



Canadian
Collaborative
Mental Health
Initiative

Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale

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

9

Janvier 2006

Auteurs

Alain Lesage, Université de Montréal
Helen-Maria Vasiliadis, Université de Montréal
Marie-Anik Gagné, secrétariat de l'ICCSM
Scott Dudgeon, secrétariat de l'ICCSM
Naomi Kasman, consultante de l'ICCSM
Carley Hay, consultante de l'ICCSM

Membres du Comité directeur chargé de la revue du document

Lorraine Breault, représentante de la Société canadienne de psychologie
Karen Cohen, représentante de la Société canadienne de psychologie
Terry Krupa, représentante de l'Association canadienne des ergothérapeutes
David Gardner, représentant de l'Association des pharmaciens du Canada

Traduction

Traductions Marie-Josée Gélinas

Secrétariat de l'ICCSM

Maureen Desmarais, Coordonnatrice de projet
Scott Dudgeon, Directeur général
Marie-Anik Gagné, Gestionnaire de projet
Valerie Gust, Gestionnaire de communications
Tina MacLean, Adjointe de recherche
Jeneviève Mannell, Assistante en communication
Enette Pauzé, Coordonnatrice de recherche
Enric Ribas, Graphiste
Shelley Robinson, Adjointe administrative

Droit d'auteur © 2006 Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Citation suggérée : Lesage A. Vasiliadis HM., Gagné MA., Dudgeon S., Kasman N., Hay C. 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. Mississauga, Ont. : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale; janvier 2006. Disponible au : www.iccsm.ca

This report is available in English.

Le secrétariat de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ont., L4W 5A4
Tél. : 905-629-0900 Téléc. : 905-629-0893
Courriel : info@iccsm.ca Site Web: www.iccsm.ca

Les opinions exprimées dans cette publication sont celles du secrétariat de l'ICCSM et ne correspondent pas nécessairement à l'opinion officielle des partenaires de l'ICCSM ou de Santé Canada.

Le financement de l'ICCSM provient du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada.

ISBN 1-896014-85-2



Initiative
canadienne de
collaboration en
santé mentale



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

*Un document pour l'Initiative canadienne de
collaboration en santé mentale*

Préparé par :

Alain Lesage, M.D., M.Phil.

Helen-Maria Vasiliadis, Ph.D.

Centre de recherche Fernand-Seguin

Hôpital Louis-H.-Lafontaine

Département de psychiatrie de l'Université de Montréal

Marie-Anik Gagné, Ph.D.

Scott Dudgeon, M.B.A.

Naomi Kasman, M.Sc.

Carley Hay, M.Sc.S

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale

Janvier 2006

N O T R E O B J E C T I F

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) vise à améliorer la santé mentale et le mieux-être des Canadiens en favorisant un partenariat et une collaboration entre les prestataires de soins de santé, les usagers, les familles et les aidants naturels et en facilitant l'accessibilité des usagers à des services de prévention et de promotion de la santé, de traitement/d'intervention et de réadaptation dans un contexte de soins de santé primaires.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	i
INTRODUCTION	1
MÉTHODOLOGIE	3
RÉSULTATS	5
TAUX DE CONSULTATION DES PRESTATAIRES POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE AU CANADA ET DANS CHACUNE DES PROVINCES	5
PRESTATAIRES REGROUPÉS PAR CATÉGORIE	8
ESTIMATION DU NIVEAU DE COLLABORATION POTENTIEL AVEC LES PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ PRIMAIRES	10
TAUX DE PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE	12
RÉPONDANTS ÉPROUVANT DES TROUBLES MENTAUX AYANT EU RECOURS À DES SERVICES POUR DES RAISONS DE SANTÉ MENTALE	14
DISCUSSION	15
RÉFÉRENCES	19

SOMMAIRE

Il importe de bien connaître la prévalence des cas de maladie mentale et de l'utilisation des services connexes au Canada pour que le dossier de l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale puisse faire des progrès. Combien de personnes consultent des prestataires de soins de santé pour des raisons de santé mentale? Qui consultent-elles? Sont-elles portées à consulter plus d'un prestataire? Parmi les personnes souffrant de troubles mentaux, combien d'entre elles chercheront de l'aide? Y a-t-il des différences perceptibles entre les régions géographiques du Canada? Que nous disent ces constatations en regard des besoins non comblés? Sur quoi devrions-nous porter notre attention?

Pour répondre à ces questions, l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM), soit un consortium composé de 12 organismes nationaux, a fait produire ce rapport afin d'analyser les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes menée par Statistique Canada auprès de 36 984 adultes canadiens entre mai et décembre 2002.

Principales constatations

- ✎ Au cours d'une année, 10 % des Canadiens ont eu recours à des services pour leur santé mentale.
- ✎ Les professionnels les plus souvent consultés, par ordre décroissant, sont : les omnipraticiens, les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes, les psychiatres, les psychologues et les groupes d'entraide.
- ✎ Cette tendance était différente au Québec, où les psychologues occupaient le deuxième rang des professionnels les plus souvent consultés.
- ✎ Après avoir regroupé les prestataires par catégorie, on constate que la plupart des répondants ont d'abord consulté des professionnels du secteur de la médecine générale, suivis des « autres professionnels » (p. ex. infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, acupuncteurs, chiropraticiens, diététistes, etc.), des spécialistes de la santé mentale (p. ex. psychiatres, psychologues) puis, enfin, des intervenants de regroupements bénévoles (p. ex. groupes d'entraide, lignes d'aide téléphonique, Internet).
- ✎ Dans la moitié des cas, lorsqu'une personne consultait un omnipraticien, un autre intervenant était également impliqué dans le processus. Il s'agit là d'un indicateur du potentiel pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration.
- ✎ L'étude de la prévalence de divers troubles mentaux et de dépendances n'a révélé ni variation ni différence significatives selon les régions géographiques du pays.
- ✎ Tout près de 40 % des Canadiens ayant rapporté des troubles de santé mentale ont déclaré recourir à des services de santé pour leur santé mentale. Aucune différence statistique n'est ressortie dans le nombre de Canadiens – indépendamment de leur province de résidence – ayant déclaré avoir eu recours aux services de professionnels de la santé pour leur santé mentale.

Conclusions

- ✎ Les planificateurs, chercheurs, prestataires de services et autres intervenants doivent étudier attentivement les raisons pour lesquelles seulement 40 % des Canadiens ayant rapporté des troubles mentaux choisissent de consulter un professionnel de la santé. Par exemple, le manque de ressources, la peur de la stigmatisation et le problème de l'accessibilité des services ont été cités comme étant des obstacles à l'obtention de soins.
- ✎ Bien que les Canadiens soient plus susceptibles de consulter un omnipraticien quand il s'agit de soins de santé mentale, ils se tournent également vers d'autres professionnels ainsi que vers des associations bénévoles. Un nombre significatif consulte plus d'une source, ce qui semble indiquer que l'idée pour des soins de santé primaires axés sur la collaboration entre les professionnels pourrait être approfondie davantage.

INTRODUCTION

L'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale (ICCSM) est un consortium composé de 12 organismes nationaux qui représentent des services communautaires, des usagers, des familles et des groupes d'entraide, des diététistes, des médecins, des infirmières et des infirmiers, des ergothérapeutes, des pharmaciens, des psychiatres, des psychologues et des travailleurs sociaux de partout au Canada. Ils travaillent ensemble à améliorer l'accès aux services de promotion de la santé mentale, de prévention des maladies mentales et de détection précoce et à améliorer l'accès aux soins de santé primaires pour tous les Canadiens. La vision de l'ICCSM est celle d'un pays où tous les usagers ont accès aux services les plus adéquats dispensés par le prestataire approprié, au moment opportun, à l'endroit le plus accessible et avec un minimum d'obstacles (ICCSM, 2005).

À l'heure actuelle, il est admis que les soins de santé et de santé mentale qui sont dispensés aux Canadiens et aux résidents d'autres pays industrialisés respectent les principes du « un sur cinq » et du « 50 % » : les troubles mentaux – principalement l'anxiété, la dépression et la consommation abusive d'alcool ou de drogues – touchent une personne sur cinq; et 50 % des personnes souffrant de troubles mentaux demandent de l'aide pour leur santé mentale.

Par exemple, une étude méthodique par méta-analyse de la littérature existante révèle que seulement 60 % des résidents d'une collectivité souffrant de troubles affectifs consultent un professionnel de la santé et que, de ce nombre, 76 % consultent un omnipraticien (Richards et coll., 2004). L'étude révèle également que les prestataires de soins médicaux primaires, nommément les omnipraticiens, sont ceux vers qui les Canadiens et les Américains se tournent le plus souvent pour des raisons de santé mentale, devançant ainsi les spécialistes, les autres professionnels et les intervenants des groupes d'entraide (Fournier et coll., 1997).

Le régime de soins de santé public au Canada devrait, en principe, être en mesure d'offrir des services de soins de santé mentale nécessaires qui sont à la fois accessibles et efficaces (Patten & Beck, 2004). Cependant, de nombreux Canadiens, tel que nous l'avons vu précédemment, ne semblent pas recevoir les services de soins de santé mentale et le soutien dont ils ont besoin. C'est ainsi qu'au cours des deux dernières années, l'ICCSM, subventionnée par le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires de Santé Canada, a tenté de favoriser davantage de collaboration entre les professionnels des soins de santé primaires, les prestataires de soins de santé mentale, les usagers, les familles et les organismes communautaires. En travaillant à répondre aux besoins de la population, l'ICCSM améliorera l'efficacité des interventions des prestataires de soins de santé. Pour sa part, le Fonds encourage les réformes dans les services de soins de santé primaires de façon à ce que les Canadiens – peu importe où ils se trouvent et peu importe le moment – puissent avoir accès à des soins appropriés et dispensés par le prestataire approprié.

Le rapport ci-dessous offre un aperçu de l'état actuel des soins de santé au Canada et des points de comparaison interprovinciale relativement à :

- l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale
- le recours aux prestataires de soins par catégorie et par secteur
- la prévalence des troubles mentaux et des besoins non satisfaits

Pour mettre sur pied cette initiative, l'ICCSM a commandé une analyse de la plus récente enquête portant sur la santé mentale et les soins des adultes canadiens menée par Statistique Canada en 2002 et qui s'intitule : *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 1,2 – Santé mentale et bien-être*. Cette analyse vise à brosser un tableau de la situation actuelle au Canada et dans les différentes provinces canadiennes. Le rapport ci-dessous fait spécifiquement état de la situation actuelle qui prévaut au Canada et offre des points de comparaison entre les différentes provinces relativement aux services de soins de santé mentale et aux types de prestataires en plus de porter une attention toute particulière aux prestataires de soins de santé primaires et à la collaboration potentielle entre les prestataires, aux taux de prévalence des troubles mentaux, à l'étendue du recours aux services ainsi qu'aux besoins non satisfaits.

MÉTHODOLOGIE

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fonctionne selon un cycle qui s'échelonne sur deux ans. La première année du cycle d'enquête, « ,1 », comprend une enquête portant sur l'état de santé d'un vaste échantillon de la population générale élaboré de façon à recueillir des données relatives à la santé fiables à l'échelle régionale. La deuxième année du cycle, « ,2 », prévoit une plus petite enquête dont le but est de recueillir des données à l'échelle provinciale sur des thèmes bien précis touchant à la santé soit, dans ce cas-ci, la santé mentale et le bien-être.

Les données relatives au cycle 1,2 de l'ESCC ont été recueillies entre mai et décembre 2002 auprès de 36 984 adultes canadiens. Le principal objectif du cycle 1,2 de l'Enquête était :

1. de fournir des estimations transversales opportunes et fiables des déterminants de la santé mentale, de l'état de santé mentale de la population et de l'utilisation du système de services de santé mentale partout au Canada;
2. d'évaluer le taux de prévalence de troubles mentaux choisis afin de connaître les maladies dominantes;
3. d'établir un parallèle entre l'accès aux services de soins de santé mentale et leur utilisation en fonction des besoins perçus;
4. d'évaluer les incapacités occasionnées par ces problèmes de santé mentale.

L'Enquête a abordé des thèmes tels que les taux de prévalence à vie et au cours des 12 derniers mois de divers troubles mentaux (p. ex. épisodes de dépression majeure ou de manie, trouble de panique, agoraphobie, phobie sociale, trouble de l'alimentation, consommation abusive d'alcool et de drogues), l'accès aux services de soins de santé mentale et leur utilisation ainsi que les incapacités occasionnées par les problèmes de santé mentale. L'Enquête a également permis de recueillir des renseignements sur les déterminants et les corrélats de la santé mentale tels que les facteurs sociodémographiques, le stress, la consommation de médicaments et le soutien social. Le contenu de cette étude repose en partie sur une sélection de troubles mentaux tirés du World Mental Health Survey Initiative (Kessler et Ustun, 2004), l'autre partie du contenu provenant de sources existantes telles que le cycle 1,1 de l'ESCC et d'autres études particulières. L'élaboration du contenu de l'étude et son orientation stratégique ont été éclairées par des discussions entre le comité consultatif de Statistique Canada sur les enquêtes de santé des populations et un groupe d'experts en santé mentale. Les discussions ont également impliquées des représentants de l'Organisation mondiale de la santé, des milieux universitaires internationaux, des gouvernements fédéraux et provinciaux, des usagers et des associations professionnelles (Gravel et Béland, 2005).

Au cours du cycle 1,2, l'ESCC a eu recours à un logiciel d'interview assisté par ordinateur et a ciblé des personnes de 15 ans et plus vivant dans des logements privés dans dix provinces.

Ce rapport se fonde sur l'analyse du cycle 1,2 de l'Enquête sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes. Un total de 36 984 Canadiens ont pris part à cette enquête effectuée en 2002.

Sont exclus de la population cible de cette étude les résidents des trois territoires, des réserves indiennes ou des terres de la Couronne de même que les personnes vivant en institution, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes ainsi que les résidents de certaines régions éloignées. L'enquête couvre environ 98 % de la population âgée de plus de 15 ans dans les dix provinces. Afin de produire des estimations fiables à l'échelle provinciale et compte tenu du budget qui avait été alloué au cycle 1,2, il a été décidé qu'un échantillon de quelque 30 000 personnes était souhaitable. Puisque la taille des populations varie énormément d'une province à l'autre et qu'il fallait recueillir des données fiables tant à l'échelle nationale que provinciale, l'échantillon a été réparti proportionnellement à la racine carrée de la population de chaque province. Avant que ne débute la cueillette des données, les provinces de l'Ontario et de la Nouvelle-Écosse ont versé des fonds additionnels qui ont ainsi permis d'élargir l'échantillon des logements sélectionnés et de recueillir des estimations fiables sur les populations vivant dans des régions infraprovinciales. La taille finale de l'échantillon du Canada et des provinces canadiennes figure dans la première colonne des tableaux 2 et 3.¹

Toutes les analyses descriptives et les statistiques ont été effectuées au *Centre interdisciplinaire québécois de statistiques sociales* de Statistique Canada, à Montréal, dans le cadre d'un projet financé conjointement par les Instituts de recherche de santé du Canada et Statistique Canada et approuvé par le Conseil de recherches en sciences humaines du Canada. L'étude et l'analyse sont fondées sur les données de Statistique Canada, mais les opinions exprimées dans ce rapport ne représentent pas celles de Statistique Canada. Les estimations et l'intervalle de confiance de 95 % (IC 95 %) ont été obtenus via le programme BOOTVAR élaboré par Statistique Canada (Brisebois et Bédard, 2003). Si le nombre de répondants de l'échantillon ayant contribué à l'estimation était inférieur à 30, l'estimation pondérée ne pouvait être révélée. Dans le cas d'une estimation pondérée effectuée à partir d'un échantillon de 30 répondants ou plus, l'attestation dépendait du coefficient de variation (CV) de l'estimation arrondie (p. ex. un CV > 33.3 ne peut être révélé). Les tableaux croisés étaient tout d'abord élaborés à partir de données non pondérées de façon à garantir que la taille de l'échantillon était suffisante et ce n'est qu'à partir de ce moment que les analyses pondérées pouvaient être effectuées.

1 Pour de plus amples renseignements sur le questionnaire, sur le plan de l'enquête, sur la formation à l'entrevue et sur les procédures de collecte des données, veuillez vous reporter à Gravel et Béland (2005).

RÉSULTATS

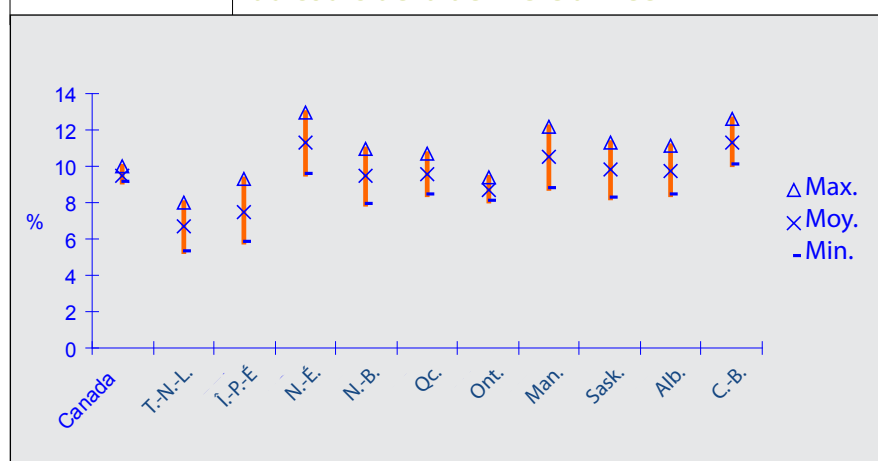
Taux de consultation des prestataires pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année au Canada et dans chacune des provinces

Le taux de consultation des prestataires – toutes catégories confondues – pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année (veuillez vous reporter à la note en regard pour connaître la définition des prestataires) au Canada était de 9,5 % (CI 95 % - 9,1 %, 10,0 %) (Graphique 1). Les taux par province – indépendamment du type de prestataire consulté –, les provinces étant présentées selon un ordre géographique allant d’est en ouest, sont les suivants :

Terre-Neuve-et-Labrador – 6,7 % (5,3 %, 8,0 %);
 Île-du-Prince-Édouard – 7,5 % (5,8 %, 9,3 %);
 Nouvelle-Écosse – 11,3 % (9,6 %, 13,0 %);
 Nouveau-Brunswick – 9,5 % (7,9 %, 11,0 %);
 Québec – 9,6 % (8,4 %, 10,7 %);
 Ontario – 8,7 % (8,1 %, 9,4 %);
 Manitoba – 10,5 % (8,8 %, 12,2 %);
 Saskatchewan – 9,8 % (8,3 %, 11,3 %);
 Alberta – 9,7 % (8,4 %, 11,1 %);
 Colombie-Britannique – 11,3 % (10,1 %, 12,6 %).

graphique 1

Taux de consultation de tout type de prestataires pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année



T.-N.-L.: Terre-Neuve-et-Labrador;
 Î.-P.-É.: Île-du-Prince-Édouard; N.-É.: Nouvelle-Écosse; N.-B.: Nouveau-Brunswick; Qc.: Québec; Ont.: Ontario; Man.: Manitoba; Sask.: Saskatchewan; Alb.: Alberta; C.-B.: Colombie-Britannique.

Grille de lecture des intervalles de confiance 95% (IC 95%) :

L'écart entre deux groupes est statistiquement significatif lorsque les limites IC du groupe A ne chevauchent pas les limites IC du groupe B.

Au Canada, par exemple (voir Tableau 1), l'écart entre le taux de consultation de l'omnipraticien (5,3) et celui de la catégorie T.S. (2,3) est statistiquement significatif alors que celui entre T.S. (2,3) et PSYCH. (2,0) n'est pas statistiquement significatif.

Recours aux prestataires :

...avez-vous déjà rencontré ou téléphoné à l'un ou l'autre des professionnels ci-dessous pour discuter de vos émotions, de votre santé mentale ou de votre consommation d'alcool ou de drogues?

Note à l'intervieweur : lire les catégories à haute voix au répondant et indiquez toutes les réponses qui s'appliquent.

1. Psychiatre
2. Médecin de famille ou omnipraticien
3. Autre type de médecin tel que cardiologue, gynécologue ou urologue
4. Psychologue
5. Infirmière
6. Travailleur social, conseiller ou psychothérapeute
7. Conseiller spirituel tel qu'un prêtre, aumônier, rabbin
8. Tout autre professionnel
9. Aucun

L'omnipraticien est le professionnel ayant été le plus souvent consulté pour des raisons de santé mentale dans toutes les provinces (tableau 1 et graphique 2). Un répondant peut avoir consulté plus d'un type de prestataire.² Les répondants de la Nouvelle-Écosse et de la Colombie-Britannique sont ceux qui ont rencontré le plus souvent un omnipraticien pour des raisons de santé mentale tandis que ceux de l'Île-du-Prince-Édouard sont les répondants les ayant consultés le moins souvent. La différence statistique est significative (voir tableau 1) puisque la valeur inférieure limite du CI 95 % de la Nouvelle-Écosse, qui est de 6,2 %, ne chevauche pas la valeur supérieure limite de l'Île-du-Prince-Édouard qui se situe à 4,0 %.

Au Canada, les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes viennent au deuxième rang des professionnels les plus souvent consultés tandis que les psychologues et les psychiatres occupent le troisième rang à égalité.

C'est au Québec, plus que partout ailleurs au Canada, où l'on retrouve le plus fort taux de consultation de psychologues, ceux-ci occupant le deuxième rang des professionnels les plus souvent consultés au cours de la dernière année.

Plus de répondants de la Nouvelle-Écosse affirment avoir eu recours aux services d'un psychiatre au cours de la dernière année. C'est au Québec où l'on retrouve le plus faible taux de consultation de psychiatres.

Fait intéressant, les groupes d'entraide se sont classés au cinquième rang parmi tous les types de prestataires de services. L'Île-du-Prince-Édouard est l'endroit qui a enregistré le plus fort taux de consultation tandis que c'est à Terre-Neuve-et-Labrador où les citoyens ont le moins recouru aux services des groupes d'entraide.

2 Le taux de prévalence de consultation de tous les prestataires réunis est supérieur à celui indiqué dans le premier paragraphe, car une personne peut avoir consulté plus d'un prestataire au cours de la dernière année.

tableau 1 Taux de consultation par catégorie de prestataires au cours de la dernière année

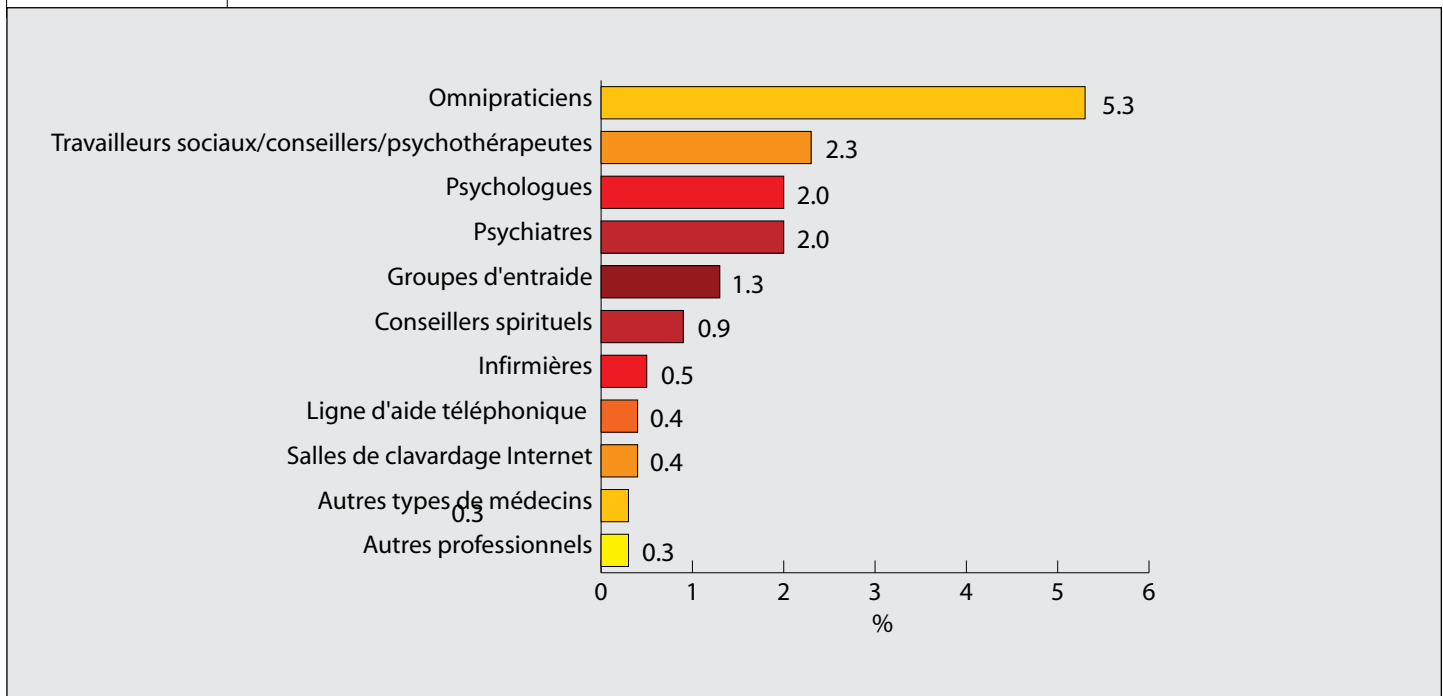
	Consultation par catégorie de prestataires au cours de la dernière année : Taux de prévalence % (IC 95 %)										
	OMNI	T.S.	PSYCH.	Ψ	G.E.	C.S.	INF.	TÉL.	INT.	M.D.	DIVERS
CAN	5.3 (5.0-5.7)	2.3 (2.0-2.5)	2.0 (1.8-2.2)	2.0 (1.8-2.2)	1.3 (1.2-1.5)	0.9 (0.8-1.1)	0.5 (0.4-0.6)	0.4 (0.4-0.5)	0.4 (0.3-0.5)	0.3 (0.2-0.4)	0.3 (0.2-0.4)
T.-N.-L.	4.8 (3.5-6.0)	1.9 (1.0-2.8)	0.7 (0.2-1.2)	1.5 (0.8-2.2)	0.4 (0.1-0.8)	0.8 (0.2-1.4)	-	-	0.3 (0.03-0.6)	-	-
Î.-P.-É.	2.9 (1.9-4.0)	2.3 (1.2-3.3)	0.8 (0.2-1.3)	1.5 (0.7-2.4)	2.4 (1.3-3.6)	0.4 (0.03-0.8)	-	-	0.5 (-0.03-1.0)	-	-
N.-É.	7.4 (6.2-8.6)	1.7 (1.2-2.2)	1.7 (1.0-2.5)	2.6 (1.8-3.4)	1.4 (0.8-1.9)	1.1 (0.5-1.6)	0.5 (0.2-0.8)	0.3 (0.02-0.6)	0.2 (0.01-0.4)	0.4 (0.1-0.7)	0.2 (0.1-0.4)
N.-B.	5.0 (3.8-6.2)	1.6 (1.0-2.2)	2.0 (1.3-2.7)	2.2 (1.5-3.0)	0.9 (0.5-1.4)	0.6 (0.3-1.0)	0.6 (0.2-0.9)	0.2 (-0.01-0.5)	0.3 (0.03-0.5)	0.4 (0.1-0.7)	-
Qc.	4.9 (4.1-5.6)	1.8 (1.1-2.5)	3.9 (3.2-4.6)	1.3 (0.9-1.6)	1.2 (0.8-1.6)	0.4 (0.2-0.7)	0.4 (0.2-0.5)	0.5 (0.3-0.6)	0.3 (0.1-0.4)	0.2 (0.1-0.3)	0.4 (0.2-0.7)
Ont.	5.3 (4.8-5.8)	2.2 (1.9-2.5)	1.1 (0.9-1.3)	2.3 (2.0-2.7)	1.0 (0.8-1.2)	0.9 (0.7-1.1)	0.5 (0.4-0.7)	0.4 (0.3-0.5)	0.4 (0.3-0.5)	0.4 (0.2-0.5)	0.3 (0.2-0.40)
Man.	5.1 (3.9-6.4)	2.4 (1.5-3.3)	1.2 (0.6-1.8)	2.5 (1.5-3.5)	1.5 (0.8-2.2)	1.3 (0.8-1.9)	0.9 (0.3-1.4)	0.4 (0.1-0.6)	0.6 (0.2-0.9)	0.5 (0.1-0.9)	-
Sask.	4.5 (3.5-5.5)	3.1 (2.2-4.0)	1.0 (0.4-1.5)	1.7 (1.1-2.4)	2.5 (1.6-3.5)	1.7 (1.0-2.4)	0.5 (0.2-0.9)	0.4 (0.1-0.7)	0.2 (0.01-0.4)	0.2 (0.05-0.4)	0.4 (0.1-0.7)
Alb.	5.1 (4.2-6.1)	2.0 (1.5-2.5)	2.0 (1.4-2.7)	2.0 (1.4-2.7)	2.1 (1.5-2.8)	1.4 (0.9-1.8)	0.4 (0.2-0.6)	0.4 (0.2-0.7)	0.7 (0.4-1.1)	0.2 (0.03-0.30)	0.1 (0.02-0.3)
C.-B.	6.6 (5.6-7.6)	3.5 (2.8-4.2)	1.7 (1.2-2.2)	2.0 (1.4-2.5)	1.7 (1.2-2.1)	1.5 (1.0-2.0)	0.7 (0.4-1.0)	0.7 (0.4-1.0)	0.3 (0.1-0.5)	0.3 (0.2-0.5)	0.5 (0.3-0.8)

OMNI : omnipraticiens ; T.S. : travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes; PSYCH. : psychologues;
 Ψ : psychiatres; G.E. : groupes d'entraide; C.S. : conseillers spirituels; INF. : infirmières; TÉL. : lignes d'aide
 téléphonique; INT. : salles de clavardage Internet; M.D. : autres médecins; DIVERS : autres professionnels.

CAN: Canada; T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; N.-É. : Nouvelle-Écosse;
 N.-B. : Nouveau-Brunswick; Qc. : Québec; Ont. : Ontario; Man. : Manitoba; Sask. : Saskatchewan; Alb. : Alberta;
 C.-B. : Colombie-Britannique.

graphique 2

Taux de consultation par catégorie de prestataires au Canada



Prestataires regroupés par catégorie

Les prestataires peuvent être regroupés en quatre catégories : services spécialisés en santé mentale, médecine générale, autres professionnels et réseau de groupes d'entraide (tableau 2 et graphique 3).³

Au cours de la dernière année, les Canadiens affirment avoir consulté plus de médecins pour des raisons de santé mentale que de professionnels de la santé mentale, de professionnels oeuvrant dans d'autres secteurs ou d'intervenants de groupes d'entraide.

Un répondant peut avoir rencontré plus d'un type de prestataires et avoir reçu des soins de prestataires appartenant à plus d'une catégorie.⁴ Des quatre catégories, la médecine générale est la catégorie la plus fréquentée par les personnes souffrant de troubles mentaux au Canada. Cette constatation vaut pour toutes les provinces canadiennes, mais la disparité varie d'une province à l'autre en raison de l'importance relative de chaque catégorie. Le recours aux soins de santé mentale spécialisés était plus élevé au Québec et au Nouveau-Brunswick qu'à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, ces deux dernières provinces étant celles où le recours à de tels soins était le plus faible. Le recours aux autres professionnels était plus élevé en Colombie-Britannique et en Saskatchewan, mais plus faible dans les quatre provinces Maritimes. Le recours au réseau des groupes d'entraide est plus marqué dans

3 Le Tableau 2 indique aussi la taille des échantillons au Canada et dans chacune des provinces.

4 Le total cumulatif des quatre secteurs est plus élevé que le nombre total des usagers, car il est possible que certains de ces usagers aient consulté plus d'un type de prestataires de services.

tableau 2

Catégories de professionnels consultés pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année

	Catégories de professionnels consultés : Prévalence % (IC 95 %)			
	*Médecine générale	*Autres professionnels	*Soins de santé mentale spécialisés	*Réseau de groupes d'entraide
Canada (N=36,984)	5.4 (5.1 – 5.8)	4.0 (3.7 – 4.3)	3.5 (3.2 – 3.8)	1.9 (1.7 – 2.1)
T.-N.-L. (N=649)	4.8 (3.5 – 6.0)	2.8 (1.7 – 3.8)	1.8 (1.0 – 2.5)	0.8 (0.3 – 1.3)
Î.-P.-É. (N=166)	3.1 (2.1 – 4.1)	3.3 (2.2 – 4.5)	1.7 (0.9 – 2.6)	3.2 (1.9 – 4.4)
N.-É. (N=1,119)	7.6 (6.4 – 8.9)	3.4 (2.7 – 4.2)	3.8 (2.8 – 4.9)	1.7 (1.1 – 2.4)
N.-B. (N=900)	5.2 (4.0 – 6.5)	2.8 (2.0 – 3.6)	3.9 (3.0 – 4.8)	1.3 (0.7 – 1.8)
Qc. (N=8,938)	4.9 (4.2 – 5.7)	3.7 (2.8 – 4.5)	4.6 (3.9 – 5.3)	1.6 (1.2 – 2.1)
Ont. (N=14,286)	5.4 (4.9 – 5.9)	3.7 (3.3 – 4.1)	3.1 (2.7 – 3.5)	1.6 (1.4 – 1.9)
Man. (N=1,280)	5.3 (4.0 – 6.6)	4.7 (3.6 – 5.9)	3.4 (2.3 – 4.5)	2.3 (1.4 – 3.1)
Sask. (N=1,123)	4.5 (3.5 – 5.5)	5.0 (3.8 – 6.1)	2.5 (1.7 – 3.4)	2.9 (1.9 – 3.9)
Alb. (N=3,594)	5.1 (4.1 – 6.1)	3.8 (3.1 – 4.5)	3.4 (2.6 – 4.3)	2.9 (2.1 – 3.6)
C.-B. (N=4,930)	6.6 (5.6 – 7.6)	5.7 (4.8 – 6.6)	3.3 (2.6 – 4.0)	2.5 (1.9 – 3.0)

* Définitions adaptées de Fournier et coll. (1997).

Soins de santé mentale spécialisés : psychiatres et psychologues

Médecine générale : omnipraticiens et autres spécialistes

Autres professionnels : infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, acupuncteurs, chiropraticiens, diététistes, etc.

Réseau de groupes d'entraide : groupes de soutien sur Internet/salles de clavardage, groupes d'entraide, services d'aide téléphonique

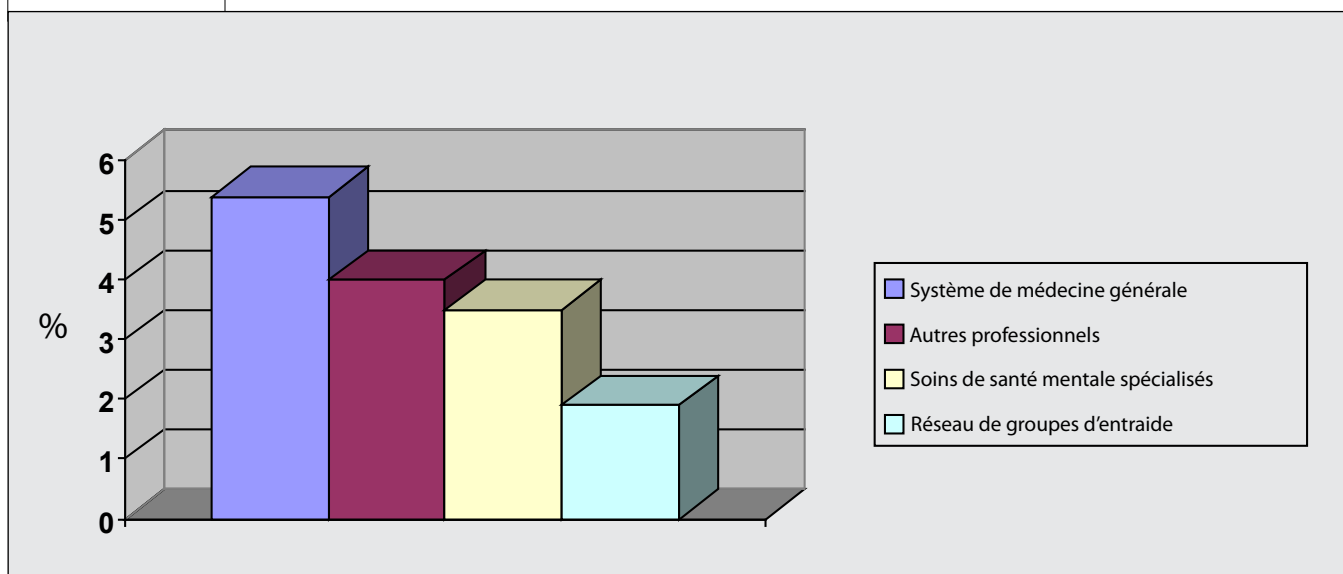
T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; N.-É. : Nouvelle-Écosse; N.-B. : Nouveau-Brunswick; Qc. : Québec; Ont. : Ontario; Man. : Manitoba; Sask. : Saskatchewan; Alb. : Alberta;

C.-B. : Colombie-Britannique

les provinces de l'Ouest et à l'Île-du-Prince-Édouard alors qu'il est faible à Terre-Neuve-et-Labrador, au Nouveau-Brunswick, en Ontario et au Québec.

graphique 3

Catégories de professionnels consultés pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année au Canada



* Définitions adaptées de Fournier et coll. (1997).

Soins de santé mentale spécialisés : psychiatres et psychologues

Médecine générale : omnipraticiens et autres spécialistes

Autres professionnels : infirmières, travailleurs sociaux, conseillers spirituels, acupuncteurs, chiropraticiens, diététistes, etc.

Réseau de groupes d'entraide : groupes de soutien sur Internet/salles de clavardage, groupes d'entraide, services d'aide téléphonique

Estimation du niveau de collaboration potentiel avec les prestataires de soins de santé primaires

L'ESCC a cherché des données faisant état du niveau de collaboration entre les professionnels de la santé et les professionnels des soins de santé mentale. À l'heure actuelle, aucune donnée ayant été recueillie de façon systématique n'est en mesure d'établir le niveau de collaboration qui existe entre les différents prestataires de soins de santé. La donnée la plus susceptible de nous renseigner à ce sujet est le nombre de personnes ayant consulté un ou plusieurs professionnels pour des raisons de santé mentale.

Les répondants ont été répartis en trois catégories s'excluant mutuellement : ceux qui n'ont consulté qu'un omnipraticien; ceux qui ont consulté un omnipraticien et un autre professionnel; et ceux qui ont consulté un professionnel autre qu'un omnipraticien (Tableau 3 et Graphique 4). Parmi les répondants qui ont consulté un omnipraticien, la moitié d'entre eux n'ont consulté que l'omnipraticien tandis que l'autre moitié a également recouru à un autre professionnel de la santé. Les omnipraticiens constituent le groupe de professionnels le plus souvent consulté. Cependant, le nombre de répondants ayant consulté un professionnel autre qu'un omnipraticien était beaucoup plus élevé que le nombre de répondants ayant uniquement recouru à l'assistance d'un omnipraticien.

Des trois catégories de professionnels, les omnipraticiens sont ceux que les Canadiens ont le plus souvent consultés pour des raisons de santé mentale.

tableau 3

Taux de prévalence de différents modes de consultation pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année

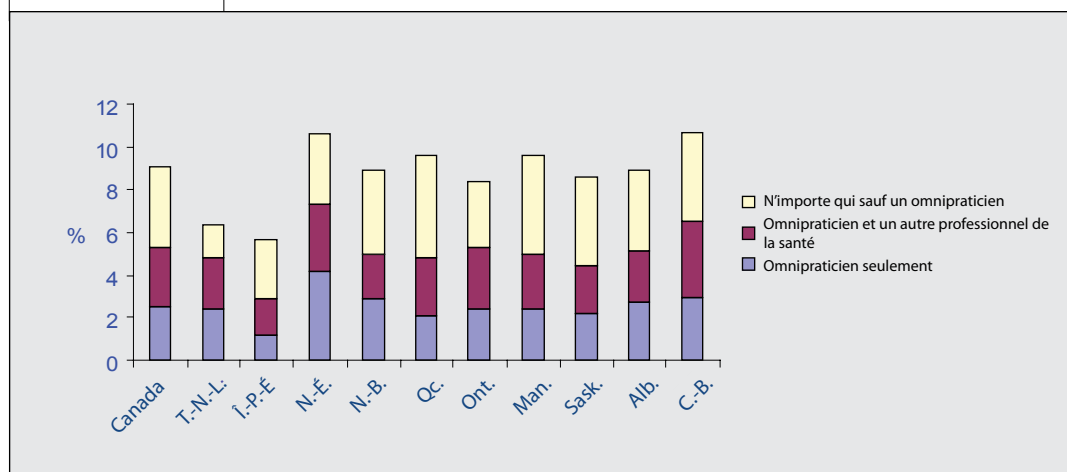
	Catégories de professionnels consultés au cours de la dernière année : Prévalence % (IC 95 %)		
	Omnipraticien seulement	Omnipraticien et autre professionnel de la santé*	Professionnel autre qu'un omnipraticien
Canada (N=36,984)	2.5 (2.3 – 2.7)	2.8 (2.6 – 3.1)	3.8 (3.5 – 4.1)
T.-N.-L. (N=649)	2.4 (1.5 – 3.2)	2.4 (1.4 – 3.4)	1.6 (0.8 – 2.4)
Î.-P.-É. (N=166)	1.2 (0.6 – 1.9)	1.7 (0.9 – 2.4)	2.8 (1.7 – 3.9)
N.-É. (N=1,119)	4.2 (3.3 – 5.1)	3.1 (2.4 – 3.9)	3.3 (2.3 – 4.2)
N.-B. (N=900)	2.9 (2.0 – 3.9)	2.1 (1.4 – 2.7)	3.9 (2.9 – 4.8)
Qc. (N=8,938)	2.1 (1.6 – 2.6)	2.7 (2.1 – 3.3)	4.8 (3.9 – 5.7)
Ont. (N=14,286)	2.4 (2.1 – 2.7)	2.9 (2.5 – 3.2)	3.1 (2.7 – 3.4)
Man. (N=1,280)	2.4 (1.7 – 3.2)	2.6 (1.6 – 3.6)	4.6 (3.5 – 5.7)
Sask. (N=1,123)	2.2 (1.5 – 2.9)	2.2 (1.4 – 3.0)	4.2 (3.2 – 5.2)
Alb. (N=3,594)	2.7 (2.0 – 3.4)	2.4 (1.8 – 3.0)	3.8 (3.0 – 4.5)
C.-B. (N=4,930)	3.0 (2.3 – 3.6)	3.5 (2.8 – 4.3)	4.2 (3.4 – 5.1)

* Omnipraticien et autre professionnel de la santé : omnipraticien et tout autre service de soins de santé mentale, de médecine générale et autres professionnels (définition adaptée de Fournier et coll., 1997).

T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; N.-É. : Nouvelle-Écosse; N.-B. : Nouveau-Brunswick; Qc. : Québec; Ont. : Ontario; Man. : Manitoba; Sask. : Saskatchewan; Alb. : Alberta; C.-B. : Colombie-Britannique

graphique 4

Taux de prévalence de différents modes de consultation pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année



Taux de prévalence des troubles mentaux au cours de la dernière année

Les résultats qui figurent aux pages précédentes donnent un aperçu du phénomène du recours aux services de santé par des usagers éprouvant des problèmes de santé mentale en faisant notamment état du nombre d'usagers ayant eu recours aux services de santé, des professionnels auxquels ces usagers se sont adressés et de leurs secteurs d'activités. Les deux sections qui suivent abordent la question des besoins en soins de santé mentale et, par voie de conséquence, la possibilité de besoins non satisfaits en la matière.

La présence de troubles mentaux au cours de la dernière année reflète des besoins bien que d'autres aspects tels que la détresse, les incapacités et les idées suicidaires peuvent être également perçus comme des manifestations de ces besoins (Vasiliadis et coll., 2005). Le Tableau 4 présente le taux d'incidence de troubles mentaux au cours de la dernière année, tels que ces troubles ont été définis par Statistique Canada (Gravel et Béland, 2005). On remarque des taux légèrement plus élevés en Colombie-Britannique et en Alberta qui sont attribuables à des taux plus élevés d'épisodes de manie et de consommation abusive d'alcool. De même, la dépendance à l'alcool était également élevée de façon similaire en Saskatchewan et au Manitoba. Au Canada, le taux de dépression de 4,8 ne variait pas de façon significative, les plus faibles taux ayant été enregistrés à l'Île-du-Prince-Édouard et au Nouveau-Brunswick; le même phénomène pouvait être constaté en ce qui a trait aux troubles de panique. Aucune différence significative n'a été remarquée en ce qui a trait aux autres troubles mentaux, toutes les provinces ayant enregistré sensiblement les mêmes valeurs.

tableau 4 Taux de prévalence des troubles mentaux au cours de la dernière année

	Taux de prévalence des troubles mentaux au cours de la dernière année % (IC 95 %)							
	Tout trouble	Dépression	Phobie sociale	Dépend. alcool	Trouble de panique	Manie	Dépend. drogue	Agoraphobie
Canada	10.9 (10.5-11.4)	4.8 (4.5-5.1)	3.0 (2.8-3.3)	2.6 (2.4-2.8)	1.5 (1.4-1.7)	1.0 (0.8-1.1)	0.8 (0.6-0.9)	0.7 (0.6-0.9)
T.-N.-L.	9.2 (7.5-10.9)	3.7 (2.8-4.7)	2.7 (1.8-3.6)	3.2 (2.0-4.4)	1.9 (0.8-2.9)	0.8 (0.3-1.2)	0.6 (0.2-1.0)	0.4 (0.1-0.8)
Î.-P.-É.	7.9 (6.1-9.7)	2.6 (1.6-3.6)	2.3 (1.5-3.1)	2.8 (1.7-4.0)	0.4 (0.02-0.7)	-	-	-
N.-É.	11.6 (9.9-13.3)	4.6 (3.6-5.5)	4.3 (3.1-5.4)	3.2 (2.2-4.2)	1.5 (1.0-2.1)	0.8 (0.4-1.1)	0.6 (0.3-0.9)	1.1 (0.6-1.5)
N.-B.	9.5 (8.1-11.0)	3.5 (2.6-4.4)	2.7 (2.0-3.5)	2.0 (1.3-2.7)	2.2 (1.3-3.1)	0.7 (0.3-1.2)	0.8 (0.3-1.3)	0.8 (0.3-1.3)
Qc.	10.2 (9.1-11.3)	4.9 (4.1-5.6)	2.0 (1.6-2.4)	1.9 (1.4-2.4)	1.4 (1.0-1.8)	0.8 (0.5-1.0)	0.9 (0.6-1.3)	1.0 (0.6-1.4)
Ont.	10.7 (10.0-11.4)	4.8 (4.3-5.3)	3.3 (2.8-3.7)	2.1 (1.8-2.4)	1.5 (1.2-1.7)	0.9 (0.7-1.0)	0.6 (0.4-0.7)	0.6 (0.5-0.8)
Man.	11.3 (9.7-12.8)	4.7 (3.6-5.8)	3.5 (2.6-4.4)	3.6 (2.7-4.4)	1.4 (0.8-2.0)	0.7 (0.3-1.1)	0.6 (0.3-0.9)	0.2 (0.01-0.4)
Sask.	11.9 (10.2-13.6)	4.1 (3.1-5.0)	3.5 (2.6-4.5)	4.0 (3.1-5.0)	2.0 (1.2-2.7)	0.7 (0.3-1.1)	0.8 (0.4-1.2)	0.6 (0.1-1.0)
Alb.	12.1 (10.6-13.6)	5.7 (4.6-6.7)	3.1 (2.4-3.9)	3.5 (2.8-4.2)	1.7 (1.1-2.3)	1.5 (1.0-1.9)	1.0 (0.6-1.4)	0.7 (0.4-1.1)
C.-B.	12.4 (10.9-13.8)	4.9 (4.1-5.6)	3.6 (2.8-4.3)	3.6 (2.9-4.4)	1.6 (1.1-2.1)	1.5 (1.1-2.0)	1.1 (0.6-1.6)	0.7 (0.4-0.9)

T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; N.-É. : Nouvelle-Écosse; N.-B. : Nouveau-Brunswick; Qc. : Québec; Ont. : Ontario; Man. : Manitoba; Sask. : Saskatchewan; Alb. : Alberta; C.-B. : Colombie-Britannique

Répondants éprouvant des troubles mentaux ayant eu recours à des services pour des raisons de santé mentale

Le besoin n'est qu'un des facteurs déterminants pour l'utilisation des ressources, mais aussi le plus constant de tous (Vasiliadis et coll., 2005). Le Tableau 5 illustre l'étendue de l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale lorsqu'un répondant est aux prises avec au moins un des troubles énumérés. Un peu plus du tiers des répondants ayant des troubles mentaux ou des problèmes de toxicomanie a consulté un professionnel au cours de la dernière année. Un écart est observé entre les provinces mais insignifiant d'un point de vue statistique [étant donné que la limite supérieure de l'IC 95 % pour Î.-P.-É. est de 45,4 % et qu'elle chevauche celle de la Colombie-Britannique (38,3 % - 49,2 %)].

Tout près de 40 % des Canadiens ayant rapporté éprouver des troubles mentaux affirment avoir eu recours à des services de santé pour leur santé mentale.

tableau 5

Taux d'utilisation des ressources pour les raisons de santé mentale par des répondants éprouvant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie

	Taux d'utilisation % (IC 95%)
Canada	38.5 % (36.2 % - 40.7 %)
Terre-Neuve-et-Labrador	38.2 % (27.5 % - 48.8 %)
Île-du-Prince-Édouard	34.4 % (23.5 % - 45.4 %)
Nouvelle-Écosse	42.3 % (35.6 % - 49.0 %)
Nouveau-Brunswick	41.9 % (32.8 % - 50.9 %)
Québec	38.5 % (33.0 % - 43.9 %)
Ontario	35.7 % (32.2 % - 39.3 %)
Manitoba	34.7 % (26.5 % - 42.9 %)
Saskatchewan	37.8 % (29.6 % - 46.1 %)
Alberta	40.7 % (34.4 % - 47.0 %)
Colombie-Britannique	43.7 % (38.3 % - 49.2 %)

DISCUSSION

Comme nous l'avons vu dans l'introduction, la littérature spécialisée rapporte souvent qu'une personne sur cinq éprouvera des problèmes de santé mentale et que 50 % d'entre elles consulteront un professionnel à ce sujet. Les résultats de la plus récente et plus exhaustive enquête jamais réalisée sur la santé mentale des adultes canadiens corroborent-ils ces constatations?

Les données exactes relatives au taux de prévalence des maladies mentales sont inférieures à celles des études précédentes, mais cela peut s'expliquer par le fait que les études portaient sur un nombre plus restreint de troubles mentaux. Il est donc probable que le principe du « un sur cinq » puisse encore s'appliquer. Le taux de prévalence de troubles mentaux répertoriés au cours de la dernière année et dont font état de plus anciennes études sur la santé mentale effectuées en Ontario (17,8 %), à Edmonton (17,1 %), celle effectuée dans les années 1980 dans des sites américains par l'Epidemiological Catchment Area Survey (20 %) et la plus récente étude sur la comorbidité aux États-Unis (29,5 %) (Fournier et coll., 1997) a été établi en fonction d'un nombre plus élevé de troubles mentaux. Par exemple, ces études ont notamment abordé les troubles d'anxiété généralisée et des phobies particulières. Un rapide recalcul des taux obtenus dans l'étude sur la santé mentale en Ontario, en y incluant seulement les troubles étudiés dans le cycle 1,2 de l'ESCC, a permis d'obtenir un taux plus faible que celui rapporté dans la première étude et, des taux similaires à la deuxième étude (analyse transmise par Betty E. Lin). Les troubles particuliers qui ont été abordés par le cycle 1,2 de l'ESCC, comme la dépression majeure, ont obtenu des taux de prévalence semblables à ceux que nous retrouvons dans les revues méthodiques de la littérature existante effectuées par Waraich et coll. (2003) qui révèlent que les meilleures estimations de la prévalence de la dépression majeure au cours d'une année et d'une vie étaient respectivement de 4,1 % et 6,7 %.

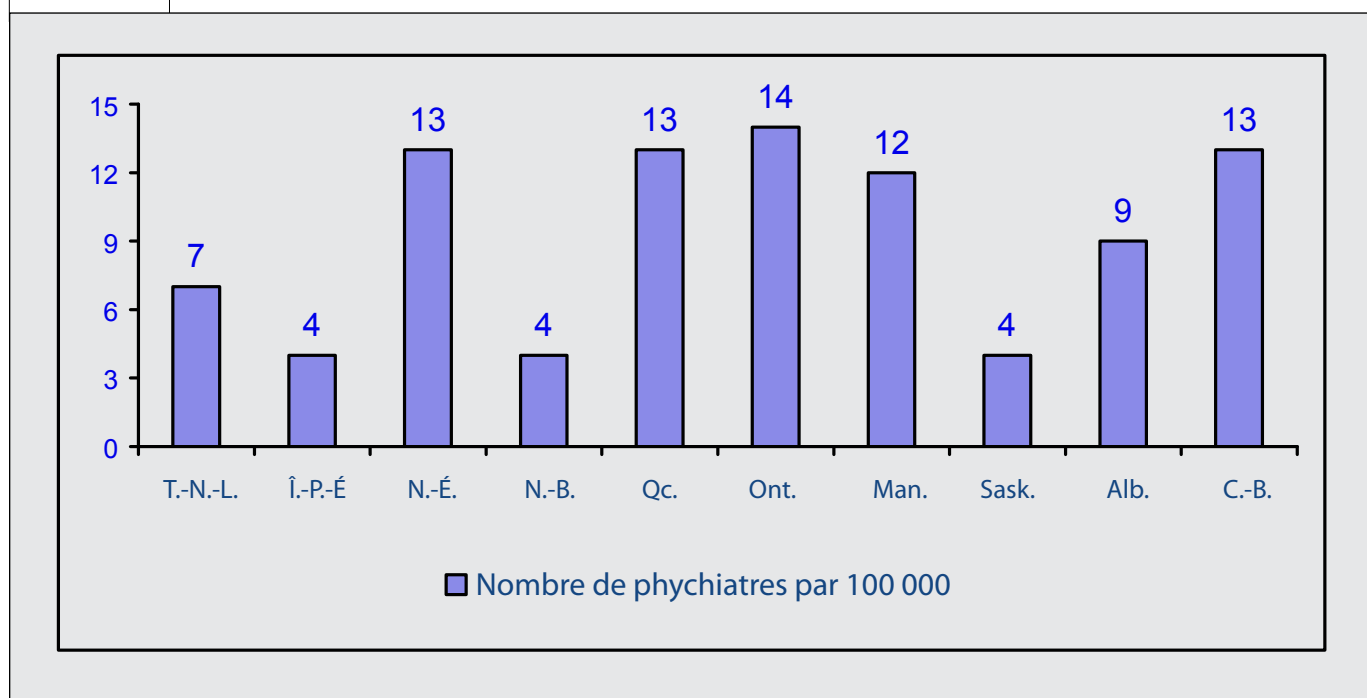
Moins de 40 % des Canadiens ayant rapporté éprouver des troubles mentaux, y compris une forme de toxicomanie quelconque, ont consulté au moins un type de prestataire de services des secteurs public, privé ou du bénévolat, ce qui est inférieur à la règle des 50 %. Cependant, en intégrant la toxicomanie dans la définition des troubles mentaux – la toxicomanie est reconnue comme étant un trouble pour lequel la population consulte peu (Vasiliadis et coll., 2005) –, nous parvenons à faire diminuer le taux général de consultation. Il est possible de faire valoir que l'identification d'un trouble mental n'est pas forcément associée à un besoin de soins – les outils de recherche peuvent engendrer à la fois des résultats positifs et négatifs. Par ailleurs, des services dispensés ne signifient pas nécessairement que les besoins ont été comblés. Les quelques études qui ont porté sur les évaluations cliniques intensives des besoins de services ont démontré que les taux de besoins de services étaient sensiblement les mêmes que les taux de prévalence de troubles mentaux au cours de la dernière année. Par exemple, Fournier et coll. ont découvert que tout près de 18 % des adultes montréalais présentaient des besoins pour des soins de santé mentale, mais que ces mêmes besoins étaient satisfaits chez moins d'une personne sur six (Fournier et coll., 2002).

D'une province à l'autre, les ressemblances sont plus nombreuses que les différences quant au recours aux services pour des raisons de santé mentale, notamment en ce qui a trait au choix de consulter ou non, et ces différences touchent principalement au type de professionnels consultés. Dans le cadre de la présente enquête, l'étude des types de prestataires qui sont consultés pour des

raisons de santé mentale révèle qu'à l'échelle nationale, les omnipraticiens sont les professionnels les plus souvent consultés. Les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes viennent au deuxième rang, suivis par les psychologues et les psychiatres qui sont à égalité au troisième rang. Il existe des différences entre les provinces. Par exemple, les Néo-écossais sont ceux qui ont le plus souvent consulté un omnipraticien pour des raisons de santé mentale. De la même façon, les Québécois sont ceux qui consultent le moins les psychiatres pour des raisons de santé mentale mais, en revanche, ils sont presque deux fois plus nombreux à consulter un psychologue que n'importe quel autre Canadien.

Dans leurs explications de ces différences, les planificateurs canadiens et provinciaux, les décideurs et les intervenants se doivent de prendre en considération deux facteurs importants, à savoir le nombre de prestataires de services et le type de pratique de ces prestataires. Prenons par exemple le ratio psychiatres-population dont les données ont été obtenues auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (Graphique 5). Le nombre de psychiatres est deux fois, voire trois fois plus bas dans certaines provinces canadiennes comme au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard qu'en Ontario, qu'au Québec, qu'en Colombie-Britannique et qu'en Nouvelle-Écosse. Il existe toutefois, malgré les ratios semblables, d'autres variables qui peuvent expliquer les écarts observés. Pourquoi, par exemple, les Néo-écossais sont-ils deux fois plus nombreux à consulter un psychiatre que les Québécois? (Tableau 1). Puisque le nombre de prestataires est semblable, nous pourrions invoquer des raisons liées au type de pratique ou à des obstacles d'ordre géographique

Graphique 5 Nombre de psychiatres par 100 000 habitants par province



T.-N.-L. : Terre-Neuve-et-Labrador; Î.-P.-É. : Île-du-Prince-Édouard; N.-É. : Nouvelle-Écosse; N.-B. : Nouveau-Brunswick; Qc. : Québec; Ont. : Ontario; Man. : Manitoba; Sask. : Saskatchewan; Alb. : Alberta; C.-B. : Colombie-Britannique.

pour expliquer en partie cet écart. Il est possible aussi que les psychiatres québécois soient moins libres pour effectuer des consultations pour des soins de santé primaires parce qu'ils concentrent leurs énergies à traiter exclusivement et de façon plus intensive un plus petit nombre de personnes aux prises avec des maladies mentales que leurs confrères des autres provinces.

Les écarts entre le nombre de prestataires dans chaque province peuvent expliquer quelques-uns des écarts remarquables dans les taux de consultation des autres professionnels. Par exemple, les ratios de psychologues oeuvrant au Québec, d'infirmières psychiatriques au Manitoba et de travailleurs sociaux en Colombie-Britannique peuvent être plus élevés que dans d'autres provinces, ce qui expliquerait le taux de consultation plus élevé auprès de ces mêmes professionnels. Dans chacune des provinces, les résultats du présent rapport peuvent donc jouer un rôle de catalyseur dans l'étude des raisons pouvant expliquer ces écarts et dans le choix de l'orientation qui réussira le mieux à améliorer la qualité des soins de santé et à favoriser des soins axés sur la collaboration entre les différents intervenants.

Le volet des soins axés sur la collaboration impliquant la communication entre les prestataires relativement à l'état de santé des patients n'a pas été abordé par la présente enquête. L'étude révèle toutefois que les Canadiens consulteront un omnipraticien pour des raisons de santé mentale et que la moitié de ces patients consulteront également un autre type de prestataire. Si les Canadiens consultent plus souvent un omnipraticien pour des raisons de santé mentale, ils se tournent également vers d'autres professionnels de la santé dans des proportions presque identiques, parfois après avoir consulté un omnipraticien, parfois sans avoir consulté un omnipraticien. Cela démontre que les professionnels de la santé ont une occasion rêvée de jumeler leurs efforts afin d'améliorer la qualité des soins de santé et des services dispensés aux personnes éprouvant des problèmes de santé mentale et qui cherchent des traitements de santé mentale et du soutien.

Les données ont également révélé des disparités provinciales dans les types de prestataires consultés, mais les différentes combinaisons ont produit des taux de collaboration potentielle similaires entre les différents prestataires. Par exemple, les psychologues jouent un plus grand rôle au Québec tandis que ce sont les infirmières au Manitoba, les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes et les intervenants des groupes d'entraide en Saskatchewan, en Colombie-Britannique et à l'Île-du-Prince-Édouard. Les variations provinciales dans les taux d'utilisation des différentes catégories de prestataires peuvent indiquer aux planificateurs quels groupes se sont engagés dans des soins de santé mentale axés sur la collaboration et lesquels sont les plus susceptibles de vouloir participer à l'élaboration et à la mise en œuvre d'initiatives futures de collaboration en santé mentale. En raison des contraintes inhérentes à cette enquête, il se peut que ladite enquête ne fasse pas mention de toutes les ressources auxquelles les Canadiens ont accès. Un certain nombre de groupes de prestataires ne figurent pas parmi les possibilités de réponse (p. ex. diététistes, ergothérapeutes et pharmaciens); les travailleurs sociaux, conseillers et psychothérapeutes ont été considérés ensemble. Pourtant, nous savons que ces prestataires offrent des services nécessaires aux usagers souffrant de troubles mentaux. Par exemple, dans une étude canadienne effectuée sur des usagers à qui on avait prescrit des antidépresseurs, 50 % d'entre eux ont affirmé que ce sont des pharmaciens qui ont dissipé leurs craintes quant à l'utilisation de ces médicaments (Gardner et coll., 2001). L'ESCC 1,2 n'a pas rejoint les personnes vivant en

institution et dans des refuges pour sans-abri, dont un bon nombre souffrent souvent de graves maladies mentales nécessitant des soins particuliers. Les planificateurs auraient intérêt à accorder une attention toute particulière aux ressources utilisées et sous-utilisées de leurs collectivités et à inviter les différents intervenants à collaborer.

Nous savons qu'environ 40 % des Canadiens ont consulté pour des raisons de santé mentale ; pourquoi alors les autres n'en font-ils pas autant? Nous avons vu que la disponibilité des prestataires et leur type de pratique pouvaient expliquer ce constat. Quelles sont les raisons pour lesquelles les Canadiens ne consultent-ils pas lorsqu'ils éprouvent des problèmes de santé mentale? Existe-t-il des facteurs individuels qui empêchent les personnes de consulter? Les facteurs individuels pouvant inciter les uns à chercher de l'aide et empêcher les autres d'en faire autant n'ont pas été abordés dans cette étude, mais l'ont été ailleurs en tant que facteurs favorisant ou empêchant le recours aux services (Bergeron et coll., 2005; Starkes, Poulin et Kisely, 2005; Vasiliadis et coll., 2005). Dans leur étude, Vasiliadis et coll. (2005) affirment que la présence de troubles mentaux, notamment la dépression et l'anxiété, mais pas la toxicomanie, est constamment associée au recours à des services pour des raisons de santé mentale. L'étude identifie systématiquement des facteurs de prédisposition, ainsi les personnes plus âgées et les jeunes étaient moins enclins à consulter. Les femmes sont plus enclines à vouloir consulter et le fait d'être célibataire, séparé ou divorcé, d'avoir un faible niveau de scolarité et d'être né au Canada accroît les probabilités de consultation. Étonnamment, le revenu ne figurait pas sur la liste des obstacles à la consultation, mais le manque de soutien social, l'accessibilité et la disponibilité des services et la peur d'être rejeté y figuraient. Parmi ces obstacles, l'acceptation était la plus importante et la plus fréquente et plus de la moitié des Canadiens ayant rapporté avoir éprouvé des problèmes de santé mentale ont affirmé ne pas avoir consulté soit parce qu'ils ont préféré se débrouiller seuls, soit parce qu'ils étaient convaincus que la consultation ne changerait rien à leur état.

Selon l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale, la lutte contre les préjugés face aux troubles mentaux et aux problèmes de toxicomanie est le meilleur moyen pour améliorer la qualité de la santé mentale des Canadiens (Santé Canada, 2002). Le fort taux de réponse qu'a enregistré « l'acceptation » peut être une indication de la méconnaissance, chez les Canadiens, des troubles mentaux et de leurs traitements. Ces constatations font aussi écho à d'autres études et mettent en lumière l'importance de renseigner le public et les professionnels de la santé sur le phénomène de la détection précoce des troubles mentaux et de les amener à inciter les personnes à obtenir des soins (Santé Canada, 2002).

RÉFÉRENCES

- Bergeron, E., Poirier, L.-R., Fournier, L., Roberge, P., et Barrette, G. (2005). Determinants of service use among young Canadians with mental disorders. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 629-636.
- Brisebois, F., et Bédard, M. (2003). Formation pratique à l'utilisation de la méthode du bootstrap. Montréal : Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales.
- Fournier, L., Lesage, A. D., Toupin, J., et Cyr, M. (1997). Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: A Montreal catchment area study. *Canadian Journal of Psychiatry*, 42, 737-743.
- Fournier, L., Lemoine O, Poulin C, Poirier LR. Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre; 2002. Report ISBN 2-89494-342-3.
- Gardner, D. M., Murphy, A. L., Woodman, A. K. et Connelly S. (2001) Community pharmacy services for antidepressant users. *International Journal of Pharmacy Practice*, 9, 217-224.
- Gravel, R., et Béland, Y. (2005). The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 573-579.
- Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. (2005). *Qui sommes-nous?* Tiré du site Web <http://www.iccsm.ca/fr/who/> le 26 septembre 2005
- Kessler R. C., et Ustun, T. B. (2004). The World Health Organization (WHO) World Mental Health (WMH) Survey Initiative version of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13, 93-121.
- Patten, S. B., et Beck, C. A. (2004). Major depression and mental health care utilization in Canada: 1994-2000. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 303-309.
- Richards, J. C., Ryan, P., McCabe, M. P., Groom, G., et Hickie, I. B. (2004). Barriers to the effective management of depression in general practice. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 38, 795-803.
- Santé Canada. (2002). A report on mental illnesses in Canada. Ottawa: Santé Canada.
- Starkes, J. M., Poulin, C. C., et Kisely, S. R. (2005). Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 580-590.
- Vasiliadis, H.-M., Lesage, A., Adair, C., et Boyer, R. (2005). Service use for mental health reasons: Cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Canadian Journal of Psychiatry*, 50, 614-619.
- Waraich, P., Goldner, E. M., Somers, J. M., et Hsu, L. (2004). Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 124-138.

SÉRIE DE RECHERCHE

Ce document fait partie d'une série de douze documents

1. Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration
2. Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il ? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration
3. Bibliographie annotée des soins de santé mentale axés sur la collaboration
4. Meilleures pratiques pour des soins de santé mentale axés sur la collaboration : Une analyse des données existantes
5. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol I : Analyse des initiatives
Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires : Un examen des initiatives canadiennes Vol II : Guide des ressources
6. Soins de santé mentale axés sur la collaboration dans le contexte des soins de santé primaires au Canada : Un examen des politiques
7. Soins de santé mentale axés sur la collaboration : Un examen d'initiatives internationales choisies [document de référence interne non publié]
8. Ressources humaines dans le domaine de la santé en soins de santé mentale axés sur la collaboration
9. 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
10. Initiatives de formation interprofessionnelle en soins de santé mentale axés sur la collaboration
11. Vers la prestation de soins de santé mentale axés sur la collaboration aux Autochtones : Rapport de situation [document de référence interne non publié]
12. État actuel des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Douze trousse d'outils soutiennent la mise en oeuvre des soins de santé mentale axés sur la collaboration

Pour les prestataires et les planificateurs :

Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires

Recueils pour les populations particulières :

Enfants et adolescents; personnes âgées; personnes atteintes d'une maladie mentale grave; personnes ayant des problèmes de toxicomanie; populations autochtones; populations ethno-culturelles; populations rurales et isolées; populations urbaines marginalisées

Pour les usagers, les familles et les aidants naturels :

Travaillant ensemble vers le rétablissement
Vers le rétablissement pour les peuples des Premières Nations

Pour les éducateurs :

Renforcer la collaboration par la formation interprofessionnelle



COMITÉ DIRECTEUR

Joan Montgomery, Phil Upshall
**Alliance canadienne pour la maladie mentale
et la santé mentale**

Terry Krupa, Darene Toal-Sullivan
Association canadienne des ergothérapeutes

Elaine Campbell, Jake Kuiken, Eugenia Repetur Moreno
**Association canadienne des travailleuses
et travailleurs sociaux**

Keith Lowe, Penelope Marrett, Bonnie Pape
Association canadienne pour la santé mentale

Janet Davies
Association des infirmières et infirmiers du Canada

David Gardner, Barry Power
Association des pharmaciens du Canada

Nick Kates [président de l'ICCSM], Francine Knoops
Association des psychiatres du Canada

Linda Dietrich, Marsha Sharp
Diététistes du Canada

Denise Kayto
**Fédération canadienne des infirmières
et infirmiers en santé mentale**

Robert Allen, Barbara Lowe, Annette Osted
Infirmières et infirmiers psychiatriques autorisés du Canada

Marilyn Craven, Francine Lemire
Le Collège des médecins de famille du Canada

Lorraine J. Breault, Karen Cohen
Société canadienne de psychologie

DIRECTEUR GÉNÉRAL

Scott Dudgeon

Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
a/s Le Collège des médecins de famille du Canada
2630 avenue Skymark, Mississauga, Ontario, L4W 5A4
Tél. : (905) 629-0900 Téléc. : (905) 629-0893
Courriel : info@iccsm.ca