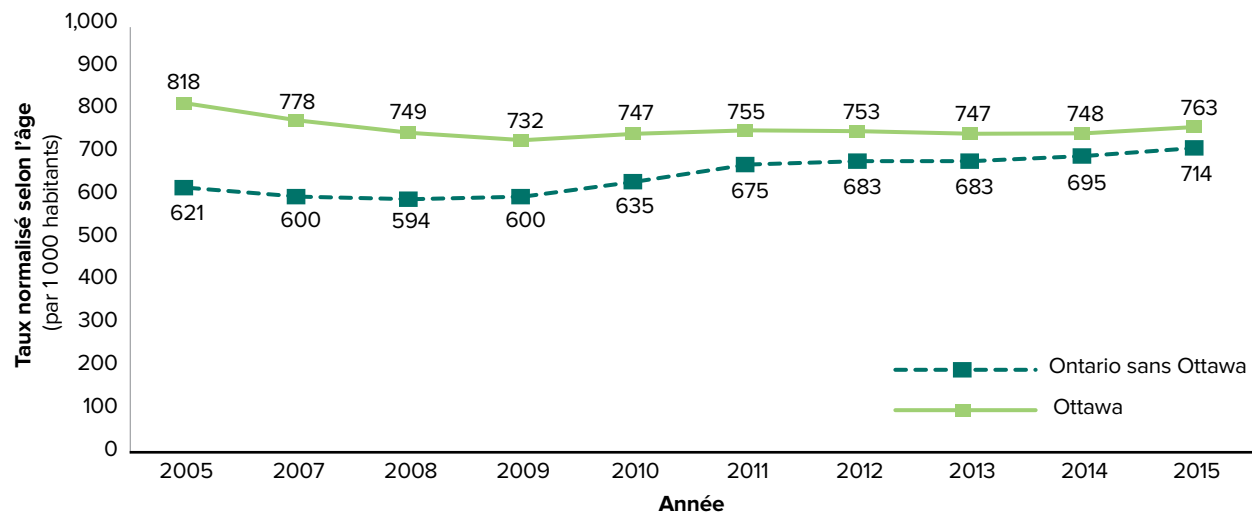
VISITES CHEZ LE MÉDECIN POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE

Divers fournisseurs de services de soins de santé, communautaires et sociaux offrent du soutien en matière de santé mentale aux résidents. En fonction des pratiques de facturation des médecins de l'Ontario (omnipraticiens, médecins de famille, pédiatres et psychiatres) à l'Assurance-santé de l'Ontario, il est possible de mesurer le recours au service de consultations externes pour des problèmes de santé mentale et de dépendance. Les patients peuvent visiter leur médecin plus d'une fois par année. Les soins offerts par les organismes communautaires de santé mentale et de lutte contre la dépendance, les psychologues et les travailleurs sociaux ne figurent pas dans la présente section en raison de l'indisponibilité des données, mais contribuent à une part importante des soins de santé mentale en Ontario.

- En 2015, 162 496 résidents d'Ottawa ont effectué 728 938 consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance. Même s'il est stable à Ottawa de 2006 à 2015, le taux de visites est plus élevé à Ottawa que dans le reste de l'Ontario (40).
- Les résidents d'Ottawa de 45 à 64 ans sont allés chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance davantage que les autres groupes d'âge. Le taux de visites des résidents d'Ottawa de 15 à 24 ans est passé de 544 visites par 1 000 habitants en 2006 à 689 visites par 1 000 habitants en 2015 (Figure 10) (40). Une tendance similaire est observée dans l'ensemble de l'Ontario.

FIGURE 9

Taux normalisé selon l'âge (par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2006-2015)

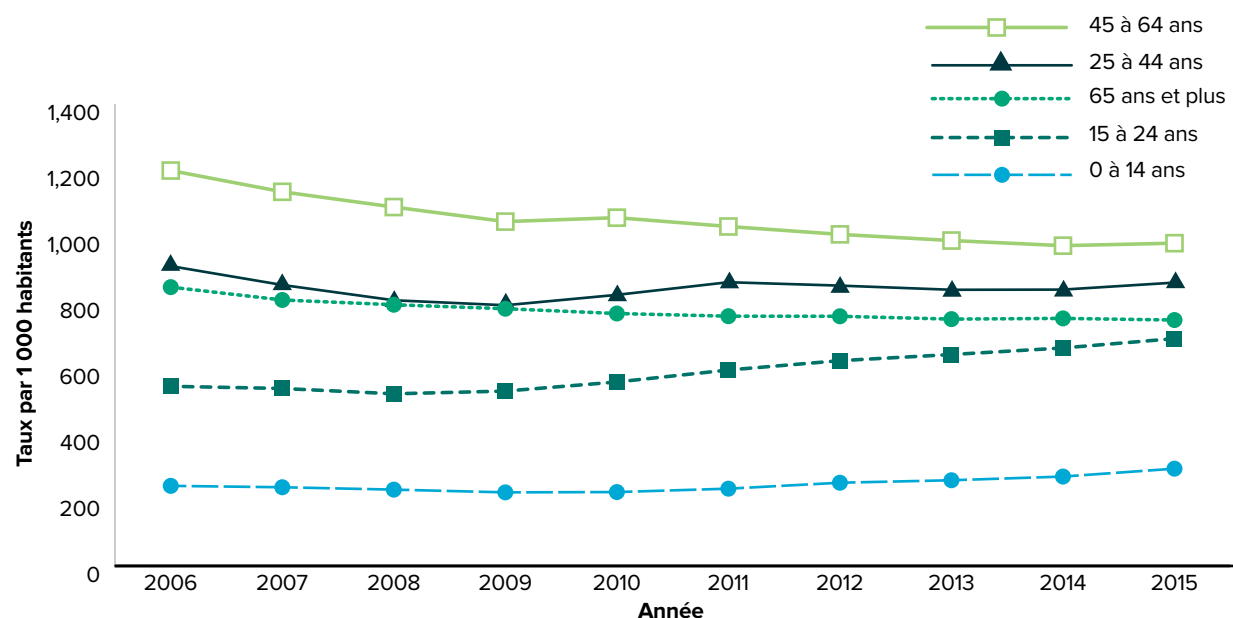


Source : Consultations externes chez le médecin pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensemble de données sur les services médicaux (Assurance-santé de l'Ontario) [2006-2015], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 8 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36).

Note : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 2011.

FIGURE 10

Taux spécifique selon l'âge (par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance, Ottawa (2006-2015)



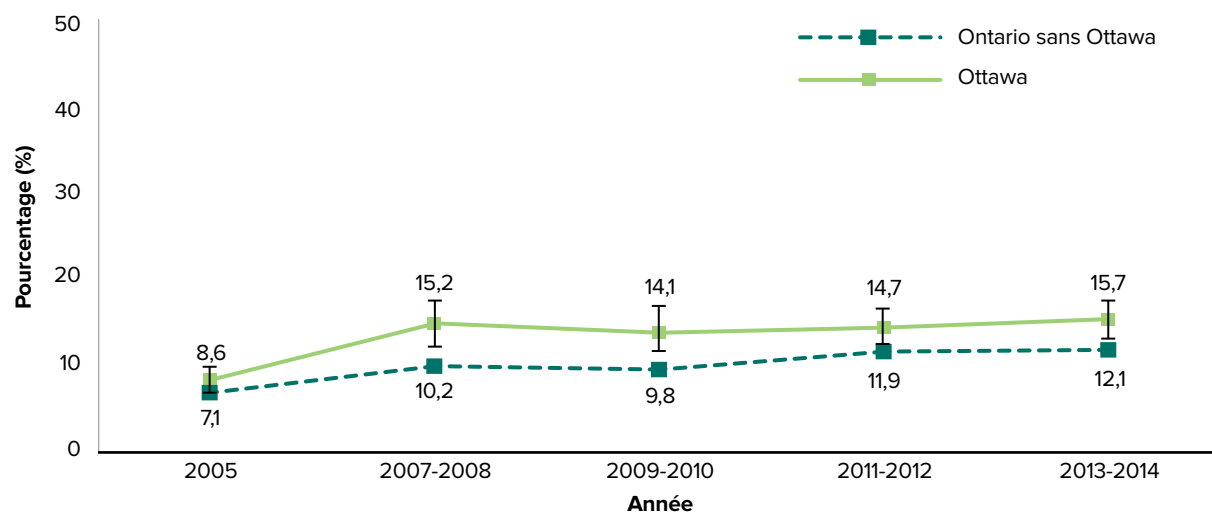
Source : Consultations externes chez le médecin pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensemble de données sur les services médicaux (Assurance-santé de l'Ontario) [2006-2015], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 8 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36).

CONSULTATION POUR DES SOINS DE SANTÉ MENTALE

- Le pourcentage de résidents d'Ottawa de 12 ans et plus qui ont consulté un professionnel de la santé concernant leur état de santé mentale ou émotionnelle dans les 12 derniers mois a presque doublé, passant de 9 % en 2005 à 16 % en 2013-2014 et est plus élevé que dans le reste de l'Ontario (12 % en 2013-2014) (Figure 11) (29).
- Les femmes, les résidents dont le revenu du ménage est inférieur et les personnes incapables de travailler ou au chômage de façon permanente étaient plus nombreux à avoir consulté un professionnel de la santé concernant leur état de santé mentale ou émotionnelle au cours de la dernière année. Les personnes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français étaient moins nombreux à consulter un professionnel de la santé que les résidents de langue maternelle anglaise ou française (24).
- Les femmes, les ménages à faible revenu et les personnes incapables de travailler de façon permanente continuent d'afficher des niveaux élevés de consultation d'un professionnel de la santé concernant leur santé mentale lorsqu'on tient compte de tous les facteurs socioéconomiques (24).
- En 2014, les gais, les lesbiennes et les personnes bisexuelles au Canada étaient plus susceptibles d'avoir consulté un psychologue au cours des 12 derniers mois que les personnes hétérosexuelles (42).
- Chez les populations immigrantes, réfugiées, ethnoculturelles et racisées du Canada, le recours aux soins de santé mentale est faible en raison de l'accessibilité des services, de la langue, de la stigmatisation et du temps alloué d'une interaction entre le patient et le fournisseur (43).

FIGURE 11

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir consulté un professionnel de la santé concernant leur santé mentale ou émotionnelle au cours des 12 derniers mois, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

CONSULTATION POUR DES SOINS DE SANTÉ MENTALE CHEZ LES JEUNES

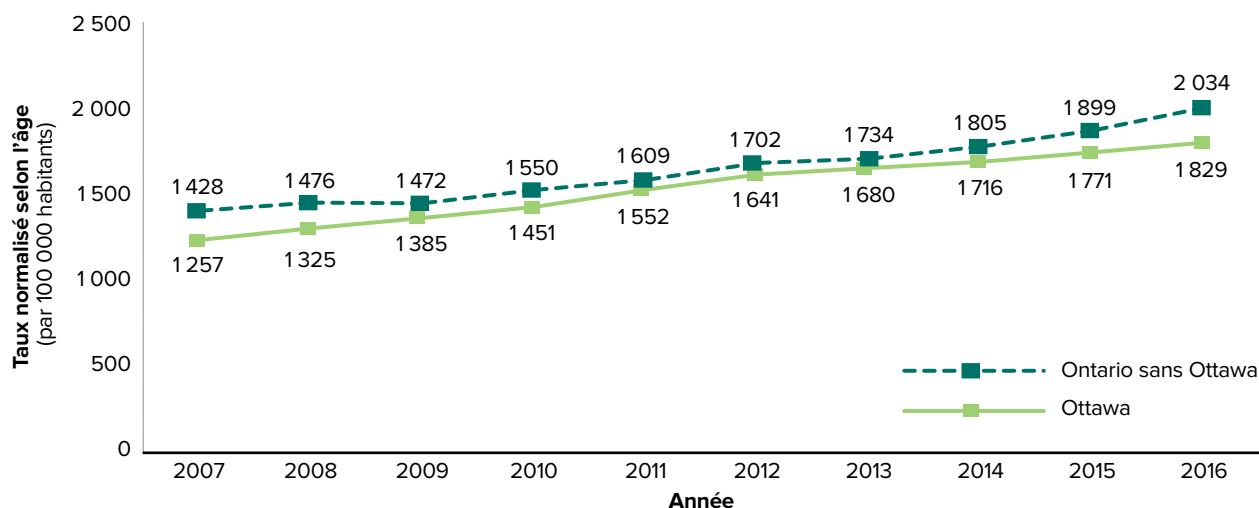
- En 2017, près du tiers (30 %) des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir consulté un médecin, une infirmière ou un conseiller au moins une fois au cours des 12 derniers mois concernant leur santé mentale ou émotionnelle (44).
- Un élève d'Ottawa sur vingt-cinq (4 %) de la 7^e à la 12^e année a dit avoir appelé une ligne d'assistance par téléphone ou cherché de l'aide sur Internet pour parler d'un problème au cours des 12 derniers mois (44).
- Environ le tiers (32 %) des élèves d'Ottawa ont déclaré qu'ils auraient voulu parler d'un problème de santé mentale ou émotionnelle au cours de la dernière année, mais qu'ils ne savaient pas vers qui se tourner (44).

VISITES À L'URGENCE POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE

- En 2016, 11 185 résidents d'Ottawa ont effectué 17 790 visites à l'urgence pour un problème de santé mentale ou de dépendance, ce qui correspond à un taux de 1 829 visites par 100 000 habitants. Ce taux a augmenté de 46 % depuis 2006 (Figure 12), principalement en raison d'une augmentation marquée (de plus du double) des taux de recours aux soins chez les jeunes et jeunes adultes de 15 à 24 ans (Figure 13) (45). Une tendance similaire est observée dans l'ensemble de l'Ontario.

FIGURE 12

Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

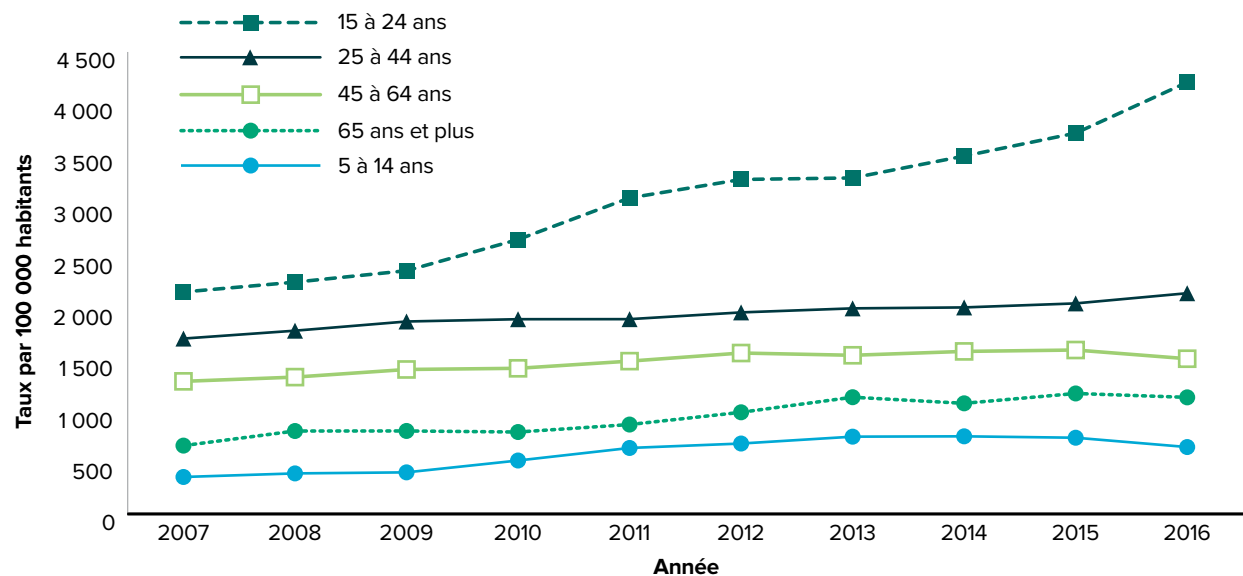


Source : Visites à l'urgence non prévues pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensemble de données du SNISA [2007-2016], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 15 février 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36).

Note : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 2011.

FIGURE 13

Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa (2007-2016)



Source : Visites à l'urgence non prévues pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensemble de données du SNISA [2007-2016], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 15 février 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36).

Les données administratives comme les visites à l'urgence ne comportent pas de mesures statistiques socioéconomiques comme le revenu, la scolarité et le statut d'immigration. Par conséquent, nous nous fions aux mesures géographiques de l'avantage socioéconomique tirées des données du recensement et analysées par l'Étude de quartiers d'Ottawa (ÉQO). Dans le cadre de l'ÉQO, le territoire de la ville d'Ottawa est divisé en 103 quartiers, qui sont ensuite répartis en cinq groupes de même taille (quintiles), selon :

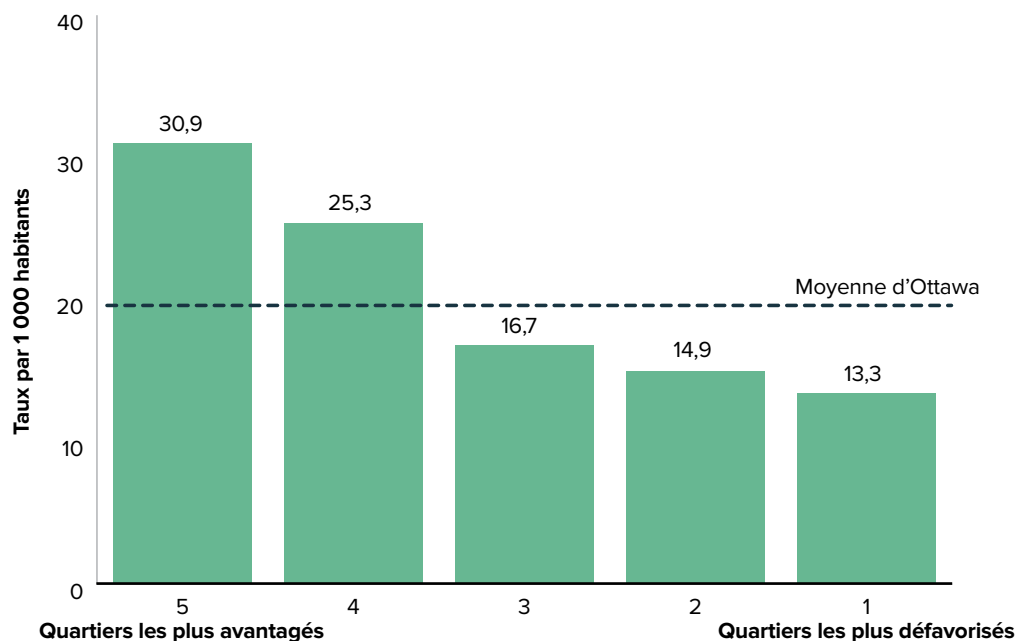
- le pourcentage de la population vivant sous le seuil de faible revenu après impôts;
- le taux de chômage de la population du quartier;
- le pourcentage des résidents de 24 à 65 ans sans diplôme d'études secondaires;
- le pourcentage de familles monoparentales;
- le revenu moyen des ménages après impôts (46).

Les quartiers appartenant au premier quintile sont les plus avantagés sur le plan des mesures socioéconomiques, et ceux du cinquième quintile, les plus défavorisés.

- Les taux de visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance étaient les plus élevés chez les habitants des quartiers les plus défavorisés (quatrième et cinquième quintiles) et étaient plus de deux fois plus élevés que ceux des habitants des quartiers les plus avantagés (Figure 14) (47).

FIGURE 14

Taux brut (par 1 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, selon l'avantage socioéconomique des quartiers d'Ottawa, résidents de 10 ans et plus (2014-2016)



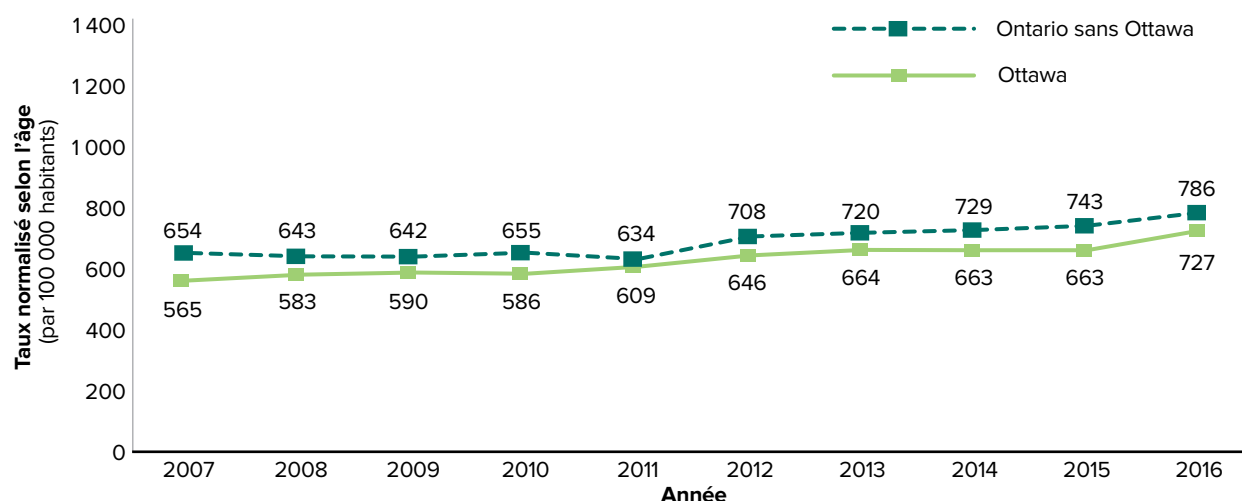
Source : Visites à l'urgence non prévues pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensemble de données du SNISA [2014-2016], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 15 février 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36). La classification des quartiers et des statuts socioéconomiques vient de l'Étude de quartiers d'Ottawa.

HOSPITALISATIONS POUR DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE ET DE DÉPENDANCE

- En 2016, 7 075 résidents d'Ottawa ont été hospitalisés pour un problème de santé mentale ou de dépendance, ce qui correspond à un taux de 727 hospitalisations par 100 000 habitants. Le nombre de visites a augmenté de 45 % de 2007 à 2016 (Figure 15), en raison d'une augmentation des hospitalisations pour des problèmes de santé mentale et de dépendance chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans et, dans une certaine mesure, chez les adultes de 65 ans et plus (Figure 16). Une tendance similaire est observée dans l'ensemble de l'Ontario.

FIGURE 15

Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

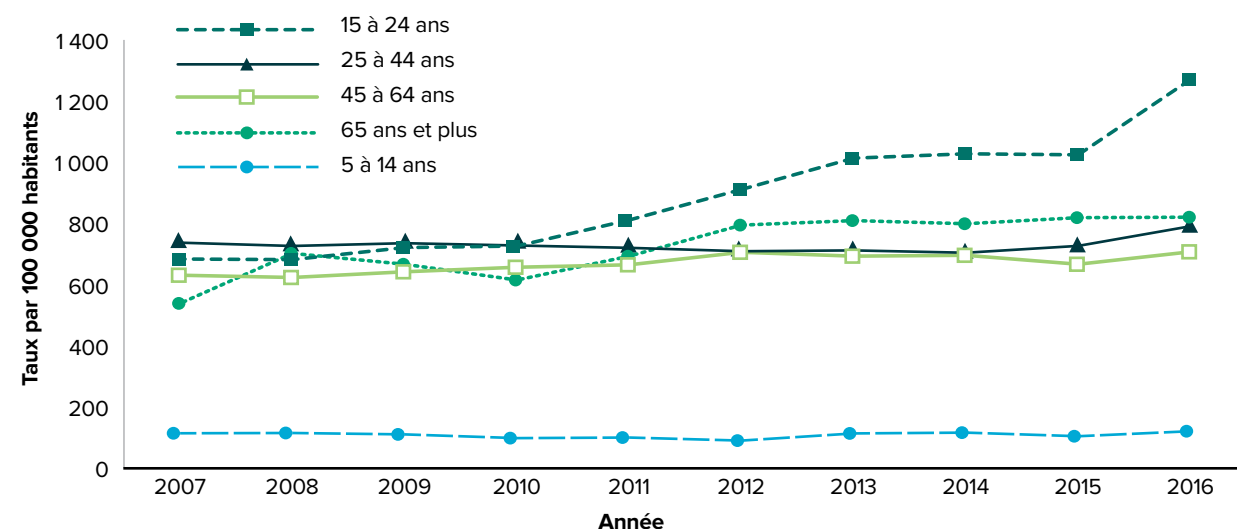


Source : Hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensembles de données de la BDCP [2007-2016] et du SIOSM [2007-2016], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 21 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36).

Note : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 2011.

FIGURE 16

Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa (2007-2016)



Source : Hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, ensembles de données de la BDCP [2007-2016] et du SIOSM [2007-2016], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 21 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Toutes les définitions de problèmes de santé mentale ou de dépendances viennent de l'IRSS, 2017 (36).

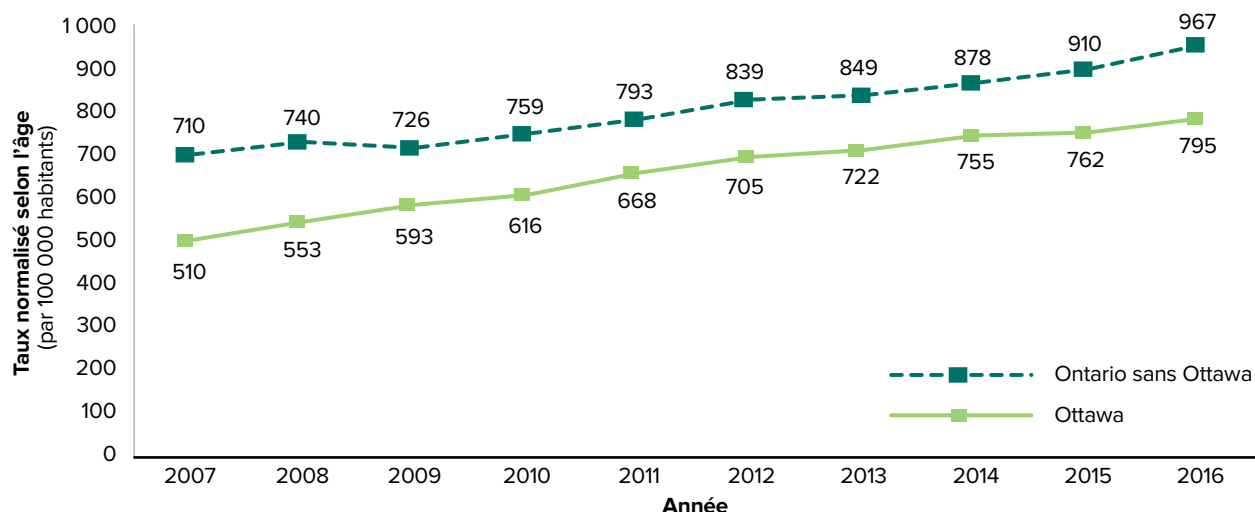
VISITES À L'URGENCE POUR DES TROUBLES DE L'HUMEUR ET DES TROUBLES ANXIEUX

Les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les troubles mentaux les plus communs au Canada. Les premiers se caractérisent par une dépression ou une élévation anormale de l'humeur d'une personne, alors que les troubles anxieux se caractérisent par des sentiments excessifs et persistants d'anxiété, de nervosité et de peur. Ces troubles peuvent avoir une incidence considérable sur la vie des personnes qui en souffrent (48).

- En 2016, 43 % (7 680 sur 17 790) des visites à l'urgence pour des problèmes de santé mentale et de dépendance à Ottawa étaient attribuables à des troubles de l'humeur ou à des troubles anxieux. De 2007 à 2016, le taux de visites à l'urgence pour ces troubles à Ottawa a augmenté de 56 %, passant de 510 visites par 100 000 habitants en 2007 à 795 en 2016. Le taux à Ottawa est demeuré systématiquement inférieur à celui du reste de l'Ontario (Figure 17) (45).
- L'augmentation du nombre de visites à l'urgence découle principalement d'une augmentation du nombre de visites à l'urgence chez les jeunes de 15 à 24 ans, qui a plus que doublé, passant de 1 043 visites en 2007 (856,7 visites par 100 000 habitants) à 2 615 visites en 2016 (2 032,8 visites par 100 000 habitants). Le taux de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux chez les enfants de 5 à 14 ans a plus que doublé au cours des 10 dernières années (Figure 18) (45). Une tendance similaire est observée dans l'ensemble de l'Ontario.

FIGURE 17

Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

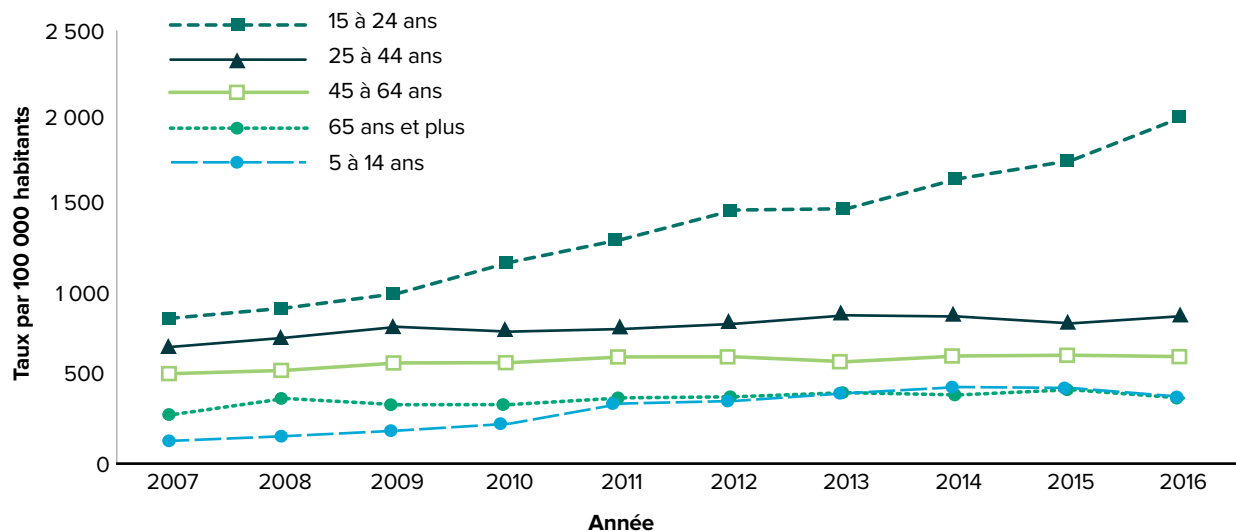


Source : Visites à l'urgence non prévues pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, ensemble de données du SNISA [2007-2016], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 15 février 2018 par Santé publique Ottawa. La définition des troubles de l'humeur et des troubles anxieux vient de l'IRSS, 2017 (36).

Note : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 2011.

FIGURE 18

Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, Ottawa (2007-2016)



Source : Visites à l'urgence non prévues pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, ensemble de données du SNISA [2007-2017], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 15 février 2018 par Santé publique Ottawa. La définition des troubles de l'humeur et des troubles anxieux vient de l'IRSS, 2017 (36).

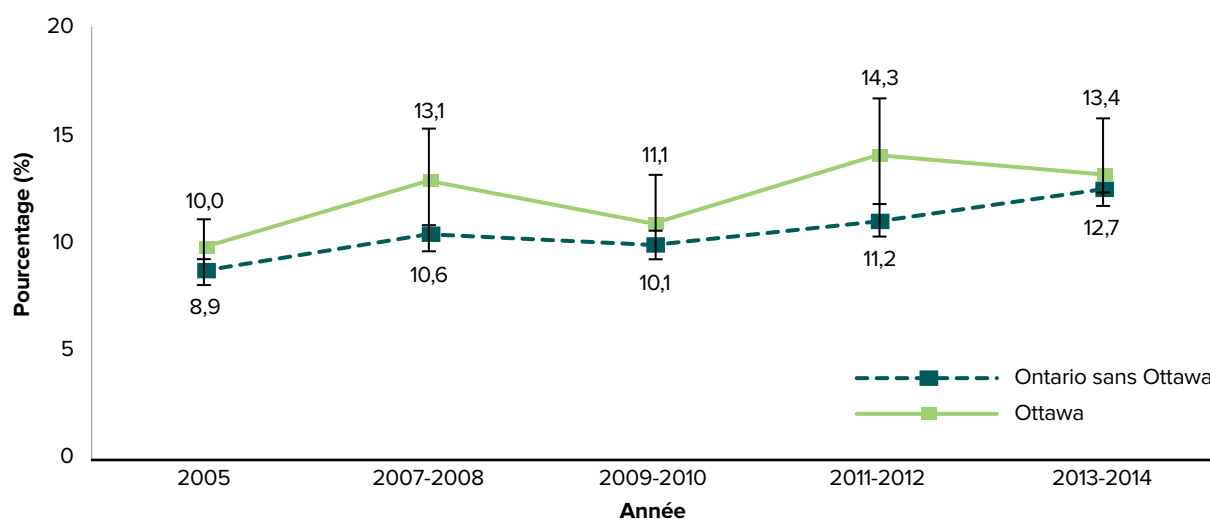
Problèmes de santé mentale et maladie mentale

TROUBLES DE L'HUMEUR ET TROUBLES ANXIEUX AUTODÉCLARÉS

- À Ottawa en 2013-2014, 10 % des résidents de 19 ans et plus, soit plus de 71 000 personnes, ont déclaré avoir déjà reçu un diagnostic de trouble de l'humeur comme une dépression, une dysthymie, un trouble bipolaire ou une manie, et 8 %, soit environ 59 700 personnes, un diagnostic de trouble anxieux comme une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique (24).
- Au cours des 10 dernières années, le pourcentage de résidents d'Ottawa de 19 ans et plus qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux a considérablement augmenté, passant de 10 % à 13 %, ce qui représente une hausse semblable à celle du reste de l'Ontario (9 % à 13 %) (Figure 19) (29).

FIGURE 19

Pourcentage de résidents (de 19 ans et plus) qui ont dit avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

Parents

Durant la grossesse et après l'accouchement, certaines mères développent des maladies mentales comme des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, notamment la dépression postpartum, le stress post-traumatique après l'accouchement et la psychose du postpartum. Vivre avec une maladie mentale est un défi supplémentaire pour les parents et peut nuire à leur capacité d'établir une relation parent-enfant saine.

- En 2016, 16 % des mères en période postpartum à Ottawa ont rapporté un problème de santé mentale à leur fournisseur de soins de santé durant leur grossesse. Ces problèmes comprennent l'anxiété (10 %) et la dépression (6 %). Chez les mères en période postpartum ayant déjà donné naissance, 3 % avaient des antécédents de dépression postpartum (49).
- En 2017, 18 % des familles sondées dans le cadre du programme *Bébés en santé, enfants en santé* ont rapporté que la mère ou le partenaire de parentage avait des antécédents de dépression, d'anxiété ou d'une autre maladie mentale (50).

TROUBLES DE L'HUMEUR ET TROUBLES ANXIEUX DANS LES POPULATIONS PRIORITAIRES

Immigrants

On entend par « immigrant » un immigrant admis ou un résident permanent, par opposition à un citoyen canadien de naissance (51). La prévalence des principaux problèmes de santé mentale est initialement plus faible chez les immigrants, mais augmente au fil du temps pour rattraper celle de la population générale (52). La prévalence de problèmes de santé mentale est influencée par le degré d'adversité rencontré avant la migration, durant la migration et durant le processus de réinstallation (52).

- De 2005 à 2014, 6 %ⁱ des résidents d'Ottawa de 19 ans et plus arrivés au Canada au cours des 10 dernières années ont indiqué avoir reçu un diagnostic d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux, comparativement à 10 % de ceux arrivés il y a plus de 10 ans, et 14 % des non-immigrants (29).

ⁱ Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

Francophones

Le terme « francophone » désigne les personnes dont la langue maternelle est le français, et englobe celles dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui ont une bonne connaissance du français comme langue officielle et l'utilisent à la maison (53). Les données sur la population francophone sont limitées. Toutefois, dans un rapport préparé pour les Services de santé Royal Ottawa et ses partenaires, on estime que 25 000 francophones à Ottawa étaient aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de dépendance en 2010, dont 9 % étaient des jeunes (54).

LGBTQ2

Le terme « LGBTQ2 » englobe les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles, trans, queer et bispirituelles. Les minorités sexuelles du Canada, selon l'ESCC, présentent des niveaux de diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux supérieurs à ceux de la population hétérosexuelle; une femme bisexuelle sur quatre a rapporté un trouble de l'humeur (55).

Le projet Trans PULSE est une initiative pan-ontarienne visant à améliorer la santé des personnes trans (personnes transgenres, transsexuelles ou ayant terminé leur transition).

- Des symptômes de dépression ont été rapporté par 61 % des femmes trans de 16 ans et plus en Ontario en 2009-2010 (56).

Pour en savoir plus sur ces populations, veuillez consulter l'annexe 1 : Populations prioritaires.

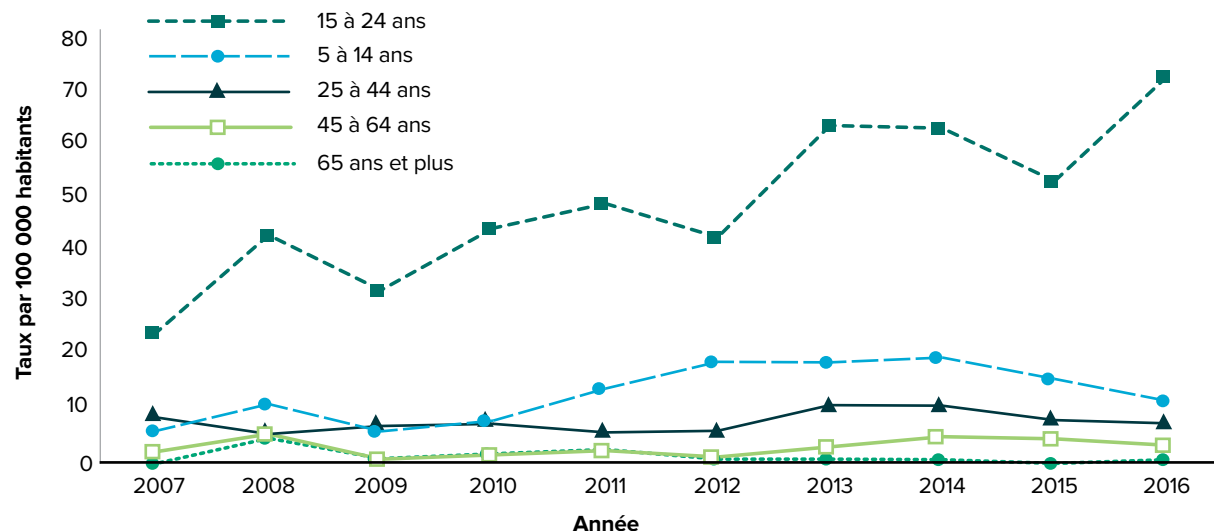
IMAGE CORPORELLE ET TROUBLES DE L'ALIMENTATION

La relation d'une personne à son corps est liée à son estime de soi et à son environnement social, notamment la culture et les pairs (57, 58). Les troubles de l'alimentation sont des comportements comme la restriction de l'apport alimentaire, la compulsion alimentaire et les purges. Ces troubles surviennent plus fréquemment chez les jeunes et les femmes, mais peuvent toucher tout le monde (57).

- En 2017, on a demandé aux élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ce qu'ils pensaient de leur poids et s'ils avaient l'intention de le changer. Plus du tiers (35 %) des élèves d'Ottawa qui croyaient être en surpoids avaient en fait un poids santé, selon l'indice de masse corporelle. Un élève sur cinq (18 %) ayant un poids santé a dit essayer de perdre du poids (44).
- À Ottawa, les 15 à 24 ans affichaient le taux selon l'âge le plus élevé de visites à l'urgence pour des troubles de l'alimentation, entre autres l'anorexie et la boulimie, et ce taux a triplé de 2007 à 2016 (Figure 20). De 2007 à 2016, les femmes ont effectué environ 91 % des visites à l'urgence pour des troubles de l'alimentation à Ottawa (45). Une tendance similaire est observée dans l'ensemble de l'Ontario.

FIGURE 20

Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'alimentation, Ottawa (2007-2016)



Source : Visites à l'urgence non prévues pour des troubles de l'alimentation, ensemble de données du SNISA [2007-2017], MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 20 mars 2018 par Santé publique Ottawa.

TROUBLES NEUROCOGNITIFS

La maladie d'Alzheimer, la démence et d'autres troubles neurocognitifs sont considérés comme des problèmes de santé mentale. À l'échelle nationale, on estime que 8 % des Canadiens de 65 ans et plus vivant dans la collectivité ou en établissement sont atteints de démence (notamment la maladie d'Alzheimer), allant de 2 % chez les 65 à 74 ans à 35 % chez les 85 ans et plus (59, 60). En 2012, l'Alzheimer et la démence ont surpassé la cardiopathie ischémique pour devenir la principale cause de décès chez les femmes (374 décès) et la troisième cause de décès chez les hommes (169 décès) à Ottawa (61).

CONSOMMATION DE SUBSTANCES

La consommation problématique d'alcool et de drogues s'entend de l'utilisation nocive de toute substance, comme l'alcool, le tabac, les drogues illicites, les médicaments en vente libre et les médicaments sur ordonnance. Elle peut affecter les personnes, les familles et les communautés de différentes façons : maladies mentales, dépendance, maladies infectieuses comme l'infection au VIH et l'hépatite C, maladies chroniques comme le cancer et les maladies cardio-vasculaires, violence, actes autodestructeurs, suicide et blessures accidentelles (62). La maladie mentale et les troubles de consommation s'observent souvent en concomitance, la présence de l'un peut donc augmenter le risque de développer l'autre (63, 64).

Les estimations quant à la consommation d'alcool et de drogues et à l'usage du tabac chez les résidents d'Ottawa ont été présentées en détail dans les précédents rapports sur l'état de santé [L'alcool à Ottawa : poursuivons la conversation, 2016](#) (65); [Rapport sur la consommation de drogue et la santé des élèves d'Ottawa, 2014](#) (66); [Consommation problématique de drogues à Ottawa 2016](#) (62) et sont présentées ci-dessous, avec des données mises à jour, lorsque possible.

CONSOMMATION D'ALCOOL

- En 2013-2014, 22 % des adultes d'Ottawa de 19 ans et plus ont déclaré avoir dépassé les limites de consommation hebdomadaires recommandées par les [Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada](#)ⁱⁱ. Les hommes étaient plus susceptibles de dépasser les limites hebdomadaires que les femmes, et les jeunes adultes (de 19 à 24 ans) étaient plus susceptibles de dépasser les limites hebdomadaires que les adultes de 25 ans et plus. À Ottawa, 20 % des adultes ont déclaré avoir fait des excès d'alcool fréquents au cours de la dernière année. Le pourcentage de la population ayant une consommation abusive d'alcool atteint un sommet à 44 % chez les jeunes adultes (de 19 à 24 ans). Les personnes des catégories de revenu supérieur et moyen sont plus susceptibles d'avoir une forte consommation d'alcool. Les immigrants et les adultes dont la langue maternelle n'est ni l'anglais ni le français sont moins susceptibles de consommer de l'alcool de façon abusive ou d'excéder les limites hebdomadaires recommandées (65).
- En 2017, 12 %ⁱⁱⁱ des élèves de la 7^e à la 12^e année à Ottawa ont déclaré avoir consommé de l'alcool de façon excessive (cinq consommations ou plus en une même occasion) au moins une fois au cours des quatre dernières semaines. De plus, 10 %^{iv} des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré en avoir consommé des quantités dangereuses ou nocives (44).

CONSOMMATION DE DROGUES

- En 2015, 14 % des adultes d'Ottawa de 19 ans et plus ayant consommé du cannabis plus d'une fois dans leur vie en ont consommé au cours de la dernière année. Ce taux est significativement différent du reste de l'Ontario (11 %) (67).
- En 2011-2012, 2 % des adultes d'Ottawa de 18 ans et plus ont déclaré avoir consommé une drogue illicite au cours de la dernière année (62).
- En 2017, 18 % des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont consommé du cannabis au moins une fois au cours des 12 derniers mois, et 14 % ont dit avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales (sans ordonnance ou recommandation d'un médecin) une fois ou plus au cours de la dernière année. Des élèves de la 9^e à la 12^e année, 9 %^v ont déclaré avoir consommé une drogue illicite, sans compter le cannabis et les médicaments sur ordonnance ou en vente libre, au moins une fois au cours de la dernière année. Les élèves ayant dit avoir consommé des médicaments sur ordonnance à des fins non médicales ou des drogues illicites étaient plus susceptibles d'avoir consulté au moins une fois un professionnel de la santé mentale au cours de la dernière année que ceux qui n'avaient pas consommé ces substances (44).
- Les visites à l'urgence pour des surdoses de drogue à Ottawa ont augmenté depuis environ 2009 (62). Le nombre de surdoses a continué de grimper jusqu'en 2017 (68), la plus récente augmentation étant attribuable aux surdoses d'opioïdes. Les visites à l'urgence pour des surdoses d'opioïdes ont à peu près doublé pendant la saison estivale de 2017 (45 visites par mois en moyenne), comparativement à la même période en 2016 (22 visites par mois en moyenne). Le nombre de visites à l'urgence peut ne pas représenter toute l'étendue des surdoses de drogue, car les personnes qui en subissent ne se présentent pas toutes à l'hôpital.

ii Les Directives de consommation d'alcool à faible risque du Canada sont accessibles à l'adresse suivante : <http://www.ccdus.ca/fra/topics/alcohol/drinking-guidelines/pages/default.aspx>.

iii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

iv Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

v Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

USAGE DU TABAC

- En 2013-2014, le pourcentage de fumeurs actuels chez les adultes de 19 ans et plus était de 17 % (69).
- En 2017, 6 %^{vi} des élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir fumé plus d'une fois au cours de l'année précédente (44).

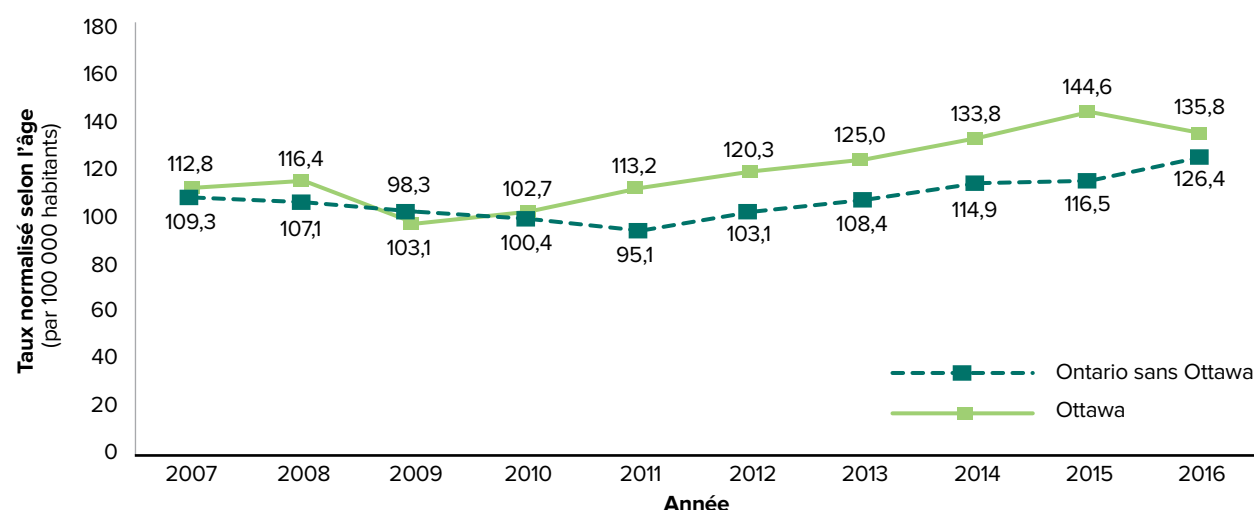
Automutilation

L'automutilation s'entend de l'acte intentionnel de s'infliger une blessure, dans l'intention ou non de mourir, par exemple des taillades ou des égratignures, des brûlures ou encore des surdoses de médicaments mineures. Lors des sondages basés sur la population menés auprès des jeunes, de 17 à 24 % des jeunes de 14 à 21 ans ont déclaré qu'ils s'automutilaient (70, 71). Les données locales se limitent aux incidents qui ont exigé des soins médicaux, elles peuvent donc être sous-représentatives de l'ampleur du phénomène à Ottawa.

- En 2016, les actes autodestructeurs représentaient 2 % des visites à l'urgence pour des blessures à Ottawa (1 283 visites), et 10 % (478 hospitalisations) des hospitalisations liées à des blessures (45).
- En 2016, le taux de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs était plus élevé à Ottawa que dans le reste de l'Ontario. Il a augmenté depuis 2011 (Figure 21) (45).
- Le taux de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels chez les femmes de 15 à 24 ans était plus élevé que chez n'importe quel autre groupe d'âge. Il a augmenté de 49 % de 2012 à 2016. Le taux de visites à l'urgence chez les filles de 5 à 14 ans a presque doublé de 2012 à 2016, augmentant de 89 % en cinq ans. Celui des hommes de 15 à 24 ans a aussi connu une hausse de 42 % entre 2012 et 2016 (Figure 22, Figure 23) (45). Une tendance similaire est observée dans l'ensemble de l'Ontario.

FIGURE 21

Visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels, taux normalisé selon l'âge (par 100 000 habitants), Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)



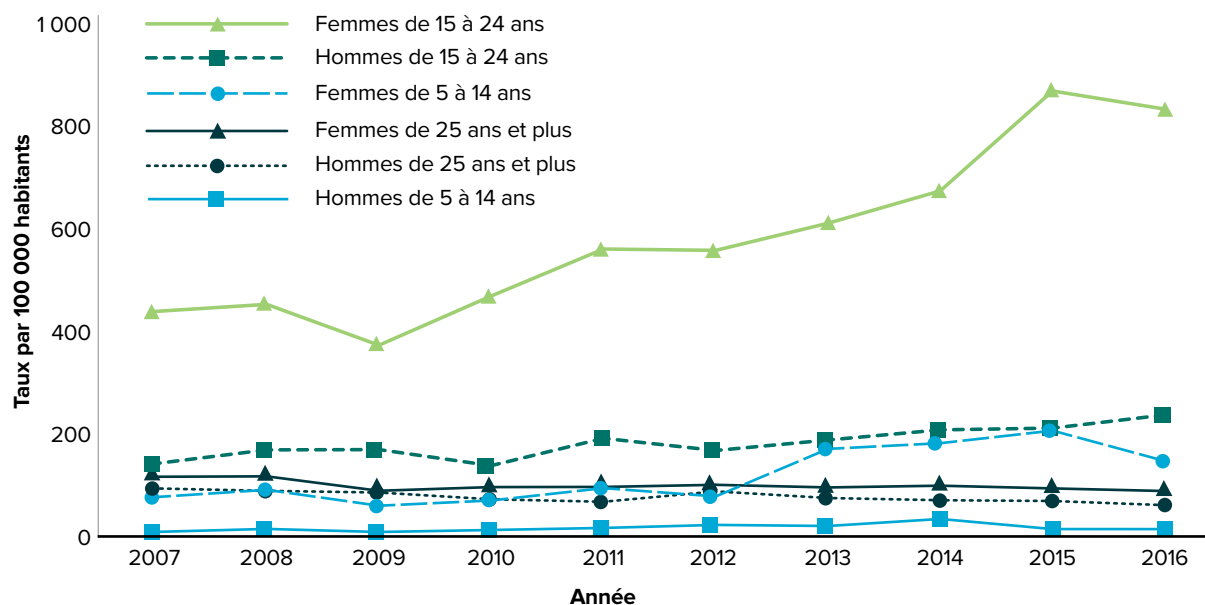
Source : Visites à l'urgence, 2007-2016, MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 7 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Actes autodestructeurs (CIM-10-CA : X60-X84, Y87.0).

Note : Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 2011.

vi Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

FIGURE 22

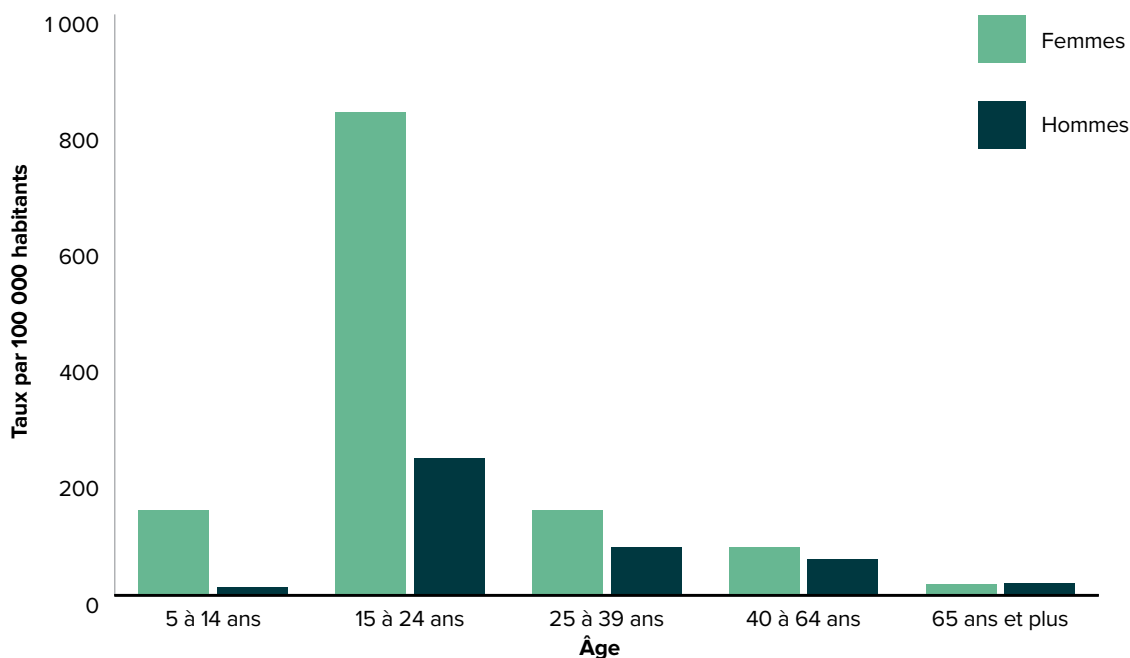
Taux (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels, selon l'âge et le sexe, Ottawa (2007-2016)



Source : Visites à l'urgence, 2007-2016, MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 7 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Actes autodestructeurs (CIM-10-CA : X60-X84, Y87.0).

FIGURE 23

Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes autodestructeurs intentionnels, selon le sexe, Ottawa (2016)



Source : Visites à l'urgence, 2007-2016, MSSLD, savoirSANTÉ ONTARIO. Données extraites le 7 mars 2018 par Santé publique Ottawa. Actes autodestructeurs (CIM-10-CA : X60-X84, Y87.0).

Comportement suicidaire

Dans le présent rapport, le comportement suicidaire englobe les pensées suicidaires, la planification d'un suicide et les tentatives de suicide.

- Un élève d'Ottawa sur neuf (11 %) de la 7^e à la 12^e année affirme avoir envisagé de se suicider au cours de la dernière année. Les filles étaient plus susceptibles que les garçons de songer au suicide (16 % et 7 %^{vii}, respectivement). Parmi les élèves ayant songé au suicide, 60 % ont indiqué qu'ils auraient voulu parler avec quelqu'un d'un problème de santé mentale ou émotionnelle au cours de la dernière année, mais ne savaient pas vers qui se tourner (44).
- Plus de 1 300 élèves d'Ottawa (4 %)^{viii} ont dit avoir fait une tentative de suicide au cours de la dernière année (44).
- En 2012, un Ontarien sur dix (11 %) de 15 ans et plus a déclaré avoir envisagé sérieusement de se suicider au cours de sa vie, et 4 % ont songé au suicide au cours des 12 derniers mois. Le taux de pensées suicidaires au cours de la vie était légèrement plus bas en Ontario qu'au Canada (13 %), alors que le taux de pensées suicidaires au cours de la dernière année était plus haut en Ontario qu'au Canada (3 %) (72).

Plusieurs études ont révélé des comportements suicidaires chez les minorités sexuelles.

- Les membres des minorités sexuelles sont deux fois et demie plus susceptibles que les hétérosexuels d'avoir fait une tentative de suicide, selon une méta-analyse de plusieurs études (73).
- Plus des trois quarts (77 %) des personnes trans en Ontario ont déclaré avoir sérieusement songé au suicide dans leur vie, et 43 % ont rapporté avoir fait une tentative de suicide (74).
- Environ un jeune bisexuel (de 16 à 24 ans) sur trois (30 %) et 15 % des adultes bisexuels en Ontario affirment avoir eu des idées suicidaires au cours de la dernière année, alors que 5 % et 2 %, respectivement, ont déclaré avoir fait une tentative de suicide au cours de la dernière année (75).

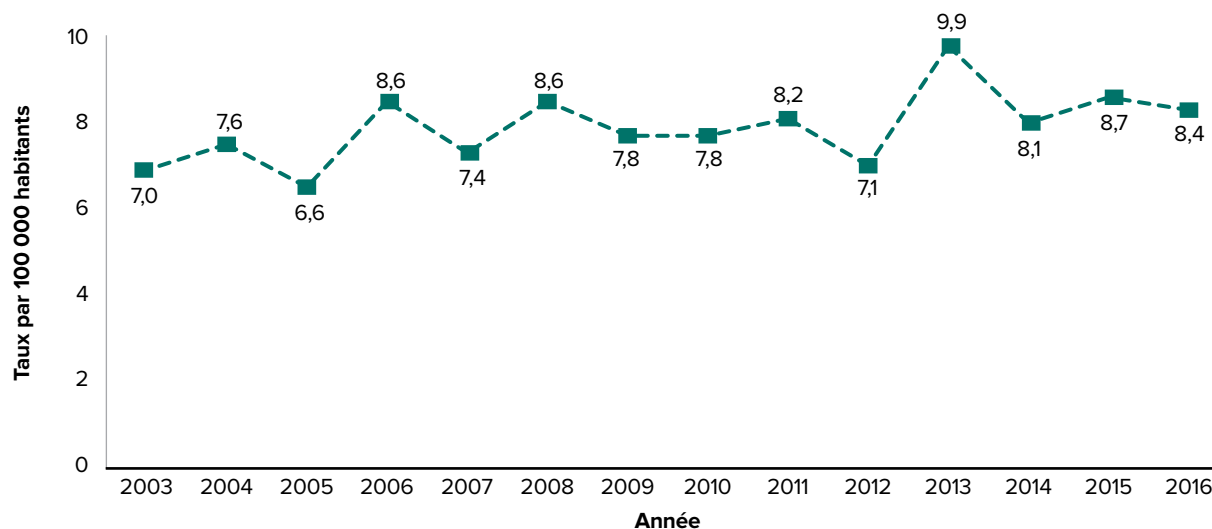
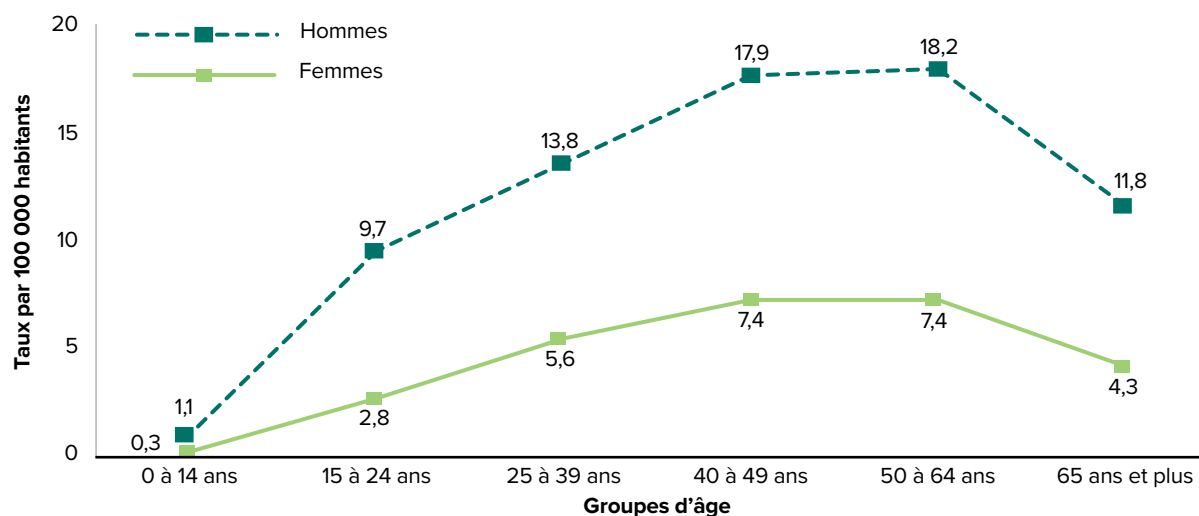
SUICIDE

Le suicide est une cause de décès évitable, et les taux de suicide sont un important indicateur de la vitalité de la santé mentale de la population. Les enquêtes sur les causes de décès peuvent s'avérer difficiles, ce qui entraîne une sous-déclaration des suicides (76-78). Toutefois, un examen des taux de suicide au fil du temps et par rapport aux facteurs sociodémographiques et économiques peut permettre de déterminer les populations plus à risque.

- Il y a en moyenne 80 suicides chaque année à Ottawa (moyenne de 2012 à 2016). Le taux de suicide par habitant à Ottawa varie d'année à l'autre, et a atteint un sommet en 2013 (Figure 24) (79).
- À Ottawa, pour chaque groupes d'âge, les hommes représentent plus des deux tiers des suicides. On observe les taux de suicide les plus élevés chez les hommes de 50 à 64 ans et de 40 à 49 ans (Figure 25). Chaque année, environ 10 % des suicides surviennent chez les jeunes de 15 à 24 ans (79).

vii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

viii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

FIGURE 24**Taux brut (par 100 000 habitants) de suicide, Ottawa (2003-2015)****Source :** Bureau du coroner en chef de l'Ontario, données extraites le 6 avril 2018.**Note :** Les taux sont normalisés selon l'âge par rapport à la population canadienne de 2011.**FIGURE 25****Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de suicide selon le sexe, Ottawa (moyenne 2011-2015)****Source :** Bureau du coroner en chef de l'Ontario, données extraites le 6 avril 2018.

DÉTERMINANTS INDIVIDUELS

Les déterminants individuels sont les facteurs qui influencent la santé mentale d'une personne au cours de sa vie. Certains de ces déterminants existent dès la naissance et sont invariables, comme l'ethnicité et le patrimoine génétique. Les autres déterminants varient au cours de la vie d'une personne en fonction de son évolution dans divers environnements. Par exemple, la résilience est une compétence qu'une personne acquiert au fil du temps lorsqu'elle fait face à différentes épreuves de la vie, apprend à résoudre des problèmes et développe des stratégies pour gérer son stress et s'en remettre. La présente section porte sur les déterminants qui favorisent et protègent la santé mentale d'une personne.

Faits saillants concernant Ottawa

- **Certains enfants du jardin d'enfants d'Ottawa présentent des signes de vulnérabilité précoce** sur le plan du développement des aptitudes sociales (9 %, oscillation entre les quartiers : de 1 % à 17 %) et de la maturité affective (12 %, oscillation entre les quartiers : de 2 % à 23 %).
- Beaucoup (93 %) d'élèves de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir une estime de soi modérée à élevée :
 - ▶ Toutefois, **plus du tiers (35 %)** ont affirmé ressentir des symptômes d'une détresse psychologique modérée à grave au cours du dernier mois.
- **Beaucoup d'élèves de la 9^e à la 12^e année (82 %) utilisent des appareils électroniques** comme un téléphone intelligent, une tablette ou une console de jeu pendant plus de deux heures par jour, et **près de la moitié (48 %) présentent des signes d'usage problématique** (p. ex. n'arrivent pas à limiter le temps qu'ils y consacrent, négligent leurs devoirs, ont du mal à dormir, sont angoissés à l'idée de ne pas les utiliser).
- Plus du **tiers (34 %) des élèves de la 7^e à la 12^e année ont parié de l'argent au cours de la dernière année.**
- Trois résidents sur dix (30 %) ont déclaré que leurs activités normales sont parfois ou souvent limitées en raison « d'un trouble physique ou mental ou d'un problème de santé chronique ».
- Certaines populations présentent plus souvent des caractéristiques qui les rendent à risque de mauvais résultats en matière de santé mentale :
 - ▶ **Filles de la 7^e à la 12^e année** : faible estime de soi, détresse psychologique élevée
 - ▶ **Avancée en âge** : niveau élevé de limitation d'activité, faible niveau d'activité physique
 - ▶ **Personnes au chômage ou incapables de travailler** : niveau élevé de limitation d'activité, faible niveau d'activité physique
 - ▶ **Faible scolarité** : faible niveau d'activité physique
 - ▶ **Immigrants** : faible niveau d'activité physique

Résilience

La résilience est la capacité de fonctionner de manière compétente ou de réussir à s'adapter face à l'adversité, à des inconvénients ou au stress (80). Elle englobe des compétences comme la résolution de problèmes et le contrôle des émotions fortes et des impulsions (81). À l'heure actuelle, il n'existe aucune donnée quantitative sur la résilience à l'échelle de la population. L'Agence de la santé publique du Canada élabore actuellement des mesures de la résilience.

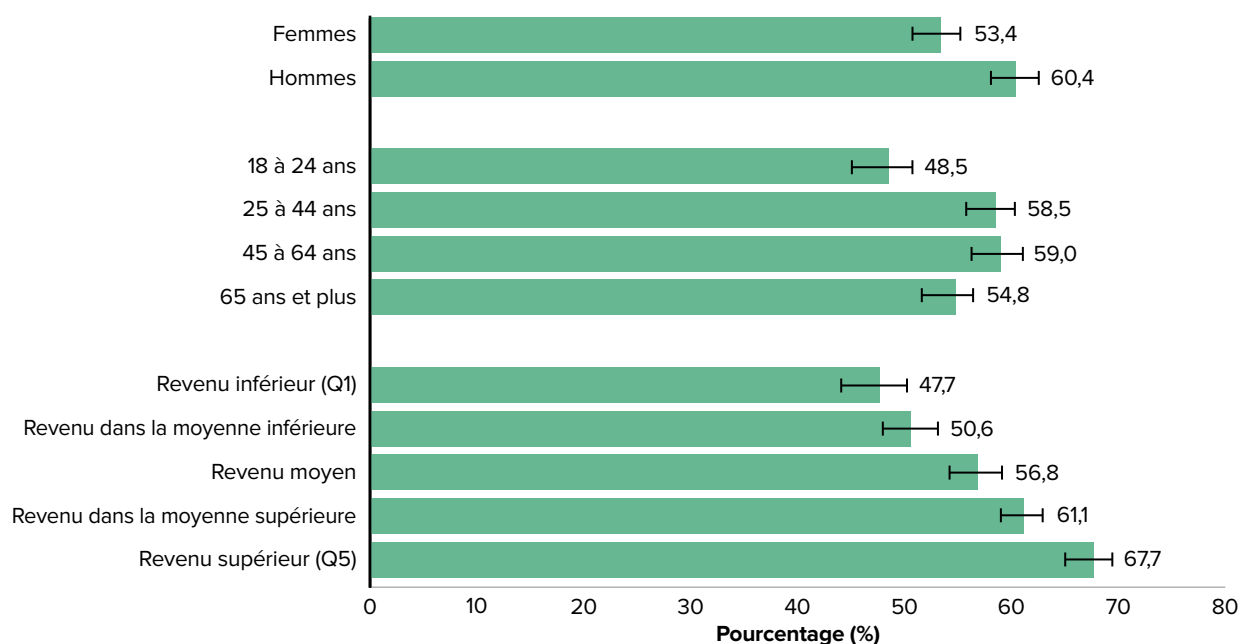
Adaptation

L'adaptation s'entend de la capacité à gérer des situations stressantes et les émotions, les pensées et les comportements qui s'y rattachent (82, 83). Les mécanismes comme l'évitement sont associés à de mauvais résultats en matière de santé mentale, notamment l'automutilation et la dépression, à la fois chez les adolescents et les adultes (82, 84).

- En Ontario, 45 % des jeunes de 15 à 17 ans et 58 % des adultes (de 18 ans et plus) ont déclaré posséder une forte capacité d'adaptation (capacité à composer avec les impératifs du quotidien et les imprévus) (33).
- Chez les adultes canadiens, un pourcentage plus élevé d'hommes (60 %) que de femmes (53 %) ont dit posséder une forte capacité d'adaptation. La capacité d'adaptation rapportée augmente avec le revenu : moins de la moitié des personnes faisant partie du quintile inférieur ont déclaré posséder une forte capacité d'adaptation. Cette capacité varie également en fonction de l'âge, les adultes de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans ayant déclaré posséder une forte capacité d'adaptation plus souvent que ceux de 18 à 24 ans et de 65 ans et plus (Figure 26) (33).

FIGURE 26

Pourcentage d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) qui ont dit posséder une forte capacité d'adaptation, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Canada (2012)



Source : Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada (2016). Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'Infobase de la santé publique.

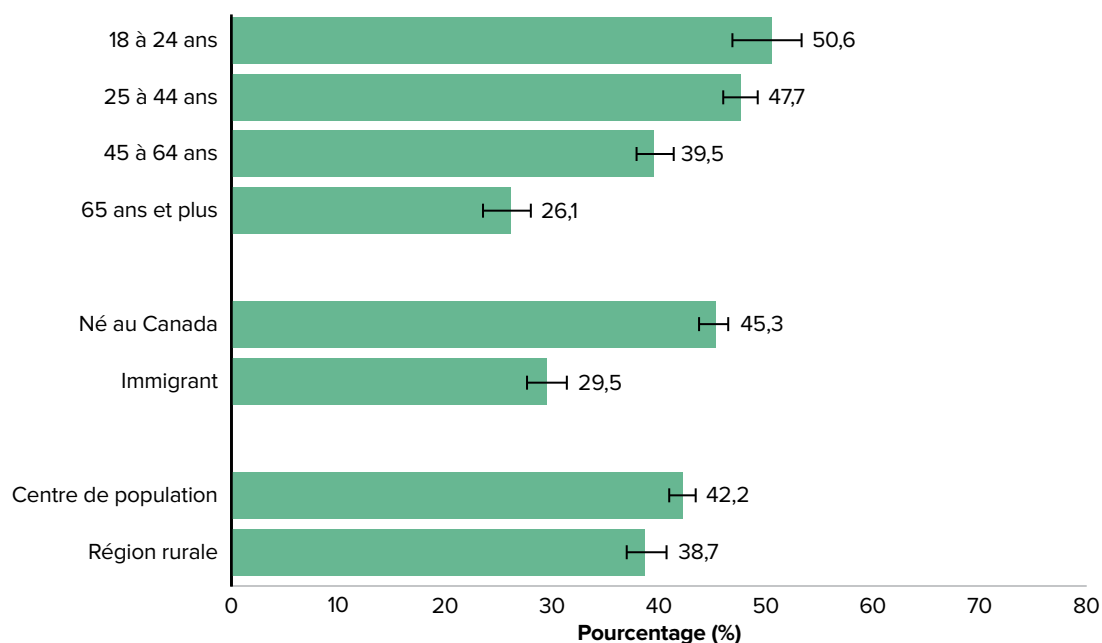
Contrôle et auto-efficacité

L'auto-efficacité est la confiance en sa capacité de contrôler son comportement, sa motivation et son environnement social, de réussir à accomplir des tâches et à surmonter des difficultés ou d'avoir une influence sur ces tâches et difficultés. Une forte auto-efficacité améliore la santé mentale positive et le bien-être, car elle aide à voir les situations potentiellement menaçantes ou difficiles comme étant gérables, ce qui aide à se sentir moins stressé (85).

- En Ontario en 2008, 39 % des jeunes (de 12 à 17 ans) et 41 % des adultes (de 18 ans et plus) ont déclaré avoir un niveau élevé de contrôle perçu sur les situations de la vie. À l'échelle nationale, le contrôle perçu diminue avec l'âge (18 à 24 ans : 51 %, 25 à 44 ans : 48 %, 45 à 64 ans : 40 %, 65 ans et plus : 26 %). Chez les adultes canadiens, les immigrants ont déclaré des niveaux inférieurs de contrôle perçu comparativement aux résidents nés au Canada, et les personnes vivant en milieu rural ont déclaré des niveaux légèrement inférieurs à celles vivant dans un centre de population (Figure 27) (33).

FIGURE 27

Pourcentage d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) qui ont déclaré avoir un niveau élevé de contrôle perçu sur les situations de la vie, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Canada (2008)



Source : Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada (2016). Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'Infobase de la santé publique.

Aptitudes sociales et maturité affective chez les jeunes enfants

La santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants est la capacité de l'enfant, de la naissance à l'âge de six ans, de nouer des liens étroits et sécurisants avec des adultes et des pairs, de ressentir, de gérer et d'exprimer un éventail complet d'émotions, d'explorer son environnement et d'apprendre dans le cadre de son milieu familial, communautaire et culturel (86). Le développement du cerveau commence durant la grossesse, et sa période de croissance la plus rapide, d'environ un million de nouvelles connexions chaque seconde, a lieu durant les 2 000 premiers jours de vie d'un enfant (87). Par conséquent, la période prénatale et les relations familiales sont d'importants facteurs à prendre en compte dans la promotion de la santé mentale des nourrissons et des jeunes enfants.

L'[Instrument de mesure du développement de la petite enfance](#) (IMDPE) est un outil utilisé pour mesurer la santé développementale des enfants du jardin d'enfants, rempli par leur enseignant. L'IMDPE évalue la croissance des enfants sur cinq plans qui touchent leur développement : la santé physique et le bien-être, la maturité affective, les aptitudes sociales, le développement langagier et cognitif et la communication et les connaissances générales. D'après le cycle 2014-2015 de l'IMDPE à Ottawa, un enfant sur quatre (26 %) est vulnérable dans une ou plusieurs sphères du développement. Les aptitudes sociales et la maturité affective fournissent une indication de la santé mentale des enfants, surtout en ce qui a trait à l'adaptation, au contrôle et à l'auto-efficacité.

Les aptitudes sociales constituent une idée multidimensionnelle qui renvoie à des qualités et à des traits comme la fréquence des interactions sociales, une image positive de soi, les habiletés sociocognitives et les relations positives avec les pairs (88). Pour les enfants, les aptitudes sociales comprennent la connaissance des normes de comportement acceptable en public, la capacité de contrôler son comportement, le respect de l'autorité des adultes, la coopération avec les autres, le respect des règles, la capacité de jouer et de travailler avec d'autres enfants, la curiosité de découvrir le monde et le désir de vivre de nouvelles expériences (89).

- On observe à Ottawa une légère augmentation du pourcentage d'enfants vulnérables^{ix} sur le plan des aptitudes sociales, de 7 % en 2008-2009 à 9 % en 2014-2015. Selon les quartiers, le taux allait de 1% (Ottawa Sud) to 17% (Dalhousie) (90).

La maturité affective, c'est la capacité de penser avant d'agir, de gérer ses émotions à un niveau approprié pour son âge, d'être empathique à l'égard des émotions des autres et de trouver un équilibre entre la peur et l'impulsivité (89).

- Le pourcentage d'enfants d'Ottawa vulnérables sur le plan de la maturité affective est passé de 9 % en 2005-2006 à 12 % en 2014-2015. Selon les quartiers, le taux allait de 2% (Glebe) to 23% (Basse-Ville, Dalhousie) (90).

ix Les enfants sont dits « vulnérables » lorsqu'ils font partie des 10 % les plus faibles par rapport à la moyenne provinciale.

Estime de soi

L'estime de soi est la confiance en ses capacités et sa valeur. Avoir une bonne estime de soi, c'est avoir une vision positive de soi et de sa valeur personnelle, et se sentir satisfait de soi (91). Une faible estime de soi est un facteur de risque d'une mauvaise santé mentale, et une bonne estime de soi est associée au bien-être mental, au bonheur, à l'adaptation, à la réussite scolaire et à la satisfaction (91). L'estime de soi ne figure pas parmi les indicateurs du Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC. Cependant, en raison de ses liens avec la santé mentale et de l'existence de données locales, il figure au nombre des indicateurs du présent rapport.

- En 2013, 93 % des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont déclaré avoir une estime de soi modérée à élevée. Les garçons (97 %) étaient plus susceptibles que les filles (89 %) de déclarer avoir une estime de soi modérée à élevée (92).

Détresse psychologique chez les jeunes

L'adolescence est une étape importante de la vie et peut être un moment stressant pour les jeunes, puisqu'il coïncide avec le passage de l'école élémentaire à l'école secondaire ainsi que les changements physiques et émotionnels de la puberté

- En 2017, 35 % des élèves d'Ottawa (de la 7^e à la 12^e année) présentaient un niveau de détresse psychologique de modéré à grave au cours des quatre dernières semaines, notamment des symptômes d'anxiété et de dépression comme la nervosité, l'agitation, une faible estime de soi et la tristesse. Les filles (46 %) étaient plus susceptibles que les garçons (25 %), et les élèves de la 9^e à la 12^e année (37 %) étaient plus susceptibles que ceux de la 7^e et de la 8^e année (30 %) d'avoir présenté un niveau de détresse psychologique modéré à grave au cours des quatre dernières semaines (44).

État de santé

La santé physique influence la santé mentale et vice-versa. Les personnes qui ont une mauvaise santé générale ou vivent avec une maladie physique chronique rapportent plus souvent une mauvaise santé mentale et des maladies mentales. Par exemple, les personnes vivant avec des maladies chroniques ou un handicap sont plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété (93, 94). Il est reconnu qu'une bonne santé physique est un facteur de protection contre les maladies mentales (93).

AUTOÉVALUATION DE LA SANTÉ

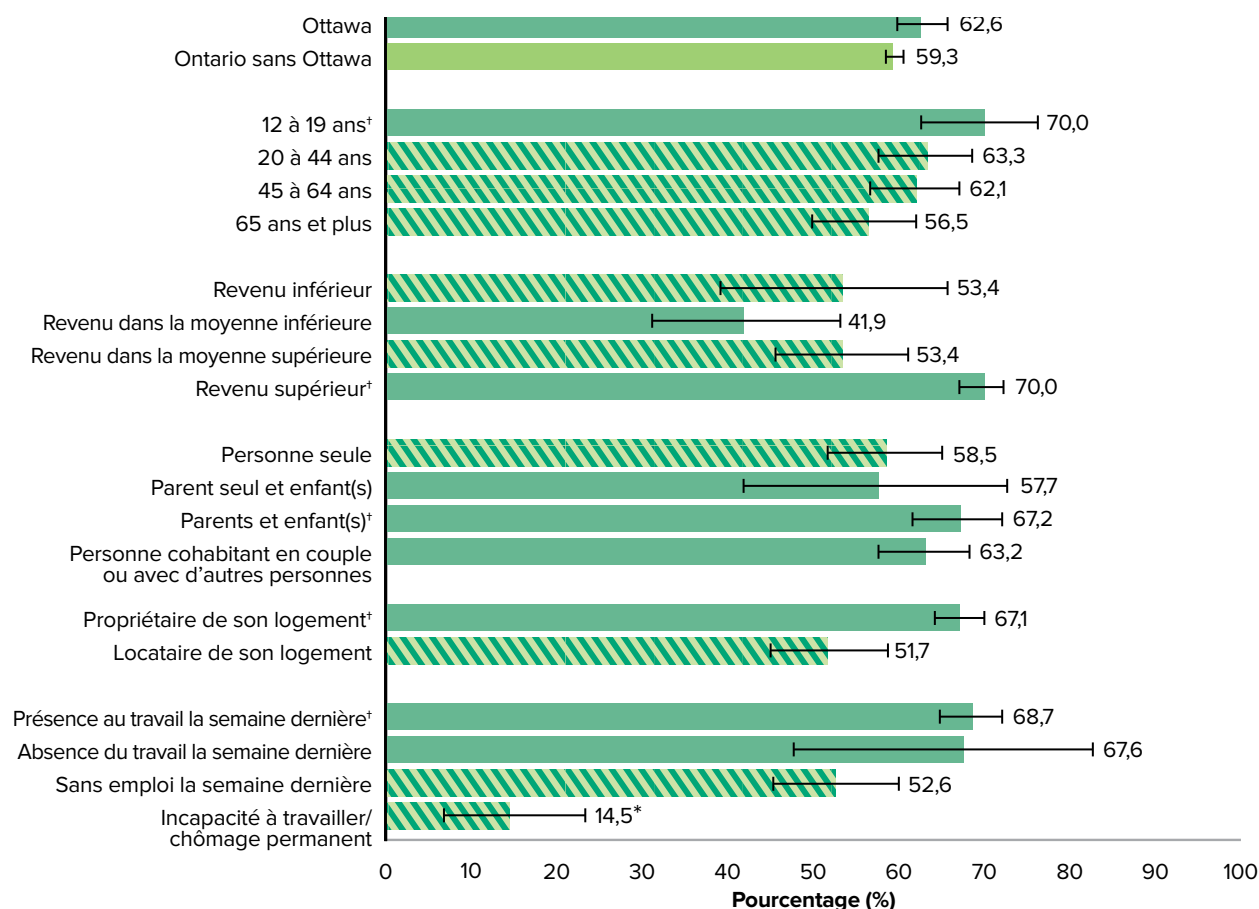
Même si elle n'est pas fondée sur des mesures cliniques, l'autoévaluation de la santé est une mesure fiable en ce qui a trait à la perte d'autonomie, à la morbidité et à la mortalité (95).

- En 2013-2014, 63 % des résidents d'Ottawa de 12 ans et plus ont dit être en très bonne ou en excellente santé. Au cours des 10 dernières années, l'autoévaluation de la santé des résidents d'Ottawa est semblable à celle des résidents du reste de l'Ontario, sauf en 2005 et en 2007-2008, où le pourcentage de résidents qui ont déclaré être en très bonne ou en excellente santé était plus élevé à Ottawa que dans le reste de l'Ontario. L'état de santé perçu n'a pas changé significativement au fil du temps à Ottawa (entre 2005 et 2014) (29).
- Près des trois quarts (70 %) des jeunes de 12 à 19 ans ont déclaré être en très bonne ou en excellente santé. Toutefois, ce pourcentage diminue avec l'âge (Figure 28) (24).
- Plus le revenu du ménage est élevé, plus l'autoévaluation de la santé l'est aussi. Les résidents dont le niveau de revenu est le plus bas sont plus susceptibles de dire être en mauvaise santé que ceux dont le niveau de revenu est le plus haut (Figure 28) (24).

- Lorsqu'on tient compte des autres facteurs, les personnes vivant seules sont moins susceptibles de déclarer être en mauvaise santé que les parents vivant avec des enfants. L'accession à la propriété est associée à un meilleur état de santé, les locataires étant plus susceptibles de déclarer être en mauvaise santé. De plus, les personnes au chômage au cours de la dernière semaine et les personnes incapables de travailler ou sans emploi de façon permanente ont davantage déclaré être en mauvaise santé que celles qui ont travaillé au cours de la dernière semaine (Figure 28) (24).

FIGURE 28

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être en très bonne ou en excellente santé, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage; † Catégorie de comparaison du modèle de régression.

Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

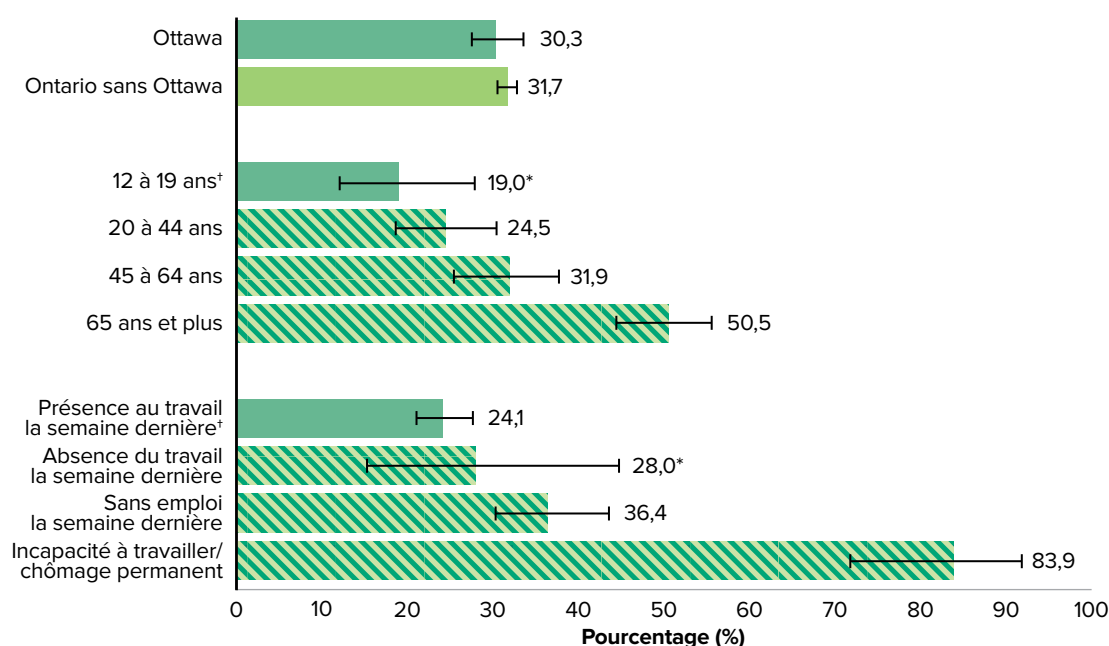
LIMITATION D'ACTIVITÉ

Les limitations d'activité et incapacités peuvent avoir un effet sur la santé mentale (93, 94).

- En 2013-2014, 30 % des résidents d'Ottawa de 12 ans et plus ont déclaré que leurs activités étaient parfois ou souvent limitées en raison « d'un trouble physique ou mental ou d'un problème de santé chronique », un résultat semblable à celui des résidents du reste de l'Ontario (32 %) (24).
- La limitation d'activité augmente avec l'âge. Les résidents d'Ottawa de 65 ans et plus ont déclaré être souvent limités plus souvent que ceux de 12 à 19 ans, lorsqu'on tient compte des autres facteurs socioéconomiques (Figure 29) (24).
- La situation d'emploi dans la semaine précédente est associée à une limitation d'activité : les personnes qui n'étaient pas au travail au cours de la dernière semaine et celles au chômage ou incapables de travailler ont plus souvent déclaré que leurs activités étaient limitées que celles qui étaient au travail au cours de la dernière semaine (Figure 29) (24).

FIGURE 29

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont déclaré avoir des limitations d'activité parfois ou souvent, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage; [†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

Activité physique

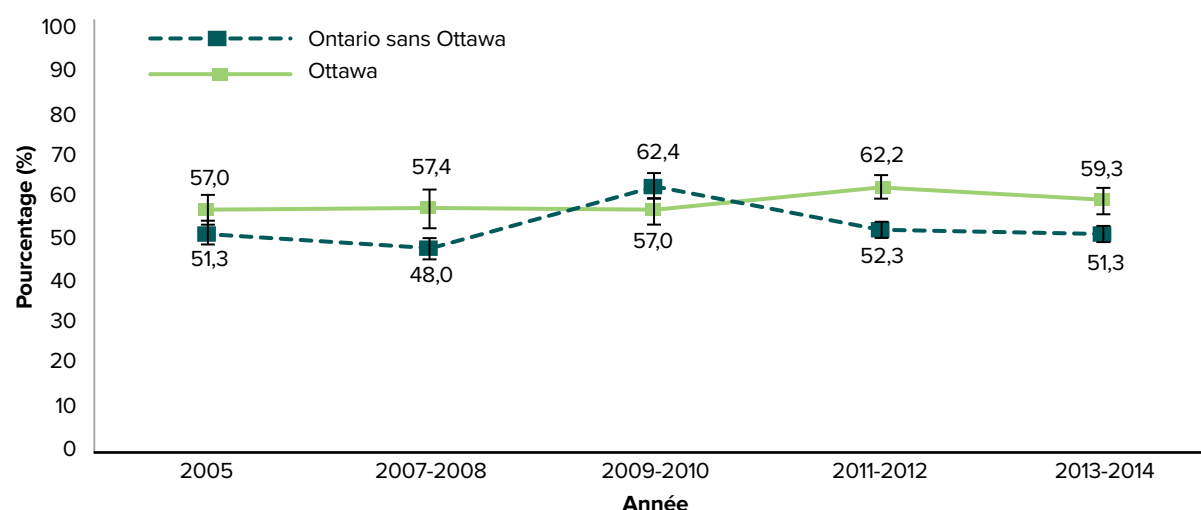
L'activité physique est associée à des effets positifs sur l'humeur, le bien-être psychologique et l'estime de soi chez les personnes de tous âges, qu'elles aient ou non un diagnostic de maladie mentale (96, 97). Il a aussi été démontré qu'elle prévient et réduit les symptômes des maladies mentales, comme la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation, la schizophrénie et les troubles de consommation (96, 97). On peut définir l'activité physique par différents concepts, notamment l'activité physique pendant les loisirs, l'activité quotidienne globale, le nombre de pas par jour et le transport actif.

ACTIVITÉ PHYSIQUE PENDANT LES LOISIRS

- En 2013-2014, 59 % des résidents d'Ottawa de 12 ans et plus ont déclaré avoir été actifs ou modérément actifs pendant leurs loisirs au cours des trois derniers mois, comparativement à 52 % des résidents de l'Ontario. Une proportion plus élevée de résidents d'Ottawa ont déclaré avoir été actifs ou modérément actifs comparativement aux résidents de l'Ontario au cours des 10 dernières années, sauf en 2009-2010 (Figure 30) (29).
- Le pourcentage de résidents qui ont déclaré avoir été actifs ou modérément actifs pendant leurs loisirs diminue avec l'âge (Figure 31) (24).
- Bien que des proportions semblables de la population de tous niveaux de scolarité ont dit avoir été modérément actifs ou actifs, lorsqu'on tient compte des autres facteurs, les résidents qui n'ont pas terminé leurs études secondaires sont plus susceptibles de déclarer être inactifs que ceux qui ont poursuivi des études postsecondaires (24).
- Les immigrants, quel que soit le nombre d'années passées au Canada (≤ 10 ans : 49 %, > 10 ans : 51 %) sont moins susceptibles de déclarer être actifs que les résidents nés au Canada (63 %) (Figure 31) (24).
- Le niveau d'activité physique ne varie pas de façon significative selon les conditions de vie. Toutefois, lorsqu'on tient compte des autres facteurs, les résidents qui ne vivent pas avec des enfants (vivant seuls : 57 %, vivant avec d'autres – pas d'enfants : 61 %) étaient plus susceptibles de déclarer être modérément actifs ou actifs que les parents vivant avec des enfants (parents seuls avec enfants : 55 %, parents avec enfants : 61 %) (24).
- Les personnes au chômage ou incapables de travailler de façon permanente sont plus susceptibles de déclarer être inactives que celles qui ont travaillé au cours de la dernière semaine (Figure 31) (24).

FIGURE 30

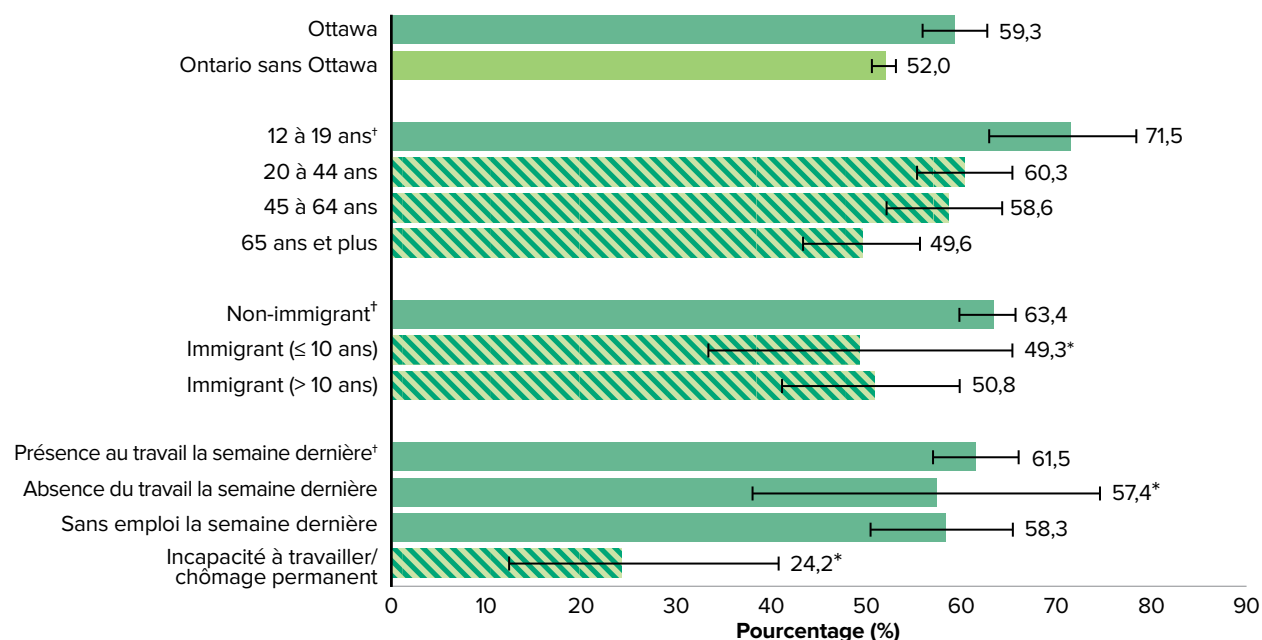
Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être modérément actifs ou actifs pendant leurs loisirs, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

FIGURE 31

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être modérément actifs ou actifs pendant leurs loisirs, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage; [†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

Note : Les barres rayées indiquent des différences statistiquement significatives comparativement à la catégorie de comparaison du modèle de régression.

DIRECTIVES CANADIENNES EN MATIÈRE DE MOUVEMENT SUR 24 HEURES

Les [Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures](#) recommandent que les enfants et les jeunes fassent 60 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque jour. Les Directives canadiennes en matière d'activité physique, quant à elles, recommandent que les adultes de 18 ans et plus fassent au moins 150 minutes d'activité physique d'intensité modérée à élevée chaque semaine (98).

- À l'échelle nationale, 8 % des enfants de 5 à 17 ans et 18 % des adultes de 18 à 79 ans ont respecté les directives en 2015, selon les sondages indicateurs de l'activité physique directement mesurée. Un pourcentage plus élevé de jeunes adultes de 18 à 39 ans (21 %) ont respecté les directives, comparativement aux groupes plus âgés (40 à 59 ans : 19 %, 60 à 79 ans : 13 %). Plus d'hommes que de femmes ont répondu aux exigences chez les enfants (12 % et 4 %, respectivement) comme chez les adultes (18 % et 17 %, respectivement) (99).

Comportements problématiques

Les comportements à risque pour la santé ne figurent pas au nombre des indicateurs de la santé mentale du Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC. Toutefois, il a été démontré que ce type de comportements, comme le jeu compulsif, l'usage problématique d'appareils électroniques, les problèmes de jeux vidéo et les comportements sexuels à risque, coexistent avec une mauvaise santé mentale et ont des conséquences sociales (13, 100-107).

JEU PROBLÉMATIQUE

Le jeu problématique est un comportement à risque pour la santé qui peut avoir des conséquences néfastes sur le plan de la santé et le plan social. Il est associé à une consommation problématique de substances, des comportements délinquants ou criminels, des problèmes dans les milieux familial, professionnel et scolaire, et des problèmes de santé mentale (100).

- En 2015, 68 % des adultes ontariens de 18 ans et plus ont déclaré s'être adonnés au jeu au cours de la dernière année, et 2 % satisfaisaient aux critères de jeu problématique (p. ex. dépenser plus d'argent que prévu, emprunter de l'argent ou vendre quelque chose pour pouvoir jouer, se sentir coupable de jouer) (108).
- En 2017, plus du tiers (34 %) des élèves d'Ottawa (de la 7^e à la 12^e année) ont déclaré avoir parié de l'argent au moins une fois au cours de la dernière année (44). En 2013, 1 % des élèves de l'Ontario (de la 7^e à la 12^e année) avaient un problème de jeu (66).

USAGE PROBLÉMATIQUE D'APPAREILS ÉLECTRONIQUES

Depuis quelques années, on observe un usage accru des appareils électroniques, comme les téléphones cellulaires et tablettes. Même si la recherche sur les liens entre l'utilisation de ces appareils et la santé mentale en est à ses débuts, l'usage problématique d'appareils électroniques a été associé à la propension à la dépendance, au stress, à une faible stabilité émotionnelle, aux troubles du sommeil et à la dépression (101-103). Parmi les symptômes de l'usage problématique, mentionnons une envie irrésistible ou un besoin incontrôlable d'utiliser des appareils électroniques, une tension ou une anxiété qui ne peut être soulagée que par l'usage d'appareils électroniques ainsi que l'inquiétude exprimée par les membres de la famille.

- En 2014, plus du tiers (35 %) des adultes ontariens ont déclaré avoir au moins un symptôme de l'usage problématique d'appareils électroniques. Un usage problématique modéré ou grave a été déclaré par 7 % des résidents de l'Ontario. Un jeune adulte sur cinq (19 %) de 18 à 29 ans a déclaré un usage problématique modéré ou grave, une proportion plus élevée que chez les groupes plus âgés (108).
- Plus de la moitié (56 %) des élèves d'Ottawa de la 9^e à la 12^e année ont déclaré qu'ils utilisaient habituellement des appareils électroniques de deux à quatre heures par jour, et plus du quart (26 %), cinq heures et plus chaque jour (44).
- Près de la moitié (48 %) des élèves d'Ottawa de la 9^e à la 12^e année sont à risque d'un usage problématique d'appareils électroniques, selon leurs symptômes d'obsession, de négligence des autres aspects de la vie (p. ex., devoirs, sommeil, amis) et de trouble de contrôle (44).

PROBLÈME DE JEUX VIDÉO

- En 2017, 83 % des élèves de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir joué à un jeu vidéo au moins une fois au cours de la dernière année, et 21 % des élèves ont dit l'avoir fait chaque jour ou presque. Trois fois plus de garçons (31 %) que de filles (10 %) ont déclaré jouer à des jeux vidéo chaque jour ou presque (44).
- Un élève d'Ottawa sur dix (11 %^x) de la 7^e à la 12^e année remplit les critères de problème de jeux vidéo (44).

COMPORTEMENTS SEXUELS À RISQUE

Les comportements sexuels à risque sont associés à une mauvaise santé mentale, à la maladie mentale, à la consommation de substances et aux infections transmissibles sexuellement (13, 104).

- En 2013-2014, 6 % des résidents d'Ottawa de 15 à 49 ans ont déclaré avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de la dernière année, ce qui était significativement plus élevé que dans le reste de l'Ontario (5 %). Les hommes (8 %) étaient deux fois plus susceptibles que les femmes (4 %) de déclarer avoir eu plusieurs partenaires, même lorsqu'on tient compte des autres facteurs socioéconomiques (24).
- En 2013-2014, 41 % des résidents d'Ottawa de 15 à 49 ans non mariés^{xi} ayant eu plus d'un partenaire au cours des 12 derniers mois ont déclaré ne pas avoir utilisé un condom lors de leur dernier rapport sexuel, qui était significativement plus élevé que dans le reste de l'Ontario (32 %) (24).

x Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

xi On entend par « personnes non mariées » celles qui ne sont pas mariées ou qui ne vivent pas en union de fait.

DÉTERMINANTS FAMILIAUX

Pour analyser l'état de santé mentale d'une personne, il faut tenir compte de l'environnement familial dans lequel elle vit. La santé mentale des parents comme des enfants est influencée par leur vie de famille et leurs relations communes. Par exemple, les parents jonglent avec beaucoup de responsabilités, notamment leur emploi, les finances, le logement et la nécessité de prendre soin de leurs enfants ou d'autres membres de leur famille, ce qui affecte leur santé mentale et, par conséquent, les interactions familiales. La présente section porte sur la qualité et l'interdépendance des relations familiales, la santé mentale des membres de la famille, la composition du ménage et l'incidence de la violence familiale sur la santé mentale.

Faits saillants concernant Ottawa

- Beaucoup (84 %) d'élèves de la 7^e et de la 8^e année et 74 % des élèves de la 9^e à la 12^e année s'entendent très bien avec au moins un parent.
 - ▶ Toutefois, **seul un tiers (34 %) des élèves parlent habituellement ou toujours de leurs problèmes avec un parent.** Les garçons (29 %) et les élèves de la 11^e et de la 12^e année (25 %) sont moins susceptibles de le faire.
- À Ottawa, 16 % des familles sont monoparentales.

Qualité et cohésion des relations familiales

On entend par « relations familiales » la qualité des interactions dans une famille, notamment entre les parents ou tuteurs, les frères et sœurs et les autres membres de la famille. Les relations familiales englobent les styles parentaux, l'attachement, les relations entre les membres de la famille, notamment entre un parent et un enfant et entre les deux parents, les soins non rémunérés et la prise de décisions familiales (109). La relation parent-enfant est la première expérience de la petite enfance et la base de la santé mentale. Elle façonne l'architecture du cerveau, crée un lien d'attachement sécurisant, bâtit des relations saines avec les autres et développe la résilience (3, 4). Cette relation demeure importante pour le développement des enfants plus vieux et des jeunes (110).

Le Cadre conceptuel de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC fournit des indicateurs pour décrire les relations familiales. Les données locales sur les expériences vécues durant la petite enfance et les relations entre parent et jeune ont été intégrées pour décrire certains aspects de la qualité et de la cohésion des relations familiales.

EXPÉRIENCES DE LA PETITE ENFANCE

- De 2010 à 2012, 85 % des familles d'Ottawa ont déclaré que durant la première année de vie de leur enfant, ce dernier restait à la maison. Environ 40 % des enfants de 1 à 4 ans restaient avec leurs parents durant le jour (111).

RELATIONS ENTRE PARENT ET ENFANT

- En 2013, 63 % des élèves d'Ottawa de la 7^e et de la 8^e année et 50 % des élèves de la 9^e à la 12^e année ont dit très bien s'entendre avec leur mère et leur père ou avec un parent dans le cas d'une famille monoparentale. Une proportion de 84 % des élèves de la 7^e et de la 8^e année et de 74 % des élèves de la 9^e à la 12^e année a déclaré bien s'entendre avec au moins un parent. Par ailleurs, 6 %^{xii} des élèves de la 7^e et de la 8^e année et 12 % des élèves de la 9^e à la 12^e année ont dit qu'ils ne s'entendaient pas bien avec au moins un parent. Ces taux sont semblables au reste de l'Ontario (92).
- En 2013, les deux tiers (65 %) des élèves d'Ottawa de la 7^e et de la 8^e année et 50 % des élèves de la 9^e à la 12^e année ont déclaré qu'au moins un parent ou tuteur savait où ils se trouvaient pendant leurs temps libres lorsqu'ils n'étaient pas à la maison. Les élèves d'Ottawa de la 7^e et de la 8^e année étaient moins susceptibles de déclarer que leurs parents savaient toujours où ils étaient pendant leurs temps libres lorsqu'ils n'étaient pas à la maison que les élèves de la 7^e et de la 8^e année du reste de l'Ontario (92).
- En 2017, plus du tiers (34 %) des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont déclaré qu'ils parlent habituellement ou toujours de leurs problèmes avec au moins un parent. Les filles (39 %) sont plus susceptibles que les garçons (29 %), et les élèves de la 7^e et de la 8^e année (41 %) et de la 9^e et de la 10^e année (38 %) sont plus susceptibles que ceux de la 11^e et de la 12^e année (25 %) de parler habituellement ou toujours de leurs problèmes avec au moins un parent (44).
- En tout, 77 % des élèves canadiens de la 6^e à la 10^e année ont déclaré que leurs parents leur faisaient confiance, et ce taux diminue avec les années (6^e année : 85 %, 10^e année : 73 %) (33).
- Une proportion de 29 % des élèves canadiens de la 6^e à la 10^e année ont déclaré que leurs parents étaient trop exigeants envers eux, et ce taux augmente avec les années (6^e année : 23 %, 10^e année : 34 %) (33).

Santé mentale des membres de la famille

Les parents doivent faire face à beaucoup de difficultés et de stress lorsqu'il est question d'établir une relation saine avec leurs enfants et de favoriser la résilience au sein de la famille. Ils portent plusieurs chapeaux, dont celui de père ou de mère, mais également de fournisseur de soins et de travailleur. Certains subissent du stress lié à un faible revenu, à la précarité résidentielle ou au chômage, et d'autres doivent, en outre, gérer les effets d'une mauvaise santé mentale ou d'une maladie mentale. La santé mentale des parents a une incidence sur celle des enfants ainsi que sur l'équilibre familial.

- En 2012, 37 % des résidents de l'Ontario âgés de 18 ans et plus ont indiqué qu'au moins un membre de leur famille immédiate ou élargie avait un problème de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogue (33).

xii Interpréter avec prudence – variabilité élevée de l'échantillon.

AIDANTS NATURELS

Le rapport de 2013 de la Commission de la santé mentale du Canada sur les aidants naturels met en lumière l'importance « d'offrir aux aidants l'information et le soutien nécessaires au maintien de leur propre bien-être et de faire en sorte que leur rôle soit reconnu et respecté dans le système de santé mentale du Canada » (112). Au Canada, plus de huit millions d'adultes (28 % de la population) prennent soin tous les jours de leur conjoint, d'un parent, d'un enfant adulte, d'un grand-parent ou d'un autre membre de la famille ou encore d'un ami ou d'un voisin qui a des problèmes physiques, cognitifs ou psychologiques (113).

Plus d'un demi-million de Canadiens sont les aidants naturels de personnes aux prises avec un problème ou un trouble de santé mentale (114). Jouer ce rôle pour un membre de sa famille ou un ami peut être à la fois difficile et valorisant. On reconnaît de plus en plus le rôle que jouent les aidants naturels dans le rétablissement de ces personnes (115). Ce sont 23 % des aidants naturels qui s'occupent de jeunes enfants et d'enfants adultes vivant avec une maladie mentale (113). Par ailleurs, l'aide naturelle a une incidence particulièrement notable sur la santé psychologique et physique des aidants lorsque la personne soignée a une maladie mentale (113). Ainsi, les aidants naturels qui sont bien soutenus peuvent favoriser le rétablissement de leur proche aux prises avec une maladie mentale. D'ailleurs, l'amélioration des capacités de prestation de soins a un effet clinique important sur la progression de la maladie (114). Or, la stigmatisation liée à la maladie mentale peut aussi toucher l'aidant naturel. Ce dernier peut alors prendre plus de temps à demander de l'aide ou éviter entièrement d'en demander, ce qui risque de nuire aux relations familiales ainsi qu'à son bien-être et à celui de la personne qu'il soigne. Les aidants peuvent également se sentir stigmatisés, et leur estime de soi ainsi que leur sentiment d'autoefficacité peuvent en souffrir.

Pour en savoir plus sur les aidants naturels et la santé mentale, et sur les moyens pour un aidant de prendre soin de soi, consultez le [Guide des proches aidants en santé mentale](#) (17).

- En 2012, 29 % des résidents de l'Ontario (de 15 ans et plus) ont indiqué qu'ils prodiguaient des soins à un membre de leur famille ou à un ami ayant une maladie chronique, un handicap ou des problèmes liés au vieillissement (115). Près de la moitié (47 %) des aidants naturels ont dit s'occuper d'un parent ou d'un beau-parent, 13 %, d'un conjoint ou d'un enfant, 13 %, d'un ami ou d'un voisin et 24 %, d'un autre membre de la famille (116).
- À l'échelle nationale, la plus grande proportion des aidants naturels étaient âgés de 45 à 64 ans, les femmes passaient généralement plus de temps à s'occuper d'un proche, et plus du quart (28 %) des aidants s'occupaient aussi d'enfants à la maison. Malgré ce fait, 95 % des répondants ont affirmé bien gérer leurs responsabilités d'aidant naturel. Les répercussions les plus fréquemment soulevées quant à ces responsabilités sont l'inquiétude et l'angoisse (55 %), la fatigue (51 %), l'irritabilité (36 %), l'impression d'être débordé (35 %), les problèmes de sommeil (34 %), la déprime (19 %), le ressentiment (19 %) et le sentiment d'être seul ou isolé (17 %) (113).

Structure familiale

L'environnement familial, soit la composition du ménage et la structure familiale, est la pierre angulaire de la santé mentale chez les enfants. Des études démographiques auprès de parents seuls et de leurs enfants montrent que ces parents que ces enfants ont de moins bons résultats en matière de santé, sont plus souvent victimes d'exclusion sociale, sont moins susceptibles d'avoir un emploi et ont tendance à avoir un revenu plus faible et à être moins instruits (117). Ces résultats sont peut-être attribuables aux responsabilités additionnelles des parents seuls, à leur faible revenu, à leur situation d'emploi ou à la précarité de leur situation résidentielle (118, 119).

- En 2016, le Recensement du Canada a dénombré 254 765 familles (couples mariés, conjoints de fait et parents seuls avec des enfants) à Ottawa. Bien que les couples mariés et les conjoints de fait soient la structure familiale prédominante (84 % ou 213 535 des familles), la proportion de familles monoparentales a augmenté légèrement, passant de 16 % en 2006 à 16,2 % (41 230 familles) en 2016. En Ontario, 17 % des familles étaient monoparentales (120).
- Les femmes sont plus nombreuses à s'occuper seules de leurs enfants à Ottawa (80 % des familles monoparentales), mais la proportion d'hommes monoparentaux a augmenté légèrement, passant de 20,1 % en 2006 à 20,3 % en 2016 (120).
- Selon une étude récente sur les parents seuls en Ontario, les pères monoparentaux ont autant tendance que les mères monoparentales à qualifier leur santé mentale de mauvaise, mais sont deux fois moins enclins qu'elles à demander l'aide d'un professionnel de la santé mentale (121).

Violence familiale

L'exposition à la violence est difficile à évaluer. En effet, les victimes peuvent être réticentes à divulguer ou à signaler leurs expériences parce qu'elles ont peur ou honte, font du déni, sont dépendantes de l'agresseur, n'ont pas de preuve ou pensent que la violence vécue n'était pas très grave. De plus, de nombreuses formes de violence ne sont pas bien définies, comme la violence psychologique et la négligence, dont les symptômes ne sont pas toujours visibles. Par ailleurs, la disponibilité des données est restreinte aux incidents signalés aux autorités, aux cas où des soins de santé ont été requis ou aux sondages limités par la sous-déclaration et la mauvaise interprétation des questions. La fréquence et la sévérité des incidents de violence ne sont pas non plus faciles à obtenir, bien qu'elles aient une incidence sur la santé à long terme (122, 123). On estime que les cas signalés ne représentent que 10 % de tous les incidents de violence (124). Dans cette section, nous brosserons un portrait des effets de la violence familiale sur la santé mentale. Pour en savoir plus sur la violence familiale, voir le [Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 – Regard sur la violence familiale au Canada](#) (125).

L'exposition à la violence est associée à une mauvaise santé physique et mentale, à la peur, à l'isolement social et à des comportements à risque (122-127). Les maladies mentales et les comportements à risque pour la santé liés à la violence comprennent, notamment, la dépression, l'anxiété, la consommation de drogues ou d'alcool, l'automutilation et les troubles de l'alimentation (122-124, 126, 127). La violence familiale est un des types de violence qui a des effets négatifs sur la qualité et la solidité des relations familiales et, par conséquent, sur la santé mentale des membres de la famille. Ce type de violence comprend toute forme de mauvais traitements sur le plan physique, sexuel, psychologique ou financier ou de négligence commise par un membre de la famille ou un partenaire intime (128). Il s'agit d'un abus de pouvoir de la part d'une personne en vue de blesser et de contrôler une autre personne qui lui fait confiance et qui dépend d'elle (128).

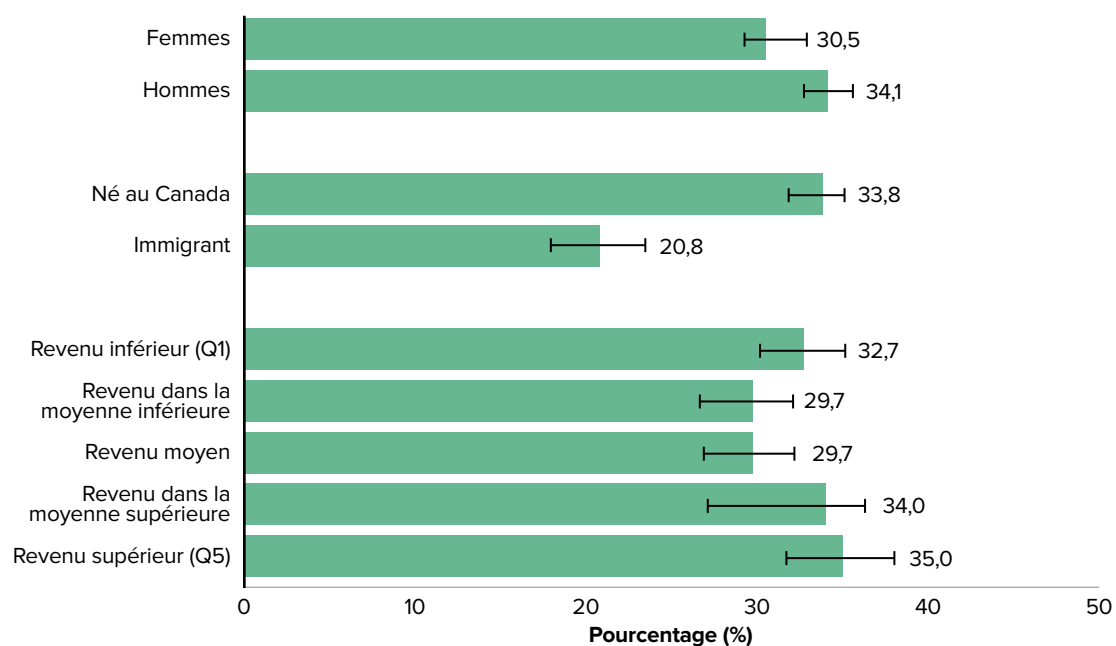
EXPOSITION AUTODÉCLARÉE À LA VIOLENCE PENDANT L'ENFANCE

La discorde familiale, comme les conflits, l'hostilité, l'écèlement de la famille et les relations de violence, a été décrite par des enfants et des jeunes comme une cause de problèmes de santé mentale (110). La violence pendant l'enfance concerne les enfants qui sont victimes de violence ou témoins de violence entre partenaires intimes avant 16 ans.

- En 2012, le tiers (32 %) des adultes ontariens (âgés de 18 ans et plus) ont indiqué avoir été victimes d'au moins un de trois types de violence (violence physique, violence sexuelle, exposition à la violence entre partenaires intimes) avant 16 ans. Les résultats étaient les mêmes (32 %) pour l'ensemble du Canada (33).
- Les Canadiens (34 %) étaient plus nombreux que les Canadiennes (31 %) à avoir vécu de la violence avant l'âge de 16 ans (Figure 32) (33).
- Les immigrants canadiens (28 %) ont signalé en plus faible proportion avoir été victimes de violence pendant l'enfance que les résidents nés au pays (34 %) (Figure 32) (33).
- À l'échelle nationale, c'est environ le même pourcentage des répondants du quintile de revenu inférieur (Q1, 33 %) que des répondants du quintile supérieur (Q5, 35 %) qui ont rapporté avoir été victimes d'un des trois types de violence pendant l'enfance (Figure 32) (33).
- En 2014, près de la moitié (48 %) des Canadiens se disant lesbiennes, gais ou bisexuels ont déclaré avoir subi de la violence physique ou sexuelle pendant l'enfance, comparativement à 30 % des Canadiens hétérosexuels (129).

FIGURE 32

Pourcentage des adultes canadiens (18 ans et plus) ayant subi de la violence physique ou sexuelle ou ayant été exposés à de la violence entre partenaires intimes avant l'âge de 16 ans, selon certains facteurs socioéconomiques (2012)



Source : Centre de prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada (2016), Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive de l'Infobase de la santé publique.

ENQUÊTES DES AGENCES DE PROTECTION DE L'ENFANCE

- En 2013, parmi toutes les enquêtes menées par des agences ontariennes de protection de l'enfance (donc à l'exclusion des incidents ayant fait l'objet d'une enquête policière uniquement, des cas n'ayant pas fait l'objet d'une enquête et des cas non signalés), 34 % étaient fondées, c'est-à-dire qu'on a déterminé que les mauvais traitements ont réellement eu lieu. Il s'agit de 43 067 cas attestés de mauvais traitements à l'égard d'enfants (18 enquêtes par tranche de 1 000 enfants) en Ontario (130).
- Près de la moitié (48 %) des incidents fondés concernaient une exposition à de la violence entre partenaires intimes. Les autres incidents étaient des cas de négligence (24 %), de violence physique (13 %), de violence émotionnelle (13 %) et de violence sexuelle (2 %) (130).

VIOLENCE ENTRE PARTENAIRES INTIMES

La violence entre partenaires intimes englobe la violence entre conjoints ou amoureux, qu'ils soient encore en relation ou non. Elle peut comprendre des actes de violence physique, sexuelle et psychologique, l'exploitation financière, la négligence et la trahison.

- En 2014, 3 % des adultes ontariens ont déclaré avoir été victimes de violence conjugale au cours des cinq dernières années. Le groupe des 25 à 44 ans était le plus touché (33). Ces résultats excluent la violence conjugale subie par des personnes habitant en institution, comme un logement de transition, un refuge ou une maison d'hébergement transitoire.

MAUVAIS TRAITEMENTS À L'ÉGARD DES PERSONNES ÂGÉES

Il y a mauvais traitements, ou violence, à l'égard d'une personne âgée lorsqu'elle subit une blessure ou éprouve de la détresse parce qu'une personne en qui elle a confiance fait ou omet de faire quelque chose. On appelle aussi ce phénomène « maltraitance ». Les mauvais traitements à l'égard des personnes âgées comprennent la violence sur les plans physique, sexuel, psychologique, financier et matériel, l'abandon, la négligence et l'atteinte à la dignité. Il n'existe pas beaucoup d'études sur ce type de mauvais traitements dans les foyers de soins de longue durée.

- En 2015, 8 % des personnes âgées du Canada ont déclaré avoir été victimes de mauvais traitements. Les formes les plus fréquentes (pour les 65 ans et plus) étaient la violence psychologique (2,7 %) et l'exploitation financière (2,6 %) (131).
- En 2015, 29 aînés d'Ottawa sur 100 000 âgés de 65 à 89 ans ont été victimes d'incidents de violence familiale signalés à la police. Ces chiffres sont plus bas que ceux de l'ensemble de l'Ontario (48 par 100 000 habitants) et du Canada (60 par 100 000 habitants) (129).

DÉTERMINANTS COMMUNAUTAIRES

Il arrive que les problèmes de santé mentale nuisent aux relations sociales. En revanche, les relations sociales positives favorisent la santé mentale (132). En effet, la participation aux réseaux communautaires et sociaux peut améliorer le bien-être psychologique, le sentiment d'appartenance à la communauté, le sentiment de sécurité et la conscience de sa propre valeur ainsi que l'accès aux ressources sociales et sociétales qui favorisent la résilience dans la gestion des agents stressants (132). La présente section porte sur l'implication communautaire, les réseaux sociaux, le soutien social, l'environnement scolaire, l'environnement de travail et les environnements social et bâti des quartiers.

Faits saillants concernant Ottawa

- **Bien que de nombreux élèves de la 7^e à la 12^e année disent se sentir en sécurité à l'école** (91 %), sentir qu'ils font partie intégrante de leur école (83 %) et se sentir proches des personnes qu'ils y côtoient (84 %) :
 - ▶ **trois élèves sur vingt-cinq** (12 %) ont peur que quelqu'un leur fasse du mal ou les menace à l'école;
 - ▶ **un élève sur cinq** (18 %) a déclaré avoir été intimidé à l'école dans la dernière année et **un élève sur cinq** (18 %) a affirmé avoir été intimidé sur Internet.
- Les élèves de la 7^e à la 12^e année qui ont **une mauvaise santé mentale** et qui **proviennent d'une famille au statut socioéconomique faible** ont **moins tendance à dire qu'ils font partie intégrante de leur école ou qu'ils se sentent proches des personnes qu'ils y côtoient**.
- **Un élève sur six** (17 %) de la 7^e à la 12^e année a indiqué **qu'il utilise les médias sociaux plus de cinq heures par jour** et 84 % des élèves s'en servent tous les jours.
- Le quart (26 %) des adultes trouvent que leurs journées de travail sont la plupart du temps très ou extrêmement stressantes.
- Un résident sur dix (11 %) est d'avis qu'en raison du taux de criminalité dans son quartier, il n'est pas sécuritaire de s'y promener le soir.

Implication communautaire

L'implication communautaire semble avoir un effet positif sur la santé mentale, probablement en raison des liens sociaux et du sentiment d'autoefficacité qui en découlent (109). L'implication communautaire comprend l'engagement civique à l'échelle locale ou nationale et la participation sociale, comme faire du bénévolat à l'école de ses enfants ou faire partie d'un club.

- En 2013-2014, 67 % des Ontariens de 18 ans et plus ont indiqué faire partie d'au moins une organisation, un groupe, une association ou un club récréatifs ou professionnels, ce qui est supérieur à la moyenne nationale (64 %) (33).
- Les Canadiens ayant une scolarité et un revenu supérieurs étaient plus nombreux à indiquer être membres ou participants d'un groupe. Les nouveaux immigrants, quant à eux, avaient moins tendance à faire partie d'un groupe, en particulier d'une organisation sportive ou récréative. Or, les immigrants étaient plus nombreux que les non-immigrants à participer à des groupes religieux (133).
- En 2013-2014, 89 % des élèves canadiens de la 6^e à la 10^e année ont dit participer à au moins un club, une organisation, une activité ou un groupe (33).
- La majorité (94 %) des Ontariens de 45 ans et plus ont dit participer à une activité sociale au moins une fois par mois. Cette proportion diminue légèrement avec l'âge (45 à 64 ans : 95 %; 65 à 84 ans : 92 %; 85 ans et plus : 86 %) (134).

Réseaux sociaux

Par réseaux sociaux, on entend les liens que les gens ont avec leur famille et leurs amis.

- En 2013, 6 % des résidents de l'Ontario ont indiqué ne pas avoir d'ami proche (personne non apparentée à qui ils peuvent parler de ce qui les tracassent ou demander de l'aide), 39 % ont déclaré en avoir d'un à quatre et 53 % ont dit en avoir cinq ou plus. Un petit nombre (4 %) de résidents ont indiqué ne pas avoir de proches parents (135).
- En 2013, sept internautes canadiens sur dix (de 15 ans et plus) ont dit se servir de sites de réseautage social. L'utilisation de ces sites était plus commune chez les jeunes (136).
- En 2017, parmi les élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année, un sur six (17 %) a déclaré passer plus de cinq heures par jour sur les sites de médias sociaux, et seulement 8 % ont indiqué ne pas les utiliser. Plus de quatre élèves sur cinq (84 %) ont dit consulter des sites de médias sociaux quotidiennement. L'utilisation de ces sites était la plus marquée chez les filles et les élèves de la 9^e à la 12^e année (44). Dans des études antérieures auprès d'élèves, l'utilisation des sites de réseautage social pendant plus de deux heures par jour était associée à un besoin de soutien non comblé en santé mentale, à une mauvaise santé mentale, à des épisodes de grande détresse psychologique et à des idées suicidaires (137).

Soutien social

Le soutien social, ce sont les liens affectifs qu'une personne entretient avec autrui et l'aide physique ou financière qu'elle obtient de personnes, d'amis, de membres de la famille, d'organisations et du gouvernement. Au sein des populations, un grand soutien social est associé à de meilleurs résultats en matière de santé mentale et à une meilleure santé perçue (138, 139).

- En 2012, 96 % des jeunes Ontariens de 15 à 17 ans et 94 % des résidents ontariens de 18 ans et plus ont déclaré un niveau élevé de soutien social perçu, notamment en ce qui concerne le soutien émotionnel, l'intégration sociale, la conscience de leur propre valeur et l'accès à une aide concrète. À l'échelle nationale, le soutien social était perçu comme moins élevé chez les adultes habitant dans les ménages aux revenus les plus faibles (33).

Environnement de travail

Beaucoup de personnes passent une grande partie de leur journée au travail. Ainsi, l'environnement de travail, et plus précisément les politiques organisationnelles et le degré de stress ressenti, peut avoir une incidence sur la santé mentale. Les relations avec les collègues, notamment en cas d'intimidation, a aussi un effet sur la santé mentale des travailleurs. Cela dit, les données sur ces relations ne sont pas facilement accessibles. Les problèmes de santé mentale entraînent souvent des absences, mais seulement un quart (23 %) des travailleurs canadiens se sentiraient à l'aise de parler à leur employeur d'un problème de santé mentale (140). Les études montrent qu'il est rentable de mettre en œuvre à l'échelle individuelle et organisationnelle des programmes de promotion de la santé globale en milieu de travail et de projets de gestion du stress (141). En effet, pour chaque dollar dépensé pour la santé mentale et le mieux-être, 9 \$ sont économisés grâce à la réduction de l'absentéisme (142).

En 2016, au-delà d'un demi-million de résidents d'Ottawa de plus de 15 ans travaillaient, pour près de 27 000 employeurs^{xiii} (120, 143). Les trois grands secteurs à Ottawa sont les ventes et services; les affaires, la finance et l'administration; l'enseignement; le droit et les services sociaux, communautaires et gouvernementaux (120). Selon l'évaluation situationnelle de 139 environnements de travail menée par Santé publique Ottawa en 2016, les problèmes de santé les plus importants des travailleurs sont d'ordre psychologique. Les difficultés qu'ils ont le plus mentionnées sont le stress, l'équilibre entre vie personnelle et professionnelle et la dépression. Pour en savoir plus sur la santé mentale au travail, consultez la [norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail](#).

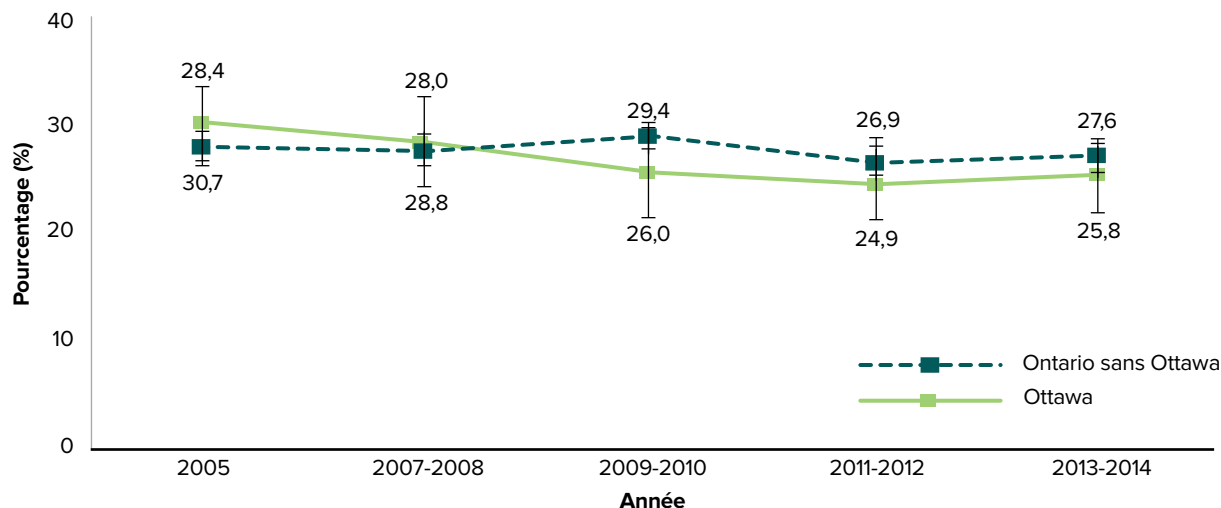
STRESS AU TRAVAIL

- En 2013-2014, environ 143 900 (26 %) résidents d'Ottawa de 18 à 75 ans ayant travaillé au cours des 12 mois précédents ont déclaré que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante. Ces résultats étaient d'ailleurs semblables à ceux du reste de l'Ontario (28 %). La proportion de résidents indiquant vivre un grand stress ou un stress extrême au travail a baissé légèrement depuis 2005 (Figure 33). Si ces résultats variaient en fonction du niveau de scolarité (Figure 34), ils ne changeaient toutefois pas beaucoup selon les autres facteurs (âge, sexe, revenu du ménage, condition de vie, etc.) (24).

xiii Ces estimations pourraient changer selon les résultats du Sondage sur l'emploi de 2016, que la Ville d'Ottawa compile actuellement.

FIGURE 33

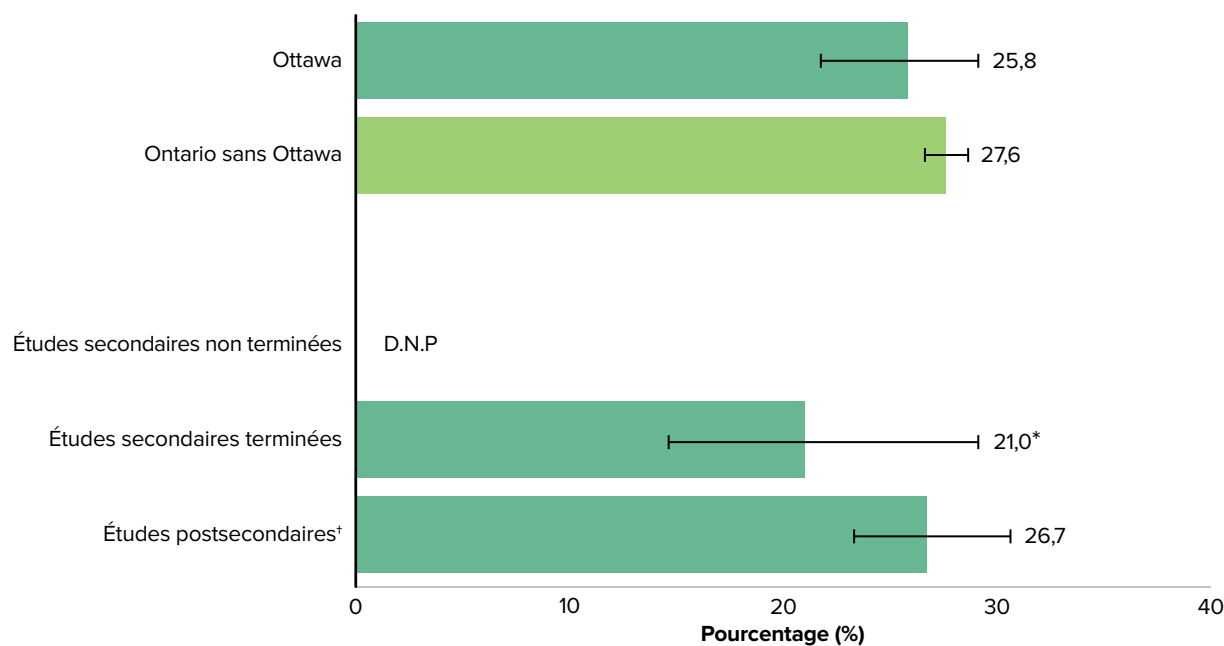
Pourcentage des résidents (de 18 à 75 ans) ayant indiqué que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante, à Ottawa et dans le reste de l'Ontario (2005-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2005-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

FIGURE 34

Pourcentage des résidents d'Ottawa (de 18 à 75 ans) ayant indiqué que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante, selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage; D.N.P. : Données non publiables en raison de la grande variabilité d'échantillonnage;

† Catégorie de comparaison du modèle de régression.

HARCÈLEMENT ET VIOLENCE AU TRAVAIL

Les données sur le harcèlement et la violence dans les milieux de travail d'Ottawa sont limitées. Cela dit, en 2017, le gouvernement du Canada a consulté les Canadiens pour savoir comment la violence et le harcèlement sont abordés dans les milieux de travail sous réglementation fédérale et comment cette approche pourrait être améliorée. Les consultations ont eu lieu sous forme de sondage en ligne et de tables rondes. Pour en savoir plus sur la méthode et les conclusions, voir la publication : [Consultations publiques sur le harcèlement et la violence sexuelle en milieu de travail – Ce que nous avons entendu](#) (144).

- Bien que ces réponses ne soient pas représentatives de tous les Canadiens, parmi les personnes ayant répondu au sondage en ligne, 60 % ont indiqué avoir été victimes de harcèlement, 30 %, de harcèlement sexuel et 21 %, de violence. La plupart des répondants ayant été la cible de ces actes au cours des deux dernières années ont dit l'avoir été plus d'une fois (144).
- Parmi les personnes victimes d'un incident au cours des deux dernières années, les hommes étaient plus nombreux à avoir subi du harcèlement, tandis que les femmes étaient plus nombreuses à avoir subi du harcèlement sexuel et de la violence. Les personnes handicapées et les membres d'une minorité visible étaient plus susceptibles d'être victimes de harcèlement que les autres groupes (144).

Environnement scolaire

La plupart des enfants et des jeunes passent beaucoup de temps à l'école, et l'expérience qu'ils y vivent a une grande incidence sur leur santé mentale et leur éducation. Les sentiments d'appartenance et de sécurité associés à l'école, influencés notamment par l'intimidation, sont des indicateurs déterminants de l'influence de l'environnement scolaire sur la santé mentale (145, 146).

SENTIMENT D'APPARTENANCE À L'ÉCOLE

- En 2017, 83 % des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont dit avoir le sentiment de faire partie intégrante de leur école et 84 %, se sentir proches des personnes qu'ils y côtoyaient. Les élèves qui ont déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise et qui provenaient d'une famille au statut socioéconomique faible étaient moins nombreux à dire qu'ils faisaient partie intégrante de leur école et qu'ils se sentaient proches des personnes côtoyées (44).

SÉCURITÉ EN MILIEU SCOLAIRE

- En 2017, 91 % des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont indiqué qu'ils se sentaient en sécurité dans leur école. Or, 12 %^{xiv} ont affirmé qu'ils avaient peur que quelqu'un leur fasse du mal ou les menacent à l'école. Les élèves qui ont déclaré être en excellente santé mentale (95 %) étaient plus susceptibles de se sentir en sécurité dans leur école que ceux dont la santé mentale était passable ou mauvaise (80 %) (44).

INTIMIDATION

L'intimidation est un comportement agressif persistant visant à blesser ou à contrôler une autre personne et donnant lieu à un déséquilibre perçu ou réel de pouvoir. Il en existe plusieurs formes, comme les moqueries, les injures, le harcèlement, l'exclusion sociale, les rumeurs et les agressions physiques.

- En 2017, parmi les élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année, environ un élève sur cinq (18 %) a déclaré avoir été intimidé au moins une fois sur le terrain de l'école pendant l'année scolaire en cours. La forme d'intimidation la plus fréquente parmi les victimes était l'intimidation verbale ou non physique (81 %), et 18 % des élèves d'Ottawa ont dit avoir vécu de la cyberintimidation, c'est-à-dire avoir été intimidés sur Internet (44).

xiv Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

- Un élève d'Ottawa sur dix (8 %) a déclaré avoir intimidé un autre élève à l'école pendant l'année en cours, et 8 % ont dit avoir intimidé quelqu'un d'autre sur Internet au cours de la dernière année. Les élèves parlant le français à la maison (5 %^{xv}) ont été moins nombreux à signaler de la cyberintimidation que ceux parlant l'anglais (9 %^{xvi}) ou une autre langue (9 %^{xvii}). Le niveau scolaire et le sexe n'avaient pas d'incidence sur les résultats (44).

Quartiers et environnement bâti

L'environnement bâti est le milieu physique dans lequel nous vivons, étudions, travaillons et jouons. On y trouve des infrastructures, comme des bâtiments, des routes, des réseaux de transport en commun et des espaces verts (147). Certaines caractéristiques de l'environnement bâti contribuent à réduire le stress, à améliorer le soutien social et à favoriser le sentiment d'appartenance à la communauté, comme la proximité des logements et de la rue et le fait qu'ils soient dotés d'une cour avant ou d'une véranda, l'accès aux espaces verts, les destinations accessibles à pied, les endroits où les gens peuvent se rassembler pour socialiser et l'accès au réseau de transport en commun (147, 148). Inversement, certaines caractéristiques des quartiers peuvent être associées à une mauvaise santé mentale et au stress, comme les logements de mauvaise qualité qui n'offrent pas d'espace de réseautage social ou d'aires de jeux sécuritaires pour les enfants, les résidences situées sur des rues très achalandées, un faible potentiel piétonnier et le manque d'espaces verts ou de sentiers piétonniers (149).

SOUTIEN ET LIENS SOCIAUX

- En 2009, 89 % des Ontariens de 18 ans et plus ont indiqué vivre dans un quartier où les voisins s'entraidaient. À l'échelle nationale, le sentiment de sécurité dans les quartiers s'est amélioré par groupe croissant d'âge, et les résidents ruraux étaient plus susceptibles que les résidents urbains de signaler de l'entraide dans leur quartier. En revanche, 12 % des adultes ontariens ont affirmé que le désordre social dans leur quartier est un très gros ou un assez gros problème (33).
- Parmi les jeunes Canadiens de la 6^e à la 10^e année, 60 % ont dit avoir l'impression de pouvoir faire confiance aux gens de leur quartier (33).

LOISIRS

Pour en savoir plus sur les quartiers d'Ottawa, voir l'[Étude de quartiers d'Ottawa](#) (46).

- Il y a, partout dans la ville, plus de 4 300 installations de loisirs municipales, notamment des terrains de baseball, de basketball, de tennis et de volley-ball, des plages, des terrains de bowling, des piscines et des patinoires extérieures, des patinoires extérieures, des structures de jeu, des terrains de planche à roulettes, des sites de glissade, des aires de jets d'eau et des terrains de sport. Chaque quartier a entre 0 (Woodroffe-Lincoln Heights) et 137 (Stonebridge-Halfmoon Bay-Heart's Desire) installations récréatives, pour une moyenne de 42 installations par quartier (150). Ces chiffres ne comprennent pas les parcs et les sentiers. Ainsi, il peut y avoir un parc ou un sentier dans un quartier qui n'a aucune installation récréative.
- Ottawa compte plus de 1 200 km de sentiers cyclables et un réseau piétonnier de 2 800 km. Chaque quartier possède, en moyenne, de 12 km de sentiers cyclables (soit entre moins de <1km (Vanier Sud, Corkery) et 144km (Greenbelt)) et de 28 km du réseau piétonnier (soit entre moins de <1km (Carp Ridge, Baie Constance, Marlborough, Dunrobin, Galetta, Kinburn, Corkery) et 159km (Stonebridge-Halfmoon Bay-Heart's Desire)) (150).

xv Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

xvi Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

xvii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

PERCEPTION DE LA SÉCURITÉ ET DE LA CRIMINALITÉ

- Un résident d'Ottawa sur dix (11 %) est d'avis qu'en raison du taux de criminalité, il n'est pas sécuritaire de se promener dans son quartier le soir (67).
- En 2016, l'Indice de gravité de la criminalité, qui évalue les crimes signalés à la police en fonction de leur fréquence et de leur gravité, était semblable pour Ottawa et l'Ontario (51 et 53, respectivement) (151).

Violence communautaire

Un engagement social élevé crée des conditions qui favorisent la confiance mutuelle et le sentiment d'appartenance, tout en donnant un sens à la vie (152). Les quartiers et les communautés sécuritaires sont des environnements propices à l'engagement social, et ont donc un effet positif sur la santé mentale. La violence touche de façon disproportionnée les personnes marginalisées ou vivant avec un handicap physique, un problème de santé ou un problème de santé mentale (125). Pour en savoir plus sur la violence communautaire à Ottawa, visitez le site Web de [Prévention du crime Ottawa](#).

AGRESSIONS PHYSIQUES ET SEXUELLES

- En 2014, 4 % des adultes ontariens ont déclaré avoir été victimes d'une agression physique ou sexuelle au cours des 12 derniers mois. Cette proportion diminuait avec l'âge (18 à 24 ans : 9 %; 25 à 44 ans : 5 %; 45 à 64 ans : 3 %; 65 ans et plus : 1 %). Deux fois plus de Canadiens nés au pays (4 %) que d'immigrants (2 %) ont dit avoir été victimes d'une agression physique ou sexuelle (33).
- Les Canadiens se disant gais ou bisexuels étaient associés à un taux d'agression sexuelle six fois plus élevé que les Canadiens se disant hétérosexuels (153).
- En 2016, les résidents d'Ottawa ont visité l'urgence 1 900 fois en raison d'une agression, ce qui représente 2 % de toutes les visites à l'hôpital liées à une blessure. Ces chiffres englobent les incidents de violence familiale et de violence communautaire. Et toujours en 2016, les résidents d'Ottawa ont été hospitalisés 169 fois à cause d'une agression (154).

BAGARRES PHYSIQUES CHEZ LES JEUNES

- En 2017, 5 % des élèves d'Ottawa de la 7^e à la 12^e année ont indiqué avoir battu ou blessé quelqu'un de façon volontaire au cours des 12 derniers mois (44).
- Un élève d'Ottawa sur dix (10 %) a déclaré s'être battu physiquement sur le terrain de l'école au cours des 12 derniers mois. Les bagarres physiques sur le terrain de l'école étaient environ quatre fois plus fréquentes chez les garçons (16 %) que chez les filles (4 %^{xviii}). Elles étaient aussi plus fréquentes chez les élèves de la 7^e et de la 8^e année (18 %) que chez les élèves de la 9^e à la 12^e année (8 %^{xix}) (44).

xviii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

xix Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

DÉTERMINANTS SOCIAUX

Les inégalités et les normes sociétales influencent les milieux dans lesquels les gens vivent, travaillent, étudient et jouent. Ainsi, les inégalités sociales et économiques peuvent nuire à la santé mentale et accroissent le risque de maladie mentale (146). Chaque personne a ses expériences, qui ont un effet positif ou négatif sur sa santé mentale. Par exemple, certaines personnes seront touchées, à différents moments dans leur vie, par la pauvreté, l'itinérance ou le chômage. D'autres seront victimes de stigmatisation et de discrimination pour différentes raisons, comme leur genre, leur groupe ethnique ou leur orientation sexuelle (155). Il n'est pas rare qu'une personne vive plusieurs inégalités à la fois, lesquelles peuvent s'accumuler au cours de sa vie et affecter sa santé mentale. Ainsi, les groupes qui vivent des inégalités socioéconomiques sont plus susceptibles d'avoir une mauvaise santé mentale et une maladie mentale (155, 156). La présente section traitera des inégalités, comme le chômage, la pauvreté, la discrimination et la stigmatisation, ainsi que de la participation politique.

Faits saillants concernant Ottawa

- **Un ménage sur quinze (7 %)** affirme vivre de l'insécurité alimentaire.
- Une proportion de **13 %** des résidents **fait partie d'un ménage à faible revenu**. Comparativement aux ménages à revenu élevé, les résidents des ménages à faible revenu sont :
 - ▶ **trois fois** plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire;
 - ▶ **trois fois** plus susceptibles de qualifier leur santé mentale de passable ou de mauvaise.
- **Ce sont 35 % des logements d'Ottawa qui sont loués**. Les locataires :
 - ▶ consacrent une plus grande proportion de leur revenu au logement que les propriétaires;
 - ▶ sont **trois fois** plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire que les propriétaires.
- À Ottawa, **13 %** des ménages ont un besoin impérieux de logement, c'est-à-dire **que leurs membres n'ont pas les moyens de vivre dans un logement convenable et adéquat dans leur communauté**.
- **Ce sont 40 %** des électeurs inscrits **qui ont exercé leur droit de vote aux élections municipales**.

Inégalités

Les inégalités sociales et économiques vécues par une personne durant sa vie peuvent nuire à sa santé mentale et accroissent le risque de maladie mentale (157). Une personne qui a un emploi et un revenu stables et qui a accès à l'éducation, à un logement de qualité dans un quartier sécuritaire et à des services adaptés à sa culture a les ressources dont elle a besoin pour s'épanouir, ce qui entraîne de meilleurs résultats en matière de santé mentale.

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) élabore actuellement les mesures associées à cet indicateur. Parmi les facteurs d'inégalité qui ont un effet sur la santé mentale, notons le chômage, la répartition des revenus, l'insécurité alimentaire, le logement, la stigmatisation et la discrimination.

CHÔMAGE

Le chômage et les problèmes de santé mentale sont étroitement liés. Qu'il soit à court ou à long terme, le chômage a une incidence négative sur la santé mentale et peut entraîner des symptômes de détresse, de dépression et d'anxiété ainsi que nuire au bien-être et à l'estime de soi (158, 159). La santé mentale peut aussi influencer la situation d'emploi, car les personnes qui ont une mauvaise santé mentale ont plus de mal à garder leur emploi et sont moins susceptibles d'en trouver un s'ils n'en ont pas (158, 159).

Le taux de chômage est le pourcentage des membres de la population active qui ne travaillent pas. La population active englobe toutes les personnes qui travaillent ainsi que les personnes qui n'ont pas d'emploi, mais qui sont disponibles pour travailler et qui ont cherché un emploi au cours des quatre dernières semaines. Dans le cadre du présent rapport, les personnes qui ont été mises à pied et celles qui prévoyaient commencer un nouvel emploi dans les quatre prochaines semaines sont considérées comme au chômage. Les personnes sans emploi qui ne cherchaient pas du travail n'ont pas été comptabilisées dans cette catégorie (120).

- En 2016, le taux de chômage à Ottawa était de 6,4 % pour les personnes de 15 ans et plus, ce qui est semblable aux résultats de 2015 (6,3 %) ainsi qu'aux résultats de l'Ontario (6,5 % en 2016) (160).
- En 2012, le taux de chômage des résidents ontariens vivant avec un handicap (y compris mental ou psychologique) était de 14 %, et celui des Ontariens vivant avec un handicap mental ou psychologique, de 23 %^{xx} (161).

De nombreux immigrants doivent composer avec des obstacles dans le processus d'obtention d'un emploi valorisant. Qui plus est, vivre avec un faible revenu peut avoir des conséquences importantes sur les enfants, les adolescents, les personnes âgées et les groupes racisés dans la population immigrante (162).

- Près d'un immigrant sur cinq se trouve en situation chronique de faible revenu, ce qui représente plus du double du taux constaté pour les répondants nés au Canada (163).
- Le taux de chômage des immigrantes est six fois plus élevé que celui des femmes nées au Canada et deux fois et demie plus élevé que celui des immigrants (164).

xx Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

RÉPARTITION DES REVENUS

Le taux de maladie mentale varie parmi les pays à revenu élevé, mais est généralement mieux dans les sociétés où les revenus sont répartis plus équitablement (165). On estime que l'inégalité fait augmenter la compétition et l'insécurité associées au statut social, lesquelles augmentent le risque de dépression, d'anxiété, de consommation et de trouble de la personnalité (165).

- En 2015, à Ottawa, on considérait comme ménages à faible revenu ceux de quatre personnes dont le revenu net était inférieur à 44 266 \$, et ceux d'une seule personne dont le revenu était inférieur à 22 133 \$ (120).
- En 2015, 13 % des personnes habitant dans un ménage privé à Ottawa avaient un faible revenu comparativement à 14 % dans l'ensemble de l'Ontario. Ce sont 16 % des moins de 18 ans, 12 % des 18 à 64 ans et 9 % des 65 ans et plus qui vivent dans un ménage à faible revenu (120).
- À Ottawa, les personnes vivant dans un ménage à faible revenu étaient plus de trois fois plus nombreuses à qualifier leur santé mentale de passable ou mauvaise comparativement aux résidents du groupe aux revenus les plus élevés (13 % contre 4 %) (166).

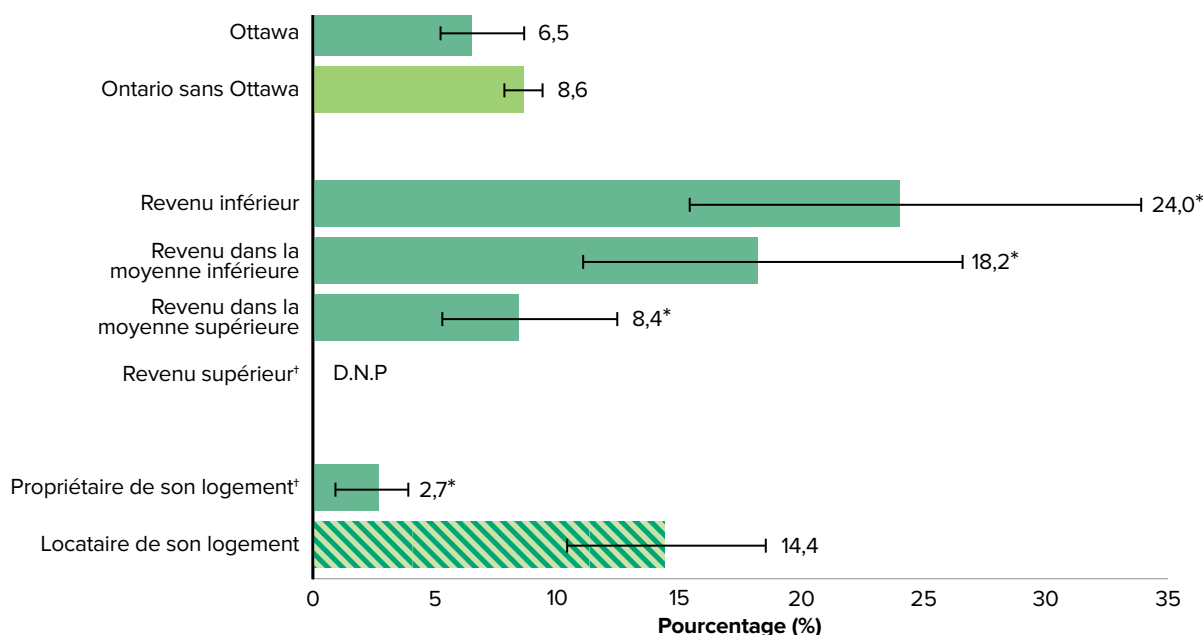
INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Une alimentation nutritive favorise le développement et le fonctionnement du cerveau, la santé mentale et la résilience (167). Pour éviter les effets à long terme d'une mauvaise alimentation, il faut avoir accès à des aliments nutritifs. La sécurité alimentaire est la capacité physique et économique d'accéder à une quantité suffisante d'aliments sains et nutritifs pour rester en santé (168). Il y a donc insécurité alimentaire lorsqu'une personne ou une famille n'a pas les moyens de manger des repas équilibrés, a faim parce qu'elle ne mange pas assez ou saute des repas, ou n'a pas accès à la variété ou à la quantité de nourriture dont elle a besoin, à cause d'un manque d'argent. L'insécurité alimentaire est associée à une mauvaise santé mentale et physique, à l'anxiété, au stress, à la dépression et à la maladie chronique (169-173). Certains immigrants, réfugiés et groupes ethnoculturels et racisés sont plus susceptibles de vivre de l'insécurité alimentaire. En effet, la pauvreté est deux fois plus élevée dans les groupes racisés que dans l'ensemble de la population canadienne, ce qui augmente le risque d'insécurité alimentaire chez ces populations (43). Pour en savoir plus sur l'insécurité alimentaire à Ottawa, voir le [rapport sur le panier de provisions nutritif](#) de Santé publique Ottawa (174).

- En 2017, nourrir une famille de quatre coûtait au moins 873 \$ par mois, ce qui représente une hausse de 19 % par rapport à 2009 (174).
- En 2013-2014, un ménage d'Ottawa sur quinze (7 %) a indiqué vivre de l'insécurité alimentaire, ce qui correspond au taux noté dans le reste de l'Ontario (9 %). Le taux d'insécurité alimentaire est demeuré stable à Ottawa depuis 2007-2008 (24).
- L'insécurité alimentaire était plus probable dans les ménages à faible revenu et parmi les locataires que les propriétaires de logement une fois prises en compte d'autres variables liées au ménage, comme les conditions de vie, le temps écoulé depuis l'arrivée au pays et la langue maternelle (Figure 35) (24).

FIGURE 35

Pourcentage des ménages d'Ottawa ayant indiqué vivre de l'insécurité alimentaire, selon certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)



Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2013-2014, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada.

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage; D.N.P. : Données non publiables en raison de la grande variabilité d'échantillonnage;

† Catégorie de comparaison du modèle de régression.

LOGEMENT

Le logement est un important déterminant social de la santé et une ressource fondamentale en matière de santé selon la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé (175).

- En 2016, il y avait 373 755 logements privés à Ottawa, dont environ deux tiers (65 %) étaient habités par leur propriétaire et 35 % étaient loués. Le coût mensuel moyen des logements habités par leur propriétaire était de 1 505 \$ et celui des logements loués, de 1 148 \$ (120).
- La taille moyenne des ménages à Ottawa est de 2,5 personnes, et 95 % des logements d'Ottawa comportent un nombre suffisant de chambres pour leurs occupants (120).
- Les ménages d'une seule personne représentent 28 % des ménages d'Ottawa. Le quart (25 %) des ménages est formé de couples mariés ou de conjoints de fait sans enfants et 40 %, de couples ou d'un parent seul avec des enfants (120).
- Le quart (24 %) des ménages privés consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement. Notons qu'il est recommandé de dépenser au plus 30 % de son revenu brut (avant les taxes) sur le logement. Parmi les locataires, 42 % consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement et 16 % habitent dans un logement subventionné. Parmi les propriétaires, 14 % consacrent plus de 30 % de leur revenu au logement (120).
- Le besoin impérieux de logement est fondé sur le caractère convenable (nombre de chambres), adéquat (travaux majeurs requis ou non) et abordable (proportion du revenu y étant consacré) d'un logement. Ainsi, un ménage qui habite dans un logement non convenable, inadéquat ou inabordable et dont le revenu ne permet pas de trouver un logement convenable et adéquat a un besoin impérieux de logement. En 2016, 13 % des ménages d'Ottawa avaient un besoin impérieux de logement (120).

- Depuis 2016, plus de 10 500 ménages sont inscrits à la [liste d'attente centralisée](#) pour un logement subventionné (176).
- Le demandeur principal de près de 550 des ménages (personne ou famille) de cette liste d'attente a entre 16 et 24 ans (176).
- Plus de 1 700 ménages ont emménagé dans un logement permanent en 2016 (176).

Pour plus d'information sur le logement et l'itinérance à Ottawa, veuillez consulter [le Plan décennal de logement et de lutte contre l'itinérance de la Ville](#).

Stigmatisation

La stigmatisation à l'égard des problèmes de santé mentale peut entraver l'accès aux services de soutien. En effet, une personne ou famille pourrait être réticente à demander de l'aide par peur d'être traitée injustement ou d'être étiquetée. Bien que les maladies mentales soient stigmatisées dans toutes les sociétés, l'ampleur du phénomène varie selon les contextes culturel et sociologique de chaque communauté (177). Dans certaines cultures, la maladie mentale d'une personne peut avoir une incidence négative sur toute la famille (177). Par conséquent, la décision de se faire traiter est plus qu'un choix personnel, car elle peut avoir des répercussions sociales sur toute la famille.

- Près de trois quarts (71 %) des Canadiens de 15 ans et plus ayant un besoin non comblé de soutien en santé mentale ont indiqué des circonstances personnelles comme obstacles : ne pas savoir où aller chercher de l'aide, manque de confiance à l'égard du système de santé ou des services sociaux, manque d'argent ou peur du jugement d'autrui (178).
- En 2012, 25 % des résidents de l'Ontario suivant un traitement pour un problème de santé affective ou mentale ont déclaré avoir été la cible d'opinions négatives ou de traitements injustes en raison de leur problème. Ce taux est plus élevé que pour l'ensemble du Canada (21 %) (33).
- De même, près du tiers (28 %) des Canadiens de 24 à 44 ans vivant avec un problème de santé mentale ont dit avoir été la cible d'opinions négatives ou de traitements injustes en raison de leur problème, ce qui est plus élevé que pour les autres groupes d'âge (18 à 24 ans : 20 %^{xxi}; 45 à 64 ans : 18 %; 65 ans et plus : 6 %^{xxii}) (33).
- Par rapport au quintile de revenu supérieur (13 %^{xxiii}), plus du double des Canadiens du quintile de revenu inférieur ayant un problème de santé mentale (28 %) ont signalé avoir été la cible d'opinions négatives (33).

Discrimination

La discrimination est le traitement négatif d'une personne ou d'un groupe en fonction de caractéristiques personnelles, comme l'âge, le groupe ethnique, la situation familiale, la religion ou le handicap, entre autres (179). La *Loi canadienne sur les droits de la personne* protège les citoyens contre les pratiques discriminatoires, notamment le refus d'offrir des biens ou des services, les politiques et pratiques qui privent quelqu'un de possibilités d'emploi et le harcèlement (179).

xxi Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

xxii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

xxiii Les données doivent être interprétées avec prudence en raison de la grande variabilité d'échantillonnage.

La discrimination peut porter atteinte à la dignité et à l'estime de soi et entraîner un sentiment d'isolation sociale. La perception d'être victime de discrimination est associée à de mauvais résultats en matière de santé mentale, dont une faible estime de soi, la dépression, la détresse psychologique, l'anxiété et la toxicomanie (180). La discrimination peut aussi aggraver les effets d'une mauvaise santé mentale en rendant plus difficile pour la personne ciblée de demander ou de recevoir de l'aide ainsi qu'en exacerbant ou en provoquant la maladie mentale et la dépendance (181).

La discrimination perçue et institutionnalisée crée des obstacles structurels qui entravent la capacité des communautés diverses du Canada à accéder aux services en santé mentale (177). Elle peut par ailleurs nuire à l'égalité des chances et mener à la marginalisation et à l'exclusion sociale, ce qui a un effet négatif sur la santé mentale. La discrimination et le racisme engendrent une réaction physiologique de stress chez la victime et entraînent des troubles affectifs, comme l'anxiété, la dépression et la faible estime de soi (182).

- Le tiers (32 %) des adultes canadiens ont signalé avoir subi un mauvais traitement en raison de caractéristiques personnelles, comme leur sexe, leur âge, leur groupe ethnique ou leur apparence. Les jeunes Canadiens étaient plus nombreux que les Canadiens plus âgés à être la cible de mauvais traitements (18 à 24 ans : 48 %; 25 à 44 ans : 40 %; 45 à 64 ans : 29 %; 65 ans et plus : 16 %). De même, les résidents d'un centre de population (33 %) ont signalé avoir été victimes de mauvais traitements en plus grande proportion que les résidents de régions rurales (28 %) (33).

Participation politique

La participation politique et la participation électorale fournissent des renseignements sur le degré d'engagement civique de la population. La participation électorale peut révéler des problèmes sociétaux, comme un manque de confiance à l'égard des institutions politiques et la marginalisation (183). Il s'agit également d'un indicateur de dynamisme et de résilience communautaires associé au bien-être psychologique et à la santé autoévaluées (183, 184). L'appartenance sociale et la compréhension de la société ont une certaine incidence sur le bien-être psychologique, lequel peut influencer le désir de voter chez une personne (185).

Pour évaluer la participation politique, on a utilisé les taux de participation des Ottaviens aux dernières élections municipales, provinciales et fédérales. La participation électorale est le pourcentage de personnes qui ont voté parmi tous les électeurs inscrits d'une population. Cette mesure ne comprend pas les personnes admissibles à voter, mais qui n'étaient pas inscrites pour le faire.

ÉLECTIONS MUNICIPALES

- Aux élections municipales de 2014 de la Ville d'Ottawa, 40 % des électeurs inscrits ont déposé un bulletin de vote. La participation électorale par quartier a varié de 30 % (Cumberland) à 48 % (Kitchissippi) (186).

ÉLECTIONS PROVINCIALES

- Aux élections provinciales de 2014, 51 % des électeurs ontariens inscrits ont voté.
- La participation électorale par circonscription a varié de 49 % (Ottawa-Vanier) à 59 % (Ottawa-Orléans), avec un total de 55 % pour les sept circonscriptions d'Ottawa (187).

ÉLECTIONS FÉDÉRALES

- Aux élections fédérales de 2015, 68 % des électeurs canadiens inscrits et 68 % des électeurs ontariens inscrits ont voté.
- Dans les circonscriptions d'Ottawa, la participation électorale a varié de 76 % (Ottawa-Vanier et Ottawa-Sud) à 81 % (Orléans). La participation globale pour les huit circonscriptions d'Ottawa était de 77 % (188).

BIEN-ÊTRE MENTAL DES AUTOCHTONES

Le terme « Autochtone » désigne les premiers habitants du Canada. Il englobe les Premières Nations, les Inuits et les Métis ainsi que leurs ancêtres et leurs descendants, et reconnaît l'incroyable diversité qui caractérise ces groupes, leur histoire exceptionnelle, leurs savoirs, leurs traditions et leurs pratiques culturelles.

À Ottawa, les dispensateurs de services aux Autochtones reconnaissent les séquelles et les répercussions de la colonisation et du racisme systémique sur la santé et le bien-être des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis (189). Les traumatismes, l'oppression, la discrimination et l'exclusion sociale causés par les politiques coloniales ont entraîné un effet cumulatif chronique et intergénérationnel sur le bien-être socio-économique et politique des Autochtones, de même que sur leur santé physique et mentale, leurs relations familiales, leur culture et leur langue (190).

Prendre des mesures relatives à la santé mentale et aux dépendances dans une perspective globale, qui tient compte de tous les déterminants sociaux de la santé, constitue une priorité collective. Les approches fondées sur les forces et les succès locaux, privilégiant la culture et le bien-être de la collectivité, sont considérées comme des éléments essentiels des stratégies et programmes visant à améliorer la santé mentale des Autochtones à Ottawa (189). Les dispensateurs de services locaux développent un sentiment d'appartenance, l'inclusion et des liens sociaux en offrant des programmes et services de soutien flexibles, globaux et adaptés à leurs cultures. La courte vidéo [A Story of Impact](#) présente un exemple d'initiatives locales qui font la promotion de la santé mentale et du bien-être chez les nouveau-nés et les jeunes enfants (191). Les données fournies dans la présente section ne doivent pas être comparées aux autres données du rapport.

Pour résorber les séquelles laissées par la colonisation sur les peuples autochtones et faire avancer le processus de réconciliation, la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) a reconnu la nécessité de déterminer et de mesurer l'écart existant dans les résultats en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones. Cet [appel à l'action](#) détaille les facteurs déterminants d'inégalités en matière de santé mentale et les enjeux connexes auxquels sont confrontés les peuples autochtones. Bien que les données locales sur la santé mentale et le bien-être des Autochtones soient limitées, elles ont été prises en compte dans la mesure du possible et sont appuyées par des données provinciales et canadiennes. Citons par exemple le rapport sur la santé et bien-être mentale [Ma vie, mon bien-être](#) menée auprès des jeunes de la région de Champlain, l'[Enquête auprès des peuples Autochtones](#) ou encore les rapports publiés par Statistique Canada. Les données fournies dans la présente section ne doivent pas être comparées aux autres données du rapport.

Troubles de l'humeur et troubles anxieux autodéclarés

- À l'échelle nationale, 14 % des membres des Premières Nations vivant hors des réserves, 12 % des Métis et 7 % des Inuits ont indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur, et 14 % des membres des Premières Nations vivant hors des réserves, 13 % des Métis et 5 % des Inuits ont déclaré avoir un trouble anxieux (192).
- La moitié (48 %) des jeunes Autochtones de la région de Champlain présentaient des symptômes de troubles d'intériorisation tels que la dépression, l'anxiété ou des pensées suicidaires (193).
- Deux jeunes Autochtones sur cinq (40 %) de la région de Champlain présentaient des symptômes du trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité, de comportements perturbateurs ou d'autres troubles d'extériorisation (193).

Consommation de substances

- Dans la région de Champlain, 29 % des jeunes Autochtones présentaient des symptômes de consommation problématique de substances (193).

Automutilation

- Dans la région de Champlain, 13 % des jeunes Autochtones ont dit avoir d'importants problèmes d'automutilation (193).

Comportement suicidaire

- Un jeune Autochtone sur six (16 %) de la région de Champlain a déclaré avoir songé à s'enlever la vie ou à se suicider en 2012 (193).
- En 2012, 19 % des Autochtones (de 18 ans et plus) vivant hors des réserves en Ontario ont déjà sérieusement envisagé le suicide (194).

Exposition autodéclarée à la violence pendant l'enfance

- En 2014, 40 % des Autochtones du Canada ont dit avoir vécu de la violence physique ou sexuelle durant leur enfance, comparativement à 29 % des Canadiens non autochtones (129).
- Près du tiers (29 %) des jeunes Autochtones de la région de Champlain ont indiqué avoir subi de la violence psychologique ou émotionnelle au cours de la dernière année, un sur dix (11 %) a dit avoir été victime de violence familiale et 8 % ont signalé avoir été victime d'un événement traumatique (193).

Agressions physiques et sexuelles

- Le taux d'agression sexuelle parmi les répondants ayant affirmé être Autochtones était trois fois plus élevé que chez les répondants non autochtones. Une jeune Autochtone canadienne sur cinq (22 %) a indiqué avoir été victime d'une agression sexuelle au cours des 12 derniers mois (153).

Insécurité alimentaire

- En 2012, parmi les Autochtones de six ans et plus vivant hors des réserves en Ontario, près d'un Autochtone sur cinq (18 %) a dit vivre en situation alimentaire précaire ou très précaire (195).

Stigmatisation

- Certains jeunes Autochtones de la région de Champlain ont dit hésiter à recourir à des services à cause de la stigmatisation associée aux problèmes de santé mentale (193).

Discrimination

- Plus de la moitié des jeunes Autochtones de la région de Champlain ont déclaré avoir été victimes de discrimination ou humiliés parce qu'ils étaient Autochtones (193).

Compte tenu du manque de données souligné, ces chiffres ne livrent qu'une image tronquée des indicateurs de bien-être mental déclarés par les Autochtones. Comme recommandé dans *Now, Now, Now: Mental Wellness for Indigenous Youth in the Champlain Region*, un accès à des données locales pertinentes, de qualité et à jour favoriserait la mise en œuvre d'une approche fondée sur les preuves visant à offrir aux populations autochtones d'Ottawa des programmes, des stratégies et des services en matière de santé mentale adaptés à leurs cultures (196).

Pour en savoir plus :

- [Les Premières Nations, les Métis et les Inuits au Canada : des populations diverses et en plein essor](#) (197)
- [Now Now Now: Mental Wellness for Indigenous Youth in the Champlain Region](#) (Disponible en anglais seulement) (196)
- [Portrait de la diversité : les peuples autochtones \(Premières Nations, Inuits et Métis\)](#) (198)
- [Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir](#) (199)
- [Ma vie, mon bien-être](#) (193)
- [Our Health Counts](#) (Disponible en anglais seulement) (200)
- [Réflexions sur la promotion de la santé mentale des populations chez les enfants et les jeunes autochtones au Canada](#) (201)
- [First Nations Regional Health Survey](#) (Disponible en anglais seulement) (202)
- [Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations](#) (203)

CONCLUSION

Le *Rapport sur la santé mentale à Ottawa* appuie l'orientation stratégique de SPO visant à [favoriser la santé mentale dans la collectivité](#) (204) ainsi que la nécessité de promouvoir la santé mentale de tous les résidents de façon continue et de favoriser la résilience de la communauté. Le Cadre de surveillance de la santé mentale positive de l'ASPC a servi de structure pour faciliter la compréhension des déterminants complexes et interreliés de la santé mentale individuelle, familiale, communautaire et sociale à Ottawa. Selon les résultats en matière de santé mentale, la plupart des résidents d'Ottawa jugent avoir une très bonne ou une excellente santé mentale. Le rapport a permis de cibler les groupes de résidents dont la santé mentale est le plus à risque de se détériorer en raison d'inégalités sociales et économiques, de la stigmatisation et de la discrimination.

Les constatations de ce rapport mettent en lumière la possibilité d'améliorer la promotion, les stratégies et les programmes ainsi que la planification de la prestation des services en santé mentale. SPO entend prendre part à ces actions afin d'améliorer la santé mentale et le bien-être des résidents d'Ottawa.

GLOSSAIRE

TERM	DESCRIPTION
Composition du ménage : cohabitation, sans enfant	Cohabitation entre conjoints ou partenaires (ménage de deux personnes) ou entre des personnes qui ne sont pas mariées, ni en union de fait, ni dans une relation parent-enfant.
Composition du ménage : parent seul et enfant(s)	Un adulte vivant seul avec son ou ses enfants.
Composition du ménage : parents et enfant(s)	Conjoints ou partenaires vivant avec un ou des enfants.
Composition du ménage : personne seule	Personne vivant seule (ménage d'une personne).
Consommation problématique de substances	Consommation nocive d'alcool ou de drogues qui peut mener à des problèmes sociaux, financiers, psychologiques, physiques ou juridiques (205).
Dépendance	Contexte complexe où la vie d'une personne est perturbée par des comportements problématiques ou des habitudes nocives de consommation de drogues ou d'alcool. Au sens large, la dépendance est un trouble qui mène à l'interaction compulsive avec un stimulus, en dépit des conséquences négatives, ce qui peut entraîner une dépendance physique ou psychologique. La dépendance peut être engendrée par une substance (comme la consommation problématique d'alcool ou de cocaïne) ou par un processus; on l'appelle alors « dépendance du comportement » (comme le jeu ou la cyberdépendance). Les deux peuvent empêcher la personne de mener une vie saine. La dépendance peut s'expliquer et se comprendre à l'aide de ces quatre concepts : • État de manque • Perte de contrôle quant à la quantité et à la fréquence de consommation • Désir compulsif de consommer • Consommation continue en dépit des conséquences(205)
Facteur de risque	Facteur associé à une fréquence élevée de l'occurrence d'une maladie ou d'un trouble.
Intervalle de confiance	L'intervalle dans lequel est contenue la valeur réelle d'une variable, comme une moyenne, une proportion ou un taux. Dans le présent rapport, l'intervalle de confiance représente une probabilité de 95 %.

suite à la page suivante

TERM	DESCRIPTION
Maladie mentale	L'intervalle dans lequel est contenue la valeur réelle d'une variable, comme une moyenne, une proportion ou un taux. Dans le présent rapport, l'intervalle de confiance représente une probabilité de 95 %.
Minorité sexuelle	État biologique du cerveau qui altère la pensée, l'humeur et le comportement et qui est associé à une grande détresse ainsi qu'à des problèmes de fonctionnement importants (2).
Santé mentale	Identité ou expression sexuelle ou de genre qui n'est pas conforme à la norme culturelle. Par exemple, les personnes lesbiennes, gaies, bisexuelles et transgenres peuvent être considérées comme faisant partie d'une minorité sexuelle (206).
Signification statistique	État de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté (1).
Trouble de consommation	Consommation récurrente d'alcool ou de drogues causant des problèmes cliniques et fonctionnels considérables, notamment des problèmes de santé, un handicap ou l'incapacité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison. Ce diagnostic, selon le DSM-5, est fondé sur les signes d'une perte de contrôle, de l'altération du fonctionnement social et d'une consommation risquée ainsi que sur certains critères pharmacologiques (207).
Variabilité d'échantillonnage	Manque de cohérence entre les échantillons tirés de la même population, qui peut être causé par la sélection des individus au hasard dans cette population. Une variabilité d'échantillonnage élevée peut indiquer que l'estimation n'est pas aussi précise qu'elle pourrait l'être. Les facteurs qui augmentent la variabilité d'échantillonnage sont un échantillon réduit ainsi qu'une situation qui n'est pas fréquente ou qui est associée à un trouble rare.

RÉFÉRENCES

1. Organisation mondiale de la Santé. *10 faits sur la santé mentale*, août 2014. Sur Internet : http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/fr/.
2. Gouvernement du Canada. *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006.
3. Center on the Developing Child. *Key concepts*, 2017. Sur Internet : <http://developingchild.harvard.edu/science/key-concepts/>.
4. Alberta Family Wellness Initiative. *Brain Architecture*, 2017. Sur Internet : <https://www.albertafamilywellness.org/what-we-know/brain-architecture>.
5. Danner, D. D., D. A. Snowdon et W. V. Friesen. *Positive emotions in early life and longevity: findings from the nun study*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 2001, vol. 80, n° 5, p. 804-813.
6. Levinson, D., et G. Kaplan. *What does self rated mental health represent*, *Journal of Public Health Research*, 2014, vol. 3, n° 3, p. 287.
7. Weare, K., et M. Nind. *Mental health promotion and problem prevention in schools: what does the evidence say?*, *Health Promotion International*, 2011, vol. 26, n° S1, p. i29-69.
8. Keyes, C. L., D. Eisenberg, G. S. Perry, S. R. Dube, K. Kroenke et S. S. Dhingra. *The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students*, *Journal of American College Health*, 2012, vol. 60, n° 2, p. 126-133.
9. Grant, F., C. Guille et S. Sen. *Well-being and the risk of depression under stress*. PLOS ONE, 2013, vol. 8, n° 7, e67395.
10. Friedli, L., et M. Parsonage. *Mental Health Promotion: Building an Economic Case*, Northern Ireland Association for Mental Health, Belfast, 2007.
11. Ratnasingham, S., J. Cairney, J. Rehm, H. Manson et P. Kurdyak. *Rapport sur le fardeau de la maladie mentale et de la toxicomanie en Ontario*, Institut de recherche en services de santé et Santé publique Ontario, Toronto, 2017.
12. Johansson, A., J. E. Grant, S. W. Kim, B. L. Odlaug et K. G. Gotestam. *Risk factors for problematic gambling: a critical literature review*, *Journal of Gambling Studies*, 2009, vol. 25, n° 1, p. 67-92.
13. Ramrakha, S., A. Caspi, N. Dickson, T. E. Moffitt et C. Paul. *Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort*. BMJ, 2000, vol. 321, n° 7256, p. 263-266.
14. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies. *Quand les troubles de santé mentale et d'abus de substances se rencontrent*, 2013. Sur Internet : <http://www.ccsa.ca/Resource%20Library/CCSAMental-Health-and-Substance-Abuse-2013-fr.pdf>.
15. Commission de la santé mentale du Canada. *La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada*, 2013.

16. Turcotte, M. *Regards sur la société canadienne – Être aidant familial : quelles sont les conséquences?* septembre 2013.
17. Santé publique Ottawa, Association canadienne pour la santé mentale, Association canadienne de santé publique, Mental Illness Caregivers Association et Services aux familles des militaires. *Guide des proches aidants en santé mentale : un guide pour les aidants des personnes vivant avec une maladie mentale ou aux prises avec un trouble de santé mentale*, Ottawa (Ontario), 2016.
18. Statistique Canada. Tableau 102-0551 : *Suicides et taux de suicide selon le sexe et l'âge (nombres pour les deux sexes)*, 2018.
19. Smetanin, P., D. Stiff, C. Briante, C. Adair, S. Ahmad et M. Khan. *The life and economic impact of major mental illnesses in Canada*, rapport commandé par la Commission de la santé mentale du Canada, 2011.
20. Orpana, H., J. Vachon, J. Dykxhoorn, L. McRae et G. Jayaraman. « Surveillance de la santé mentale positive et de ses facteurs déterminants au Canada : élaboration d'un cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive », *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*, 2016, vol. 36, n° 1, p. 1-11.
21. Mantoura P. *Définir un cadre de référence sur la santé mentale des populations à l'intention de la santé publique*, Centre de collaboration nationale sur les politiques publiques et la santé, Montréal (Québec), 2014.
22. Ryff, C. D. *Psychological well-being revisited: advances in the science and practice of eudaimonia*, *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2014, vol. 83, n° 1, p. 10-28.
23. Ahmad, F., A. K. Jhaji, D. E. Stewart, M. Burghardt et A. S. Bierman. « *Single item measures of self-rated mental health: a scoping review*, *BMC Health Services Research*, 2014, vol. 14, n° 1, p. 398.
24. Santé publique Ottawa. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2013-2014)*, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada, 2017.
25. Helliwell, J. F., et R. D. Putnam. *The social context of well-being*, *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 2004, vol. 359, n° 1449, p. 1435-1446.
26. Diener, E., et M. Y. Chan. « Happy people live longer: Subjective well-being contributes to health and longevity », *Applied Psychology: Health and Well-Being*, 2011, vol. 3, n° 1, p. 1-43.
27. Graham, C. *Happiness and health: lessons – and questions – for public policy*, *Health Affairs*, Millwood, 2008, vol. 27, n° 1, p. 72-87.
28. Boarini, R., M. Comola, C. Smith, R. Manchin et F. de Keulenaer. *Quels sont les facteurs qui influent sur notre qualité de vie? Les déterminants du bien-être subjectif dans les pays de l'OCDE – Données extraites de l'enquête Gallup World Poll*, Éditions OCDE, 2012.
29. Santé publique Ottawa. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2005 à 2013-2014)*, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada, 2017.
30. Ryff, C. D., et C. L. Keyes. *The structure of psychological well-being revisited*, *Journal of Personality and Social Psychology*, 1995, vol. 69, n° 4, p. 719-727.
31. Santé publique Ottawa. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, (2011-2012)*, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada, 2017.
32. Ford, H. *Bilingualism, language development and psychological well-being : an example of deafness*, Université de Warwick, 2011. Thèse de doctorat en psychologie clinique.

33. Centre de prévention des maladies chroniques. *Infobase de la santé publique : Cadre d'indicateurs de surveillance de la santé mentale positive*, Agence de la santé publique du Canada, 2016. Sur Internet : <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/positive-mental-health/data-tool/?l=fra&Dom=1&Ind=22&LC=1&MS=1&Demo=1&VIEW=0>.
34. Berkman, L. F., T. Glass, I. Brissette et T. E. Seeman. *From social integration to health: Durkheim in the new millennium*, *Social Sciences & Medicine*, 2000, vol. 51, n° 6, p. 843-857.
35. Ryan, R., et E. L. Deci. *Intrinsic and extrinsic motivations: Classic definitions and new directions*, *Contemporary Educational Psychology*, 2000, vol. 25, p. 54-67.
36. Groupe de recherche du Mental Health and Addictions Scorecard and Evaluation Framework. *The mental health of children and youth in Ontario: 2017 Scorecard*, Institut de recherche en services de santé, Toronto (Ontario), 2017.
37. Groupe de recherche du Mental Health and Addictions. *System Performance in Ontario: A Baseline Scorecard*. Toronto (Ontario), Institute for Clinical Evaluative Sciences; 2018.
38. Hôpital des enfants de l'est de l'Ontario, Children's Hospital of Eastern Ontario et the Royal Mental Health Care & Research. *Partenariat jeunes esprits en santé, Bilan Annuel 2016-2017*, 2017.
39. Champlain Pathways to Better Care. *Champlain Acheminement vers de meilleurs soins*, 2018. Sur internet: <https://www.champlainpathways.ca/fr/>.
40. Santé publique Ottawa. *Ensembles de données 2006-2015 sur les services médicaux (Assurance-santé de l'Ontario)*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, 2018.
41. Groupe de recherche du Mental Health and Addictions Scorecard and Evaluation Framework. *The mental health of children and youth in Ontario: 2017 Scorecard – Technical Appendix*, Institut de recherche en services de santé, Toronto (Ontario), 2017.
42. Statistique Canada. *Les couples de même sexe et l'orientation sexuelle... en chiffres*, 2015 (mis à jour le 25 juin 2015). Sur Internet : http://www.statcan.gc.ca/fra/quo/smr08/2015/smr08_203_2015.
43. Commission de la santé mentale du Canada. *Arguments en faveur de la diversité : favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés*, Ottawa (Ontario), 2016.
44. Santé publique Ottawa. *Surveillance des facteurs de risque en Ontario, Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario 2017*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2018.
45. Santé publique Ottawa. *Visites à l'urgence non prévues, Ensemble de données 2007-2016, Système national d'information sur les soins ambulatoires*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, 2018.
46. Étude des quartiers d'Ottawa. *Étude des quartiers d'Ottawa 2018*. Sur internet: <https://www.neighbourhoodstudy.ca/fr/>.
47. Santé publique Ottawa. *Visites à l'urgence non prévues, Ensemble de données 2014-2016, Système national d'information sur les soins ambulatoires*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoir SANTÉ ONTARIO, 2018.
48. Agence de la santé publique du Canada. *Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada: Points saillants de l'enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada*, 2014.
49. Ottawa Public Health. *BORN Information System 2017*; 2018.

50. Santé publique Ontario. *Facteurs de risque pour un développement sain de l'enfant 2016*. Sur Internet : <https://www.publichealthontario.ca/fr/DataAndAnalytics/Snapshots/Pages/Risk-factorshealthy-child-development.aspx>.
51. Statistique Canada. *Statut d'immigrant*, mis à jour le 4 janvier 2016, consulté le 6 octobre 2017. Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/dict/pop148-fra.cfm>.
52. Kirmayer, L. J., L. Narasiah, M. Munoz, M. Rashid, A. G. Ryder, J. Guzder et coll. *Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care*, Canadian Medical Association Journal, 2011, vol. 183, n° 12, p. E959-E967.
53. Commissariat aux services en français. *La nouvelle définition francophone : analyse et demande de mise à jour*, 11 janvier 2012, Toronto (Ontario).
54. RWS Advisory. *Mental Health & Addictions Needs & Capacity Assessment*, Services de santé Royal Ottawa, Ottawa (Ontario), 2012.
55. Tjepkema, M. *Utilisation des services de santé par les gais, les lesbiennes et les bisexuels au Canada*, Rapports sur la santé, 2008, vol. 19, n° 1, p. 53-64.
56. Rotondi, N. K., G. R. Bauer, R. Travers, A. Travers, K. Scanlon et M. Kaay. *Depression in male-to-female transgender Ontarians: Results from the Trans PULSE Project*, Revue canadienne de santé mentale communautaire, 2011, vol. 30, n° 2, p. 113-133.
57. Striegel-Moore, R. H., et C. M. Bulik. *Risk factors for eating disorders*, American Psychologist, 2007, vol. 62, n° 3, p. 181-198.
58. Keel, P. K., et K. J. Forney. *Psychosocial risk factors for eating disorders*, International Journal of Eating Disorders, 2013, vol. 46, n° 5, p. 433-439.
59. Canadian Study of Health and Aging Working Group. *Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia*, Canadian Medical Association Journal, 1994, vol. 150, n° 6, p. 899-913.
60. Société Alzheimer du Canada. *Prévalence et coûts financiers des maladies cognitives au Canada : un rapport de la Société Alzheimer du Canada (2016)*, Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 2016, vol. 36, n° 10, p. 231-232.
61. Santé publique Ottawa. *Données sur la mortalité de l'Ontario (2012)*, dans *l'Ontario Ministry of Health and Long-Term Care IO (éditeur)*, Toronto (ON), ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, SavoirSanté Ontario, 2017.
62. Santé publique Ottawa. *Consommation problématique de drogues à Ottawa : rapport technique*, Ottawa (Ontario), 2016.
63. Boden, J. M., et D. M. Fergusson. *Alcohol and depression*, Addiction, 2011, vol. 106, n° 5, p. 906-914.
64. Jane-Llopis, E., et I. Matysina. *Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs*, Drug and Alcohol Review, 2006, vol. 25, n° 6, p. 515-536.
65. Santé publique Ottawa. *La consommation d'alcool à Ottawa : poursuivons la discussion*, Ottawa (Ontario), 2016.
66. Santé publique Ottawa. *Le Rapport sur la consommation de drogue et la santé des élèves d'Ottawa (CDSEO)*, Ottawa (Ontario) 2014.
67. Santé publique Ottawa. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (2015)*, fichier de partage de l'Ontario, Statistique Canada, 2018.

68. Santé publique Ottawa. *Visites d'urgence aux soins ambulatoires pour causes externes, 2015-2017*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, savoirSANTÉ ONTARIO, 2017.
69. Santé publique Ottawa. *Résultats d'évaluation approfondie, du 1er avril 2013 au 31 décembre 2016*, Système d'information sur les services intégrés pour enfants (SISIE) [ensemble de données], Ottawa (Ontario), 2017.
70. Giletta, M., R. H. J. Scholte, R. C. M. E. Engels, S. Ciairano et M. J. Prinstein. *Adolescent non-suicidal self-injury: a cross-national study of community samples from Italy, the Netherlands and the United States*, *Psychiatry Research*, 2012, vol. 197, n° 1-2, p. 66-72.
71. Nixon, M. K., P. Cloutier et S. M. Jansson. *Nonsuicidal self-harm in youth: a population-based survey*, *Canadian Medical Association Journal*, 2008, vol. 178, n° 3, p. 306-312.
72. Statistique Canada. Tableau 105-1101 : *Profil de la santé mentale, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC), selon le groupe d'âge et le sexe, Canada et provinces, occasionnel (nombre) a moins d'indications contraires*, 2013.
73. Santé arc-en-ciel Ontario. *LGBTQ mental health fact sheet*, Toronto (Ontario), 2015.
74. Scanlon, K., R. Travers, T. Coleman, G. Bauer et M. Boyce. « Les communautés trans en Ontario et le suicide : la transphobie est mauvaise pour notre santé », *Bulletin électronique de Trans PULSE*, vol. 2, n° 2, 2010.
75. Ross, L. E., G. R. Baue, M. A. MacLeod, M. Robinson, J. MacKay et C. Dobinson. *Mental health and substance use among bisexual youth and non-youth in Ontario, Canada*, *PLOS ONE*, 2014, vol. 9, n° 8, e101604.
76. Donaldson, A. E., G. Y. Larsen, L. Fullerton-Gleason et L. M. Olson. *Classifying undetermined poisoning deaths*, *Injury Prevention*, 2006, vol. 12, n° 5, p. 338-343.
77. Parai, J. L., N. Kreiger, G. Tomlinson et E. M. Adlaf. *The validity of the certification of manner of death by Ontario coroners*, *Annals of Epidemiology*, 2006, vol. 16, n° 11, p. 805-811.
78. Tollefsen, I. M., E. Hem et O. Ekeberg. *The reliability of suicide statistics: a systematic review*, *BMC Psychiatry*, 2012, vol. 12, n° 9.
79. Santé publique Ottawa. *Taux de suicide, 2012-2016*, Bureau du coroner en chef de l'Ontario, 2018.
80. Herrman, H., D. E. Stewart, N. Diaz-Granados, E. L. Berger, B. Jackson et T. Yuen. « What is resilience? », *Canadian Journal of Psychiatry*, 2011, vol. 56, n° 5, p. 258-265.
81. American Psychological Association. *The Road to Resilience*, 2018. Sur Internet : <http://www.apa.org/helpcenter/road-resilience.aspx>.
82. McMahon, E. M., P. Corcoran, C. McAuliffe, H. Keeley, I. J. Perry et E. Arensman. *Mediating effects of coping style on associations between mental health factors and self-harm among adolescents*, *Crisis: The Journal of Crisis Intervention and Suicide Prevention*, 2013, vol. 34, n° 4, p. 242-250.
83. Institut canadien d'information sur la santé. *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, Ottawa, 2009.
84. Ito, M., et E. Matsushima. *Presentation of coping strategies associated with physical and mental health during health check-ups*, *Community Mental Health Journal*, 2017, vol. 53, n° 3, p. 297-305.
85. Bandura, A. *Self-efficacy*, dans V. S. Ramachaudran, dir., *Encyclopedia of human behavior*, Academic Press, New York, 1994.

86. Clinton, J., A. Kays-Burden, C. Carter, K. Bhasin, J. Cairney, N. Carrey et coll. *Soutenir les esprits les plus jeunes de l'Ontario : investir dans la santé mentale des enfants de moins de 6 ans*, Centre d'excellence de l'Ontario en santé mentale des enfants et des adolescents, Ottawa (Ontario), 2014, consulté le 16 novembre 2016. Sur Internet : <http://www.excellencepourenfantsados.ca/carrefour-des-ressources/soutenir-esprits-plus-jeunes-l-ontario-investir-dans-la-santé-mentale>.
87. Fraser Mustard Institute for Human Development. *How do the first 2,000 days shape your life?*, Institut d'études pédagogiques de l'Ontario, Université de Toronto, Toronto (Ontario), mis à jour le 20 juillet 2016, consulté le 16 novembre 2016. Sur Internet : <http://boundless.utoronto.ca/impact/how-do-the-first-2000-days-shape-your-life/>.
88. Matson, J. L. *Social behavior and skills in children*, Springer, New York, Dordrecht, Heidelberg, Londres, 2009.
89. Offord Centre for Child Studies. *Domains and Subdomains*, Early Development Instrument, 2016. Sur Internet : <https://edi.offordcentre.com/researchers/domains-and-subdomains/>.
90. Millar, C., A. Lafreniere, J. Lebreton et C. de Quimper. *Nos enfants, leur histoire... Un aperçu de la santé développementale au début du cheminement scolaire à Ottawa, 2005-2015*, Coordonnatrices de l'analyse des données, dir., Ottawa (Ontario), 2016.
91. Mulligan, A. *The relationship between self-esteem and mental health outcomes in children and youth*, 2011.
92. Santé publique Ottawa. Surveillance des facteurs de risque en Ontario, *Sondage sur la consommation de drogues et la santé des élèves de l'Ontario 2013*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 2017.
93. Département Santé mentale et abus de substances psychoactives, Organisation mondiale de la Santé, *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice: a report of the World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Abuse in collaboration with the Victorian Health Promotion Foundation and the University of Melbourne*, Victorian Health Promotion Foundation, Université de Melbourne, Genève, 2004.
94. Association canadienne pour la santé mentale. *The relationship between mental health, mental illness and chronic physical conditions*, Ontario, 2017. Sur Internet : <https://ontario.cmha.ca/documents/the-relationship-between-mental-health-mental-illness-and-chronic-physical-conditions/>.
95. Gilmour, H., et P. L. Manage-Morin. *Healthy people, healthy places*, Ottawa (Ontario), 2010.
96. Bude Bingham, P. *Minding our bodies: physical activity for mental health. Literature Review*, Ontario, 2009.
97. Stanton, R., B. Happel et P. Reaburn. *The mental health benefits of regular physical activity, and its role in preventing future depressive illness*, Nursing: Research and Reviews, 2014, vol. 4, p. 45-52.
98. Société canadienne de physiologie de l'exercice. *Directives canadiennes en matière de mouvement sur 24 heures : une approche intégrée regroupant l'activité physique, le comportement sédentaire et le sommeil*, consulté le 4 juillet 2017. Sur Internet : <http://csepguidelines.ca/fr/>.
99. Statistique Canada. Tableau 117-0019 : *Distribution de la population à domicile selon s'ils rencontrent/ ne rencontrent pas les Directives canadiennes en matière d'activité physique, selon le sexe et le groupe d'âge*, occasionnel (pourcentage), 2017.
100. Cook, S., N. E. Turner, B. Ballon, A. Paglia-Boak, R. Murray, E. M. Adlaf et coll. *Problem gambling among Ontario students: associations with substance abuse, mental health problems, suicide attempts, and delinquent behaviours*, Journal of Gambling Behaviours, 2015, vol. 31, n° 4, p. 1121-1134.

101. Augner, C., et G. W. Hacker. *Associations between problematic mobile phone use and psychological parameters in young adults*, International Journal of Public Health, 2012, vol. 57, n° 2, p. 437-441.
102. Takao, M., S. Takahashi et M. Kitamura. *Addictive personality and problematic mobile phone use*, Cyber Psychology & Behavior, 2009, vol. 12, n° 5, p. 501-507.
103. Thomee, S., A. Harenstam et M. Hagberg. *Mobile phone use and stress, sleep disturbances, and symptoms of depression among young adults – a prospective cohort study*, BMC Public Health, 2011, vol. 11, p. 66.
104. Tsutsumi, A., T. Izutsu et T. Matsumoto. *Risky sexual behaviors, mental health, and history of childhood abuse among adolescents*, Asian Journal of Psychiatry, 2012, vol. 5, n° 1, p.48-52.
105. Coeffec A, Romo L, Cheze N, Riazuelo H, Plantey S, Kotbagi G, et coll. *Early substance consumption and problematic use of video games in adolescence*. Frontiers in psychology, 2015,6,501.
106. Şahin M, Gümüş et Y, Tofur S. *Game addiction and academic achievement*, 2014, p. 1533-1543.
107. Tejeiro Salguero RA, et Moran RM. *Measuring problem video game playing in adolescents*, Addiction. 2002, 97(12), p. 1601-6.
108. Ialomiteanu, A. R., H. A. Hamilton, E. M. Adlaf et R. E. Mann. *CAMH Monitor e-Report: Substance Use, Mental Health and Well-Being Among Ontario Adults, 1977-2015*, Centre de toxicomanie et de santé mentale, Toronto (Ontario), 2016.
109. Parkinson, J. *Establishing a core set of national, sustainable mental health indicators for children and young people in Scotland: Final Report*, NHS Health Scotland, 2012.
110. Shucksmith, J., J. Spratt, K. Philip et R. McNaughton. *A critical review of the literature on children and young people's views of the factors that influence their mental health*, NHS Health Scotland, 2009.
111. Jubenville, K., A. Lafreniere, C. Millar, C. de Quimper et K. Woods. *La santé développementale au début du cheminement scolaire à Ottawa – Résultats de l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance et du Sondage à l'intention des parents d'enfants fréquentant le jardin d'enfant en 2010-2012 à Ottawa*, Centre de ressources pour parents, Ottawa (Ontario), 2013.
112. Commission de la santé mentale du Canada. *Aidants*, 2018. Sur Internet : <https://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/focus-areas/aidants>.
113. Sinha, M. *Portrait des aidants familiaux*, 2012, Ottawa (Ontario), Statistique Canada, 2013.
114. MacCourt, P., *Directives pancanadiennes en faveur d'un système de prestation de services pour les proches aidants d'adultes ayant une maladie mentale*, Comité consultatif sur les aidants membres de la famille, Commission de la santé mentale du Canada, Calgary (Alberta), 2013.
115. Amir, E. *New Developments for Family Caregivers in the Context of Mental Health in Canada*, Revue canadienne de santé mentale communautaire, 2015, vol. 34, n° 4, p. 143-149.
116. Statistique Canada. *Enquête sociale générale*, tableau 114-0004, 2012.
117. Campbell, M., H. Thomson, C. Fenton et M. Gibson. *Lone parents, health, wellbeing and welfare to work: a systematic review of qualitative studies*, BMC Public Health, 2016, vol. 16, p. 188.
118. American Psychological Association. *Single parenting and today's family*. Sur Internet : <http://www.apa.org/helpcenter/single-parent.aspx>.
119. Crosier, T., P. Butterworth et B. Rodgers. *Mental health problems among single and partnered mothers. The role of financial hardship and social support*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2007, vol. 42, n° 1, p. 6-13.

120. Statistique Canada. *Tableaux de données, Recensement de 2016*, Ontario, 2017. Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/Index-fra>.
121. Chiu, M., F. Rahman, P. Kurdyak, J. Cairney, N. Jembere et S. Vigod. *Self-rated health and mental health of lone fathers compared with lone mothers and partnered fathers: a population-based cross-sectional study*, *Journal of Epidemiology & Community Health*, 2017, vol. 71, n° 5, p. 417-423.
122. Norman, R. E., M. Byambaa, R. De, A. Butchart, J. Scott et T. Vos. *The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis*. *PLOS Medicine*. 2012, vol. 9, n° 11, e1001349.
123. Lagdon, S., C. Armour et M. Stringer. *Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimisation: a systematic review*, *European Journal of Psychotraumatology*, 2014, vol. 5, n° 1, 24794.
124. Violence and Injury Prevention Programme. *The cycles of violence: The relationship between childhood maltreatment and the risk of later becoming a victim or perpetrator of violence. Key facts*, Organisation mondiale de la Santé, Bureau régional de l'Europe, Rome (Italie), 2007.
125. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada 2016 – Regard sur la violence familiale au Canada*, Ottawa (Ontario), 2016.
126. Irish, L., I. Kobayashi et D. L. Delahanty. *Long-term Physical Health Consequences of Childhood Sexual Abuse: A Meta-Analytic Review*, *Journal of Pediatric Psychology*. 2010, vol. 35, n° 5, p. 450-461.
127. Leber, B. *Les crimes haineux déclarés par la police au Canada, 2015*, Statistique Canada, mis à jour le 14 juin 2017.
128. Agence de la santé publique du Canada. *Qu'est-ce que la violence familiale?*, mis à jour le 4 août 2014. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/arretonsviolence-familiale/violence-familiale.html>.
129. Burczycka, M., et S. Conroy. *La violence familiale au Canada : un profil statistique, 2015*, Statistique Canada, le 16 février 2017.
130. Fallon, B., M. Van Wert, N. Trocme, B. MacLaurin, V. Sinha, R. Lefebvre et coll. *Ontario incidence study of reported child abuse and neglect – 2013 (OIS-2013)*, Portail canadien de la recherche en protection de l'enfance, Toronto (Ontario), 2015.
131. McDonald, L. *Into the light: National survey on the mistreatment of older Canadians 2015*.
132. Kawachi, I., et L. F. Berkman. *Social ties and mental health*, *Journal of Urban Health*. 2001, vol. 78, n° 3, p. 458-467.
133. Turcotte, M. *L'engagement communautaire et la participation politique au Canada*, 2015.
134. Statistique Canada. *Tableau 105-1200 : Indicateurs de vieillissement en santé, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 45 ans et plus, Canada et provinces, occasionnel*, 2010.
135. Statistique Canada. *Enquête sociale générale – Identité sociale, tableaux 118-0001 à 118-0005*, 2013.
136. Statistique Canada. *Les liens des Canadiens avec leur famille et amis*, 2014. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/141223/dq141223b-fra.htm>.
137. Sampasa-Kanyinga H., et R. F. Lewis. *Frequent use of social networking sites is associated with poor psychological functioning among children and adolescents*. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 2015, vol. 18, n° 7, p. 380-385.

138. Davison, C., V. Michaelson et W. Pickett. *It still takes a village: an epidemiological study of the role of social supports in understanding unexpected health states in young people*, BMC Public Health, 2015, vol. 15, p. 295.
139. Strine, T. W., D. P. Chapman, L. Balluz et A. H. Mokdad. *Health-related quality of life and health behaviors by social and emotional support. Their relevance to psychiatry and medicine*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2008, vol. 43, n° 2, p. 151-159.
140. Wang, S. Z., et E. A. Karpinski. *Santé psychologique en milieu de travail*, 2016.
141. McDaid, D., et A. L. Park. *Investing in mental health and well-being: findings from the DataPrev project*, Health Promotion International, 2011, vol. 26, no S1, p. i108-139.
142. Knapp, M., D. McDaid et M. Parsonage. *Mental health promotion and prevention: the economic case*, Personal Social Services Research Unit, London School of Economics and Political Science, Londres (Royaume-Uni), 2011.
143. Personnel de la Direction générale de la planification, de l'infrastructure et du développement économique, *Ville d'Ottawa, communication personnelle*, 2018.
144. Emploi et Développement social Canada. *Consultations publiques sur le harcèlement et la violence sexuelle en milieu de travail – Ce que nous avons entendu*, Gouvernement du Canada, 2017.
145. Smith, A., C. Poon, D. Stewart, C. Hoogeveen, E. Saewyc et McCreary Centre Society. *Making the right connections: promoting positive mental health among BC youth*, Vancouver (Colombie-Britannique), 2011.
146. Stewart, D., J. Sun, C. Patterson, K. Lemerle et M. Hardie. *Promoting and building resilience in primary school communities: evidence from a comprehensive "health promoting school" approach*, International Journal of Mental Health Promotion, 2004, vol. 6, n° 3, p. 26-33.
147. Agence de la santé publique du Canada. Environnements favorables à l'activité physique : l'environnement bâti a un effet sur notre santé, 2014. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/promotion-sante/modes-vie-sains/environnements-favorables-a-activite-physique-environnement-bati-a-effet-notre-sante.html>.
148. Agence de la santé publique du Canada. *Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2017 – Concevoir un mode de vie sain*, Ottawa (Ontario), 2017.
149. Evans, G. W. *The built environment and mental health*. Journal of Urban Health. 2003, vol. 80, n° 4, p. 536-555.
150. Santé publique Ottawa. *Données de base de l'Étude de quartiers d'Ottawa (dir.)*, données ouvertes / de la Ville d'Ottawa, 2017.
151. Statistique Canada. *Tableau 252-0052 : Indice de gravité de la criminalité et taux de classement pondéré, annuel (indice)*, 2017.
152. Grzywacz, J. G., et C. L. M. Keyes. *Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health*, American Journal of Health Behavior, 2004, vol. 28, n° 2, p. 99-111.
153. Conroy, S., et A. Cotter. *Les agressions sexuelles auto déclarées au Canada, 2014*, Statistique Canada, le 11 juillet 2017.
154. Santé publique Ottawa. *Toutes les causes externes, 2015*, ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (dir.), savoir SANTÉ ONTARIO, Toronto (Ontario), 2016.

155. Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario. *Advancing equity in Ontario: understanding key concepts*, 2014.
156. Commission ontarienne des droits de la personne. *Parce qu'on importe! Rapport de la consultation sur les droits de la personne, les troubles mentaux et les dépendances*, 2012.
157. World Health Organization and the Calouste Gulbenkian Foundation. *Social determinants of mental health*. Geneva; 2014.
158. Paul, K. I., et K. Moser. *Unemployment impairs mental health: meta-analyses*, Journal of Vocational Behavior, 2009, vol. 74, n° 3, p. 264-282.
159. Olesen, S. C., P. Butterworth, L. S. Leach, M. Kelahe et J. Pirkis. *Mental health affects future employment as job loss affects mental health: findings from a longitudinal population study*, BMC Psychiatry, 2013, vol. 13, n° 1, p. 144.
160. Statistique Canada. Tableau 109-5337 : *Taux de chômage, Canada, provinces, régions sociosanitaires (limites de 2015) et groupes de régions homologues*, annuel (pourcent), 2017.
161. Statistique Canada. Tableau 115-0006 : *Situation d'activité des adultes ayant une incapacité, en fonction du type d'incapacité et sévérité globale, selon le sexe et le groupe d'âge, Canada, provinces et territoires*, occasionnel (nombre, sauf indication contraire), 2017.
162. Conseil de planification sociale d'Ottawa. *Intégration économique des immigrants : réussites et obstacles. Profil des immigrants à Ottawa selon le recensement de 2006*, Ottawa (Ontario), 2009.
163. Colour of Poverty. *Fact Sheet # 1: Understanding the racialization of poverty in Ontario*, 2007.
164. Ville d'Ottawa. *Visages d'Ottawa : aperçu de l'intégration des immigrants au marché du travail – Faits saillants*, Ottawa (Ontario), 2007.
165. Pickett, K. E., et R. G. Wilkinson. *Inequality: an under acknowledged source of mental illness and distress*, British Journal of Psychiatry, 2010, vol. 197, n° 6, p. 426-428.
166. Santé publique Ottawa. *Équité en matière de santé et déterminants sociaux de la santé à Ottawa*, Ottawa (Ontario), 2016.
167. Davison, K., E. Ng, U. Chandrasekera, C. Seely, J. Cairns, L. Mailhot-Hall et coll. *Promoting mental health through healthy eating and nutritional care*, Toronto, 2012.
168. Taeasuk V, Mitchell A, Dachner N. *Household food insecurity in Canada, 2014. Toronto: Research to identify policy options to reduce food insecurity, (PROOF)*; 20186.
169. Galesloot, S., L. McIntyre, T. Fenton et S. Tyminski. *Food insecurity in Canadian adults: receiving diabetes care*, Canadian Journal of Dietetic Practice and Research, 2012, vol. 73, n° 3, p. e261-e266.
170. Melchior, M., J.-F. Chastang, B. Falissard, C. Galéra, R. E. Tremblay, S. M. Côté et coll. *Food insecurity and children's mental health: a prospective birth cohort study*, PLOS ONE, 2012, vol. 7, n° 12, e52615.
171. McIntyre, L., J. V. A. Williams, D. H. Lavorato et S. Patten. *Depression and suicide ideation in late adolescence and early adulthood are an outcome of child hunger*, Journal of Affective Disorders, 2013, vol. 150, n° 1, p. 123-129.
172. Muldoon, K. A., P. K. Duff, S. Fielden et A. Anema. *Food insufficiency is associated with psychiatric morbidity in a nationally representative study of mental illness among food insecure Canadians*, Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 2013, vol. 48, n° 5, p. 795-803.

173. Kirkpatrick, S. I., L. McIntyre et M. L. Potestio. *Child hunger and long-term adverse consequences for health*, Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 2010, vol. 164, n° 8, p. 754-762.
174. Santé publique Ottawa. *Panier de provisions nutritif 2017 : le prix de bien manger à Ottawa*, Ottawa, 2017.
175. Organisation mondiale de la santé (éditeur). *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*, première conférence internationale pour la promotion de la santé, Ottawa, 1986.
176. Alliance pour mettre un terme à l'itinérance (Ottawa). *Progress Report on Ending Homelessness in Ottawa*, 2017.
177. Hansson, E., A. Tuck, S. Lurie et K. McKenzie, du groupe de travail du Comité consultatif sur les systèmes de prestation de services, Commission de la santé mentale du Canada. *Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : enjeux et options pour l'amélioration des services*, 2010.
178. Sunderland, A., et L. C. Findlay. *Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (2012)*, Rapports sur la santé, 2013, vol. 24, n° 9, p. 3-9.
179. Commission canadienne des droits de la personne. *Qu'est-ce que la discrimination?*, mis à jour le 9 janvier 2013. Sur Internet : <https://www.chrc-ccdp.gc.ca/fra/contenu/quest-ce-que-la-discrimination>.
180. Pascoe, E. A., et L. S. Richman. *Perceived discrimination and health: a meta-analytic review*, Psychological Bulletin, 2009, vol. 135, n° 4, p. 531-554.
181. Commission ontarienne des droits de la personne. *Document de consultation : Stratégie relative aux droits de la personne dans le domaine de la santé mentale*, 2009.
182. Hyman, I. *Racism as a determinant of immigrant health*, 2009.
183. Cummins, S., M. Stafford, S. Macintyre, M. Marmot et A. Ellaway. *Neighbourhood environment and its association with self-rated health: evidence from Scotland and England*, Journal of Epidemiology & Community Health, 2005, vol. 59, n° 3, p. 207-213.
184. Sanders, L. *The psychological benefits of political participation*, Department of Government and Foreign Affairs (dir.), Université de Virginie, Charlottesville (Virginia), 2001.
185. Zimmerman, M. A., et J. Rappaport. *Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment*, American Journal of Community Psychology, 1988, vol. 16, n° 5, p. 725-750.
186. Ville d'Ottawa. *Résultats des élections 2014*, Ottawa, consulté le 5 juillet 2017. Sur Internet : https://ottawa.ca/election/index_fr.html.
187. Élections Ontario. *Élections générales de 2014 et Élections partielles de 2012-2014*, Sommaire des statistiques, Ontario, 2014.
188. Élections Canada. *Résultats officiels du scrutin : quarante-deuxième élection générale*, tableau 11, résultats par circonscription, 2015.
189. Catalyst Research & Communications. *Ottawa Urban Indigenous Health Strategy: Summary of Focus Groups*. Ottawa, Ontario, 2017.
190. Greenwood M, de Leeuw S, Lindsay N. *Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada*. The Lancet. 2018; 391(10131) : 1645-48, 2018
191. Ottawa Aboriginal Best Start Program. *A story of impact*, Ottawa, Ontario, 2014. Sur internet: <https://www.youtube.com/watch?v=Sx8428j40Vc>.

192. Kelly-Scott, K., et K. Smith. *Les peuples autochtones : feuillet d'information du Canada*, Ottawa, Ontario, 2015.
193. Forum du cercle de santé autochtone. *Ma vie, mon bien-être : besoins des jeunes Autochtones et évaluation des capacités d'intervention en santé mentale et en toxicomanie dans le RLISS de Champlain*, 2015.
194. Statistique Canada. *Tableau 577-0013 - Enquête auprès des peuples autochtones, santé mentale perçue et pensées suicidaires, selon l'identité autochtone, le groupe d'âge et le sexe, population âgée de 18 ans et plus, Canada, provinces et territoires, occasionnel, CANSIM (base de données)*, 2015. Sur Internet : <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?lang=fra&id=5770013&retrLang=fra>.
195. Statistique Canada. *Tableau 577-0009 : Enquête auprès des peuples autochtones, sécurité alimentaire, selon l'identité autochtone, le groupe d'âge, le sexe, et le nombre de personnes dans le ménage, population âgée de 6 ans et plus, Canada, provinces et territoires, occasionnel*, 2015.
196. Toupin L, Chase C. *Now, Now, Now: Mental Wellness for Indigenous Youth in the Champlain Region. Champlain Aboriginal Health Circle Forum*, 2017.
197. Statistique Canada. *Thème du Recensement de 2016 : Immigration et diversité ethnoculturelle*, 2018. Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/rt-td/imm-fra.cfm>.
198. Ville d'Ottawa. *Portrait de la diversité : les peuples autochtones (Premières Nations, Inuits et Métis)*, 2010. Sur Internet : https://documents.ottawa.ca/sites/documents.ottawa.ca/files/documents/aboriginal_fr.pdf.
199. Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada*, 2015.
200. Tungasuvvingat Inuit. *Out Health Counts: Urban Indigenous Health Database Project*, 2017.
201. Atkinson, D. *Réflexions sur la promotion de la santé mentale des populations chez les enfants et les jeunes autochtones au Canada*, Centre de collaboration nationale en santé publique 2017.
202. First Nations Information Governance Centre. *National Report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One*, Ottawa, 2018.
203. Santé Canada. *Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations*, Ottawa, 2015.
204. Santé publique Ottawa. *Faire d'Ottawa une ville plus saine : Plan stratégique de Santé publique Ottawa 2015-2018*, Ottawa, 2014.
205. Association canadienne pour la santé mentale. *Substance Use and Addiction*, 2018. Sur Internet : <http://ontario.cmha.ca/addiction-and-substance-misuse/>.
206. Cochat Costa Rodrigues, M. C., F. Leite et M. Queirós. *Sexual minorities: The terminology*, European Psychiatry, vol. 41, p. S848, 2017.
207. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. *Substance Use Disorders*, 2015. Sur Internet : <https://www.samhsa.gov/disorders/substance-use>.
208. Statistique Canada. *Thème du Recensement de 2016 : Immigration et diversité ethnoculturelle*, 2018. Sur internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/rt-td/imm-fra.cfm>.
209. Commission ontarienne des droits de la personne. *Politique sur le capacitisme et la discrimination fondée sur le handicap*, Ontario, 2016.
210. Gouvernement du Canada. *Document d'information sur la pauvreté au Canada*, 2016.

ANNEXE 1 : POPULATIONS PRIORITAIRES

POPULATION	DESCRIPTION
Francophones	Désigne les personnes dont la langue maternelle est le français ainsi que celles dont la langue maternelle n'est ni le français ni l'anglais, mais qui ont une bonne connaissance du français comme langue officielle et l'utilisent à la maison (53). Pour en savoir plus : • Francophones: Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2016) • Favoriser le rétablissement dans sa langue : orientations en santé mentale en français
Immigrants	Désigne les personnes qui sont ou qui ont déjà été des immigrants reçus ou des résidents permanents. Ces personnes sont nées à l'extérieur du Canada et ont acquis le droit de vivre au Canada de façon permanente (208). Pour en savoir plus : • Immigrants : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2016) • Personnes racialisées : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2016) • Centre de ressources multiculturelles en santé mentale • Arguments en faveur de la diversité : favoriser l'amélioration des services de santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés • Améliorer les services en santé mentale pour les immigrants, les réfugiés et les groupes ethnoculturels ou racialisés : enjeux et options pour l'amélioration des services
LGBTQ2	Désigne les communautés lesbienne, gaie, bisexuelle, trans, queer et bispirituelle. Pour en savoir plus : • Personnes LGBTQ : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2016) • Santé arc-en-ciel Ontario • Gay Men's Sexual Health Alliance – Ontario • Researching for LGBTQ Health • Trans PULSE

POPULATION	DESCRIPTION
Communautés rurales	Désigne les communautés rurales entourant Ottawa. Pour en savoir plus : • Les communautés rurales : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2017)
Personnes âgées	Désigne les personnes de plus de 65 ans. Pour en savoir plus : • Les personnes âgées : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2016) • Commission de la santé mentale du Canada : Aînés • Fountain of Health
Personnes handicapées	Désigne les personnes qui vivent avec un handicap ou une incapacité sur le plan physique, mental, développemental ou de l'apprentissage (209). Pour en savoir plus : • Personnes handicapées : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2017)
Personnes vivant dans la pauvreté	Désigne les familles dont le revenu est inférieur au revenu moyen des ménages et qui ont du mal à combler leurs besoins de base (210). Pour en savoir plus sur les personnes vivant dans la pauvreté à Ottawa : • Personnes vivant dans la pauvreté : Optique d'équité et d'inclusion – Portrait (2017) • Vers une stratégie de réduction de la pauvreté – Document d'information sur la pauvreté au Canada

ANNEXE 2 : TABLEAUX DE DONNÉES DES FIGURES

TABLEAU 2

Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 12 ans et plus) qui ont déclaré avoir une excellente ou une très bonne santé mentale, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	69,0	65,6-72,3
Ontario sans Ottawa	68,8	68,0-69,7
Études secondaires non terminées	60,5	52,7-67,8
Études secondaires terminées	58,6	51,6-65,3
Études postsecondaires [†]	73,1	68,7-77,1
Revenu inférieur	47,3	34,0-61,0
Revenu dans la moyenne inférieure	59,0	45,7-71,2
Revenu dans la moyenne supérieure	67,5	60,7-73,5
Revenu supérieur [†]	73,5	69,2-77,3
Propriétaire de son logement [†]	71,9	68,1-75,5
Locataire de son logement	61,3	53,6-68,5
Présence au travail la semaine dernière [†]	73,3	68,9-77,3
Absence du travail la semaine dernière	77,7	60,7-88,7
Sans emploi la semaine dernière	58,9	51,8-65,7
Incapacité à travailler/chômage permanent	29,0*	17,9-43,5

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage;

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 3

Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) qui ont déclaré s'être sentis heureux presque tous les jours ou tous les jours au cours du dernier mois, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2011-2012)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	74,5	71,2-77,6
Ontario sans Ottawa	75,1	74,2-75,9
15 à 19 ans[†]	83,1	74,0-89,4
20 à 44 ans	77,4	72,4-81,7
45 à 64 ans	71,5	64,5-77,6
65 ans et plus	66,2	60,0-71,9
Revenu inférieur	48,6	35,2-62,2
Revenu dans la moyenne inférieure	65,7	55,8-74,3
Revenu dans la moyenne supérieure	65,5	58,8-71,7
Revenu supérieur[†]	81,7	77,8-85,0
Personne seule	66,9	61,1-72,3
Parent seul et enfant(s)	60,5	47,9-71,8
Parents et enfant(s)[†]	77,5	71,7-82,4
Personne cohabitant en couple ou avec d'autres personnes	79,8	75,3-83,7
Non-immigrant	81,5	78,0-84,6
Immigrant (≤ 10 ans)	47,9	35,0-61,1
Immigrant (> 10 ans)	65,1	57,8-71,7

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 4

Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 12 ans et plus) qui ont dit être satisfaits ou très satisfaits à l'égard de leur vie, en fonction de certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	91,0	88,9-92,7
Ontario sans Ottawa	88,2	87,6-88,8
12 à 19 ans [†]	97,4	94,0-98,9
20 à 44 ans	91,7	87,5-94,6
45 à 64 ans	89,9	86,1-92,8
65 ans et plus	86,5	82,2-89,9
Études secondaires non terminées	84,1	76,8-89,4
Études secondaires terminées	86,5	81,0-90,6
Études postsecondaires [†]	93,3	90,5-95,3
Revenu inférieur	70,9	56,9-81,8
Revenu dans la moyenne inférieure	80,1	68,2-88,3
Revenu dans la moyenne supérieure	88,7	83,6-92,4
Revenu supérieur [†]	95,4	93,9-96,5
Propriétaire de son logement [†]	93,7	92,1-94,9
Locataire de son logement	83,8	77,9-88,4
Présence au travail la semaine dernière [†]	95,4	93,3-96,8
Absence du travail la semaine dernière	93,2	80,0-97,9
Sans emploi la semaine dernière	84,4	78,3-89,0
Incapacité à travailler/chômage permanent	59,0	43,7-72,7

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 5

Pourcentage de résidents d'Ottawa (de 15 ans et plus) qui ont déclaré un niveau élevé de bien-être psychologique, selon la langue maternelle (2011-2012)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	64,0	60,6-67,2
Ontario sans Ottawa	69,8	68,8-70,7
Langue maternelle : anglais [†]	70,1	65,7-74,2
Langue maternelle : français	63,5	56,7-69,8
Autre langue maternelle	55,9	49,7-62,0

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 6

Pourcentage d'élèves par année qui ont déclaré avoir une grande autonomie, être très compétents et avoir un grand niveau d'appartenance, Canada (2014-2015)

ANNÉE SCOLAIRE	AUTONOMIE (IC)	COMPÉTENCE (IC)	NIVEAU D'APPARTENANCE (IC)
6	73,6 (72,9-74,2)	87,9 (87,4-88,4)	92,7 (92,4-93,1)
7	74,4 (73,8-75,0)	84,6 (84,0-85,1)	86,6 (86,2-87,1)
8	73,3 (72,6-74,0)	83,6 (83,0-84,3)	84,5 (84,0-85,0)
9	74,7 (74,1-75,2)	80,4 (79,9-80,9)	80,4 (79,8-80,9)
10	75,6 (74,5-76,7)	77,5 (76,7-78,4)	78,6 (77,7-79,5)
11	74,4 (73,7-75,2)	77,6 (77,1-78,1)	78,6 (78,1-79,1)
12	77,0 (76,0-78,0)	80,2 (79,5-80,9)	82,2 (81,6-82,8)

TABLEAU 7

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2005	60,6 (57,7-63,4)	63,7 (62,8-64,6)
2007-2008	60,7 (57,2-64,1)	64,3 (63,5-65,2)
2009-2010	64,3 (61,2-67,3)	65,3 (64,3-66,3)
2011-2012	57,9 (54,3-61,4)	65,8 (64,8-66,7)
2013-2014	63,0 (59,1-66,8)	65,9 (65,0-66,8)

TABLEAU 8

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir un sentiment d'appartenance à la communauté locale très fort ou plutôt fort, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	63,0	59,1-66,8
Ontario sans Ottawa	65,9	65,0-66,8
12 à 19 ans [†]	74,5	67,9-80,2
20 à 44 ans	56,8	50,0-63,4
45 à 64 ans	65,0	58,5-70,9
65 ans et plus	67,9	62,4-73,0
Personne seule	56,2	50,1-62,1
Parent seul et enfant(s)	58,0	42,8-71,7
Parents et enfant(s) [†]	68,4	61,9-74,3
Personne cohabitant en couple ou avec d'autres personnes	64,9	59,7-69,9

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 9

Taux normalisé selon l'âge (par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2006-2015)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2006	817,7 (815,7-819,7)	621,3 (620,9-621,8)
2007	778,3 (776,5-780,2)	600,2 (599,8-600,7)
2008	749,4 (747,5-751,2)	594,3 (593,8-594,7)
2009	732,1 (730,3-733,9)	600,0 (599,6-600,5)
2010	746,5 (744,7-748,3)	634,5 (634,1-635,0)
2011	754,9 (753,1-756,7)	674,8 (674,3-675,2)
2012	752,5 (750,7-754,3)	683,4 (682,9-683,9)
2013	746,6 (744,8-748,3)	683,4 (683,0-683,9)
2014	747,6 (745,8-749,3)	695,2 (694,7-695,6)
2015	763,1 (761,4-764,9)	714,4 (713,9-714,9)

TABLEAU 10

Taux spécifique selon l'âge (par 1 000 habitants) de consultations externes chez le médecin pour des problèmes de santé mentale et de dépendance, Ottawa (2006-2015)

ANNÉE	0 À 14 ANS	15 À 24 ANS	25 À 44 ANS	45 À 64 ANS	65 ANS ET PLUS
2006	242,7	544,4	908,6	1198,2	844,9
2007	238,5	537,8	851,5	1133,8	806,0
2008	231,3	521,7	805,1	1087,6	791,6
2009	223,0	529,9	790,0	1043,5	779,5
2010	223,9	557,5	821,5	1055,4	765,0
2011	234,2	593,8	859,8	1028,7	756,9
2012	252,2	622,1	849,5	1004,8	756,6
2013	259,7	640,7	836,9	986,1	748,0
2014	270,9	660,6	837,4	970,6	750,2
2015	294,8	688,9	858,6	978,1	745,2

TABLEAU 11

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit avoir consulté un professionnel de la santé concernant leur santé mentale ou émotionnelle au cours des 12 derniers mois, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2005	8,6 (7,3-10,2)	7,1 (6,7-7,5)
2007-2008	15,2 (12,8-17,8)	10,2 (9,7-10,6)
2009-2010	14,1 (11,9-16,6)	9,8 (9,3-10,3)
2011-2012	14,7 (12,3-17,3)	11,9 (11,3-12,5)
2013-2014	15,7 (13,3-18,5)	12,1 (11,5-12,7)

TABLEAU 12

Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2007	1256,5 (1233,0-1280,3)	1428,1 (1421,3-1434,9)
2008	1324,7 (1300,8-1349,0)	1476,2 (1469,3-1483,0)
2009	1384,9 (1360,7-1409,4)	1471,7 (1464,9-1478,6)
2010	1450,5 (1425,9-1475,4)	1549,9 (1543,0-1556,9)
2011	1552,4 (1527,1-1577,9)	1609,1 (1602,0-1616,2)
2012	1640,9 (1615,0-1667,0)	1701,7 (1694,5-1709,0)
2013	1679,5 (1653,4-1705,9)	1733,6 (1726,4-1740,9)
2014	1716,2 (1690,0-1742,8)	1805,0 (1797,6-1812,4)
2015	1771,3 (1744,7-1798,2)	1899,0 (1891,4-1906,6)
2016	1828,6 (1801,7-1855,9)	2034,3 (2026,4-2042,1)

TABLEAU 13

Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa (2007-2016)

ANNÉE	5 À 14 ANS	15 À 24 ANS	25 À 44 ANS	45 À 64 ANS	65 ANS ET PLUS
2007	360,2	2 162,2	1 708,3	1 291,7	665,8
2008	395,0	2 257,9	1 785,1	1 333,0	808,0
2009	405,2	2 369,4	1 874,6	1 407,3	808,5
2010	520,6	2 672,9	1 897,0	1 418,7	798,1
2011	642,8	3 078,4	1 897,5	1 488,5	870,9
2012	686,0	3 258,1	1 963,2	1 567,6	990,2
2013	752,9	3 273,0	2 002,6	1 545,6	1 137,2
2014	756,2	3 485,9	2 011,7	1 583,3	1 077,6
2015	742,5	3 709,4	2 050,9	1 596,9	1 173,7
2016	651,8	4 204,0	2 150,0	1 512,1	1 135,7

TABLEAU 14

Taux brut (par 1 000 habitants) de visites à l'urgence pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, selon l'avantage socioéconomique des quartiers d'Ottawa, résidents de 10 ans et plus (2014-2016)

NEIGHBOURHOOD SES QUINTILE	TAUX BRUT
1 (Quartiers les plus avantagés)	13,3
2	14,9
3	16,7
4	25,3
5 (Quartiers les plus défavorisés)	30,9
Moyenne d'Ottawa	20,4

TABLEAU 15

Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2007	564,5 (548,6-580,7)	653,8 (649,2-658,4)
2008	583,0 (567,0-599,4)	643,4 (638,9-648,0)
2009	590,0 (574,1-606,3)	642,2 (637,7-646,7)
2010	585,7 (570,0-601,8)	655,4 (650,9-660,0)
2011	608,7 (592,8-625,0)	634,1 (629,6-638,5)
2012	645,7 (629,4-662,3)	707,9 (703,2-712,6)
2013	663,8 (647,4-680,6)	720,0 (715,3-724,7)
2014	663,2 (646,8-679,8)	728,5 (723,8-733,2)
2015	662,8 (646,5-679,3)	743,2 (738,5-747,9)
2016	726,6 (709,7-743,9)	786,3 (781,4-791,1)

TABLEAU 16

Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) d'hospitalisations pour tout problème de santé mentale ou de dépendance, Ottawa (2007-2016)

ANNÉE	5 À 14 ANS	15 À 24 ANS	25 À 44 ANS	45 À 64 ANS	65 ANS ET PLUS
2007	118,0	688,3	741,8	635,3	543,1
2008	118,9	686,3	731,0	627,9	706,7
2009	114,3	725,8	740,1	646,5	671,2
2010	102,1	730,8	732,6	661,4	619,5
2011	104,0	816,0	724,9	669,4	697,6
2012	94,0	916,0	713,8	710,4	799,3
2013	117,5	1 018,5	716,5	697,7	814,1
2014	120,1	1 032,7	708,9	700,5	803,8
2015	108,3	1 029,4	731,3	671,2	823,7
2016	124,7	1 275,7	795,6	711,9	825,2

TABLEAU 17

Taux normalisés selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2007	510,0 (495,1-525,3)	710,4 (705,6-715,2)
2008	553,3 (537,9-569,1)	740,2 (735,4-745,1)
2009	592,7 (576,9-608,9)	726,4 (721,6-731,2)
2010	615,8 (599,9-632,1)	759,1 (754,2-764,0)
2011	668,1 (651,5-684,9)	793,1 (788,1-798,1)
2012	704,8 (687,9-722,0)	839,2 (834,1-844,3)
2013	721,5 (704,4-738,8)	848,7 (843,6-853,8)
2014	755,0 (737,6-772,7)	877,6 (872,5-882,8)
2015	762,2 (744,8-780,0)	910,1 (904,8-915,3)
2016	795,2 (777,4-813,3)	967,4 (962,0-972,8)

TABLEAU 18

Taux spécifiques selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, Ottawa (2007-2016)

ANNÉE	5 À 14 ANS	15 À 24 ANS	25 À 44 ANS	45 À 64 ANS	65 ANS ET PLUS
2007	139,2	856,7	688,8	531,9	292,8
2008	166,3	915,1	741,5	550,8	386,7
2009	198,6	1 000,1	805,2	594,3	350,1
2010	239,3	1 182,0	777,2	595,9	350,9
2011	356,9	1 316,6	792,5	629,4	390,2
2012	372,0	1 487,9	822,8	630,0	396,4
2013	417,3	1 495,4	872,7	601,4	420,6
2014	453,5	1 671,5	865,5	635,0	407,4
2015	448,1	1 776,9	825,5	639,4	437,9
2016	395,6	2 032,8	868,3	631,2	388,6

TABLEAU 19

Pourcentage de résidents (de 19 ans et plus) qui ont dit avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou de trouble anxieux, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2005	10,0 (8,4-11,9)	8,9 (8,5-9,4)
2007-2008	13,1 (10,8-15,7)	10,6 (10,1-11,1)
2009-2010	11,1 (9,4-13,2)	10,1 (9,5-10,7)
2011-2012	14,3 (12,0-17,0)	11,2 (10,6-11,9)
2013-2014	13,4 (11,2-16,0)	12,7 (12,1-13,4)

TABLEAU 20

Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des troubles de l'alimentation, Ottawa (2007-2016)

ANNÉE	5 À 14 ANS	15 À 24 ANS	25 À 44 ANS	45 À 64 ANS	65 ANS ET PLUS
2007	6.1	24.5	8.6	2.2	0.0
2008	11.1	42.7	5.5	5.5	4.7
2009	6.0	32.4	7.0	0.8	0.9
2010	8.0	44.0	7.4	1.6	1.8
2011	14.0	48.6	5.8	2.4	2.6
2012	19.0	42.3	6.1	1.2	0.8
2013	18.9	63.2	10.9	3.1	0.8
2014	19.8	62.7	10.8	5.0	0.7
2015	15.8	52.8	8.1	4.6	0.0
2016	11.7	72.3	7.5	3.4	0.7

TABLEAU 21

Taux normalisé selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes d'automutilation intentionnels, , Ottawa et reste de l'Ontario (2007-2016)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2007	112,8 (105,9-120,0)	109,3 (107,5-111,2)
2008	116,4 (109,4-123,6)	107,1 (105,2-108,9)
2009	98,3 (91,9-104,9)	103,1 (101,3-104,9)
2010	102,7 (96,3-109,5)	100,4 (98,6-102,2)
2011	113,2 (106,5-120,2)	95,1 (93,3-96,8)
2012	120,3 (113,3-127,5)	103,1 (101,3-104,9)
2013	125,0 (117,9-132,4)	108,4 (106,6-110,2)
2014	133,8 (126,5-141,4)	114,9 (113,0-116,8)
2015	144,6 (137,0-152,5)	116,5 (114,6-118,4)
2016	135,8 (128,5-143,5)	126,4 (124,4-128,4)

TABLEAU 22

Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes d'automutilation intentionnels, selon le sexe, Ottawa (2007-2016)

ANNÉE	FEMMES	FEMALE 15-24 YRS	FEMMES 25 ANS ET PLUS	HOMMES 5 À 14 ANS	HOMMES 15 À 24 ANS	HOMMES 25 ANS ET PLUS
2007	75,8	437,5	115,5	8,0	140,9	92,8
2008	90,0	451,4	116,3	13,9	167,9	88,1
2009	59,1	371,8	88,2	7,9	168,4	84,8
2010	69,3	467,7	95,4	11,8	137,2	71,6
2011	93,4	559,2	95,7	15,8	190,4	66,8
2012	77,2	556,6	99,8	21,7	166,7	87,0
2013	169,8	609,4	94,7	19,6	187,1	74,1
2014	180,9	672,5	98,1	33,3	206,9	69,8
2015	205,4	867,1	92,8	13,6	210,3	68,3
2016	146,2	831,8	87,7	13,5	235,9	60,2

TABLEAU 23

Taux spécifique selon l'âge (par 100 000 habitants) de visites à l'urgence pour des actes d'automutilation intentionnels, selon le sexe, Ottawa (2016)

GROUPE D'ÂGE	FEMMES	HOMMES
5 à 14 ans	146,2	13,5
15 à 24 ans	831,8	235,9
25 à 39 ans	145,9	82,7
40 à 64 ans	83,2	61,8
65 ans et plus	18,5	20,0

TABLEAU 24
Taux brut (par 100 000 habitants)
de suicide, Ottawa (2003-2016)

ANNÉE	TAUX
2003	7,0
2004	7,6
2005	6,6
2006	8,6
2007	7,4
2008	8,6
2009	7,8
2010	7,8
2011	8,2
2012	7,1
2013	9,9
2014	8,1
2015	8,7
2016	8,4

TABLEAU 25
Taux spécifique selon l'âge (par
100 000 habitants) de suicide selon
le sexe, Ottawa (moyenne 2012-2016)

GROUPE D'ÂGE	FEMMES	HOMMES
0 à 14 ans	0,3	1,1
15 à 24 ans	2,8	9,7
25 à 39 ans	5,6	13,8
40 à 49 ans	7,4	17,9
50 à 64 ans	7,4	18,2
65 ans et plus	4,3	11,8

TABLEAU 26
Pourcentage d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) qui ont dit posséder une forte capacité
d'adaptation, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Canada (2012)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Femme	53,4	51,9-55,0
Homme	60,4	58,9-62,0
18 à 24 ans	48,5	45,7-51,3
25 à 44 ans	58,5	56,6-60,5
45 à 64 ans	59,0	57,0-61,0
65 ans et plus	54,8	52,7-56,8
Revenu inférieur (Q1)	47,7	44,9-50,4
Revenu dans la moyenne inférieure	50,6	48,0-53,2
Revenu moyen	56,8	54,4-59,1
Revenu dans la moyenne supérieure	61,1	59,0-63,3
Revenu supérieur (Q5)	67,7	65,4-69,9

TABEAU 27

Pourcentage d'adultes canadiens (de 18 ans et plus) qui ont déclaré avoir un niveau élevé de contrôle perçu sur les situations de la vie, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Canada (2008)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
18 à 24 ans	50,6	47,4-53,8
25 à 44 ans	47,7	46,2-49,2
45 à 64 ans	39,5	38,2-40,8
65 ans et plus	26,1	24,6-27,6
Né au Canada	45,3	44,5-46,2
Immigrant	29,5	27,5-31,5
Centre de population	42,2	41,3-43,2
Région rurale	38,7	37,0-40,5

TABLEAU 28

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être en très bonne ou en excellente santé, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	63,3	57,9-68,3
Ontario sans Ottawa	62,1	56,7-67,2
12 à 19 ans [†]	56,5	50,7-62,2
20 à 44 ans	53,4	39,9-66,5
45 à 64 ans	41,9	31,4-53,2
65 ans et plus	53,4	46,1-60,6
Revenu inférieur	70,0	67,0-72,8
Revenu dans la moyenne inférieure	58,5	51,3-65,3
Revenu dans la moyenne supérieure	57,7	41,5-72,5
Revenu supérieur [†]	67,2	61,9-72,2
Personne seule	63,2	57,8-68,3
Parent seul et enfant(s)	67,1	64,0-70,0
Parents et enfant(s) [†]	51,7	45,4-57,9
Personne cohabitant en couple ou avec d'autres personnes	68,7	64,3-72,8
Propriétaire de son logement [†]	51,7	45,4-57,9
Locataire de son logement	68,7	64,3-72,8
Présence au travail la semaine dernière [†]	67,6	48,7-82,1
Absence du travail la semaine dernière	52,6	45,2-60,0
Sans emploi la semaine dernière	14,5*	8,1-24,8
Incapacité à travailler/chômage permanent	14,5*	8,1-24,8

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage;

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 29

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont déclaré avoir des limitations d'activité parfois ou souvent, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	30,3	9,2-13,9
Ontario sans Ottawa	31,7	12,6-13,7
12 à 19 ans [†]	19,0*	12,2-28,5
20 à 44 ans	24,5	19,6-30,3
45 à 64 ans	31,9	26,5-37,8
65 ans et plus	50,5	44,8-56,1
Présence au travail la semaine dernière [†]	24,1	20,2-28,4
Absence du travail la semaine dernière	28,0*	15,5-45,1
Sans emploi la semaine dernière	36,4	30,1-43,1
Incapacité à travailler/chômage permanent	83,9	71,8-91,5

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage;

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 30

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être modérément actifs ou actifs pendant leurs loisirs, Ottawa et reste de l'Ontario (2005-2014)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2005	57,0 (54,0-60,0)	51,3 (49,9-52,6)
2007-2008	57,4 (54,0-60,8)	48,0 (47,2-48,9)
2009-2010	57,0 (54,0-60,0)	62,4 (58,7-66,1)
2011-2012	62,2 (58,5-65,7)	52,3 (51,3-53,3)
2013-2014	59,3 (56,3-62,2)	51,3 (49,9-52,6)

TABLEAU 31

Pourcentage de résidents (de 12 ans et plus) qui ont dit être modérément actifs ou actifs pendant leurs loisirs, en fonction de certains facteurs socioéconomiques, Ottawa (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	59,3	56,3-62,2
Ontario sans Ottawa	52,0	51,0-53,0
12 à 19 ans [†]	71,5	63,7-78,2
20 à 44 ans	60,3	55,1-65,2
45 à 64 ans	58,6	52,2-64,7
65 ans et plus	49,6	43,1-56,1
Non-immigrant [†]	63,4	59,9-66,7
Immigrant (≤ 10 ans)	49,3*	33,4-65,4
Immigrant (> 10 ans)	50,8	41,6-59,8
Présence au travail la semaine dernière [†]	61,5	57,1-65,8
Absence du travail la semaine dernière	57,4*	37,8-74,9
Sans emploi la semaine dernière	58,3	50,7-65,4
Incapacité à travailler/chômage permanent	24,2*	13,1-40,2

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage;

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 32

Pourcentage des adultes canadiens (18 ans et plus) ayant subi de la violence physique ou sexuelle ou ayant été exposés à de la violence entre partenaires intimes avant l'âge de 16 ans, selon certains facteurs socioéconomiques (2012)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Femmes	30,5	29,0-31,9
Hommes	34,1	31,1-33,4
Né au Canada	33,8	32,5-35,0
Immigrant	20,8	25,8-30,3
Revenu inférieur (Q1)	32,7	30,3-35,0
Revenu dans la moyenne inférieure	29,7	27,1-32,2
Revenu moyen	29,7	27,6-31,6
Revenu dans la moyenne supérieure	34,0	31,4-36,6
Revenu supérieur (Q5)	35,0	32,6-37,4

TABLEAU 33

Pourcentage des résidents (de 18 à 75 ans) ayant indiqué que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante, à Ottawa et dans le reste de l'Ontario (2005-2014)

ANNÉE	OTTAWA (IC)	ONTARIO SANS OTTAWA (IC)
2005	30,7 (27,3-34,2)	28,4 (27,5-29,4)
2007-2008	28,8 (24,7-33,4)	28,0 (27,0-29,0)
2009-2010	26,0 (22,4-29,9)	29,4 (28,4-30,5)
2011-2012	24,9 (21,2-29,0)	26,9 (25,8-28,0)
2013-2014	25,8 (22,3-29,5)	27,6 (26,5-28,7)

TABLEAU 34

Pourcentage des résidents d'Ottawa (de 18 à 75 ans) ayant indiqué que la plupart du temps, leur journée de travail était très ou extrêmement stressante, selon le plus haut niveau de scolarité atteint (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	25,8	22,3-29,5
Ontario sans Ottawa	27,6	26,5-28,7
Études secondaires non terminées	D.N.P.	–
Études secondaires terminées	21,0*	14,5-29,4
Études postsecondaires [†]	26,7	23,0-30,8

*D.N.P. – Données non publiables en raison de la grande variabilité d'échantillonnage;

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.

TABLEAU 35

Pourcentage des ménages d'Ottawa ayant indiqué vivre de l'insécurité alimentaire, selon certains facteurs socioéconomiques (2013-2014)

FACTEUR SOCIODÉMOGRAPHIQUE	POURCENTAGE	INTERVALLE DE CONFIANCE
Ottawa	6,5	5,1-8,2
Ontario sans Ottawa	8,6	8,0-9,1
Revenu inférieur	24,0*	16,1-34,0
Revenu dans la moyenne inférieure	18,2*	11,8-27,1
Revenu dans la moyenne supérieure	8,4*	5,2-13,3
Revenu supérieur [†]	D.N.P.	–
Propriétaire de son logement [†]	2,7*	1,6-4,7
Locataire de son logement	14,4	10,8-18,9

* Interpréter avec prudence – grande variabilité d'échantillonnage;

D.N.P. – Données non publiables en raison de la grande variabilité d'échantillonnage;

[†] Catégorie de comparaison du modèle de régression.



SantepubliqueOttawa.ca
OttawaPublicHealth.ca