

www.stat.gouv.qc.ca
Institut de la statistique du Québec

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois

Enquête sur la santé dans les
collectivités canadiennes
(cycle 1.2)

Québec 

Pour tout renseignement concernant l'ISQ et les données statistiques qui y sont disponibles, s'adresser à :

Institut de la statistique du Québec
200, chemin Sainte-Foy
Québec (Québec)
G1R 5T4
Téléphone : 418 691-2401
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(sans frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Cette publication a été réalisée et produite par l'Institut de la statistique du Québec.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
1^{er} trimestre 2009
ISBN 978-2-550-55480-6 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-55481-3 (version PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec

Toute reproduction est interdite sans l'autorisation expresse de l'Institut de la statistique du Québec.

Mars 2009

Avant-propos

Les maladies mentales comptent parmi les maladies qui entraînent les plus lourdes charges pour la société en raison de l'incapacité qu'elles causent. La dépression majeure et les troubles liés à la consommation d'alcool font partie des six principales maladies à l'origine de l'incapacité. En plus d'être restreintes dans leurs activités, les personnes affectées sont souvent victimes de stigmatisation et de discrimination.

Selon l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, un Canadien sur dix de 15 ans et plus souffre de l'une ou l'autre des affections à l'étude (dépression, manie, agoraphobie, phobie sociale, trouble panique) ou d'une dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites. Les données de cette enquête constituent une information précieuse qu'il importait de rendre plus accessible aux décideurs et autres intervenants québécois du domaine de la santé mentale, du bien-être et de l'adaptation sociale. L'Institut a mené la présente étude grâce au financement du ministère de la Santé et des Services sociaux et à la participation de plusieurs chercheurs dans un esprit de complémentarité des expertises.

Cette série de cinq brochures dresse un portrait de l'état de santé mentale des Québécois, le compare avec celui d'autres Canadiens et suggère des pistes pour de futures enquêtes de surveillance. Ces brochures traitent des thèmes suivants : les troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes de santé mentale; l'utilisation des services et la consommation de médicaments à des fins de santé mentale; le stress au travail en lien avec la santé mentale; et, finalement, une comparaison avec d'autres provinces quant aux principaux indicateurs. Il ne fait aucun doute que ces publications seront utiles aux personnes intéressées à la prévention et à la promotion en santé mentale et en adaptation sociale, à la surveillance en ce domaine ainsi qu'à l'organisation des soins de santé et des services sociaux.

Le directeur général,



Stéphane Mercier

Produire une information statistique pertinente, fiable et objective, comparable, actuelle, intelligible et accessible, c'est là l'engagement « **qualité** » de l'Institut de la statistique du Québec.

Rédaction :

Alain Lesage, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin
Jacques Rhéaume, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec
Helen-Maria Vasiliadis, Université de Sherbrooke et Centre de recherche de l'hôpital Charles-Lemoyne

Avec la collaboration de :

Valeriu Dumitru, Nathalie Plante et Jacinthe Aubin
Institut de la statistique du Québec

Avec l'assistance technique de :

Brigitte Beauvais, à la vérification des données
Francine Bernèche, à l'édition
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
Andrée Roy, à la mise en page

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé :

Daniel Tremblay

Étude subventionnée par :

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS)

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

Direction des statistiques sociales, démographiques et de santé
Institut de la statistique du Québec
1200, avenue McGill College, bureau 500
Montréal (Québec) H3B 4J8
Téléphone : 514 873-4749
Télécopieur : 514 864-9919
ou
Téléphone : 1 800 463-4090
(aucuns frais d'appel au Canada et aux États-Unis)

Site Web : www.stat.gouv.qc.ca

Citation suggérée :

LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2008). *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.

Avertissements :

En raison de l'arrondissement des données, le total ne correspond pas nécessairement à la somme des parties.

À moins d'une mention explicite, toutes les différences présentées dans cette brochure sont statistiquement significatives à un niveau de confiance de 95 %.

Afin de faciliter la lecture, les pourcentages supérieurs à 5 % ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale dans les tableaux et figures.

Tous les résultats apparaissant dans cette brochure ont été pondérés à moins d'avis contraire.

Signes conventionnels :

- ... N'ayant pas lieu de figurer
- Néant ou zéro
- Donnée infime
- Taille de l'échantillon trop petite, risque de divulgation

Abréviations :

- CV Coefficient de variation
- IC Intervalle de confiance
- k En milliers
- Pe Population estimée

Remerciements

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être des Québécois est le fruit de la collaboration de plusieurs personnes et organismes. Nous remercions d'abord le ministère de la Santé et des Services sociaux qui a financé le projet. Plusieurs personnes ont aussi généreusement contribué à sa réalisation, en donnant de leur temps et de leur expertise. Un grand merci aux membres du comité d'orientation et de suivi du projet :

- Lise Dunnigan, Direction générale de santé publique, MSSS;
- Jacques Rhéaume, Direction de la santé mentale, MSSS;
- Guylaine Doré et Stéphane Tremblay, Direction de la jeunesse et de la toxicomanie, MSSS;
- Richard Boyer, Centre de recherche Fernand-Seguin.

Merci également aux lectrices externes :

- Denise Aubé, Institut national de santé publique du Québec;
- Johanne Renaud, Institut Douglas et Université McGill.

Nous remercions, de plus, Ronald G. Gravel de la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada qui a partagé, avec le comité et les auteurs, sa connaissance de l'enquête.

À l'ISQ, des collègues ont collaboré de diverses façons, toutes appréciées. Entre autres, Nathalie Plante a assuré une continuité dans la démarche méthodologique alors que Valeriu Dumitru et Brigitte Beauvais ont accompli un travail considérable de traitement et de vérification des données et Andrée Roy, de mise en page.

Jacinthe Aubin

Jacinthe Aubin
Chargée de projet*

Francine Bernèche

Francine Bernèche
Chargée de projet

* Maintenant conseillère en évaluation de programme à la Société d'habitation du Québec.

Table des matières

Introduction	13
Aspects méthodologiques	17
Exploitation des données québécoises	17
Précision des estimations	17
Méthodes d'analyse	18
Définition des indicateurs	18
Description de la population	20
Résultats	21
Utilisation de ressources à des fins de santé mentale	21
Utilisation de ressources selon la présence d'un diagnostic	25
Consommation de médicaments	25
Types d'aide requise et barrières à l'utilisation	30
Discussion	37
Constatations générales	37
Quelles sont les limites de l'estimation réalisée à partir de l'ESCC 1.2 quant à l'utilisation de services à des fins de santé mentale?	38
Les besoins non comblés sont-ils importants? Lorsque les personnes consultent, la prestation de services est-elle suffisante ou excessive?	39
Conclusion	41
Actions de prévention et de promotion en santé mentale	41
Accès à des services de santé rendus en temps utile	41
Utilisation des services, planification et évaluation des besoins en santé mentale	42
Bibliographie	45
Annexes	49

Liste des tableaux et des figures

TABLEAUX

1. Prévalence des troubles mentaux (diagnostics exclusifs) au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	19	A.1 Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	49
2. Répartition de la population de 15 ans et plus selon diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, Québec, 2002	20	A.2 Consommation de médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	50
3. Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	24	A.3 Consommation de médicaments prescrits au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	51
4. Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le diagnostic exclusif, population de 15 ans et plus présentant l'un de ces diagnostics, Québec, 2002	26	A.4 Types d'aide requise, barrières à l'utilisation et couverture des dépenses selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002	52
5. Consommation d'au moins un médicament (prescrit ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	29	A.5 Certaines raisons de non-utilisation de l'aide requise selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002	53
6. Barrières à l'utilisation de l'aide requise, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002	33		

FIGURES

1. Utilisation d'au moins une ressource à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002 21
2. Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002 22
3. Utilisation de deux ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002 23
4. Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002 28
5. Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002 29
6. Types d'aide requise selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002 31
7. Barrières à l'utilisation de l'aide requise selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002..... 32

Introduction

L'ampleur des problèmes de santé mentale et les coûts humains et sociaux s'y rattachant ont amené le ministre de la Santé et des Services sociaux à faire de la santé mentale une priorité nationale. Les études réalisées dans les sociétés industrialisées indiquent que les différents problèmes de santé mentale y sont en augmentation (National Institute of Mental Health, 1999, cité par Fournier et autres, 2002). Sur le plan de la santé publique, il est admis qu'une forte proportion de la population du Québec connaîtra au cours de sa vie une période difficile au point de représenter une menace pour sa santé mentale. Les problèmes situationnels que vivent les individus en lien avec leur santé mentale peuvent les conduire ou non à chercher de l'aide afin de rétablir ou maintenir un équilibre psychique. C'est pourquoi le ministre de la Santé et des Services sociaux s'est engagé à agir de manière à mobiliser l'ensemble des acteurs concernés pour améliorer l'aide aux personnes souffrant de troubles mentaux. Avec le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005), le Gouvernement du Québec a amorcé un changement majeur visant à renforcer les soins de santé mentale de première ligne destinés aux personnes souffrant de troubles mentaux modérés ou courants. La mise à jour du *Programme national de santé publique 2003-2012* (MSSS, 2008) identifie la santé mentale, incluant la santé mentale au travail, comme un aspect majeur de l'état de santé de la population et reconferme l'importance d'augmenter la proportion de la population en bonne santé sur ce plan, un des grands objectifs du programme.

Les soins de santé mentale dispensés aux résidents des pays industrialisés respecteraient les principes du « 1 sur 5 » et du « 50 % » : les troubles mentaux courants, principalement l'anxiété, la dépression et la consommation abusive d'alcool et de drogues, touchent une personne sur cinq au cours de la vie et moins de 50 % des personnes souffrant de troubles mentaux courants demandent de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale sur une période de

douze mois (Fournier et autres, 1997; Kessler et autres, 2003; Lesage et autres, 2006). On distinguera les troubles mentaux courants, maintenant appelés « modérés » au Canada (Dewa et autres, 2003), des troubles mentaux graves. Par ailleurs, les troubles mentaux modérés ou graves chez les personnes atteintes pourront se révéler transitoires ou persistants. À ces troubles sont souvent associés, chez les personnes atteintes, des niveaux d'incapacité se manifestant dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales et la capacité fonctionnelle au travail (Gauthier, 1998). Les troubles mentaux graves et persistants touchent de 1 à 3 % de la population et sont représentés par les maladies psychotiques comme la schizophrénie, et les formes graves, parfois conjointes (dites aussi « comorbidité »), de troubles affectifs (comme la psychose maniaco-dépressive), de troubles anxieux, de troubles de la personnalité ou de toxicomanie.

Une des rares études québécoises sur la prévalence des troubles mentaux et l'utilisation des services, menée dans l'Est de Montréal (Fournier et autres, 1997), établissait à 13 % chez près de un millier de répondants la prévalence des troubles mentaux dans les derniers six mois. Cette proportion était en partie liée au petit nombre de troubles mentaux couverts par le questionnaire de recherche.

Quant à l'utilisation des services à des fins de santé mentale, environ 12,8 % de la population de l'Est de Montréal étudiée rapportait avoir eu recours, durant l'année précédant l'entrevue téléphonique, à un des différents types de services couverts dans l'enquête, soit : 1) les médecins généralistes; 2) les services spécialisés en santé mentale (psychiatres, psychologues); 3) d'autres professionnels de la santé (travailleurs sociaux, infirmières, etc.); 4) le secteur sans but lucratif (lignes d'écoute, groupes d'entraide, etc.). Les médecins généralistes étaient les professionnels de la santé les plus fréquemment consultés, suivis des psychologues et psychiatres. Dans la dernière année, environ

43,5 % des personnes ayant présenté un trouble mental d'anxiété, de dépression ou d'abus de substances avaient consulté un de ces grands types de prestataires de services à des fins de santé mentale. Une analyse faite par type de troubles mentaux n'indiquait pas de différence significative entre les types de services, sauf pour les problèmes d'alcool et de drogues liés à une plus grande utilisation des services sans but lucratif. Toutefois, cette étude comportait une taille d'échantillon trop petite pour tirer des conclusions, contrairement à la présente enquête (ESCC 1.2). À l'époque, des comparaisons effectuées avec d'autres juridictions canadiennes et américaines révélaient des différences avec l'Ontario où une plus faible utilisation des services à des fins de santé mentale avait été constatée (Fournier et autres, 1997); cette situation était particulièrement notée pour la consultation de psychologues. Cela s'explique probablement par un moins grand nombre de psychologues en Ontario, comparativement au Québec. Les résultats se comparaient à ceux de l'enquête américaine, l'*Epidemiological Catchment Area (ECA)*, et confirmaient que les médecins généralistes étaient le type de professionnels de la santé le plus souvent consulté (Fournier et autres, 1997).

Les facteurs influençant l'utilisation des services et généralement mesurés lors d'enquêtes comme l'ESCC 1.2 reposent sur le modèle classique d'Andersen sur l'utilisation des services (Andersen, 1995). Selon ce modèle, les facteurs déterminant cette utilisation sont les suivants :

- I) facteurs prédisposants (par exemple l'âge, le sexe, l'origine ethnique, l'éducation);
- II) facteurs facilitants (le revenu, l'urbanicité);
- III) facteurs de besoins (par exemple la présence d'un trouble mental, de la détresse, de dysfonctionnement).

L'étude de Vasiliadis et autres (2005) a examiné les trois grands types de facteurs du modèle d'Andersen (1995) à partir des données de l'ESCC 1.2 dans chacune des provinces et pour l'ensemble canadien. Plusieurs variables mesurant ces trois grands types de facteurs étaient considérées. Pour le Québec, l'analyse tenant compte de l'ensemble des variables a fait

ressortir surtout des facteurs de besoins, tant la présence d'un trouble mental que de la détresse et de dysfonctionnement. Par ailleurs, parmi les facteurs prédisposants, le sexe, l'état matrimonial, l'éducation et l'origine ethnique sont associés à une plus grande utilisation des services (les femmes consultent plus que les hommes; les personnes séparées, divorcées ou seules consultent plus que celles mariées ou qui cohabitent; les personnes plus scolarisées consultent davantage; et, finalement, les personnes d'origine non canadienne française ou canadienne anglaise sont moins enclines à consulter). Au contraire, le revenu n'était pas identifié comme une variable significative, une fois prises en compte les variables mentionnées plus haut.

Comme il a été dit précédemment, l'étude de Fournier et autres (1997) a montré qu'un peu plus de la moitié des personnes avec des troubles mentaux courants n'avait pas consulté pour ces problèmes. Pourquoi la moitié au moins des personnes ne consultent pas? Comme l'enquête de Fournier et autres (1997), les quelques enquêtes antérieures, à l'instar des enquêtes de la Nouvelle-Zélande, révèlent que les raisons concernent d'abord l'acceptabilité plutôt que l'accessibilité ou la disponibilité des services. Ainsi, pour 30 à 40 % des personnes indiquant avoir eu des besoins de services à des fins de santé mentale mais ne pas avoir consulté, les raisons de non-consultation étaient le fait de penser être en mesure de régler elles-mêmes le problème ou de croire que ce dernier disparaîtrait de lui-même.

La nature des interventions fournies et leur adéquation ont été peu étudiées à ce jour. On ne peut présumer que, si une personne utilise les services, ces derniers combleront ses besoins en santé mentale. En effet, l'intervention proposée peut être insuffisante ou inadéquate pour améliorer le problème de santé mentale et d'autres interventions pourraient être requises. Dans son enquête sur la santé mentale des Montréalais, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a utilisé la méthodologie de l'étude pilote menée dans l'Est de Montréal pour l'appliquer à un plus grand échantillon : dans une première phase, quelque 5 000 répondants ont répondu à une entrevue téléphonique, puis des

entrevues en profondeur ont été effectuées auprès d'un sous-ensemble de 359 personnes (Lesage et autres, 1996; Fournier et autres, 2002). Les résultats ont montré qu'environ un adulte montréalais sur 10 pouvait avoir présenté un trouble mental dans la dernière année (1998-1999). En outre, l'évaluation des besoins en santé mentale, faite à partir des entrevues en profondeur menées par des psychologues et du jugement d'un panel d'experts¹, révélait qu'environ 18 % des adultes montréalais présentaient des besoins pour des soins de santé mentale qui n'étaient satisfaits que chez une personne sur six (donc 3 % de la population). Les besoins quant à la médication psychotrope² étaient généralement comblés alors que ceux concernant des psychothérapies spécifiques étaient fréquemment cotés comme non comblés. Or, dans le cas des troubles dépressifs et des troubles anxieux, les deux principales modalités thérapeutiques potentiellement efficaces, selon les données factuelles (APC et CANMAT, 2001; APC, 2006), sont la médication de type antidépresseur et les psychothérapies. À partir de ces revues, il est à noter que la médication dite antidépressive s'est révélée efficace, non seulement au niveau des troubles dépressifs, mais également pour plusieurs troubles anxieux. Par contre, l'utilisation de médicaments anxiolytiques ou de somnifères présente des limites, particulièrement pour le traitement de l'insomnie chez les personnes âgées. Quant aux psychothérapies, des données probantes sont mises en évidence tant pour les troubles dépressifs que pour les troubles anxieux, en particulier pour les psychothérapies plus brèves de type cognitivo-comportemental ou interpersonnel.

Afin de clarifier ces différentes questions, les données du cycle 1.2 de l'ESCC ont été analysées. Cette brochure présente donc un portrait de l'utilisation des services de santé et de la consommation de médicaments à des fins de santé mentale chez la population québécoise en 2002. Les types d'aide requise et les barrières à l'utilisation des services de santé y sont aussi examinés. L'analyse sommaire des résultats

disponibles a mené les auteurs à dégager des pistes d'action selon une perspective systémique pour des prises de décision éclairées en santé mentale et toxicomanie au Québec. Voici d'abord une brève présentation de l'enquête et des méthodes d'analyse.

-
1. Dans cette méthodologie, les besoins sont évalués au cas par cas par un groupe d'experts composé de médecins généralistes et de psychologues.
 2. Ensemble des substances médicamenteuses agissant sur le psychisme.

Aspects méthodologiques

La population cible et les autres aspects relatifs aux méthodes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2) sont décrits dans l'encadré ci-dessous. La première brochure de la présente série (Plante et autres, 2008) et d'autres publications (Gravel et Béland, 2005; Statistique Canada, 2004, 2006) peuvent être consultées pour connaître les détails de la base et du plan de sondage de même que de l'ensemble des procédures d'enquête.

Exploitation des données québécoises

Pour les données québécoises, le fichier de partage avec le Québec est utilisé; il contient les réponses de 95 % des répondants (5 047). La pondération a été ajustée pour tenir compte de la non-réponse additionnelle due au refus de partage des données. L'avantage de ce fichier est qu'il est accompagné de poids bootstrap qui peuvent être utilisés pour estimer la précision en tenant compte du plan de sondage avec le logiciel SUDAAN. Les données sont représentatives à l'échelle provinciale seulement.

Toutes les estimations sont pondérées. La pondération tient compte de la probabilité de sélection, de la non-réponse et de la distribution âge-sexe de la population. L'effet du plan de sondage sur la précision des estimations est également pris en compte.

Précision des estimations

Deux méthodes sont utilisées pour évaluer la précision des estimations, soit l'intervalle de confiance (IC) à 95 % et le coefficient de variation (CV). Pour un niveau de confiance de 95 %, l'intervalle de confiance signifie que si l'on tirait un échantillon de la population visée un grand nombre de fois selon le même plan de sondage, alors 95 % des échantillons sélectionnés fourniraient un intervalle de confiance contenant la vraie valeur du paramètre concernant la population visée (ex. : la prévalence). L'intervalle de confiance peut être utilisé pour apprécier la précision d'une estimation ainsi que les écarts entre divers sous-groupes.

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)

Population cible : personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces. Exclusions : personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur des terres de la Couronne, résidents des établissements, membres à temps plein des Forces canadiennes et habitants de certaines régions éloignées. L'enquête couvre environ 98 % de toute la population de 15 ans et plus vivant au Canada.

Base et plan de sondage : base aréolaire de l'Enquête sur la population active. Plan aléatoire stratifié à plusieurs degrés : aires géographiques, grappes de logements, ménages, sélection d'une personne par ménage.

Collecte de données : collecte de mai à novembre 2002 au moyen d'entrevues assistées par ordinateur, en personne principalement, d'une durée moyenne d'un peu moins de 70 minutes. Collecte téléphonique dans 14 % des cas (frais de déplacement excessifs ou refus du répondant pour l'entrevue en personne).

Questionnaire : nombreux sujets abordés : troubles mentaux (selon la liste du *World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview Instrument* [WMH-CIDI]), détresse psychologique, bien-être psychologique, stress, état général de santé, poids et taille, problèmes de santé chroniques, activité physique, limitation d'activités, services de santé mentale, consommation de médicaments, soutien social, stress au travail chez la population active.

Répondants : au Canada, 36 984 personnes, taux de réponse (non pondéré) de 77 %; au Québec, 5 332 personnes, taux de réponse de 78 %. Le fichier de partage utilisé contient les réponses de 5 047 répondants.

Le CV est le rapport, en pourcentage, de l'erreur-type d'une estimation sur la valeur de l'estimation elle-même. Des astérisques sont utilisés comme mise en garde lorsque le CV est supérieur à 15 %. Une estimation dont le CV se situe entre 15 % et 25 % est accompagnée d'un seul astérisque et appelle une interprétation prudente. Une estimation dont le CV est supérieur à 25 % est quant à elle identifiée par un double astérisque et ne doit être considérée qu'à titre indicatif; elle n'est présentée que lorsque l'intervalle de confiance s'y rapportant demeure informatif. Une estimation aussi imprécise est généralement associée à des prévalences très petites. Elle peut également résulter du fait qu'un grand nombre de sous-groupes est considéré (quatre groupes d'âge, par exemple), donnant lieu à une taille d'échantillon limitée pour certains sous-groupes.

Méthodes d'analyse

Dans cette brochure, seules des analyses bivariées ont été réalisées; les résultats sont exprimés sous forme de proportions (%). Le test du khi-deux a été utilisé pour la comparaison de proportions entre différents sous-groupes à partir d'un tableau de fréquences pondérées. Ces tests ont été effectués au seuil de 0,05.

Les analyses présentées sont d'abord descriptives et cherchent à couvrir l'ensemble du module de l'ESCC 1.2 sur l'utilisation des services. L'information est dense et riche, même si elle tient en 11 tableaux et 7 figures pour une meilleure présentation. Les analyses consistent à décrire l'utilisation des services pour l'ensemble de la population de même que pour certains sous-groupes (voir l'encadré p. 19). Des estimations ont par ailleurs été produites selon le sexe et différents groupes d'âge, ainsi que selon le revenu pour quelques variables. La comparaison des sexes et des groupes d'âge, ou des groupes de revenu, a été réalisée à l'aide de tests du khi-deux.

Définition des indicateurs

Utilisation de services

Dans cette enquête, l'utilisation de services à des fins de santé mentale est mesurée à l'aide de la série de questions suivantes :

« Au cours de votre vie, parmi les professionnels suivants, lesquels avez-vous déjà consulté, en personne ou par téléphone, au sujet de vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues?

1. Psychiatre;
2. Médecin de famille ou omnipraticien;
3. Autre médecin tel qu'un cardiologue, un gynécologue ou un urologue;
4. Psychologue;
5. Infirmière (infirmier);
6. Travailleur ou travailleuse sociale, conseiller ou psychothérapeute;
7. Conseiller religieux ou spirituel comme un prêtre, un aumônier ou un rabbin;
8. Autre professionnel;
9. Aucun ».

« Avez-vous déjà utilisé un groupe de soutien ou de discussion sur Internet afin d'obtenir de l'aide pour vos problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? »

« Sans compter les groupes de soutien ou de discussion sur Internet, êtes-vous déjà allé à un groupe d'entraide pour recevoir de l'aide pour vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? »

« Avez-vous déjà utilisé une ligne d'aide téléphonique pour vos problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? »

« Avez-vous déjà été hospitalisé pendant une nuit ou plus dans n'importe quel genre de centre de soins de santé pour recevoir de l'aide pour des problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? »

Afin de préciser la période couverte par l'utilisation de ces ressources, d'autres questions ont été posées sur le moment de la dernière utilisation ou sur l'hospitalisation au cours des douze derniers mois.

Troubles mentaux

Les troubles mentaux mesurés dans l'enquête sont les suivants : les troubles anxieux qui comprennent le trouble panique, la phobie sociale et l'agoraphobie; les troubles de l'humeur qui comprennent la dépression majeure et la manie; la toxicomanie qui correspond à la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites. Pour plus

d'information concernant ces mesures, voir la brochure portant sur les troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale (Kairouz et autres, 2008). Le tableau suivant présente la prévalence de ces troubles.

**Tableau 1
Prévalence des troubles mentaux (diagnostics exclusifs¹) au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002**

	%	IC à 95 %
Troubles anxieux seulement ²	2,8	2,1–3,6
Troubles de l'humeur seulement ³	3,6	2,9–4,4
Toxicomanie seulement ⁴	1,9	1,4–2,4
Troubles anxieux et troubles de l'humeur	1,0 *	0,7–1,4
Troubles anxieux ou troubles de l'humeur et toxicomanie	0,7 *	0,4–1,0
Aucun trouble mental	90,0	88,9–91,2

1. Une personne ne peut se retrouver que dans l'une des six possibilités de diagnostic décrites.

2. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

3. Dépression majeure ou manie.

4. Dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Classification des médicaments psychotropes

Les médicaments psychotropes sont présentés en sept classes qui correspondent à la classification populaire, c'est-à-dire la classification à laquelle le public et les patients se réfèrent. Une classification pharmacologique montrerait que les benzodiazépines sont utilisées comme somnifères ou pour réduire l'anxiété, alors que les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine, également appelés antidépresseurs, sont aussi efficaces dans les désordres anxieux, même si leur effet direct n'est pas comparable à celui des benzodiazépines qui ne sont justement pas recommandées dans le traitement des désordres anxieux, sauf à court terme ou en période de crise. Les personnes traitées pour anxiété avec des antidépresseurs devraient faire la différence et avoir répondu antidépresseurs plutôt que médicaments pour réduire l'anxiété dans ce cas.

Identification de la population concernée par les indicateurs examinés

L'encadré suivant montre les indicateurs qui ont été examinés, et si ces derniers l'ont été pour l'ensemble de la population ou pour des sous-groupes : les personnes présentant un des diagnostics relevés ou la population ayant exprimé un besoin non comblé de recevoir des services à des fins de santé mentale.

Identification de la population concernée par les indicateurs examinés

	Toute la population de l'enquête	Population présentant un des diagnostics relevés sur une période de 12 mois	Population de l'enquête ayant exprimé un besoin non comblé pour des services en santé mentale
Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale ¹	X		
Utilisation de diverses ressources ¹ selon le diagnostic exclusif		X	
Types d'aide requise et barrières à l'utilisation ¹			X
Consommation de médicaments prescrits ¹	X		
Assurance couvrant les médicaments	X		
Dépenses pour des produits ou des services en santé mentale ¹	X		X

1. Durant les 12 mois ayant précédé l'enquête.

Revenu du ménage

Le revenu total brut du ménage est divisé en quatre catégories :

- « Revenu inférieur »
Moins de 15 000 \$ (1, 2 personnes)
Moins de 20 000 \$ (3, 4 personnes)
Moins de 30 000 \$ (5 personnes et plus)
- « Revenu moyen inférieur »
De 15 000 \$ à 29 999 \$ (1, 2 personnes)
De 20 000 \$ à 39 999 \$ (3, 4 personnes)
De 30 000 \$ à 59 999 \$ (5 personnes et plus)
- « Revenu moyen supérieur »
De 30 000 \$ à 59 999 \$ (1, 2 personnes)
De 40 000 \$ à 79 999 \$ (3, 4 personnes)
De 60 000 \$ à 79 999 \$ (5 personnes et plus)

« Revenu supérieur »

60 000 \$ et plus (1, 2 personnes)

80 000 \$ et plus (3 personnes et plus).

Description de la population

Le tableau 2 présente la population à l'étude pour le Québec, soit les personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé, en fonction de caractéristiques démographiques et socioéconomiques. Il est à noter que deux variables font référence au ménage dans lequel vit la personne, et non à la personne elle-même : le type de ménage et le revenu de ce dernier.

Tableau 2

Répartition de la population de 15 ans et plus selon diverses caractéristiques démographiques et socioéconomiques, Québec, 2002

	%
Sexe	
Hommes	49,1
Femmes	50,9
Groupe d'âge	
15-24 ans	15,8
25-44 ans	36,8
45-64 ans	32,2
65 ans et plus	15,1
Type de ménage	
Personne vivant seule	15,9
Couple sans enfants	28,2
Couple avec enfants	41,8
Famille monoparentale	8,8
Autre	5,3
Plus haut niveau de scolarité	
Études secondaires partielles	29,7
Diplôme d'études secondaires	16,1
Études postsecondaires partielles	6,9
Grade/diplôme d'études postsecondaires	47,2
Revenu du ménage	
Inférieur	12,4
Moyen inférieur	23,2
Moyen supérieur	38,0
Supérieur	26,4
En emploi durant la semaine précédant l'entrevue	65,9
Région de résidence	
Urbaine	81,4
Rurale	18,6

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Résultats

Les résultats présentés dans cette section ont trait : 1) à l'utilisation de ressources à des fins de santé mentale; 2) à l'utilisation de ressources selon la présence d'un diagnostic; 3) à la prise de médicaments; et 4) aux types d'aide requise par les personnes considérant avoir des besoins de services non comblés et aux barrières à l'utilisation de ces services.

Utilisation de ressources à des fins de santé mentale

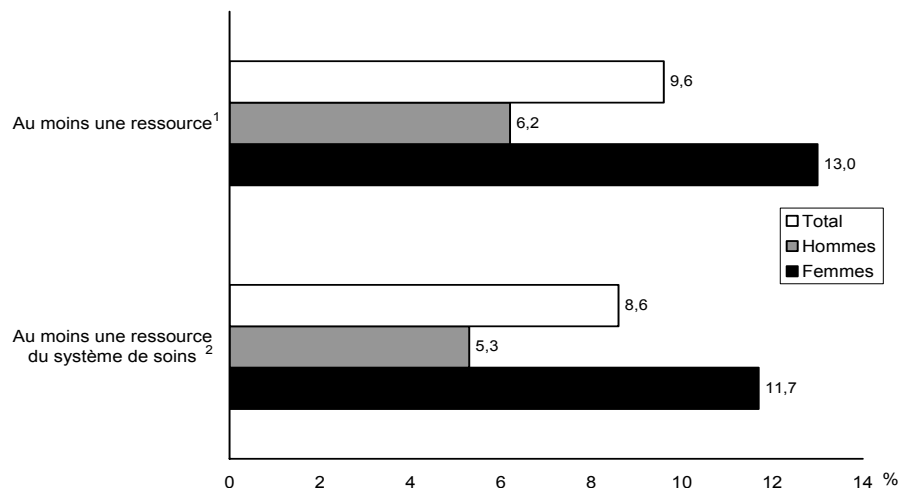
Les figures 1 à 3 et le tableau 3 montrent l'utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de douze mois selon le sexe, l'âge et le revenu de la population de 15 ans et plus au Québec en 2002. En annexe, le tableau A.1 présente les données complètes ainsi que les intervalles de confiance.

Toutes ressources du système de soins confondues (figure 1), c'est près de 9 % de la population de 15 ans et plus qui rapporte avoir

consulté au moins une fois dans la dernière année à des fins de santé mentale et si on inclut les conseillers religieux ou autres professionnels, les organismes d'entraide et l'hospitalisation, cette proportion atteint près de 10 %. Les femmes consultent plus que les hommes (13 % c. 6 %).

Parmi la population québécoise de 15 ans et plus, on compte environ 5,4 % de personnes qui, durant les douze mois précédant l'enquête, ont consulté une ressource du système de soins (ou un autre professionnel) à des fins de santé mentale au bureau privé de ces professionnels, ce qui en fait le lieu le plus souvent utilisé pour ce type de consultation (données non présentées). Par ailleurs, environ 1,1 % de la population a consulté dans un CLSC (coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence); la consultation d'une ressource à l'urgence est encore moins courante, puisqu'elle concerne à peu près 0,3 % de la population (coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement).

Figure 1
Utilisation d'au moins une ressource^a à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre l'utilisation d'au moins une ressource, ou d'au moins une ressource du système de soins, et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

1. Ressources du système de soins, conseiller religieux ou autre professionnel, groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide (ex. : Alcooliques Anonymes), ligne téléphonique, hospitalisation (voir le tableau A.1 en annexe).
2. Médecin généraliste ou spécialiste, psychiatre, psychologue, infirmière, travailleur social/conseiller/psychothérapeute.

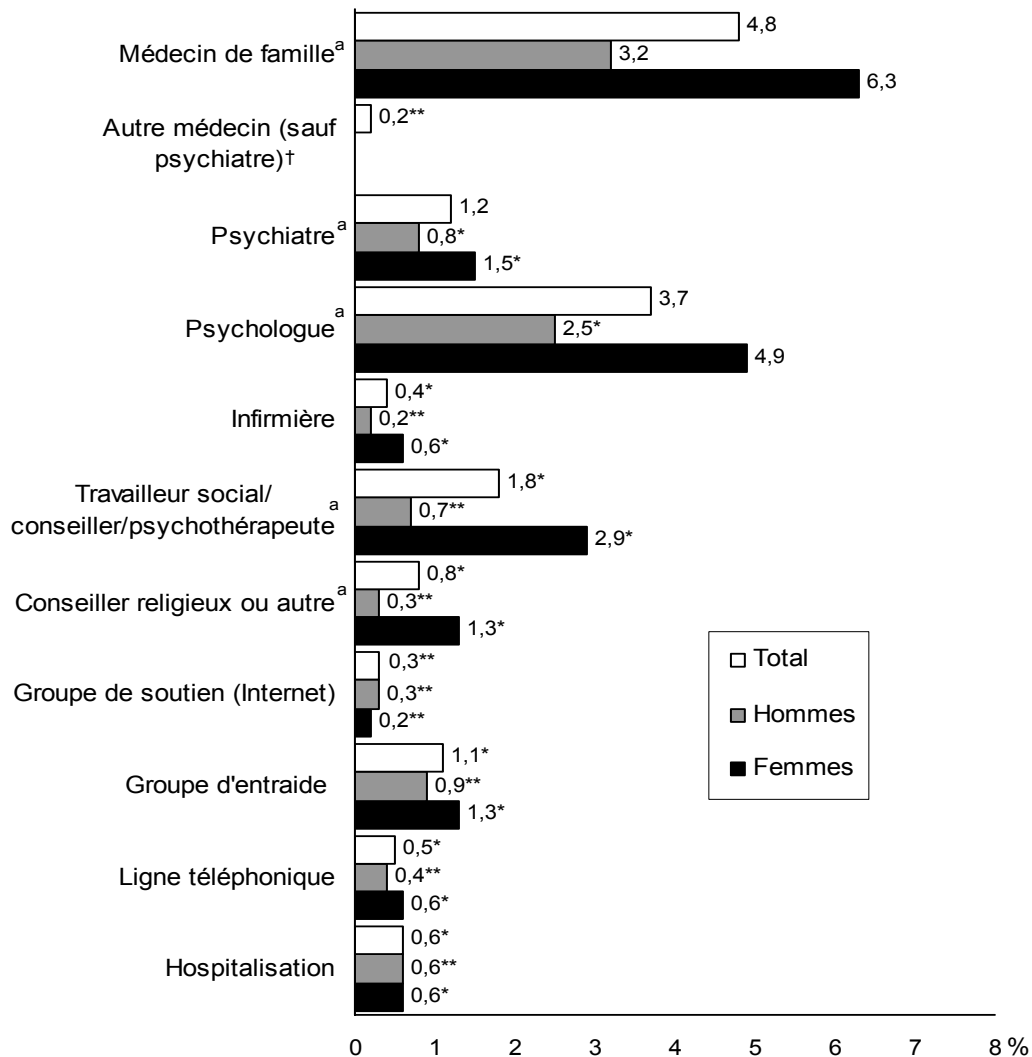
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

L'examen de la figure 2 permet de constater que les médecins généralistes (« médecin de famille ou omnipraticien » selon le libellé des questions de l'ESCC 1.2) et les psychologues sont les professionnels les plus souvent consultés à des fins de santé mentale au Québec. Plus de femmes que d'hommes consultent ces

professionnels, en proportion, de même que les psychiatres, les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes ainsi que les conseillers religieux/autres professionnels. Par exemple, 6 % des femmes ont consulté un médecin généraliste, contre 3,2 % des hommes.

Figure 2
Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

† Présence d'un risque de divulgation; données par sexe non présentées.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

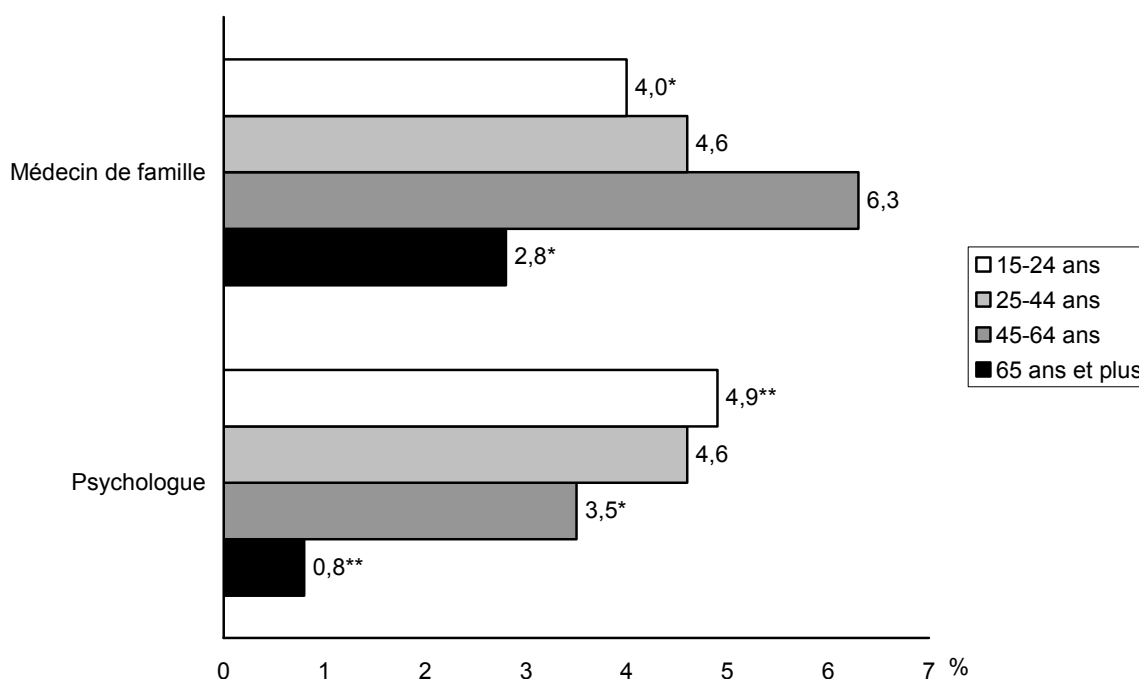
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Dans l'ensemble, l'utilisation d'au moins une ressource du système de soins ne varie pas selon l'âge. Toutefois, on observe une telle variation dans la consultation de certains professionnels (figure 3). Ainsi, les personnes de 65 ans et plus sont moins portées à consulter

un médecin généraliste que le groupe des 45-64 ans. De plus, elles sont moins portées à consulter un psychologue que chacun des autres groupes d'âge.

Figure 3
Utilisation de deux ressources^a à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre l'utilisation de chacune de ces ressources et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05. Il l'est également pour trois autres ressources (infirmière, groupe d'entraide et ligne téléphonique), mais la présence d'un risque de divulgation ne permet pas de présenter les données pour ces ressources (voir le tableau A.1 en annexe).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

La consultation des professionnels varie également en fonction du revenu (tableau 3), que ce soit celle d'un médecin généraliste, d'un « autre professionnel », d'un organisme d'entraide, ou encore, d'au moins une ressource. Par

exemple, une plus grande proportion de personnes de ménages à revenu inférieur que de personnes de tout autre groupe de revenu consultent au moins une ressource (14 % c. 8 % ou 9 %).

Tableau 3

Utilisation de diverses ressources^a à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Revenu inférieur	Revenu moyen inférieur	Revenu moyen supérieur	Revenu supérieur
	% (IC à 95 %)			
Au moins une ressource ¹	14,2 (11,4–17,5)	8,1 (6,4–10,1)	8,9 (7,1–11,1)	8,3 (6,3–10,6)
Au moins une ressource du système de soins ²	12,8 (10,1–15,9)	7,2 (5,6–9,1)	8,0 (6,2–10,0)	7,0 (5,2–9,2)
Médecin de famille	8,6 (6,3–11,5)	4,9 (3,6–6,4)	4,7* (3,3–6,5)	3,1* (1,9–4,6)
Autre professionnel ³	5,5 (3,9–7,4)	1,8* (1,1–2,8)	2,7** (1,4–4,7)	1,5** (0,8–2,7)
Organisme d'entraide ⁴	3,3* (2,0–5,2)	1,3* (0,8–2,1)	1,7** (0,9–2,7)	1,0** (0,4–2,1)

a. Le test d'association entre l'utilisation de chacune de ces ressources et le niveau de revenu est significatif au seuil de 0,05.

1. Ressources du système de soins, conseiller religieux ou autre professionnel, groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide (ex. : Alcooliques Anonymes), ligne téléphonique, hospitalisation.

2. Médecin généraliste ou spécialiste, psychiatre, psychologue, infirmière, travailleur social/conseiller/psychothérapeute.

3. Infirmière, travailleur social/conseiller/psychothérapeute, conseiller religieux ou autre professionnel.

4. Groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide (ex. : Alcooliques Anonymes), ligne téléphonique.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Utilisation de ressources selon la présence d'un diagnostic

Le tableau 4 rapporte l'utilisation de diverses ressources selon le diagnostic exclusif (c'est-à-dire qu'une personne ne peut se retrouver que dans l'une des six possibilités décrites) pour la population de 15 ans et plus au Québec. Le tableau indique d'abord que la présence d'un trouble mental est associée à une plus grande probabilité de consulter : en effet, en examinant la rangée « au moins une ressource », on constate que l'absence de diagnostic relevé est associée à une consultation significativement moindre (6 %) qu'en présence de l'un ou l'autre des troubles mentaux relevés. Deuxièmement, les troubles de l'humeur sont associés à une plus grande probabilité de consulter (au moins une ressource du système de soins : 49 %) que les troubles anxieux seulement ou la toxicomanie. Il en est de même pour la comorbidité « troubles anxieux et troubles de l'humeur » : environ 71 % ont consulté. Cependant, si l'on considère l'ensemble des diagnostics exclusifs sans identifier le trouble mental concerné, ce sont 38 % des personnes présentant l'un ou l'autre diagnostic qui ont utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale au cours des douze derniers mois, ce qui signifie que plus de la moitié d'entre elles ne l'ont pas fait (données non présentées).

Consommation de médicaments

Les figures 4 et 5 et le tableau A.2 (en annexe) rapportent la consommation de médicaments psychotropes, prescrits ou non, au cours d'une période de douze mois selon le sexe et l'âge pour la population de 15 ans et plus au Québec en 2002. Environ 16 % de la population a consommé au moins un médicament psychotrope; les médicaments pour aider à dormir ou réduire l'anxiété dominant (figure 4). Les autres médicaments pour traiter les comportements psychotiques ou de type stimulant (tableau A.2) sont rarement utilisés. Environ 5 % de la population a consommé un médicament de type antidépresseur dans la dernière année. Globalement, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consommer des médicaments (19 % c. 12 %); cela se vérifie dans toutes les classes de médicaments, à l'exception

des stimulants et des médicaments amaigrissants (tableau A.2).

Si on excluait la consommation de médicaments non prescrits, le portrait serait très peu différent, comme le montre le tableau A.3 (en annexe) qui présente les taux pour les médicaments psychotropes prescrits; ces derniers représentent l'essentiel de tous les médicaments psychotropes consommés (avec ou sans prescription) selon les déclarations des personnes.

La consommation de médicaments (prescrits ou non) tend à augmenter de façon continue avec l'âge, sauf dans le cas des antidépresseurs. On estime à 26 % la proportion de personnes de 65 ans et plus ayant consommé au moins un médicament psychotrope (ou au moins un, en excluant les médicaments pour maigrir) dans la dernière année, tandis que seulement 7 % de celles de 15 à 24 ans (6 % si on exclut les médicaments pour maigrir) avaient eu recours à un tel médicament (figure 5). Chez les personnes de 65 ans et plus, ce sont les médicaments pour aider à dormir qui sont responsables de cette plus grande consommation; en effet, environ 17 % de la population de cet âge en fait usage, une proportion significativement plus forte que celle de n'importe quel autre groupe d'âge. Quant aux médicaments pour réduire l'anxiété, leur consommation augmente entre le groupe des 15-24 ans et celui des 25-44 ans, puis chez les 45 ans et plus. Lorsqu'il s'agit des antidépresseurs, la différence entre les groupes d'âge doit être soulignée puisque le groupe des 45 à 64 ans est celui qui présente la plus grande consommation et montre une différence significative par rapport aux personnes de 65 ans et plus ou de moins de 25 ans. Par ailleurs, les personnes de ménages à revenu inférieur sont plus nombreuses, en proportion (26 %), à consommer au moins un médicament que les personnes de chacune des autres catégories de revenu (tableau 5).

Tableau 4

Utilisation de diverses ressources^a à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le diagnostic exclusif^f, population de 15 ans et plus présentant l'un de ces diagnostics, Québec, 2002

	Troubles anxieux seulement ²	Troubles de l'humeur seulement ³	Toxicomanie seulement ⁴
	% (IC à 95 %)		
Au moins une ressource ⁵	21,9* (13,5–32,5)	50,1 (40,5–59,7)	18,9* (11,4–28,5)
Au moins une ressource du système de soins ⁶	21,3* (13,0–31,8)	48,7 (39,2–58,2)	15,4* (8,8–24,4)
Médecin de famille	11,0* (6,0–18,2)	36,7 (27,1–46,2)	11,2** (5,4–19,8)
Professionnel fournissant des services spécialisés en santé mentale ⁷	15,8** (8,6–25,7)	26,0* (18,5–34,7)	8,3** (3,1–17,3)
Autre professionnel ⁸	3,8** (1,2–8,9)	17,9** (9,8–28,9)	7,6** (4,0–12,8)
Organisme d'entraide ⁹	3,1** (0,8–8,0)	11,0** (5,8–18,3)	4,4** (1,3–10,6)
Total des personnes présentant ce diagnostic	2,8 (2,1–3,6)	3,6 (2,9–4,4)	1,9 (1,4–2,4)

a. Le test d'association entre l'utilisation de chacune de ces ressources et le diagnostic exclusif est significatif au seuil de 0,05.

1. Une personne ne peut se retrouver que dans l'une des six possibilités de diagnostic décrites.

2. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

3. Dépression majeure ou manie.

4. Dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

5. Ressources du système de soins, conseiller religieux ou autre professionnel, groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide (ex. : Alcooliques Anonymes), ligne téléphonique, hospitalisation.

6. Médecin généraliste ou spécialiste, psychiatre, psychologue, infirmière, travailleur social/conseiller/psychothérapeute.

7. Psychiatre, psychologue.

8. Infirmière, travailleur social/conseiller/psychothérapeute, conseiller religieux ou autre professionnel.

9. Groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide (ex. : Alcooliques Anonymes), ligne téléphonique.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

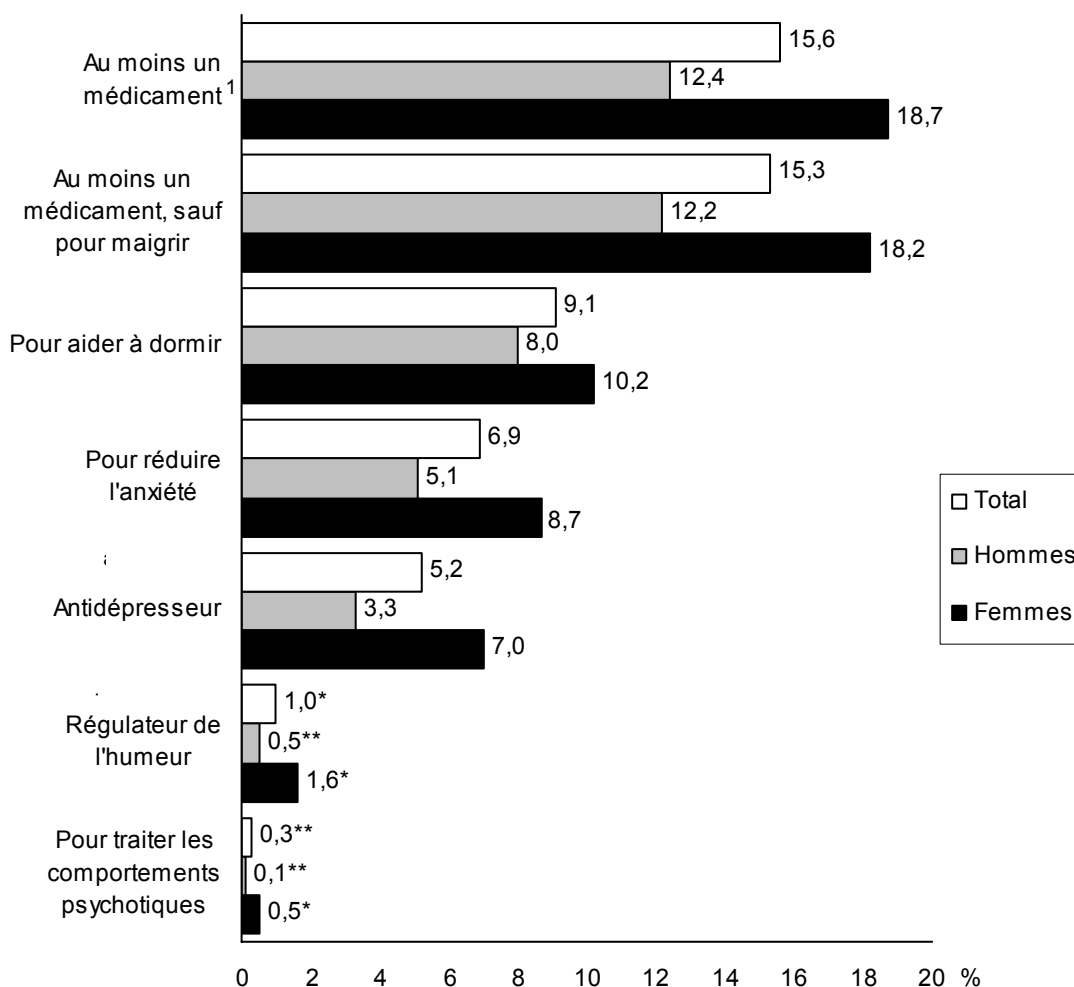
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Troubles anxieux et troubles de l'humeur	Troubles anxieux ou troubles de l'humeur et toxicomanie	Aucun trouble mental
% (IC à 95 %)		
70,6 (49,5–86,7)	39,6* (21,2–60,5)	6,2 (5,2–7,2)
70,6 (49,5–86,7)	33,0** (16,2–53,6)	5,2 (4,3–6,2)
51,9* (34,6–68,9)	24,8** (10,4–45,0)	2,5 (2,0–3,1)
41,5* (26,0–58,4)	22,3** (8,4–42,8)	2,4 (1,8–3,0)
16,4** (7,2–29,9)	21,6** (7,8–42,4)	1,7* (1,0–2,6)
14,0** (4,9–29,1)	15,8** (4,3–36,2)	0,9* (0,6–1,3)
1,0* (0,7–1,4)	0,7* (0,4–1,0)	90,0 (88,9–91,2)

Figure 4

Consommation de certains médicaments^a (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre la consommation de chaque type de médicaments et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

1. Inclut tous les médicaments présentés au tableau A.2 (en annexe).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

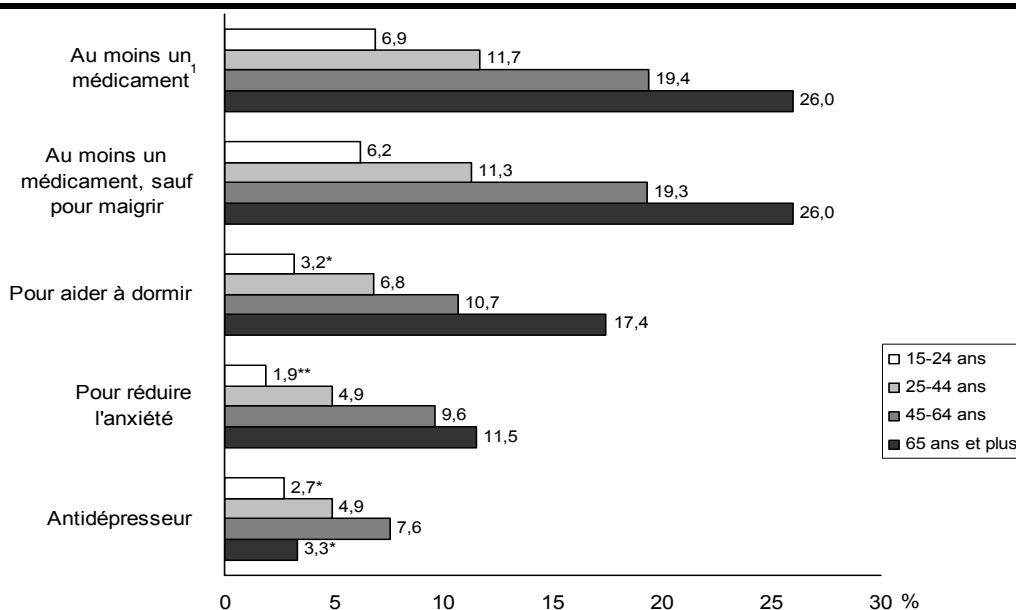
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 5

Consommation de certains médicaments^a (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



a. Le test d'association entre la consommation de chaque type de médicaments et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05.

1. Inclut tous les médicaments présentés au tableau A.2 (en annexe).

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 5

Consommation d'au moins un médicament^a (prescrit ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le niveau de revenu, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Au moins un médicament ¹	
	%	(IC à 95 %)
Revenu inférieur	26,1	(22,1–30,2)
Revenu moyen inférieur	17,6	(15,0–20,2)
Revenu moyen supérieur	14,5	(12,4–16,6)
Revenu supérieur	11,4	(8,5–14,8)

a. Le test d'association entre la consommation d'au moins un médicament et le niveau de revenu est significatif au seuil de 0,05.

1. Inclut tous les médicaments présentés au tableau A.2 (en annexe).

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Types d'aide requise et barrières à l'utilisation

Les figures 6 et 7 et le tableau A.4 (en annexe) présentent les types d'aide requise et les barrières à l'utilisation de services selon le sexe et l'âge dans la population considérant avoir des besoins non comblés, au cours d'une période de douze mois au Québec. La population qui considère avoir des besoins non comblés est celle ayant répondu positivement à la question suivante : « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin d'aide pour vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues, mais vous ne l'avez pas obtenue? » Environ 3,8 % de la population a répondu positivement à cette question.

Il faut bien distinguer ce résultat, qui se base sur une déclaration de besoin non comblé parmi l'ensemble des Québécois, d'une autre estimation qui se baserait sur les personnes qui ont présenté un trouble et qui n'ont pas consulté. D'une part, celles-ci n'ont pas toutes déclaré un besoin d'aide non comblé; d'autre part, des personnes ayant reçu des services peuvent malgré tout les juger insuffisants et répondre positivement quant à la présence d'un besoin non comblé.

Mentionnons que seulement 192 répondants ont déclaré avoir eu besoin d'aide à des fins de santé mentale et ne pas l'avoir reçue, dans les douze mois de référence. C'est à partir des réponses de ce petit nombre que l'estimation des besoins non comblés exprimés et celle des barrières à l'utilisation de services ont été établies – ce qui explique leur imprécision. L'échantillon est cependant représentatif : les 5 047 répondants représentent la population québécoise de 15 ans et plus³, soit environ 6 millions d'habitants au Québec, tandis que les 192 répondants ayant rapporté des besoins non comblés représentent à la grandeur du Québec environ 228 000 personnes.

Les personnes considérant avoir des besoins non comblés ont indiqué dans environ la moitié des cas que le type d'aide requise concernait la thérapie, le counselling ou l'aide sur le plan des relations

interpersonnelles. L'information sur les troubles émotionnels, leurs traitements ou les services disponibles est mentionnée dans environ 41 % des cas (figure 6). Les besoins d'aide pour des problèmes financiers ou relatifs au logement, au statut d'emploi ou à la situation de travail sont rapportés dans 11 % des cas et le besoin non comblé de médicaments, dans 4,3 % des cas. Signalons que les personnes pouvaient avoir indiqué plus d'un type d'aide requise pour des besoins non comblés de soins; le total dépasse donc 100 %.

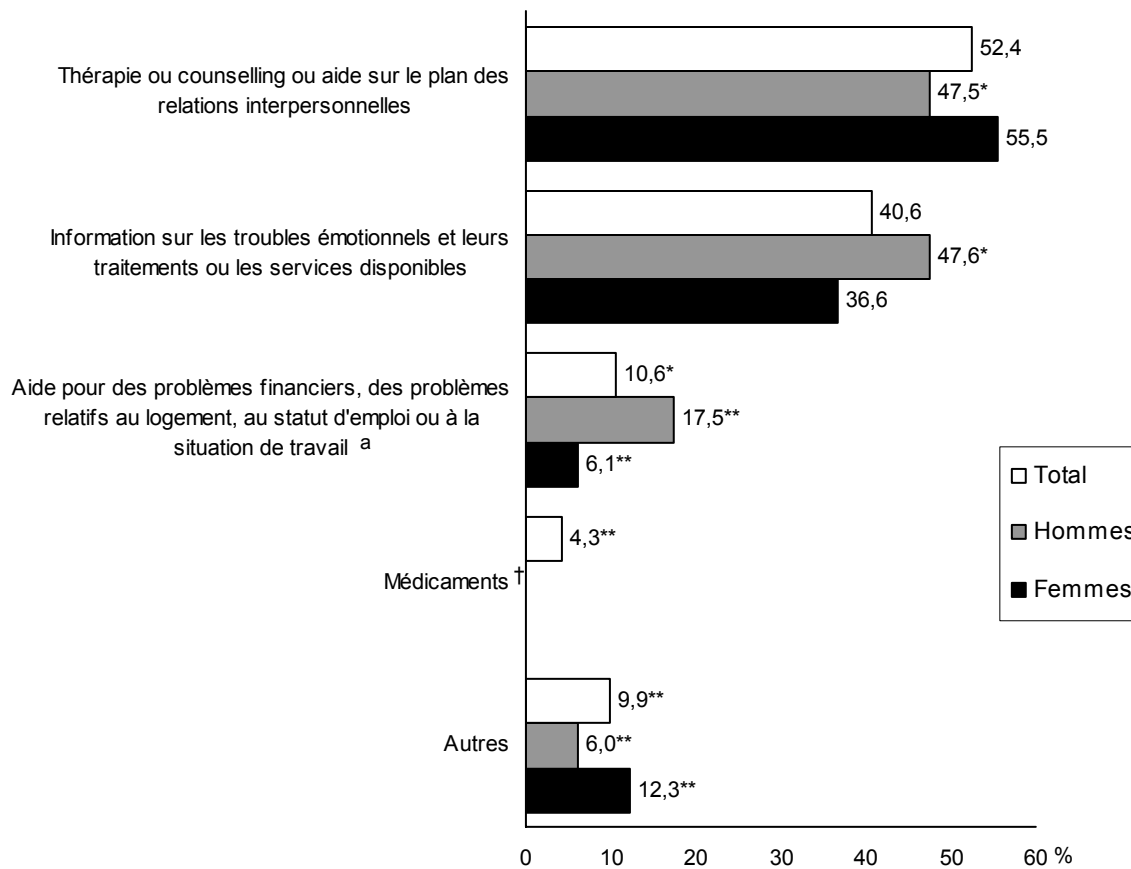
On n'observe pas de différence statistiquement significative entre les hommes et les femmes quant aux besoins exprimés de psychothérapie ou d'information, mais les hommes sont plus nombreux, en proportion, à déclarer avoir besoin d'aide pour leurs problèmes financiers, de logement, d'emploi ou de travail : 18 % comparativement à 6 % chez les femmes. Aucune différence n'est détectée entre les groupes d'âge concernant les types d'aide requise lorsqu'un besoin non comblé de soins est déclaré.

Les principales barrières à l'utilisation de services ont été regroupées en trois catégories : problèmes d'acceptabilité, de disponibilité et d'accessibilité. Les problèmes reliés à l'acceptabilité sont ceux les plus souvent relevés (figure 7). De manière globale, les barrières à l'utilisation ne varient pas en fonction du groupe d'âge ni en fonction du niveau de revenu, selon les tests statistiques. Si on analyse les résultats selon le sexe, les problèmes de disponibilité sont plus fréquents chez les femmes. Le tableau 6 présente les différentes raisons sous-jacentes à la non-utilisation. La raison qui domine sur le plan de l'acceptabilité, invoquée par 36 % des personnes ayant des besoins d'aide non comblés, est la suivante : « préférerait s'en occuper soi-même »; viennent ensuite les raisons suivantes : « ne s'en est pas occupé, indifférent » (16 %), « ne savait pas où aller chercher de l'aide » (13 %) et « peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé » (12 %). Les hommes sont plus nombreux que les femmes à mentionner la peur de demander ou de ce que les autres allaient penser (tableau A.5 en annexe). Parmi les problèmes de disponibilité, une plus grande proportion de femmes que d'hommes invoque comme raison le temps d'attente trop long.

3. Les personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur des terres de la Couronne, les résidents des établissements, les habitants de certaines régions éloignées de même que les membres à temps plein des Forces canadiennes sont exclus (Plante et autres, 2008).

Figure 6

Types d'aide requise¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002



a. Le test d'association entre ce type d'aide requise et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

1. Une personne peut déclarer plusieurs types d'aide requise; le total dépasse donc 100 %.

† Présence de risque de divulgation; données par sexe non présentées.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

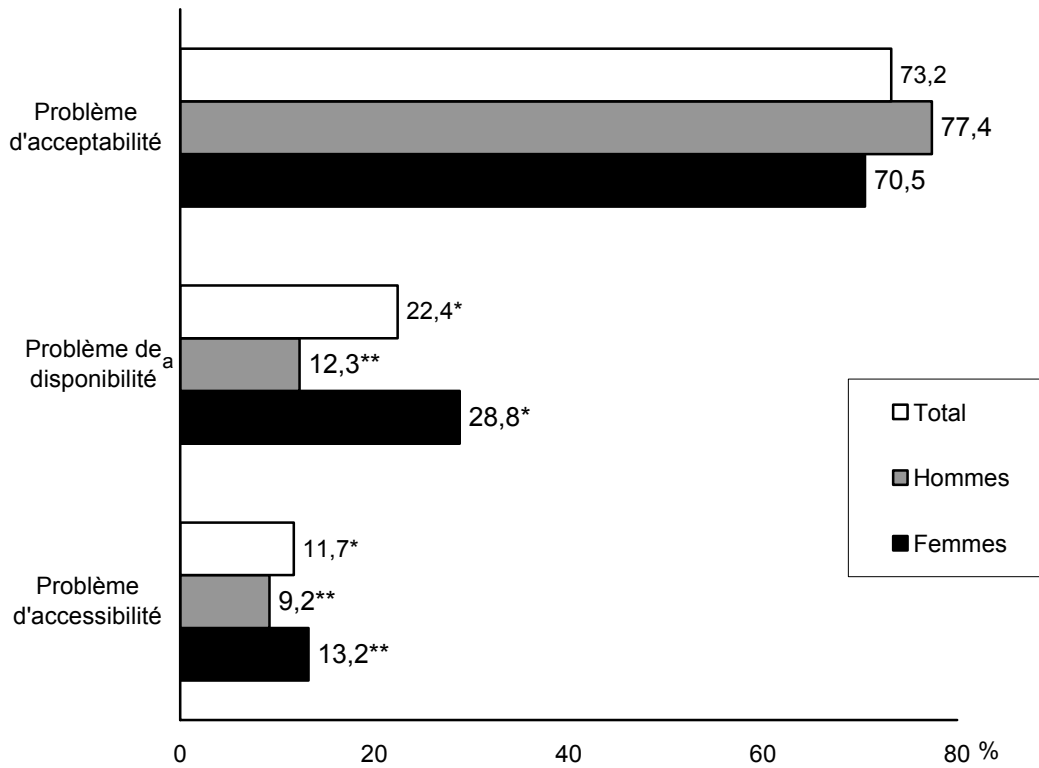
** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 7

Barrières à l'utilisation de l'aide requise¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002



a. Le test d'association entre le problème de disponibilité et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

1. Une personne peut déclarer plusieurs raisons de non-utilisation; le total dépasse donc 100 %.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau 6

Barrières à l'utilisation de l'aide requise¹, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002

	%	(IC à 95 %)
Problème d'acceptabilité		
Préférerait s'en occuper soi-même	35,8	(26,3–45,3)
Ne s'en est pas occupé, indifférent	15,8*	(9,1–24,7)
Ne savait pas où aller chercher de l'aide	12,9**	(6,3–22,5)
Peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé	11,8*	(7,3–17,8)
Pensait que rien ne pouvait aider	5,3**	(2,3–10,3)
Responsabilités personnelles ou familiales	3,9**	(1,0–9,9)
Problème de langue	--	--
Problème de disponibilité		
Temps d'attente trop long	9,5**	(4,6–16,8)
Aide non disponible à ce moment-là	9,4*	(5,3–15,1)
Aide non disponible dans la région	7,4**	(3,3–13,7)
Problème d'accessibilité		
Ne pouvait pas payer	10,0*	(6,0–15,5)
Problème de transport, de garde d'enfant ou d'horaire	1,8**	(0,5–4,5)
Autres	10,2**	(4,5–19,2)

1. Une personne peut déclarer plusieurs raisons de non-utilisation; le total dépasse donc 100 %.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Les barrières financières sont mentionnées par environ 10 % des personnes ayant des besoins non comblés. Par ailleurs, 19 % d'entre elles ont déclaré avoir dépensé pour des services en santé mentale (tableau A.4 en annexe). La proportion de personnes ayant déboursé pour des services et celle des personnes disant détenir une assurance dans l'ensemble de la population québécoise de 15 ans et plus peuvent aider à éclairer cet aspect de l'accessibilité des soins en santé mentale. Dans l'ensemble de la population, au cours d'une période de douze mois, 91 % n'ont dépensé aucun montant pour des produits ou des services ou en santé mentale; 8 % ont engagé des frais de 1 000 \$ ou moins et

seulement 1,1 %⁴, des frais de plus de 1 000 \$. Finalement, la majorité de la population (86 %) dit avoir une assurance qui couvre entièrement ou en partie les médicaments (données non présentées); la même proportion est notée parmi les personnes ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale (tableau A.4 en annexe).

4. Cette proportion a un coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

FAITS SAILLANTS

Utilisation de services

- Au Québec, parmi la population de 15 ans et plus, une personne sur 10 a consulté au moins une ressource pour des raisons de santé mentale au cours d'une période de douze mois.
- Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir consulté (13 % contre 6 %), et les personnes à revenu inférieur plus que celles à revenu supérieur (13 % contre 7 %). La proportion de personnes ayant consulté ne varie pas selon le groupe d'âge.
- Les médecins généralistes et les psychologues sont les intervenants les plus souvent consultés.
- C'est le plus souvent en bureau privé que les ressources du système de soins (principalement les médecins généralistes et les psychologues) desservent les personnes qui consultent à des fins de santé mentale; 5,4 % de la population recourt à ce type de consultation en bureau privé.
- Le CLSC est un lieu de consultation relativement peu fréquenté (1,1 % de la population) pour des raisons de santé mentale.
- Plus de la moitié (62 %) des personnes présentant un diagnostic pour l'un ou l'autre des troubles mentaux mesurés dans l'enquête (diagnostics exclusifs) déclarent ne pas avoir consulté à des fins de santé mentale au cours d'une période de douze mois.
- La présence d'un trouble augmente la probabilité de consulter et celle-ci varie selon le type de diagnostic : les problèmes de toxicomanie sont les moins susceptibles d'amener les personnes affectées à rechercher de l'aide (19 %), tandis que les troubles de l'humeur (dépression majeure ou manie) amènent le plus souvent les personnes à consulter (50 %); la proportion s'élève à environ 71 % en présence d'un trouble de l'humeur associé à un trouble anxieux.

Consommation de médicaments

- Globalement, 16 % de la population de 15 ans et plus a consommé au moins un médicament psychotrope, prescrit ou non, au cours d'une période de douze mois. Les médicaments pour aider à dormir sont les plus utilisés (9 % de la population), suivis par les médicaments pour réduire l'anxiété (7 %) et les antidépresseurs (5 %).
- Les femmes consomment des médicaments en plus grande proportion que les hommes (19 % contre 12 %); ce constat s'applique à la plupart des types de médicaments.
- L'utilisation des médicaments psychotropes augmente de façon continue avec l'âge, passant de 7 % chez les plus jeunes à 26 % chez les plus âgés.
- L'utilisation des médicaments psychotropes tend à diminuer à mesure que le revenu augmente, passant de 26 % parmi les personnes à revenu inférieur à 11 % parmi celles à revenu supérieur.
- Les aînés (65 ans et plus) constituent le groupe utilisant le plus les médicaments pour les problèmes de sommeil (17 %) de même que tous les autres types de médicaments, à l'exception des antidépresseurs. Ce dernier type de médicaments est consommé en plus grande proportion chez les 45-64 ans (8 %).

FAITS SAILLANTS

Besoins d'aide non comblés et barrières à l'utilisation de l'aide requise

- Dans l'ensemble, 3,8 % de la population de 15 ans et plus déclare avoir eu besoin d'aide en lien avec ses émotions, sa santé mentale, ou sa consommation d'alcool ou de drogues, et ne pas avoir obtenu l'aide requise. Cela représente environ 228 000 personnes au Québec.
- Parmi les personnes ayant déclaré des besoins non comblés, les types d'aide requise les plus souvent mentionnés sont la thérapie ou le counselling (52 %) et l'information concernant les problèmes émotionnels, leurs traitements et les services disponibles (41 %).
- Les hommes sont plus nombreux que les femmes à signaler des besoins d'aide pour des problèmes financiers, relatifs au logement ou à l'emploi (18 % contre 6 %).
- Les raisons pour lesquelles cette aide n'a pas été obtenue ont trait soit à l'acceptabilité, à l'accessibilité ou à la disponibilité de l'aide requise. Les barrières d'acceptabilité (73 %) sont les plus fréquemment citées par les répondants considérant avoir des besoins non comblés d'aide en santé mentale.
- La raison de non-utilisation qui domine est de préférer s'en occuper soi-même (36 % des personnes ayant des besoins non comblés) et cela se vérifie chez les deux sexes. Viennent ensuite les raisons suivantes : ne pas s'en être occupé, indifférent (16 %); ne pas savoir où chercher de l'aide (13 %) et la peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé (12 %).
- La peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes, tandis que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à invoquer un temps d'attente trop long.
- Les barrières à l'utilisation ne varient pas significativement en fonction de l'âge ni du revenu.
- Environ une personne sur 10 dans l'ensemble de la population a dépensé pour obtenir des produits ou des services en santé mentale dans l'année précédant l'enquête; chez les personnes considérant avoir des besoins non comblés, c'est une personne sur cinq qui s'est trouvée dans cette situation.

Discussion

Constatations générales

L'un des constats les plus préoccupants de l'ESCC 1.2 est que 62 % des personnes souffrant d'au moins un des troubles mentaux mesurés dans l'enquête déclarent n'avoir consulté aucune ressource au cours d'une période de douze mois. Bien que cette proportion varie selon le type de diagnostic, elle indique clairement un écart important entre l'ampleur des besoins et l'utilisation actuelle des services au Québec.

À première vue, l'enquête révèle des différences parfois marquées entre les groupes sociodémographiques dans l'utilisation des ressources pour des raisons de santé mentale. Or, les résultats présentés dans la brochure *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois* (Kairouz et autres, 2008) nous indiquent que les troubles mentaux plus répandus comme les troubles de l'humeur, notamment la dépression majeure, sont plus prévalents chez les femmes de même que chez les personnes à faible revenu (période de référence de douze mois), et qu'ils sont moins prévalents chez les personnes âgées (65 ans et plus). Des besoins plus fréquents chez les femmes ou les personnes à faible revenu pourraient expliquer leur plus grande consultation. Vasiliadis et autres (2005) ont montré qu'à besoin égal (c'est-à-dire en présence d'un trouble mental avec dysfonctionnement et détresse), le sexe demeurerait une variable déterminante – les femmes ayant toujours tendance à consulter plus – tandis que l'âge et le revenu ne pouvaient plus être considérés comme déterminants. Les écarts dans l'utilisation des services observés entre les groupes d'âge pour la consultation d'un médecin généraliste ou d'un psychologue et selon le niveau de revenu pour celle d'au moins une ressource du système de soins pourraient donc être davantage attribuables aux prévalences différentes de troubles mentaux dans ces groupes.

Les barrières à l'utilisation de services constituent une autre information intéressante à retenir de cette enquête. Parmi les personnes déclarant avoir eu besoin d'aide et ne pas l'avoir obtenue (3, 8 % de la population québécoise), plus du tiers (36 %) ont dit

qu'elles préféreraient s'occuper elles-mêmes de leur problème. D'autres (16 %) ont invoqué l'indifférence qui peut être interprétée comme une résignation ou un doute quant à l'efficacité des interventions, ainsi qu'observé dans une étude effectuée à Montréal dans les années 1990 (Fournier et autres, 2002). Par ailleurs, les barrières économiques sont mentionnées par 10 % des répondants de l'ESCC 1.2 ayant des besoins non comblés. Dans la population en général, 8 % ont déclaré avoir dépensé 1 000 \$ ou moins pour des services en santé mentale ou des produits, au cours d'une période de douze mois, et 1,1 % a engagé des frais de plus de 1 000 \$ à de telles fins. L'accès à ces types d'interventions ne doit donc pas être négligé dans un contexte où plus de personnes voudraient consulter et accéder à la psychothérapie comme l'indique bien la moitié des répondants estimant avoir des besoins non comblés d'aide en santé mentale.

En comparant le portrait du Québec avec celui des autres provinces⁵ ayant participé à l'ESCC 1.2 (Lesage et autres, 2006), des différences mineures apparaissent. Ainsi, le Québec ne diffère pas des autres provinces⁶ pour le taux de consultation des prestataires de services – tous types confondus – pour des raisons de santé mentale au cours de l'année précédant l'enquête. On remarque notamment que le taux d'utilisation de ressources à des fins de santé mentale, en présence d'un trouble mental identifié lors de l'enquête, se situait à près de 40 % au Québec et ne différait pas par rapport à l'ensemble du Canada. Des différences mineures sont également observées entre le Québec et les autres provinces en ce qui concerne le taux de consultation par type de prestataires. On note cependant qu'en proportion, moins de Québécois (1,3 %) ont déclaré avoir vu un psychiatre dans la dernière année comparativement à la moyenne canadienne (2,0 %); la proportion s'établissait à 2,3 % en Ontario, tandis qu'une proportion de 2,6 % était observée en Nouvelle-Écosse (Lesage et

5. La dernière brochure de la présente série sur la santé mentale et le bien-être de la population québécoise présentera des comparaisons avec d'autres provinces pour les principaux indicateurs de l'étude.

6. Exception faite de Terre-Neuve-et-Labrador.

autres, 2006). De plus, cette comparaison faisait valoir que le nombre de psychiatres dans ces deux autres provinces était comparable à celui du Québec, au prorata de leur population. Cela suggère des modes de pratique différents de la part des psychiatres du Québec par rapport aux psychiatres des autres provinces. Une autre différence, attendue celle-là comme indiqué dans l'introduction, est que la proportion de personnes ayant consulté un psychologue dans la dernière année était plus élevée au Québec en comparaison de chacune des autres provinces. Ici, c'est le plus grand nombre de psychologues au Québec que dans d'autres provinces qui est évoqué pour expliquer cette différence.

Quelles sont les limites de l'estimation réalisée à partir de l'ESCC 1.2 quant à l'utilisation de services à des fins de santé mentale?

La principale limite est que l'estimation est basée sur le rappel et la compréhension des répondants quant aux différents types de prestataires de services en santé mentale, sans exclure la désirabilité sociale face à des conditions frappées de stigmatisation comme les problèmes de santé mentale. Ces possibilités ont été explorées par des chercheurs qui ont confronté la réponse des répondants d'une enquête avec les données administratives disponibles, par exemple les demandes de paiements des médecins généralistes ou spécialistes (Rhodes et Fung, 2004). Leur examen indiquait qu'un biais de rappel était en jeu dans les enquêtes populationnelles, les personnes présentant le plus haut niveau de détresse étant susceptibles de rapporter un plus grand nombre de visites que ce que les données administratives montraient.

Par ailleurs, la sous-estimation est mise en évidence dans des études menées autour de la consultation d'un médecin généraliste à des fins de santé mentale dans cinq provinces canadiennes⁷ (Gilbert et autres, 2006; Lesage et Ohana, 2006). Dans ces études, l'examen des bases de données des paiements des médecins montrait qu'environ 15 % de la population adulte (18 ans et plus) avait été identifiée comme ayant reçu un diagnostic de trouble mental par un médecin de famille dans la dernière année; ceci se vérifie dans chacune des

cinq provinces, incluant le Québec. Bien que l'estimation de l'ESCC 1.2 ne concerne qu'une partie des troubles mentaux diagnostiqués⁸, on peut noter l'écart avec l'estimation de 5 % à 7 % réalisée par cette enquête dans ces mêmes provinces canadiennes, à la même époque. Par ailleurs, au Québec, 3 % de la population aurait consulté des psychiatres selon les bases administratives comparativement à 1,2 % selon l'estimation de l'ESCC 1.2 (Lesage et Ohana, 2006). Ces chiffres des bases de données administratives se rapprochent davantage de ceux de l'utilisation de la médication psychotrope rapportée dans l'ESCC 1.2 (environ 16 % de la population du Québec), médication qui devait avoir été prescrite en majorité par les médecins généralistes mais également par des médecins spécialistes comme les psychiatres. On peut émettre l'hypothèse que les personnes sont davantage portées à se rappeler avoir reçu une prescription de médicament psychotrope, incluant des somnifères, qu'à reconnaître que cette visite chez leur médecin touchait des problèmes de santé mentale. Les données administratives correspondent donc beaucoup mieux à ces dernières données et confirmeraient la sous-estimation par l'enquête de l'utilisation des médecins généralistes, des psychiatres et possiblement d'autres professionnels à des fins de santé mentale.

Une dernière limite concerne les questions qui n'ont pas été posées sur l'utilisation des services, comme l'utilisation d'interventions psychothérapeutiques dans la dernière année. Mentionnons que l'utilisation de la psychothérapie n'a pas été étudiée dans l'ESCC 1.2; la médication psychotrope est la seule intervention relevée dans cette enquête. Un instrument⁹ utilisé dans la dernière enquête australienne sur la santé mentale (Meadows et autres, 2002), et dans le supplément d'enquête réalisé au sein des Forces canadiennes en même temps que l'ESCC 1.2, a donné des résultats allant dans le même sens quant aux besoins non comblés de psychothérapie et d'information. Le supplément des Forces canadiennes comportait un choix de réponse parmi les raisons de non-

7. Ces provinces sont les suivantes : Alberta, Colombie-Britannique, Nouvelle-Écosse, Ontario, Québec.

8. Les troubles mentaux retenus dans l'ESCC 1.2 sont la dépression majeure, la manie, le trouble panique, la phobie sociale et l'agoraphobie.

9. Cet instrument permet de relever, de façon systématique, la perception des besoins des usagers pour différents types d'interventions dont la psychothérapie.

utilisation concernant le système de santé : « Je ne fais pas confiance au système pour pouvoir m'aider dans les problèmes de santé mentale ou toxicomanie ». Il est souhaitable que ces questions et cette option de réponse en cas de non-utilisation soient utilisées dans la prochaine enquête de santé mentale dans les collectivités canadiennes prévue au début des années 2010.

Les besoins non comblés sont-ils importants? Lorsque les personnes consultent, la prestation de services est-elle suffisante ou excessive?

Les études sur la consultation d'un médecin généraliste citées précédemment indiquent que les enquêtes populationnelles comme l'ESCC 1.2 sous-estiment la consultation par rapport aux études s'appuyant sur les données des banques administratives. Selon ces dernières, plus de personnes consulteraient à des fins de santé mentale, soit une proportion pouvant se comparer au taux d'utilisation de médicaments psychotropes rapporté dans l'enquête. Mais est-ce que les besoins sont pour autant comblés? Comment qualifier l'aide apportée par la consultation, suffisante ou excessive? Comment concilier cette prestation plus élevée enregistrée par les banques de données administratives et celle estimée dans l'enquête? Par ailleurs, la proportion des personnes laissant entendre qu'on ne répond pas à leurs besoins d'aide en santé mentale (3,8 % de la population) représente plus de 200 000 Québécois et Québécoises.

Les résultats de la présente étude révèlent, tout comme d'autres études, d'importants besoins en matière de services de santé mentale, lorsqu'on considère d'abord la forte proportion de personnes atteintes de troubles qui n'ont consulté aucune ressource (plus de la moitié parmi les quelque 10 % souffrant d'au moins un trouble selon l'enquête), et ensuite la population ayant déclaré des besoins d'aide non comblés, parmi laquelle se retrouvent sans doute des personnes ayant consulté mais pour qui la prestation de services s'est avérée inadéquate ou insuffisante.

Quelle est l'ampleur de tous ces besoins? Au Québec, l'étude de Fournier et autres (2002) indique qu'environ 18 % des adultes présentaient des besoins de soins à des fins de santé mentale, que la moitié d'entre eux ont reçu des soins, mais que, parmi ces derniers, seulement le tiers ont

obtenu une réponse adéquate. En raison d'un faible taux de réponse à ce volet de l'étude (32 %) et d'un biais dû à une plus forte participation de personnes dépressives, il y a toutefois lieu de considérer ces résultats avec réserve. Notons que la proportion de 18 % obtenue dans Fournier et autres (2002) est plus élevée que celle de 10 % relevée avec la même méthodologie en Grande-Bretagne (Bebbington et autres, 1997) mais comparable à celle de 17 % en Finlande (Lehtinen et autres, 1990).

En ce qui concerne l'hypothèse de prestation excessive de services, il est reconnu au Québec que la médication anxiolytique et somnifère chez les personnes âgées de 65 ans et plus est peu efficace à long terme et s'associe à des risques d'accidents et de dépendance à ces médicaments (O'Connor et autres, 2006). Ceci ne signifie pas pour autant que les problèmes d'anxiété ou d'insomnie ne sont pas présents. Des options thérapeutiques et de gestion de l'insomnie existent (O'Connor et autres, 2006), mais leur disponibilité limitée laisse les médecins généralistes et les patients avec moins d'options à considérer. La prescription excessive de médicaments pourrait être soulevée aussi pour les antidépresseurs, car environ 5 % de la population en fait usage. Ces médicaments sont toutefois reconnus comme potentiellement efficaces dans les troubles de l'humeur et plusieurs troubles anxieux (APC et CANMAT, 2001; APC, 2006); comme ces troubles touchent de 10 à 15 % de la population au cours de la vie, le fait de prescrire ces médicaments à 5 % de la population n'est pas considéré excessif d'emblée. L'étude récente au Québec de Sewitch et autres (2005) sur les personnes âgées présentant un diagnostic de dépression et basée sur les données administratives de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), va également dans le sens de l'absence d'une prestation excessive d'antidépresseurs.

Ces études, comme la présente, suggèrent l'adoption d'une double stratégie pour répondre à des besoins non comblés d'aide en santé mentale : un volet promotionnel pour amener les personnes à consulter, et l'autre pour améliorer l'accès à des services en continu et de qualité. Quelques conclusions peuvent donc être tirées de la présente enquête pour favoriser la mise en œuvre de stratégies visant l'amélioration de la réponse aux besoins non comblés de soins en santé mentale dans la population québécoise.

Conclusion

Quelles sont les implications des résultats présentés au regard des mesures du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005)? Les résultats de l'ESCC 1.2 et de la comparaison avec d'autres études portant sur des juridictions de pays industrialisés dotés d'un système de soins géré par le secteur public pour les adultes, permettent de dégager certaines pistes d'action.

Actions de prévention et de promotion en santé mentale

Plus de la moitié des personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie n'ont pas consulté au cours de l'année précédant l'enquête. La principale barrière à l'utilisation des services à des fins de santé mentale, chez les personnes adultes reconnaissant avoir besoin d'aide, est l'attitude faisant en sorte de préférer s'occuper soi-même du problème; l'enquête montre aussi que la peur de demander de l'aide est un autre obstacle important. Ce constat suggère qu'il est pertinent de mener des actions de promotion visant à sensibiliser les personnes et les encourager à consulter. De même, il est approprié d'encourager le réseau social de ces personnes à les soutenir et les inciter à consulter lorsque celles-ci présentent des problèmes émotionnels ou de consommation de substances. Les guides de bonne pratique pour la dépression et les troubles anxieux indiquent que la médication antidépressive et des formes spécifiques de psychothérapie, ou leur combinaison, sont efficaces pour traiter ces troubles (APC et CANMAT, 2001; APC, 2006).

Un autre obstacle réside dans le fait que certaines personnes présentant des besoins non comblés d'aide en santé mentale manquent d'information sur les services disponibles; c'est un besoin exprimé par 41 % d'entre elles. Par ailleurs, des analyses antérieures sur les attitudes et la satisfaction à l'égard des soins, réalisées à partir de données d'entrevues en face-à-face, révèlent que « Les Montréalais semblent un peu sceptiques quant à l'efficacité des services de santé mentale. Ils estiment qu'en

moyenne seulement une personne sur deux tire profit de leur utilisation.» (Fournier et autres, 2002, p. 158). Par conséquent, les campagnes de promotion peuvent cibler une population qui apprécierait obtenir de l'aide dans la mesure où on lui indique que des thérapies efficaces existent et comment y accéder.

Un autre obstacle observé est le fait que les hommes consultent moins que les femmes. Les campagnes de promotion devraient tenir compte de cette situation et joindre spécifiquement ces derniers.

Les campagnes et stratégies lancées avec succès, il y a plus d'une décennie, par des pays comme l'Australie peuvent servir de sources d'inspiration (*Beyond Blues*; www.beyondblue.org.au/ybblue). De même, les campagnes que lancera le gouvernement canadien, animé par la toute nouvelle Commission canadienne de la santé mentale qui aura, entre autres, le mandat de mener des campagnes de promotion contre la stigmatisation face aux troubles mentaux (Kirby et Keon, 2006) peuvent présenter un intérêt pour l'orchestration de telles campagnes de promotion.

Accès à des services de santé rendus en temps utile

Les orientations du *Plan d'action en santé mentale* (PASM) sont largement conformes à celles de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2001), soit de faire de la première ligne le point fixe de responsabilité et d'appui dans la prise en charge des conditions de santé courantes; de bâtir la qualité des interventions sur un modèle de « condition chronique » plutôt qu'aiguë, impliquant un modèle multidisciplinaire et de collaboration s'appuyant sur la première ligne; d'encourager et accroître le recours aux traitements pour lesquels des données probantes sont disponibles comme la médication antidépressive ou la psychothérapie. Dans cette perspective, le PASM donne priorité à l'amélioration de l'accès aux soins de première ligne pour les troubles mentaux courants comme l'anxiété, la dépression et la toxicomanie, et

recommande un modèle de soins partagés en santé mentale entre les médecins généralistes et les autres professionnels de première et deuxième ligne. Ce modèle peut d'une part accroître, par la formation continue et la consultation, la qualité des traitements médicamenteux et des psycho-thérapies, et d'autre part faciliter l'accès aux traitements psychothérapeutiques et psycho-sociaux.

La présente étude et les bases de données administratives confirment le rôle de premier plan des services médicaux de première ligne au Québec. Le mythe répandu selon lequel les médecins généralistes ne verraient pas les problèmes de santé mentale est battu en brèche (Lesage et autres, à paraître). Les médecins généralistes voient beaucoup de personnes affectées par ces problèmes (Benigeri, 2007) et prescrivent des médicaments psychotropes à une partie non négligeable de la population (Gilbert et autres, 2006).

On ne peut statuer sur le degré de concertation dans les soins avec l'enquête ESCC 1.2, mais on a constaté qu'au Québec, dans plus de la moitié des cas où un médecin généraliste est impliqué à des fins de santé mentale, un autre professionnel l'est aussi tels un psychologue ou des services spécialisés (Lesage et autres, 2006). Une amélioration des besoins non comblés exprimés par les répondants de l'étude peut être attendue du soutien que l'équipe de base en santé mentale apportera aux médecins généralistes afin qu'ils puissent offrir à leurs patients un accès à l'information, à la psychothérapie et à l'aide psychosociale, en collaboration aussi avec les services spécialisés de deuxième ligne.

Si les campagnes de promotion et les approches de collaboration entre médecins généralistes et autres professionnels ont du succès, on peut aussi s'attendre à ce que les demandes pour des psychothérapies augmentent partout au Québec. À terme, il serait utile d'améliorer l'accès à ces traitements. L'Australie a procédé à une réforme des services de santé mentale très comparable à celle préconisée au Canada (Kirby et Keon, 2004) et au Québec, et on y a vu une plus grande utilisation des services à des fins de santé mentale qu'au Canada parmi les personnes

présentant un tel besoin (Tempier et autres, 2009).

Utilisation des services, planification et évaluation des besoins en santé mentale

L'utilisation des services à des fins de santé mentale peut être suivie dans le temps à partir d'une enquête populationnelle comme l'ESCC 1.2. Considérée en fonction des besoins des décideurs, la réalisation d'une telle enquête devrait prendre en compte les éléments suivants : récurrence de l'enquête sur une décennie, vérification des raisons de non-utilisation, questions sur la perception des besoins et sur le système de santé, mesure du recours à la psychothérapie, accroissement de la taille de l'échantillon québécois. D'autre part, l'impact de mesures organisationnelles sur les pratiques et la qualité des soins pourrait se mesurer de façon plus continue par le harnachement systématique et le jumelage à des fins de surveillance des banques de données administratives comme la banque de la RAMQ, celle de MedEcho et celle de I-CLSC. Cette piste permettrait de soutenir une prise de décision et une organisation de services de santé mentale et de toxicomanie plus accessibles et de qualité.

Un système équilibré de soins de santé mentale et toxicomanie (Thornicroft et Tansella, 2003) doit être entrevu dans une perspective permettant de maintenir un équilibre optimal entre l'allocation des ressources et les besoins estimés de services de promotion/prévention; traitement et réadaptation (Kovess et autres, 2001; Andrews et Henderson, 2006). Les résultats de la présente brochure et les autres études citées ne peuvent à eux seuls résoudre cette équation. L'ensemble des résultats disponibles dans les autres brochures de cette série permet une meilleure intégration des connaissances qui prennent en compte les commentaires et débats qu'ont suscités les diverses questions abordées.

Avec ce chantier s'ouvre un dialogue entre chercheurs et décideurs susceptible de produire des pistes d'action et de nouvelles recherches utiles pour favoriser la prise de décision en santé mentale et toxicomanie au Québec. Entre autres, l'accessibilité aux services à des fins de santé mentale devra tenir compte en plus du sexe, de l'âge et du revenu mis de l'avant dans cette brochure, de l'origine ethnique, de l'éducation et des ressources disponibles dans les régions du Québec. De plus, les campagnes de promotion en santé mentale doivent être coordonnées et planifiées sur de longues périodes – une telle campagne pourrait être intégrée à celle de prévention du suicide ou de la toxicomanie, par exemple.

Bibliographie

- AGENCE DE SANTÉ PUBLIQUE DU CANADA, et C. GILBERT (2006). *Mental Illness Surveillance In Canada*, Banff, Alberta Mental Health Showcase.
- ANDERSEN, R. M. (1995). « Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, n° 1, p. 1-10.
- ANDREWS, G., et S. HENDERSON (Eds.) (2006). *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*. Cambridge, Cambridge University Press, 464 p.
- ANDREWS, G., K. SANDERSON, J. CORRY et H. M. LAPSLEY (2000). « Using epidemiological data to model efficiency in reducing the burden of depression », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, vol. 3, n° 4, p. 175-186.
- ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA (APC) (2006). « Guide de pratique clinique. Traitement des troubles anxieux », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 51, supplément 2, juillet, p. 9S-91S.
- ASSOCIATION DES PSYCHIATRES DU CANADA (APC) et CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT) (2001). « Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 46, supplément 1, p. 5S-90S.
- AUSTRALIAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION (2006). *Psychology Medicare Items*, [En ligne] : www.psychology.org.au/Assets/Files/Medicare_Fact_Sheet1.pdf. (page consultée le 11 septembre 2007).
- BEBBINGTON, P. E., L. MARSDEN et C. R. BREWIN (1997). « The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey », *Psychological Medicine*, Jul., 27 (4), p. 821-834.
- BENIGERI, M. (2007). *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais, 2004-2005*, Montréal, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, février, 43 p.
- DEWA, C. S., D. A. ROCHEFORT, J. ROGERS et P. GOERING (2003). « Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, n° 1, p. 43-54.
- FOURNIER, L, O. LEMOYNE, C. POULIN et L. R. POIRIER (2002). *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1: La santé mentale et les besoins de soins des adultes*, Montréal, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 251 p.
- FOURNIER, L., A. D. LESAGE, J. TOUPIN et M. CYR (1997). « Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal catchment area study », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, p. 737-743.
- GAUTHIER, A. (1998). *Organisation des services de santé mentale dans la communauté. Enseignements de la recherche évaluative*, Québec, Direction générale de la planification et de l'évaluation, Ministère de la Santé et des Services sociaux, *Collection Études et analyses*, n° 39, 49 p.
- GILBERT, C., W. JONES, D. SCHOPFLOCHER, B. LINN, A. LESAGE et S. KISELEY (2006). *Use of provincial administrative data for surveillance of mental disorders: feasibility study*. Draft October 13. Prepared for the Surveillance Division, Center for Chronic Disease Prevention and Control, Public Health Agency of Canada.

- GOVERNMENT OF AUSTRALIA, Department of Health and Aging. *Better Outcomes in Mental Healthcare*, [En ligne] : www.health.gov.au/internet/wcms/publishing.nsf/content/mental-boimhc# (page consultée le 11 septembre 2007).
- GRAVEL, R., et Y. BÉLAND (2005). « The Canadian Community Health Survey: mental health and well-being ». *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 10, p. 573-579.
- KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAULT et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.
- KESSLER, R. C., P. BERGLUND, O. DEMLER, R. JIN, D. KORETZ, K. R. MERIKANGAS, J. RUSH, E. E. WALTERS et P. S. WANG (2003). « The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Journal of the American Medical Association*, vol. 289, p. 3095-3105.
- KING'S COLLEGE LONDON (2006). « Encouraging men to get treatment for depression », *Towards mental health. Health Services Research at the Institute of Psychiatry*, n° 1, p. 8. [En ligne]: www.iop.kcl.ac.uk/iopweb/blob/downloads/locator/l_4_hsr_research_report.pdf, (page consultée le 11 septembre 2007).
- KIRBY, M. J. L., et W. J. KEON (2006). *De l'ombre à la lumière. Résumé et recommandations*. Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 95 p.
- KIRBY, M. J. L., et W. J. KEON (2004). *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie*. Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. Rapport 2: *Politiques et programmes de certains pays en matière de santé mentale*. Chapitre 1: Les soins de santé mentale en Australie, [En ligne]: www.parl.gc.ca/38/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/repintnov04-f.htm, (page consultée le 11 septembre 2007).
- KOVESS, V., A. LESAGE, B. BOISGUÉRIN, L. FOURNIER, L. LOPEZ et A. OUELLET (2001). *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*. Paris, Médecine-Sciences Flammarion, 209 p.
- LEHTINEN V., M. JOUKAMAA, E. JYRKINEN, K. LAHTELA, R. RAITASALO, J. MAATELA et A. AROMAA (1990) « Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey ». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 5, p. 426-431.
- LESAGE, A. D., L. FOURNIER, M. CYR, J. TOUPIN, J. FABIAN, G. GAUDETTE, C. VANIER, P. E. BEBBINGTON et C. R. BREWIN (1996). « The reliability of the community version of the MRC Needs for Care Assessment », *Psychological Medicine*, vol. 26, p. 237-243.
- LESAGE, A. D., P. GOERING et E. LIN (1997). « Family physicians and the mental health system. Report from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey », *Canadian Family Physician*, vol. 43, p. 251-256.
- LESAGE, A. D., et P. M. OHANA (2006). *A feasibility study of the use of provincial administrative data for the surveillance of mental health service utilization: Québec*. Rapport déposé à l'Agence de la santé publique du Canada.
- LESAGE, A., Y. OUADAH et M. J. FLEURY. (à paraître). *À bas les mythes! Les médecins de famille et la santé mentale au Québec*: Manuscrit à soumettre pour publication, 14 p.

- LESAGE, A., H.-M. VASILIAKIS, M. A. GAGNÉ, S. DUDGEON, N. KASMAN et C. HAY (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Rapport pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, [En ligne] : www.ccmhi.ca/fr/, (page consultée le 11 septembre 2007).
- LIN, E., P. GOERING, A. LESAGE et D. L. STREINER (1997). « Assessment of overmet need in mental health care », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 32, n° 6, p. 355-362.
- LUCENA R. J., A. LESAGE, R. ELIE, Y. LAMONTAGNE et M. CORBIERE (2002). « Strategies of collaboration between general practitioners and psychiatrists: a survey of practitioners' opinions and characteristics », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 47, n° 8, p. 750-758.
- MEADOWS, G., P. BURGESS, I. BOBEVSKI, E. FOSSEY, C. HARVEY et S. T. LIAW (2002). « Perceived need for mental health care: influences of diagnosis, demography and disability », *Psychological medicine*, vol. 32, p. 299-309.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 : Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, Ministère de la santé et des services sociaux du Québec, Direction de la santé mentale, 97 p.
- NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH (1999). *Mental Health. A report of the Surgeon General*. Rockville, MD. U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, 458 p.
- O'CONNOR, K., A. MARCHAND, L. BROUSSEAU et L. DESJARDINS (2006). *La vie sans tranquillisants, Le programme d'aide au succès au sevrage (PASSE)*, Montréal, Collaboration Stanké, 240 p.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001. La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 172 p.
- PLANTE, N., M. BORDELEAU et J. AUBIN (2008). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 30 p.
- RHODES, A. E., et K. FUNG (2004). « Self-reported use of mental health services versus administrative records: care to recall? », *International Journal of Methods and Psychiatric Research*, vol. 13, n° 3, p. 165-175.
- ROHR, B., F. GILBERT, H.-M. VASILIAKIS, R. TEMPIER, V. KOVSEK-MASFETY, A. D. LESAGE, K. DEMYTTENAERE, R. BRUFFAERTS, J. P. LÉPINE, I. GASQUET et K. E. MOSIER. (à paraître) *Comparing francophone populations in Canada and Europe: 12 month prevalence of mental disorders and service use*. Manuscrit en préparation.
- SEWITCH, M. J., R. BLAIS, E. RAHME, S. GALARNEAU et B. BEXTON (2006). « Pharmacologic response to a diagnosis of late-life depression: a population study in Quebec », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, p. 363-370.
- STATISTIQUE CANADA (2006). *Canadian Community Health Survey (CCHS) : Mental Health and Well-Being Cycle 1*, [En ligne] : www.statcan.ca (page consultée le 27 novembre 2007).

STATISTIQUE CANADA (2004). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, Santé mentale et bien-être. Guide du fichier de microdonnées à grande diffusion*, Ottawa, 99 p.

TEMPIER, R., G. N. MEADOWS, H.-M. VASILIADIS, K. E. MOSIER, A. LESAGE, A. STILLER, A. GRAHAM et M. LEPNURM (2009). « Mental disorders and mental health care in Canada and Australia: comparative epidemiological findings », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 44, n° 1, p. 63-72.

THORNICROFT, G., et M. TANSELLA (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?* Réseau des bases factuelles en santé, Bureau régional de l'OMS en Europe, [En ligne] : www.euro.who.int/HEN/Syntheses/mentalhealth/20030822_1?language=French, (page consultée le 11 septembre 2007).

VASILIADIS, H.-M., A. LESAGE, C. ADAIR et R. BOYER (2005). « Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, p. 614-619.

Annexes

Tableau A.1

Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

Catégorie		Total	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
		% (IC à 95 %)						
Médecins	Médecin de famille ^{a,b}	4,8	3,2	6,3	4,0*	4,6	6,3	2,8*
		(4,0-5,6)	(2,4-4,2)	(5,1-7,5)	(2,5-5,9)	(3,6-5,9)	(4,7-8,2)	(1,7-4,3)
	Autre médecin (sauf psychiatre)	0,2**	--	--	--	--	--	--
		(0,1-0,3)	--	--	--	--	--	--
Professionnels fournissant des services spécialisés en santé mentale	Psychiatre ^a	1,2	0,8*	1,5*	1,0**	1,5*	1,1*	0,8**
		(0,9-1,5)	(0,5-1,2)	(1,0-2,2)	(0,4-2,0)	(0,9-2,3)	(0,7-1,7)	(0,2-1,9)
	Psychologue ^{a,b}	3,7	2,5*	4,9	4,9**	4,6	3,5*	0,8**
		(3,1-4,5)	(1,8-3,4)	(3,8-6,2)	(3,1-7,4)	(3,5-5,9)	(2,4-4,9)	(0,2-2,2)
Autres professionnels	Infirmière ^b	0,4*	0,2**	0,6*	--	--	--	--
		(0,2-0,6)	(0,1-0,5)	(0,3-0,9)	--	--	--	--
	Travailleur social/conseiller/ psychothérapeute ^a	1,8*	0,7**	2,9*	--	--	--	--
		(1,2-2,7)	(0,4-1,2)	(1,7-4,7)	--	--	--	--
	Conseiller religieux ou autre professionnel ^a	0,8*	0,3**	1,3*	--	--	--	--
		(0,5-1,2)	(0,1-0,6)	(0,8-2,1)	--	--	--	--
Organismes d'entraide	Groupe de soutien (Internet)	0,3**	0,3**	0,2**	--	--	--	--
		(0,1-0,5)	(0,1-0,8)	(0,1-0,4)	--	--	--	--
	Groupe d'entraide ^b	1,1*	0,9**	1,3*	--	--	--	--
		(0,7-1,5)	(0,5-1,5)	(0,8-2,0)	--	--	--	--
	Ligne téléphonique ^b	0,5*	0,4**	0,6*	--	--	--	--
		(0,3-0,7)	(0,1-0,8)	(0,4-1,0)	--	--	--	--
Hospitalisation		0,6*	0,6**	0,6*	--	--	--	--
		(0,3-0,9)	(0,2-1,2)	(0,4-0,8)	--	--	--	--
Au moins une ressource du système de soins (6 premières catégories)^a		8,6	5,3	11,7	8,9	9,4	8,9	5,4**
		(7,5-9,7)	(4,3-6,3)	(9,8-13,6)	(6,6-11,6)	(7,9-11,2)	(7,1-11,2)	(2,3-10,4)
Au moins une ressource (toutes les catégories)^a		9,6	6,2	13,0	10,0	10,5	10,4	5,5**
		(8,5-10,8)	(5,1-7,3)	(11,0-14,9)	(7,6-12,8)	(8,9-12,2)	(8,3-12,4)	(2,4-10,5)

a. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.2

Consommation de médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Au moins un médicament ^{a,b}	Au moins un médicament, sauf pour maigrir ^{a,b}	Pour aider à dormir ^{a,b}	Pour réduire l'anxiété ^{a,b}	Antidépresseur ^{a,b}	Régulateur de l'humeur ^a	Pour traiter les comportements psychotiques ^a	Stimulant	Pour maigrir
	% (IC à 95 %)								
Total	15,6 (14,2–17,0)	15,3 (13,9–16,7)	9,1 (8,0–10,1)	6,9 (6,0–7,9)	5,2 (4,3–6,0)	1,0* (0,7–1,5)	0,3** (0,2–0,5)	0,2** (0,1–0,3)	0,5* (0,3–0,7)
Hommes	12,4 (10,5–14,2)	12,2 (10,3–14,0)	8,0 (6,4–9,8)	5,1 (3,8–6,7)	3,3 (2,5–4,3)	0,5** (0,3–0,8)	0,1** (0,0–0,3)	-- (0,0–0,7)	0,2** (0,0–0,7)
Femmes	18,7 (16,7–20,7)	18,2 (16,3–20,2)	10,2 (8,9–11,5)	8,7 (7,4–10,0)	7,0 (5,7–8,5)	1,6* (0,9–2,5)	0,5* (0,2–0,8)	-- (0,2–0,8)	0,7* (0,4–1,1)
15-24 ans	6,9 (5,0–9,2)	6,2 (4,5–8,3)	3,2* (2,0–4,7)	1,9** (1,1–3,2)	2,7* (1,5–4,3)	0,7** (0,2–1,7)	-- (0,2–1,7)	-- (0,2–1,7)	-- (0,2–1,7)
25-44 ans	11,7 (10,0–13,4)	11,3 (9,7–13,0)	6,8 (5,6–8,0)	4,9 (3,9–6,2)	4,9 (3,8–6,1)	1,3* (0,8–1,9)	-- (0,8–1,9)	-- (0,8–1,9)	-- (0,8–1,9)
45-64 ans	19,4 (16,5–22,4)	19,3 (16,3–22,2)	10,7 (8,3–13,2)	9,6 (7,5–12,0)	7,6 (5,8–9,8)	1,2** (0,4–2,7)	-- (0,4–2,7)	-- (0,4–2,7)	-- (0,4–2,7)
65 ans et plus	26,0 (22,4–29,7)	26,0 (22,3–29,6)	17,4 (14,4–20,3)	11,5 (9,3–13,7)	3,3* (2,2–4,9)	0,5** (0,1–1,3)	-- (0,1–1,3)	-- (0,1–1,3)	-- (0,1–1,3)

a. Le test d'association entre la consommation de ce type de médicaments et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre la consommation de ce type de médicaments et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.3

Consommation de médicaments prescrits au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	Au moins un médicament ^{a,b}	Au moins un médicament, sauf pour maigrir ^{a,b}	Pour aider à dormir ^{a,b}	Pour réduire l'anxiété ^{a,b}	Antidépresseur ^{a,b}	Régulateur de l'humeur ^a	Pour traiter les comportements psychotiques ^a	Stimulant	Pour maigrir
	% (IC à 95 %)								
Total	13,7 (12,3–15,1)	13,6 (12,2–15,0)	7,5 (6,5–8,6)	6,6 (5,6–7,5)	5,1 (4,3–6,0)	1,0* (0,7–1,5)	0,3** (0,1–0,5)	0,1** (0,0–0,2)	0,1** (0,1–0,3)
Hommes	10,3 (8,5–12,0)	10,2 (8,5–12,0)	6,2 (4,8–7,9)	4,7 (3,4–6,3)	3,3 (2,5–4,2)	0,5** (0,3–0,8)	0,1** (0,0–0,3)	--	--
Femmes	17,0 (15,2–18,9)	16,9 (15,0–18,7)	8,8 (7,5–10,0)	8,4 (7,1–9,6)	7,0 (5,7–8,4)	1,6* (0,9–2,5)	0,4** (0,2–0,8)	--	--
15-24 ans	3,9* (2,6–5,8)	3,9* (2,5–5,7)	1,0** (0,4–2,1)	1,8** (0,9–3,1)	2,6** (1,5–4,2)	0,7** (0,2–1,7)	--	--	--
25-44 ans	9,1 (7,7–10,6)	9,1 (7,6–10,5)	4,6 (3,7–5,7)	4,3 (3,4–5,5)	4,9 (3,8–6,1)	1,3* (0,8–1,9)	--	--	--
45-64 ans	18,5 (15,5–21,5)	18,4 (15,4–21,3)	9,8 (7,5–12,5)	9,5 (7,4–11,9)	7,6 (5,7–9,7)	1,2** (0,4–2,7)	--	--	--
65 ans et plus	24,9 (21,5–28,4)	24,9 (21,4–28,3)	16,6 (13,8–19,4)	10,8 (8,7–12,9)	3,3* (2,2–4,9)	0,5** (0,1–1,3)	--	--	--

a. Le test d'association entre la consommation de ce type de médicaments et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre la consommation de ce type de médicaments et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.4

Types d'aide requise, barrières à l'utilisation et couverture des dépenses selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002

	Total	Hommes	Femmes
	% (IC à 95 %)		
Types d'aide requise¹			
Thérapie ou counselling ou aide sur le plan des relations interpersonnelles	52,4 (43,4–61,4)	47,5* (30,5–64,9)	55,5 (45,1–65,9)
Information sur les troubles émotionnels et leurs traitements ou les services disponibles	40,6 (31,4–49,9)	47,6* (31,2–64,4)	36,2 (25,8–46,6)
Aide pour des problèmes financiers, des problèmes relatifs au logement, au statut d'emploi ou à la situation de travail ^a	10,6* (6,7–15,6)	17,5** (8,8–29,8)	6,1** (2,5–12,3)
Médicaments	4,3** (1,6–9,1)	--	--
Autres	9,9** (5,1–16,7)	6,0** (1,2–16,2)	12,3** (5,7–22,4)
Barrières à l'utilisation¹			
Problème d'acceptabilité	73,2 (65,0–80,3)	77,4 (61,5–89,0)	70,5 (60,5–79,2)
Problème de disponibilité ^a	22,4* (14,6–31,8)	12,3** (5,8–22,0)	28,8* (18,0–41,6)
Problème d'accessibilité	11,7* (7,3–17,4)	9,2** (5,0–15,0)	13,2** (6,8–22,3)
Couverture des dépenses			
A dépensé pour des produits ou des services en santé mentale (tout montant)	19,3 (13,4–26,4)	15,3** (6,1–29,6)	21,9* (15,0–30,3)
A une assurance qui couvre entièrement ou en partie les médicaments	86,3 (77,0–92,8)	82,8 (65,6–93,7)	88,5 (75,9–95,9)

a. Le test d'association entre cette variable et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

1. Une personne peut déclarer plusieurs types d'aide requise ou mentionner plusieurs barrières à l'utilisation; le total dépasse donc 100 % pour chacun de ces groupes.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.5

Certaines raisons de non-utilisation de l'aide requise¹ selon le sexe, population de 15 ans et ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002

	Total	Hommes	Femmes
	% (IC à 95 %)		
Peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé ^a	11,8*	19,4**	7,0*
	(7,3–17,8)	(9,6–33,1)	(4,1–11,1)
Temps d'attente trop long ^a	9,5**	1,5**	14,5**
	(4,6–16,8)	(0,4–3,9)	(7,0–25,4)

a. Le test d'association entre cette variable et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

1. Une personne peut déclarer plusieurs raisons de non-utilisation.

* Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage – Québec, 2002.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être de la population québécoise de 15 ans et plus est présenté sous forme de brochures, dont voici la quatrième. *L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* de Statistique Canada permet de tracer le portrait de l'utilisation de services et de la consommation de médicaments à des fins de santé mentale chez cette population en 2002. Les types d'aide requise et les barrières à l'utilisation des services de santé sont aussi examinés. En conclusion, le document présente les pistes d'action qui ont été dégagées.

« L'Institut a pour mission de fournir des informations statistiques qui soient fiables et objectives sur la situation du Québec quant à tous les aspects de la société québécoise pour lesquels de telles informations sont pertinentes. L'Institut constitue le lieu privilégié de production et de diffusion de l'information statistique pour les ministères et organismes du gouvernement, sauf à l'égard d'une telle information que ceux-ci produisent à des fins administratives. Il est le responsable de la réalisation de toutes les enquêtes statistiques d'intérêt général. »

Loi sur l'Institut de la statistique du Québec (L.R.Q., c. I-13.011) adoptée par l'Assemblée nationale du Québec le 19 juin 1998.

**Institut
de la statistique**

Québec 