



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

Enquête sur la santé mentale des Montréalais

Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes

Louise Fournier, Odette Lemoine, Carole Poulin
et Léo-Roch Poirier



WM
105
E59
2002
V.1

Mars 2002



DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

*Garder notre
monde en santé*

WM
105
ESS
2002
v.1

*Enquête sur la santé mentale
des Montréalais*

**Volume 1 : La santé mentale
et les besoins de soins des adultes**

Louise Fournier, Odette Lemoine, Carole Poulin
et Léo-Roch Poirier



Mars 2002

Institut national de santé publique du Québec
4835, avenue Christophe-Colomb, bureau 200
Montréal (Québec) H2J 3G8
Tél.: (514) 597-0606

Une publication de l'unité
Écologie humaine et sociale de la
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

Infographie :
Manon Girard

© Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2002
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-341-5 (ensemble)
ISBN : 2-89494-342-3 (vol. I)

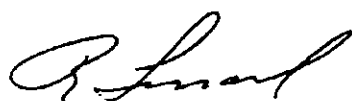
Mot du directeur

En 1998, lors de la réorganisation interne de notre Direction, la nécessité s'est imposée de mettre en place une équipe pour évaluer l'adéquation entre les services en santé mentale et les besoins de la population. Comme il en est fait état dans le Rapport annuel que j'ai présenté en décembre dernier, le domaine de la santé mentale a trop longtemps été abordé sous un angle institutionnel, alors que l'importance des problèmes et les lacunes dans l'organisation des services auraient bénéficié d'une vision de santé publique.

Le présent rapport expose de façon détaillée les résultats d'un des premiers travaux auxquels l'équipe mise en place s'est consacrée : une mesure de l'état de santé mentale des Montréalais, de leurs croyances et connaissances à cet égard, de leurs besoins de soins et de l'adéquation de la réponse à ces besoins.

Au-delà de la qualité du travail accompli, cette étude constitue une illustration convaincante de ce qu'une étroite collaboration entre les professionnels de santé publique et les décideurs - plus particulièrement la Régie régionale dans le cas présent - peut être fructueuse. En effet, avant même leur publication, les résultats ont servi à fonder des décisions sur des données probantes. On pense ici plus particulièrement à la campagne de sensibilisation aux troubles anxieux présentement en développement. Mais, de façon plus générale, il est permis de croire que, tout comme le dernier Rapport annuel, dont les constats reposaient en grande partie sur ces mêmes données, l'ensemble des résultats présentés dans les pages qui suivent permettront de mieux connaître l'état de santé mentale des Montréalais, de cibler des interventions et d'orienter les transformations nécessaires dans l'organisation des services de santé mentale.

Le directeur de la santé publique,



Richard Lessard, M.D.

Remerciements

Soulignons d'abord que cette enquête a été rendue possible grâce à la contribution financière de la Direction de la programmation et de la coordination de la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre pour répondre à l'une des mesures retenues dans le Défi de l'accès de la Régie. Sa réalisation a également été grandement facilitée par l'autorisation de la Direction de la santé publique (DSP) de libérer nombre de ressources humaines et matérielles pour soutenir l'équipe de recherche dans toute la démarche.

La réalisation d'une telle enquête requiert la participation et les compétences de nombreuses personnes. Nos remerciements vont d'abord à la firme de sondage **Le Bureau des Intervieweurs Professionnels inc. (BIP)**, responsable de la réalisation des entrevues téléphoniques, plus particulièrement aux superviseurs de terrain, aux interviewers et aux personnes responsables de l'informatisation du questionnaire et du transfert des données à la DSP.

Nous aimerions souligner la contribution spéciale de Serge Chevalier de la DSP qui a participé à la conception de l'étude et qui a assumé, en grande partie, la responsabilité de l'aspect méthodologique. Il a aussi été responsable de la liaison entre l'équipe de la DSP et la firme de sondage BIP de même que de la formation donnée aux interviewers de la firme.

Nous tenons aussi à remercier très chaleureusement les psychologues responsables de la réalisation des entrevues en face-à-face pour leur professionnalisme dans la conduite de ces entrevues. Ils ont fait un travail remarquable et ont accepté de parcourir l'île de Montréal pour rencontrer les participants à l'endroit de leur choix. Un gros merci à Saliha Bahig Benkacem, Julie Bourassa, Isabelle Dufour, Martine Éthier, Alexandre Francisco, Nathalie Julien, François Leblanc, Luc Legris, Éric Skulski et Chantal Duchesne.

Nous désirons souligner le travail des responsables de la gestion de la collecte des données à la DSP, sans qui cette enquête n'aurait pu être menée. Pour leur engagement et leur travail soutenu tout au long de l'enquête, un merci spécial à Brigitte Simard, pour la gestion du volet téléphonique, et à Mélanie Fournier, pour la gestion du volet postal et la relance des participants aux entrevues en face-à-face.

Nos remerciements vont également à Martine Comeau et à Richard Gaudreau de la DSP, pour leur travail minutieux de mise en page des trois questionnaires, de nettoyage des données colligées durant l'enquête et de mise en forme des graphiques; à Sylvie Lavoie, à James Massie, à André Rannou et à

Michel Fournier pour tout le soutien au traitement et à l'analyse des données; à Paul DiBiase et à Annick Landreville, pour leur excellent travail de traduction des questionnaires et leur grande disponibilité; et, enfin, à Chantale Larocque et à Sophie Arcand, pour la saisie des données des entrevues en face-à-face.

De par sa durée, une enquête de cette envergure rend possible la participation de stagiaires à différentes étapes du processus. Ainsi, Patrick Morency, médecin résident en santé communautaire, a participé au volet de l'élaboration des questionnaires pour les aspects des incapacités, du fonctionnement social et de la consommation de médicaments pour des raisons de santé mentale. Pascale Roberge, étudiante au doctorat en psychologie communautaire, a procédé au fastidieux travail de validation du CIDIS et Natacha Bielinski, étudiante à la maîtrise en santé communautaire, a réalisé les analyses relatives à l'utilisation des services et a contribué à la rédaction du chapitre s'y rapportant. Nous les remercions chaleureusement pour la qualité de leur travail.

Par ailleurs, la phase d'évaluation des besoins de soins a été rendue possible grâce au travail de plusieurs personnes. Nous soulignons plus particulièrement la contribution d'Alain Lesage, pour la formation et l'encadrement fournis aux cliniciens, et celle de ces derniers, soit les médecins Serge Nault et Michèle Dallaire et les psychologues Martine Éthier et Éric Skulski, pour leur professionnalisme lors de l'évaluation des 359 dossiers.

Nous sommes également redevables à Victor Tremblay, consultant extérieur en statistiques, pour la mise au point du plan de sondage et du système de pondération, et à Costas Kapetanakis de la DSP, pour son travail rigoureux et continu de mise en application du système de pondération des données des trois volets de l'enquête. Ils méritent nos sincères remerciements.

Dans le processus de révision des textes, nous voudrions mentionner l'apport considérable et très apprécié de Sylvie Lavoie qui a assumé un travail minutieux de coordination et de supervision de la mise en forme du rapport final. Nos remerciements vont aussi à Diane Martel pour la révision linguistique des textes, à Lucie Marin pour son soutien secretarial et à Manon Girard pour tout le travail d'infographie.

Enfin, nous remercions très chaleureusement les Montréalais qui ont accepté de donner de leur temps pour les besoins de cette enquête et plus particulièrement ceux qui ont participé à l'entrevue en face-à-face d'une durée moyenne de 90 minutes. On ne saurait oublier de remercier aussi les aidants naturels qui ont complété le questionnaire postal. Nous leur en sommes très reconnaissants.

Résumé

Devant l'ampleur grandissante des problèmes de santé mentale dans les sociétés occidentalisées, la Direction de la santé publique de Montréal-Centre a entrepris une vaste enquête sur la santé mentale des Montréalais. Ce rapport présente de façon détaillée les résultats de cette enquête et nous permet de dresser un portrait de l'état de santé mentale de la population. Il fournit également une évaluation de ses besoins de soins ainsi qu'une analyse de l'adéquation des services reçus. L'originalité de cette étude tient à la connaissance approfondie des besoins des personnes souffrant de troubles mentaux de nature transitoire, nettement plus fréquents et ayant de lourdes conséquences en termes d'incapacités et de perte de qualité de vie.

Nous avons privilégié une enquête à grande échelle permettant de mesurer avec précision la prévalence des troubles mentaux les plus fréquents dans la population et la présence de certains indicateurs de besoins de soins, tels que des incapacités liées à des problèmes de santé mentale, un état de santé mentale perçu comme mauvais ou encore des idées suicidaires ou des tentatives de suicide. Un volet portant sur l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale a permis de documenter le profil des personnes ayant recours aux services ainsi que l'utilisation de soins généraux et spécialisés, de services publics, privés et communautaires. Une approche clinique a également été utilisée pour mesurer les besoins de soins et l'adéquation des services reçus.

Nous avons opté pour une stratégie multi-méthodes en étapes. Dans un premier temps, 4 704 Montréalais ont été interviewés par téléphone et, dans un second temps, un sous-ensemble de 359 personnes ont été rencontrées par des psychologues pour une entrevue en profondeur. De ces deux entrevues sont tirées les informations nécessaires pour procéder à une évaluation clinique des besoins de soins. Parallèlement, 405 personnes jouant le rôle d'aidant naturel auprès d'un proche souffrant d'un problème de santé mentale ont été repérées lors de l'entrevue téléphonique et ont été invitées à compléter un questionnaire qui leur était envoyé par la poste.

Les troubles mesurés dans l'enquête sont ceux les plus fréquemment rencontrés dans la population en général. Ils appartiennent à la catégorie des troubles affectifs (dépression majeure et trouble dysthymique), à celle des troubles anxieux (phobie sociale, agoraphobie, phobie spécifique, trouble panique, anxiété généralisée) et à celle des troubles liés à l'usage de substances (abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues). Ces troubles correspondent aux définitions

fournies dans la classification américaine des troubles mentaux DSM-IV. Les données de l'enquête révèlent une prévalence des troubles mentaux chez les Montréalais d'au moins 11 % pour une période de 12 mois et de 29 % pour le cours de la vie. Les femmes souffrent davantage de troubles affectifs et anxieux alors que les hommes présentent plus des troubles liés à l'usage de substances. Les jeunes adultes et les personnes se percevant comme pauvres sont particulièrement susceptibles de présenter des troubles. La comorbidité est fréquente car près d'une personne atteinte d'un trouble mental sur trois cumule plus d'un type de trouble.

En tant qu'indicateurs de besoins de soins, la présence d'idées suicidaires et de tentatives de suicide a été mesurée. Les données de l'enquête montrent plus de 100 000 Montréalais ont pensé sérieusement au suicide au cours de leur vie. Certains sous-groupes de la population sont affectés plus que d'autres. Ainsi, les personnes présentant des problèmes de santé mentale, les jeunes adultes de moins de 45 ans, de même que les personnes monoparentales ou vivant seules présentent une prévalence plus élevée de pensées suicidaires au cours de leur vie.

Les incapacités liées à des problèmes de santé mentale ont été mesurées en demandant aux gens d'indiquer si, durant au moins une journée des quatre dernières semaines, ils avaient dû garder le lit, avaient été incapables de mener leurs activités habituelles ou avaient dû les diminuer. Ce fut le cas de 7 % de la population. Les troubles dépressifs ou anxieux sont la cause de près de la moitié de ces incapacités. Avoir de telles incapacités est surtout le fait des personnes ayant des problèmes de santé mentale, des personnes âgées de 18 à 44 ans, de celles jugeant leur revenu pauvre ou très pauvre et des femmes.

En ce qui concerne la perception qu'ont les individus de leur propre santé mentale comparativement à celle des autres personnes de leur âge, la majorité des Montréalais considèrent leur santé mentale excellente, très bonne ou bonne mais un peu plus de 6 % la jugent moyenne ou mauvaise. C'est surtout le cas des personnes présentant un trouble affectif ou anxieux, des idées suicidaires ou des incapacités liées à un problème émotif ou nerveux. Une scolarité très faible ainsi qu'un statut financier perçu comme pauvre sont aussi associés au fait de percevoir sa santé mentale comme moins bonne.

Une mesure globale de souffrance psychique a été développée afin d'obtenir un indicateur plus large de besoins de soins. Elle est définie par la présence d'au moins une des quatre manifestations suivantes : un trouble mental, des incapacités, des idées suicidaires et une perception pauvre de sa santé mentale.

Ainsi, un Montréalais sur cinq présente une telle souffrance psychique. De plus, être jeune, pauvre, avoir un faible niveau de scolarité et être une femme sont des facteurs fortement associés à cette souffrance.

D'autres thèmes importants en santé mentale ont aussi été étudiés. Il s'agit des connaissances du public en ce qui a trait aux signes de maladie mentale et à la nécessité de recourir à des services, de même que la mesure des croyances négatives de la population à l'égard des personnes souffrant de troubles mentaux. Les résultats montrent que les problèmes de santé mentale sont reconnus comme tels par deux Montréalais sur trois et que la non-reconnaissance est surtout le fait des hommes, des personnes moins scolarisées, de celles provenant des communautés ethniques et des personnes n'ayant pas d'expérience des problèmes de santé mentale. En ce qui a trait aux croyances négatives, à divers égards, certains sous-groupes de la population demeurent très méfiants face à l'intégration des personnes souffrant de maladie mentale dans la communauté. C'est le cas des personnes dont la langue maternelle diffère du français ou de l'anglais, de celles âgées de 65 ans et plus et des personnes moins scolarisées.

Les données sur l'utilisation des services montrent que près de 15 % des Montréalais déclarent avoir consulté dans la dernière année. Ils recourent davantage à des soins généraux qu'à des soins spécialisés et utilisent dans une proportion plus grande les services publics plutôt que les services privés ou communautaires. En fait, le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté aux fins de santé mentale. Les indicateurs de besoin de soins sont les premiers déterminants de l'utilisation de services et la présence d'incapacités semble avoir un rôle déterminant dans la décision de consulter. La non-utilisation s'observe plus particulièrement chez les hommes et chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans. Enfin, environ 13 % des Montréalais ont consommé des médicaments au cours des quatre dernières semaines pour un problème émotif ou nerveux. Outre le besoin de soins, les femmes, les personnes plus âgées et celles qui ne sont ni aux études ni sur le marché du travail sont plus nombreuses à consommer des médicaments pour des raisons de santé mentale.

Le dernier volet de ce rapport traite des besoins de soins sur la base d'une évaluation de type clinique. Les données montrent, que selon l'évaluation des cliniciens, 13 % des Montréalais ont un problème de fonctionnement important et 7 % sont à risque. Au total, 18 % de la population nécessite une intervention clinique. Or, seulement la moitié a recours à des services, quelle que soit la nature du problème. On constate que même celles qui consultent ne reçoivent pas toujours une réponse adéquate. Ainsi, selon les cliniciens, parmi les personnes

ayant un besoin de soins et qui ont consulté, 60 % n'ont pas reçu les services requis. Leur état de santé mentale semble particulièrement détérioré, elles ont moins recours à des services spécialisés et leur dernier contact avec les services est souvent moins récent ou plus irrégulier que celui des personnes ayant reçu une réponse adéquate à leurs besoins. À noter que certaines personnes évaluées par les cliniciens comme n'ayant pas besoin de soins utilisent des services. Il ne s'agirait pas toutefois d'une prestation excessive de services mais bien d'interventions visant à stabiliser leur équilibre psychique ou à prévenir l'apparition de troubles. Enfin, les personnes présentant une symptomatologie dépressive et celles cumulant plus d'un type de troubles sont plus susceptibles d'avoir besoin de soins.

Cette enquête a également permis d'identifier les individus agissant en tant qu'aidants naturels auprès de proches souffrant de problèmes de santé mentale. Dans la population en général, environ une personne sur six fournit une aide quelconque à une personne de son entourage allant du soutien moral à une supervision des soins médicaux ou à la mobilisation des ressources de santé et services sociaux. Un rapport portant spécifiquement sur cette thématique paraîtra sous peu.

En conclusion, cette étude a permis de mettre en lumière l'importance des problèmes de santé mentale dans la population, leurs besoins de soins et l'adéquation des services reçus. On y constate que certaines personnes sont plus touchées que d'autres par les problèmes de santé mentale, particulièrement les troubles transitoires qui sont les plus fréquents et qui sont trop souvent ignorés des personnes qui en souffrent ou des professionnels qu'ils consultent.

Table des matières

Liste des tableaux	14
Liste des figures	19
Liste des annexes	21
Lexique des variables	23
Introduction	30

MÉTHODE ET POPULATION À L'ÉTUDE

1. Méthode de l'enquête	38
Volet téléphonique	39
Population à l'étude et techniques d'échantillonnage	40
Instruments de collecte de données	40
Procédures	42
Traitement des données	43
Volet besoins de soins	47
Techniques d'échantillonnage	47
Instruments de collecte de données	50
Procédures	50
Traitement des données	52
Cotation des besoins de soins	54
Considérations éthiques	55
2. Population à l'étude	58
Caractéristiques socioculturelles	59
Sexe et âge	59
État matrimonial	60
Origine culturelle	61
Caractéristiques socioéconomiques	62
Organisation du ménage	62
Scolarité relative	63
Occupation et statut d'activité	64
Statut financier perçu	65
Autres caractéristiques	67
Sous-région	67
Spiritualité	68

MANIFESTATIONS DE SOUFFRANCE PSYCHIQUE

3. Troubles mentaux	70
Méthode	71
Résultats	73
Prévalence des troubles mentaux	73
Facteurs associés aux troubles mentaux	74
Facteurs déterminants des troubles mentaux	77
Discussion	81
4. Idées suicidaires et tentatives de suicide	86
Méthode	87
Résultats	88
Facteurs associés aux idées suicidaires au cours de la vie	88
Facteurs associés aux idées suicidaires au cours des 12 derniers mois	90
Facteurs associés aux parasuicides au cours de la vie	91
Facteurs déterminants des idées suicidaires au cours de la vie	93
Discussion	95
5. Incapacités	98
Méthode	99
Résultats	100
Facteurs associés à la présence d'incapacités	100
Facteurs déterminants de la présence d'incapacités	102
Discussion	104
6. Perception de la santé mentale	106
Méthode	107
Résultats	107
Facteurs associés à la perception de la santé mentale.	107
Facteurs déterminants de la perception de la santé mentale	110
Discussion	111

7. Souffrance psychique	112
Méthode	114
Résultats	115
La souffrance psychique et ses composantes	115
Facteurs associés à la souffrance psychique	116
Facteurs déterminants de la souffrance psychique	118
Discussion	119

CONNAISSANCES ET CROYANCES DE LA POPULATION

8. Connaissances sur les signes de la maladie et les besoins de soins	124
Méthode	125
Reconnaissance des signes de la maladie	126
Reconnaissance des besoins de soins	126
Résultats	127
Reconnaissance des signes de la maladie	127
Description des problèmes identifiés	128
Caractéristiques des personnes reconnaissant le mieux les signes de la maladie	130
Reconnaissance des besoins de soins	131
Caractéristiques des personnes reconnaissant le mieux le besoin d'aide professionnelle	133
Discussion	134
9. Croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale	136
Méthode	137
Résultats	
Facteurs associés aux croyances négatives	138
Facteurs déterminants des croyances négatives	140
Discussion	141

LES BESOINS DE SOINS ET LA RÉPONSE APPORTÉE

10.Utilisation des services et consommation de médicament	144
Méthode	145
Résultats	147
Prévalence de l'utilisation des différents types de services	147
Facteurs associés à l'utilisation des services	149
Facteurs déterminants de l'utilisation des services	153
Analyses complémentaires	157
Consommation de médicaments	159
Discussion	161
11.Évaluation clinique des besoins de soins et adéquation des services	166
Méthode	168
Résultats	171
Évaluation du niveau de fonctionnement	171
Prévalence des besoins de soins et facteurs associés	172
Réponse aux besoins de soins et facteurs associés	173
Les interventions requises chez les personnes dépressives et anxieuses	175
Besoins de soins et utilisation des services	177
Évaluation clinique des besoins et indicateurs de l'enquête téléphonique	181
Discussion	184
12.Les aidants naturels	190
Méthode	191
Résultats	192
Le profil des aidants	192
Le type d'aide fournie	194
Discussion	195
Conclusion	198
Bibliographie	206

Liste des tableaux

Tableau 1.1	Instruments utilisés dans l'enquête téléphonique et leur provenance.....	41
Tableau 1.2	Effectifs avant et après pondération et effet de plan selon les sections du questionnaire	44
Tableau 1.3	Répartition des participants à l'enquête téléphonique et de la population selon l'âge et le sexe (n = 4 704)	45
Tableau 1.4	Taux de participation pour les quatre groupes de l'enquête en face-à-face	48
Tableau 1.5	Instruments utilisés dans l'entrevue en face-à-face et leur provenance	51
Tableau 1.6	Variables ayant fait l'objet de pondération corrective dans l'enquête en face-à-face	52
Tableau 2.1	Répartition de la population selon l'âge et le sexe (n = 4 704)	59
Tableau 2.2	Répartition de la population selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge (n = 4 704)	60
Tableau 2.3	Répartition de la population selon la langue maternelle, le sexe et l'âge (n = 4 704)	62
Tableau 2.4	Répartition de la population selon l'établissement au Canada, le sexe et l'âge (n = 4 704)	62
Tableau 2.5	Répartition de la population selon l'organisation du ménage, le sexe et l'âge (n = 4 704)	63
Tableau 2.6	Répartition de la population selon la scolarité relative, le sexe et l'âge (n = 4 704)	64
Tableau 2.7	Répartition de la population selon l'occupation, le sexe et l'âge (n = 4 704)	65
Tableau 2.8	Répartition de la population selon le statut financier perçu, le sexe et l'âge (n = 4 430).....	66
Tableau 2.9	Répartition de la population selon la sous-région, le sexe et l'âge (n = 4 704)	67

Tableau 2.10	Répartition de la population selon la spiritualité, le sexe et l'âge (n = 4 430)68
Tableau 3.1	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la présence d'un trouble mental quelconque au cours des 12 derniers mois (n = 4 234)78
Tableau 3.2	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la présence d'un trouble anxieux au cours des 12 derniers mois (n = 4 430).....79
Tableau 3.3	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la présence d'un trouble affectif au cours des 12 derniers mois (n = 4 430).....79
Tableau 3.4	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la prévalence d'un trouble lié à l'usage de substances au cours des 12 derniers mois (n = 4 234)80
Tableau 4.1	Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et des 12 derniers mois, selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430)89
Tableau 4.2	Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et des 12 derniers mois selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)90
Tableau 4.3	Présence de parasuicides au cours de la vie selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430).....92
Tableau 4.4	Présence de parasuicides au cours de la vie selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430).....93
Tableau 4.5	Résultats de l'analyse de régression logistique pour les idées suicidaires au cours de la vie (n = 4 430).....94
Tableau 5.1	Proportion de la population rapportant des incapacités selon le type d'incapacité (n = 4 704) 100
Tableau 5.2	Présence d'incapacités au cours des quatre dernières semaines selon diverses caractéristiques socio- démographiques (n = 4 704) 101
Tableau 5.3	Présence d'incapacités au cours des quatre dernières semaines selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430) 102

Tableau 5.4	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la présence d'incapacités (n = 4 430).....	103
Tableau 6.1	Proportion de la population se percevant en mauvaise santé mentale selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430).....	108
Tableau 6.2	Proportion de la population se percevant en mauvaise santé mentale selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430).....	109
Tableau 6.3	Résultats de l'analyse de régression logistique pour une perception de la santé mentale comme étant mauvaise (n = 4 430)	110
Tableau 7.1	Prévalence de la souffrance psychique selon les caractéristiques sociodémographiques (n = 4 234) ..	117
Tableau 7.2	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la souffrance psychique (n = 4 234)	118
Tableau 8.1	Répartition de la population selon l'identification des situations présentées dans les descriptions de cas (n = 3 215).....	127
Tableau 8.2	Proportion des problèmes rapportés par la population pour les descriptions de cas <i>troubles mentaux</i>	129
Tableau 8.3	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la reconnaissance d'un problème de santé mentale pour les descriptions de cas <i>troubles mentaux</i> (n = 1 813)	131
Tableau 8.4	Répartition de la population selon les différents types de besoins reconnus pour chacune des descriptions de cas <i>troubles mentaux</i>	132
Tableau 8.5	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la reconnaissance du besoin d'aide professionnelle pour les descriptions de cas <i>troubles mentaux</i> (n = 1 813)	133
Tableau 9.1	Scores obtenus aux croyances négatives relatives aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 3 203).....	139

Tableau 9.2	Scores obtenus aux croyances négatives relatives aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 3 203)	140
Tableau 9.3	Résultats de l'analyse de régression linéaire pour les croyances négatives (n = 3 203)	141
Tableau 10.1	Pourcentage d'utilisation des différents services par la population montréalaise (n = 4 704).....	148
Tableau 10.2	Utilisation des services au cours des 12 derniers mois selon des indicateurs de besoin de soins (n = 4 430).....	150
Tableau 10.3	Facteurs prédisposants de l'utilisation de services au cours des 12 derniers mois (n = 4 430).....	151
Tableau 10.4	Facteurs facilitants de l'utilisation de services au cours des 12 derniers mois (n = 4 430).....	152
Tableau 10.5	Résultats de l'analyse de régression logistique pour l'utilisation de services (n = 4 430)	154
Tableau 10.6	Résultats de l'analyse de régression logistique (ratios de cotes) pour l'utilisation de services généraux, et spécialisés (n = 4 430).....	155
Tableau 10.7	Résultats de l'analyse de régression logistique (ratios de cotes) pour l'utilisation de services publics, privés et communautaires (n = 4 430).....	156
Tableau 10.8	Consommation de médicaments au cours des quatre dernières semaines selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé mentale (n = 4 430)	160
Tableau 10.9	Résultats de l'analyse de régression logistique pour la consommation de médicaments au cours des quatre dernières semaines (n = 4 430)	162
Tableau 11.1	Prévalence des problèmes de fonctionnement selon les cliniciens (n = 359, données pondérées) et des troubles mentaux selon l'enquête téléphonique (n = 4 430, données pondérées).....	172

Tableau 11.2	Prévalence des besoins de soins, tels qu'évalués par les cliniciens, selon les caractéristiques sociodémographiques (n = 359, données pondérées)	173
Tableau 11.3	Réponse aux besoins de soins	174
Tableau 11.4	Réponse aux besoins selon différents sous-groupes (n = 153, données non pondérées).....	175
Tableau 11.5	Nombre et type d'interventions recommandées chez les dépressifs et les anxieux selon le niveau de fonctionnement (risque de problème ou problème important) (n = 146, données non pondérées)	176
Tableau 11.6	Nombre et type d'interventions recommandées chez les dépressifs et les anxieux selon la symptomatologie et la comorbidité (n = 146, données non pondérées).....	177
Tableau 11.7	Concordance entre les besoins de soins évalués cliniquement et les indicateurs de besoins de l'enquête téléphonique (n = 359, données non pondérées)	182
Tableau 11.8	Prévalence des besoins de soins en fonction du type de troubles, de leur comorbidité, de leur récence et du nombre de critères de souffrance psychique (n = 359)	183
Tableau 12.1	Proportion d'aidants selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430)	193
Tableau 12.2	Proportion d'aidants selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)	194

Liste des figures

Figure 1.1	Structure de l'enquête	39
Figure 2.1	Répartition de la population selon l'état matrimonial (n = 4 704)	60
Figure 2.2	Répartition de la population selon la langue maternelle (n = 4 704)	61
Figure 2.3	Répartition de la population selon l'établissement au Canada (n = 4 704)	61
Figure 2.4	Répartition de la population selon l'organisation du ménage (n = 4 704)	63
Figure 2.5	Répartition de la population selon l'occupation (n = 4 704)	64
Figure 2.6	Répartition de la population selon le statut financier perçu (n = 4 430)	66
Figure 2.7	Répartition de la population selon la sous-région (n = 4 704)	67
Figure 2.8	Répartition de la population selon la spiritualité (n = 4 430)	68
Figure 3.1	Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie (n = 4 234)	73
Figure 3.2	Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois selon le sexe (n = 4 234)	75
Figure 3.3	Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois selon l'âge (n = 4 234)	75
Figure 3.4	Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois selon le statut financier perçu (n = 4 234)	77
Figure 6.1	Répartition de la population selon la perception de sa santé mentale (n = 4 430)	107
Figure 7.1	Prévalence de la souffrance psychique et de ses composantes (n = 4 234)	115

Figure 7.2	Prévalence des manifestations de souffrance psychique selon l'absence d'un trouble mental, sa présence au cours des 12 derniers mois ou dans le passé (n = 4 234).....	116
Figure 8.1	Répartition de la population selon les différents types de besoins reconnus pour chacun des regroupements de descriptions de cas (n = 3 215)	131
Figure 10.1	Utilisation des services en santé mentale selon diverses catégories (n = 4 704)	147
Figure 10.2	Utilisation des services selon la présence de troubles mentaux (12 derniers mois) (n = 4 430)	149
Figure 10.3	Consommation de médicaments par type de problèmes au cours des quatre dernières semaines (n = 4 704)	159
Figure 10.4	Proportion de consommateurs de médicaments (prescrits ou non) selon la présence de troubles mentaux quelconques (n = 4 430)	161
Figure 11.1	Répartition de la population selon les besoins de soins et l'utilisation de services (n = 359, données pondérées)	177
Figure 11.2	Réponse aux besoins chez les personnes du groupe 4 (Besoin, oui/Utilisation, oui) (n = 89, données non pondérées)	180
Figure 12.1	Répartition des aidants selon le lien entre la personne aidée et l'aidant (n = 858).....	192
Figure 12.2	Type d'aide fournie par les aidants (n = 405)	195

Liste des annexes

Annexe A - Tableaux complémentaires

Tableau A1.1	Comparaison entre les participants et les non-participants répondant aux mêmes critères d'invitation au face-à-face (données de l'enquête téléphonique pondérées)	215
Tableau A2.1	Taux de non-réponse partielle pour chacune des caractéristiques (n = 4 704)	216
Tableau A3.1	Prévalence des troubles mentaux au cours de la vie et des 12 derniers mois	217
Tableau A3.2	Proportion de consommateurs de drogues selon le type et la variété (n = 4 430)	218
Tableau A3.3	Prévalence des troubles mentaux selon le sexe	219
Tableau A3.4	Prévalence des troubles mentaux selon l'âge	220
Tableau A3.5	Prévalence des troubles mentaux selon le lieu de naissance	221
Tableau A3.6	Prévalence des troubles mentaux selon la langue maternelle	222
Tableau A3.7	Prévalence des troubles mentaux selon l'état matrimonial	223
Tableau A3.8	Prévalence des troubles mentaux selon l'organisation du ménage	224
Tableau A3.9	Prévalence des troubles mentaux selon la scolarité relative	225
Tableau A3.10	Prévalence des troubles mentaux selon le statut d'activité	226
Tableau A3.11	Prévalence des troubles mentaux selon le statut financier perçu	227
Tableau A3.12	Prévalence des troubles mentaux selon la spiritualité,	228
Tableau A3.13	Prévalence des troubles mentaux selon la sous-région	229

Tableau A8.1	Reconnaissance d'un problème de santé mentale pour les descriptions de cas <i>troubles mentaux</i> selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé mentale (n = 1 813)	230
Tableau A8.2	Reconnaissance d'un besoin d'aide professionnelle pour les descriptions de cas <i>troubles mentaux</i> selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé mentale (n = 1 813)	231
Tableau A9.1	Valeurs moyennes, écarts-types et fréquences des huit items de l'échelle de mesure des croyances négatives (n = 3 203).....	232
Tableau A11.1	Comparaison entre le groupe 2 et les groupes 1 et 4 (données non pondérées).....	233
Tableau A11.2	Comparaison entre le groupe 3 et 4 (données non pondérées).....	235
Tableau A11.3	Comparaison entre les personnes qui reçoivent une réponse adéquate à leurs besoins et celles qui ne reçoivent pas une réponse adéquate chez les personnes ayant des besoins qui utilisent les services (n = 84, données non pondérées)	236
Annexe B -	Évaluation des besoins de soins en matière de santé mentale dans la population générale : fiche d'enregistrement de l'état des besoins	238
Annexe C -	Description de cas	246

Lexique des variables

Comorbidité : indique la présence de plus d'un type de troubles (soit un trouble anxieux, un trouble affectif ou un trouble lié à l'usage de substances). Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* et *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Consommation de médicaments : indique si l'individu a pris au cours des quatre dernières semaines, un médicament ou un autre produit parce qu'il avait des problèmes de sommeil, qu'il se sentait anxieux ou stressé, qu'il se sentait déprimé ou pour un autre problème émotif ou nerveux. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Croyances négatives : donne le score moyen obtenu à partir des appréciations données à au moins sept des huit items de l'échelle de mesure des croyances négatives de Dorvil *et al.* (1995). Les choix de réponse sont *tout à fait en accord*, *plutôt d'accord*, *plutôt en désaccord* ou *tout à fait en désaccord*. La réponse *ne sait pas* est aussi possible. Plus le score est faible, plus les croyances sont négatives.

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

Expérience de la maladie mentale : indique si l'individu a une expérience de la maladie mentale. La personne est dite avoir une expérience de la maladie mentale si elle répond à au moins une des conditions suivantes : a souffert d'un problème de santé mentale au cours de la vie; a utilisé des services pour un problème de santé mentale; a dans son entourage une personne qui souffre d'un problème de santé mentale. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Idées suicidaires¹ : indique la présence d'idées suicidaires au cours de la dernière année, que la personne ait ou non déclaré un parasuicide. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Idées suicidaires au cours de la vie² : indique la présence d'idées suicidaires au cours de la vie, en excluant de la population de référence, les personnes ayant déclaré un parasuicide (tentative de suicide). Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Incapacités : indique la présence, au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête, d'au moins une incapacité consécutive à des problèmes émotifs ou nerveux, ou liée à la consommation d'alcool ou de drogues. Les incapacités répertoriées dans l'enquête consistent en l'obligation de garder le lit durant au moins une journée des

¹ Cette variable est utilisée dans tous les chapitres du rapport, à l'exception du *Chapitre 4 : Idées suicidaires et tentatives de suicide*. Dans ce chapitre, elle est remplacée par **idées suicidaires au cours des 12 derniers mois** qui exclut de la population de référence, les personnes ayant déclaré un parasuicide.

² Cette variable ne concerne que le *Chapitre 4 : Idées suicidaires et tentatives de suicide*.

quatre dernières semaines, en l'impossibilité de mener ses activités habituelles ou en l'obligation de les diminuer au cours de la même période. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Nombre de types de troubles : indique le nombre de type de troubles mentaux (soit un trouble anxieux, un trouble affectif ou un trouble lié à l'usage de substances) présents au cours des 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *aucun*, *un seul* ou *plus d'un* (*comorbidité*).

Parasuicides au cours de la vie³ : indique la présence de tentatives de suicide ou de gestes suicidaires non fatals au cours de la vie, en excluant de la population de référence, les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Proche avec un problème de santé mentale : indique la présence, dans l'entourage de la personne, d'un proche présentant des problèmes de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Reconnaissance d'un besoin d'aide professionnelle : indique si l'individu a la capacité de reconnaître comme tel un besoin d'aide professionnelle suite à la présentation des descriptions de cas *troubles mentaux*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Reconnaissance d'un problème de santé mentale : indique si l'individu a la capacité de reconnaître comme tel un problème de santé mentale suite à la présentation des descriptions de cas *troubles mentaux*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

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

Souffrance psychique : indique la présence d'au moins une des manifestations suivantes : présence au cours des 12 derniers mois d'un des troubles mentaux mesurés dans cette enquête; perception de son état de santé mentale comme étant mauvais par rapport à celui des autres personnes de son âge; présence d'une incapacité au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête en raison de problèmes émotifs ou nerveux ou de consommation d'alcool ou de drogues; présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Souffrance psychique (nombre de critères) : indique le nombre de manifestations de la souffrance psychique présentes (voir la description de la variable **souffrance psychique**). Les catégories possibles sont *1 critère*, *2 critères*, *3 critères* ou *4 critères*.

³ Cette variable ne concerne que le *Chapitre 4 : Idées suicidaires et tentatives de suicide*.

Troubles affectifs⁴ : indique la présence d'au moins un des troubles affectifs mesurés dans l'enquête avec le CIDIS, qui sont :

- Dépression majeure : un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs, c'est-à-dire une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines, associée à au moins quatre autres symptômes de dépression;
- Trouble dysthymique : humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs ne répondant pas aux critères d'un épisode dépressif majeur.

La présence de ces troubles est mesurée suivant deux périodes de référence qui sont *au cours des 12 derniers mois* et *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Troubles affectifs ou anxieux : indique la présence d'au moins un des troubles dans les catégories troubles anxieux ou troubles affectifs. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* et *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Troubles anxieux⁴ : indique la présence d'au moins un des troubles anxieux mesurés dans l'enquête avec le CIDIS, qui sont :

- Agoraphobie : une anxiété liée à, ou un évitement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne serait disponible en cas d'attaque de panique ou de symptômes à type de panique;
- Anxiété généralisée : période d'au moins six mois d'anxiété et de soucis persistants et excessifs;
- Attaque de panique : période bien délimitée marquée par l'occurrence soudaine d'une appréhension intense, d'une peur ou d'une terreur souvent associée à des sensations de catastrophe imminente. Durant ces attaques sont présents des symptômes tels que sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi;
- Phobie sociale : anxiété cliniquement significative provoquée par l'exposition à un certain type de situations sociales ou de situations de performance, conduisant souvent à un comportement d'évitement;
- Phobie spécifique : anxiété cliniquement significative, provoquée par l'exposition à un objet ou une situation spécifique redoutés, conduisant souvent à un comportement d'évitement;
- Trouble panique (avec ou sans agoraphobie) : attaques de panique récurrentes et inattendues à propos desquelles il existe une inquiétude persistante.

⁴ Définis selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996).

La présence de ces troubles est mesurée suivant deux périodes de référence qui sont *au cours des 12 derniers mois* et *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Troubles liés à l'usage de substances⁵ : indique la présence d'au moins un des troubles liés à l'usage de substances mesurés dans l'enquête avec le CIDIS, qui sont :

- Dépendance à l'alcool ou la drogue : ensemble de symptômes cognitifs, comportementaux et physiologiques, indiquant que le sujet continue à utiliser la substance malgré des problèmes significatifs liés à la substance;
- Abus d'alcool ou de drogue : mode d'utilisation inadéquat d'une substance mis en évidence par des conséquences indésirables, récurrentes et significatives, liées à cette utilisation répétée.

La présence de ces troubles est mesurée suivant deux périodes de référence qui sont *au cours des 12 derniers mois* et *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Troubles mentaux quelconques : indique la présence d'au moins un des types de troubles mesurés dans cette enquête (troubles affectifs, troubles anxieux ou troubles liées à l'usage de substances) au cours de la vie. Les catégories possibles sont *aucun*, *au cours des 12 derniers mois* ou *antérieurs aux 12 derniers mois*.

Troubles mentaux quelconques au cours de la vie : indique la présence d'au moins un des types de troubles mesurés dans cette enquête (troubles affectifs, troubles anxieux ou troubles liées à l'usage de substances) selon la période de référence du cours de la vie (qui inclut donc la période des 12 derniers mois). Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois : indique la présence d'au moins un des types de troubles mesurés dans cette enquête (troubles affectifs, troubles anxieux ou troubles liées à l'usage de substances) selon la période de référence des 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *présence* ou *absence*.

Utilisation de services : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins un des services suivants : médecin de famille, psychiatre, autre médecin spécialiste, psychologue ou psychothérapeute, travailleur social, infirmière ou ergothérapeute, spécialiste des médecines douces, prêtre, pasteur ou autre officier du culte. De plus, l'individu devait préciser le lieu où il avait demandé de l'aide pour ce type de problème : CLSC, urgence d'un hôpital, clinique externe de psychiatrie, centre ou hôpital de jour, centre de crise ou refuge, groupe d'entraide, autre organisme

⁵ Définis selon le DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996)

communautaire, ligne d'aide ou d'écoute, centre de traitement en désintoxication. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* ou *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Utilisation de services communautaires : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins une des ressources suivantes : groupes d'entraide ou autre organisme communautaire, ligne téléphonique ou d'écoute, clergé, centre de crise ou refuge, centre de traitement en désintoxication. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* ou *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Utilisation de services de soins généraux : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins une des ressources suivantes : médecin de famille, travailleur social, infirmière et ergothérapeute, CLSC, médecines douces et clergé. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* ou *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Utilisation de services de soins spécialisés : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins une des ressources suivantes : psychiatre, psychologue, hospitalisation, visite à l'urgence et en clinique externe de psychiatrie, organisme communautaire, groupe d'entraide, centre de crise ou refuge, centre de traitement en toxicomanie. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* ou *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Utilisation de services privés : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins une des ressources suivantes : psychologue ou psychothérapeute en pratique privée et spécialiste des médecines douces. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* ou *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Utilisation de services publics : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins une des ressources suivantes : médecin, psychologue ou psychothérapeute dans les établissements publics, travailleur social, infirmière, ergothérapeute, services en CLSC, en milieu hospitalier interne ou externe. Les deux périodes de référence possibles sont *au cours des 12 derniers mois* ou *au cours de la vie*. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Les variables suivantes proviennent de l'entrevue en face-à-face et ne sont utilisées que dans le Chapitre 11 – Évaluation clinique des besoins de soins et adéquation des services.

Besoins de soins : indique la présence d'un besoin de soins tel que déterminé par les cliniciens. Cette cotation est basée sur le niveau de fonctionnement de la personne, les types de soins jugés appropriés, les interventions reçues, leur efficacité et l'attitude de la personne à l'égard de certains types de soins proposés. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Dernière consultation : indique le moment de la dernière consultation de services pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues durant les 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *dans le dernier mois, il y a entre 1 et 6 mois* et *il y a entre 6 mois et 1 an*.

Détresse psychologique : déterminée à partir du score global obtenu à l'échelle de mesure des manifestations de la détresse psychologique (Massé *et al*, 1998) constituée de 23 items regroupés sous quatre dimensions (autodévalorisation, irritabilité/agressivité, anxiété/dépression et désengagement social). Les choix de réponse sont *jamais, rarement, la moitié du temps, fréquemment* et *presque toujours*. Le quintile supérieur de l'échelle constitue le niveau élevé de détresse psychologique. Les catégories possibles sont *faible* ou *élevée*.

Niveau de fonctionnement : indique l'évaluation du niveau de fonctionnement selon les cliniciens. Il est déterminé pour chacune des sept symptomatologies évaluées dans le cadre de l'enquête (psychotique, dépressive, anxieuse, liée à l'alcool, liée aux drogues, liés à un trouble de l'adaptation ou liée à d'autres types de troubles) et sans distinction quant au type de symptomatologie. Les catégories possibles sont *aucun problème, risque de problème* ou *problème important*.

Nombre d'interventions : indique le nombre d'interventions proposées par les cliniciens en fonction de la symptomatologie présente sur la base de la variable **type d'interventions**. Les catégories possibles sont *aucune intervention, 1 intervention, 2 interventions* ou *3 interventions*.

Réponse aux besoins de soins : indique si, selon les cliniciens, l'individu reçoit une réponse appropriée à son besoin de soins. Cette évaluation est

basée sur le niveau de fonctionnement de la personne, les types de soins jugés appropriés, les interventions reçues, leur efficacité et l'attitude de la personne à l'égard de certains types de soins proposés. Les catégories possibles sont *adéquate, inadéquate ou impossible* (à satisfaire).

Troubles mentaux quelconques (DIS) : indique la présence d'au moins un des types de troubles mesurés dans ce volet de l'enquête (phobies, trouble panique, anxiété généralisée, état de stress post-traumatique, dépression, trouble bipolaire, dysthymie, trouble obsessionnel compulsif, troubles liés à l'usage d'alcool, schizophrénie et troubles schizophréniformes) selon la période de référence du cours de la vie. Les catégories possibles sont *aucun trouble au cours de la vie; troubles antérieurs, aucun symptôme au cours des 12 derniers mois; troubles antérieurs, certains symptômes au cours des 12 derniers mois; ou troubles au cours des 12 derniers mois*.

Type d'interventions: indique le type de soins proposés en fonction des symptomatologies dépressive ou anxieuse. Les catégories possibles sont *évaluation, thérapie de soutien, thérapie cognitive ou comportementale, psychothérapie individuelle structurée, pharmacothérapie ou autre*.

Utilisation de services au cours des 12 derniers mois (en résumé hiérarchique) : indique, de manière hiérarchique, le type de services utilisés pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues. L'individu ne peut être classé que dans une seule catégorie même s'il a utilisé des services de plus d'un type. Les catégories possibles sont, par ordre de priorisation, *services spécialisés, services généraux ou autres services*. La période de référence est au cours des 12 derniers mois.

Utilisation de services au cours des 12 derniers mois (services spécialisés) : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogues, au moins une des ressources spécialisées (voir la description présentée pour les variables du volet téléphonique). La période de référence est au cours des 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Utilisation de services au cours des 12 derniers mois (médecins de tous types) : indique si l'individu a consulté, pour des problèmes émotifs, nerveux ou des problèmes de consommation d'alcool et de drogue, au moins une des ressources suivantes : médecin de famille, psychiatre, autre médecin spécialiste. La période de référence est au cours des 12 derniers mois. Les catégories possibles sont *oui* ou *non*.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la santé, cinq des dix principales causes d'incapacité sont liées à des troubles mentaux et on estime que les troubles mentaux et du comportement représentent 12 % de la charge globale de morbidité (Murray et Lopez, 1996). Dans les sociétés occidentalisées, ces troubles se situent au deuxième rang sur le plan du fardeau de la maladie (15,4 années perdues en raison d'une mort prématurée ou vécues avec une incapacité), et ils viennent juste après les maladies cardio-vasculaires (18,6 années perdues) et devant les diverses formes de cancer réunies (Murray et Lopez, 1996; Organisation mondiale de la santé, 2001). Parmi ces troubles, notons d'abord la dépression, suivie de la schizophrénie, des troubles bipolaires et du stress post-traumatique. Qui plus est, ces problèmes semblent grandissants puisque, dans les pays à revenu élevé, les maladies neuro-psychiatriques représentaient 23 % des années de vie vécues avec une incapacité en 1998 par rapport à 15 % en 1990 (National Institute of Mental Health, 1999).

Devant l'ampleur de ces problèmes, force est de constater que les conséquences et les coûts associés sont énormes. En même temps, les ressources sont limitées, ce qui contraint à s'organiser de façon à mieux utiliser les moyens disponibles pour améliorer la santé mentale de la population (Kovess *et al.* 2001). Mieux s'organiser signifie mieux planifier; et mieux planifier implique d'abord d'identifier les besoins de la population pour ensuite établir des priorités et faire des choix parmi les moyens disponibles. Malheureusement, la planification est plus souvent basée sur des indicateurs d'utilisation des services que sur les besoins de la population. Ce type d'indicateurs ne permet pas de repérer les besoins de soins non comblés ou de détecter une sur-utilisation de services. Cela tend à perpétuer l'existence de certains services alors qu'ils ne sont pas les plus efficaces et empêche une juste répartition des ressources en fonction des besoins. En l'absence d'évaluation des besoins, les intérêts corporatistes ou institutionnels, les idéologies ou encore la réponse aux situations de crise prennent une importance démesurée. La prise en compte des besoins permet d'objectiver en partie cette démarche de planification. Ainsi, notre étude cherche à combler certaines lacunes qui existent actuellement dans le processus de planification des services en santé mentale, soit celles relatives à l'évaluation des besoins de la population.

Population ciblée

L'évaluation des besoins de la population est une entreprise complexe qui doit prendre appui sur plusieurs types d'informations provenant de diverses sources. D'abord, la population ne peut d'emblée être examinée comme un

tout dans la mesure où plusieurs sous-groupes existent et présentent des besoins particuliers, et que, sur le plan de la recherche, la stratégie de mesure des besoins prend appui sur des méthodes relativement différentes. Ainsi, notre équipe a défini dès le départ trois sous-groupes principaux : les personnes souffrant de troubles mentaux *transitoires* ou de détresse psychologique, celles souffrant de troubles mentaux graves et les populations qui échappent au système de soins alors qu'elles en auraient grand besoin.

- Les personnes souffrant de troubles mentaux *transitoires*¹ — comme certains troubles dépressifs ou anxieux — ou de détresse psychologique sont nombreuses au sein de la population en général. Celles qui ont recours aux services sont le plus souvent traitées en première ligne, mais une grande partie d'entre elles n'ont recours à aucun service. Conséquemment, le meilleur moyen de rendre compte des besoins de ce groupe est l'enquête épidémiologique auprès de la population en général.
- Les personnes souffrant de troubles mentaux graves² sont beaucoup moins nombreuses que celles du premier groupe, mais elles nécessitent des services plus intensifs et souvent plus spécialisés. Comme la plupart sont en contact avec les services, l'étude de leurs besoins peut se faire au moyen d'indicateurs provenant de systèmes d'information — comme MedEcho, RAMQ — ou d'enquêtes particulières.
- Certaines populations échappent au système de soins alors qu'elles ont de grands besoins de soins et services. Ces populations sont, par exemple, les personnes souffrant de troubles mentaux qui se retrouvent dans le milieu de l'itinérance ou encore celles qui se retrouvent dans le milieu carcéral. La connaissance des besoins de ces populations nécessite des enquêtes particulières.

Dans ce rapport, c'est principalement la connaissance des besoins du premier sous-groupe qui est visée.

L'évaluation des besoins de soins

Depuis le début des années 50, les méthodes pour évaluer les besoins de soins ont beaucoup évolué. Au départ, l'état de santé mentale était mesuré par des échelles de symptômes, puis par des instruments cliniques permettant d'évaluer la présence de troubles mentaux (Weissman et Myers, 1978). Ces instruments diagnostiques devant être utilisés par des cliniciens, les coûts limitaient la taille

¹ Ils sont dit *transitoires* parce que la probabilité d'un retour au fonctionnement antérieur est élevée.

² Ils sont dit *graves* parce que les personnes ainsi atteintes sont très affectées dans leur fonctionnement social et qu'un retour à un fonctionnement antérieur est moins probable.

de l'échantillon et, par conséquent, les conclusions qui pouvaient être tirées de ces enquêtes. Dans les années 80, on a vu apparaître un instrument diagnostique permettant de lever ces limites : le *Diagnostic Interview Schedule* ou *DIS*, instrument très structuré qui pouvait être utilisé par des interviewers sans formation clinique particulière. C'est ainsi que la grande enquête américaine de l'ECA³ a pu être menée auprès d'un échantillon d'environ 20 000 personnes (Robins et Regier, 1991). Une mine d'informations en est ressortie, mais son utilité pour la planification des services restait limitée. La présence d'un trouble mental signifiait-elle qu'il y avait nécessairement un besoin de soins et qu'il devait y avoir un recours aux services? À l'inverse, l'absence de tels troubles était-elle garante du fait qu'il n'y ait pas de besoin de soins?

Certains chercheurs, surtout américains, ont tenté d'aller plus loin en développant des indicateurs de besoins de soins plus diversifiés à partir des données des grandes enquêtes épidémiologiques (Shapiro *et al.*, 1986; Ciarlo *et al.*, 1992a). Par exemple, une atteinte dans le fonctionnement social, un niveau élevé de détresse psychologique ou encore l'utilisation de services pour des raisons de santé mentale étaient reconnus comme des signes potentiels de besoins de soins. En combinaisons diverses avec la présence de troubles mentaux, ces indicateurs étaient utilisés pour estimer le mieux possible le besoin de soins.

D'autres chercheurs, surtout en Europe, ont opté pour une évaluation plus complète des besoins en utilisant une approche clinique (Lehtinen *et al.*, 1990; Bebbington *et al.*, 1996). Partant d'échantillons relativement grands, les personnes ayant potentiellement besoin de soins étaient repérées au moyen d'échelles de symptômes. Celles ayant une symptomatologie élevée étaient invitées à rencontrer des cliniciens pour une entrevue plus en profondeur où plusieurs aspects des besoins étaient explorés : troubles mentaux, fonctionnement social, niveau de détresse, utilisation actuelle des services, acceptabilité de diverses formes de traitement, etc. À la suite de cette entrevue, les cliniciens déterminaient non seulement si un besoin de soins était présent, mais également la nature de ce besoin, et si la réponse sur le plan des soins reçus était adéquate. Comme on peut le constater, ce type d'approche apporte au planificateur une information beaucoup plus riche.

Ainsi, il existe plusieurs méthodes pour évaluer les besoins de soins et les résultats varient passablement d'une étude à l'autre. L'étude des besoins de soins, bien qu'ayant évolué énormément au cours des dernières décennies,

³ *Epidemiological Catchment Area.*

demeure un domaine de recherche encore jeune. Il n'existe pas de méthode parfaite pour évaluer les besoins de soins, chacune ayant ses avantages et ses inconvénients (validité interne ou externe, coûts de l'étude, ampleur de l'information recueillie). Au moment de concevoir cette enquête, il apparaissait clair que nous ne pouvions nous contenter de mesurer simplement les troubles mentaux et l'utilisation des services. Nous inspirant des études américaines, nous avons privilégié une enquête à grande échelle (grand échantillon) permettant de mesurer avec précision la prévalence des *troubles mentaux* et également la présence d'autres indicateurs de besoins de soins, tels que les *incapacités* liées à des problèmes de santé mentale, un état de santé mentale auto-perçu (*santé mentale subjective*) comme mauvais ou encore des *idées ou tentatives de suicide*⁴. Sur la base de ces quatre indicateurs qui feront chacun l'objet d'un chapitre (chapitres 3 à 6), nous avons construit un indicateur global de besoins de soins, nommé ici *souffrance psychique*, qui fera l'objet du chapitre 7. Ainsi, l'étude de ces différents indicateurs permettra au planificateur de connaître l'ampleur des problèmes de santé mentale de la population de la région montréalaise et de faire ressortir les sous-groupes les plus affectés par ces problèmes.

L'utilisation des services pour des raisons de santé mentale est un autre thème incontournable dans une telle enquête, car le planificateur doit savoir si les personnes en besoin sont au moins en contact avec les services et avec lesquels; si elles ne le sont pas, il sera nécessaire d'en comprendre les raisons et de cibler ces non-utilisateurs. Le modèle d'Anderson (1995), où l'on distingue besoins, facteurs prédisposants et facteurs facilitants, sera utilisé pour mieux comprendre les comportements d'utilisation des services en général et de différents types de services. L'utilisation des services de même que la consommation de médicaments pour des raisons de santé mentale sont des thèmes abordés au chapitre 10.

Nous inspirant des études européennes, nous avons également utilisé une approche clinique pour mesurer les besoins de soins. Bien que cette approche soit relativement complexe à mettre en place et qu'elle ait ses limites, elle offre plusieurs avantages : elle permet d'identifier non seulement la présence d'un besoin, mais également les interventions requises; elle prend en compte l'acceptabilité de tel ou tel autre traitement s'il était requis et offert; et elle fournit un aperçu de l'adéquation des services reçus. Les résultats de cette évaluation clinique des besoins de soins sont présentés au chapitre 11.

⁴ Une mesure de symptomatologie (détresse psychologique), comme cela a été fait dans plusieurs autres enquêtes, était également prévue au départ, mais n'a malheureusement pas pu être conservée (cf. explications au chapitre 1).

Autres objectifs de l'enquête

Profitant de cette enquête populationnelle, nous avons également étudié d'autres problématiques importantes en santé mentale. La première concerne les besoins des proches qui doivent aider ou soutenir des personnes de leur entourage aux prises avec un problème de santé mentale. Les proches sont des ressources sur lesquelles il faut de plus en plus compter, mais le risque est grand qu'ils s'épuisent et développent eux-mêmes des problèmes de santé mentale. Ce thème sera abordé brièvement dans le dernier chapitre et fera l'objet d'un deuxième rapport (Lavoie *et al.*, à paraître). L'occasion était unique pour étudier également les connaissances du public en ce qui a trait aux signes de maladie mentale et à la nécessité de recourir à des services (chapitre 8). Ces connaissances du public peuvent être à la base d'une décision personnelle de recourir aux services ou d'encourager un proche à le faire. Enfin, une dernière problématique concerne l'intégration des personnes souffrant de troubles mentaux graves et persistants dans la communauté. Cette question sera abordée partiellement sous l'angle des croyances négatives que la population en général entretient à leur égard, ces croyances pouvant constituer un frein à leur intégration (chapitre 9).

Stratégie multi-méthodes en étapes

L'enquête épidémiologique de santé mentale peut s'avérer très coûteuse pour une région, particulièrement si elle est réalisée en face-à-face. Ce type d'enquête nécessite des tailles d'échantillon élevées, de 4 000 à 5 000 sujets. La mesure des troubles mentaux, si elle se veut valide, nécessite des connaissances ou habiletés particulières. Plusieurs solutions existent pour minimiser ses coûts et rendre faisable sa mise en œuvre. La première consiste à remplacer la méthode face-à-face par une méthode téléphonique ou par une méthode postale. Deux études réalisées dans la région de Montréal démontrent la faisabilité de telles méthodes pour une enquête de santé mentale. La première réalisée en 1987 montrait que, en regard d'une entrevue en face-à-face, les résultats concernant les troubles mentaux obtenus lors d'une entrevue téléphonique ou par enquête postale avaient une bonne validité; l'enquête postale par rapport à la téléphonique conduisait cependant à un taux de réponse plus faible (Kovess et Fournier, 1990; Fournier et Kovess, 1993). La seconde, réalisée en 1992-93 dans la partie est de Montréal, amenait les auteurs à conclure que l'enquête téléphonique était une option intéressante pour évaluer la prévalence des troubles mentaux et l'utilisation des services, et que les résultats de cette enquête étaient comparables à ceux des grandes enquêtes épidémiologiques menées avec la méthode face-à-face (Fournier *et al.*, 1997).

L'entrevue téléphonique est cependant limitée par le temps, en ce sens qu'on ne peut raisonnablement garder une personne au téléphone plus de 20 à 30 minutes. Lorsqu'il y a beaucoup d'informations à recueillir, cela devient une limite importante. À ce problème existe aussi une solution, celle de faire suivre une deuxième étape à l'entrevue téléphonique où seuls les sujets présentant certaines caractéristiques d'intérêt sont invités à une entrevue en face-à-face. Dès lors, le but de l'enquête téléphonique est de poser uniquement les questions s'adressant à l'ensemble de la population alors que celui de l'enquête en face-à-face est d'interroger un sous-ensemble de personnes dépistées comme ayant des besoins en santé mentale. Ce type de devis en deux étapes a particulièrement été utilisé par les Anglais chez qui, dans une première étape, une échelle de symptômes est utilisée pour dépister les problèmes de santé mentale (Shrout *et al.*, 1986). En deuxième étape, les personnes dépistées sont vues par un clinicien qui utilise cette fois un instrument diagnostique standardisé.

Ainsi, nous avons opté pour une stratégie multi-méthodes en étapes. Dans un premier temps, un grand nombre de Montréalais ont été interviewés par téléphone et, dans un second temps, un sous-ensemble de ces personnes ont été rencontrées par des psychologues pour une entrevue en profondeur. De ces deux entrevues sont tirées les informations nécessaires pour pouvoir ensuite procéder à une évaluation clinique des besoins de soins. Parallèlement, les personnes jouant un rôle d'aidant naturel auprès d'un proche souffrant d'un problème de santé mentale ont été repérées lors de l'entrevue téléphonique et ont été invitées à compléter un questionnaire qui leur était envoyé par la poste. Il s'agit donc d'une enquête complexe où la stratégie visait à maximiser la quantité et la qualité de l'information recueillie tout en maintenant les coûts relativement bas.

Le présent document est un rapport de recherche où sont d'abord présentés les aspects méthodologiques de l'enquête (chapitre 1) et la description de la population à l'étude, principalement ses caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques (chapitre 2). Viennent ensuite les chapitres de résultats où les Montréalais sont décrits selon différents indicateurs de besoins de soins, selon leurs connaissances de la maladie mentale, selon leurs croyances à l'égard des malades mentaux, selon leur utilisation des services en santé mentale et selon le rôle d'aide qu'ils sont parfois appelés à jouer auprès d'un proche souffrant de problèmes de santé mentale.

En complément au présent document, le lecteur peut également consulter le rapport annuel 2001 du Directeur de la santé publique de Montréal-Centre⁵. Basé sur les principaux résultats de cette enquête et sur des informations provenant d'autres sources, ce rapport fait une analyse de l'état de santé mentale, et des besoins de soins de la population adulte montréalaise, du système de soins en place pour répondre à la demande et propose certaines solutions pour améliorer la situation.

⁵ « Direction de la santé publique. Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé des adultes montréalais. Rapport annuel 2001 sur la santé de la population. Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001. » Ce rapport est disponible sur le site internet <http://www.santepub-mtl.qc.ca> ou peut être obtenu en copie papier en s'adressant au Centre de documentation de la DSP de Montréal-Centre.

1 Méthode de l'enquête

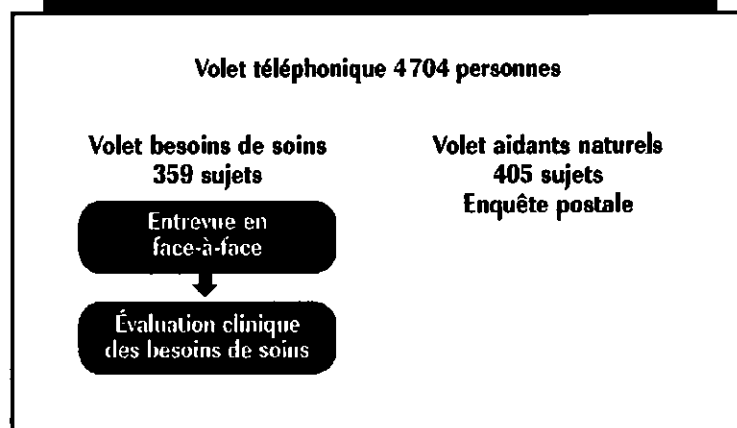
2 Population à l'étude

Méthode de l'enquête

Ce chapitre décrit les principales étapes ayant mené à la réalisation de la présente enquête. En vue d'atteindre nos objectifs de recherche, nous avons privilégié une stratégie en trois volets (figure 1.1). Le premier repose sur une enquête téléphonique visant principalement à évaluer l'état de santé mentale des adultes montréalais et le recours aux services. Le deuxième, basé sur des entrevues en face-à-face auprès d'un sous-ensemble d'individus, a pour but de faire ressortir les besoins de soins en santé mentale et l'adéquation des services reçus. Enfin, une enquête postale auprès d'un sous-ensemble d'individus agissant comme aidants auprès d'un proche souffrant de problèmes de santé mentale a permis d'évaluer leur expérience d'aide. Puisque le présent rapport ne porte que sur les deux premiers volets, seules les méthodes utilisées pour l'enquête téléphonique et l'enquête en face-à-face seront présentées dans ce chapitre. Les détails méthodologiques particuliers aux dimensions analysées sont abordés dans les chapitres s'y rapportant. L'enquête auprès des aidants faisant l'objet d'un rapport spécifique, le lecteur est invité à s'y référer pour la description de la méthode utilisée dans ce volet (Lavoie *et al.*, à paraître).

Figure 1.1

Structure de l'enquête



Volet téléphonique

Les objectifs spécifiques de l'enquête téléphonique consistent à :

- déterminer la prévalence des troubles mentaux les plus fréquents dans la population;
- évaluer la présence d'incapacités pour des raisons de santé mentale;
- évaluer l'état de santé mentale tel que perçu par les personnes elles-mêmes;
- déterminer la prévalence des idées suicidaires et des tentatives de suicide;
- décrire l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale;
- évaluer la capacité de la population à reconnaître les signes de la maladie mentale et les besoins de soins;
- mesurer les croyances négatives à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale;
- estimer le nombre de personnes agissant en tant qu'aidantes auprès d'un proche ayant un problème de santé mentale et décrire leur profil.

Population à l'étude et techniques d'échantillonnage

Cette enquête a été menée auprès d'un échantillon de personnes sélectionnées au hasard parmi les adultes vivant dans les ménages privés¹ dans la région de Montréal-Centre². Sont exclues les personnes vivant dans les ménages collectifs, par exemple les personnes hospitalisées à long terme ou hébergées en ressources intermédiaires ou de type familial, celles détenues dans les prisons ou dans les pénitenciers. Sont également exclues les personnes sans domicile fixe et celles ne disposant pas d'une ligne téléphonique à leur domicile.

Les ménages ont été sélectionnés en générant aléatoirement des numéros de téléphone³. La sélection du sujet au sein d'un ménage a été également faite de manière aléatoire lorsque ce ménage était composé de plus d'une personne éligible (18 ans et plus).

Parmi les 12 102 numéros de téléphone générés aléatoirement, 5 050 ont été éliminés parce qu'ils n'étaient pas valides (numéros non résidentiels, ménages collectifs, numéros de télécopieurs). Sur les 7 052 ménages valides, 4 704 individus ont participé à l'enquête téléphonique, pour un taux de réponse de 66,7 %. La non-réponse inclut 227 personnes ou ménages jamais rejoints en dépit des nombreux essais et 2 121 refus de participer. Sur les 4 704 participants, 4 430 étaient les personnes sélectionnées et répondaient pour elles-mêmes, alors que 274 répondaient à la place d'une personne sélectionnée. Un questionnaire abrégé a été administré à une tierce personne du ménage lorsque la personne désignée dans ce ménage ne comprenait pas suffisamment le français ou l'anglais (56 % des cas), présentait des incapacités l'empêchant de répondre au questionnaire (21 %), était absente du logis pour une longue période (13 %) ou pour diverses autres raisons (10 %).

Instruments de collecte des données

Le questionnaire⁴ comprend, dans l'ordre, les sections suivantes :

- croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale;
- connaissances sur les signes de la maladie et les besoins de soins;
- identification des aidants naturels;
- perception de l'état de santé mentale;

¹ Un ménage privé est composé d'une ou de plusieurs personnes qui occupent un même logement privé.

² La région de Montréal-Centre dans cette enquête correspond au territoire couvert par la Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, soit *grosso modo* l'île de Montréal.

³ Plus de détails sont fournis dans les cahiers techniques disponibles sur demande.

⁴ Questionnaire disponible sur demande auprès de l'équipe de recherche.

- incapacités pour des problèmes émotifs ou nerveux ou liés à la consommation d'alcool ou de drogues;
- utilisation des services pour des raisons de santé mentale;
- troubles mentaux : phobies, panique, anxiété généralisée, dépression majeure, troubles liés à l'usage d'alcool, troubles liés à l'usage de drogues, jeu pathologique; idées suicidaires et tentatives de suicide étaient incluses dans cette grande section, tout de suite après dépression majeure;
- consommation de médicaments pour des raisons de santé mentale;
- caractéristiques sociodémographiques.

Il était administré en français ou en anglais, au choix du sujet. Les instruments utilisés et leur provenance sont présentés au tableau 1.1. Pour une description plus complète, se référer aux chapitres qui traitent des résultats se rapportant à chacune des dimensions mesurées.

Tableau 1.1

Instruments utilisés dans l'enquête téléphonique et leur provenance

Dimension mesurée	Instrument et provenance
Croyances négatives	Échelle de Dorvil <i>et al.</i> (1995), une question légèrement modifiée.
Connaissances	Descriptions de cas (troubles mentaux, situation de vie stressante et situation de vie normale) et questions s'y rapportant : instrument adapté (Melanson-Ouellet, 1980; Joml <i>et al.</i> , 1997), prétesté.
Aidants naturels	Type d'aide fournie : instrument développé pour les besoins de l'enquête (inspiré de la classification de Guberman <i>et al.</i> , 1993). Information sur la personne aidée et ses relations avec l'aidant : instrument développé pour les besoins de l'enquête, prétesté.
Perception de l'état de santé mentale	Question utilisée dans l'Enquête sociale et de santé, 1998 (Daveluy <i>et al.</i> , 2000).
Incapacités	Instrument adapté de l'Enquête sociale et de santé, 1998 (Daveluy <i>et al.</i> , 2000).
Utilisation des services	Professionnels et lieux : instrument adapté de l' <i>Ontario Mental Health Survey</i> (Ontario Ministry of Health, 1994).
Troubles mentaux	Phobies, trouble panique, anxiété généralisée, dépression majeure, troubles liés à l'usage de substances : <i>CIDIS</i> (Kovess et Fournier, 1990). Jeu pathologique : <i>DIS</i> (Robins <i>et al.</i> , 1998).
Consommation de médicaments	Instrument adapté de l' <i>Ontario Mental Health Survey</i> (Ontario Ministry of Health, 1994).
Variables sociodémographiques	Enquête sociale et de santé, 1998 : instrument adapté (Daveluy <i>et al.</i> , 2000).

La version abrégée du questionnaire, administrée à une autre personne du ménage répondant à la place de celle sélectionnée, ne comportait que les sections suivantes : incapacités, utilisation des services, consommation de médicaments et caractéristiques sociodémographiques.

Procédures

Les données ont été recueillies par téléphone de mars à juin 1999 par la firme privée BIP (Bureau des interviewers professionnels inc.)⁵. Plus d'une quarantaine d'interviewers ont été embauchés de manière à pouvoir réaliser l'enquête sur une période de 12 semaines. Ils ont reçu une formation de deux jours, donnée par l'équipe de recherche.

Le questionnaire a été informatisé par la firme privée à l'aide du logiciel *Interviewer*. Cela a permis de simplifier la gestion des différentes versions du questionnaire (français, anglais, réponse par une tierce personne, etc.), l'entrée des données, le passage des questions filtres et la procédure de sélection des individus admissibles pour les enquêtes en face-à-face et postale. Cela a également permis de réduire considérablement le temps requis pour la codification puisque seules les questions ouvertes ont nécessité le travail d'un codificateur.

Un prétest a été réalisé auprès de 100 personnes afin de vérifier les procédures et le déroulement de l'entrevue. Plusieurs modifications ont été apportées au questionnaire de manière à atteindre une durée raisonnable d'entrevue. Par exemple, une échelle de détresse psychologique a dû être enlevée en raison de sa durée d'administration dans le contexte d'une entrevue téléphonique. Des clarifications sur le sens des questions et les objectifs de l'enquête ont été nécessaires.

Périodiquement, tout au long de la collecte de données, deux techniciens de la Direction de la santé publique faisaient l'écoute directe des entrevues téléphoniques de manière à s'assurer de la qualité du travail : plusieurs ajustements ont ainsi pu être faits.

Des efforts considérables ont été déployés afin d'atteindre la taille échantillonnale requise. Le même numéro de téléphone pouvait être recomposé jusqu'à 20 fois avant d'être éliminé, ce qui explique le faible nombre de personnes jamais rejointes. De plus, une deuxième sollicitation a été faite auprès des individus qui n'avaient pas refusé de façon catégorique lors du premier appel, ce qui a permis de récupérer 1 166 refus initiaux.

⁵ Pour plus de détails, voir le *Cahier des charges pour retenir les services d'une firme de sondage*, DSP, novembre 1998. Sont disponibles également la soumission de la firme BIP et les cahiers techniques rédigés par l'équipe de recherche.

En cours de collecte des données, il s'est avéré que la durée d'entrevue était trop longue et que cela nuisait au taux de réponse global. Certaines modifications ont donc été faites. La première a consisté à créer deux versions du questionnaire. Les deux avaient un tronc commun comprenant les sections suivantes : *aidants naturels, perception de la santé mentale, incapacités, utilisation des services, troubles mentaux (moins le jeu pathologique), idées et tentatives suicidaires, consommation de médicaments, caractéristiques sociodémographiques*. La version A comprenait, en plus du tronc commun, les sections *croyances négatives et jeu pathologique*, et la version B la section *connaissances*. Ainsi, après 1988 entrevues réalisées, il a été choisi d'administrer aléatoirement soit la version A, soit la B. Enfin, une dernière modification nécessitant d'être mentionnée concerne la section des troubles liés à l'usage de drogues. Pour les personnes ayant déjà consommé au cours de leur vie mais non dans les 12 derniers mois, une sur deux continuait la section et l'autre s'arrêtait là (au départ, toutes les personnes continuaient et non seulement une sur deux).

L'entrevue avait une durée moyenne de 22,5 minutes (toutes versions confondues). Dans le cas où la personne était sélectionnée pour participer à un deuxième volet de l'étude (face-à-face ou postal), l'entrevue se terminait par un protocole d'invitation. Les entrevues se faisaient à divers moments de la journée et les sept jours de la semaine de manière à pouvoir rejoindre le plus de personnes possible.

Deux fois par semaine, la firme envoyait une copie informatisée des données recueillies à l'équipe de recherche de la Direction de la santé publique. Cela nous permettait de procéder rapidement et régulièrement à la validation de la banque de données et de constituer les listes de personnes qui avaient accepté de participer aux autres volets de l'enquête.

Traitement des données

Pondération

On entend par pondération, la procédure qui consiste à attribuer à chaque participant à l'enquête une valeur (un poids) correspondant au nombre d'individus qu'il représente dans la population visée. En fait, ce poids s'exprime par l'inverse de la probabilité de sélection de la personne invitée à faire partie de l'échantillon. Par ailleurs, lors de la réalisation d'une enquête, plusieurs facteurs peuvent entraîner des biais sur les résultats obtenus et ajouter une variabilité supplémentaire à celle imputable à l'échantillonnage lui-même. C'est, entre autres problèmes, celui bien connu de la non-réponse globale, c'est-à-dire de l'absence de réponse à toute l'enquête.

Pour l'enquête téléphonique, deux séries de pondération ont été créées, l'une devant être utilisée pour les tests statistiques et les estimations sur la base de l'échantillon, et l'autre pour les estimations populationnelles. Chaque série comprenait sept variables de pondération permettant de tenir compte du nombre de personnes ayant répondu aux différentes sections du questionnaire. En effet, ce nombre variera selon la version complète ou abrégée (tierce personne), selon la version A ou B et selon les réponses à la section drogue. Au tableau 1.2, dans la première colonne, on peut voir les effectifs avant pondération selon les différentes sections du questionnaire.

Tableau 1.2

Effectifs avant et après pondération et effet de plan selon les sections du questionnaire

Section du questionnaire	Effectif avant pondération	Effectif après pondération	Effet de plan
Croyances et jeu pathologique	3 203	2 373	1,350
Connaissances	3 216	2 416	1,331
Troubles mentaux (sauf les variables incluant les troubles liés à l'usage de drogues), perception de la santé mentale, idées et tentatives suicidaires, aidants	4 430	3 326	1,332
Incapacités, médicaments, utilisation des services	4 704	3 638	1,293
Diagnostic de troubles liés à l'usage de drogues, section seule ou croisée avec les autres sections (sauf croyances, jeu et connaissances)	4 234	3 198	1,316
Croyances et jeu, sections croisées avec celle des troubles liés à l'usage de drogues	3 108	2 313	1,344
Connaissances, section croisée avec celle des troubles liés à l'usage de drogues	3 108	2 346	1,325

Pour chacune de ces variables de pondération, les principes de création étaient les mêmes⁶. Dans un premier temps, un poids initial a été calculé afin de tenir compte de la non-proportionnalité de l'échantillon par rapport à la population visée. Dans le cadre de l'enquête téléphonique, la probabilité d'une personne de faire partie de l'échantillon est proportionnelle au nombre de lignes téléphoniques disponibles dans le ménage choisi et inversement proportionnelle au nombre de personnes admissibles dans le ménage. La probabilité inverse définit le poids qu'un individu choisi représente dans la

⁶ Pour plus d'information sur la pondération, consulter le cahier technique disponible auprès de l'équipe de recherche.

population visée par l'enquête. Ce poids initial est le même pour toutes les sections du questionnaire.

La deuxième étape a consisté à modifier le poids initial afin de prendre en considération la non-réponse totale au questionnaire. Comme en général, dans la région de Montréal, les taux de réponse ont tendance à varier en fonction des groupes linguistiques, une première correction des poids fondée sur la langue a été apportée. Une deuxième correction a été effectuée en ajustant les poids produits précédemment en fonction de la distribution de la population par groupe d'âge, par sexe et par zone de résidence. Les modifications aux poids initiaux ont été effectuées après comparaison avec les données du recensement de 1996 sur la langue maternelle et avec les estimations de la population pour 1999 par groupe d'âge et sexe. Le tableau 1.3 présente la répartition des participants à l'enquête téléphonique comparée à celle observée dans la population.

Tableau 1.3

Répartition des participants à l'enquête téléphonique et de la population selon l'âge et le sexe (n = 4 704)

Caractéristique	Échantillon %	Population %
Sexe		
Homme	41,3	49,1
Femme	58,7	50,9
Âge		
18-24 ans	14,1	11,9
25-34 ans	21,4	18,9
35-44 ans	23,0	23,3
45-54 ans	16,0	18,8
55-64 ans	11,1	12,3
65 et plus	14,1	14,8

La troisième étape a consisté à appliquer des poids normalisés, utiles pour le calcul de marges d'erreur et l'application de tests statistiques. Ils sont obtenus en multipliant les poids modifiés par la taille réelle de l'échantillon et en divisant ce produit par la taille totale de la population. Un effet de plan a par la suite été calculé selon le nombre de participants aux diverses sections du questionnaire. Au tableau 1.2 sont présentés les effectifs après pondération et l'effet de plan pour les différentes sections du questionnaire.

Analyses

La non-réponse partielle est celle se rapportant à chacune des questions de l'enquête téléphonique. Elle équivaut au rapport entre le nombre pondéré de sujets à une question donnée et le nombre pondéré de ceux devant y répondre (Daveluy *et al.*, 2000). Comme l'enquête téléphonique implique la participation d'un interviewer, les taux de non-réponse partielle sont en principe relativement faibles. Une analyse des taux de non-réponse partielle a été effectuée pour chacune des dimensions mesurées par l'enquête et est discutée dans les chapitres s'y rapportant. Lorsque celui-ci est supérieur à 5 %, les effets éventuels sur l'interprétation des données sont également discutés.

Les analyses effectuées dans le présent rapport sont de deux ordres. Dans un premier temps, nous avons utilisé des méthodes bivariées (test du khi carré ou analyse de variance) afin de dresser un portrait de l'état de santé mentale des Montréalais et de leurs besoins de soins en fonction de certaines caractéristiques sociodémographiques. En complément, des analyses de régression logistique ou linéaire ont été menées selon la nature de la variable dépendante (qualitative ou quantitative) afin d'évaluer l'influence des déterminants sur la présence ou l'absence des caractéristiques mesurées dans cette enquête tout en contrôlant pour un ensemble de variables concomitantes.

Le coefficient de variation (CV), une mesure de précision, a été calculé pour chacune des estimations. On l'obtient en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Un CV inférieur ou égal à 15 % indique une bonne précision de l'estimation. Les estimations dont le CV se situe entre 15 % et 25 % sont marquées d'un astérisque (dans les tableaux) pour montrer que leur précision est passable et qu'elles doivent être interprétées avec prudence. Les estimations dont le CV est supérieur à 25 % sont marquées d'un double astérisque pour signaler leur faible précision et indiquer qu'elles ne sont présentées qu'à titre indicatif (Daveluy *et al.*, 2000).

Dans cette enquête, une différence entre deux estimations est considérée statistiquement significative si le seuil de signification est inférieur à 0,05 ($p < 0,05$). Les estimations dont la différence atteint un seuil inférieur à 0,01 sont également signalées dans les tableaux. Certaines différences non statistiquement significatives mais dont le seuil se situe entre 0,05 et 0,10 sont parfois relevées dans le texte pour indiquer une tendance.

Plusieurs des échelles ou outils de mesure utilisés dans l'enquête ont fait l'objet d'une validation. Les détails à ce sujet sont présentés dans la section *Méthode* des chapitres sur les résultats concernés.

Volet besoins de soins

Ce volet de l'enquête a pour objectif principal de faire une évaluation clinique des besoins de soins en santé mentale chez la population montréalaise. Il consistera d'abord à recueillir une information clinique plus précise dans une entrevue en face-à-face auprès d'un échantillon de personnes où celles présentant des problèmes de santé mentale sont surreprésentées et, ensuite, à procéder à la cotation des besoins de soins.

Techniques d'échantillonnage

Il s'agissait ici de constituer un échantillon stratifié pouvant, par la suite, être pondéré de manière à représenter l'ensemble des Montréalais. Les participants à cette partie de l'enquête ont été sélectionnés sur la base d'informations fournies lors de l'entrevue téléphonique. Ainsi, les personnes interrogées lors de cette entrevue étaient classées en fonction de l'un des quatre groupes hiérarchiques suivants :

1. les personnes souffrant ou ayant souffert, au cours de la dernière année, d'un des troubles mentaux mesurés, à l'exception du jeu pathologique et des troubles liés à l'usage de drogues;
2. celles non déjà classées dans le groupe 1 qui avaient souffert d'un de ces troubles mentaux dans le passé (il y a plus d'un an);
3. celles non déjà classées dans les groupes 1 ou 2 qui présentaient d'autres indications d'un problème de santé mentale, c'est-à-dire une incapacité dans le dernier mois⁷ ou un état de santé mentale perçu comme mauvais ou des idées suicidaires au cours de la dernière année ou un recours aux services au cours de la dernière année ou une consommation de médicaments au cours du dernier mois; ces manifestations devaient être en rapport avec un problème affectif ou nerveux ou dues à la consommation d'alcool ou de drogues⁸;
4. celles non déjà classées dans les trois groupes précédents, donc des personnes apparemment sans problème de santé mentale actuellement et par le passé.

Pour chacun de ces groupes, un objectif échantillonnal a été fixé : respectivement, 350 personnes, 100 personnes et 75 personnes pour chacun des deux derniers groupes. Sur la base de la prévalence attendue pour chacun de ces groupes et

⁷ Pour une définition précise de ces termes, voir le lexique.

⁸ Cependant, une erreur s'est glissée à un moment dans la programmation de la définition de ce groupe dans l'enquête téléphonique; ainsi, certaines personnes ayant eu des incapacités pour des raisons de santé physique ont été classées à tort dans ce groupe. On en tiendra compte par la suite dans la pondération et dans les analyses.

du taux de participation anticipé (50 % à 60 %), la fraction échantillonnale des personnes à inviter par groupe a été déterminée dès le départ. Par exemple, 90 % des personnes du groupe 1 pouvaient être invitées comparativement à seulement 10 % de celles du groupe 4. Cette fraction échantillonnale a ensuite été ajustée à plusieurs reprises en cours d'enquête au fur et à mesure que les paramètres de base (prévalence et taux de participation attendus) se précisaient. Finalement, 93 % des personnes du groupe 1 ont reçu l'invitation à participer à l'entrevue en face-à-face ainsi que 45 %, 19 % et 12 % des personnes des groupes 2, 3 et 4 respectivement.

À la fin de l'entrevue téléphonique, un programme informatisé permettait de déterminer le groupe auquel appartenait chaque individu. La décision de l'inviter à l'entrevue en face-à-face, également gérée par le programme informatique, dépendait ensuite de la fraction échantillonnale fixée pour chacun des groupes.

Un total de 1 106 personnes ont été sollicitées pour l'entrevue en face-à-face. Parmi elles, 359 ont complété l'entrevue, ce qui signifie un taux global de participation de 32,5 %. Au tableau 1.4, ce taux est décliné pour chacun des quatre groupes de l'échantillon. Les résultats montrent que les personnes atteintes d'un trouble mental ou manifestant certains autres signes récents d'un problème de santé mentale (groupes 1 et 3) ont accepté de participer à ce volet dans une plus grande proportion (autour de 40 %) comparativement aux personnes qui ne présentaient aucun signe récent d'un problème de santé mentale (groupes 2 et 4) (autour de 27 %).

Tableau 1.4

Taux de participation pour les quatre groupes de l'enquête en face-à-face

Groupe	Nombre de personnes invitées	Nombre de participants	Taux de participation
1- Troubles mentaux récents	378	149	39,4
2- Troubles mentaux antérieurs	240	67	27,9
3- Autres indications d'un problème récent	95	39 ¹	41,1
4- Aucun problème apparent	393	104 ²	26,5
Total	1 106	359	32,5

¹ Le groupe 3 exclut ici les participants classés par erreur dans ce groupe.

² Le groupe 4 inclut les personnes classées par erreur dans le groupe 3 au départ.

Ce taux de participation globalement plus faible que celui attendu explique en partie que l'objectif échantillonnal de 600 sujets n'a pas été atteint, et cela malgré les ajustements de la fraction échantillonnale en cours de route. Il faut préciser que ces ajustements avaient leurs limites dans la mesure où le taux de participation et les prévalences attendues n'arrivent à une certaine précision que vers la fin de l'enquête, donc à un moment où il y a de moins en moins de marge de manœuvre pour faire varier la fraction échantillonnale. Une autre raison expliquant que l'objectif échantillonnal n'a pas été atteint est le nombre de personnes ayant les caractéristiques requises dans certains groupes, particulièrement le groupe 1. Dans ce groupe, par exemple, la fraction échantillonnale au départ était très élevée (au-dessus de 90 %) et elle est rapidement passée à 100 % et cela jusqu'à la fin. Ainsi, les taux de participation et de prévalence plus faibles que prévu ont eu pour effet que l'objectif échantillonnal a été atteint à seulement 50 %. Enfin, une erreur dans les règles de programmation pour le groupe 3 a été identifiée en fin d'enquête; à la suite de quoi il fallut reclasser près de la moitié des sujets dans le groupe 4, ce qui explique l'écart important du nombre de sujets entre ces deux groupes et également que le groupe 4 est le seul à avoir un nombre de sujets dépassant l'objectif fixé au départ.

Une analyse du profil des participants et des non-participants répondant aux mêmes critères d'invitation au face-à-face a été effectuée pour chacun des quatre groupes tels que définis au départ (c'est-à-dire avec l'erreur de programmation). Le tableau A1.1 en annexe permet de voir les variables sur lesquelles ont porté cette comparaison et de constater qu'il y a peu de différences entre les participants et les non-participants. Dans le groupe 1 (trouble mental récent), les non-participants étaient relativement plus nombreux que les participants à être de sexe masculin, mais aucune différence relative à l'état de santé mentale (idées suicidaires, santé mentale subjective, incapacités) ou à l'utilisation des services en santé mentale ne ressortait de manière significative. Dans le groupe 2 (trouble mental antérieur), les personnes ayant une faible scolarité étaient plus nombreuses parmi les non-participants, de même que celles n'ayant pas utilisé les services en santé mentale (12 derniers mois ou cours de la vie) et celles n'ayant pas de proches souffrant d'un problème de santé mentale. Dans les groupes 3 et 4 (autres indications d'un problème récent et aucun problème apparent), les non-participants et les participants apparaissaient similaires pour toutes les caractéristiques sociodémographiques ou de santé mentale. Dans trois des groupes (1, 3 et 4), on note que les non-participants incluent une forte proportion de personnes qui avaient initialement refusé de participer à l'enquête téléphonique. Les participants et les non-participants des quatre groupes ne se distinguent pas significativement pour les caractéristiques suivantes : âge, état matrimonial, langue maternelle, lieu de naissance, organisation du ménage, occupation, statut financier perçu, statut

de propriétaire ou de locataire, idées suicidaires, incapacités pour des raisons de santé mentale, consommation de médicaments, santé mentale subjective, souffrance psychique⁹, et le fait de jouer le rôle d'aidant naturel d'une personne souffrant d'un problème de santé mentale. Ainsi, malgré les faibles taux de participation, le peu d'écart entre participants et non-participants d'un même groupe ouvrait la possibilité de pondérer l'échantillon pour qu'il représente l'ensemble de la population.

Instruments de collecte des données

Les instruments utilisés pour l'entrevue en face-à-face et leur provenance sont présentés au tableau 1.5¹⁰. Plusieurs sont des instruments structurés déjà existants, d'autres ont été conçus par l'équipe pour recueillir une information qualitative indispensable aux cliniciens qui devaient par la suite faire la cotation des besoins de soins. Ces derniers instruments sont le plus souvent composés de questions semi-structurées permettant un entretien qui se rapproche davantage de l'entrevue clinique. Le questionnaire¹¹ était disponible en version française ou anglaise.

Procédures

Cette seconde phase de l'étude a été coordonnée par l'équipe de recherche. Dix psychologues cliniciens ont été recrutés et ont reçu une formation de cinq jours. Les instruments et les procédures ont été prétestés auprès de 30 sujets. Les entrevues en face-à-face ont été effectuées entre mars et juillet 1999, autant que possible dans les deux semaines suivant l'entrevue téléphonique. La durée de l'entrevue était de 94 minutes en moyenne.

La firme privée BIP avait la responsabilité d'inviter les sujets sélectionnés à participer à ce deuxième volet de l'étude, mais aucune entente n'avait été conclue sur un taux de participation attendu ou sur une procédure de relance des refus. Sans de telles obligations, il va s'en dire que les efforts pour obtenir un taux de participation élevé n'ont peut-être pas toujours été faits. L'équipe de recherche a donc tenté de compenser en relançant tout au moins les personnes ayant accepté de participer à ce deuxième volet et qui par la suite se désistaient d'une manière ou d'une autre. Les efforts pour améliorer le taux de participation n'ont amené qu'une augmentation marginale de 2 %.

⁹ Voir le lexique pour une définition de ces termes.

¹⁰ Les instruments de l'enquête en face-à-face sont décrits de manière beaucoup plus détaillée que nous ne l'avons fait pour ceux de l'enquête téléphonique. Cela a été fait parce que nous n'y reviendrons pas plus loin, comme nous le ferons dans le cas du volet téléphonique. Cette description détaillée a surtout pour but de montrer au lecteur le type d'informations dont disposaient les cliniciens pour prendre leur décision.

¹¹ Questionnaire disponible sur demande auprès de l'équipe de recherche.

Tableau 1.5

Instruments utilisés dans l'entrevue en face-à-face et leur provenance

Dimension mesurée	Instrument et provenance
Caractéristiques sociodémographiques	Questions du <i>DIS-IV</i> (Robins <i>et al.</i> , 1998) : sexe, âge, état matrimonial, nombre d'enfants, cohabitation avec les parents biologiques avant l'âge de 15 ans, parents substitués.
Santé physique et limitations sur ce plan	<i>DIS</i> (Robins <i>et al.</i> , 1998) : perception de l'état de santé, maladies chroniques traitées par un médecin et moment des derniers symptômes. Limitations (Ciario <i>et al.</i> , 1992a) : douleurs physiques, limitations dans les déplacements, la préhension. Nombre de jours d'incapacité à faire les activités habituelles dans les quatre dernières semaines.
Utilisation des services	OMHS (<i>Ontario Ministry of Health</i> , 1990; modifié) : utilisation des services (24 types de professionnels ou lieux), âge la première fois, moment de la dernière consultation, fréquence des consultations dans la dernière année, satisfaction, barrières, attitudes.
Consommation de médicaments	Enquête Santé Québec (Daveluy <i>et al.</i> , 2000) : médicaments consommés dans les 4 dernières semaines (sédatifs, somnifères, tranquillisants, anti-dépresseurs, stimulants, autres), le nom précis, prescrit ou non, durée et fréquence de consommation.
Détresse psychologique	ÉMMDP (Massé <i>et al.</i> , 1998) : 23 items, 5 niveaux de réponse (de <i>jamais à presque toujours</i>). Période de référence : le dernier mois.
Troubles mentaux	<i>DIS-IV</i> (Robins <i>et al.</i> , 1998) : phobies, trouble panique, anxiété généralisée, état de stress post-traumatique, dépression, trouble bipolaire, dys-thymie, trouble obsessionnel-compulsif, troubles liés à l'usage d'alcool, schizophrénie et troubles schizophréniformes. Auto-déclaration d'épuisement professionnel (<i>burn-out</i>), d'anorexie et de boulimie au cours de la vie et dans les 12 derniers mois; confirmation de ces diagnostics par un médecin. Impression clinique du psychologue sur le diagnostic.
Problèmes légaux	Questions tirées de l'enquête de Ciario <i>et al.</i> (1992a) ou Colorado : arrestations (autres que pour une infraction au code de la route) depuis l'âge de 18 ans et au cours des 4 dernières semaines; probation ou libération conditionnelle dans les 4 dernières semaines.
Événements stressants	Instrument développé pour les besoins de l'enquête, questions structurées et semi-structurées; agents stressants chroniques ou temporaires, spécifiques d'un domaine de la vie ou généralisés, lien avec l'apparition ou l'exacerbation des symptômes.
Fonctionnement social	Inspiré du <i>Social Adjustment Scale</i> de Weissman <i>et al.</i> , 1981. Questions semi-structurées de base couvrant cinq domaines : occupation principale habituelle, relations avec le conjoint ou un partenaire amoureux, relations avec les enfants, relations avec les amis, relations avec la famille. Exploration des difficultés éprouvées et de leur importance sur le cours de la vie et dans les 12 derniers mois, liens avec les symptômes.
Soutien social	Questions semi-structurées développées pour les besoins de l'enquête : isolement social, présence de soutien réel en cas de besoin.
Besoins de soins et services	Questions semi-structurées construites sur la même modèle que l'instrument de cotation des besoins de soins (<i>NFCAS</i> , Bebbington <i>et al.</i> , 1996) et que le <i>Camberwell Assessment of Needs (CAN)</i> (Holloway, 1991). En fonction de types de symptomatologie (dépressive, anxieuse, etc.), exploration des divers types d'interventions reçues (durée, fréquence, perception de l'efficacité du traitement selon le participant), de l'acceptabilité d'autres interventions potentiellement efficaces (psychothérapie, groupe d'entraide, médicaments, etc.) et des besoins psychosociaux découlant des problèmes relevés. Globalement, besoins sur le plan du logement, de l'alimentation, de l'entretien ménager, de l'hygiène personnelle, des déplacements, des finances : aide nécessaire, services reçus, fournis par qui, aide suffisante. Impression clinique du psychologue sur les besoins de soins et services.

Une vérification systématique du contenu de tous les questionnaires a été effectuée par un membre de l'équipe de recherche : logique des réponses, respect des sauts, réponses manquantes, etc. Des rencontres ont eu lieu chaque semaine avec chacun des interviewers afin de faire le bilan et le suivi des erreurs observées dans les questionnaires complétés.

La saisie des données a été effectuée par des techniciens externes, puis vérifiée par une technicienne de recherche de la DSP. Tous les questionnaires ont fait l'objet d'une double saisie afin d'éliminer les risques d'erreurs.

Chacun des participants a reçu un incitatif de 10 \$. L'entrevue avait lieu, au choix de la personne interrogée, à son domicile, dans les locaux de la santé publique ou, plus rarement, dans un endroit public.

Traitement des données

Pondération

La procédure générale a d'abord consisté à comparer, groupe par groupe, les distributions pondérées sur un ensemble de variables pertinentes entre les participants au face-à-face et ceux à l'enquête téléphonique. Des correctifs ont ensuite été apportés de manière à atténuer les biais visibles. La procédure a été itérative en ce sens que parfois certaines corrections pouvaient engendrer d'autres distorsions lesquelles devaient à leur tour être corrigées. Le processus se terminait lorsque la totalité ou presque des écarts observés se situait à l'intérieur des marges d'erreur d'échantillonnage (en tenant compte de l'effet de plan attribuable à la pondération). Les variables ayant fait l'objet de pondération corrective pour chacun des quatre groupes sont présentées au tableau 1.6. Le poids initial a ensuite été modifié afin que la distribution entre les quatre groupes respecte celle obtenue dans la population générale.

Tableau 1.6

Variables ayant fait l'objet de pondération corrective dans l'enquête en face-à-face

Groupe 1	Groupe 2	Groupe 3	Groupe 4
Sexe	Sexe	Âge	Âge
État matrimonial	Âge	Être aidant	Lieu de naissance
Langue maternelle	Utilisation des services au cours de la vie		
Propriétaire/Locataire			

Nous avons utilisé la classification initiale établie dans le cadre de l'enquête téléphonique pour la formation des quatre groupes puisque les fractions d'échantillonnage leur avaient été appliquées.

Lors de l'analyse des données, certains résultats étonnants — comme la prévalence élevée des besoins de soins par rapport à ce que l'on trouve dans d'autres études — nous ont incités à pousser plus loin le processus de validation de la pondération. Une première opération a été de comparer, pour les groupes 1 et 2, les participants et les non-participants quant au type de diagnostics. Les résultats ont montré que les participants du groupe 1 (troubles mentaux dans les 12 derniers mois) étaient significativement plus nombreux à souffrir de dépression, alors que les non-participants présentaient davantage des troubles anxieux ou des troubles liés à l'usage de substances. Dans le groupe 2 (troubles mentaux antérieurs à la dernière année), aucune différence significative de ce genre n'apparaissait. La deuxième opération de validation a consisté à comparer les prévalences pondérées (avec leurs intervalles de confiance) des différents troubles mentaux, mesurés avec le *CIDIS*, obtenues pour l'ensemble des sujets de l'enquête téléphonique (échantillon de 4 430 sujets) et pour le sous-ensemble des personnes ayant participé au face-à-face (échantillon de 359 sujets). Les résultats montrent une prévalence de la dépression pour le cours de la vie évaluée à 18,7 % ($\pm 1,2$) pour les sujets du volet téléphonique et de 25,2 % ($\pm 4,5$) pour ceux du volet face-à-face. Aucun autre type de diagnostic n'amenait une différence significative. Les résultats de ces deux opérations menaient à la conclusion que la pondération des données du volet face-à-face a pour effet de surreprésenter les personnes souffrant de dépression, mais représente bien les personnes souffrant de troubles mentaux, si l'on ne tient pas compte du type spécifique de diagnostic. Le processus de pondération étant une opération longue et complexe, ajouter un nouveau paramètre n'est pas simple parce que cela peut engendrer d'autres distorsions. Aussi avons-nous plutôt choisi de conserver les valeurs initiales de pondération. Par contre, il sera important de tenir compte de ce biais dans l'interprétation des résultats.

Analyses

Les données provenant du *Diagnostic Interview Schedule* — instrument mesurant la plupart des troubles mentaux couverts — nécessitent l'usage d'un programme informatique complexe pour établir les diagnostics. Ce programme, gracieusement fourni par les concepteurs de l'instrument, est utilisable avec le logiciel statistique *SAS*. Il est à noter que pour l'ensemble des analyses statistiques nous utilisons plutôt le logiciel *SPSS*. Les données ont donc d'abord été compilées avec le logiciel *SAS* et les variables diagnostiques résultantes ont ensuite été transférées dans le fichier central de manière

à pouvoir poursuivre les analyses avec le logiciel SPSS. Mentionnons que le fichier central inclut toutes les données recueillies aussi bien dans l'enquête téléphonique que dans l'enquête en face-à-face. Ainsi, la validité du *CIDIS*, instrument diagnostique utilisé dans l'entrevue téléphonique, a pu être étudiée en comparant les résultats obtenus avec ceux du *DIS*, instrument diagnostique utilisé dans l'entrevue en face-à-face¹².

Les analyses réalisées sur la base des données de l'entrevue en face-à-face sont simples (essentiellement fréquences, khi carré). En fait, peu de résultats provenant de ces données sont présentés dans ce rapport. Rappelons qu'elles ont été recueillies d'abord et avant tout dans le but de fournir les informations nécessaires aux cliniciens procédant à la cotation des besoins de soins.

Cotation des besoins de soins

La cotation des besoins de soins a été faite pour les 359 sujets ayant participé à l'entrevue en face-à-face.

L'instrument de cotation est le *Needs for Care Assessment Schedule – Community version (NFCAS-C)* (Bebbington et al., 1996). La version initiale de cet instrument avait été développée pour faire une évaluation standardisée des besoins d'intervention chez les personnes souffrant de troubles mentaux graves, généralement psychotiques, et déjà en contact avec les services (Brewin et al., 1987). Par la suite, une version pour les enquêtes épidémiologiques dans la population en général a été développée et c'est cette version que nous avons utilisée. La cotation des besoins de soins porte sur le niveau de fonctionnement selon le type de symptômes, le type de traitement requis et l'adéquation du traitement reçu. Le formulaire de cotation est présenté à l'annexe B. Une cote globale permet de classer la personne selon les catégories suivantes : aucun besoin de soins, besoin de soins satisfait, besoin de soins non satisfait ou besoin de soins impossible à satisfaire. Cette version *communauté* a été traduite en français et a été validée dans les deux langues lors d'une étude dans la sous-région Est de Montréal (Lesage et al., 1996a). L'accord entre deux équipes de cliniciens cotant indépendamment les mêmes personnes était excellent pour la cote globale de besoin, très bon pour la plupart des sections spécifiques et bon pour les traitements de pharmacologie et de psychothérapie spécifiques.

Deux équipes de cliniciens, chacune composée d'un médecin généraliste et d'un psychologue, ont été constituées pour faire l'évaluation des 359 dossiers. Ces quatre cliniciens ont reçu une formation d'une durée de trois jours et

¹² Les résultats de l'étude de validation du *CIDIS* seront publiés ailleurs. Toutefois, un bref résumé en est fait dans le chapitre 3, section Méthode.

deuxième dispensée par un chercheur externe¹³. Elle comprenait d'abord une partie théorique sur les principes et les procédures de cotation du *NFCAS-C*, les définitions des dimensions à évaluer et des valeurs qu'elles pouvaient prendre. Elle incluait ensuite une partie pratique où : 1) quelques cas étaient évalués indépendamment par les quatre cliniciens et les évaluations étaient ensuite comparées et discutées; 2) une vingtaine de cas étaient évalués indépendamment par les deux équipes, l'accord inter-équipes était vérifié et les désaccords discutés. À la suite de cette formation, l'accord étant satisfaisant, les équipes ont commencé leur travail de cotation. Il est à noter que les cliniciens, le formateur et un membre de l'équipe de recherche ont continué de se rencontrer régulièrement pour discuter des cas dont la cotation était plus difficile.

Pour faire la cotation, les cliniciens disposaient du questionnaire complété lors de l'entrevue en face-à-face de même que du résultat diagnostique et du niveau de détresse psychologique. De plus, ils avaient en main un résumé des données recueillies lors de l'enquête téléphonique : informations sociodémographiques, résultat diagnostique, symptômes présents, idées suicidaires ou tentatives de suicide. À chaque dossier, une équipe de cliniciens consacrait 30 minutes en moyenne. Il est à noter que les deux cliniciens de l'équipe devaient arriver à un consensus avant de faire la cotation des besoins de soins.

Bien que le *NFCAS-C* ait déjà fait l'objet d'une validation, le jugement clinique posé par une équipe composée d'un médecin généraliste et d'un psychologue est en soi une première. Pour cette raison, 106 cas ont été évalués indépendamment par chacune des deux équipes en vue d'effectuer un test de fiabilité. Les résultats seront publiés ailleurs, mais mentionnons déjà qu'ils sont similaires à ceux de l'étude de fiabilité mentionnée plus haut.

Considérations éthiques

Diverses procédures éthiques ont été mises en place et le projet a reçu l'aval du comité d'éthique de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (DSP).

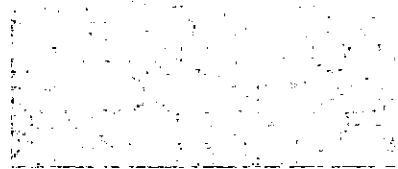
Ainsi, les personnes invitées à participer à la recherche (téléphonique, face-à-face et postale) ont été informées des buts et objectifs poursuivis par cette enquête, de l'identité des chercheurs, de la durée moyenne d'administration de chacun des questionnaires et du nom du bailleur de fonds. Les individus

¹³ La formation et la supervision ont été dispensées par le docteur Alain Lesage du Centre de recherche Fernand-Séguin.

étaient libres d'accepter ou de refuser de participer à l'enquête et pouvaient en tout temps mettre fin à l'entrevue ou refuser de participer à des parties du projet (une ou des questions, un ou des questionnaires), sans préjudice. Un formulaire de consentement a été signé par chacun des participants aux entrevues effectuées en face-à-face.

La confidentialité des informations a été respectée à toutes les étapes par la firme privée BIP, de même que par le personnel de la DSP. Ainsi, les données nominatives permettant d'identifier les participants ont été conservées dans un fichier séparé de celui contenant les données des trois volets de l'enquête et ont été détruites une fois la collecte de données terminée.

Une liste de ressources en santé mentale a été distribuée aux interviewers afin qu'ils puissent y adresser au besoin les personnes présentant une détresse lors de l'entrevue. Si la situation apparaissait plus sérieuse, l'interviewer avait la possibilité d'adresser le participant à un membre de l'équipe de recherche ou de faire appel à l'expertise d'un clinicien en santé mentale. Aucun cas de ce genre n'a été signalé.



2

Population à l'étude

Dans ce chapitre, la population est décrite en fonction de caractéristiques socioculturelles et socioéconomiques. Ces informations ont été recueillies lors de l'entrevue téléphonique. Plus spécifiquement, les informations sur l'état matrimonial, l'origine culturelle, l'organisation du ménage, la scolarité relative, l'occupation et le statut d'activité, le statut financier perçu, la zone de résidence (sous-région) et l'importance de la spiritualité sont présentées en fonction du sexe et de l'âge de la population étudiée. Ces variables étant à la base des analyses qui sont effectuées ci-dessous, il est pertinent de bien les décrire, d'autant plus que de fortes corrélations existent entre plusieurs d'entre elles. Les différentes catégories utilisées occasionnellement pour une même caractéristique sont aussi décrites. Une plus grande connaissance de ces caractéristiques et de leurs limites d'interprétation favorisera une meilleure compréhension des résultats qui sont présentés dans les chapitres suivants.

Les données de cette enquête ayant fait l'objet de pondération, les caractéristiques de la population sont évidemment comparables aux données du recensement pour la région montréalaise (Statistique Canada, 1996). Les variables qui ont été utilisées pour la pondération sont l'âge, le sexe, la langue maternelle et la zone de résidence ou sous-région. Enfin, notons que le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour toutes les variables décrivant les caractéristiques présentées dans ce chapitre (tableau A2.1 en annexe).

Caractéristiques socioculturelles

Sexe et âge

L'âge est déterminé à partir de la date de naissance de la personne. Rappelons que l'enquête ne concerne que la population adulte de Montréal, soit les personnes âgées de 18 ans et plus. Le tableau 2.1 présente la répartition de la population étudiée selon l'âge et le sexe.

Tableau 2.1

Répartition de la population selon l'âge et le sexe (n = 4 704)

Sexe	18-24 ans %	25-44 ans %	Âge ¹ 45-64 ans %	65 ans et plus %	Total %	Total %
Homme	12,0	44,4	29,2	14,4	100,0	47,7
Femme	10,8	39,6	29,6	20,1	100,0	52,3
Total	11,3	41,9	29,4	17,4	100,0	100,0

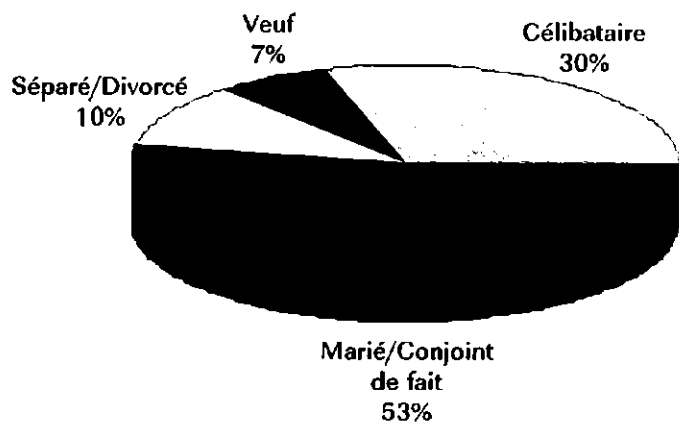
¹ $p < 0,01$.

État matrimonial

En ce qui a trait à l'état matrimonial, environ la moitié de la population (53 %) vit avec un conjoint (marié ou conjoint de fait) et près du tiers est célibataire

Figure 2.1

Répartition de la population selon l'état matrimonial
(n = 4 704)



(figure 2.1). Un Montréalais sur dix est séparé ou divorcé, alors que les veufs représentent 7 % de la population. Lorsque comparées à celles du recensement (Statistique Canada, 1996), ces proportions présentent de légères variations pour deux catégories. En effet, en 1996, la proportion de personnes mariées ou en union libre était de 44 %, alors que celle des célibataires se situait à 35 %. Cette différence est vraisemblablement due à l'interprétation faite des catégories *conjoint de fait* et *union libre*. Pour les autres catégories, les proportions sont comparables.

L'état matrimonial est relié autant au sexe qu'à l'âge (tableau 2.2). Les hommes sont plus souvent célibataires que les femmes (34 % pour 26 %) et ces dernières comptent une plus grande proportion de personnes veuves (11 % pour 3 %). Les

personnes âgées de 18 à 24 ans sont très majoritairement célibataires (84 %), alors que, dans les groupes d'âge 25-44 ans et 45-64 ans, les individus sont en majorité mariés ou conjoints de fait (57 % et 62 % respectivement). C'est chez les personnes âgées de 45-64 ans que le plus haut taux de divorce ou de séparation est observé. Enfin les veufs sont proportionnellement plus nombreux dans le groupe âgé de 65 ans et plus.

Tableau 2.2

Répartition de la population selon l'état matrimonial, le sexe et l'âge
(n = 4 704)

État matrimonial	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Marié/Conjoint de fait	54,7	51,6	15,5	56,6	62,4	52,5
Séparé/Divorcé	8,9	11,3	0,8**	8,3	19,1	6,4*
Veuf	2,7	11,1	0,0	0,7**	4,7	32,0
Célibataire	33,7	26,0	83,8	34,4	13,8	9,2
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

¹ p < 0,01.

Origine culturelle

Pour décrire l'origine culturelle, trois variables sont disponibles : la langue maternelle (la première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise), le lieu de naissance et la durée d'établissement au Canada. Plus d'un Montréalais sur deux (55 %) a le français comme langue maternelle, 17 % l'anglais et 28 % ni l'anglais ni le français (figure 2.2). On note aussi que 68 % de la population est née au Canada et que la très grande majorité des personnes nées à l'extérieur du pays y est établie depuis plus de cinq ans (25 % pour 7 %) (figure 2.3).

L'analyse de l'origine culturelle selon le sexe met en évidence peu de différences si ce n'est que les hommes sont un peu plus nombreux que les femmes (31 % pour 26 %) chez les personnes ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais (tableau 2.3). Pour ce qui est de l'âge, on remarque que les personnes originaires d'un pays autre que le Canada sont proportionnellement moins nombreuses chez les 18-24 ans que dans les autres groupes d'âge (21 % pour 34 %, 33 % et 30 % respectivement) (tableau 2.4). Enfin, les personnes établies au Canada depuis moins de cinq ans sont en proportion, plus nombreuses chez les personnes âgées de 18 à 44 ans que dans les autres groupes d'âge.

Figure 2.2

Répartition de la population selon la langue maternelle (n = 4 704)

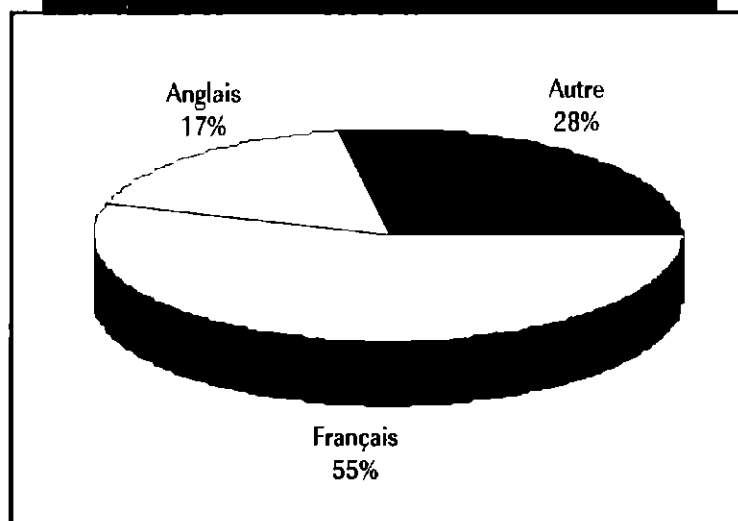


Figure 2.3

Répartition de la population selon l'établissement au Canada (n = 4 704)

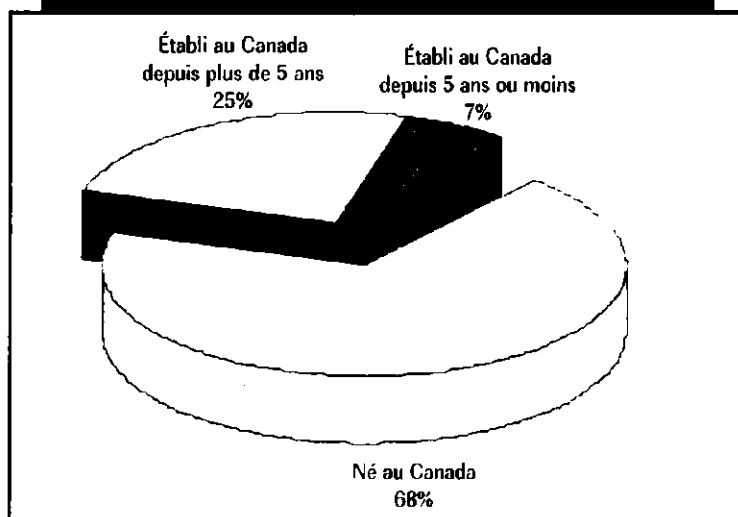


Tableau 2.3

Répartition de la population selon la langue maternelle, le sexe et l'âge
(n = 4 704)

Langue maternelle	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Français	52,1	56,5	58,6	51,1	57,2	57,3
Anglais	17,1	17,6	19,2	17,0	17,0	17,3
Autre	30,9	25,9	22,2	32,0	25,8	25,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ $p < 0,01$.

Tableau 2.4

Répartition de la population selon l'établissement au Canada, le sexe et l'âge (n = 4 704)

Établissement au Canada	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Né au Canada	66,7	70,3	79,4	66,1	67,2	69,8
Né ailleurs						
Établi > 5 ans	25,5	24,0	10,0	23,5	29,6	28,5
Établi ≤ 5 ans	7,8	5,7	10,5	10,5	3,2*	1,7**
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

¹ $p < 0,01$.

Caractéristiques socioéconomiques

Organisation du ménage

Plus de la moitié de la population étudiée vit en couple, que ce soit avec enfant (33 %) ou sans enfant (24 %), alors qu'un Montréalais sur cinq (21 %) vit seul (figure 2.4). Par ailleurs, 15 % des Montréalais partagent leur résidence avec des colocataires et 7 % vivent en situation de famille monoparentale. La catégorie *colocataire sans enfant* regroupe les adultes apparentés ou non, vivant ensemble et n'ayant pas d'enfant. Globalement, ces proportions sont comparables à celles du recensement pour les personnes âgées de 18 ans et plus de la région de Montréal-Centre (Statistique Canada, 1996).

L'organisation du ménage est reliée aussi au sexe et à l'âge de la population étudiée. Ainsi, plus de femmes que d'hommes vivent au sein de ménages de type famille monoparentale (9 % pour 4 %) (tableau 2.5). Relativement à l'âge, les jeunes de 18 à 24 ans sont proportionnellement plus nombreux à vivre avec d'autres adultes apparentés ou non (colocataires sans enfant); les personnes âgées de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans vivent majoritairement en famille avec enfant (monoparentales ou biparentales) (51 % et 43 % respectivement); et, enfin, les personnes âgées de 65 ans et plus vivent surtout en couple sans enfant (43 %) ou seules (34 %).

Figure 2.4

Répartition de la population selon l'organisation du ménage (n = 4 704)

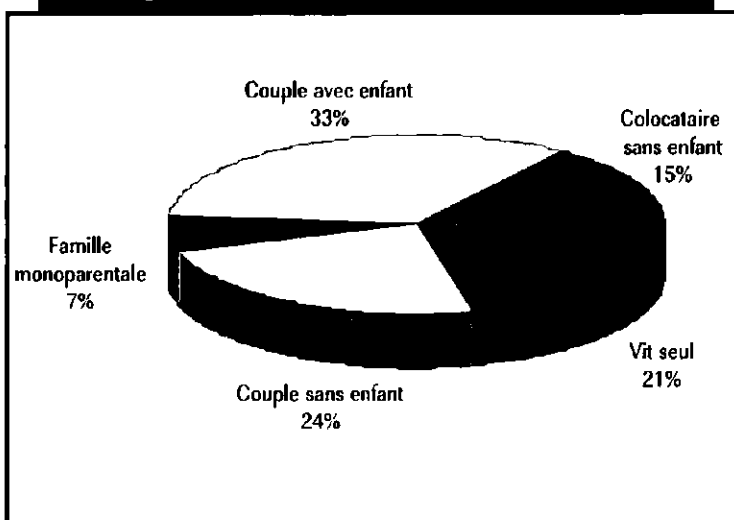


Tableau 2.5

Répartition de la population selon l'organisation du ménage, le sexe et l'âge (n = 4 704)

Organisation du ménage	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Vit seul	20,5	21,9	11,8	17,3	23,5	33,8
Couple sans enfant	24,8	22,3	12,3	16,7	26,4	43,1
Famille monoparentale	4,0	9,2	9,0*	7,7	7,5	2,1**
Couple avec enfant	34,3	32,5	20,5	43,7	35,7	11,6
Colocataire sans enfant	16,4	14,1	46,5	14,6	6,9	9,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

¹ $p < 0,01$.

Scolarité relative

La scolarité relative reflète le niveau de scolarité qu'une personne a atteint par rapport à celui des personnes du même groupe d'âge et du même sexe, et permet de tenir compte de l'évolution historique et sociale de la durée de l'éducation formelle (MSSS, 1988; Chevalier et al., 2000). Pour créer cet indice, les personnes de même sexe et de même groupe d'âge sont classées selon leur niveau de scolarité. Ces groupes sont ensuite divisés en cinq

segments relativement égaux (quintiles) dont le premier correspond à la scolarité la plus faible. Les quintiles égaux de chaque groupe sont par la suite regroupés. On obtient ainsi cinq catégories graduant la scolarité de *plus faible* à *plus élevée*. À cause de la définition même de cet indice, la répartition de la population est d'intérêt relatif bien que certaines variations puissent être notées (Chevalier *et al.*, 2000). C'est le cas des groupes d'âge 18-24 ans et 25-44 ans qui affichent certaines fluctuations (tableau 2.6).

Tableau 2.6

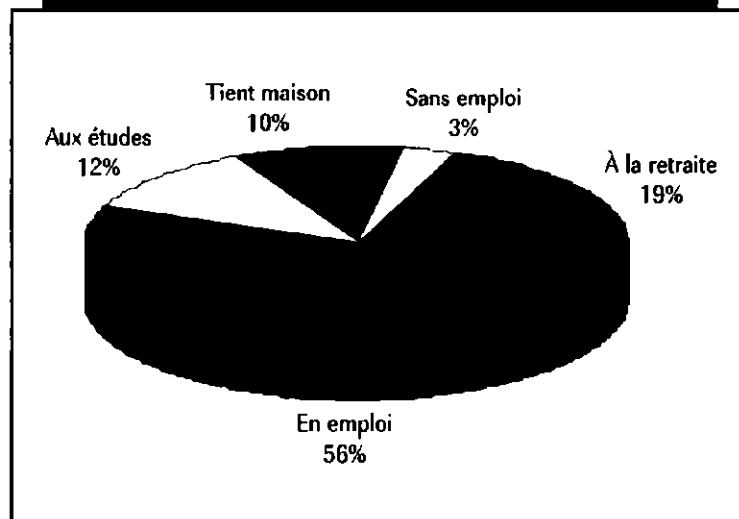
Répartition de la population selon la scolarité relative, le sexe et l'âge
(n = 4 704)

Scolarité relative	Sexe		Âge ¹			
	Homme	Femme	18-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
	%	%	%	%	%	%
Plus faible	20,5	18,7	24,7	19,6	19,0	16,5
Faible	18,1	19,6	12,5	17,8	21,0	22,9
Moyenne	22,4	23,2	26,8	23,3	22,0	19,9
Élevée	22,3	21,7	16,4	25,2	19,7	21,7
Plus élevée	16,7	16,8	19,7	14,1	18,3	18,9
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ $p < 0,01$.

Figure 2.5

Répartition de la population selon l'occupation
(n = 4 704)



Occupation et statut d'activité

L'occupation classe les personnes selon leur activité principale ou habituelle au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ainsi, plus de la moitié de la population étudiée (56 %) détient un emploi (figure 2.5). Cette catégorie inclut les personnes en congé de maternité ou en grève durant la période concernée. Un Montréalais sur dix est aux études (12 %) ou tient maison (10 %). Enfin, 19 % de la population est à la retraite, alors que près de 3 % déclarent être sans emploi. Cette dernière catégorie regroupe les

personnes qui sont sous le programme de l'assurance-emploi et celles qui sont sans emploi pour des raisons de santé ou de vacances prolongées.

L'occupation est liée au sexe et à l'âge des personnes. Ainsi, les hommes sont proportionnellement plus nombreux à être en emploi (64 % pour 49 %), alors que les femmes sont en proportion plus nombreuses à tenir maison (18 % pour 2 %) (tableau 2.7). Cette activité concerne d'ailleurs principalement les femmes âgées de plus de 44 ans. La majorité des jeunes âgés de 18 à 24 ans sont aux études (58 %), les personnes âgées de 25 à 64 ans ont majoritairement un emploi (78 % et 64 %) et celles de 65 ans et plus sont à la retraite (80 %).

Tableau 2.7

Répartition de la population selon l'occupation, le sexe et l'âge
(n = 4 704)

Occupation	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
En emploi	63,8	49,2	35,3	78,0	64,0	5,1*
Aux études	12,3	10,6	58,1	10,0	1,5**	0,5**
Tient maison	2,2*	17,7	3,8**	8,5	12,5	13,3
Sans emploi	3,8	2,2*	2,5**	3,0	4,4	0,8**
À la retraite	18,0	20,4	0,0	0,4**	17,7	80,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

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

¹ p < 0,01.

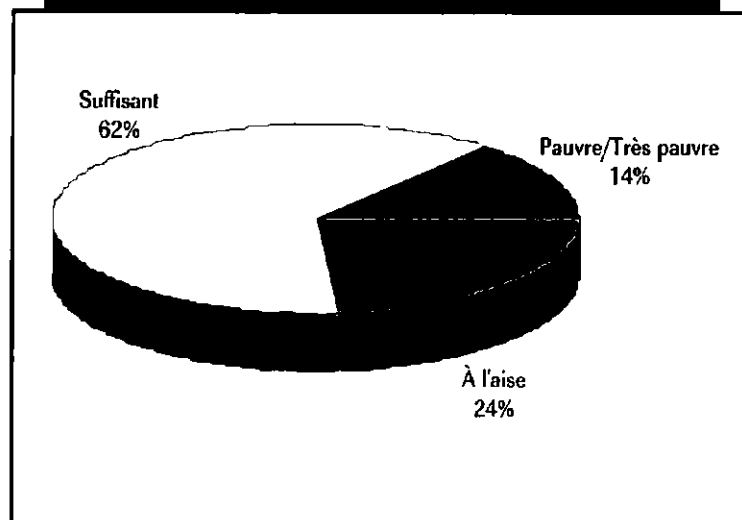
À cause du petit effectif de la catégorie *sans emploi*, dans bon nombre des analyses, les catégories *sans emploi* et *à la retraite* ont été regroupées sous la catégorie *autre*. À noter aussi que, pour certaines analyses, l'occupation a été dichotomisée pour décrire le statut d'activité. Les catégories alors obtenues pour cette nouvelle variable sont *actif*, regroupant les catégories *en emploi* et *aux études*, et *inactif*, regroupant les trois autres catégories (*tient maison*, *sans emploi* et *à la retraite*).

Statut financier perçu

La seule donnée relative au revenu de la population est celle de la perception qu'a l'individu de sa situation financière. Il était demandé de qualifier sa situation économique par rapport à celle des gens de son âge. Six Montréalais sur dix (62 %) estiment leur revenu suffisant pour répondre à leurs besoins fondamentaux et à ceux de leur famille (figure 2.6); un sur quatre (24 %) se considère même financièrement à l'aise, alors que 14 % de la population étudiée se considère comme pauvre ou très pauvre.

Figure 2.6

Répartition de la population selon le statut financier perçu (n = 4 430)



Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à se considérer à l'aise financièrement (27 % pour 20 %) alors qu'inversement, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à estimer leur revenu suffisant (67 % pour 57 %) (tableau 2.8). Enfin, relativement à l'âge, les personnes qui se considèrent comme pauvres ou très pauvres sont proportionnellement plus nombreuses chez celles âgées de 25 à 64 ans (16 % chez les 25-64 ans pour 10 % chez les 18-24 ans

et les 65 ans et plus). Les 18-24 ans sont proportionnellement plus nombreux que les autres groupes d'âge à se considérer à l'aise (33 % pour 24 %, 21 % et 20 % respectivement). Il est possible que cette situation soit liée au fait que plusieurs jeunes demeurent encore chez leurs parents. Par ailleurs, les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus nombreuses que celles des autres groupes d'âge à considérer leur revenu suffisant.

Tableau 2.8

Répartition de la population selon le statut financier perçu, le sexe et l'âge (n = 4 430)

Statut financier perçu	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme	Femme	18-24	25-44	45-64	65 ans et plus
	%	%	ans %	ans %	ans %	%
À l'aise	27,2	20,0	33,4	23,7	21,1	20,4
Suffisant	57,3	66,7	56,2	60,5	62,7	70,0
Pauvre/Très pauvre	15,5	13,2	10,4*	15,8	16,2	9,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

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

¹ p < 0,01.

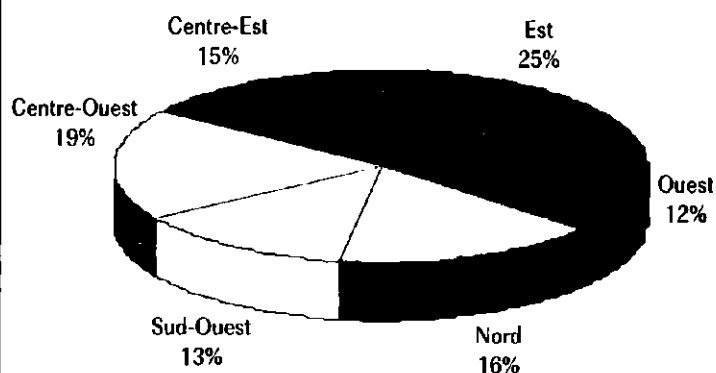
Autres caractéristiques

Sous-région

Dans le contexte de la dispensation des services en santé mentale, la région de Montréal est divisée en six secteurs : Ouest, Nord, Sud-Ouest, Centre-Ouest, Centre-Est et Est. La zone de résidence ou sous-région a été identifiée pour chacune des personnes ayant participé à l'enquête. Cette information rend possible la comparaison entre secteurs quant aux différents paramètres de santé mentale considérés dans cette enquête. Ainsi, un Montréalais sur quatre réside dans la sous-région Est alors que l'Ouest est la sous-région la moins peuplée (12 %) (figure 2.7).

Figure 2.7

Répartition de la population selon la sous-région
(n = 4 704)



La répartition selon le sexe est similaire dans chacune des six sous-régions, mais celles-ci diffèrent quant à la répartition selon l'âge (tableau 2.9). En effet, la population de la sous-région Centre-Est se compose en plus grande part de personnes âgées de 18 à 44 ans, alors que les sous-régions Nord et Centre-Ouest présentent une plus grande proportion de personnes âgées de 65 ans et plus.

Tableau 2.9

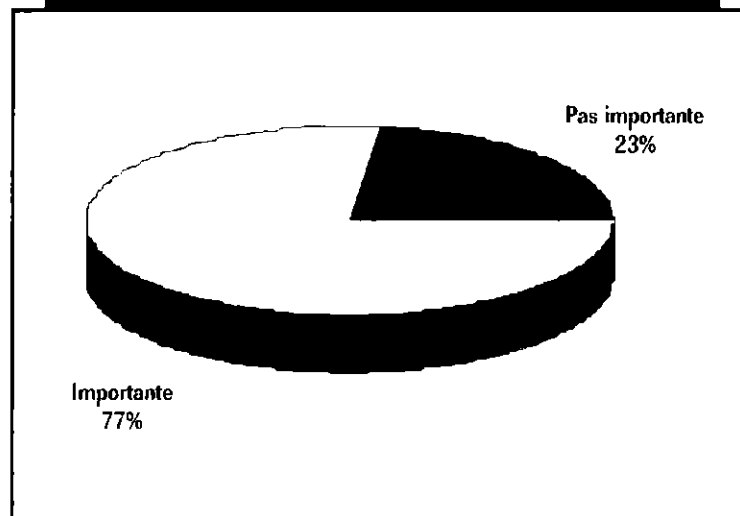
Répartition de la population selon la sous-région, le sexe et l'âge
(n = 4 704)

Sous-région	Sexe		Âge ¹				Total
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %	
Ouest	49,3	50,7	10,3	40,8	33,7	15,2	100,0
Nord	46,5	53,5	11,3	37,9	30,3	20,5	100,0
Sud-Ouest	46,5	53,5	11,3	41,6	30,3	16,7	100,0
Centre-Ouest	47,7	52,3	12,0	40,5	28,2	19,2	100,0
Centre-Est	48,9	51,1	14,6	50,1	21,1	14,2	100,0
Est	47,6	52,4	9,5	41,2	32,2	17,1	100,0

¹ $p < 0,01$.

Figure 2.8

Répartition de la population selon la spiritualité
(n = 4 430)



Spiritualité

L'importance accordée à la vie spirituelle a été estimée dans cette enquête. Les individus devaient signifier si pour eux, la vie spirituelle était très, assez, peu ou pas importante. Cette information a par la suite été traitée en deux catégories : *importante* (très et assez importante) et *pas importante* (peu et pas importante). Ainsi, près de huit montréalais sur dix considèrent la vie spirituelle comme importante (77 %) (figure 2.8).

Les hommes sont proportionnellement moins nombreux que les femmes à accorder de l'importance à la vie spirituelle (66 % pour 79 %) (tableau 2.10).

Par ailleurs, on note un lien entre l'âge et la spiritualité. En effet, le nombre de personnes qui accordent une importance à la vie spirituelle augmente avec l'âge, passant de 59 % pour les personnes âgées de 18 à 24 ans à 80 % pour celles âgées de 65 ans et plus.

Tableau 2.10

Répartition de la population selon la spiritualité, le sexe et l'âge
(n = 4 430)

Spiritualité	Sexe ¹		Âge ¹			
	Homme %	Femme %	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Importante	65,5	78,6	58,5	69,9	76,9	80,3
Pas importante	34,5	21,4	41,5	30,1	23,1	19,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

¹ $p < 0,01$.

- 3 Troubles mentaux**
- 4 Idées suicidaires et tentatives de suicide**
- 5 Incapacités**
- 6 Perception de la santé mentale**
- 7 Souffrance psychique**

3

Troubles mentaux

Il existe peu d'études épidémiologiques rapportant la prévalence des troubles mentaux transitoires dans la population générale du Québec. Notons une étude menée dans l'Est de Montréal en 1992-1993 (Fournier *et al.*, 1997) auprès d'un échantillon de 893 personnes et une autre menée dans la région du Bas-St-Laurent en 1993 (Légaré, 1995) auprès d'un échantillon de 523 personnes. Au Canada, la province de l'Ontario et la ville d'Edmonton possèdent de telles informations (Ontario Ministry of Health, 1994; Bland *et al.*, 1988). Aux États-Unis, deux grandes enquêtes nationales ont été menées à des époques différentes pour combler ce besoin d'information (Robins et Regier, 1991; Kessler *et al.*, 1994). Si notre enquête apporte une information nouvelle sur la prévalence des troubles mentaux dans la région de Montréal-Centre, cette information demeure toutefois limitée sur le plan des comparaisons dans le temps et dans l'espace.

Méthode

Les troubles mesurés sont ceux habituellement les plus fréquents dans la population en général. Ils appartiennent à la catégorie des troubles affectifs (dépression majeure, trouble dysthymique), à celle des troubles anxieux (phobie sociale, agoraphobie, phobie spécifique, trouble panique, anxiété généralisée) ou à celle des troubles liés à l'usage de substances (abus ou dépendance à l'alcool ou aux drogues). Ces troubles correspondent aux définitions fournies dans la classification américaine des troubles mentaux, le *DSM-IV* (American Psychiatric Association, 1996). Le jeu pathologique, considéré comme un problème en émergence a aussi été étudié. Ce dernier trouble ayant déjà fait l'objet d'une monographie spécifique (Chevalier et Allard, 2001), il ne sera pas traité ici.

Les données nécessaires pour établir ces diagnostics ont été recueillies lors de l'entrevue téléphonique. Cette partie du questionnaire ne s'adressait qu'aux personnes pouvant répondre directement pour elles-mêmes, soit un échantillon de 4 430 individus. Les données manquantes pour cette partie de l'étude sont considérées comme négligeables (moins de 2 % pour les différentes variables diagnostiques).

L'instrument utilisé est le *Composite International Diagnostic Interview Simplified (CIDIS)*, connu au départ sous le *Diagnostic Interview Schedule Self-Administered – DISSA* (Kovess et Fournier, 1990). Cet instrument diagnostique a été conçu pour être utilisé dans les enquêtes de population en général non destinées exclusivement à mesurer les troubles mentaux. Ainsi, il

se devait d'être court et facile d'utilisation. Il a été validé à plusieurs reprises en différentes versions (*DSM-III*, *DSM-III-R* et *DSM-IV*) et dans différents contextes (enquête téléphonique et questionnaire auto-administré par la poste)¹. Il a été utilisé dans l'enquête téléphonique menée dans la sous-région Est de Montréal en 1992-1993 dans sa version *DSM-III-R* (Fournier et al., 1997). Comme il était utilisé pour la première fois dans sa version *DSM-IV*, il a fait l'objet d'une nouvelle validation au moment de la présente étude². Les résultats seront publiés ailleurs mais signalons ici quelques points. Dans l'ensemble, les résultats sont bons, i.e. que le *CIDIS* arrive assez bien à dépister la présence d'un trouble mental quelconque. Lorsqu'il s'agit de troubles spécifiques, la validité est excellente pour les troubles liés à l'usage d'alcool, très bonne pour la dépression majeure, bonne pour les troubles anxieux en général, mais plus faible pour les troubles anxieux spécifiques. Les attaques de panique sont bien dépistées, les phobies en général le sont un peu moins bien, alors que l'anxiété généralisée est un trouble plutôt mal dépisté.

Les résultats sont présentés selon deux périodes de référence : le cours de la vie et la dernière année. La période de référence des 12 derniers mois fournit une meilleure idée de l'ampleur du problème sur une période récente et, par conséquent, est plus utile pour la planification des services. Le cours de la vie, comme période de référence, donne une idée plus précise du cumul de ces problèmes au cours de la vie des individus. La différence de prévalence entre les 12 derniers mois et le cours de la vie donne une idée de la proportion des personnes atteintes dans le passé et dont le trouble était considéré comme étant résolu dans les 12 derniers mois. Bien que la plupart de ces personnes puissent être considérées comme étant guéries, un certain nombre d'entre elles peuvent demeurer fragiles et nécessiter des soins pour maintenir leur équilibre psychique.

Les résultats des analyses de régression dans ce chapitre sont présentés de manière un peu différente de ceux des autres chapitres. Cela est fait en raison du choix de la catégorie de référence qui, ici, est la valeur centrale plutôt qu'une valeur extrême. Pour une meilleure interprétation des résultats, il importait, dans ce cas, de rapporter les résultats pour l'ensemble des catégories d'une variable plutôt qu'uniquement pour celles qui se sont avérées significatives.

¹ Documents consultés : Kovess et Fournier, 1990; Kovess et al., 1992; Fournier et Kovess, 1993.

² Le diagnostic de troubles liés à l'usage de drogues n'a pu être validé.

Résultats

Prévalence des troubles mentaux

Ensemble des troubles

Les résultats montrent que 11 % des Montréalais ont présenté l'un ou l'autre des troubles mesurés durant la dernière période d'un an (figure 3.1).

Les troubles anxieux sont les plus fréquents, suivis de près par les troubles affectifs. Les troubles liés à l'usage de substances, pour leur part, atteignent presque 3 % de la population. Au cours de leur vie, 29 % des Montréalais ont souffert de l'un ou l'autre de ces troubles et, dans ce cas, ce sont les troubles affectifs qui sont les plus fréquents.

Troubles spécifiques

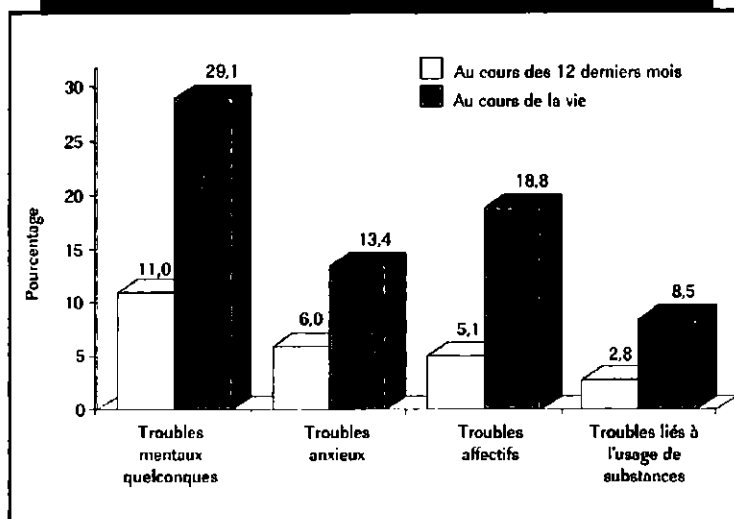
Le tableau A3.1 en annexe fournit la prévalence au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie de chacun des troubles mesurés.

Les phobies et, plus particulièrement, l'agoraphobie³ sont les troubles anxieux les plus fréquents. Elles affectent 4 % des Montréalais au cours d'une année ou 10 % au cours d'une vie. Les attaques de panique et l'anxiété généralisée sont présentes dans des proportions similaires (environ 1,5 % sur une période de 12 mois).

Bien que deux types de troubles affectifs aient été mesurés, la prévalence de l'un des deux (trouble dysthymique) est nulle pour une période de référence récente et négligeable pour le cours de la vie (0,1 %). Donc, la prévalence de la dépression majeure est en fait équivalente à celle présentée pour les troubles affectifs. Il est fréquent qu'une dépression majeure se surajoute à un trouble dysthymique. D'ailleurs, dans le *DSM-IV*, on donne la prévalence de ce trouble avec ou sans trouble dépressif majeur surajouté : 6 % pour la prévalence au cours de la vie et 3 % pour une prévalence ponctuelle. Dans notre étude, la dépression

Figure 3.1

Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie (n = 4 234)



³ Dans cette étude, l'agoraphobie est considérée présente peu importe qu'elle soit ou non accompagnée d'attaques de panique. De la même manière, « panique » correspond à ce qui est décrit sous « attaques de panique » dans le *DSM-IV* et peut ou non avoir été accompagné d'agoraphobie. Bref, les faibles effectifs et l'instrument de mesure ne permettent pas de faire les distinctions fines des diagnostics habituels du *DSM-IV* (soit trouble panique avec agoraphobie, trouble panique sans agoraphobie et agoraphobie sans antécédent de trouble panique).

majeure était un critère d'exclusion pour le diagnostic de trouble dysthymique. Ainsi, il ne faudrait pas conclure que les Montréalais ne présentent pas ce dernier trouble, mais plutôt que les personnes le présentant sont probablement confondues avec celles souffrant de dépression majeure.

Les troubles liés à l'usage de substances comprennent ceux liés à l'usage d'alcool et ceux liés à l'usage de drogues. La prévalence de ces deux catégories de troubles est similaire : un peu moins de 2 % pour les 12 derniers mois et environ 5 % pour le cours de la vie.

Pour arriver à un diagnostic de trouble lié à l'usage de drogues, il nous a fallu mesurer d'abord la consommation de drogues. Voici donc quelques résultats à ce sujet. Près de 7 % des Montréalais déclarent avoir consommé une drogue quelconque au cours de la dernière année et 21 % disent l'avoir fait au moins cinq fois à un moment ou l'autre de leur vie (tableau A3.2 en annexe). La majorité des consommateurs s'en sont tenus à un seul type de drogues. La marijuana et le haschich sont de loin les drogues consommées par le plus grand nombre de personnes (20 %) au cours d'une vie. Viennent ensuite la cocaïne (crack inclus) et les hallucinogènes, qui ont été consommés au moins cinq fois par environ 5 % des Montréalais. Les consommateurs d'autres types de drogues sont plus rares (moins de 2 % de la population).

Comorbidité des troubles

Ici la comorbidité est définie comme le fait de présenter plus d'un type de troubles (soit un trouble anxieux, un trouble affectif ou un trouble lié à l'usage de substances). Parmi les personnes répondant aux critères d'un trouble mental quelconque, 29 % cumulent plus d'un type de troubles pour la dernière année alors que pour le cours d'une vie, cette proportion grimpe à 38 %. Ainsi, l'on peut constater que la comorbidité est loin d'être rare.

Facteurs associés aux troubles mentaux

Les facteurs associés sont présentés sur la base de résultats provenant d'analyses bivariées. Les tableaux correspondant à ces résultats détaillés se trouvent en annexe (tableaux A3.3 à A3.13).

Sexe

Les femmes souffrent davantage de troubles affectifs et de troubles anxieux que les hommes, alors que ces derniers présentent plus de troubles liés à l'usage de substances (figure 3.2, tableau A3.3). Tous troubles confondus, la prévalence tend⁴ à être plus élevée chez les femmes pour une période récente de 12 mois, mais est relativement similaire pour le cours de la vie.

Âge

On note une relation inverse mais relativement linéaire entre l'âge et la prévalence des troubles mentaux pris dans leur ensemble (figure 3.3, tableau A3.4). Plus l'âge augmente, plus la prévalence annuelle de personnes souffrant de troubles mentaux diminue, et cela peu importe le type de troubles. Pour le cours de la vie, la relation à l'âge est plus variable d'un trouble à l'autre mais la prévalence est toujours à son plus bas niveau chez les personnes de 65 ans et plus.

Lieu de naissance

Les personnes nées au Canada par rapport à celles nées à l'extérieur du pays ont un risque plus élevé de souffrir ou d'avoir souffert d'un trouble mental (33 % pour 20 % au cours de la vie) (tableau A3.5). Pour le cours de la vie, les deux groupes se distinguent peu importe le type de troubles, alors que, pour la dernière année, seuls les troubles liés à l'usage de substances semblent distinguer les deux groupes.

Figure 3.2

Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois selon le sexe (n = 4 234)

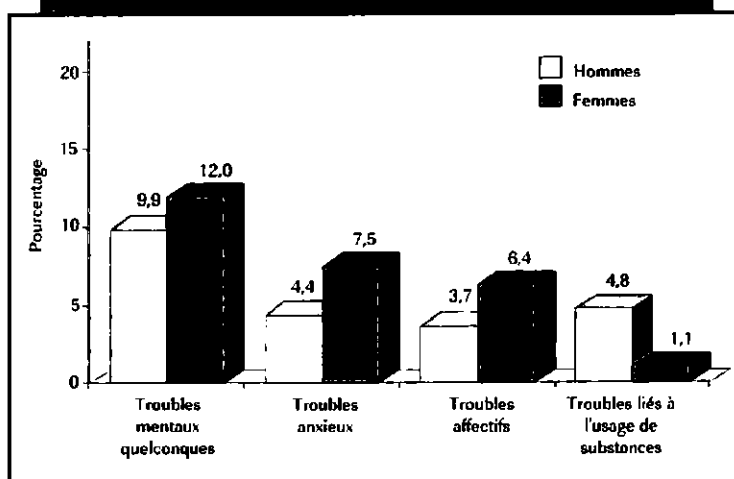
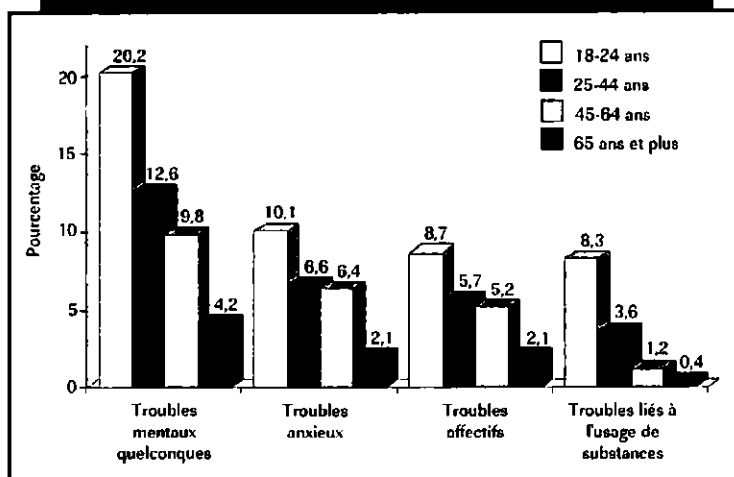


Figure 3.3

Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois selon l'âge (n = 4 234)



⁴ Ici, la différence n'est pas significative au seuil de 0,05 (seuil défini pour notre enquête) mais en est très près. Nous voulions quand même la faire ressortir de manière à pouvoir la mettre en relation plus tard avec d'autres résultats qui vont dans le même sens.

Langue maternelle

Sur le plan de la langue maternelle, aucune différence n'est notée quant à la prévalence des troubles mentaux pour la dernière période de 12 mois, sauf pour les troubles liés à l'usage de substances (tableau A3.6). Par contre, pour le cours de la vie, il apparaît que les personnes dont la langue maternelle n'est pas le français ou l'anglais ont des prévalences plus faibles peu importe le type de troubles.

État matrimonial

Le fait d'être séparé ou divorcé est associé à une prévalence élevée de troubles mentaux, particulièrement lorsqu'il s'agit de troubles dépressifs ou anxieux (tableau A3.7). Par exemple, on note chez ce groupe une prévalence de 36 % de troubles dépressifs au cours de la vie comparativement à une prévalence variant de 14 % à 20 % chez les autres groupes. Les célibataires sont le deuxième groupe le plus à risque au regard des troubles dépressifs ou anxieux et arrivent en première place lorsqu'il est question de troubles liés à l'usage de substances. Enfin, les personnes veuves, mariées, ou vivant avec un conjoint de fait sont les groupes où l'on observe les plus faibles prévalences, peu importe le type de trouble considéré.

Organisation du ménage

Qu'il s'agisse de la dernière année ou du cours de la vie, c'est chez les personnes vivant en famille monoparentale que l'on observe la prévalence la plus élevée de troubles mentaux (43 % au cours de la vie et 17 % au cours de la dernière année) mais ce sont principalement les troubles anxieux ou dépressifs qui sont en cause (tableau A3.8). En effet, les troubles liés à l'usage de substances se voient plutôt chez des personnes vivant seules ou vivant avec des colocataires. Enfin, la vie en couple, avec ou sans enfant, est la situation de vie où l'on trouve le moins de personnes atteintes de troubles mentaux.

Scolarité relative

En ce qui concerne la scolarité relative, les seules différences observées sont à l'égard des troubles liés à l'usage de substances et de la comorbidité (tableau A3.9). En effet, plus la scolarité est faible, plus ce type de troubles et le cumul de divers types de troubles tendent à être fréquents.

Statut d'activité

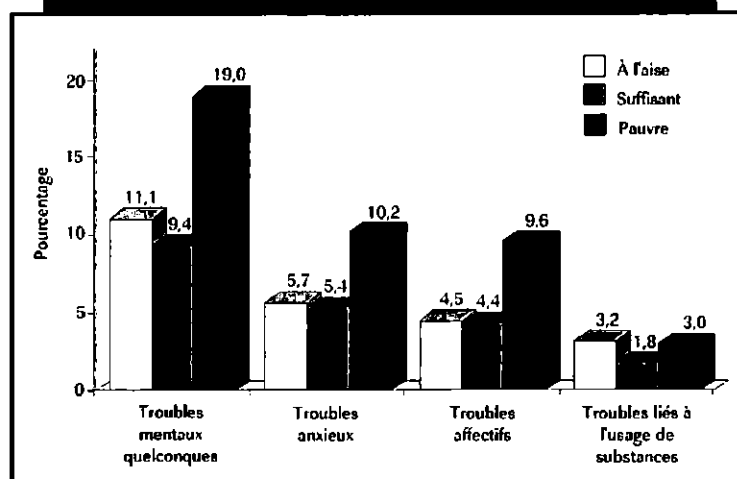
Le statut *actif* (au travail ou aux études) est associé à une prévalence plus élevée de troubles mentaux pour une période de 12 mois (tableau A3.10). En fait, cela est surtout attribuable au fait d'être aux études (données non présentées).

Statut financier perçu

L'association pauvreté et troubles mentaux est claire. Peu importe le type de troubles et la période de référence, les personnes se percevant comme pauvres ont des prévalences de troubles mentaux nettement plus élevées que celles se percevant comme ayant un revenu suffisant ou comme étant à l'aise (figure 3.4, tableau A3.11). De manière générale, ces deux derniers groupes sont similaires à l'exception des troubles liés à l'usage de substances où les prévalences de ceux qui se perçoivent comme étant à l'aise tendent à rejoindre le niveau de prévalence observé chez ceux se percevant comme pauvres.

Figure 3.4

Prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois selon le statut financier perçu (n = 4 234)



Spiritualité

Une spiritualité considérée comme étant importante est associée à une prévalence élevée de troubles affectifs (tableau A3.12). À l'inverse, on observe une prévalence (annuelle) plus élevée de troubles liés à l'usage de substances chez ceux qui ne considèrent pas la spiritualité comme étant importante.

Sous-régions

À l'exception des troubles liés à l'usage de substances qui sont plus fréquents dans le Centre-Est, la prévalence des troubles mentaux au cours des 12 derniers mois est relativement similaire d'une sous-région à l'autre (tableau A3.13). Par contre, il semble y avoir deux types de régions lorsqu'il est question de prévalence pour le cours de la vie : l'Ouest et le Nord avec une prévalence relativement faible (23 %) et les quatre autres sous-régions avec des prévalences plus élevées variant de 28 % (Centre-Ouest) à 36 % (Centre-Est).

Facteurs déterminants des troubles mentaux

Les facteurs les plus fortement associés sont présentés sur la base d'analyses multivariées (régression logistique) permettant de prendre en compte l'apport de chacun des différents facteurs associés. Pour éviter la redondance, les résultats ne porteront que sur la période de référence des 12 derniers mois. Par contre, ils seront fournis pour l'ensemble des troubles mesurés, pour chacun des trois types de troubles et pour la comorbidité. Pour chacune de ces analyses, l'ensemble des variables sociodémographiques ont été considérées (et non seulement celles significatives aux analyses bivariées).

Ensemble des troubles mesurés

La prévalence d'un trouble quelconque est plus élevée chez les personnes se percevant comme pauvres, chez les plus jeunes, chez les personnes nées au Canada, chez les femmes et chez les personnes considérant leur spiritualité comme importante (tableau 3.1).

Tableau 3.1

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la présence d'un trouble mental quelconque au cours des 12 derniers mois (n = 4 234)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Sexe (<i>Homme</i>)	<i>Femme</i>	0,27	0,13	1,32 ²	1,03 - 1,68
Âge (<i>25-44 ans</i>)	<i>18-24 ans</i>	0,49	0,18	1,63 ¹	1,14 - 2,32
	<i>45-64 ans</i>	-0,36	0,16	0,70 ²	0,51 - 0,95
	<i>65 ans et plus</i>	-1,27	0,30	0,28 ¹	0,16 - 0,51
Lieu de naissance (<i>Autre</i>)	<i>Canada</i>	0,39	0,19	1,48 ²	1,03 - 2,12
Statut financier perçu (<i>Suffisant</i>)	<i>À l'aise</i>	0,14	0,15	1,15	0,85 - 1,54
	<i>Pauvre</i>	0,74	0,16	2,10 ¹	1,54 - 2,86
Spiritualité (<i>Pas importante</i>)	<i>Importante</i>	0,28	0,14	1,32 ²	1,01 - 1,74

R² de Nagelkerke : 0,083

* Méthode introduction forcée.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Troubles anxieux

Les troubles anxieux sont particulièrement fréquents chez les personnes se percevant comme pauvres et chez les femmes. On note également qu'ils semblent diminuer avec l'âge, les aînés en présentant nettement moins que les personnes âgées de moins de 45 ans (tableau 3.2).

Tableau 3.2

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la présence d'un trouble anxieux au cours des 12 derniers mois (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Sexe (Homme)	Femme	0,62	0,16	1,87 ¹	1,36 - 2,57
Âge (25-44 ans)	18-24 ans	0,39	0,24	1,48	0,93 - 2,35
	45-64 ans	-0,15	0,19	0,86	0,59 - 1,26
	65 ans et plus	-1,31	0,39	0,27 ¹	0,13 - 0,58
Statut financier perçu (Suffisant)	À l'aise	0,07	0,19	1,08	0,74 - 1,57
	Pauvre	0,63	0,20	1,88 ¹	1,27 - 2,77

R² de Nagelkerke : 0,062

* Méthode introduction forcée.

¹ p < 0,01.

Troubles affectifs

La dépression majeure est un trouble plus fréquent chez les personnes se percevant comme pauvres, chez les plus jeunes, chez les femmes et chez les personnes considérant leur spiritualité comme importante (tableau 3.3).

Tableau 3.3

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la présence d'un trouble affectif au cours des 12 derniers mois (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Sexe (Homme)	Femme	0,53	0,18	1,70 ¹	1,20 - 2,41
Âge (25-44 ans)	18-24 ans	0,52	0,25	1,69 ²	1,03 - 2,77
	45-64 ans	-0,26	0,22	0,77	0,50 - 1,17
	65 ans et plus	-1,45	0,42	0,24 ¹	0,10 - 0,53
Statut financier perçu (Suffisant)	À l'aise	0,06	0,22	1,06	0,70 - 1,62
	Pauvre	0,66	0,21	1,94 ¹	1,29 - 2,91
Spiritualité (Pas importante)	Importante	0,55	0,21	1,72 ¹	1,15 - 2,60

R² de Nagelkerke : 0,080

* Méthode introduction forcée.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Troubles liés à l'usage de substances

Les troubles liés à l'usage de substances sont plus fréquents chez les personnes se percevant comme pauvres et celles nées au Canada, et beaucoup moins chez les femmes que chez les hommes. L'âge est, sans contredit, un facteur déterminant : les plus jeunes (18-24 ans) présentent plus souvent ce type de troubles que les personnes de 25 à 44 ans et ces dernières en sont atteintes davantage que celles de 45 ans et plus. Les résidents de la sous-région Centre-Est sont également plus touchés par ces problèmes (tableau 3.4).

Tableau 3.4

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la présence d'un trouble lié à l'usage de substances au cours des 12 derniers mois (n = 4 234)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Sexe (<i>Homme</i>)	<i>Femme</i>	-1,33	0,28	0,26 ¹	0,15 - 0,46
Âge (<i>25-44 ans</i>)	<i>18-24 ans</i>	0,85	0,29	2,34 ¹	1,31 - 4,16
	<i>45-64 ans</i>	-1,02	0,39	0,36 ¹	0,17 - 0,77
	<i>65 ans et plus</i>	-1,76	0,84	0,17 ¹	0,03 - 0,89
Lieu de naissance (<i>Autre</i>)	<i>Canada</i>	0,97	0,42	2,65 ²	1,15 - 6,08
Statut financier perçu (<i>Suffisant</i>)	<i>À l'aise</i>	0,36	0,29	1,43	0,81 - 2,52
	<i>Pauvre</i>	1,37	0,29	3,92 ¹	2,22 - 6,91
Sous-région (<i>Nord</i>)	<i>Ouest</i>	-0,34	0,62	0,71	0,21 - 2,40
	<i>Sud-Ouest</i>	0,09	0,49	1,09	0,42 - 2,85
	<i>Centre-Ouest</i>	0,30	0,48	1,35	0,53 - 3,45
	<i>Centre-Est</i>	0,86	0,42	2,37 ²	1,04 - 5,40
	<i>Est</i>	0,04	0,45	1,04	0,43 - 2,49

R² de Nagelkerke : 0,238

* Méthode introduction forcée.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Comorbidité

Aucune variable n'est ressortie comme étant plus fortement associée à la comorbidité. Cela peut être dû au faible effectif disponible pour cette analyse.

Discussion

Du fait que cette enquête a été menée par téléphone chez les Montréalais vivant dans les ménages privés, elle ne couvre pas les personnes hospitalisées à long terme ou hébergées dans des ressources intermédiaires ou de type familial en raison de leurs problèmes de santé mentale. Elle ne couvre pas non plus les personnes actuellement détenues en prison ou dans les pénitenciers ou encore les personnes sans domicile fixe. Ces sous-groupes non représentés dans l'enquête correspondent bien sûr à un petit nombre de personnes au regard de l'ensemble de la population montréalaise mais comprennent les plus fortes concentrations de personnes souffrant de troubles mentaux graves. Par ailleurs, notre enquête, comme la plupart des enquêtes de ce genre, rejoint mal les personnes vivant dans les ménages privés atteintes de ce type de troubles, soit, parce qu'elles n'ont pas le téléphone ou qu'elles sont plus réticentes à participer à ce genre d'enquête. Enfin, comme il a été signalé au début de ce chapitre, seuls les troubles mentaux les plus fréquents ont été évalués. Ainsi, pour avoir un portrait plus complet de l'ampleur des troubles mentaux dans la population montréalaise, il faudrait certes ajouter quelques points de pourcentage pour les troubles mentaux les plus graves (comme la schizophrénie) ou d'autres troubles rares (comme le trouble obsessionnel-compulsif).

L'étude menée dans la sous-région Est de Montréal (Fournier *et al.*, 1997) en 1992-1993 rapportait une prévalence de 13 % de troubles mentaux sur une période de six mois alors qu'en 1999 notre étude établit à 11 % cette même prévalence pour cette sous-région et pour une période similaire (un an). Cet écart serait encore plus grand si les phobies avaient été évaluées en 1992-1993 comme elles l'ont été cette fois-ci. Toutefois, sur la seule base des données de ces deux études, il est difficile de conclure à une diminution puisque entre-temps l'instrument de mesure a été modifié pour tenir compte de la nouvelle classification des troubles mentaux (*DSM-III-R* à l'époque et *DSM-IV* maintenant) où il y a un resserrement des critères pour certains diagnostics (dépression majeure et troubles liés à l'usage de substances).

La région de Montréal-Centre est-elle plus touchée par les troubles mentaux que d'autres régions du Québec ou qu'ailleurs au Canada ou dans le monde? Ici les comparaisons sont encore plus hasardeuses, compte tenu des différences au plan méthodologique. La seule étude menée dans une autre sous-région du Québec est celle de Légaré (1995) en 1993 dans le Bas-Saint-Laurent. Cette étude rapportait un taux de prévalence annuelle de 14,5 % pour un ensemble de troubles plus large, soit près de 4 % de plus que dans notre étude. En

comparaison, les troubles affectifs et ceux liés à l'usage d'alcool seraient plus fréquents dans cette région, alors que les troubles anxieux et ceux liés à l'usage de drogues le seraient davantage dans la nôtre. Mais s'agit-il de véritables différences régionales? Ces deux études, menées à six ans d'intervalle, comportent trop de différences — critères diagnostiques, instruments, troubles mesurés, etc. — pour qu'il soit permis de conclure à un taux plus faible dans la région montréalaise.

Par rapport à la plupart des études menées en dehors du Québec, le taux de prévalence observé chez les Montréalais sur une période de 12 mois (11 %) est nettement inférieur. Dans ces autres études, ce taux se situe autour de 17 % (Edmonton⁵, Ontario⁶, Australie⁷), de 20 % (ECA, États-Unis⁸) ou même à 30 % (*National Comorbidity Survey*, États-Unis⁹). Plusieurs facteurs peuvent expliquer ces prévalences plus élevées : (1) un plus grand éventail de troubles mesurés comme c'est le cas dans la plupart de ces études; (2) des critères diagnostiques plus inclusifs; seule l'étude australienne utilise les critères *DSM-IV* comme nous l'avons fait; (3) les critères d'âge pour l'inclusion dans l'étude; la *National Comorbidity Survey*, par exemple, n'a échantillonné que les personnes de 15 à 54 ans; les troubles mentaux étant plus fréquents dans ces groupes d'âge, il n'est pas surprenant de voir des prévalences aussi élevées dans cette étude. Bref, ces comparaisons ne sont pas simples et les facteurs mentionnés peuvent certes expliquer en bonne partie la prévalence plus faible observée à Montréal. Toutefois, malgré toutes les précautions prises dans notre étude, il n'est pas exclu non plus que la prévalence des troubles mentaux chez les Montréalais soit sous-estimée.

Parmi les personnes atteintes d'un trouble mental dans la dernière année, près de une sur trois présente plus d'un type de trouble, et pour le cours de la vie, près de quatre sur dix. Dans la *National Comorbidity Survey*, la comorbidité (définition moins restreinte que la nôtre) est présente chez près de 80 % des personnes atteintes. Nous n'allons pas ici tenter de comprendre les écarts entre notre étude et cette dernière, tant les différences méthodologiques sont importantes. Il demeure que la comorbidité est élevée et qu'il importe de prendre en compte cette information dans les interventions. Par exemple, il importe de savoir, comme plusieurs études l'ont montré, que la comorbidité est associée à une évolution plus grave de la maladie et que le recours aux services sera plus important (Kessler *et al.*, 1994).

⁵ Bland *et al.*, 1988 : étude menée au milieu des années 80; critères *DSM-III*; 18 ans et plus.

⁶ Ontario Ministry of Health, 1990 : étude menée à la fin des années 80; critères *DSM-III-R*; 15 à 64 ans.

⁷ Meadows *et al.*, 2000 : étude menée à la fin des années 90; critères *DSM-IV*; 18 ans et plus.

⁸ Robins *et al.*, 1991 : étude menée au milieu des années 80; critères *DSM-III*; 18 ans et plus.

⁹ Kessler *et al.*, 1994 : étude menée au début des années 90; critères *DSM-III-R*; 15-64 ans.

Les différences observées entre les femmes et les hommes dans notre enquête correspondent à ce qui est observé dans la majorité des enquêtes populationnelles menées à travers le monde (Robins et Regier, 1991; Kessler *et al.*, 1994). Nos résultats montrent que la prévalence de l'ensemble des troubles mesurés sur une période de 12 mois est légèrement plus élevée chez les femmes, mais il ne faudrait pas en conclure qu'elles sont de manière générale plus souvent atteintes que les hommes. Il faudra tenir compte que l'enquête ne couvre pas certains sous-groupes de la population, comme il a été mentionné précédemment, et que ces derniers, caractérisés par une forte concentration de personnes souffrant de troubles mentaux graves, sont majoritairement des hommes. Par exemple, chez la clientèle hospitalisée dans les grands CHSP¹⁰, on compte environ six hommes pour quatre femmes (Fournier *et al.*, 1999). De même, chez les personnes itinérantes, retrouvera-t-on au moins trois hommes pour une femme (Fournier *et al.*, 1998). Ajoutons à cela que les taux de mortalité par suicide sont plus élevés chez les hommes¹¹, de même que la prévalence des troubles psychotiques, comme la schizophrénie (American Psychiatric Association, 1996).

Selon nos résultats, les jeunes sont nettement plus atteints de troubles mentaux que les plus âgés et il semble que, plus on vieillit, moins ces troubles sont présents. On observe des résultats semblables dans les études internationales du même genre (Robins et Regier, 1991; Kessler *et al.*, 1994). Les jeunes adultes sont particulièrement à risque (un sur cinq est affecté par l'un des troubles mesurés) et devraient retenir notre attention lors d'exercices de planification des services. Ils ont les prévalences les plus élevées peu importe le type de troubles mais les troubles anxieux sont ceux les plus fréquents — un sur dix en souffre.

On peut se surprendre que les prévalences pour le cours de la vie ne soient pas plus fortes chez les personnes âgées, vu la grande période de temps pour développer ces troubles. Il se peut que les individus souffrant de troubles mentaux, rendus à un âge avancé, aient plus tendance à habiter dans des résidences pour personnes âgées ou à vivre en institution que ceux ne présentant pas de tels troubles. L'enquête étant menée uniquement dans les ménages privés, la prévalence sur le cours de la vie serait alors sous-estimée. Robins et Regier (1991) ont analysé différentes hypothèses explicatives et montrent que certains autres facteurs pourraient être cause : (1) il pourrait y avoir un biais de mémoire, c'est-à-dire que, plus on vieillit, plus on a tendance à oublier le passé ancien, ce qui influe sur la capacité de rapporter les faits ; (2) la dépression

¹⁰ CHSP : centre hospitalier de soins psychiatriques. La région de Montréal-Centre en compte quatre : Louis-H. Lafontaine, Douglas, Institut Philippe Pinel et Rivière-des-Prairies.

¹¹ <http://www.santepub-mtl.qc.ca/Portrait/Montreal/comparaison/suicide.html>

majeure et les troubles liés aux drogues et à l'alcool étant associés de près au suicide, les personnes touchées ne sont donc plus là; (3) certains types de troubles mentaux (dépression majeure et troubles liés à l'usage de substances) seraient à la hausse chez les nouvelles générations. La deuxième hypothèse rappelle l'importance d'intervenir rapidement quand une personne présente des troubles mentaux, alors que la troisième nous invite à revoir les répercussions de nos modes de vie modernes sur la santé mentale de la population.

Les personnes natives du Canada apparaissent plus susceptibles de développer des troubles mentaux que celles nées à l'extérieur du pays. Est-ce bien le cas et comment cela peut-il s'expliquer? D'abord, signalons que l'enquête ne permet pas d'évaluer les troubles liés à des traumatismes vécus par les personnes immigrantes exposées aux actes de guerre (explosion, morts) et aux actes de violence organisée (torture, disparition). Elle ne permet peut-être pas non plus de saisir les différences culturelles dans l'expression de la souffrance psychique. Enfin, le taux de réponse chez les personnes immigrantes est plus faible. Bien que les données aient été pondérées pour corriger cette sous-représentation, il se peut que celles n'ayant pas répondu soient différentes de celles qui l'ont fait. Ainsi, la méthode de l'enquête pourrait être à l'origine d'une sous-estimation du nombre de personnes immigrantes affectées par des troubles mentaux. Toutefois, il n'est pas exclu que cette différence soit bien réelle et qu'elle soit explicable tout autrement. Les personnes qui immigreront sont généralement en meilleure condition de santé physique et psychologique; il pourrait donc y avoir un effet de sélection au départ du pays d'origine. Par ailleurs, les critères de sélection des immigrants font en sorte que les personnes ayant le plus de ressources sont admises; il y aurait en plus un effet de sélection à l'entrée au Canada. Tout cela invite donc à la prudence quant à l'interprétation de ces résultats. Quoi qu'il en soit, en raison des barrières culturelles et linguistiques, les soins aux immigrants posent des problèmes particuliers, entre autres celui d'établir le diagnostic. Vu la grande diversité culturelle de notre région, l'accès à des services adaptés pour cette population doit demeurer un objectif à atteindre.

Ici comme ailleurs, la plupart des études épidémiologiques démontrent une association claire entre pauvreté et troubles mentaux (Robins et Regier, 1991; Kessler *et al.*, 1994). Il faut cependant remarquer que la pauvreté peut tout aussi bien être la cause que la conséquence de problèmes de santé mentale.

En tant que cause, cette association fait ressortir la nécessité des interventions visant le développement social. Prise en tant que conséquence, elle nous interpelle, entre autre, sur le plan de l'allocation des ressources qui se doit de tenir compte du taux de pauvreté de certaines parties du territoire de la région montréalaise. À cet égard, nos données montrent, par exemple, que la sous-région Centre-Est (la plus défavorisée des six) semble particulièrement à risque : plus forte prévalence de troubles liés à l'usage de substances pour les 12 derniers mois et de l'ensemble des troubles pour le cours de la vie. Les troubles mentaux en population générale étant plus souvent qu'autrement traités en première ligne, il y aura lieu de poursuivre nos analyses avec des découpages territoriaux différents, par exemple, par groupes de territoires de CLSC¹², classés en fonction d'un niveau de défavorisation.

L'association entre spiritualité et troubles mentaux, bien que relativement forte, ne sera pas discutée ici dans la mesure où certains travaux seraient nécessaires pour pouvoir bien expliquer ce résultat et comprendre ce qu'il signifie pour l'intervention. Par exemple, cette association refléterait-elle un certain soutien ou réconfort que les personnes atteintes de troubles dépressifs ou anxieux cherchent ou trouvent dans la religion?

Faits saillants

- La prévalence des troubles mentaux chez les Montréalais est d'au moins 11 % pour une période de 12 mois et de 29 % pour le cours de la vie.
- Les jeunes adultes et les personnes se percevant comme pauvres sont particulièrement susceptibles de présenter des troubles mentaux.
- La comorbidité est fréquente : sur une base annuelle, près d'une personne atteinte d'un trouble mental sur trois cumule plus d'un type de trouble.

¹² Malgré la taille relativement grande de l'échantillon, il apparaît difficile de faire des analyses pour chacun des 29 territoires de CLSC.

4

Idées suicidaires et tentatives de suicide

La problématique du suicide au Québec constitue une grande préoccupation pour la santé publique, car elle touche particulièrement les plus jeunes et est la première cause de décès chez les hommes de moins de 40 ans (MSSS, 1999). Afin de contrer les hausses progressives de ce fléau, une stratégie québécoise d'action face au suicide a été mise de l'avant (MSSS, 1998). Des actions concrètes y sont proposées afin que, la progression du taux de suicide soit ralentie.

Diverses enquêtes épidémiologiques nord-américaines font état d'une prévalence à vie des idées suicidaires d'environ 10 % et d'une prévalence pour une période de 12 mois de 3 % (Kessler *et al.*, 1999; Boyer et St-Laurent, 1995). Quant aux tentatives de suicide, la prévalence se chiffre à 3 % pour la vie et à moins de 1 % pour les 12 ou 24 derniers mois. Les données de l'Enquête sociale et de santé de 1998 corroborent ces résultats puisque près de 4 % des individus reconnaissent avoir pensé au suicide durant la dernière année et que cinq personnes sur 1 000 ont tenté de mettre fin à leurs jours au cours de la même période (Boyer *et al.*, 2000).

Méthode

Les questions relatives aux idées et aux tentatives suicidaires sont tirées de l'Enquête sociale et de santé de 1992-1993¹ (Boyer et St-Laurent, 1995) et portent sur le cours de la vie ainsi que sur les 12 derniers mois. Elles ont été soumises à un ensemble de 4 430 individus dans le cadre de l'enquête téléphonique. Les termes *parasuicide* et *tentative suicidaire*, tous deux synonymes, ont été retenus pour désigner les gestes suicidaires non fatals.

À l'instar de l'Enquête sociale et de santé de 1998 (Boyer *et al.*, 2000), l'analyse distingue les personnes ayant rapporté seulement des idées suicidaires de celles ayant déclaré un parasuicide. Par conséquent, sont exclus de la population de référence pour les idées suicidaires les individus ayant rapporté un parasuicide. De la même façon, la prévalence de parasuicide exclut de sa population de référence les individus ne rapportant que des idées suicidaires. Bien que ce type de calcul surestime le taux de parasuicide et sous-estime celui des idées suicidaires, il facilite la comparaison avec les autres études portant sur cette problématique notamment celles de Santé Québec. À noter que, nonobstant un taux de non-réponse inférieur à 4 % pour chacune des questions se rapportant à cette section, les petits effectifs offrent peu de puissance statistique.

¹ Certaines de ces questions ont été reprises dans l'Enquête sociale et de santé 1998.

Résultats

Facteurs associés aux idées suicidaires au cours de la vie

Un peu plus de 7 % des Montréalais ont indiqué avoir pensé sérieusement au suicide au cours de leur vie comparativement à 8 % pour la population du Québec en 1992 (Boyer et St-Laurent, 1995). Ce taux grimpe à un peu plus de 10 % lorsque sont inclus au numérateur et au dénominateur les sujets ayant rapporté un parasuicide (données non présentées). Alors que les hommes et les femmes rapportent des idées suicidaires dans une même proportion, les jeunes apparaissent plus vulnérables sur ce plan que les personnes âgées. Ainsi, les jeunes adultes de moins de 45 ans présentent une prévalence beaucoup plus élevée que celle des personnes de plus de 65 ans (tableau 4.1).

Outre l'âge, de nombreuses autres caractéristiques sociodémographiques sont associées aux idées suicidaires. Ainsi, les personnes séparées ou divorcées (16 %) présentent plus d'idées suicidaires que les célibataires (9 %) ou les personnes mariées ou vivant avec un conjoint de fait (5 %). De même, ce sont les personnes monoparentales ou vivant seules qui ont le plus souvent pensé sérieusement au suicide (13 % et 11 % pour 5 % chez les couples avec enfant). D'autre part, les individus se considérant comme étant pauvres, sont plus nombreux à rapporter des idées suicidaires au cours de leur vie (12 %), comparativement à ceux qui jugent que leur revenu est suffisant ou qu'ils sont à l'aise (7 %). Enfin, les personnes dont la langue maternelle est le français, celles nées au Canada ainsi que celles résidant dans la sous-région Centre-Est de Montréal pensent davantage au suicide.

Les caractéristiques liées à la santé mentale révèlent de fortes associations avec les pensées suicidaires (tableau 4.2). Ainsi, les personnes jugeant que leur santé mentale est mauvaise rapportent plus d'idées suicidaires (24 % pour 6 % au cours de la vie). De même, les personnes ayant souffert d'un trouble affectif ou anxieux au cours de leur vie ou celles ayant rapporté une incapacité pour un problème émotif ou nerveux déclarent davantage avoir pensé au suicide (23 % pour 3 % et 26 % pour 6 %). Enfin, le fait d'être en contact avec une personne souffrant d'un problème de santé mentale ou d'être identifié comme aidant rend également plus vulnérable aux idées suicidaires (12 % pour 5 %; 13 % pour 6 %).

Tableau 4.1

Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et des 12 derniers mois, selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430)

Caractéristique significative	Au cours de la vie %	Au cours des 12 derniers mois %	Caractéristique significative	Au cours de la vie %	Au cours des 12 derniers mois %
Âge	(1)	---	État matrimonial	(1)	(2)
18-24 ans	8,8*		Marié/Conjoint de fait	5,3	1,7*
25-44 ans	9,0		Séparé/Divorcé	15,6	3,7**
45-64 ans	7,2		Veuf	4,8**	2,1**
65 ans et plus	4,3*		Célibataire	9,1	3,4*
Organisation du ménage	(1)	(2)	Statut financier perçu	(1)	(1)
Vit seul	10,9	3,5*	À l'aise	7,3	2,4*
Couple sans enfant	5,7	1,3**	Suffisant	6,5	2,1*
Famille monoparentale	12,9	3,6	Pauvre/Très pauvre	12,4	4,6*
Couple avec enfant	4,9	1,9*			
Colocataire sans enfant	7,5*	3,2*			
Langue maternelle	(1)	(1)	Sous-région	(2)	---
Français	9,7	3,3	Ouest	4,0**	
Anglais	5,0*	1,6**	Nord	6,8**	
Autre	4,5*	1,3**	Sud-Ouest	8,6*	
			Centre-Ouest	6,8	
			Centre-Est	10,4	
			Est	7,7	
Lieu de naissance	(1)	(1)			
Né au Canada	8,7	3,1			
Né ailleurs	4,7	1,0**			
			Total	7,4	2,5

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

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

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Tableau 4.2

Présence d'idées suicidaires au cours de la vie et des 12 derniers mois selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)

Caractéristique significative	Au cours de la vie %	Au cours des 12 derniers mois %	Caractéristique significative	Au cours de la vie %	Au cours des 12 derniers mois %
Proche avec un problème de santé mentale ¹			Santé mentale subjective ¹		
<i>Oui</i>	12,0	4,4	<i>Mauvaise</i>	24,3	14,9*
<i>Non</i>	5,0	1,4*	<i>Bonne</i>	6,3	1,7
Être aidant ¹			Incapacités ¹		
<i>Oui</i>	12,7	5,4*	<i>Présence</i>	26,3	15,3*
<i>Non</i>	6,4	1,9	<i>Absence</i>	6,1	1,5
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois ¹			Troubles mentaux quelconques au cours de la vie ¹		
<i>Présence</i>	24,7	13,9	<i>Présence</i>	22,1	7,0
<i>Absence</i>	5,8	1,1*	<i>Absence</i>	2,2	0,7*
Troubles affectifs ou anxieux au cours des 12 derniers mois ¹			Troubles affectifs ou anxieux au cours de la vie ¹		
<i>Présence</i>	26,5	15,8	<i>Présence</i>	23,3	7,7
<i>Absence</i>	5,8	1,1*	<i>Absence</i>	2,7	0,7**

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

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

¹ $p < 0,01$.

Facteurs associés aux idées suicidaires au cours des 12 derniers mois

Près de 2,5 % des Montréalais rapportent avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois, comparativement à 3,7 % lors de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Boyer *et al.*, 2000) (écart non significatif). À titre indicatif, la prévalence annuelle des idées suicidaires, en incluant au numérateur et au dénominateur les personnes rapportant un parasuicide, est près de 3 % (données non présentées). Aucune différence significative n'est observée entre les hommes et les femmes quant aux taux d'idées suicidaires, non plus qu'entre les groupes d'âge. Ces résultats pourraient s'expliquer par les petits effectifs de l'enquête. Considérant les autres variables sociodémographiques, la présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois s'avère associée sensiblement aux mêmes variables que pour le cours de la vie (tableau 4.1).

Ainsi, les célibataires sont proportionnellement plus nombreux à avoir pensé sérieusement au suicide au cours de la dernière année comparativement aux personnes mariées ou vivant en union de fait. Par ailleurs, les Montréalais qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres sont proportionnellement plus nombreux à avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois comparativement à ceux qui perçoivent leur revenu comme suffisant ou à l'aise (5 % pour 2 %). On note également que les francophones et les personnes nées au Canada sont plus enclins à rapporter des idées suicidaires. Comme nous sommes en présence de très petits effectifs, il nous faut interpréter ces données avec prudence. Elles s'apparentent cependant à celles retrouvées dans les enquêtes épidémiologiques de plus grande envergure (Boyer et St-Laurent, 1995; Boyer *et al.*, 2000).

L'analyse portant sur les 12 derniers mois révèle sensiblement les mêmes associations avec les variables liées à l'état de santé mentale identifiées pour le cours de la vie (tableau 4.2). Ainsi, les personnes estimant avoir une mauvaise santé mentale sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des pensées suicidaires au cours de la dernière année que celles l'estimant bonne (15 % pour 2 %). De même, les individus ayant été diagnostiqués comme souffrant d'un trouble mental au cours de leur vie (7 % pour 1 %) ainsi que ceux ayant vécu une incapacité due à un problème émotif ou nerveux (15 % pour 2 %) rapportent davantage d'idées suicidaires. Par ailleurs, le fait d'avoir une personne dans son entourage souffrant d'un problème de santé mentale ou encore d'agir en tant qu'aidant auprès de cette personne est étroitement lié à une prévalence d'idées suicidaires plus élevée.

Facteurs associés aux parasuicides au cours de la vie

Compte tenu des faibles effectifs pour la période des 12 derniers mois, l'analyse portera essentiellement sur les parasuicides au cours de la vie. Les données de cette enquête permettent d'estimer à un peu plus de 3 % la proportion de parasuicides au cours de la vie, données très comparables à celles rapportées dans l'Enquête Santé Québec, 1992-1993² (Boyer et St-Laurent, 1995). Cette proportion est plus élevée chez les femmes que chez les hommes et est relativement faible chez les personnes de 65 ans et plus (tableau 4.3). Les personnes ayant une faible scolarité déclarent dans une plus grande proportion avoir déjà tenté de se suicider. De même, les personnes se percevant comme pauvre rapportent dans une plus grande proportion des parasuicides au cours de leur vie. L'analyse varie également selon l'état matrimonial. Ainsi, les

² Données non disponibles dans l'Enquête sociale et de santé 1998.

personnes célibataires, de même que les personnes séparées et divorcées, sont proportionnellement plus nombreuses à avoir posé un geste suicidaire au cours de leur vie. Enfin, les francophones sont proportionnellement plus nombreux à rapporter des parasuicides. À noter que l'ensemble des données portant sur les parasuicides doit être interprété avec prudence en raison des très faibles effectifs.

Tableau 4.3

Présence de parasuicides au cours de la vie selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ¹		Scolarité relative ¹	
Homme	2,5*	Plus faible	6,3*
Femme	4,2	Faible	4,1*
		Moyenne	2,8*
		Élevée	2,3**
		Plus élevée	1,8**
Âge ¹		Statut financier perçu ¹	
18-24 ans	4,2**	À l'aise	3,0*
25-44 ans	3,9	Suffisant	2,5
45-64 ans	4,3*	Pauvre/Très pauvre	8,5*
65 ans et plus	0,7**		
État matrimonial ¹		Langue maternelle ¹	
Marié/Conjoint de fait	2,0*	Français	4,5
Séparé/Divorcé	6,2*	Anglais	2,7**
Veuf	1,3**	Autre	1,6**
Célibataire	5,4		
		Total	3,4

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

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

¹ p < 0,01.

Les indicateurs relatifs à l'état de santé mentale révèlent de fortes associations avec la prévalence des parasuicides. Ainsi, les personnes jugeant leur santé mentale comme mauvaise (15 % pour 3 %) ou encore souffrant d'un trouble anxieux ou affectif présentent une plus grande vulnérabilité aux tentatives de suicide (20 % pour 2 %). De même, les personnes souffrant d'incapacités dues à un problème de santé mentale sont proportionnellement plus nombreuses à avoir tenté de se suicider au cours de leur vie (13 % pour 3 %). Le tableau 4.4 présente les associations observées qui vont de pair avec celles identifiées lors des analyses pour les idées suicidaires.

Sur l'ensemble des personnes qui ont rapporté un parasuicide au cours de leur vie ou au cours des 12 derniers mois, on observe qu'une personne sur deux s'est présentée à l'urgence et a sollicité de l'aide auprès d'un professionnel de la santé. Une même proportion a recouru au soutien de sa famille ou de ses amis (données non présentées). Ces demandes d'aide se retrouvent autant chez les hommes que chez les femmes.

Tableau 4.4

Présence de parasuicides au cours de la vie selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Proche avec un problème de santé mentale ¹		Santé mentale subjective ¹	
<i>Oui</i>	6,4	<i>Mauvaise</i>	15,4*
<i>Non</i>	1,9*	<i>Bonne</i>	2,7
Être aidant ¹		Incapacités ¹	
<i>Oui</i>	2,6	<i>Présence</i>	12,8*
<i>Non</i>	7,6*	<i>Absence</i>	2,8
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois ¹		Troubles mentaux quelconques au cours de la vie ¹	
<i>Présence</i>	17,2	<i>Présence</i>	10,7
<i>Absence</i>	1,8	<i>Absence</i>	0,7*
Troubles affectifs ou anxieux au cours des 12 derniers mois ¹		Troubles affectifs ou anxieux au cours de la vie ¹	
<i>Présence</i>	19,8	<i>Présence</i>	12,8
<i>Absence</i>	2,0	<i>Absence</i>	0,8*

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

¹ p < 0,01.

Facteurs déterminants des idées suicidaires au cours de la vie

Une analyse de régression logistique a été effectuée en vue d'identifier les variables associées significativement à la présence d'idées suicidaires au cours de la vie. Pour ce faire, un premier bloc des variables sociodémographiques significatives aux analyses bivariées a été introduit dans la régression. La même procédure a été appliquée aux variables liées à l'état de santé mentale. Les ratios de cotes obtenus permettent d'apprécier la force de l'association des variables aux pensées suicidaires.

Fait nullement surprenant, les variables les plus fortement associées aux pensées suicidaires sont celles liées à l'état de santé mentale de l'individu (tableau 4.5). Ainsi, avoir souffert d'un trouble affectif ou anxieux au cours de sa vie, percevoir sa santé mentale comme mauvaise et avoir déclaré des incapacités pour des raisons de santé mentale s'avèrent des facteurs déterminants des pensées suicidaires. En ce qui a trait aux variables sociodémographiques, l'âge et le statut matrimonial tendent à influencer significativement la prévalence des pensées suicidaires. Ainsi, les personnes âgées de 25 à 44 ans rapportent plus fréquemment avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie. Par ailleurs, l'absence de conjoint prédisposerait les individus aux pensées suicidaires. Nos données montrent en effet que les personnes séparées ou divorcées ainsi que les célibataires présentent davantage d'idéations suicidaires. Enfin, les personnes nées au Canada ainsi que celles détenant une faible scolarité sont plus susceptibles de déclarer des pensées suicidaires au cours de leur vie. L'ensemble de ces variables explique plus de 30 % de la variance.

Tableau 4.5

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour les idées suicidaires au cours de la vie (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Troubles affectifs ou anxieux au cours de la vie (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	2,20	0,14	9,1 ¹	6,9 - 12,0
Santé mentale subjective (<i>Bonne</i>)	<i>Mauvaise</i>	0,75	0,20	2,1 ¹	1,4 - 3,1
Âge (<i>65 ans et plus</i>)	<i>25-44 ans</i>	0,73	0,26	2,1 ¹	1,3 - 3,4
État matrimonial (<i>Marîé/Conjoint de fait</i>)	<i>Célibataire</i>	0,45	0,16	1,6 ¹	1,2 - 2,2
	<i>Séparé/Divorcé</i>	0,72	0,19	2,1 ¹	1,4 - 3,0
Incapacités (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	0,70	0,19	2,1 ¹	1,4 - 2,9
Scolarité relative (<i>Plus élevée</i>)	<i>Faible</i>	0,50	0,22	1,7 ²	1,1 - 2,5
Lieu de naissance (<i>Autre</i>)	<i>Canada</i>	0,40	0,16	1,5 ²	1,1 - 2,0
Constante		-4,56	0,31		
<i>R² de Nagelkerke : 0,305</i>					

* Méthode pas-à-pas.

¹ *p* < 0,01.

² *p* < 0,05.

Discussion

Au Québec, on constate que le suicide est en augmentation constante depuis les dernières décennies. À l'instar des données provinciales mises à jour dans les enquêtes sociales et de santé de 1987 à 1998, les données de notre enquête montrent que la problématique du suicide est toujours très présente et affecte certains sous-groupes de la population plus que d'autres. Ainsi, les personnes souffrant d'un trouble mental, les jeunes adultes de moins de 45 ans, de même que les personnes monoparentales ou vivant seules présentent une prévalence plus élevée de pensées suicidaires au cours de leur vie. Bien que les prévalences des idées suicidaires observées chez les hommes et les femmes ne diffèrent pas significativement, celles des parasuicides affectent davantage les femmes que les hommes. L'analyse effectuée dans le cadre de l'Enquête Santé Québec de 1992-1993 soulignait alors que cette prévalence de parasuicide à vie plus élevée chez les femmes pourrait s'expliquer par l'utilisation de moyens moins létaux, de sorte que ces dernières survivent plus fréquemment à ces événements. Nos données montrent que, parmi l'ensemble des troubles mentaux, les troubles affectifs ou anxieux semblent davantage associés à une prévalence élevée d'idées suicidaires et de parasuicides.

Bien que les taux de décès par suicide soient moins élevés dans la région de Montréal que dans le reste du Québec, il n'en demeure pas moins que la moitié de tous les décès par suicide se retrouvent dans la métropole (MSSS, 1998). Notre étude a montré, à l'instar des autres études, qu'outre certaines caractéristiques individuelles, une santé mentale précaire est associée à une prévalence plus élevée de pensées suicidaires et de parasuicides. Ainsi, une étude récente menée par le Coroner du Québec montre qu'une forte proportion de victimes de suicide présentaient un trouble mental lorsqu'elles ont mis fin à leur jour (St-Laurent et Tennina, 2000). À ce tableau, viennent s'ajouter divers facteurs sociaux et environnementaux qui contribuent à complexifier le profil d'une personne à risque de suicide.

Faits saillants

- Plus de 100 000 Montréalais ont pensé sérieusement au suicide au cours de leur vie.
- Près de 45 000 d'entre eux ont tenté de mettre fin à leurs jours.
- Avoir souffert d'un trouble mental au cours de la vie, avoir présenté des incapacités pour des raisons de santé mentale et percevoir sa santé mentale comme mauvaise s'avèrent fortement associés aux pensées suicidaires sur le cours de la vie.
- La prévalence à vie des parasuicides affecte davantage les femmes que les hommes.
- Les jeunes adultes et les personnes vivant sans conjoint sont plus susceptibles d'avoir des idéations suicidaires.

5

Incapacités

L'état de santé mentale de l'individu peut affecter sa capacité à s'acquitter de ses tâches quotidiennes. L'incapacité est définie par l'Organisation mondiale de la santé comme une restriction dans la capacité, l'habileté, à accomplir une activité considérée comme normale. Puisque les activités déterminant l'incapacité sont nécessairement liées aux attentes et aux normes particulières d'une communauté, l'incapacité peut être définie et mesurée par le concept d'inadaptation sociale se résumant par « la non-réalisation d'un ou plusieurs rôles sociaux pour un individu donné » (Wiersma *et al.*, 1990). Évaluer la présence d'incapacités pour des raisons de santé mentale dans le cadre de cette enquête renseigne sur la capacité des individus à remplir pleinement et de façon autonome leurs rôles sociaux et leurs activités quotidiennes. Selon l'Enquête sociale et de santé 1998 (Wilkins, 2000), 8 % des limitations d'activité sont liées à des raisons de santé mentale et l'importance relative des problèmes mentaux en tant que cause d'incapacités augmente depuis 1987.

Méthode

Les questions intégrées au questionnaire téléphonique sont adaptées de celles de l'Enquête sociale et de santé 1998 (Santé Québec, 1998). Les gens devaient indiquer si, durant au moins une journée des quatre dernières semaines, ils avaient dû garder le lit, avaient été incapables de mener leurs activités habituelles ou avaient dû les diminuer et ce pour des problèmes émotifs ou nerveux, ou liés à la consommation d'alcool ou de drogues. À partir des réponses obtenues à ces questions, un indice global a été calculé pour statuer sur la présence ou non d'une incapacité reliée à un problème émotif ou nerveux ou de consommation d'alcool ou de drogues. Celle-ci est présente à partir du moment où la personne a répondu par l'affirmative à au moins une des trois questions. À cause de la construction de cet indice, son taux de non-réponse partielle est de 0 %, car, pour que cette valeur soit déclarée manquante, l'individu devait avoir refusé de répondre à toutes les questions se rapportant aux incapacités. Le taux de non-réponse partielle de chacune des questions est inférieur à 1 %. Cette section du questionnaire téléphonique s'adressait à l'ensemble des individus, c'est-à-dire ceux ayant eux-mêmes répondu au questionnaire long et les tiers ayant répondu au questionnaire court.

Les individus qui rapportaient de telles limitations devaient en indiquer la cause. Ces réponses ont été regroupées en quatre grandes catégories : les troubles dépressifs, anxieux ou autres; les problèmes de stress, fatigue ou épuisement; les problèmes d'ordre situationnel (deuil, séparation amoureuse, etc.); et, enfin, les problèmes liés à la consommation d'alcool ou de drogues.

Résultats

Moins de 2 % de la population étudiée rapporte avoir dû garder le lit au moins une journée durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête à cause de tels problèmes (tableau 5.1). Près de 3 % des individus ont été incapables de mener leurs activités habituelles et 6 % ont dû les diminuer. Au total, 7 % de la population rapporte une incapacité. Les causes de ces incapacités sont des troubles dépressifs, anxieux ou autres, pour 41 % d'entre eux; des problèmes de stress, fatigue ou épuisement, pour 27 %; des problèmes d'ordre situationnel, pour 22 %; et, enfin, 10 % relient ces incapacités à des problèmes de consommation d'alcool ou de drogues (données non présentées).

Tableau 5.1

Proportion de la population rapportant des incapacités selon le type d'incapacité (n = 4 704)

Incapacités à cause de problèmes émotifs ou nerveux	Proportion %
Alitement	1,7
Incapacité à mener ses activités habituelles	2,8
Réduction de ses activités habituelles	5,5
Incapacité – indice global	6,9

Facteurs associés à la présence d'incapacités

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à avoir rapporté des incapacités durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête (tableau 5.2). La présence d'incapacités est aussi reliée à l'âge, la prévalence passant de 12 % chez les 18-24 ans à 4 % chez les personnes de 65 ans et plus. Le fait que les jeunes soient plus nombreux à rapporter des incapacités se révèle aussi à la question sur l'occupation habituelle où l'on note une prévalence plus grande d'incapacités chez les personnes aux études. Une vérification des causes des incapacités pour les 18-24 ans indique qu'elles sont surtout reliées à la présence de troubles dépressifs ou anxieux (48 %). La fatigue et le stress sont responsables de 22 % des incapacités dans ce groupe d'âge, la consommation d'alcool et de drogues, de 17 % et les problèmes d'ordre situationnel, de 13 %. À noter toutefois que les petits effectifs de ces sous-groupes ne permettent pas la mise en évidence de différences significatives entre les groupes d'âge relativement aux causes des incapacités.

Tableau 3.2

Présence d'incapacités au cours des quatre dernières semaines selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 704)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ¹		Occupation ¹	
Homme	5,6	En emploi	6,2
Femme	8,1	Aux études	12,9
		Tient maison	7,8
		Autre	5,5
Âge ¹		Statut financier perçu ¹	
18-24 ans	11,5	À l'aise	5,5
25-44 ans	8,5	Suffisant	6,4
45-64 ans	5,2	Pauvre/Très pauvre	12,5
65 ans et plus	3,6*	(n = 4 430)	
État matrimonial ¹		Sous-région ¹	
Marié/Conjoint de fait	5,1	Ouest	4,0*
Séparé/Divorcé	9,2*	Nord	4,7*
Veuf	4,3**	Sud-Ouest	7,6*
Célibataire	10,3	Centre-Ouest	6,3
		Centre-Est	10,6
		Est	7,5
Organisation du ménage ¹			
Vit seul	8,8		
Couple sans enfant	5,4		
Famille monoparentale	12,4*		
Couple avec enfant	5,4		
Colocataire sans enfant	8,0		

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

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

¹ p < 0,01.

Par ailleurs, les personnes célibataires et celles qui sont séparées ou divorcées rapportent avoir vécu des incapacités durant les quatre semaines précédant l'enquête dans une plus grande proportion que les personnes veuves ou vivant avec un conjoint (10 % et 9 % pour 4 % et 5 % respectivement). Plus d'une personne sur dix faisant partie de familles monoparentales rapporte de telles limitations, alors que les personnes vivant en couple (avec ou sans enfant) en rapportent dans une bien moindre proportion. En outre, les personnes se considérant comme pauvres ou très pauvres indiquent avoir vécu des incapacités durant les quatre semaines ayant précédé l'enquête dans une plus grande proportion que celles se percevant financièrement à l'aise ou

comme ayant un revenu suffisant (13 % pour 6 %). Enfin, les personnes de la sous-région Centre-Est de Montréal sont plus nombreuses à rapporter de telles limitations que celles habitant les secteurs Ouest ou Nord (11 % pour 4 % et 5 % respectivement).

Les variables relatives à la santé mentale sont, comme on pouvait s'y attendre, fortement liées à la présence d'incapacités (tableau 5.3). Les personnes qui jugent mauvais leur état de santé mentale sont beaucoup plus nombreuses à avoir vécu des limitations dans les semaines précédant l'enquête (33 % pour 5 %). Il en est de même pour les personnes souffrant d'un trouble mental quelconque, chez qui la prévalence d'incapacités est de 28 % pour 5 % chez celles ne souffrant pas d'un tel trouble. Les Montréalais ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois rapportent de telles incapacités dans une proportion beaucoup plus grande. Presque la moitié d'entre eux (44 %) ont en effet vécu de telles limitations. Enfin, les aidants d'un proche aux prises avec un problème de santé mentale rapportent des incapacités dans une plus grande proportion que ceux qui ne le sont pas (15 % pour 6 %).

Tableau 5.3

Présence d'incapacités au cours des quatre dernières semaines selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Troubles mentaux au cours des 12 derniers mois ¹		Santé mentale subjective ¹	
Présence	28,2	Mauvaise	33,2
Absence	4,6	Bonne	5,3
Être aidant ¹		Idées suicidaires ¹	
Oui	14,5	Présence	44,4
Non	5,5	Absence	6,1

¹ $p < 0,01$.

Facteurs déterminants de la présence d'incapacités

Une analyse de régression logistique a été effectuée pour tenter d'identifier les caractéristiques les plus déterminantes quant à la présence d'incapacités parmi celles ressortant comme significatives aux analyses bivariées. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 5.4. Les caractéristiques liées à la santé

mentale sont les plus déterminantes, tout particulièrement la perception d'un mauvais état de santé mentale, la présence d'idées suicidaires et la présence d'un trouble quelconque. À elles seules, ces variables prédisent 22,2 % de la variance totale. Le fait d'être aidant d'une personne aux prises avec des problèmes de santé mentale est aussi une condition déterminante quant à la présence d'incapacités. Les seules caractéristiques sociodémographiques retenues sont le statut financier perçu, le sexe et l'âge; et, avec l'ajout de ces variables, la variance totale expliquée atteint 24,3 %. Ainsi les personnes âgées de 18 à 44 ans, celles se considérant financièrement pauvres et les femmes présentent plus d'incapacités.

Tableau 3.4

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la présence d'incapacités (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Santé mentale subjective (<i>Bonne</i>)	<i>Mauvaise</i>	1,62	0,20	5,1 ¹	3,4 - 7,6
Idées suicidaires (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	1,41	0,28	4,1 ¹	2,4 - 7,2
Troubles mentaux au cours des 12 derniers mois (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	1,40	0,18	4,1 ¹	2,9 - 5,7
Âge (<i>65 ans et plus</i>)	<i>18-24 ans</i>	0,85	0,32	2,3 ¹	1,3 - 4,4
	<i>25-44 ans</i>	0,71	0,28	2,0 ²	1,2 - 3,5
Être aidant (<i>Non</i>)	<i>Oui</i>	0,65	0,17	1,9 ¹	1,4 - 2,7
Statut financier perçu (<i>À l'aise</i>)	<i>Pauvre</i>	0,64	0,25	1,9 ²	1,2 - 3,1
Sexe (<i>Homme</i>)	<i>Femme</i>	0,43	0,16	1,5 ¹	1,1 - 2,1
Constante		-4,36	0,326		
<i>R² de Nagelkerke : 0,243</i>					

* Méthode pas-à-pas.

¹ *p* < 0,01.

² *p* < 0,05.

Discussion

Ainsi, 7 % des Montréalais rapportent des limitations dans leurs activités pour des problèmes émotifs ou nerveux ou liées à la consommation d'alcool ou de drogues. Il est délicat de comparer ces résultats à ceux d'autres enquêtes, les méthodes de mesure et les périodes de référence n'étant pas similaires. Toutefois, dans une étude sur les besoins de services en santé de la population du Colorado, 11 % de la population avaient une inadaptation significative pour au moins deux rôles sociaux (Ciarlo *et al.*, 1992b). Les domaines pour lesquels une inadaptation était le plus fréquemment observée étaient les rôles occupationnels (tâches domestiques avec 8,4 %; performance au travail avec 7,3 %) et les relations interpersonnelles (9,5 %). Malgré la non-comparabilité des méthodes de mesure, ces résultats nous laissent croire que la proportion obtenue dans l'enquête ne surestime pas la présence d'incapacités pour ces raisons. Au contraire, ce résultat soutient le fait que les problèmes de santé mentale sont une cause importante d'incapacités et qu'ils ne sont pas sans effets sur le fonctionnement des individus. D'ailleurs, selon l'Organisation mondiale de la santé, cinq des dix principales causes d'incapacités sont liées à des troubles mentaux (OMS, 1999).

Par ailleurs, la présence d'incapacités est d'abord et avant tout le fait des personnes ayant des problèmes de santé mentale. Elle est en effet fortement liée à un état de santé mentale perçu comme étant mauvais, à la présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois et à la présence d'un trouble mental quelconque. De plus, les caractéristiques sociodémographiques liées à la présence d'incapacités sont les mêmes que celles liées à la présence des troubles mentaux. Ces éléments ajoutent de la valeur à cette mesure d'incapacités et confirment la pertinence de l'utiliser dans un contexte d'évaluation des besoins en santé mentale.

Faits saillants

- 7 % des Montréalais rapportent des incapacités pour des problèmes émotifs ou nerveux ou liés à la consommation d'alcool ou de drogues durant au moins une journée des quatre semaines précédant l'enquête.
- Les troubles dépressifs ou anxieux sont la cause de près de la moitié de ces incapacités.
- Avoir des incapacités pour ces raisons est surtout le fait :
 - ⇒ des personnes ayant des problèmes de santé mentale (percevoir comme mauvais son état de santé mentale, présence d'idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête et présence d'un trouble quelconque de santé mentale);
 - ⇒ des personnes âgées de 18 à 44 ans;
 - ⇒ de celles jugeant leur revenu pauvre ou très pauvre;
 - ⇒ des femmes.

6

Perception de la santé mentale

La perception qu'ont les individus de leur santé s'avère un bon indicateur pour apprécier l'état de santé d'une population puisqu'elle est associée à la morbidité déclarée et diagnostiquée, à l'utilisation des services de santé, à la consommation de médicaments, à l'incapacité fonctionnelle et à la limitation des activités (Levasseur, 1995). Une mesure semblable liée à l'autoévaluation de l'état de santé mentale permet de qualifier la santé mentale d'une population. Cette mesure a été utilisée dans plusieurs études américaines et canadiennes et a été intégrée pour la première fois dans le cadre de l'enquête de Santé Québec de 1998¹. Les résultats de cette dernière enquête (Légaré *et al.*, 2000) montrent une association entre la perception de la santé mentale, l'indice de détresse psychologique et les idées suicidaires. Ainsi, plus la santé mentale est perçue comme moyenne ou mauvaise, plus les individus se situent à un niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et plus ils rapportent d'idées suicidaires.

Méthode

Cette mesure est composée d'une question unique portant sur la perception qu'ont les individus de leur propre santé mentale comparativement à celle des autres personnes de leur âge. Un choix de cinq réponses variant d'*excellente* à *mauvaise* permet d'évaluer cette perception. Pour les besoins des analyses, ces catégories ont été regroupées en deux grandes classes : celles considérant leur santé mentale comme étant *bonne* (excellente, très bonne et bonne) et celles la considérant comme étant *mauvaise* (moyenne et mauvaise). L'analyse de la non-réponse partielle montre un taux d'environ 5 %.

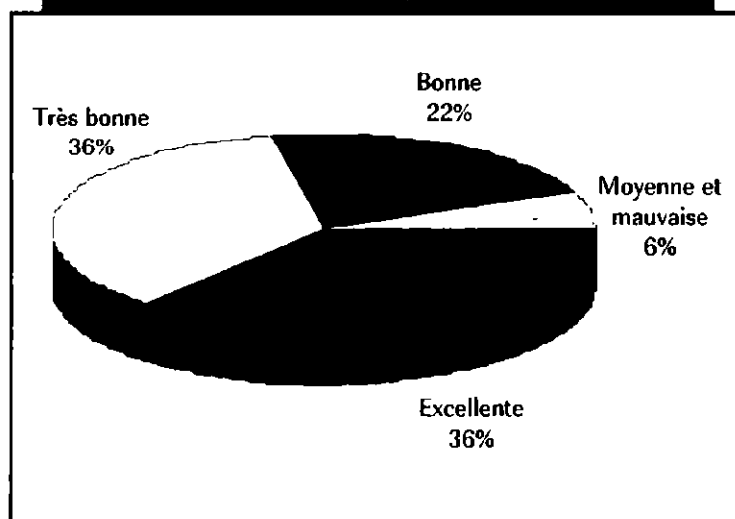
Résultats

Facteurs associés à la perception de la santé mentale

La majorité des Montréalais considèrent leur santé mentale comme excellente, très bonne ou bonne, mais un peu plus de 6 % la jugent moyenne ou mauvaise (figure 6.1).

Figure 6.1

Répartition de la population selon la perception de sa santé mentale (n = 4 430)



¹ Documents consultés : Lesage *et al.*, 1994; Kessler *et al.*, 1997; Offord *et al.*, 1996; Légaré *et al.*, 2000.

Les hommes et les femmes s'estiment, dans une même proportion, en mauvaise santé mentale et aucun écart significatif n'est observé en fonction de l'âge. L'état matrimonial s'avère étroitement lié à la perception de l'état de santé mentale (tableau 6.1). Ainsi, les personnes séparées ou divorcées sont les plus nombreuses à considérer leur santé mentale comme mauvaise suivies des célibataires et des personnes veuves (10 % pour 8 % et 7 %).

La perception de la santé mentale est associée de très près à certaines variables socioéconomiques. Ainsi, les personnes à la maison sont proportionnellement plus nombreuses à estimer leur santé mentale mauvaise que celles qui ont un travail ou sont aux études (11 % pour 5 % et 8 % respectivement). Les personnes monoparentales suivies des colocataires et des personnes vivant seules sont également plus nombreuses à qualifier leur santé mentale de mauvaise. D'autre part, plus les personnes détiennent une scolarité élevée,

Tableau 6.1

Proportion de la population se percevant en mauvaise santé mentale selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
État matrimonial ²		Scolarité relative ¹	
Marié/Conjoint de fait	4,7	Plus faible	11,6
Séparé/Divorcé	10,0*	Faible	6,6*
Veuf	6,9*	Moyenne	5,3*
Célibataire	7,5	Élevée	4,1*
		Plus élevée	4,1*
Organisation du ménage ¹		Statut financier perçu ¹	
Vit seul	7,3	À l'aise	4,8*
Couple sans enfant	4,9*	Suffisant	5,4
Famille monoparentale	12,6*	Pauvre/Très pauvre	12,6
Couple avec enfant	4,6		
Colocataire sans enfant	7,7*		
Occupation ¹		Lieu de naissance ¹	
En emploi	5,3	Né au Canada	5,8
Aux études	7,7*	Né ailleurs	7,3
Tient maison	11,2*		
Autre	6,1		
		Total	6,3

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

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

plus elles se perçoivent en bonne santé mentale. Près de 12 % des Montréalais détenant une faible scolarité se perçoivent en mauvaise santé mentale, comparativement à 4 % chez les plus scolarisés. La situation financière perçue est également associée à l'évaluation de la santé mentale. En effet, plus la situation financière est considérée comme précaire, plus les individus considèrent leur santé mentale comme mauvaise. Enfin, les individus nés au Canada perçoivent leur santé mentale comme meilleure que ne le font ceux nés à l'extérieur du pays.

L'ensemble des variables se rapportant à la santé mentale des individus sont étroitement associées à la perception qu'ont les individus de leur propre état de santé mentale (tableau 6.2). Ainsi, les personnes ayant déjà pensé au suicide ou tenté de se suicider perçoivent leur santé mentale comme moins bonne. Plus précisément, près de 37 % des personnes ayant déclaré avoir pensé sérieusement au suicide au cours des 12 derniers mois s'estiment en

Tableau 6.2

Proportion de la population se percevant en mauvaise santé mentale selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)

Caractéristique	Proportion %
Incapacités ¹	
Présence	29,4
Absence	4,5
Troubles affectifs ou anxieux au cours de la vie ¹	
Présence	14,9
Absence	3,4
Troubles affectifs ou anxieux au cours des 12 derniers mois ¹	
Présence	23,1
Absence	4,6
Idées suicidaires ¹	
Présence	36,6
Absence	5,4
Parasuicides au cours de la vie ¹	
Présence	24,3*
Absence	4,6

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

mauvaise santé mentale, alors que cette proportion chute à 5 % chez celles n'ayant pas eu de pensées suicidaires sérieuses. De même, les individus souffrant d'un trouble affectif ou anxieux sont proportionnellement plus nombreux à considérer leur santé mentale comme étant mauvaise (23 % pour 5 % pour la dernière année et 15 % pour 3 % pour le cours de la vie). On obtient le même type de résultats pour les personnes ayant déclaré des incapacités dues à un problème émotif ou nerveux (29 % pour 5 %).

Facteurs déterminants de la perception de la santé mentale

Une régression logistique a été effectuée en vue d'identifier les variables qui se révèlent associées significativement à la perception de la santé mentale. Pour ce faire, un premier bloc des variables sociodémographiques significatives aux analyses bivariées a été introduit dans la régression. La même procédure a été appliquée aux variables liées à l'état de santé mentale. Les ratios de cotes obtenus permettent d'apprécier la force de l'association entre différentes caractéristiques et la perception de la santé mentale.

Les caractéristiques les plus fortement associées à la perception de la santé mentale sont par ordre d'importance les incapacités pour raisons émotives ou

Tableau 6.3

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour une perception de la santé mentale comme étant mauvaise (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Incapacités (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	1,64	0,20	5,1 ¹	3,5 - 7,6
Idées suicidaires (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	1,30	0,28	3,7 ¹	2,1 - 6,3
Troubles affectifs ou anxieux au cours des 12 derniers mois (<i>Absence</i>)	<i>Présence</i>	1,08	0,20	2,9 ¹	2,0 - 4,3
Scolarité relative (<i>Plus élevée</i>)	<i>Plus faible</i>	1,05	0,27	2,8 ¹	1,7 - 4,9
Statut financier perçu (<i>À l'aise</i>)	<i>Pauvre</i>	0,61	0,23	1,8 ²	1,1 - 3,0
Constante		-3,76	0,28		
<i>R² de Nagelkerke : 0,203</i>					

* Méthode pas-à-pas.

¹ *p* < 0,01.

² *p* < 0,05.

nerveuses, les idées suicidaires au cours des 12 derniers mois ainsi qu'un diagnostic de trouble affectif ou anxieux au cours des 12 derniers mois (tableau 6.3). Enfin, une scolarité très faible ainsi qu'un statut financier perçu comme pauvre sont associés au fait de percevoir sa santé mentale comme moins bonne. L'ensemble de ces variables permet d'expliquer 20 % de la variation totale.

Discussion

La perception de la santé mentale chez les Montréalais ne diffère pas significativement de celle observée dans le cadre de l'Enquête sociale et de santé 1998 (6,3 % pour 8,5 %) (Légaré *et al.*, 2000). Ainsi la majorité des Montréalais qualifient leur santé mentale comme étant excellente, très bonne ou bonne (94 %). L'analyse de la relation entre la perception de la santé mentale et certains indicateurs liés à l'état de santé mentale montre que les individus ayant déjà souffert d'un trouble mental, présentant des incapacités pour des raisons de santé mentale ou ayant pensé sérieusement au suicide s'estiment en moins bonne santé mentale comparativement aux autres personnes du même âge. En somme, l'autoévaluation de l'état de santé mentale des individus définie en grande partie à partir de leurs expériences de vie peut voiler une certaine souffrance psychologique. Cet indicateur d'application facile, puisque composé d'une question unique, confirme la pertinence d'utiliser cette mesure dans le cadre d'enquêtes épidémiologiques comme celle-ci.

Faits saillants

- Une très grande majorité de Montréalais s'estiment en excellente (36 %), très bonne (36 %) ou bonne (22 %) santé mentale.
- La perception de la santé mentale des Montréalais se compare à celle des résultats rapportés par l'Enquête de Santé Québec (1998).
- Percevoir sa santé mentale comme mauvaise est fortement associée à la présence d'un trouble affectif ou anxieux, d'idées suicidaires ou d'incapacités liées à un problème émotif ou nerveux.

Souffrance psychique

Dans un contexte de planification des services, l'évaluation des besoins de soins de la population ne peut reposer sur la seule mesure des troubles mentaux avérés. En effet, plusieurs personnes peuvent présenter des signes de souffrance psychique, ne pas répondre aux critères d'un diagnostic psychiatrique quelconque et tout de même nécessiter des interventions préventives ou même curatives. Même dans les milieux cliniques, certains individus ont des symptômes psychiatriques, quelquefois très sérieux, sans toutefois être classés par les cliniciens comme des personnes souffrant de troubles mentaux.

Pour pallier ce problème, certains chercheurs américains ont développé des indicateurs plus larges de besoins de soins. À partir des données des grandes enquêtes, ils ont pris en considération non seulement la présence d'un trouble mental, mais également d'autres indicateurs. Par exemple, Shapiro *et al.* (1986) ont construit un indicateur global à partir de données sur la présence de troubles mentaux (*DIS*), sur le niveau de symptomatologie (*General Health Questionnaire, GHQ*), sur les incapacités et sur les services utilisés. Selon cette étude, un besoin de soins existait si au moins une consultation pour des raisons de santé mentale avait eu lieu au cours des six derniers mois OU s'il y avait présence de deux critères parmi les suivants : un diagnostic (*DIS*) de trouble mental dans les six derniers mois; un niveau élevé de symptômes récents (*GHQ*, quatre symptômes ou plus); une incapacité à faire ses activités habituelles à cause de problèmes émotifs pendant une journée ou plus au cours des trois derniers mois. Sur cette base, 14 % de la population avait besoin de soins.

Ciarlo *et al.* (1992a), pour leur part, ont développé la notion de cas sur la base de trois mesures : un diagnostic de trouble mental (*DIS*), des problèmes de fonctionnement dans la vie quotidienne et un niveau de symptomatologie (*demoralisation*). C'est ainsi qu'ils définissaient cinq types de cas, allant du plus inclusif (26,5 % de la population, une cible probablement trop large) au plus exclusif (1,6 %, une cible probablement trop étroite). Entre ces deux extrêmes, deux définitions semblaient plus pertinentes : la présence d'au moins deux critères quelconques sur trois (9,7 % de la population); la présence d'un trouble mental dans la dernière année ET au moins un autre critère (dysfonctionnement ou détresse) correspondant à 7 % de la population. Les planificateurs étaient invités à utiliser l'une ou l'autre définition pour établir leurs priorités et déterminer les types de moyens nécessaires.

Nous inspirant de cette dernière étude, nous avons intégré les quatre indicateurs de besoins de soins disponibles dans notre enquête — troubles mentaux, incapacités, idées suicidaires et santé mentale subjective — dans un indicateur

global que nous nommons ici *souffrance psychique*. Comme les chercheurs américains, nous avons planifié au départ d'intégrer dans l'enquête téléphonique une mesure de symptomatologie (détresse psychologique). Malheureusement, elle n'a pu être conservée en raison de sa difficulté d'administration dans un contexte d'entrevue téléphonique à durée limitée. C'est donc pour remplacer en partie cette mesure que nous avons ajouté deux indicateurs : les idées suicidaires et la santé mentale subjective, sachant bien sûr que ces concepts ne sont pas équivalents, mais espérant pouvoir ainsi repérer d'autres personnes souffrantes qui ne répondaient pas aux critères diagnostiques.

L'intégration de plusieurs indicateurs dans une mesure globale de souffrance psychique comporte d'autres avantages. Par exemple, notre mesure des troubles mentaux n'incluant que les plus fréquents, les personnes souffrant de troubles mentaux plus rares pourraient être repérées par les autres indicateurs. Par ailleurs, la prévalence des troubles mentaux est, dans notre étude, inférieure à celle observée dans la plupart des études menées ailleurs, comme nous l'avons signalé au chapitre 3. Une mesure plus large peut ainsi pallier une sous-estimation potentielle des problèmes de santé mentale.

Un autre avantage concerne les personnes qui ont déjà souffert d'un trouble mental et qui semblent maintenant stabilisées. Bien que la majorité de ces personnes puissent être considérées comme guéries et ne pas avoir besoin de soins particuliers, certaines peuvent demeurer fragiles et nécessiter une intervention pour maintenir ou consolider leur équilibre psychique. Ainsi, la présence d'incapacités, d'idées suicidaires ou une santé mentale perçue comme mauvaise chez une personne ayant eu un trouble mental dans le passé peuvent indiquer qu'elle demeure fragile.

Méthode

La souffrance psychique est ici définie par la présence d'au moins une des quatre manifestations suivantes :

- la présence, au cours des 12 derniers mois, d'un des troubles mentaux mesurés dans l'enquête;
- le fait de percevoir son état de santé mentale comme mauvais par rapport à celui des autres personnes de son âge;
- une incapacité à s'acquitter de ses tâches quotidiennes au cours du dernier mois en raison de problèmes affectifs ou nerveux, ou de consommation d'alcool ou de drogues;
- des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Comme on peut le constater, la période de référence est relativement récente, même si elle varie quelque peu d'un indicateur à l'autre.

La variable *souffrance psychique*, telle que nous l'avons construite, ne comporte aucune donnée manquante, et cela malgré le fait que les variables la composant en comportent. La décision de ne pas tenir compte des données manquantes a été prise à la suite des analyses montrant : qu'aucune personne n'avait des données manquantes sur les trois ou quatre variables de base; qu'un faible pourcentage de personnes avaient une ou deux données manquantes; que, parmi ces dernières, certaines cotaient positivement pour la variable globale. Éliminer un sujet pour une ou deux données manquantes? Le conserver? Dans un cas comme dans l'autre, l'erreur apparaissait aussi grande. Aussi, avons-nous opté pour conserver le sujet, cette solution étant plus simple. En conséquence, une donnée manquante à une des variables de base a été traitée comme une réponse négative.

Résultats

La souffrance psychique et ses composantes

Telle que nous venons de la décrire, la souffrance psychique est présente chez 19 % des Montréalais. La figure 7.1 illustre la contribution de chacune de ses composantes, de même que la répartition de la population selon le nombre de critères présents. Ainsi, on peut constater que la majorité des personnes souffrantes (13 % par rapport à 19 %) ne présentent qu'un seul critère, ce qui montre bien que ces indicateurs ne se recoupent qu'en partie. Les 13 % de personnes qui n'ont qu'un critère se divisent ainsi : 6,4 % présentent un trouble mental, 3,2 % considèrent leur santé mentale comme mauvaise, 3,1 % déclarent des incapacités liées à des problèmes de santé mentale et 0,4 % disent avoir eu des idées suicidaires (données non présentées). Il est à noter que le critère *idées suicidaires* est, parmi les quatre, celui qui se présente le plus rarement seul.

Figure 7.1

Prévalence de la souffrance psychique et de ses composantes (n = 4 234)

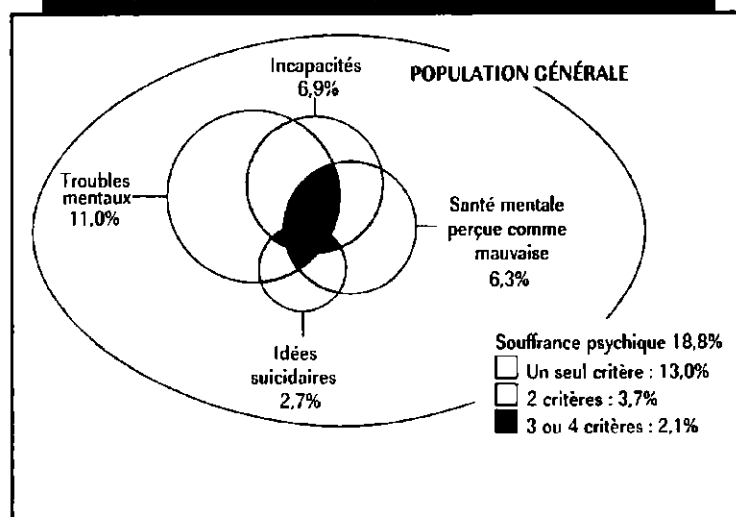
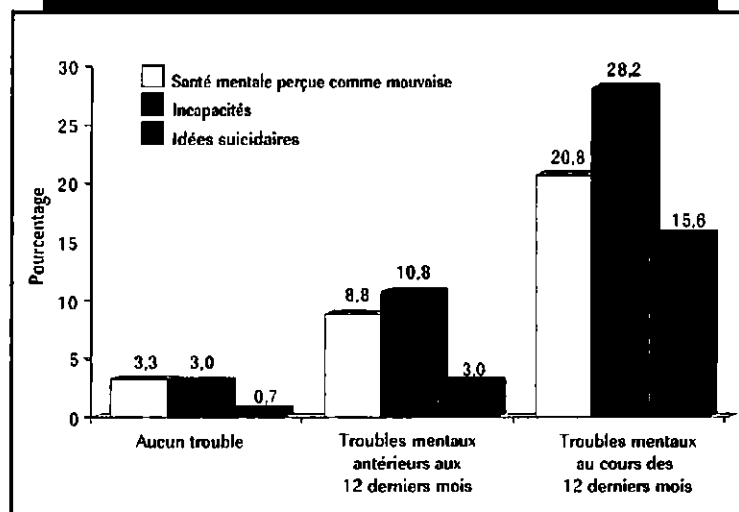


Figure 7.2

Prévalence des manifestations de souffrance psychique selon l'absence d'un trouble mental, sa présence au cours des 12 derniers mois ou dans le passé (n = 4 234)



La présence d'un trouble mental récent (12 derniers mois) est fortement associée aux trois autres indicateurs, comme on peut le constater à la figure 7.2. En effet, parmi les personnes atteintes d'un trouble mental dans la dernière année, 21 % voient leur santé mentale comme mauvaise, 28 % déclarent des incapacités au cours du dernier mois et 16 % déclarent avoir eu des idées suicidaires au cours de la dernière année. Les personnes qui ont souffert d'un trouble mental il y a plus de 12 mois par rapport à celles qui n'en ont jamais souffert ont également un risque plus grand de présenter une autre manifestation de souffrance,

mais évidemment dans une moindre mesure que celles atteintes d'un trouble mental dans la dernière année. Par ailleurs, signalons que 75 % des personnes atteintes d'un trouble mental dans le passé ne présentent plus aucun signe de souffrance psychique (données non présentées). Enfin, une petite proportion des Montréalais perçoivent leur santé mentale comme mauvaise, déclarent avoir eu des idées suicidaires ou des incapacités sans que nous n'ayons pu déceler la présence d'un trouble mental récent ou passé. De ce fait, il ne faudrait toutefois pas conclure que ces formes de souffrance psychique sont négligeables.

Facteurs associés à la souffrance psychique

La souffrance psychique n'affecte pas également tous les Montréalais (tableau 7.1). Par exemple, les femmes sont, en proportion, plus nombreuses que les hommes à présenter au moins l'une des quatre manifestations de souffrance psychique. Plus les individus sont jeunes, plus ils sont nombreux à souffrir ; la prévalence varie de 30 % chez les plus jeunes à 10 % chez les aînés. La proportion de personnes présentant une souffrance psychique est plus élevée chez les célibataires et les personnes séparées ou divorcées que chez les personnes veuves, mariées ou vivant avec un conjoint de fait. En ce qui a trait à l'organisation du ménage, les personnes vivant en situation de famille monoparentale affichent la prévalence la plus élevée (31 %), suivies de celles vivant seules ou avec un colocataire (22 % et 24 % respectivement);

enfin, les plus faibles prévalences se retrouvent chez les personnes vivant en couple avec ou sans enfant (16 % et 14 %). Un peu plus de 30 % des personnes se percevant comme financièrement pauvres présentent au moins une des manifestations de souffrance psychique comparativement à 16 % ou à 17 % chez celles se considérant comme à l'aise ou comme ayant un revenu suffisant. En ce qui a trait à la scolarité, les personnes appartenant à la catégorie *plus faible* sont plus nombreuses à présenter une souffrance psychique que les personnes classées dans les autres catégories (26 % par rapport à environ 17 % chez les autres). Sur le plan de l'occupation, la proportion de personnes

Tableau 7.1

Prévalence de la souffrance psychique selon les caractéristiques sociodémographiques (n = 4 234)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ¹		Statut financier perçu ¹	
Homme	16,9	À l'aise	16,1
Femme	20,5	Suffisant	17,0
		Pauvre/Très pauvre	31,3
Âge ¹		Scolarité relative ¹	
18-24 ans	30,2	Plus faible	26,2
25-44 ans	21,0	Faible	17,4
45-64 ans	17,4	Moyenne	17,6
65 ans et plus	10,3	Élevée	17,3
		Plus élevée	16,9
État matrimonial ¹		Occupation ¹	
Marié/Conjoint de fait	14,6	En emploi	17,6
Séparé/Divorcé	24,9	Aux études	29,3
Veuf	15,6*	Tient maison	23,0
Célibataire	24,7	Autre	14,9
Organisation du ménage ¹		Sous-région ¹	
Vit seul	21,7	Ouest	15,2
Couple sans enfant	13,6	Nord	16,3
Famille monoparentale	30,7	Sud-Ouest	19,7
Couple avec enfant	15,7	Centre-Ouest	17,4
Colocataire sans enfant	24,4	Centre-Est	24,7
		Est	18,9
Total	18,8		

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

¹ p < 0,01.

affectées est plus élevée chez celles qui sont aux études (29 %) et qui tiennent maison (23 %) que chez celles qui sont en emploi ou qui ont un autre type d'occupation. La sous-région du Centre-Est est celle où il y a la plus forte concentration de personnes ayant une souffrance psychique (25 %).

Facteurs déterminants de la souffrance psychique

Les facteurs les plus fortement associés sont présentés sur la base d'analyses multivariées (régression logistique) permettant de prendre en compte l'apport de chacun des différents facteurs associés. Toutes les variables sociodémographiques ont été considérées (et non seulement celles significatives aux analyses bivariées). Les résultats (tableau 7.2) sont présentés de manière un peu différente de celle utilisée dans les autres chapitres, cela en raison du choix de la catégorie de référence qui, ici, est la valeur centrale plutôt qu'une valeur extrême.

En contrôlant ainsi les différentes variables sociodémographiques, il apparaît que l'âge (relation inverse) et le statut financier perçu comme pauvre sont les

Tableau 7.2

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la souffrance psychique (n = 4 234)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Sexe (Homme)	Femme	0,24	0,10	1,27 ²	1,04 - 1,55
Âge (25-44 ans)	18-24 ans	0,35	0,17	1,42 ¹	1,01 - 1,98
	45-64 ans	-0,31	0,13	0,74 ¹	0,57 - 0,95
	65 ans et plus	-1,09	0,23	0,34 ¹	0,22 - 0,53
Scolarité relative (Moyenne)	Plus faible	0,42	0,14	1,52 ¹	1,15 - 2,01
	Faible	-0,04	0,16	0,96	0,71 - 1,31
	Élevée	0,03	0,15	1,03	0,77 - 1,38
	Plus élevée	0,09	0,16	1,09	0,80 - 1,50
Statut financier perçu (Suffisant)	À l'aise	-0,04	0,12	0,96	0,74 - 1,22
	Pauvre	0,62	0,13	1,86 ¹	1,44 - 2,40
Spiritualité (Pas importante)	Importante	0,25	0,11	1,29 ²	1,03 - 1,60

R² de Nagelkerke : 0,090

* Méthode introduction forcée.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

deux facteurs les plus déterminants. Viennent ensuite le fait d'avoir une scolarité *plus faible* et celui d'être une femme. L'état matrimonial, l'organisation du ménage, l'occupation et la sous-région ne ressortent pas comme des facteurs significatifs, en raison probablement de la forte corrélation de ces facteurs avec les autres déjà mentionnés. Par contre, un nouveau facteur ressort de manière significative : les personnes qui considèrent leur spiritualité comme importante sont relativement plus nombreuses à présenter l'une ou l'autre des manifestations de souffrance psychique¹.

Discussion

Près d'un Montréalais sur cinq présente l'une ou l'autre des manifestations de souffrance psychique. Comparativement à l'étude de Shapiro *et al.* (1986) citée en début de chapitre, la prévalence d'un tel indicateur global est un peu plus élevée dans notre étude que dans la leur (18,8 % et 14 % respectivement). Cela est quelque peu étonnant dans la mesure où leur indicateur incluait l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale.

Par rapport à l'étude de Ciarlo *et al.* (1992a), la prévalence est plus faible dans notre étude, peu importe que l'indicateur soit défini par *au moins un critère* (18,8 % par rapport à 26,5 %) ou par *au moins deux critères* (5,8 % par rapport à 9,7 %). Il est difficile d'interpréter ces différences, les mesures dans chacune des études n'étant pas totalement comparables. Par contre, il n'est pas étonnant de trouver des prévalences plus élevées dans l'étude de Ciarlo *et al.* Tout d'abord, leur indicateur global incluait une mesure de symptomatologie élevée; pour cette seule mesure, la prévalence était de 11 %. De plus, la proportion de personnes présentant des incapacités dans cette étude était de 11 % et la prévalence des troubles mentaux était de 16 %; dans notre enquête, ces proportions étaient plus faibles, respectivement 7 % et 11 %. Comme on l'a vu, l'apport supplémentaire de l'ajout de la composante *idées suicidaires* dans notre étude était négligeable (0,4 %), alors que celui de la composante de santé mentale subjective était un peu plus substantiel (3,2 %).

Notons que parmi les personnes répondant à au moins un critère, environ 65 % n'en présentaient qu'un seul, que ce soit dans l'étude de Ciarlo *et al.* ou dans la nôtre. Ainsi, on peut constater que les différentes composantes de l'indicateur global sont relativement indépendantes. La souffrance psychique doit donc être vue comme un indicateur multidimensionnel permettant de repérer un plus large spectre de personnes ayant potentiellement besoin de

¹ La relation entre spiritualité et souffrance psychique ne sera pas discutée davantage dans ce chapitre. Comme nous l'avons mentionné au chapitre 3, d'autres travaux seront nécessaires pour bien comprendre cette relation.

soins. Le planificateur, selon ses besoins, pourra utiliser l'indicateur global de souffrance psychique, une variante de cet indicateur (par exemple, au moins deux critères) ou encore l'indicateur de troubles mentaux. Ciarlo *et al.* notaient que plus le nombre de critères est élevé, plus forte est l'association entre l'indicateur global et l'utilisation des services.

Le fait d'être jeune est clairement associé à la souffrance psychique, comme cela l'était pour ses quatre composantes. Trois Montréalais sur dix âgés de 15 à 24 ans présentent une telle souffrance comparativement à 10 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. D'un point de vue préventif, il apparaît clair que les jeunes sont un groupe à cibler.

Le statut financier perçu est également fortement associé à la souffrance psychique. Comme nous l'avons mentionné précédemment, il est difficile de déterminer si la pauvreté est une cause ou une conséquence.

Au chapitre sur les troubles mentaux, nous avons vu que les hommes et les femmes se distinguent les uns des autres par les types de troubles et que les femmes apparaissent un peu plus nombreuses à être atteintes si l'on considère l'ensemble des troubles mesurés. Au chapitre des incapacités liées à des problèmes affectifs ou nerveux, les femmes étaient également plus nombreuses que les hommes à en être affectées. Il en est de même pour ce qui est de la souffrance psychique.

L'indicateur global de souffrance psychique a été mis au point pour les besoins de cette enquête, ce qui rend difficile les comparaisons avec d'autres études. Par ailleurs, c'est un indicateur plus large que celui de trouble mental, ce qui permet de détecter des personnes ayant d'autres types de souffrance. Au chapitre 11, nous reviendrons sur ce concept pour en étudier la valeur et discuter de l'intérêt de son utilisation dans une enquête comme la nôtre.

Faits saillants

- La souffrance psychique est très présente au sein de la population : environ un Montréalais sur cinq en est affecté.
- La pauvreté est un facteur fortement associé à cette souffrance.
- Un niveau de scolarité plus faible est associé à une prévalence plus élevée de souffrance psychique.
- Les femmes sont relativement plus nombreuses que les hommes à présenter des signes de souffrance psychique.
- Sur un plan préventif, les jeunes étant proportionnellement plus nombreux à être affectés, ils devraient être un groupe à cibler.

- 8 Connaissances sur les signes de la maladie et les besoins de soins**
- 9 Croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale**

8

Connaissances sur les signes de la maladie et les besoins de soins

La méconnaissance de la maladie mentale influence les croyances que la population entretient à l'égard de ce problème. Elle influence aussi la capacité des personnes affectées ou de leur entourage à reconnaître les signes de leurs problèmes et à orienter leur décision quant au professionnel à consulter en fonction des symptômes présentés. À cause de cette méconnaissance, certaines personnes qui consultent ne décrivent pas leurs symptômes sous l'angle de la santé mentale mais plutôt sous celui des symptômes physiques. Ceci contribue vraisemblablement au fait que seulement une personne symptomatique sur deux est identifiée comme telle par l'omnipraticien qu'elle consulte, ce professionnel étant d'ailleurs celui le plus souvent consulté pour ce genre de problèmes (Goldberg, 1990). La méconnaissance affecte donc non seulement la reconnaissance des signes du problème et le recours à l'aide qui en découle, mais aussi le pronostic des personnes affectées. Cet aspect a donc été évalué en tant que déterminant de la demande d'aide, c'est-à-dire comme un facteur influençant la décision de faire appel à un service.

Méthode

Pour évaluer les connaissances de la population sur les signes de la maladie et les besoins de soins, neuf descriptions de cas illustrant différentes situations de vie ont été élaborées. Cinq de ces descriptions de cas illustrent des personnes souffrant d'un trouble mental répondant aux critères du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1996), notamment une dépression majeure, une schizophrénie, une anxiété généralisée, une phobie et une dépendance à l'alcool. Deux autres descriptions de cas présentent des personnes vivant une situation de vie stressante (deuil et perte d'emploi) et, enfin, deux autres, une situation de vie normale. Un exemple de ces descriptions de cas est présenté en encadré et les autres sont présentées en annexe. Une seule description de cas¹, sélectionnée aléatoirement, est soumise au répondant et le sexe de la personne décrite dans la description de cas alterne de façon à décrire autant d'hommes que de femmes. Trois des questions se rapportant à la description de cas sont analysées ici. Deux questions concernent l'habileté de la personne interrogée à reconnaître la présence d'un problème et à identifier le trouble présenté et une question porte sur les besoins de soins professionnels qui s'ensuivent. Le questionnaire utilisé est inspiré de celui développé au Québec par Melanson-Ouellet (1980) et de celui utilisé par Jorm *et al.* (1997) dans une étude australienne.

Description de cas : Anxiété généralisée

Depuis plus de six mois, Jeanne est très tendue et s'inquiète de tout. L'autre jour, son fils avait une grippe et elle s'imaginait qu'il allait mourir. Elle craint toujours qu'elle va manquer d'argent alors qu'elle fait un très bon salaire. Recevoir des gens à la maison l'inquiète également, elle dit avoir de la difficulté à se concentrer pour faire sa part des tâches ménagères. Il lui arrive souvent de se réveiller la nuit et d'avoir de la difficulté à se rendormir.

¹ Pour éviter d'allonger indûment l'entrevue téléphonique, une seule description de cas a été soumise.

Les questions relatives à cette section ont été administrées à 3 215 Montréalais, dont 1 813 pour les descriptions de cas *troubles mentaux*, 739 pour les descriptions de cas *situation de vie stressante* et 663 pour celles *situation de vie normale*. Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 2 % pour toutes les questions de cette section. L'analyse des caractéristiques des personnes selon le type de description de cas administrée ne montre aucune différence significative.

Reconnaissance des signes de la maladie

Une analyse détaillée des réponses obtenues quant au problème présenté dans la description de cas a d'abord été effectuée. Ces réponses ont été classifiées selon leur adéquation par rapport au problème exposé dans la description de cas. Puis, cette classification a été dichotomisée, par regroupement de descriptions de cas, en deux variables : une première qui indique s'il y a *reconnaissance d'un problème de santé mentale* ou *non-reconnaissance d'un problème de santé mentale* et une deuxième variable qui signale s'il y a *identification précise du problème* ou *identification non précise du problème*. Évidemment, pour les descriptions de cas *situation de vie stressante*, la catégorisation repose sur un regroupement différent puisque la reconnaissance d'un problème de santé mentale dans ces situations ne constitue pas la réponse recherchée. Pour ces descriptions de cas, les catégories sont donc *identification d'un problème lié à la situation stressante* et *non-identification d'un problème lié à la situation stressante*. Enfin, pour les descriptions de cas *situation de vie normale*, seule la deuxième variable (*identification précise vs identification non précise de la situation décrite*) a été utilisée.

Reconnaissance des besoins de soins

Un premier regroupement des données a permis d'identifier les personnes qui reconnaissent un besoin d'aide professionnelle. Les réponses à deux questions étaient considérées pour effectuer ce regroupement, soit celle spécifique au besoin d'aide et celle relative à la reconnaissance d'un problème. En effet, les personnes ne reconnaissant pas la présence d'un problème dans le cas présenté étaient regroupées avec celles qui n'y voyaient pas de besoin d'aide.

Résultats

Reconnaissance des signes de la maladie

Les proportions des réponses obtenues relativement à l'identification du problème exposé dans les descriptions de cas sont présentées au tableau 8.1. On constate que la majorité des Montréalais évalue relativement bien les situations présentées dans les descriptions de cas. En effet, deux personnes sur trois (69 %) relient à un problème de santé mentale les situations exposées dans les descriptions de cas *troubles mentaux*, près de un sur deux (46 %) relie celles des descriptions de cas *situation de vie stressante* à des problèmes de vie et, enfin, plus de la moitié (56 %) ne voit pas de problème dans les descriptions de cas *situation de vie normale*. Pour ces dernières, le fait qu'une proportion assez importante de personnes (42 %) ait identifié un problème alors qu'il n'y en avait pas, est vraisemblablement lié à la procédure même de la collecte de données, soit la présentation d'une seule description de cas par individu. Ce dernier a pu se sentir obligé de reconnaître la présence d'un problème. Toutefois, la perception de la présence d'un problème varie selon la gravité de la situation décrite par type de descriptions de cas.

Tableau 8.1

Répartition de la population selon l'identification des situations présentées dans les descriptions de cas (n = 3 215)

Description de cas	Problème de santé mentale %	Problème autre %	Ne sait pas quel problème %	Pas de problème perçu %	Identification précise %
Troubles mentaux	68,6	17,3	5,6	8,5	45,0
Dépendance à l'alcool	93,7	2,3	2,0	1,9	91,1
Dépression majeure	76,8	10,1	6,2	6,8	59,2
Schizophrénie	71,0	15,1	9,2	4,6	19,5
Phobie	62,4	20,2	4,8	12,5	37,2
Anxiété généralisée	39,1	38,4	5,9	16,6	17,0

Description de cas	Problème de vie %	Problème de santé mentale %	Ne sait pas quel problème %	Pas de problème perçu %	Identification adéquate %
Situation de vie stressante	46,3	31,1	2,7	20,0	23,9

Description de cas	Pas de problème perçu %	Problème quelconque %	Ne sait pas %
Situation de vie normale	55,6	42,4	2,0

L'identification précise du problème est cependant moins fréquente (45 % pour les descriptions de cas *troubles mentaux* et 24 % pour les descriptions de cas *situation de vie stressante*). Enfin, près d'un Montréalais sur dix (9 %) ne voit aucun problème dans les symptômes présentés dans les descriptions de cas *troubles mentaux* alors que 6 % reconnaissent l'existence d'un problème mais ne peuvent le nommer.

En ce qui a trait plus spécifiquement aux descriptions de cas *troubles mentaux*, l'anxiété généralisée est le trouble le moins reconnu comme un problème de santé mentale par les Montréalais. Seulement un peu plus d'une personne sur trois (39 %) l'associe à un tel problème, ce qui n'est que légèrement plus élevé que la proportion de personnes qui voient un problème de santé mentale dans les descriptions de cas *situation de vie stressante* (31 %). Ce trouble est aussi celui le moins identifié précisément, 17 % seulement le décrivant comme un problème d'anxiété ou d'angoisse. À l'inverse, la dépendance à l'alcool est reconnue par la quasi totalité des Montréalais, plus de neuf personnes sur dix l'ayant précisément identifiée. La dépression majeure est reliée à un problème de santé mentale par une grande proportion de Montréalais (près de huit personnes sur dix), 59 % l'ayant même identifiée précisément. Par ailleurs, bien que la schizophrénie ne soit précisément reconnue que par seulement 20 % des Montréalais, la gravité des symptômes présentés dans la description de cas amène quand même sept personnes sur dix (71 %) à les associer à un problème de santé mentale. Enfin, une proportion non négligeable de Montréalais ne voit aucun problème dans les cas dépeints dans les descriptions de cas *troubles mentaux*, particulièrement celles présentant des cas de troubles anxieux (phobie avec 13 % et anxiété généralisée avec 17 %).

Description des problèmes identifiés

Une analyse plus détaillée des réponses obtenues à la question se rapportant à la désignation du trouble présenté a été effectuée pour les descriptions de cas *troubles mentaux* permettant ainsi une meilleure appréciation des connaissances des signes de la maladie par la population². D'abord, pour la description de cas *anxiété généralisée*, aucune catégorie ne recueille la majorité des réponses (tableau 8.2). Il y a autant de Montréalais qui associent ces signes à un problème d'estime de soi qu'à un problème d'anxiété comme tel (20 % et 19 %) et 15 % des Montréalais n'y voient qu'un problème de surmenage ou de stress. La population a donc plutôt tendance à minimiser la gravité des signes associés à l'anxiété généralisée. D'ailleurs, près d'une personne sur cinq n'y voyait aucun problème. Pour la phobie, la reconnaissance précise du problème est bien meilleure (43 %) et 15 % des Montréalais

² Cette analyse n'a pas été menée pour la description de cas *dépendance à l'alcool*, les réponses étant trop peu diversifiées.

l'associent à des peurs. Cette dernière dénomination indique vraisemblablement qu'on estime moins graves les symptômes présentés. Il est intéressant de noter que plus d'une personne sur dix (13 %) relie les symptômes décrits à de l'angoisse et de l'anxiété qui sont des manifestations associées aux troubles anxieux. Enfin, 16 % des Montréalais relient les symptômes de la phobie à des problèmes psychologiques.

Tableau 8.2

Proportion des problèmes rapportés par la population pour les descriptions de cas *troubles mentaux*

Problème rapporté	Anxiété (n = 366)	Phobie (n = 352)	Dépression (n = 355)	Schizophrénie (n = 377)
Angoisse et anxiété	20,4	12,6	—	—
Phobie	—	42,5	—	—
Dépression	10,6	—	63,3	15,0
Schizophrénie	—	—	—	19,9
Problèmes psychologiques	8,6	16,2	10,5	14,8
Maladies mentales	7,3	—	3,5	25,5
Problèmes personnels	3,1	—	—	13,3
Estime de soi	19,1	—	5,8	—
Stress et surmenage	14,8	—	—	—
Peurs	—	15,1	—	—
Autre	9,0	8,0	10,2	2,1
Ne sait pas	7,1	5,5	6,7	9,4

Pour la description de cas *dépression majeure*, six personnes sur dix identifient la dépression dans les symptômes décrits, ce qui est bien meilleur que ce qui a été observé pour les deux types de troubles anxieux. Outre des problèmes d'ordre psychologique, aucun autre problème n'est mentionné par une proportion de Montréalais supérieure à 10 %. Enfin, pour ce qui est de la description de cas *schizophrénie*, outre les 20 % de Montréalais qui l'identifient correctement, les réponses sont beaucoup plus partagées et beaucoup plus générales (maladie mentale, problèmes psychologiques, etc.), mais la présence d'un problème est reconnue par une très grande majorité. Il est à noter que c'est le trouble le plus souvent identifié sous le vocable de *maladie mentale*, ce qu'on peut associer à une certaine notion de gravité.

Caractéristiques des personnes reconnaissant le mieux les signes de la maladie

Les résultats des analyses visant à déterminer le profil des personnes reconnaissant le mieux les signes de la maladie mettent en évidence que les troubles de santé mentale présentés dans les descriptions de cas *troubles mentaux* sont surtout reconnus par les femmes, par les personnes très scolarisées et par celles ayant une expérience de la maladie mentale (soit pour avoir elles-mêmes souffert d'un trouble mental au cours de leur vie, soit pour avoir, dans leur entourage, une personne atteinte d'un tel problème (tableau A8.1 en annexe). Par contre, les personnes provenant des communautés ethniques ont été significativement moins nombreuses à associer les problèmes présentés dans les descriptions de cas *troubles mentaux* à des problèmes de santé mentale. Ainsi, les personnes ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais sont proportionnellement moins nombreuses à reconnaître un problème de santé mentale dans les cas décrits.

Une analyse de régression logistique a été effectuée pour tenter d'identifier les variables les plus déterminantes dans la reconnaissance d'un problème de santé mentale pour les descriptions de cas *troubles mentaux*. Pour cette analyse, dont les résultats sont présentés au tableau 8.3, nous avons considéré les variables sociodémographiques et celles reliées à l'état de santé mentale qui étaient significatives aux analyses bivariées. Ainsi, *avoir un niveau élevé de scolarité* est la condition la plus déterminante dans la reconnaissance d'un problème de santé mentale. Suivent le fait d'avoir le français comme langue maternelle et celui d'être une femme. Enfin, *avoir déjà eu un trouble quelconque de santé mentale durant sa vie* est aussi une variable déterminante. Par ailleurs, ces variables n'expliquant que 7,8 % de la variance totale, il est évident que d'autres facteurs non évalués dans cette étude sont associés à la reconnaissance d'un problème de santé mentale.

Tableau 8.3

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la reconnaissance d'un problème de santé mentale pour les descriptions de cas *troubles mentaux* (n = 1 813)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Scolarité relative (Plus faible)	Plus élevée	0,96	0,21	2,6 ¹	1,7 – 4,0
Scolarité relative (Plus faible)	Élevée	0,88	0,20	2,4 ¹	1,6 – 3,5
Langue maternelle (Autre)	Français	0,59	0,14	1,8 ¹	1,4 – 2,4
Scolarité relative (Plus faible)	Moyenne	0,56	0,18	1,8 ¹	1,2 – 2,5
Sexe (Homme)	Femme	0,48	0,13	1,6 ¹	1,3 – 2,1
Scolarité relative (Plus faible)	Faible	0,43	0,19	1,5 ²	1,1 – 2,2
Troubles mentaux quelconques au cours de la vie (Absence)	Présence	0,40	0,14	1,5 ¹	1,1 – 2,0
Constante		-0,52	0,18		

R² de Nagelkerke : 0,078

* Méthode pas-à-pas.

¹ p < 0,01.

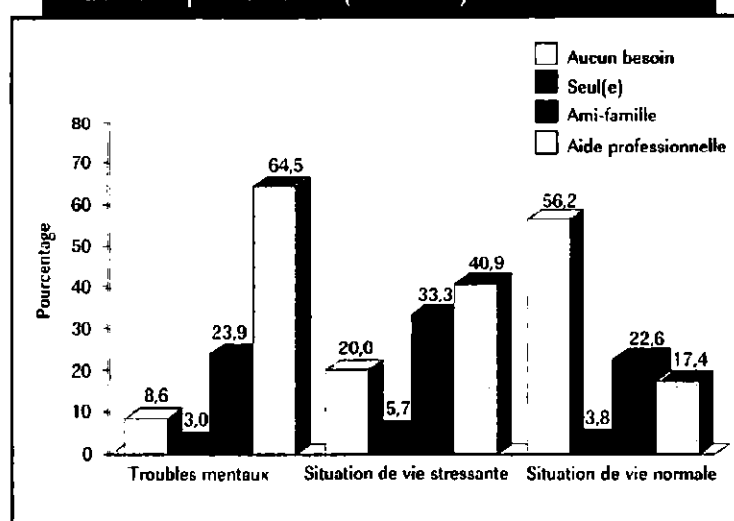
² p < 0,05.

Reconnaissance des besoins de soins

La figure 8.1 présente les proportions obtenues selon les types de besoins reconnus pour chacun des regroupements de descriptions de cas. Pour les descriptions de cas *troubles mentaux*, plus de six Montréalais sur dix (65 %) croient que les personnes qui y sont dépeintes devraient avoir recours à une aide professionnelle. À peine 3 % d'entre eux estiment que ces personnes peuvent s'en tirer sans aide extérieure. Ils sont toutefois plus nombreux (24 %) à penser qu'avec l'aide des amis ou de la famille, les problèmes décrits pourraient être résolus. Par contre, 9 % n'y voient aucun besoin, car ils ne reconnaissent pas la présence d'un problème.

Figure 8.1

Répartition de la population selon les différents types de besoins reconnus pour chacun des regroupements de descriptions de cas (n = 3 215)



La situation est à peu près à l'opposé pour les descriptions de cas *situation de vie normale*. En effet, 56 % des Montréalais ne reconnaissent aucun besoin d'aide pour ces personnes, alors que 17 % d'entre eux pensent que les situations exposées dans les descriptions de cas nécessitent le recours à une aide professionnelle. Enfin, pour les descriptions de cas *situation de vie stressante*, les avis sont beaucoup plus partagés quant au type d'aide requise, la majorité des Montréalais (41 %) favorisant malgré tout le recours à une aide professionnelle.

Une analyse plus détaillée du besoin d'aide professionnelle a été effectuée pour chacune des descriptions de cas *troubles mentaux* (tableau 8.4). Une proportion non négligeable de Montréalais estiment que les personnes dépeintes dans les descriptions de cas *anxiété généralisée* et *phobie* n'ont pas besoin d'aide ou peuvent résoudre seules leurs problèmes. Ces deux possibilités totalisent 24 % des réponses pour l'*anxiété généralisée* et 14 % pour la *phobie*. Seulement 46 % des Montréalais estiment qu'une aide professionnelle est requise pour régler les symptômes décrits dans la description de cas *anxiété généralisée*. Ce besoin est toutefois reconnu dans une proportion plus importante (63 %) pour la *phobie*.

Tableau 8.4

Répartition de la population selon les différents types de besoins reconnus pour chacune des descriptions de cas *troubles mentaux*

Description de cas	Aucun besoin	Seul(e)	Ami/Famille	Aide professionnelle
Dépendance à l'alcool (n = 363)	2,0	3,0	19,6	75,4
Dépression majeure (n = 355)	6,8	2,6	26,0	64,6
Schizophrénie (n = 377)	4,7	1,1	19,7	74,5
Phobie (n = 352)	12,6	1,8	23,1	62,5
Anxiété généralisée (n = 366)	16,9	6,6	30,7	45,8

Pour les autres descriptions de cas, autour de sept Montréalais sur dix jugent qu'une aide professionnelle est requise. Très peu croient que les personnes présentées dans ces descriptions de cas n'ont pas de besoins ou peuvent résoudre seules leurs problèmes. En effet, un total de seulement 9 % ont cette opinion pour la *dépression majeure*, 6 % pour la *schizophrénie* et 5 % pour la *dépendance à l'alcool*.

Cette appréciation du besoin d'aide professionnelle confirme que la population a une meilleure connaissance de la dépression et de la dépendance à l'alcool, de même qu'une bonne capacité à relier les symptômes de la schizophrénie à des problèmes de santé mentale nécessitant une aide professionnelle. Toutefois, l'anxiété généralisée est non seulement le problème le moins bien reconnu, mais aussi celui pour lequel les Montréalais reconnaissent le moins un besoin d'aide professionnelle.

Caractéristiques des personnes reconnaissant le mieux le besoin d'aide professionnelle

Une analyse plus détaillée a été effectuée pour connaître le profil de ceux qui reconnaissaient le mieux le besoin d'aide professionnelle pour l'ensemble des descriptions de cas *troubles mentaux*. Plusieurs variables sociodémographiques et plusieurs variables liées à la santé mentale sont associées à la reconnaissance du besoin d'aide professionnelle selon les analyses bivariées (tableau A8.2 en annexe). À partir de ces variables, une analyse de régression logistique a été effectuée pour tenter d'identifier les variables les plus déterminantes dans la reconnaissance du besoin d'aide professionnelle pour les descriptions de cas *troubles mentaux*. Les résultats de cette analyse sont présentés au tableau 8.5.

Tableau 8.5

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la reconnaissance du besoin d'aide professionnelle pour les descriptions de cas *troubles mentaux* (n = 1 813)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Reconnaissance du problème (<i>Non</i>)	<i>Oui</i>	1,31	0,13	3,7 ¹	2,9 – 4,8
Âge (<i>18-24 ans</i>)	<i>45-64 ans</i>	0,99	0,22	2,7 ¹	1,8 – 4,1
	<i>65 ans et plus</i>	0,66	0,23	1,9 ¹	1,2 – 3,0
	<i>25-44 ans</i>	0,63	0,21	1,9 ¹	1,3 – 2,8
Langue maternelle (<i>Autre</i>)	<i>Français</i>	0,54	0,15	1,7 ¹	1,3 – 2,3
Sexe (<i>Homme</i>)	<i>Femme</i>	0,46	0,13	1,6 ¹	1,2 – 2,0
Expérience de la maladie mentale (<i>Non</i>)	<i>Oui</i>	0,31	0,13	1,4 ²	1,1 – 1,8
Constante		-1,65	0,24		

R² de Nagelkerke : 0,194

* Méthode pas-à-pas.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Ainsi, avoir préalablement reconnu la présence d'un problème de santé mentale (par opposition à tout autre type de problèmes ou pas de problème) est la condition la plus déterminante dans la reconnaissance du besoin d'aide professionnelle. Suivent les faits d'être âgé de 25 ans et plus, d'avoir le français comme langue maternelle et d'être une femme. Enfin, avoir l'expérience de la maladie mentale est aussi une condition associée à la reconnaissance du besoin d'aide. Ces variables expliquent 19,4 % de la variance totale.

Discussion

Le fait que les deux tiers des Montréalais soient capables de reconnaître la présence d'un problème de santé mentale et le besoin d'aide professionnelle qui en découle est encourageant. Toutefois, il demeure qu'un tiers des Montréalais pourrait bénéficier d'une amélioration de leur habileté à reconnaître les problèmes de santé mentale. Il serait particulièrement pertinent d'améliorer la détection des troubles anxieux, lesquels sont les moins bien reconnus par la population. Ils peuvent en effet être très handicapants pour les personnes qui les vivent et pourtant il est possible de les traiter assez facilement et efficacement (Antony *et al.*, 1996).

Par ailleurs, l'amélioration des connaissances facilite la reconnaissance des signes des problèmes de santé mentale et favorise le recours aux services pour les personnes aux prises avec de tels problèmes. La diffusion d'une information bien structurée et bien ciblée permettrait non seulement de démystifier la maladie mentale, mais aussi d'améliorer la reconnaissance des signes de la maladie et de rendre plus connus et plus accessibles les services appropriés. Dans ce contexte, certaines cibles seraient à privilégier. On pense entre autres aux jeunes qui, malgré une connaissance satisfaisante du problème, voient peu la pertinence de recourir à des services ou encore aux personnes de la population immigrante qui reconnaissent moins les problèmes et les besoins d'aide qui s'ensuivent.

Faits saillants

- De façon générale, les problèmes de santé mentale sont reconnus comme tels par deux Montréalais sur trois, sans toutefois être nécessairement identifiés précisément.
- L'anxiété généralisée est incontestablement le problème le moins bien connu des Montréalais, alors que la dépendance à l'alcool est reconnue par la quasi-totalité de la population.
- La non-reconnaissance des problèmes de santé mentale décrits est surtout le fait :
 - ⇒ des hommes;
 - ⇒ des personnes moins scolarisées;
 - ⇒ de celles n'ayant ni le français, ni l'anglais comme langue maternelle;
 - ⇒ et de celles n'ayant pas d'expérience des problèmes de santé mentale.
- La non-reconnaissance du besoin d'aide professionnelle qui en découle est surtout le fait :
 - ⇒ des hommes;
 - ⇒ des personnes âgées de moins de 25 ans;
 - ⇒ de celles n'ayant ni le français, ni l'anglais comme langue maternelle;
 - ⇒ et de celles n'ayant pas d'expérience des problèmes de santé mentale.

9

Croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale

Plusieurs auteurs ont mis en lumière le rôle des déterminants socioculturels dans le conditionnement des attitudes de la population à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale¹. Ainsi, les croyances négatives associées aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale jouent un rôle prédominant dans la construction des attitudes de rejet de la population à l'égard de leur intégration dans la communauté et, par conséquent, peuvent avoir des répercussions sur la qualité de vie des personnes aux prises avec un problème de santé mentale (Link et Cullen, 1990; Dorvil *et al.*, 1995).

Méthode

L'échelle de mesure des croyances négatives développée et validée par Dorvil *et al.* (1995) a été soumise lors de l'enquête téléphonique à un ensemble de 3 203 personnes. Cette échelle composée de huit items porte sur divers mythes associés à la maladie mentale et véhiculés dans la population générale. Nous avons jugé pertinent de modifier la formulation d'un item afin de la rendre comparable à celle des autres items, mais surtout pour qu'elle soit conforme à la mesure d'une croyance. Ainsi, l'item « Je ne pourrais pas me fier aux compétences d'un camarade de travail qui souffre de maladie mentale » a été changé pour : « On ne peut pas se fier aux compétences d'un collègue de travail qui souffre de maladie mentale ».

Une analyse factorielle a été effectuée afin de vérifier l'existence d'un modèle comportant un seul facteur. Celui-ci se confirme et explique 32 % de la variance pour l'analyse factorielle et 40 % pour l'analyse en composantes principales. L'évaluation de la consistance interne de cette mesure est acceptable puisque l'alpha de Cronbach est de 0,78.

Un score moyen est obtenu à partir des appréciations données par les individus ayant répondu à l'enquête à chacun des items sur une échelle de mesure en quatre points (de *Tout à fait en accord* à *Tout à fait en désaccord*). Ce score est jugé valide en autant qu'une réponse est obtenue à au moins sept des huit items. Plus le score obtenu est faible, plus les croyances sont négatives chez l'individu.

L'analyse de la non-réponse partielle item par item met en évidence un taux supérieur à 5 % pour quatre des huit items ce qui conduit à près de 10 % pour le score total. La proportion d'individus n'ayant pas répondu est plus élevée chez les femmes, chez ceux percevant leur revenu comme faible, chez les personnes âgées, chez ceux n'ayant pas d'enfant et chez les veufs. Ce taux de non-réponse partielle laisse prévoir une légère sous-estimation des croyances négatives dans la population.

¹ Documents consultés : Dear et Taylor, 1982; Neff et Husaini, 1985; Teft *et al.*, 1988; Poulin et Lévesque, 1995.

Résultats

Le tableau A9.1 en annexe présente les réponses aux divers énoncés composant l'échelle des croyances. Les résultats indiquent qu'à l'aube de l'an 2000, certains mythes demeurent très présents chez les Montréalais. Deux énoncés réfèrent aux croyances favorables à l'institutionnalisation. Ainsi, plus d'un individu sur deux approuve le fait que les hôpitaux psychiatriques sont les meilleurs endroits pour prendre soin des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. De même, une proportion similaire croit que les personnes souffrant d'un problème sévère et chronique devraient rester à l'hôpital psychiatrique plutôt que de vivre en société. Sur le plan du fonctionnement social, 56 % des Montréalais croient que les personnes souffrant d'un problème de santé mentale n'ont en général pas de contrôle sur leurs émotions. Un item lié à la dangerosité des personnes souffrant d'un problème de santé mentale montre que près de 40 % des Montréalais croient encore de nos jours qu'il y a plus de chances qu'une personne soit dangereuse si elle souffre de maladie mentale. En contrepartie, près de trois personnes sur quatre ne croient pas que les personnes qui souffrent de maladie mentale sont des personnes qui fuient les responsabilités de la vie ou encore qu'il soit dangereux pour sa propre santé mentale de fréquenter une personne qui souffre de maladie mentale.

Facteurs associés aux croyances négatives

Les croyances négatives chez les Montréalais varient en fonction de leur profil sociodémographique (tableau 9.1). L'âge des répondants semble ainsi grandement influencer les croyances négatives. Plus on est âgé, plus on a tendance à entretenir des mythes défavorables à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale.

L'état matrimonial amène peu de variations sur le plan des croyances si ce n'est que les veufs se distinguent nettement des autres catégories en démontrant plus de croyances négatives. Les personnes qui tiennent maison, qui sont à la retraite ou sans emploi (catégorie *autre*) véhiculent davantage de croyances négatives à l'égard de ces personnes. La tendance est également univoque lorsqu'on analyse le lien avec diverses autres caractéristiques. Ainsi, les personnes moins scolarisées de même que celles se percevant comme pauvres financièrement, les personnes n'ayant pas d'enfant ou encore celles qui considèrent que la vie spirituelle est importante semblent démontrer plus de croyances négatives à l'égard des personnes qui souffrent d'un problème de santé

mentale. Il est intéressant de noter que les personnes nées à l'extérieur du pays véhiculent plus de préjugés que les personnes nées au Canada ainsi que celles dont la langue maternelle diffère du français ou de l'anglais. Enfin, les croyances négatives s'avèrent plus présentes dans la sous-région Nord de Montréal.

Tableau 9.1

Scores obtenus aux croyances négatives relatives aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale selon diverses caractéristiques sociodémographiques (n = 3 203)

Caractéristique significative	Score moyen	Caractéristique significative	Score moyen
Âge ¹		Avoir des enfants ¹	
18-24 ans	2,9	Oui	2,8
25-44 ans	2,8	Non	2,7
45-64 ans	2,7		
65 ans et plus	2,2		
État matrimonial ¹		Occupation ¹	
Marqué/Conjoint de fait	2,7	En emploi	2,8
Séparé/Divorcé	2,8	Aux études	2,8
Veuf	2,3	Tient maison	2,5
Célibataire	2,8	Autre	2,3
Scolarité relative ¹		Statut financier perçu ¹	
Plus faible	2,5	À l'aise	2,8
Faible	2,7	Suffisant	2,7
Moyenne	2,7	Pauvre/Très pauvre	2,6
Élevée	2,8		
Plus élevée	2,9		
Langue maternelle ¹		Sous-région ¹	
Français	2,8	Ouest	2,9
Anglais	3,0	Nord	2,6
Autre	2,5	Sud-Ouest	2,7
		Centre-Ouest	2,7
		Centre-Est	2,7
		Est	2,7
Lieu de naissance ¹		Spiritualité ²	
Né au Canada	2,8	Importante	2,7
Né ailleurs	2,5	Pas importante	2,8

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Avoir soi-même souffert d'un problème de santé mentale au cours de sa vie, avoir utilisé les services pour ce problème ou avoir une personne dans son entourage qui souffre d'un tel problème risquent d'influencer nos croyances à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale. Un indice a donc été formé à partir de ces trois variables prenant l'appellation *expérience de la maladie mentale* (tableau 9.2). De fait, les résultats montrent qu'avoir une certaine expérience de la maladie mentale amène à développer moins de croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. Ce même constat se vérifie auprès des personnes ayant déclaré des incapacités à la suite d'un problème émotif ou nerveux, ou encore ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 derniers mois.

Tableau 9.2

Scores obtenus aux croyances négatives relatives aux personnes souffrant d'un problème de santé mentale selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 3 203)

Caractéristique significative	Score moyen	Caractéristique significative	Score moyen
Expérience avec la maladie mentale ¹		Idées suicidaires ¹	
Oui	2,8	Présence	2,9
Non	2,6	Absence	2,7
Incapacités ²			
Présence	2,8		
Absence	2,7		

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Facteurs déterminants des croyances négatives

Afin d'identifier les variables les plus fortement associées aux croyances, une analyse de régression linéaire a été effectuée sur les caractéristiques significatives aux analyses bivariées. Le modèle est décrit au tableau 9.3 et explique 23 % des variations observées. On constate, par ordre d'importance, que les personnes dont la langue maternelle n'est ni le français, ni l'anglais, celles qui sont âgées de plus de 65 ans ainsi que celles ayant une scolarité faible présentent plus de croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale. À un moindre niveau, le fait d'être inactif, soit de tenir maison, d'être à la retraite ou sans emploi, amène les individus à véhiculer davantage de croyances négatives. Il en est de même pour les personnes n'ayant aucune expérience de la maladie mentale.

Tableau 9.3

Résultats de l'analyse de régression linéaire* pour les croyances négatives
(n = 3 203)

Variable (Catégorie de référence)	Coefficient de régression	Erreur-type du coefficient	Intervalle de confiance (95%)	Coefficient de régression standardisée
Langue maternelle français (<i>Anglais</i>)	-0,16 ¹	0,04	-0,22 – -0,08	-0,12
Langue maternelle autre que français et anglais (<i>Anglais</i>)	-0,50 ¹	0,04	-0,56 – -0,40	-0,33
Âge 45-64 ans (<i>18-24 ans</i>)	-0,19 ¹	0,05	-0,28 – -0,10	-0,13
Âge 65 ans et plus (<i>18-24 ans</i>)	-0,52 ¹	0,06	-0,63 – -0,40	-0,29
Scolarité relative plus faible (<i>Plus élevée</i>)	-0,31 ¹	0,04	-0,40 – -0,23	-0,19
Scolarité relative faible (<i>Plus élevée</i>)	-0,18 ¹	0,04	-0,27 – -0,10	-0,11
Scolarité relative moyenne (<i>Plus élevée</i>)	-0,14 ¹	0,04	-0,22 – -0,06	-0,09
Scolarité relative élevée (<i>Plus élevée</i>)	-0,09 ²	0,04	-0,17 – -0,01	-0,06
Statut d'activité inactif (<i>Actif</i>)	-0,20 ¹	0,04	-0,26 – -0,12	-0,13
Pas d'expérience de la maladie mentale (<i>Oui</i>)	-0,10 ¹	0,03	-0,16 – -0,04	-0,07
Constante	3,34			

R² (ajusté) = 0,231; écart-type = 0,58; p < 0,000

* Méthode introduction forcée.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Discussion

La mesure des croyances négatives à l'égard des personnes souffrant d'un problème de santé mentale laisse entrevoir qu'une proportion importante de la population éprouve, encore aujourd'hui, des réserves à l'égard de telles personnes. À l'instar d'autres études, on observe que les personnes de langue maternelle autre que le français ou l'anglais, âgées de plus de 65 ans et de scolarité faible entretiennent davantage de préjugés négatifs et sont moins enclines à accepter de côtoyer les personnes qui souffrent de maladie mentale (Poulin et Lévesque, 1995; Dorvil et al., 1995).

L'analyse plus poussée de chacune des croyances composant cet indice montre divers niveaux d'intolérance encore véhiculés dans la société. Ainsi, plus de la moitié des personnes interrogées sont favorables à l'institutionnalisation des personnes aux prises avec un problème de santé mentale, ce qui, bien sûr, contribue à retarder leur intégration dans la société. Notons également qu'une proportion non négligeable associe la maladie mentale à la dangerosité ainsi qu'à un manque de contrôle des émotions. Heureusement, la majorité de ceux qui ont répondu à l'enquête ne croient pas que la maladie mentale soit une fuite des responsabilités de la vie ou encore que de côtoyer une personne souffrante constitue une menace pour leur propre santé mentale.

Bien que cette échelle de croyances ne couvre que partiellement l'univers des déterminants socioculturels relatifs à l'acceptation des personnes souffrant d'un problème de santé mentale, l'analyse montre que les préjugés sont encore bien ancrés dans la population. Une campagne de sensibilisation aux troubles mentaux auprès du grand public s'avérerait certes utile afin de briser ces préjugés et démystifier la maladie mentale.

Faits saillants

- Plus d'une personne sur deux croit que l'hôpital psychiatrique est le meilleur endroit pour prendre soin des personnes souffrant de maladie mentale.
- À divers égards, certains sous-groupes de la population demeurent très méfiants face à l'intégration des personnes souffrant d'un problème de santé mentale dans la communauté :
 - ⇒ les personnes dont la langue maternelle diffère du français ou de l'anglais;
 - ⇒ les personnes âgées de plus de 65 ans;
 - ⇒ les personnes détenant une faible scolarité.

10

Utilisation des services et consommation de médicaments

De façon générale, les données sur l'utilisation des services sont colligées à deux fins : d'une part, afin d'avoir un aperçu de la consommation de services et, d'autre part, en tant qu'indicateur indirect des besoins. Ce deuxième point appelle toutefois quelques réserves : on a observé, en santé mentale comme pour plusieurs problèmes de santé physique, des variations importantes dans les taux d'utilisation des services entre différents secteurs géographiques, alors que les données de prévalence des problèmes à l'étude ne reflétaient pas nécessairement l'amplitude de ces variations.

De plus, le biais de mémoire inhérent à ce type d'enquête rétrospective laisse toujours planer quelque doute quant à la fiabilité des résultats observés. Ce dernier point mérite toutefois d'être nuancé étant donné que ce sont surtout les personnes en bonne santé qui sont susceptibles de sous-estimer leur consommation de services (Camirand *et al.*, 1994). D'ailleurs, dans une étude s'apparentant à la nôtre, quoique à une échelle plus restreinte, Fournier *et al.* (1997), pour valider leurs résultats, ont analysé les données de l'hôpital psychiatrique couvrant le secteur à l'étude et arrivent à des proportions d'utilisateurs comparables.

Quelles que soient les limites relativement à la fiabilité des données recueillies, il est d'autant plus pertinent de se pencher sur l'utilisation des services que les divers systèmes d'information en place sont trop lacunaires pour permettre d'avoir une idée le moins exacte de l'ampleur de ce phénomène, sauf pour les hospitalisations de courte durée dans les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés.

Nous présentons aussi à la fin de ce chapitre quelques données sur la consommation de médicaments, prescrits ou non, pour des problèmes émotifs ou nerveux.

Méthode

Les questions du volet téléphonique qui portent sur l'utilisation des services sont une adaptation de celles de l'*Ontario Mental Health Survey* (Ontario Ministry of Health, 1994). Les sujets interrogés devaient indiquer s'ils avaient utilisé au cours de leur vie les services d'un des huit types de personnes ressources ou s'ils s'étaient rendus dans un des dix types de lieux offrant des services pour des problèmes émotifs ou nerveux, ou pour des problèmes reliés à la consommation de drogues ou d'alcool. Si tel était le cas, ils devaient indiquer s'ils avaient utilisé ces services au cours des 12 derniers mois.

À partir des réponses à ces questions, trois blocs de variables globales ont été créés :

- utilisation d'**au moins un service**;
- utilisation de **soins généraux** (médecins de famille et omnipraticiens, travailleurs sociaux, infirmières et ergothérapeutes, CLSC, médecines douces et clergé) ou de **soins spécialisés** (psychiatres, psychologues, hospitalisations, visites à l'urgence et en clinique externe de psychiatrie, organismes communautaires, groupes d'entraide, centres de crise ou refuges, centres de traitement en toxicomanie);
- utilisation de **services publics** (médecins, psychologues ou psychothérapeutes dans les établissements publics, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, services en CLSC, en milieu hospitalier interne ou externe), de **services privés** (psychologues et psychothérapeutes en pratique privée, spécialistes de médecine douce) ou de **services communautaires** (groupes d'entraide et autres organismes communautaires, lignes téléphoniques ou d'écoute, clergé, centres de crise ou refuges, centres de traitement en désintoxication).

Cette section du questionnaire s'adressait à l'ensemble des sujets ($n = 4\,704$). Le taux de non-réponse partielle est négligeable, variant de 0,1 % à 1,5 % selon les questions.

À ces données s'ajoutent celles recueillies lors des entrevues en face-à-face auprès du sous-échantillon de 359 sujets. Des questions plus détaillées sur l'utilisation des services pour fins de santé mentale leur ont été posées ainsi que des questions sur leur satisfaction et leur attitude par rapport à ces services. Toutes ces questions étaient également une adaptation de celles de l'*Ontario Mental Health Survey*.

Après avoir obtenu les fréquences simples de l'utilisation globale, de l'utilisation des différents fournisseurs de soins et des différents types d'utilisation, nous avons effectué des analyses bivariées (test du chi carré) entre les différents types d'utilisation et ce que nous appellerons des indicateurs de besoin de soins (diagnostic présent ou antérieur, incapacités, santé mentale subjective ou idées suicidaires). Puis, en nous référant au modèle d'Anderson sur l'utilisation des services (Anderson, 1995; Anderson *et al.*, 1973), nous avons distingué les **facteurs prédisposants**, qui correspondent aux variables de caractéristiques personnelles (sexe, âge, état matrimonial, organisation du ménage) et les **facteurs facilitants** (statut financier perçu, scolarité relative, statut d'activité, établissement au Canada, lieu de résidence). Nous avons ainsi identifié les variables pertinentes pour les analyses de régression.

Ces analyses de régression logistique ont été effectuées afin de contrôler le poids des différentes variables les unes par rapport aux autres et pour arriver à un modèle permettant d'identifier les déterminants de l'utilisation. Autant les analyses bivariées que les analyses de régression ont porté sur l'utilisation des services au cours des 12 derniers mois.

Des analyses complémentaires ont été réalisées à partir des données du volet face-à-face afin de compléter l'information disponible en ce qui a trait aux attitudes et à la satisfaction à l'égard des soins ainsi qu'aux barrières à l'utilisation des services.

Quatre questions du volet téléphonique portant sur la consommation de médicaments ont été élaborées pour cette enquête. Elles concernaient la prise de médicaments pour, successivement, des problèmes de sommeil, d'anxiété, de dépression ou d'autres problèmes émotifs ou nerveux. À la suite de chacune de ces questions, nous demandions, le cas échéant, si le médicament avait été prescrit par un médecin. La période de référence était les quatre dernières semaines.

Le taux de non-réponse pour cette section est négligeable (0,3 %). Nous avons suivi la même stratégie d'analyse que pour l'utilisation des services.

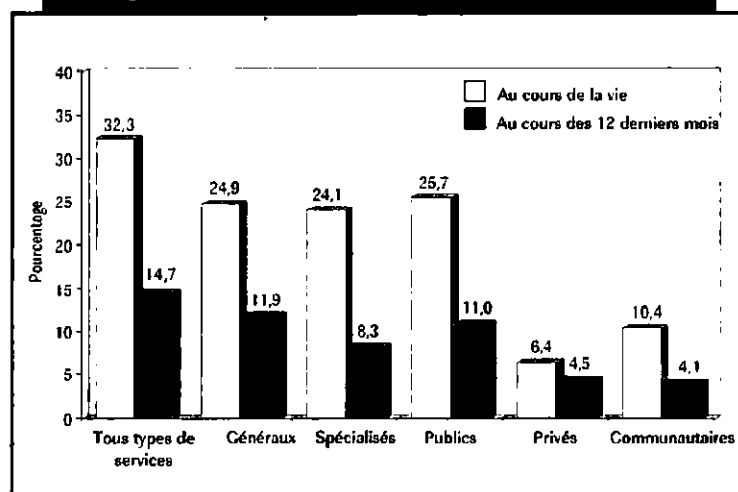
Résultats

Prévalence de l'utilisation des différents types de services

Un peu plus de trois Montréalais sur dix ont utilisé des services pour des raisons de santé mentale à un moment ou à un autre durant leur vie. Sur une période plus récente (12 derniers mois), près de 15 % de la population a eu recours à ce type de services (figure 10.1). Ces services sont ici définis très largement, dans le sens qu'il peut aussi bien s'agir d'une hospitalisation en psychiatrie que d'une visite à un membre du clergé, en autant qu'elle avait rapport avec un problème de santé mentale.

Figure 10.1

Utilisation des services en santé mentale selon diverses catégories (n = 4 704)



Certains professionnels sont davantage consultés que d'autres pour ce type de problèmes. C'est le cas, par exemple, des médecins généralistes, qui ont été consultés par près de 7 % des Montréalais au cours des 12 derniers mois (tableau 10.1). Viennent ensuite les psychologues (5 %), les psychiatres (2,7 %), les autres médecins spécialistes, les travailleurs sociaux et les spécialistes des médecines douces. D'autres types de professionnels ont également été consultés mais dans des proportions moindres. Notons qu'une très faible proportion des personnes interrogées (0,6 %) ont été hospitalisées pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois; un nombre un peu plus grand d'entre elles (1,1 %) se sont présentées à l'urgence d'un hôpital.

Tableau 10.1

Pourcentage d'utilisation des différents services par la population montréalaise (n = 4 704)

Type de services	Au cours des 12 derniers mois %	Au cours de la vie %
Médecin généraliste	6,7	16,2
Psychiatre	2,7	9,7
Autres médecins	2,3	5,0
Psychologue	4,9	15,9
Travailleur social	2,1	5,7
Infirmière ou ergothérapeute	1,8	3,2
Spécialiste des médecines douces	2,0	3,8
Prêtre	1,5	3,3
CLSC	2,2	5,8
Urgence	1,1	4,0
Hôpital	0,6	2,9
Clinique externe de psychiatrie	1,5	4,4
Centre de jour	0,4	1,8
Centre de crise	0,3	1,4
Groupe d'entraide	1,6	5,2
Organisme communautaire	0,4	1,5
Ligne téléphonique, 911	1,5	3,4
Centre de désintoxication	0,3	1,7
Tous types de services	14,7	32,3

Les Montréalais utilisent davantage les services généraux que les services spécialisés lorsqu'ils consultent pour des problèmes de santé mentale (figure 10.1). De même, ils iront davantage vers les services publics que vers les services privés ou communautaires. Notons qu'une personne peut avoir consulté plus d'un type de services. Même si le système de soins québécois repose sur le principe de la gratuité universelle des services, il apparaît qu'une bonne proportion (environ le tiers) de ceux utilisant des services pour des raisons de santé mentale utilisent ceux de professionnels qu'ils doivent payer (principalement ceux de psychologues en pratique privée).

La plupart des utilisateurs ont recours à plus d'un type de services : 67 % de ceux qui utilisent des services spécialisés ont également utilisé des services généraux au cours des 12 derniers mois; 54 % de ceux qui ont utilisé des services privés et 72 % de ceux qui ont utilisé des services communautaires ont également utilisé des services publics (données non présentées).

Facteurs associés à l'utilisation des services

Les données présentées dans cette section portent sur l'utilisation de services au cours des 12 derniers mois.

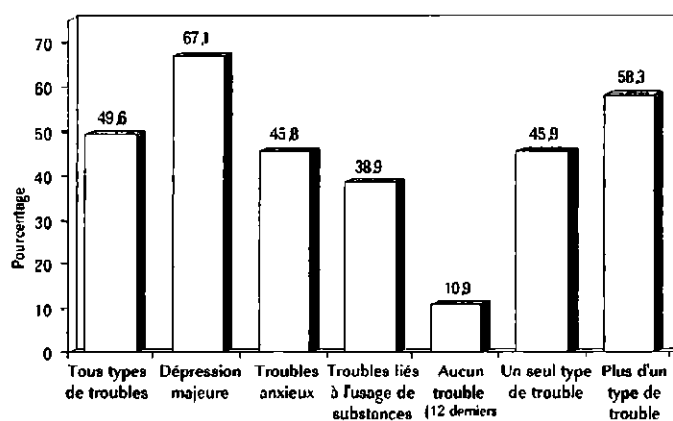
Indicateurs de besoin de soins

Environ 50 % des Montréalais qui avaient un trouble mental au cours des 12 derniers mois ont utilisé au moins un type de services (figure 10.2). Les personnes souffrant d'une dépression majeure utilisent plus les services que celles présentant d'autres types de troubles. De même, les personnes présentant plus d'un type de troubles les utilisent plus que celles n'en présentant qu'un seul type.

Enfin, toujours sur la période des 12 derniers mois, environ 11 % des Montréalais utilisent les services, alors qu'il n'ont aucun trouble mental récent. Par contre, une analyse plus approfondie montre que 29 % de ces utilisateurs présentent d'autres signes de souffrance psychique et que 52 % ont souffert d'un trouble mental par le passé (données non présentées). Ainsi, certaines personnes semblent utiliser les services pour maintenir leur équilibre psychique ou encore de manière préventive.

Figure 10.2

Utilisation des services selon la présence de troubles mentaux (12 derniers mois) (n = 4 430)



Parmi les autres indicateurs de besoin de soins (associés ou non à la présence d'un trouble mental), la présence d'idées suicidaires et d'incapacités entraîne dans respectivement 61 % et 57 % des cas le recours à l'un ou l'autre type de services (tableau 10.2). Ces tendances sont les mêmes, qu'il s'agisse de soins généraux ou spécialisés, de services publics, privés ou communautaires.

Tableau 10.2

Utilisation des services au cours des 12 derniers mois selon des indicateurs de besoin de soins (n = 4 430)

Indicateur	Tous types de services %	Soins généraux %	Soins spécialisés %	Services publics %	Services privés %	Services communautaires %
Troubles mentaux quelconques ¹						
Aucun	6,6	5,2	3,1	4,7	2,3	1,1*
Au cours des 12 derniers mois	49,6	43,4	33,0	43,0	12,1	18,2
Antérieurs aux 12 derniers mois	28,0	21,6	14,7	19,6	9,8	6,8*
Idées suicidaires ¹						
Présence	61,4	56,8	50,6	58,0	18,2*	20,7*
Absence	13,8	11,1	7,2	10,3	4,3	3,5
Santé mentale subjective ¹						
Mauvaise	43,0	38,0	31,2	39,9	10,6*	13,1*
Bonne	13,3	10,6	6,9	9,7	4,3	3,4
Incapacités ¹						
Présence	57,4	49,8	38,3	52,0	15,7*	17,0
Absence	11,8	9,4	6,1	8,5	3,8	3,0

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

¹ p < 0,01.

Facteurs prédisposants et utilisation

Les femmes utilisent davantage les différents types de services à l'exception des services communautaires, où la différence n'est pas significative (tableau 10.3). Le groupe des 25-44 ans est le plus enclin à utiliser tous les types de services à l'exception des services communautaires, qui sont utilisés en plus grand nombre par les jeunes (18-24 ans). Les personnes âgées de 65 ans et plus sont les moins enclines à utiliser les services, quel qu'en soit le type. L'état matrimonial est une variable associée à tous les types d'utilisation : les

Tableau 10.3

Facteurs prédisposants de l'utilisation de service au cours des 12 derniers mois (n = 4 430)

Facteur	Tous types de services %	Soins généraux %	Soins spécialisés %	Services publics %	Services privés %	Services communautaires %
Sexe	(1)	(1)	(2)	(1)	(1)	(1)
Homme	11,6	9,0	7,2	8,8	3,0	3,8
Femme	18,3	15,3	9,5	14,1	6,2	4,2
Âge	(1)	(2)	(1)		(1)	(1)
18-24 ans	14,5	11,1*	8,0*	10,3*	3,4**	5,7*
25-44 ans	17,6	14,4	10,3	12,6	6,7	4,9
45-64 ans	15,4	12,0	9,0	12,1	4,8	3,6*
65 ans et plus	10,8	9,9	4,2*	10,1	1,1**	1,7**
État matrimonial	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Marié/conjoint de fait	11,6	9,4	5,9	8,6	3,6	2,7
Séparé/divorcé	24,6	19,4	15,4	19,0	9,6*	6,7*
Veuf	15,6*	14,7*	6,7*	14,4*	2,2**	3,6**
Célibataire	17,9	14,5	10,8	13,4	5,4	5,4
Organisation du ménage	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)	(1)
Vit seul	18,6	14,6	11,7	15,0	5,7*	4,7*
Couple sans enfant	12,4	10,0	6,3	9,4	4,0*	3,0*
Famille monoparentale	27,0	23,7	15,8*	21,1	9,3*	8,9*
Couple avec enfant	11,4	9,3	5,7	8,5	3,3*	2,9*
Colocataire sans enfant	17,0	14,1	9,5	12,2	5,3*	4,7*

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

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

* $p < 0,01$.* $p < 0,05$.

personnes séparées ou divorcées sont plus susceptibles d'être des utilisatrices; les personnes mariées ou vivant avec un conjoint sont, au contraire, les moins susceptibles de l'être. L'organisation du ménage est également fortement associée à tous les types d'utilisation : les membres de familles monoparentales sont les personnes qui présentent les plus hauts taux d'utilisation.

Facteurs facilitants et utilisation

Les personnes nées au Canada utilisent dans une plus grande proportion les services de santé mentale que celles nées ailleurs; cette différence n'est toutefois pas significative en ce qui concerne les soins spécialisés et les services publics

ou communautaires (tableau 10.4). Une scolarité moyenne ou élevée est associée à une plus grande utilisation des services privés et à l'utilisation de services spécialisés et, de façon générale, à l'utilisation d'un service quelconque. Les personnes en emploi ou aux études semblent plus portées à utiliser les services privés mais moins les services publics. Pour les autres catégories d'utilisation, le statut d'activité n'est pas une variable significative. Les personnes se percevant comme pauvres ou très pauvres utilisent plus les différents types de services à l'exception des services privés, où il n'y a pas de différence significative entre les groupes. Finalement, deux sous-régions, le Sud-Ouest et le Centre-Est,

Tableau 10.4

Facteurs facilitants de l'utilisation de services au cours des 12 derniers mois (n = 4 430)

Facteur	Tous types de services %	Soins généraux %	Soins spécialisés %	Services publics %	Services privés %	Services communautaires %
Établissement au Canada	(1)	(1)			(1)	
Né au Canada	16,7	13,7	9,3	12,6	5,5	4,2
Né ailleurs						
Établi > 5 ans	12,0	10,0	6,7	9,6	3,2*	3,5*
Établi ≥ 5 ans	12,3*	8,7*	7,2**	9,9*	2,1**	4,1**
Scolarité relative	(1)	(2)	(1)	(2)	(1)	
Plus faible/Faible	15,1	12,9	7,4	12,5	2,4*	4,8
Moyenne/Élevée/Plus élevée	15,7	12,4	9,4	11,4	6,3	3,7
Statut d'activité				(2)	(1)	
Actif	15,4	12,0	8,8	10,7	6,0	4,0
Inactif	14,9	13,2	7,8	13,8	2,0*	4,0
Statut financier perçu	(1)	(1)	(1)	(1)		(2)
À l'aise	13,9	10,6*	8,0	9,9	5,5*	3,3*
Suffisant	14,7	11,9	7,6	11,0	4,6	3,8
Pauvre	20,5	18,1	13,5	18,2	3,8*	6,6*
Sous-région	(1)	(1)	(2)	(1)		
Ouest	13,6	10,6	7,6*	10,7	3,3**	4,4*
Nord	11,1	8,9	5,8*	8,1*	4,4*	2,8**
Sud-Ouest	20,1	16,6	10,8	16,0	5,6*	5,2*
Centre-Ouest	14,8	11,7	8,2	9,5	6,2*	3,8*
Centre-Est	18,4	14,6	11,2	14,9	5,7*	4,4*
Est	14,1	12,2	7,6	11,4	3,4*	3,8*

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

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

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

ont des proportions d'utilisateurs nettement plus élevées que l'ensemble des autres sous-régions. Il n'y a toutefois pas de différence significative entre les sous-régions en ce qui a trait à l'utilisation des services privés ou communautaires.

Facteurs déterminants de l'utilisation des services

Les analyses de régression dont les résultats seront présentés dans cette section visent à identifier les facteurs déterminants de l'utilisation des services. Ces résultats sont regroupés en trois volets :

- déterminants de l'utilisation d'un service quelconque par la population en général;
- déterminants de l'utilisation des services généraux et spécialisés;
- déterminants de l'utilisation de services publics, privés et communautaires.

Les analyses ont été réalisées en procédant par blocs de variables conformément au cadre conceptuel distinguant indicateurs de besoins de soin, facteurs prédisposants et facteurs facilitants. Les blocs ont été entrés dans cet ordre selon une procédure pas à pas progressive. Les variables retenues étaient celles qui, dans les analyses bivariées, étaient associées de façon statistiquement significative à l'utilisation de services. Comme dans la section précédente, les résultats portent sur l'utilisation de services au cours des 12 derniers mois.

Déterminants de l'utilisation d'un service quelconque par la population générale

Les personnes présentant un trouble mental au cours des 12 derniers mois ont une probabilité 8,1 fois plus élevée¹ d'utiliser un service quelconque par rapport à celles qui n'ont jamais fait l'objet d'un diagnostic (tableau 10.5). Celles qui ont des incapacités arrivent en deuxième lieu avec un ratio de cotes de 4,5. Par ailleurs, les personnes qui ont déjà eu un trouble mental par le passé ont une probabilité plus de quatre fois plus grande d'avoir consulté au cours des 12 derniers mois que celles qui n'en ont jamais eu. Les autres indicateurs de besoin, soit la présence d'idées suicidaires au cours des 12 derniers mois et une santé mentale perçue comme mauvaise, sont aussi associés de façon significative à l'utilisation d'un service.

La plupart des facteurs prédisposants présentés précédemment (l'âge, le sexe et l'état matrimonial) demeurent associés aussi à l'utilisation d'un service quelconque : les femmes, les personnes âgées de 25 à 64 ans, de même que

¹ Il s'agit de ratios de cotes.

Tableau 10.5

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour l'utilisation de services (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois (Absence)	Présence	2,19	0,17	8,1 ¹	6,71 - 13,19
Incapacités (Absence)	Présence	1,55	0,15	4,5 ¹	3,54 - 6,96
Troubles mentaux quelconques antérieurs aux 12 derniers mois (Absence)	Présence	1,54	0,18	4,3 ¹	3,62 - 6,39
Idées suicidaires (Absence)	Présence	0,64	0,28	2,0 ²	1,02 - 3,02
Âge (18-24 ans)	25-44 ans	0,56	0,21	1,9 ¹	1,25 - 2,84
Santé mentale subjective (Bonne)	Mauvaise	0,53	0,20	1,8 ¹	1,18 - 2,56
État matrimonial (Marié)	Séparé/Divorcé	0,51	0,25	1,8 ¹	1,27 - 2,50
Sexe (Homme)	Femme	0,34	0,12	1,7 ¹	1,14 - 1,82
Âge (18-24 ans)	45-64 ans	0,34	0,23	1,6 ²	1,04 - 2,58
État matrimonial (Marié)	Célibataire	0,23	0,27	1,4 ¹	1,10 - 1,94

R² de Nagelkerke : 0,304.

* Méthode pas-à-pas.

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

les personnes séparées ou divorcées et les célibataires ont une plus grande probabilité d'avoir recours à un service pour leur santé mentale. Finalement, notons qu'aucune des ressources facilitantes (statut financier perçu, établissement au Canada, statut d'activité, scolarité ou secteur de résidence) n'est associée à l'utilisation d'un service quelconque. Ce modèle de régression explique plus de 30 % de la variance.

Déterminants de l'utilisation de services généraux et spécialisés

Les facteurs déterminants de l'utilisation de services tant généraux que spécialisés sont les mêmes que ceux d'un service quelconque, avec sensiblement les mêmes ratios de cote et ils expliquent toujours environ 30 % de la variance (tableau 10.6). Les personnes présentant des indications de besoin de soins,

en particulier celles chez qui on a décelé un trouble mental au cours des 12 derniers mois, sont toujours celles le plus susceptibles d'avoir recours aux services, généraux ou spécialisés. Les personnes présentant des incapacités sont un peu plus susceptibles de recevoir des soins généraux que spécialisés. Celles ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois reçoivent davantage de soins spécialisés.

Tableau 10.6

Résultats de l'analyse de régression logistique* (ratios de côte) pour l'utilisation de services généraux et spécialisés (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Soins généraux	Soins spécialisés
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois (<i>Absence</i>)	Présence	8,07 [†]	8,28 [†]
Troubles mentaux quelconques antérieurs aux 12 derniers mois (<i>Absence</i>)	Présence	3,91 [†]	3,93 [†]
Incapacités (<i>Absence</i>)	Présence	4,06 [†]	3,38 [†]
Idées suicidaires (<i>Absence</i>)	Présence	2,25 [†]	2,98 [†]
Santé mentale subjective (<i>Bonne</i>)	Mauvaise	1,86 [†]	2,07 [†]
Sexe (<i>Homme</i>)	Femme	1,78 [†]	—
Âge (<i>18-24 ans</i>)	25-44 ans	2,06 [†]	2,07 [†]
État matrimonial (<i>Marié</i>)	Séparé/Divorcé	1,65 [†]	2,16 [†]
Scolarité (<i>Faible/Plus faible</i>)	Moyenne/Élevée/Plus élevée	—	1,64 [†]
Statut d'activité (<i>Actif</i>)	Inactif	—	—
Établissement au Canada (depuis moins de 5 ans)	Né au Canada	—	—
R ² de Nagelkerke :		0,292	0,295

* Méthode pas-à-pas par blocs.

[†] p < 0,01.

L'âge (toujours le groupe des 25-44 ans) et l'état matrimonial (les personnes séparées ou divorcées) sont associés à l'utilisation de ces deux types de services. Si les femmes sont plus susceptibles d'avoir recours aux soins généraux, cette différence ne s'observe pas quant aux soins spécialisés.

Finalement, nous n'avons pu identifier aucun facteur facilitant dans l'utilisation des services généraux. Par contre, la scolarité relative est associée à l'utilisation des services spécialisés; ce sont les personnes les plus scolarisées qui utilisent le plus ce type de services.

Déterminants de l'utilisation de services publics, privés et communautaires

Encore une fois, les indicateurs de besoin de soins sont les variables les plus fortement associées à l'utilisation des services publics (tableau 10.7). Parmi les facteurs prédisposants, les mêmes variables associées à l'utilisation des services généraux, soit l'âge, l'état matrimonial et le sexe, ressortent. De plus, on retrouve le statut d'activité comme facteur facilitant; les individus aux études ou sur le marché du travail sont plus susceptibles d'utiliser des services privés.

Tableau 10.7

Résultats de l'analyse de régression logistique* (ratios de cotes) pour l'utilisation de services publics, privés et communautaires (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Services publics	Services privés	Services communautaires %
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois (<i>Absence</i>)	Présence	8,56 ¹	3,75 ¹	15,1 ¹
Troubles mentaux quelconques antérieurs aux 12 derniers mois (<i>Absence</i>)	Présence	3,64 ¹	3,5 ¹	5,61 ¹
Incapacités (<i>Absence</i>)	Présence	5,08 ¹	2,57 ¹	2,46 ¹
Idées suicidaires (<i>Absence</i>)	Présence	2,39 ¹	--- ¹	---
Santé mentale subjective (<i>Bonne</i>)	Mauvaise	2,04 ¹	--- ¹	---
Sexe (<i>Homme</i>)	Femme	1,5 ¹	2,22 ¹	---
Âge (18-24 ans)	25-44 ans	1,89 ¹	2,46 ¹	---
État matrimonial (<i>Marié</i>)	Séparé/Divorcé	1,72 ¹	2,24 ¹	---
Scolarité (<i>Faible/Plus faible</i>)	Moyenne/Élevée/Plus élevée	---	2,95 ¹	---
Statut d'activité (<i>Actif</i>)	Inactif	1,51 ¹	0,46 ¹	---
Établissement au Canada (depuis moins de 5 ans)	Né au Canada	---	4,19 ²	---
<i>R² de Nagelkerke :</i>		0,317	0,203	0,207

* Méthode pas-à-pas par blocs.

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Les facteurs associés à l'utilisation des services privés diffèrent quelque peu. On ne retrouve que les trois principaux indicateurs de besoin de soins (trouble mental au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie ainsi qu'incapacités). De plus, parmi les facteurs prédisposants, être de sexe féminin, être séparé ou

divorcé et avoir de 25 à 44 ans sont des caractéristiques liées à l'utilisation de services publics. Une scolarité plus élevée est aussi associée à l'utilisation de ces services, de même que le fait d'être aux études ou en emploi. Enfin, comme facteur facilitant, notons que les personnes nées au Canada ont une probabilité quatre fois plus grande d'utiliser des services privés que celles établies ici depuis moins de cinq ans.

En ce qui concerne l'utilisation de services communautaires, seuls les indicateurs de besoin de soins ressortent comme associés; à elles seules, toutefois, ces variables expliquent près de 21 % de la variance.

Analyses complémentaires

Liens avec les connaissances et les croyances

Nous avons vu dans le chapitre 8 que près de deux Montréalais sur trois pouvaient reconnaître un problème de santé mentale lorsqu'une description de cas lui était présentée. On peut présumer qu'une aptitude à déceler les signes de maladie ou de besoin de soins est associée à une plus grande utilisation des services, alors que les personnes affichant des croyances négatives par rapport à la maladie mentale seraient moins susceptibles d'être des utilisatrices.

Nous avons procédé à des analyses de régression selon la démarche présentée précédemment, en ajoutant cette fois au bloc de facteurs prédisposants les variables portant sur la reconnaissance d'un problème de santé mentale et sur les croyances négatives. Une fois les indicateurs de besoin de soins, les facteurs facilitants et les autres facteurs prédisposants pris en considération, les personnes en mesure de reconnaître un problème de santé mentale semblent avoir davantage recours aux différents types de services que celles qui ne parviennent pas à identifier un problème de santé mentale (données non présentées). Toujours en tenant compte de l'ensemble des autres facteurs, les personnes affichant des croyances négatives utilisent moins les services (données non présentées).

Attitudes et satisfaction à l'égard des soins

Le reste de cette section présente des résultats d'analyses réalisées à partir des données du volet face-à-face afin de compléter l'information disponible en ce qui a trait aux attitudes et à la satisfaction à l'égard des soins ainsi qu'aux barrières à l'utilisation des services. Soulignons que plusieurs de ces analyses portent souvent sur de petits effectifs et que les résultats doivent donc être interprétés avec prudence.

Lorsque les Montréalais ont besoin d'aide ou de soins pour un problème de santé, d'ordre physique ou mental, ils ont l'habitude d'aller d'abord dans un cabinet de médecin ou au CLSC (56 %) et, dans une moindre mesure, à l'urgence ou dans une clinique sans rendez-vous (35 %). Très peu d'entre eux disent n'aller nulle part ou à aucun endroit en particulier (9 %). Les femmes ont tendance à se rendre chez leur médecin ou au CLSC, alors que les hommes vont davantage à l'urgence ou à une clinique sans rendez-vous. Une majorité de jeunes (18-24 ans) disent n'aller nulle part ou à aucun endroit en particulier, alors que les personnes âgées (65 ans et plus) privilégient la visite au médecin ou au CLSC. Enfin, les personnes le plus scolarisées optent pour le bureau du médecin ou le CLSC, alors que les personnes moins scolarisées sont plus nombreuses à aller à l'urgence ou à la clinique sans rendez-vous.

Lorsqu'il est question de parler de problèmes personnels avec un professionnel, la majorité des Montréalais (84 %) se disent assez ou très à l'aise de le faire; c'est le cas en particulier des personnes plus âgées ou plus scolarisées. La plupart (72 %) des Montréalais ne seraient pas gênés si leurs amis apprenaient qu'ils ont demandé de l'aide à un professionnel pour résoudre un problème de santé mentale. Les personnes le plus susceptibles d'être gênées par cette situation sont plus jeunes, plus scolarisées ou nées hors du Canada. Moins de 40 % de la population dit écouter souvent ou toujours les conseils de l'entourage quand vient le temps de prendre la décision de consulter pour des problèmes personnels.

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. Ils jugent également qu'en moyenne plus du quart des gens qui ne consultent pas même s'ils souffrent de problèmes émotifs ou nerveux iront mieux malgré l'absence d'aide.

La très grande majorité (78 %) de ceux qui ont utilisé des services pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année disent l'avoir fait parce qu'ils le voulaient vraiment. Peu (6 %) semblent l'avoir fait parce que quelqu'un d'autre a insisté et 16 % disent que c'est un peu des deux. Un peu plus de la moitié (52 %) de ceux qui ont utilisé des services au cours de la dernière année le faisaient encore au moment de l'enquête. Ceux qui ont cessé de les utiliser affirmaient pour la plupart que c'était parce qu'ils n'en avaient plus besoin (33 %) et, dans une assez faible proportion (9 %), parce que les services utilisés coûtaient trop cher.

Par ailleurs, 13 % des Montréalais déclarent qu'ils ont pensé consulter un professionnel au cours des 12 derniers mois en raison de problèmes de santé mentale, mais qu'ils ne l'ont pas fait. Les raisons invoquées semblent renvoyer principalement à des problèmes d'accessibilité : problème de langue et de distance (13 % dans les deux cas), insatisfaction par rapport aux services disponibles, difficultés à obtenir un rendez-vous ou absence de couverture des frais encourus par leur régime d'assurance (12 % dans ces trois derniers cas).

La satisfaction est plus grande pour les services généraux que pour les spécialisés et pour les services privés que pour les communautaires ou publics. Les services de psychologues suscitent beaucoup de satisfaction, suivis de ceux dispensés par les médecins généralistes. Les utilisateurs sont moins satisfaits des services hospitaliers et d'urgence. Comme il s'agit ici de très petits sous-ensembles, les différences observées ne sont pas statistiquement significatives.

Consommation de médicaments

Au cours des quatre semaines précédant l'enquête, 13 % des adultes montréalais ont consommé un médicament, que ce soit parce qu'ils avaient de la difficulté à dormir, parce qu'ils se sentaient anxieux ou stressés, déprimés ou pour un autre problème émotif ou nerveux (figure 10.3). Dans environ 80 % des cas, il s'agissait de médicaments prescrits. Il n'y a pas de différence significative entre les consommateurs de médicaments prescrits et ceux de médicaments non prescrits. Les analyses qui suivent porteront sur tous les types de médicaments, prescrits ou non.

D'après les résultats des analyses bivariées, certaines personnes sont plus susceptibles de consommer des médicaments : c'est le cas notamment des femmes, des personnes nées au Canada, de celles se percevant comme pauvres ou très pauvres, des personnes veuves, séparées ou divorcées, de celles vivant seules ou en situation de monoparentalité et des personnes qui ne sont ni aux études, ni sur le marché du travail (tableau 10.8).

Figure 10.3

Consommation de médicaments par type de problèmes au cours des quatre dernières semaines (n = 4 704)

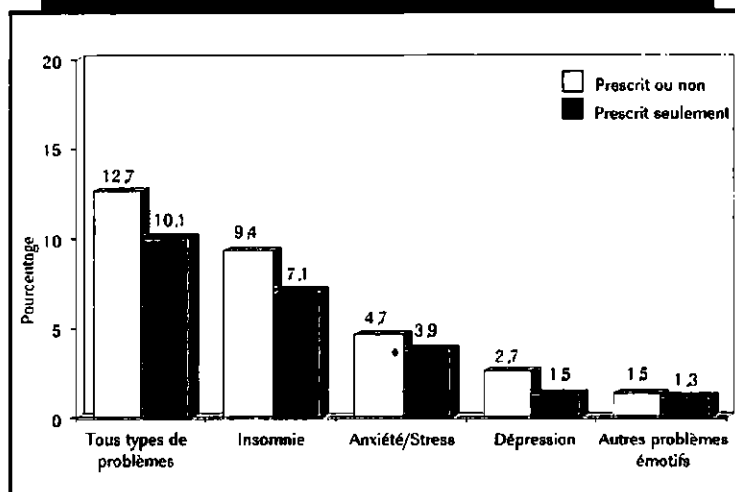


Tableau 10.8

Consommation de médicaments au cours des quatre dernières semaines selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé mentale (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ¹		Troubles mentaux quelconques ¹	
Homme	10,3	Au cours des 12 derniers mois	36,3
Femme	14,9	Antérieurs aux 12 derniers mois	18,1
		Aucun	7,7
Âge ¹		Idées suicidaires ¹	
18-24 ans	7,3 *	Présence	40,9
25-44 ans	8,8	Absence	11,7
45-64 ans	14,8		
65 ans et plus	22,6		
Établissement au Canada ¹		Santé mentale subjective ¹	
Né au Canada	13,8	Bonne	10,9
Né ailleurs		Mauvaise	35,6
Établi > 5 ans	10,1		
Établi ≥ 5 ans	7,3 **		
État matrimonial ¹		Incapacités ¹	
Marié/Conjoint de fait	10,5	Présence	36,3
Séparé/Divorcé	17,6	Absence	10,9
Veuf	25,3		
Célibataire	11,4		
Organisation du ménage ²			
Vit seul	17,7		
Couple sans enfant	14,7		
Famille monoparentale	17,0		
Couple avec enfant	7,0		
Colocataire sans enfant	11,0		
Statut d'activité ¹			
Actif	8,6		
Inactif	21,7		
Statut financier perçu ¹			
À l'aise	10,8		
Suffisant	12,1		

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

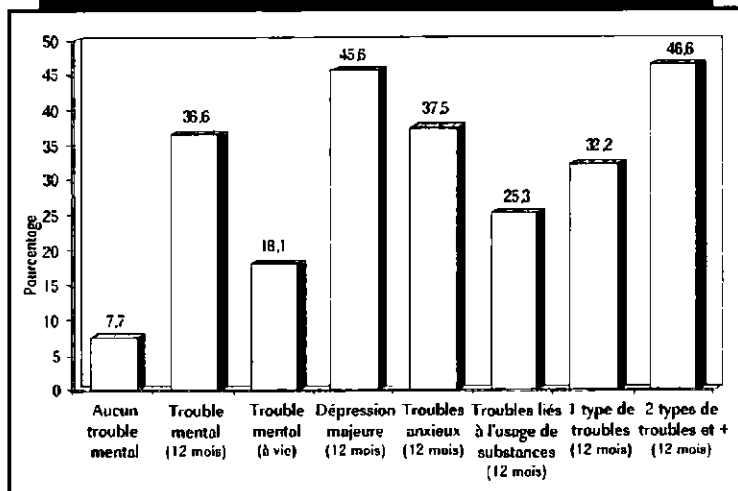
** Coefficient de variation entre à 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

¹ p < 0,01.

On observe que 37 % des personnes ayant souffert d'un trouble mental au cours des 12 derniers mois ont consommé des médicaments (figure 10.4). Cette proportion se chiffre même à 46 % chez les personnes ayant une dépression majeure et à 47 % chez celles présentant plus d'un type de troubles (données non présentées). Signalons également que, bien que moindre, la proportion de consommateurs de médicaments est relativement élevée chez les personnes ayant souffert d'un trouble mental dans le passé. Comme on peut s'y attendre, la consommation de médicaments est fortement associée à l'utilisation des services au cours des 12 derniers mois (données non présentées).

Figure 10.4

Proportion de consommateurs de médicaments (prescrits ou non) selon la présence de troubles mentaux quelconques (n = 4 430)



Les résultats de l'analyse de régression montrent ici aussi que les indicateurs de besoin demeurent les facteurs les plus déterminants dans la consommation de médicaments (tableau 10.9). Parmi les facteurs facilitants, le fait d'être une femme et le fait d'être âgé de 45 ans et plus, et, parmi les facteurs prédisposants, le fait de n'être ni sur le marché du travail, ni aux études sont associés à la consommation de médicaments. Ce modèle explique 23 % de la variance.

Discussion

Nos analyses démontrent donc que, outre les indicateurs de besoin de soins, les facteurs identifiés comme prédisposants (en particulier le sexe, l'âge et l'état matrimonial) expliquent en grande partie l'utilisation des services pour des problèmes de santé mentale ainsi que la consommation de médicaments. À cet égard, nos résultats s'apparentent à ceux d'études antérieures (Buckingham *et al.*, 1997; Katz *et al.*, 1997; Kessler *et al.*, 1997, Lefebvre *et al.*, 1998). Par ailleurs, le fait que les incapacités précèdent par ordre d'importance la présence d'un trouble antérieur semble confirmer l'hypothèse de Bijl (2000) selon laquelle les incapacités constituent un élément intermédiaire entre la présence d'un trouble mental et la décision de consulter.

Par contre, les facteurs considérés comme facilitants ne figurent que rarement parmi les résultats significatifs. Parmi ceux-ci, le niveau de scolarité semble jouer un certain rôle, particulièrement dans l'utilisation des services

Tableau 10.9

Résultats de l'analyse de régression logistique* pour la consommation de médicaments au cours des quatre dernières semaines (n = 4 430)

Variable (Catégorie de référence)	Catégorie associée au coeff. de régression	Coefficient de régression partiel	Erreur-type du coefficient	Ratio de cotes	Intervalle confiance (95 %) ratio de cotes
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois (Absence)	Présence	1,86	0,20	6,42 ¹	4,32 - 9,51
Âge (18-24 ans)	65 ans et plus	1,31	0,35	3,70 ¹	1,88 - 7,30
Incapacités (Absence)	Présence	1,12	0,22	3,05 ¹	2,00 - 4,66
Troubles mentaux quelconques antérieurs aux 12 derniers mois (Absence)	Présence	1,00	0,17	2,73 ²	1,95 - 3,83
Âge (18-24 ans)	45-64 ans	0,83	0,31	2,29 ¹	1,25 - 4,19
Statut d'activité (Actif)	Inactif	0,78	0,19	2,18 ¹	1,52 - 3,13
Santé mentale subjective (Bonne)	Mauvaise	0,74	0,23	2,10 ¹	1,34 - 3,30
Sexe (Homme)	Femme	0,23	0,15	1,26 ¹	0,95 - 1,68
R ² de Nagelkerke : 0,232.					

* Méthode pas-à-pas par blocs.

¹ p < 0,01.

spécialisés et privés (qui, dans les deux cas, comprennent les services de psychologue en pratique privée). Un plus haut niveau de scolarité permet probablement aux individus de mieux identifier et décrire leurs signes de détresse, ce qui peut avoir un effet sur la décision de consulter. De plus, il est probable qu'ils connaissent mieux le type de ressources en mesure de répondre à leurs besoins. Mais on peut présumer aussi que le niveau de scolarité est une meilleure approximation du statut socioéconomique que la variable statut financier perçu, cette dernière étant fortement corrélée avec les besoins. Le fait d'avoir un statut socioéconomique plus élevé permet de pouvoir défrayer les coûts (soit directement, soit par l'entremise d'une police d'assurance) des services de psychologie ou de psychothérapie qui sont des services spécialisés.

Par ailleurs, la capacité de reconnaître les signes d'un problème de santé mentale chez soi ou chez les autres joue un rôle clé dans la décision de consulter, en plus d'être garante d'une utilisation plus appropriée des services. Ici aussi, nos données confirment ceux de travaux antérieurs (Howard *et al.*, 1996; Vera *et al.*, 1998).

Les résultats présentés confirment que le médecin de famille demeure la ressource la plus fréquemment consultée pour des problèmes de santé mentale. Toutefois, plusieurs études, dont la nôtre, estiment que seulement 50 % des personnes souffrant de troubles mentaux sont identifiées comme telles par les intervenants de première ligne (Borgquist, 1993). Il semble donc important d'accroître la capacité non seulement de la population en général, mais aussi des intervenants de première ligne de reconnaître et d'identifier les problèmes de santé mentale.

Près du tiers des utilisateurs ont eu recours à des services privés au cours des 12 derniers mois. De plus, seulement la moitié des personnes qui ont utilisé des services pour des raisons de santé mentale l'ont fait auprès de ressources spécialisées. Ces ressources comprennent entre autres les services de psychologues en pratique privée, qui, pour une bonne partie de la population, soulèvent la question de l'accessibilité financière; elles comprennent aussi les services psychiatriques qui, compte tenu de l'importance des listes d'attente, posent aussi sous une autre forme la question de l'accessibilité. Finalement, les raisons invoquées pour expliquer le fait de n'avoir pas consulté malgré un besoin ressenti nous ramènent, là aussi, aux problèmes d'accessibilité.

Le devis de l'étude étant transversal, certaines limites inhérentes à ce type de devis doivent être considérées. Dans le domaine de l'utilisation des services, il est généralement admis que les problèmes des utilisateurs se situent davantage dans leur cheminement au sein du système soin (Vera *et al.*, 1998; Howard *et al.*, 1996; Pescosolido, 1991). Les questions de continuité et de globalité peuvent donc difficilement être évaluées à partir de ces données. D'autres travaux de notre équipe permettront toutefois de combler ces lacunes.

Par ailleurs, les résultats du volet face-à-face, malgré les limites mentionnées, devraient nous orienter sur les questions à approfondir par rapport aux barrières, à la satisfaction ainsi qu'aux attitudes à l'égard des soins. À partir des pistes identifiées ici, des travaux de nature plus qualitative permettraient de cerner de façon plus fine l'expérience de recherche de soins.

Faits saillants

- Plus du tiers des Montréalais ont utilisé des services pour leur santé mentale au moins une fois dans leur vie et 15 % l'ont fait au cours des 12 derniers mois.
- Les Montréalais recourent davantage à des soins généraux qu'à des soins spécialisés et utilisent dans une beaucoup plus grande proportion les services publics plutôt que les services privés ou communautaires.
- Les indicateurs de besoin de soins demeurent les principales variables associées à l'utilisation et la présence d'incapacités semble avoir un rôle déterminant dans la décision de consulter.
- La non-utilisation de services malgré la présence d'indication de besoin de soins s'observe plus particulièrement chez les hommes et chez les jeunes adultes âgés de 18 à 24 ans. De plus, les principales raisons de non-utilisation semblent liées à des problèmes d'accessibilité, perçus ou réels.
- Les croyances négatives et les connaissances par rapport à la maladie mentale sont associées à l'utilisation des services; les personnes ayant des croyances négatives ainsi que celles moins habiles à détecter les signes de maladie mentale utilisent moins les services.
- Environ 13 % des Montréalais ont consommé des médicaments au cours des quatre dernières semaines pour un problème émotif ou nerveux.
- Les indicateurs de besoin de soins sont aussi les principales variables associées à la consommation de médicaments. Outre le besoin de soins, les femmes, les personnes plus âgées et celles qui ne sont ni aux études ni sur le marché du travail sont plus nombreuses à consommer des médicaments pour des raisons de santé mentale.

Évaluation clinique des besoins de soins et adéquation des services

Ce chapitre traite des besoins de soins sur la base d'une évaluation de type clinique. Il n'y a à notre connaissance que très peu d'études de ce genre et la plupart ont été menées en Europe. Mentionnons d'abord l'étude épidémiologique de Lehtinen *et al.* (1990), en Finlande, auprès des personnes âgées de plus de 30 ans. Après avoir dépisté les problèmes de santé mentale avec une échelle de symptômes (*GHQ* ou *General Health Questionnaire*), une infirmière administrait le *Present State Examination* ou *PSE*, un outil diagnostique. Des informations provenant de dossiers étaient également recueillies. L'ensemble de ces informations était ensuite analysé par une infirmière psychiatrique et un psychiatre qui devaient déterminer s'il y avait un besoin de soins et si les soins requis étaient de type spécialisé ou de première ligne. Sur la base de cette évaluation, 17,4 % de la population finlandaise avait besoin de soins.

Du côté de l'Angleterre, Bebbington *et al.* (1996) ont développé le *Needs for Care Assessment Schedule-Community version (NFCAS-C)*, une procédure standardisée de cotation des besoins de soins utilisable dans la population en général. Dans une première étape, ils utilisèrent le *GHQ* comme instrument de dépistage; dans une seconde étape, ils administrèrent à un sous-échantillon stratifié de 408 sujets le *Schedule for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN)* pour mesurer les troubles mentaux, de même que d'autres instruments permettant, d'une part, d'évaluer le fonctionnement social et les événements stressants et, d'autre part, de répertorier les services reçus. Sur la base de l'information recueillie, deux cliniciens (un psychiatre et un psychologue) devaient compléter le *NFCAS-C*. Les 408 sujets de la deuxième étape représentaient les personnes âgées de 18 à 65 ans d'un quartier défavorisé de Londres. La prévalence des besoins de soins dans cette population était de 10 %. Moins de la moitié des personnes évaluées comme ayant des besoins de soins recevaient une réponse adéquate à ces besoins et certaines personnes avaient des besoins impossibles à satisfaire. Cette étude montrait également que certaines personnes atteintes d'un trouble mental ne nécessitaient pas d'intervention, alors que d'autres ne répondant pas aux critères de tels troubles devaient y avoir recours.

Dans l'étude, déjà citée, dans la sous-région Est de Montréal (Fournier *et al.*, 1997), le *NFCAS-C* a également été utilisé. Toutefois, l'échantillon étant trop petit, il n'a pas été possible de fournir une estimation des besoins de soins pour l'ensemble de la population. Par contre, les résultats montrent que 70 % à 75 %¹ des personnes ayant eu un trouble mental dans les derniers six mois, que 31 % à 35 % de celles qui en avaient eu un auparavant et que 3 % à 13 %

¹ Dans la présentation de ces résultats, la variation, comme 70 % à 75 %, correspond aux résultats obtenus par chacune des deux équipes de cliniciens; dans cette étude, tous les sujets ont été évalués par les deux équipes de cliniciens.

de celles ne répondant pas aux critères d'un trouble mental avaient des besoins de soins (Lesage *et al.*, 1996a). En extrapolant sur cette base, disent les auteurs, 23 % de la population aurait besoin de soins en santé mentale.

Il existe quelques autres instruments cliniques de ce genre pour mesurer les besoins de soins, mais, à notre connaissance, le *NFCAS-C* est le seul à pouvoir être utilisé dans une enquête dans la population en général; les autres ont été conçus (comme le *Camberwell Assessment of Needs - CAN*; Holloway, 1991) pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves, qui nécessitent des interventions plus intensives, diversifiées et à long terme.

Méthode

Nous invitons le lecteur à se reporter au chapitre 1 pour avoir plus de détails sur cette partie de l'enquête. Rappelons seulement quelques éléments importants. L'évaluation des besoins de soins a été faite auprès d'un échantillon stratifié de 359 personnes sélectionnées parmi celles qui ont répondu à l'entrevue téléphonique dans le but de surreprésenter les personnes présentant des problèmes de santé mentale. Les données ont ensuite été pondérées pour que les besoins de ces personnes puissent refléter ceux de la population adulte vivant dans les ménages privés. L'évaluation des besoins de soins est celle de deux cliniciens, l'un médecin généraliste et l'autre psychologue, utilisant le *NFCAS-C*. Pour faire cette évaluation, les cliniciens disposaient d'une partie des données de l'entrevue téléphonique, de l'ensemble de celles recueillies lors de l'entrevue en face-à-face et de certaines données compilées, comme les résultats diagnostiques et le niveau de détresse psychologique.

Dans ce chapitre, il nous arrivera de présenter des résultats sur la base de données non pondérées lorsque nous voulons approfondir des aspects particuliers chez les personnes présentant des problèmes. L'avantage ici est de pouvoir profiter d'un plus grand nombre de sujets pour détecter des différences entre sous-groupes.

La non-réponse partielle pour les variables de besoins de soins utilisées dans ce chapitre est nulle puisque les cliniciens avaient l'information suffisante pour coter la totalité des 359 dossiers qui leur ont été présentés.

Voyons maintenant la procédure qui a été suivie par les cliniciens pour la cotation des besoins, de même que la construction des principales variables sur lesquelles porteront les résultats. Pour que le lecteur puisse s'y retrouver plus facilement, un rappel du nom des variables principales et de leurs valeurs est fourni dans les encadrés.

Cotation du niveau de fonctionnement

Selon la procédure de cotation, les cliniciens devaient d'abord évaluer le niveau de fonctionnement par rapport à sept² symptomatologies : psychotique, dépressive, anxieuse, liée à l'alcool, liée aux drogues, liée à un trouble de l'adaptation, liée à d'autres types de troubles. Les trois principaux niveaux de fonctionnement étaient : *aucun problème* ou problème léger (cote 0); *risque de problème* important si aucun traitement n'est offert au cours des prochains six mois ou aucun problème récent, mais manifestation récente d'un problème important (cote 1); *problème important* actuellement (cote 2).

Pour la présentation des résultats, nous avons regroupé deux symptomatologies, celle liée à l'alcool et celle liée à la drogue étant donné la rareté de ces problèmes au sein de l'échantillon étudié. Dans les cas où les deux symptomatologies étaient présentes, la cote 2 l'emportait sur les autres cotes et la cote 1 l'emportait sur la cote 0. En suivant le même principe hiérarchique, nous avons également créé une variable où toutes les symptomatologies sont confondues (tous types de symptômes). Aucun résultat n'est présenté pour la catégorie résiduelle des symptômes liés à d'autres types de troubles (trop faible fréquence), mais cette catégorie est incluse lorsqu'il est question du niveau de fonctionnement peu importe la symptomatologie.

Cotation des types de soins

Lorsque la personne était considérée par les cliniciens comme ayant un problème important (cote 2) ou comme étant à risque (cote 1) par rapport à au moins une symptomatologie, l'évaluation se poursuivait avec la cotation des divers types de soins proposés (thérapie comportementale, désintoxication, médication, etc.) en fonction des symptomatologies présentes. Neuf cotes étaient disponibles, dont en voici quelques-unes : intervention appropriée, mais non assurée; intervention non appropriée; intervention inefficace; rejet de l'idée de traitement; prestation excessive de soins. Le nombre de variables étant ici très grand (près d'une cinquantaine) et le nombre de sujets relativement limité, nous ne pouvons présenter les résultats dans tous leurs détails. Seuls les types de soins recommandés ou jugés appropriés³ pour les personnes ayant une symptomatologie dépressive ou anxieuse seront présentés. Nous prendrons en considération le nombre d'interventions recommandées et le type, et cela en regard du niveau de fonctionnement (risque de problème, problème important et les deux niveaux confondus) et de la symptomatologie (anxieuse, dépressive ou dépressive anxieuse).

² Il y avait une huitième symptomatologie (troubles de l'alimentation), mais il n'y a eu aucun cas de ce genre.

³ Un type de soins jugé approprié peut ou non être dispensé actuellement et, s'il l'est, il peut être plus ou moins efficace.

Niveau de fonctionnement selon la symptomatologie

- Aucun problème
- Risque de problème
- Problème important

Nombre d'interventions recommandées (0-4)

Type d'interventions recommandées :

- **Évaluation** (oui/non)
- **Thérapie de soutien** (oui/non)
- **Thérapie cognitive ou comportementale** (oui/non)
- **Psychothérapie individuelle structurée** (oui/non)
- **Pharmacothérapie** (oui/non)
- **Autre** (oui/non)

Cotation du besoin principal selon la symptomatologie

Enfin, les cliniciens devaient conclure avec l'évaluation du besoin principal pour chaque symptomatologie. La cotation était basée sur le niveau de fonctionnement de la personne, les types de soins jugés appropriés, les interventions reçues, leur efficacité et l'attitude de la personne à l'égard de certains types de soins proposés. Le résultat de cette cotation se résume ainsi :

- *aucun besoin de soins* : soit que la personne n'a aucun problème actuellement, soit qu'elle risque d'avoir un problème important, mais aucune intervention n'est requise pour le moment (une personne jugée comme ayant un problème important ne peut être classée dans cette catégorie);
- *besoin présent, réponse adéquate* : la personne a un problème important actuellement ou elle risque d'avoir un tel problème, mais toutes les interventions requises sont fournies et sont efficaces ou potentiellement efficaces ou encore méritent d'être maintenues;
- *besoin présent, réponse inadéquate (évaluation ou traitement)* : la personne a un *problème important* actuellement ou elle risque d'avoir un tel problème et les interventions appropriées ne sont pas fournies du tout ou ne le sont pas de manière adéquate ;
- *besoin présent, réponse impossible* : ici deux possibilités selon le niveau de fonctionnement : 1) la personne a un *problème important* et soit qu'aucune intervention n'est appropriée, soit qu'elle ne participe pas aux interventions offertes récemment, soit que les interventions requises se sont avérées inefficaces, soit que la personne rejette l'idée d'avoir recours aux interventions jugées appropriées; 2) la personne a un *risque de problème important* et aucune intervention n'est appropriée et efficace ou même partiellement efficace.

Besoin de soins et réponse aux besoins de soins

À partir de cette cotation par symptomatologie, nous avons construit une variable résumant l'information pour l'ensemble des types de symptômes présentés. Comme une personne pouvait cumuler plus d'une symptomatologie et être évaluée différemment pour chacune d'elles⁴, il nous a fallu créer une hiérarchie : (1) si la personne est classée comme ayant une *réponse inadéquate* à l'une ou l'autre symptomatologie, elle sera classée ainsi dans la variable globale; (2) si elle ne se retrouve pas dans le cas précédent et si, pour au moins une symptomatologie, elle est classée comme ayant un besoin dont la réponse est *impossible*, elle sera classée ainsi dans la variable globale; (3)

⁴ Par exemple, aucun besoin par rapport aux symptômes d'anxiété, besoins satisfaits par rapport aux symptômes dépressifs et besoins impossibles à satisfaire par rapport aux problèmes d'alcool.

si elle ne se retrouve pas dans les deux cas précédents et si elle reçoit une *réponse adéquate*, elle est classée de la même manière pour la variable globale; (4) si la personne n'est pas considérée dans les trois cas précédents, c'est qu'elle n'a *aucun besoin* par rapport à une symptomatologie potentiellement problématique ou qu'elle ne présente aucun problème sur le plan du fonctionnement et elle sera classée comme n'ayant *aucun besoin*.

Enfin, à partir de cette dernière variable, nous en avons construit une autre, toute simple, correspondant au fait d'avoir ou non besoin de soins. Ainsi, une personne est reconnue avoir besoin de soins si, selon la variable précédente, elle était classée dans les catégories *réponse adéquate*, *réponse inadéquate* ou *réponse impossible* et comme n'ayant pas de besoins si elle était classée dans la catégorie *aucun besoin*. Cette nouvelle variable et la précédente étant très utilisées tout au long de la présentation des résultats, nous les distinguerons en les nommant respectivement *besoin de soins* et *réponse aux besoins de soins*. Il est à noter que les résultats concernant la variable *réponse aux besoins de soins* ne sont présentés que pour les personnes identifiées comme ayant un besoin.

Besoin de soins

- Oui
- Non

Réponse aux besoins de soins

- Adéquate
- Inadéquate
- Impossible

Résultats

Plusieurs thèmes sont abordés dans les sections qui suivent. Dans la première section, sont présentés les taux de prévalence des problèmes de fonctionnement selon les cliniciens et ils sont mis en perspective avec ceux obtenus pour les troubles mentaux dans l'enquête téléphonique. Les deuxième et troisième sections portent sur la prévalence des besoins de soins et sur la réponse à ces besoins, de même que sur les facteurs qui leur sont associés. Dans la quatrième section, sont examinées les interventions recommandées par les cliniciens pour les personnes présentant une symptomatologie dépressive ou anxieuse. Dans la cinquième, la distinction est faite entre quatre groupes définis selon leur besoin de soins et leur utilisation des services; la taille de ces groupes est précisée, de même que leurs caractéristiques particulières. Enfin, dans la dernière section, les indicateurs de besoins de l'enquête téléphonique sont comparés à l'évaluation clinique des besoins de manière à pouvoir mieux en déterminer la valeur.

Évaluation du niveau de fonctionnement

Le tableau 11.1 montre la prévalence des problèmes de fonctionnement, tels qu'évalués par les cliniciens, selon la symptomatologie. Pour tous les types de symptômes confondus, il apparaît que 13 % des Montréalais ont un problème

important actuellement et que 7 % risquent d'en avoir un. Les symptômes de type dépressif et de type anxieux sont les plus en cause. Notons qu'une personne peut présenter plus d'une symptomatologie, ce qui explique que la prévalence cumulative pour chaque symptomatologie est supérieure à celle fournie pour tous les types de symptômes.

Tableau 11.1

Prévalence des problèmes de fonctionnement selon les cliniciens (n = 359, données pondérées) et des troubles mentaux selon l'enquête téléphonique (n = 4 430, données pondérées)

Type de symptômes	Évaluation des cliniciens		Enquête téléphonique
	Problème important %	Risque de problème %	Troubles mentaux %
Symptômes dépressifs	6,5*	4,7*	5,1
Symptômes d'anxiété	5,5*	2,6**	6,0
Trouble de l'adaptation*	1,7**	0,9**	
Problèmes liés à l'alcool ou aux drogues	0,9**	0,5**	2,8
Symptômes psychotiques positifs*	0,1**	0,5**	
Tous types de symptômes	13,4	6,7*	11,0

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

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

À titre indicatif, nous avons ajouté, à la dernière colonne du tableau 11.1, la prévalence des troubles mentaux sur une période de 12 mois, telle qu'évaluée lors de l'enquête téléphonique. Bien qu'il s'agisse de deux mesures différentes, on pourrait s'attendre à ce que cette prévalence soit comparable à celle obtenue avec l'évaluation des cliniciens pour un problème important de fonctionnement. Aucune différence significative n'a pu être détectée entre les deux types d'évaluation. À noter que l'échantillon évalué par les cliniciens est relativement petit et que les coefficients de variation sont élevés, ce qui invite à la prudence dans l'interprétation de ces résultats.

Prévalence des besoins de soins et facteurs associés

Selon l'évaluation des cliniciens, 18 % des Montréalais ont besoin de soins (tableau 11.2). Par rapport au niveau de fonctionnement, notons que, par définition, les personnes classées comme ayant un problème important étaient considérées comme ayant besoin de soins. Chez celles évaluées comme étant à risque, deux sur trois ont été considérées comme ayant besoin de soins (données non présentées).

Tableau 11.2

Prévalence des besoins de soins, tels qu'évalués par les cliniciens, selon les caractéristiques sociodémographiques (n = 359, données pondérées)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ²		Lieu de naissance ²	
Homme	12,8*	Né au Canada	21,5
Femme	22,7	Né ailleurs	11,1**
Organisation du ménage ²		Statut financier perçu ¹	
Vit seul	22,0*	À l'aise/Suffisant	14,4
Couple avec ou sans enfant	11,8	Pauvre/Très pauvre	38,3*
Monoparentale	46,7*		
Colocataire sans enfant	19,7**		
Scolarité relative ²		Spiritualité ²	
Plus faible/Faible	23,7*	Importante	20,6
Moyenne/Élevée/Plus élevée	14,6*	Pas importante	11,8**
		Total	18,2

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

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

¹ p < 0,01.

² p < 0,05.

Certains sous-groupes de la population risquent plus que d'autres d'avoir besoin de soins. C'est le cas des personnes nées au Canada, de celles se percevant comme pauvres, de celles vivant en famille monoparentale, de celles ayant une faible scolarité et des femmes. Une analyse de régression logistique a permis de faire ressortir que les trois premiers facteurs étaient les plus importants et qu'à eux seuls ils expliquaient 16 % de la variance (données non présentées). On note également une association entre le besoin de soins et la spiritualité : les personnes qui considèrent la spiritualité comme importante sont plus nombreuses à avoir besoin de soins.

Réponse aux besoins de soins et facteurs associés

Parmi les personnes qui ont besoin de soins, les cliniciens évaluent que moins de deux personnes sur dix reçoivent une réponse adéquate à leurs besoins (soit 3 % de la population totale), qu'autour de sept sur dix ne reçoivent pas une réponse adéquate (13 % de la population) et qu'environ une sur dix a des besoins impossibles à satisfaire (soit 2 % de la population). Les coefficients de variation étant élevés, les résultats sont également fournis sur la base de données non pondérées; qu'elles soient pondérées ou non, les proportions sont relativement semblables (tableau 11.3).

Tableau 11.3

Réponse aux besoins de soins

Réponse aux besoins	Données pondérées		Données non pondérées
	Population (n = 359) %	Personnes avec besoins (n = 65) %	Personnes avec besoins (n = 153) %
Adéquate	3,1**	16,9**	19,6*
Inadéquate	13,1	72,3	69,9
Impossible	2,0**	10,8**	10,5*
Total	18,2	100,0	100,0

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

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

Le nombre de sujets ayant besoin de soins étant peu élevé (n = 153, données non pondérées), nous avons choisi de travailler avec des données non pondérées pour les analyses bivariées. Les caractéristiques sociodémographiques et de santé mentale ont été croisées avec la réponse aux besoins de soins. Le tableau 11.4 montre les caractéristiques pour lesquelles la réponse aux besoins varie significativement. Les hommes comparativement aux femmes ($p = 0,06$), de même que ceux qui ont une faible scolarité par rapport à ceux qui ont une scolarité élevée sont relativement plus nombreux à avoir des besoins auxquels il est impossible de répondre. Par ailleurs, ceux qui ont une scolarité élevée sont proportionnellement plus nombreux à recevoir une réponse adéquate à leurs besoins. Les personnes considérées par les cliniciens comme ayant un problème important se retrouvent plus souvent dans les catégories *réponse inadéquate* ou *réponse impossible* que les personnes à risque, qui, elles, semblent davantage recevoir une réponse adéquate à leurs besoins. Les personnes présentant seulement des symptômes dépressifs sont relativement plus nombreuses à obtenir une réponse adéquate que celles présentant seulement des symptômes anxieux ou celles présentant les deux symptomatologies à la fois. La comorbidité (symptômes dépressifs et anxieux) est fortement associée à une réponse inadéquate. Enfin, il en va de même lorsque le niveau de détresse psychologique est élevé. Les estimations affichées au tableau 11.4 pour les types de réponses *adéquate* et *impossible* ne sont pas d'une grande précision; elles ne sont présentées qu'à titre indicatif.

Tableau 11.4

Réponse aux besoins selon différents sous-groupes (n = 153, données non pondérées)

Caractéristique significative	Type de réponses		
	Adéquate %	Inadéquate %	Impossible %
Sexe ³			
Homme	14,6**	66,7	18,8**
Femme	21,9*	71,4	6,7**
Scolarité relative ¹			
Plus faible/Faible	11,4**	71,4	17,1**
Moyenne/Élevée/Plus élevée	26,5*	68,7	4,8**
Niveau de fonctionnement ¹			
Risque de problème	36,4*	56,8	6,8**
Problème important	12,8*	75,2	11,9**
Symptomatologie (n = 126) ²			
Dépressive seulement	28,0*	56,0	16,0**
Anxieuse seulement	15,4**	69,2	15,4**
Dépressive et anxieuse	18,0**	82,0	0,0
Détresse psychologique ¹			
Faible	33,3*	51,1	15,6**
Élevée	13,9*	77,8	8,3**

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

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

³ $p = 0,06$.

Les interventions requises pour les personnes dépressives et les anxieuses

Cette section ne concerne que les personnes évaluées par les cliniciens comme étant dépressives ou anxieuses (n = 146), les autres groupes comprenant un trop petit nombre de personnes et les interventions requises à leur égard étant relativement différentes. Le tableau 11.5 montre le nombre et le type d'interventions recommandées pour l'ensemble des personnes en les distinguant selon le niveau de fonctionnement. Dans l'ensemble, les cliniciens recommandent un ou deux types d'interventions, principalement la psychothérapie individuelle structurée et la pharmacothérapie, et, dans une moindre mesure, la thérapie de soutien ou le counselling et la thérapie

Tableau 11.5

Nombre et type d'interventions recommandées chez les dépressifs et les anxieux selon le niveau de fonctionnement (risque de problème ou problème important) (n = 146, données non pondérées)

Caractéristique	Risque de problème (n = 53) %	Problème important (n = 93) %	Risque de problème ou problème important (n = 146) %
Nombre d'interventions ¹			
<i>Aucune intervention</i>	43,4	0,0	15,8
<i>1 intervention</i>	32,1	43,0	39,0
<i>2 interventions</i>	22,6	48,4	39,0
<i>3 interventions</i>	1,9	8,6	6,2
Type d'interventions			
<i>Évaluation</i>	0,0	2,2	1,4
<i>Thérapie de soutien</i>	30,2	28,0	28,8
<i>Thérapie cognitive ou comportementale ¹</i>	5,7	20,4	15,1
<i>Psychothérapie individuelle structurée ¹</i>	20,8	52,7	41,1
<i>Pharmacothérapie ¹</i>	24,5	51,6	41,8
<i>Autre ²</i>	1,9	9,7	6,8

¹ p < 0,01.

² p = 0,07.

cognitive³. Pour les personnes à risque, il est fréquent qu'aucune intervention ne soit requise (43 % des cas) ou bien que les interventions soient moins nombreuses que ce qui est recommandé pour les personnes jugées comme ayant un problème important. Sauf pour la thérapie de soutien, qui est aussi souvent recommandée dans l'un ou l'autre cas, les différentes interventions sont davantage requises pour les personnes qui ont un problème important.

Le tableau 11.6 est semblable au précédent, mais cette fois-ci la distinction est faite entre les personnes qui ont des symptômes dépressifs seulement, celles qui ont des symptômes anxieux seulement et celles qui présentent les deux types de symptômes à la fois. Les deux groupes qui ne présentent qu'une seule symptomatologie sont similaires quant au nombre d'interventions, mais diffèrent quelque peu quant au type d'interventions requises. Aux personnes

³ La *psychothérapie individuelle structurée*, selon le manuel d'instruction du NFCAS, inclut les approches reconnues comme la thérapie psychodynamique, la psychothérapie brève, la thérapie interpersonnelle, etc. La *thérapie de soutien* ou le *counselling* inclut des interventions de soutien dont l'intention est de comprendre la nature et la signification des symptômes. La *thérapie cognitive*, telle que définie pour les symptômes dépressifs par exemple, est un traitement cognitif-behavioral structuré du style de Beck dont le but est orienté vers l'assignation de tâches comportementales, l'identification de pensées automatiques et la confrontation des suppositions. Il peut être offert à l'intérieur d'un groupe, bien qu'il soit à déterminer si une intervention individuelle est nécessaire.

Tableau 11.6

Nombre et type d'interventions recommandées chez les dépressifs et les anxieux selon la symptomatologie et la comorbidité (n = 146, données non pondérées)

Caractéristique	Type de symptômes		
	Dépressifs anxieux (n = 54) %	Dépressifs seulement (n = 60) %	Anxieux seulement (n = 32) %
Nombre d'interventions ²			
Aucune intervention	7,4	20,0	21,9
1 intervention	29,6	43,3	46,9
2 interventions	51,9	33,3	28,1
3 interventions	11,1	3,3	3,1
Type d'interventions			
Évaluation	3,7	0,0	0,0
Thérapie de soutien	25,9	35,0	21,9
Thérapie cognitive ou comportementale ³	20,4	6,7	21,9
Psychothérapie individuelle structurée ²	53,7	36,7	28,1
Pharmacothérapie ²	57,4	33,3	31,3
Autre	5,6	6,7	9,4

² p < 0,05.

³ p = 0,06.

dépressives, on recommande un peu plus la thérapie de soutien et la thérapie individuelle, alors qu'aux personnes anxieuses ce sera davantage la thérapie cognitive. Il est clair ici que le traitement devient plus complexe lorsque les personnes cumulent les deux types de symptômes. Les cliniciens recommandent deux types d'interventions ou plus à 63 % des personnes à la fois dépressives et anxieuses, et les interventions requises sont la pharmacothérapie dans 57 % des cas et la psychothérapie individuelle dans 54 % des cas.

Besoins de soins et utilisation des services

Le croisement des variables *besoin de soins* et *utilisation de services pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois* amène à faire la distinction entre quatre groupes ayant des intérêts différents sur le plan de la planification des services. La figure 11.1 montre la répartition de la population montréalaise entre ces quatre groupes.

Figure 11.1

Répartition de la population selon les besoins de soins et l'utilisation de services (n = 359, données pondérées)

		Besoins de soins	
		Non	Oui
Utilisation des services	Non	Groupe 1 75 %	Groupe 3 9 %
	Oui	Groupe 2 7 %	Groupe 4 9 %

Groupe 1

Le groupe 1 comprend la vaste majorité des Montréalais, pour qui il n'y a ni besoin de soins ni recours aux services pour des raisons de santé mentale. C'est un groupe pour lequel on pourrait souhaiter mettre en place des interventions de promotion de manière à maintenir leur état d'équilibre.

Groupe 2

Le groupe 2 inclut les personnes qui, aux yeux des cliniciens, n'ont pas besoin de soins, mais qui, pourtant, ont utilisé une forme ou une autre de service au cours de l'année qui a précédé l'enquête. Ce groupe, représentant 7 % de la population, recevrait-il une prestation excessive de services? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons comparé, sur la base des données non pondérées, d'abord le groupe 2 au groupe 1 quant aux différents indicateurs de besoins et, ensuite, le groupe 2 au groupe 4 quant aux mêmes indicateurs et au type de services utilisés (tableau A11.1 en annexe).

Comparativement au groupe 1 qui n'a ni besoin de soins ni utilisation des services, les personnes du groupe 2 sont plus nombreuses à présenter un trouble mental récent (au cours des 12 derniers mois), plus particulièrement un trouble affectif, et à déclarer des incapacités liées à un problème de santé mentale dans le dernier mois. Bref, plus de personnes de ce groupe montrent une souffrance psychique, telle que mesurée par les indicateurs de besoin de l'enquête téléphonique. La mesure de troubles mentaux de l'enquête en face-à-face montre également une proportion plus élevée de personnes présentant un trouble dans le groupe 2. Enfin, notons que les cliniciens cotaient plus fréquemment le niveau de fonctionnement comme étant à risque dans le groupe 2 que dans le groupe 1. Il apparaît donc clairement que le groupe 2 est plus affecté sur le plan psychique. Sur le plan sociodémographique, on observe une proportion plus élevée de femmes et une plus faible proportion de personnes vivant en couple dans le groupe 2.

Par rapport aux personnes du groupe 4, évaluées comme ayant besoin de soins et utilisant les services, celles du groupe 2 sont nettement moins nombreuses à souffrir d'un trouble mental, à présenter une souffrance psychique ou de la détresse psychologique, à avoir un niveau de fonctionnement problématique plutôt que simplement à risque. Leur état de santé mentale semble donc meilleur. Bien que les deux groupes aient utilisé les services pour des raisons de santé mentale au cours de la dernière année, il apparaît que le type de services utilisé diffère. Par exemple, le groupe 2 comprend nettement moins de personnes ayant consulté dans le secteur des services spécialisés; en

l'occurrence, elles ont moins consulté le psychiatre et se sont moins adressées à la clinique externe de psychiatrie. En revanche, elles sont plus nombreuses à avoir eu recours à des services communautaires, à la médecine douce, au clergé ou à d'autres services non spécialisés en santé mentale. Notons également que la dernière consultation est moins récente pour les personnes du groupe 2 : seulement 25 % d'entre elles avaient consulté dans le dernier mois comparativement à 58 % des personnes du groupe 4. Enfin, sur le plan sociodémographique, une proportion plus élevée des personnes du groupe 2 se considéraient comme à l'aise sur le plan financier et sont plus scolarisées que celles du groupe 4. Il ressort de cette exploration que le groupe 2 semble comprendre deux types de personnes : celles ayant eu des troubles mentaux, maintenant à peu près résolus (six mois ou un an auparavant, on aurait pu juger qu'elles avaient besoin de soins); et des personnes ayant une souffrance plus légère qui ont eu recours à des services moins spécialisés. Dans le premier cas, cela laisse croire que ces personnes utilisent les services pour consolider leur état mental, alors que, dans le second, il pourrait s'agir d'une démarche de croissance personnelle qui n'est pas sans intérêt sur le plan préventif. Bref, dans la mesure où il ne semble pas y avoir de prestation excessive, le groupe 2 pourrait se confondre avec le groupe 1 aux fins d'un exercice de planification.

Groupe 3

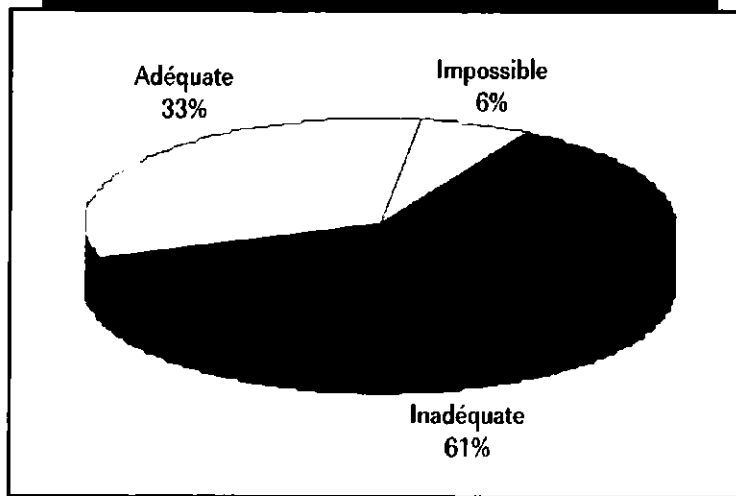
Le groupe 3, soit celui des personnes jugées cliniquement comme ayant besoin de soins, mais n'ayant pas utilisé les services dans la dernière année, représente 9 % de la population montréalaise. Comme on peut le constater à la figure 11.1, c'est la moitié des personnes ayant besoin de soins qui n'ont recours à aucun service. Dans ce cas-ci, on peut se demander pourquoi ces personnes n'ont pas recours aux services alors que d'autres le font. Quelques éléments de réponse sont fournis par les analyses comparatives des groupes 3 et 4 (tableau A11.2 en annexe). Par rapport aux personnes avec besoin de soins qui ont recours aux services, celles du groupe 3 sont moins nombreuses à présenter des signes de souffrance psychique : selon les indicateurs de l'enquête téléphonique, il y en avait moins qui souffraient d'un trouble mental dans la dernière année (particulièrement moins de troubles affectifs ou anxieux), moins qui déclaraient des incapacités récentes liées à leurs problèmes de santé mentale, moins qui percevaient leur santé mentale comme mauvaise et, globalement, moins qui présentaient un signe quelconque de souffrance psychique (69 % pour 89 %). De plus, on observe que la comorbidité est moins élevée dans ce groupe : 30 % souffraient de plus d'un type de troubles comparativement à 42 % dans le groupe 4. L'évaluation des cliniciens va dans le même sens.

Groupe 4

Enfin, le dernier groupe, soit 9 % de la population, comprend les personnes évaluées comme ayant besoin de soins et ayant recours aux services. Leur situation est-elle meilleure? Pas autant qu'on pourrait le souhaiter. Selon les cliniciens qui ont fait l'évaluation, environ le tiers de ce groupe reçoit une réponse adéquate, 61 % une réponse inadéquate alors qu'une petite proportion (6 %) semble avoir des besoins impossibles à satisfaire (figure 11.2).

Figure 11.2

Réponse aux besoins chez les personnes du groupe 4
(Besoin, oui/Utilisation, oui) (n = 89, données non pondérées)



Qui sont donc ces personnes qui, bien qu'utilisant les services, ne reçoivent pas les soins requis? Cette fois, pour répondre à cette question, nous avons comparé les personnes recevant une réponse adéquate et celles ayant une réponse inadéquate selon les cliniciens (tableau A11.3 en annexe). Les résultats doivent ici être interprétés avec prudence, car les échantillons sont petits. La réponse adéquate ou inadéquate chez les personnes en besoin utilisatrices de services semble liée à l'état de santé mentale. Parmi les personnes ayant une réponse inadéquate, on note une proportion plus élevée d'individus percevant leur

santé mentale comme mauvaise ou montrant un signe quelconque de souffrance psychique. Selon les données de l'entrevue en face-à-face, il y a également plus de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique ou présentant un trouble mental récent. Enfin, selon l'évaluation des cliniciens, la réponse inadéquate est également liée au niveau de fonctionnement : parmi les personnes jugées comme ayant une telle réponse, on trouve moins de personnes considérées comme seulement à risque et plus de personnes ayant un problème important de fonctionnement sur plus d'une symptomatologie et également sur une symptomatologie de type anxieux. L'adéquation de la réponse par rapport aux besoins semble aussi reliée au type de services reçus : les personnes jugées comme ayant une réponse adéquate sont plus nombreuses à recevoir des services spécialisés en santé mentale (80 % pour 57 % chez celles ayant une réponse inadéquate) et à consulter des médecins spécialistes autres que le psychiatre (30 % pour 11 %). Enfin, notons que 80 % des individus recevant les services requis déclaraient avoir consulté dans le dernier mois, pour seulement 46 % de ceux ne les recevant pas.

Évaluation clinique des besoins et indicateurs de l'enquête téléphonique

L'évaluation des besoins par des cliniciens est certes une méthode de mesure plus rigoureuse et plus valide que l'évaluation faite au téléphone par un interviewer sans formation clinique, même si ce dernier utilise un instrument structuré et s'il a reçu un entraînement particulier. Par contre, la méthode clinique, nettement plus coûteuse, contraint à limiter le nombre de personnes évaluées et, par la suite, la précision des estimations et le découpage possible de sous-ensembles de l'échantillon pour pouvoir traiter de questions particulières. Ainsi, la méthode clinique, bien que supérieure en qualité, ne peut remplacer complètement les autres indicateurs, lesquels ont le net avantage du nombre de personnes évaluées. Nous avons ici la chance de pouvoir étudier la valeur des indicateurs de besoins de l'enquête téléphonique en les comparant à une évaluation clinique qui constitue une excellente norme de qualité. À noter que même les cliniciens peuvent faire erreur, la mesure parfaite restant un idéal.

Le tableau 11.7 indique quelle est la concordance entre les besoins de soins tels qu'évalués par les cliniciens et les indicateurs de besoins provenant de l'enquête téléphonique. Ici, l'évaluation des cliniciens est considérée comme la meilleure méthode et il s'agit de voir jusqu'à quel point, par rapport à celle-ci, un indicateur, en principe moins performant, permet de détecter correctement un besoin : c'est ce que l'on nomme la sensibilité de l'indicateur. À l'inverse, la spécificité de l'indicateur est sa capacité d'identifier correctement les personnes qui n'ont pas de besoins. Enfin, une troisième mesure, celle de la concordance globale de l'indicateur, est le *kappa*, dont la valeur varie entre 0 (nulle) et 1 (parfaite); un *kappa* inférieur à 0,40 est généralement considéré comme faible.

En examinant les résultats, on constatera que les idées suicidaires, les incapacités et la santé mentale subjective ont une faible concordance (*kappa* variant de 0,23 à 0,32) avec l'évaluation des cliniciens. Bien qu'ayant une spécificité élevée, ces indicateurs ont une faible sensibilité, c'est-à-dire qu'ils arrivent à identifier peu de personnes ayant besoin de soins, 22 % à 24 % dans le cas des idées suicidaires et de la santé mentale subjective, et un peu plus (40 %) dans le cas des incapacités. En comparaison, la présence d'un trouble mental, telle que mesurée dans l'enquête téléphonique, est un bien meilleur indicateur. Sa concordance avec l'évaluation clinique est de 0,44 et il arrive à détecter correctement près de sept personnes sur dix ayant besoin de soins et trois

Tableau 11.7

Concordance entre les besoins de soins évalués cliniquement et les indicateurs de besoins de l'enquête téléphonique (n = 359, données non pondérées)

Indicateur de l'enquête téléphonique	Besoins de soins (évaluation clinique)		Sensibilité : %
	Présence	Absence	Spécificité : % Kappa : Valeur entre 0 et 1
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois			Sensibilité : 69,3
<i>Présence</i>	106	51	Spécificité : 75,2
<i>Absence</i>	47	155	Kappa : 0,44
Idées suicidaires			Sensibilité : 22,4
<i>Présence</i>	34	3	Spécificité : 98,5
<i>Absence</i>	118	203	Kappa : 0,23
Incapacités			Sensibilité : 40,5
<i>Présence</i>	62	22	Spécificité : 89,3
<i>Absence</i>	91	184	Kappa : 0,32
Santé mentale subjective			Sensibilité : 24,2
<i>Mauvaise</i>	37	6	Spécificité : 97,1
<i>Bonne</i>	116	199	Kappa : 0,23
Souffrance psychique			Sensibilité : 80,4
<i>Présence</i>	123	68	Spécificité : 67,0
<i>Absence</i>	30	138	Kappa : 0,46

personnes sur quatre n'en ayant pas besoin. Enfin, la souffrance psychique, l'indicateur global de besoins de l'enquête téléphonique montre une concordance légèrement supérieure (kappa = 0,46) avec l'évaluation clinique; on notera une nette amélioration de la sensibilité (80 %) et une légère diminution de la spécificité (67 %).

Nous avons également examiné la prévalence des besoins de soins, tels qu'évalués par les cliniciens, en fonction d'autres indicateurs spécifiques provenant de l'enquête téléphonique, comme le type de troubles mentaux, la comorbidité, la récence⁶ des troubles mentaux et le nombre de critères de souffrance psychique. Les résultats sont présentés au tableau 11.8, d'abord sur la base de données pondérées, où l'on remarquera que les coefficients de variation sont parfois élevés, puis sur la base des données non pondérées, qui

⁶ Nous nous excusons de l'utilisation de ce terme qui n'existe pas en français et qui n'est pas d'usage courant. C'est la traduction que nous faisons du terme anglais *recency*. La récence correspond au moment où les symptômes du trouble étaient présents pour la dernière fois.

offrent une meilleure précision; les prévalences sont relativement stables d'une méthode à l'autre. Ainsi, on constatera que les personnes souffrant de troubles anxieux sont relativement moins nombreuses à avoir besoin de soins que celles souffrant de troubles affectifs (64 % pour 82 %; données non pondérées). Chez celles cumulant plus d'un type de troubles, 80 % ont besoin de soins comparativement à 58 % chez celles n'en présentant qu'un type. Les besoins de soins sont évidemment plus fréquents chez les personnes qui présentent un trouble mental plus récent, mais ils sont loin d'être négligeables chez celles qui en présentaient dans le passé (il y a plus d'un an). Enfin, mentionnons que plus le nombre de critères de souffrance psychique est élevé, plus les personnes sont susceptibles d'être évaluées comme ayant besoin de soins.

Tableau 11.8

Prévalence des besoins de soins en fonction du type de troubles, de leur comorbidité, de leur récence et du nombre de critères de souffrance psychique (n = 359)

Indicateur de l'enquête téléphonique	Données pondérées %	Données non pondérées %
Troubles affectifs au cours des 12 derniers mois ¹	82,6	81,6
Troubles anxieux au cours des 12 derniers mois ¹	63,2*	63,6
Troubles liés à l'usage de substances au cours des 12 derniers mois ¹	66,7**	73,5
Nombre de types de troubles au cours des 12 derniers mois ¹		
Un seul	62,5*	57,5
Plus d'un (Comorbidité)	83,3	80,0
Troubles mentaux quelconques ¹		
Au cours des 12 derniers mois	69,4	67,5
Antérieurs aux 12 derniers mois	31,3*	36,3
Souffrance psychique (nombre de critères) ¹		
1 critère	45,2*	49,1
2 critères	75,0*	75,0
3 critères	100,0	95,7
4 critères	100,0	100,0

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

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

¹ p < 0,01.

Discussion

L'analyse des données présentées dans ce chapitre permet de constater qu'une méthode beaucoup plus clinique produit des résultats relativement semblables à ceux obtenus dans l'enquête téléphonique en ce qui a trait à la proportion de personnes présentant des problèmes de santé mentale. Selon l'évaluation des cliniciens, 13 % des Montréalais ont un problème important et, en plus, 7 % sont des personnes à risque. Dans l'enquête téléphonique, les indicateurs de besoins montraient que 11 % de la population était atteinte d'un des troubles mentaux mesurés (chapitre 3) et qu'un 7 % additionnel montrait certains autres signes de souffrance psychique (chapitre 7).

Par définition, toutes les personnes évaluées comme ayant un problème important par les cliniciens nécessitaient des soins. Chez celles qui sont à risque, une forte proportion sont également considérées comme requérant une intervention. Ainsi, il apparaît que de s'en tenir strictement à la seule mesure des troubles mentaux dans une enquête de ce genre occulterait une partie de la réalité.

Au total, 18 % des Montréalais ont besoin de soins. Ce chiffre peut paraître énorme et l'on est en droit de se demander s'il correspond bien à la réalité. Bebbington *et al.* (1997), ayant utilisé le même instrument de cotation de besoins de soins que celui que nous avons utilisé dans notre enquête, rapportent une proportion de 10 %, ce qui est nettement plus faible que ce qui est observé ici. Cela est d'autant plus étonnant que la population étudiée par Bebbington *et al.* (1997) provient d'un milieu défavorisé et exclut les personnes de 65 ans et plus, deux facteurs qui contribuent habituellement à une prévalence plus élevée. Par rapport à l'étude de Lehtinen *et al.* (1990), également basée sur une évaluation clinique, la proportion observée pour la population montréalaise est à 1 % près; autrement dit, une fois considérées les marges d'erreur, les chiffres sont plutôt similaires. De ces comparaisons, on peut difficilement conclure que les Montréalais et les Finlandais sont proportionnellement plus nombreux à avoir besoin de soins que les Londoniens de milieu défavorisé. Bien que la méthode soit semblable dans nos trois études, elle n'est toutefois pas identique; par exemple, les instruments diagnostiques ne sont pas les mêmes, la méthode pour dépister les cas est différente et la composition des équipes de cliniciens faisant la cotation varie. En ce sens, les deux études européennes sont peut-être plus semblables : (1) le PSE et le

SCAN sont deux instruments diagnostiques basés sur les mêmes critères; (2) l'outil de dépistage est le *GHQ* dans les deux cas; (3) l'équipe de cotation comprend un psychiatre dans les deux cas; par contre, le deuxième membre de l'équipe, dans un cas, est un psychologue, dans l'autre, une infirmière psychiatrique. Et pourtant, l'écart entre les taux obtenus dans les deux études européennes est pratiquement aussi grand qu'entre l'étude de Bebbington *et al.* et la nôtre. Les cliniciens anglais auraient-ils un jugement plus strict? Cela reste à être éclairci. Certains éléments indiquent que la proportion de besoin de soins observée dans notre étude pourrait correspondre à la réalité : par exemple, cette proportion est semblable, pour ne pas dire identique, à celle observée dans l'étude de Lehtinen *et al.* ou encore elle concorde bien avec les autres résultats de notre étude. Par contre, rappelons le biais déjà signalé dans le chapitre 1 sur la méthode. Au sein des personnes ayant un trouble mental qui ont accepté de participer à cette deuxième étape de l'enquête, il y a plus de personnes présentant un trouble dépressif. Or, il semble, selon les cliniciens, que les personnes ayant une symptomatologie dépressive sont plus nombreuses à avoir besoin de soins que celles présentant d'autres symptomatologies. En conséquence, il n'est pas exclu que la proportion de personnes ayant besoin de soins soit légèrement surestimée dans notre étude.

Cette partie de l'étude, beaucoup plus clinique, confirme donc les résultats de l'enquête téléphonique : une proportion importante de la population a besoin de soins. L'évaluation clinique a, par contre, un grand avantage sur l'évaluation épidémiologique, car elle fournit une information sur la réponse à ces besoins. Ici, en l'occurrence, on constate que 70 % des personnes ayant besoin de soins n'ont pas reçu une réponse adéquate. Cette réponse inadéquate est d'abord attribuable au fait qu'environ la moitié des personnes ayant besoin de soins selon les cliniciens n'ont pas recours aux services, quelle qu'en soit la nature. Bref, pour ces individus, il n'y a aucune demande d'aide. Bien sûr, ces personnes apparaissent comme étant moins souffrantes que celles ayant besoin de soins qui utilisent les services. Mais n'attendent-elles pas trop avant de consulter? Plus l'état de santé mentale est détérioré, plus les conséquences sont importantes, plus le traitement est complexe et plus le retour à un fonctionnement antérieur peut être long. Qu'autant de personnes évaluées comme nécessitant des soins ne soient pas du tout en contact avec le système de soins, au sens large, inquiète. Pour que le système de soins puisse aider ces personnes, il faut qu'elles expriment une demande d'aide d'une manière ou d'une autre. Mais il arrive qu'elles soient réticentes à le faire, de

peur de passer pour « folles », d'être étiquetées comme souffrant de maladie mentale et d'être rejetées par l'entourage. Il arrive aussi qu'elles ne sachent pas que leurs symptômes relèvent d'un problème de santé mentale ou qu'elles pensent que la situation va se régler d'elle-même. L'entourage peut, dans ces circonstances, encourager la personne à consulter, à la condition bien sûr qu'il soit en mesure de reconnaître les signes de la maladie. C'est pourquoi s'imposent des interventions à visée éducative pour sensibiliser la population.

Outre ces personnes qui n'ont pas du tout recours aux services, on constatera que même celles qui y ont recours ne reçoivent pas toujours une réponse adéquate. Selon nos cliniciens, 60 % des personnes ayant besoin de soins qui consultent ne reçoivent pas les services requis. Leur état de santé mentale semble particulièrement détérioré, elles ont moins recours à des services spécialisés et leur dernier contact avec les services est souvent moins récent ou plus irrégulier que celui des personnes considérées par les cliniciens comme recevant une réponse adéquate à leurs besoins. Dans leur cas, la demande d'aide a été exprimée, plus probablement auprès d'un généraliste ou d'un autre intervenant de première ligne. Le problème ici réside donc davantage dans la volonté et la capacité des intervenants à reconnaître le trouble et à donner accès à un traitement adéquat. Le premier objectif devrait être d'améliorer la reconnaissance des troubles mentaux; en ce sens, des activités de formation peuvent être mises en place. Améliorer l'orientation pourrait être le second mais cela suppose que les ressources de traitement nécessaires existent, qu'elles sont connues et accessibles. Enfin, il existe des traitements efficaces pour la plupart des troubles mentaux, mais sont-ils suffisamment connus et disponibles? Des guides de pratique sont disponibles, s'en sert-on? Voilà autant de pistes qui devraient être examinées si l'on souhaite améliorer la réponse aux besoins de soins de la population.

Les interventions requises, telles que déterminées par nos cliniciens, sont de nature et d'intensité très variables. Par exemple, les personnes à risque par rapport à celles qui ont un problème important nécessitent moins d'interventions de manière générale et moins d'interventions intensives et de longue durée (comme la psychothérapie individuelle structurée). À l'inverse, les personnes présentant à la fois des troubles dépressifs et des troubles anxieux nécessitent un traitement plus complexe et plus long que celles présentant un seul type de troubles.

Si cette évaluation clinique des besoins de soins a des avantages clairs en termes de richesse et de qualité des informations recueillies par rapport à l'évaluation plus épidémiologique, il n'en demeure pas moins qu'elle a également ses limites.

Cette méthode comporte des coûts importants (entrevues en face-à-face avec des psychologues, cotation des besoins de soins par des cliniciens) qui entraînent une limite quant au nombre de personnes pouvant être évaluées. Bien qu'un échantillon de 359 personnes représente un échantillon respectable dans les circonstances, c'est souvent insuffisant pour fournir des estimations précises lorsqu'on veut approfondir les connaissances. Par exemple, il devient difficile avec un tel nombre de détecter des différences entre sous-groupes de manière à faire ressortir des facteurs de risque. Quelques caractéristiques sont ressorties comme significatives, en fait à peu près les mêmes que celles qui ressortaient des données de l'enquête téléphonique, mais en moins grand nombre. Cela dit, les analyses de validation des indicateurs de l'enquête téléphonique, particulièrement de celui de souffrance psychique, montraient une bonne concordance avec l'évaluation clinique des besoins de soins. En conséquence, pour étudier les facteurs de risque, il sera préférable de le faire à partir des données de l'enquête téléphonique, l'échantillon étant beaucoup plus grand et, ainsi, les estimations nettement plus précises. Pour ce qui est des aspects qui ne peuvent être étudiés qu'à partir de l'évaluation clinique des besoins, comme l'adéquation des services ou le type de traitement requis, il faudra se rappeler que plus on subdivise l'échantillon pour étudier une question particulière, plus on se retrouve dans la situation où les estimations sont imprécises. Elles sont alors fournies à titre indicatif et il faudrait éviter de baser la planification de services sur ces chiffres précis, la marge d'erreur pouvant être assez grande. Par ailleurs, cela n'invalide pas pour autant les commentaires que nous avons pu faire à propos de ces estimations.

Faits saillants

- Sur le plan du fonctionnement, les cliniciens évaluent que 13 % des Montréalais ont un problème important et 7 % sont à risque.
- Au total, 18 % de la population nécessite une intervention clinique quelconque.
- La moitié des personnes ayant besoin de soins n'a recours à aucune forme de services. Il y aurait lieu de mettre en place des interventions à visée éducative qui permettraient de favoriser la demande d'aide.
- Chez les personnes ayant besoin de soins et utilisant les services, 60 % ne reçoivent pas une réponse adéquate. N'y aurait-il pas lieu de réviser notre organisation des services sur le plan de la reconnaissance des troubles mentaux, de l'orientation des personnes qui en souffrent et de l'efficacité du traitement?
- Certaines personnes sont évaluées par les cliniciens comme n'ayant pas besoin de soins et, pourtant, elles utilisent les services. Les analyses exploratoires suggèrent qu'il ne s'agirait pas d'une prestation excessive de services. Aide au maintien de l'équilibre psychique chez des personnes ayant déjà présenté un trouble mental ou intervention de prévention chez des personnes montrant certains signes de souffrance psychique semblent être les explications.
- L'indicateur de souffrance psychique, utilisé dans l'enquête téléphonique, apparaît comme une bonne approximation du besoin de soins en santé mentale. Par ailleurs, plus le nombre de signes de souffrance est élevé, plus la personne risque d'avoir besoin de soins.
- Les personnes présentant une symptomatologie dépressive et celles cumulant plus d'un type de troubles sont également plus susceptibles d'avoir besoin de soins.
- Les interventions proposées par les cliniciens varient en nature et en intensité, les personnes à risque nécessitant une intervention moins complexe que celles ayant un problème important. Il en est de même pour celles présentant une symptomatologie exclusivement dépressive ou exclusivement anxieuse par rapport à celles présentant ces deux types de symptômes à la fois.

Les aidants naturels

Les proches d'une personne souffrant de problèmes de santé mentale sont souvent appelés à intervenir auprès d'elle. On identifie le proche vivant une telle situation comme étant un *aidant naturel*. Les résultats de l'enquête permettent d'estimer le nombre de personnes dans la population qui donnent effectivement de l'aide à des membres de leur entourage présentant des problèmes de santé mentale. Ils permettent aussi d'étudier l'aide offerte aux personnes présentant tout type de problèmes de santé mentale et non seulement des troubles graves et persistants, comme c'est habituellement le cas dans les études sur les aidants naturels. L'aide aux personnes souffrant de troubles mentaux est abordée ici suivant une approche qui repose sur le cadre conceptuel de *stress-appraisal-coping* (Lazarus *et al.*, 1984) et qui considère le fait d'aider un proche comme une expérience de vie en soi et non seulement comme un fardeau (Szmukler *et al.*, 1996). Ce positionnement permet d'étudier l'expérience d'aide selon différentes dimensions négatives et positives. Enfin, puisque le fait de fournir de l'aide à un proche peut, pour certains, avoir des répercussions sur leur santé physique et mentale, nous nous sommes attardés à évaluer les demandes de consultation de l'aidant auprès des services tant pour ses besoins personnels de soins que pour l'aider à mieux remplir son rôle d'aidant.

Tous ces éléments font l'objet d'un rapport spécifique qui sera disponible à la Direction de la santé publique de Montréal-Centre (Lavoie *et al.*, à paraître). Seules les données sur la proportion de Montréalais fournissant de l'aide aux personnes atteintes de problèmes de santé mentale et une brève description du profil des personnes aidantes sont présentées ici. S'y rajoutent des données concernant le type d'aide fournie.

Méthode

Les questions de cette section visaient d'abord à identifier les personnes agissant comme aidants naturels auprès d'individus ayant des problèmes de santé mentale. Était considérée comme *aidant naturel* la personne qui :

- avait dans son entourage, au cours de la dernière année, une personne ayant des problèmes émotifs ou nerveux ou liés à la consommation d'alcool ou de drogues;
- avait fourni à cette personne une forme d'aide quelconque (mais non professionnelle) au cours du mois précédant l'enquête, au moins une fois par deux semaines.

Les questions relatives au type d'aide donnée ont été élaborées à partir des différentes tâches associées à la prise en charge décrites par Guberman *et al.*, (1993). Des données ont aussi été colligées sur la personne aidée quant à sa relation avec l'aidant et au problème présenté. Les questions relatives à cette section ont été administrées à 4 430 individus. Le taux de non-réponse partielle est inférieur à 5 % pour toutes les questions de cette section.

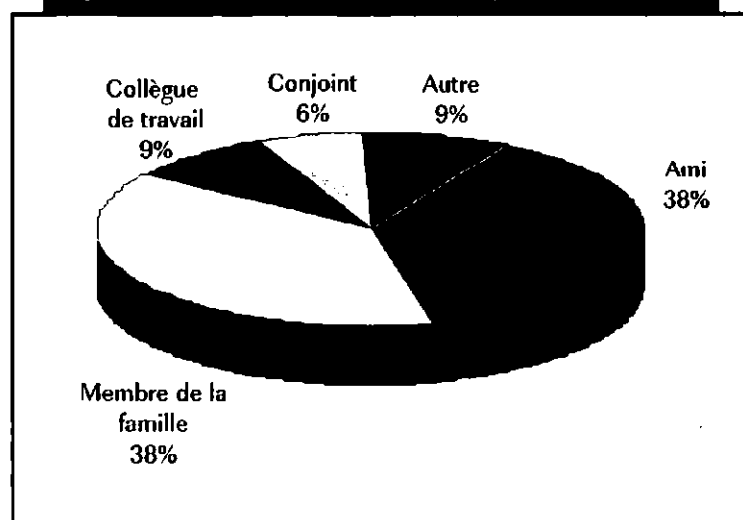
Résultats

Le profil des aidants

Un peu plus de trois individus sur dix (35 %) rapportent avoir dans leur entourage un proche souffrant de problèmes de santé mentale. De ce nombre, la moitié sont aidants selon les critères retenus dans l'étude, soit 17 % de la population totale. La personne aidée est un ami dans 38 % des cas, un membre de la famille (frère, sœur, père, mère, enfant ou autre) dans 38 % des cas, un collègue de travail dans 9 % des cas et le conjoint dans 6 % des cas (figure 12.1). Les autres personnes aidées sont des membres de la belle-famille, des voisins ou autres. Le tiers des personnes aidantes (32 %) déclarent être l'aidant principal.

Figure 12.1

Répartition des aidants selon le lien entre la personne aidée et l'aidant (n = 858)



Les personnes jouant le rôle d'aidant ont des caractéristiques particulières (tableau 12.1). Ainsi, les hommes sont un peu moins nombreux que les femmes à jouer ce rôle (16 % pour 18 %) et les personnes âgées de 65 ans et plus le sont beaucoup moins que celles des autres groupes d'âge. Les personnes à la maison ou ayant une occupation autre (principalement les gens à la retraite) sont moins nombreuses à être aidantes que celles en emploi ou aux études (12 % pour 19 % et 21 % respectivement). Il en est de même pour les veufs par rapport aux personnes célibataires, mariées ou ayant un conjoint. Les personnes

séparées ou divorcées (23 %) et les membres de familles monoparentales (22 %) sont particulièrement nombreuses à jouer ce rôle. Enfin, les personnes provenant des communautés ethniques (c'est-à-dire nées à l'extérieur du Canada et ayant une langue maternelle autre que le français ou l'anglais) sont moins nombreuses à être aidantes (12 % pour 19 %).

Tableau 12.1

Proportion d'aidants selon diverses caractéristiques
sociodémographiques (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ²		Occupation ¹	
Homme	15,7	En emploi	19,3
Femme	18,4	Aux études	21,0
		Tient maison	12,4*
		Autre	11,5
Âge ¹		Langue maternelle ¹	
18-24 ans	22,7	Français	19,0
25-44 ans	19,0	Anglais	18,1
45-64 ans	18,0	Autre	12,7
65 ans et plus	8,7		
État matrimonial ¹		Lieu de naissance ¹	
Marié/Conjoint de fait	16,1	Né au Canada	19,3
Séparé/Divorcé	22,9	Né ailleurs	12,3
Veuf	7,4*		
Célibataire	19,2		
Organisation du ménage ²			
Vit seul	19,0		
Couple sans enfant	14,0		
Famille monoparentale	22,4		
Couple avec enfant	17,8		
Colocataire sans enfant	16,3		

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Le lien entre la souffrance psychique et le fait d'être aidant est très fort. Les personnes souffrant d'un trouble mental, celles ayant des idées suicidaires, celles percevant leur état de santé mentale comme mauvais ou celles déclarant des incapacités pour des raisons de santé mentale sont nettement plus nombreuses à jouer le rôle d'aidant auprès d'un proche (tableau 12.2).

Tableau 12.2

Proportion d'aidants selon diverses caractéristiques liées à la santé mentale (n = 4 430)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Troubles mentaux quelconques au cours de la vie ¹ <i>Présence</i> <i>Absence</i>	 28,4 11,8	Idées suicidaires ¹ <i>Présence</i> <i>Absence</i>	 38,2 16,5
Troubles mentaux quelconques au cours des 12 derniers mois ¹ <i>Présence</i> <i>Absence</i>	 33,9 14,6	Incapacités ¹ <i>Présence</i> <i>Absence</i>	 35,0 15,7
Santé mentale subjective ¹ <i>Mauvaise</i> <i>Bonne</i>	 24,2 16,7		

¹ $p < 0,01$.

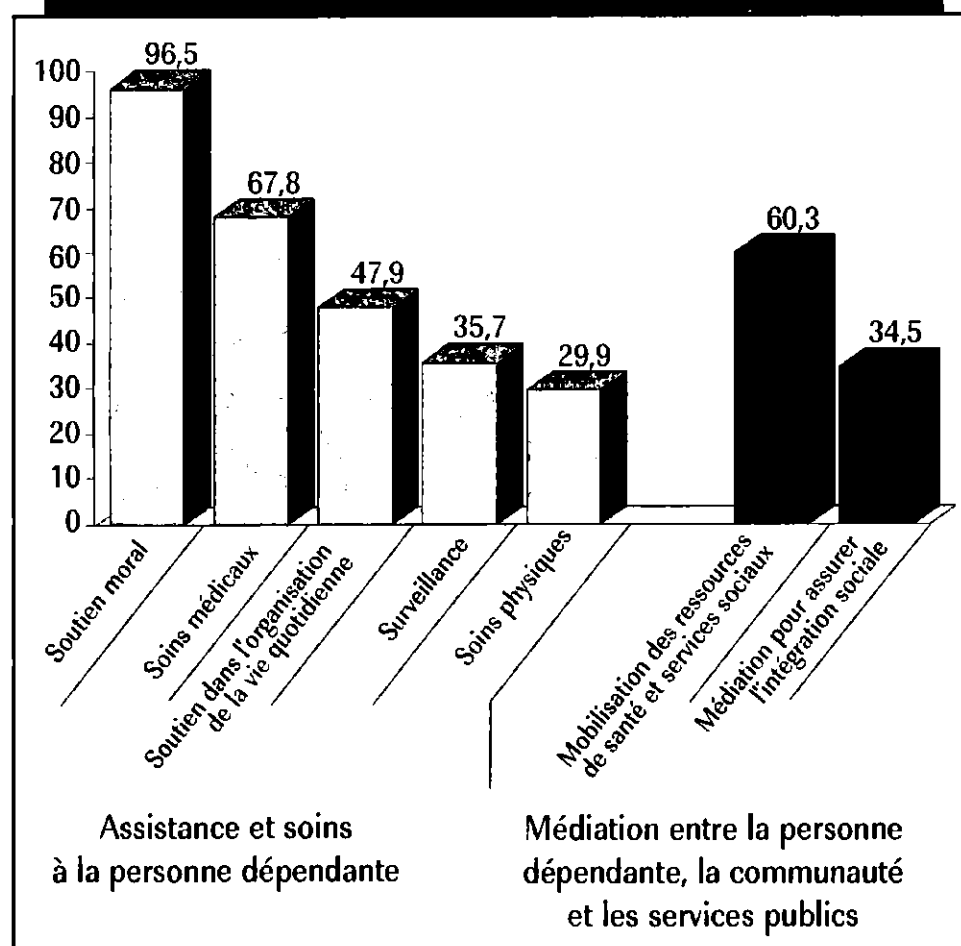
Le type d'aide fournie

Sur la base des données recueillies à l'enquête postale¹, pratiquement tous les aidants offrent du soutien moral (c'est-à-dire de l'écoute, des conseils, de l'accompagnement dans les sorties, etc.) à leur proche aux prises avec des problèmes de santé mentale. À noter que seulement 12 % des aidants n'offrent que cette forme d'aide. Après le soutien moral, les types d'aide fournie par le plus grand nombre de personnes sont les soins médicaux (superviser la prise de médicaments ou surveiller l'apparition des signes du problème), puis la mobilisation des ressources de santé et de services sociaux (prendre des rendez-vous pour la personne, prendre des informations auprès du personnel médical ou social, etc.) (figure 12.2). Suivent le soutien dans l'organisation de la vie quotidienne (aider à faire le ménage, les emplettes, à administrer son budget, etc.), la surveillance (veiller à la sécurité de la personne), la médiation pour assurer l'intégration sociale de la personne dépendante (aider la personne dans ses relations avec ses voisins, son propriétaire, son employeur, etc.) et les soins physiques (soins personnels tel que vérifier si la personne s'alimente bien, surveiller son hygiène personnelle ou sa tenue vestimentaire).

¹ Les résultats de cette section proviennent des données recueillies à l'enquête postale auprès d'un sous-échantillon de 405 personnes. Pour plus d'informations sur ce volet de l'enquête, se référer au rapport sur les aidants (Lavoie *et al.*, à paraître).

Figure 12.2

Type d'aide fournie par les aidants (n = 405)



Discussion

Jusqu'à maintenant, les études qui se sont attardées à la réalité des aidants naturels ont presque exclusivement porté sur les proches de personnes présentant des troubles mentaux graves et persistants (Schene *et al.*, 1994). Par ailleurs, à notre connaissance, l'aide offerte par un proche a toujours été mesurée à partir d'échantillons de convenance, c'est-à-dire des aidants sélectionnés dans des groupes de soutien ou à partir de fichiers de cliniques selon les diagnostics des aidés. Notre enquête apporte ainsi un nouvel éclairage puisqu'elle permet non seulement d'étudier l'aide offerte à des personnes présentant tout type de problèmes de santé mentale, mais aussi de fournir des données populationnelles quant au nombre de personnes qui effectivement fournissent de l'aide à des proches présentant des problèmes de santé mentale.

Ces données ne sont pas disponibles dans la littérature et peuvent être fort utiles dans la planification des services destinés aux aidants naturels.

On reconnaît que la famille et l'entourage jouent un rôle de premier plan dans la prise en charge des personnes qui vivent des problèmes de santé mentale. On s'entend également sur la nécessité de les soutenir en tenant compte des besoins découlant de leur engagement. Mais quels sont les besoins spécifiques des aidants? Quels sont les facteurs déterminants de l'expérience d'aide? Les aidants peuvent-ils vivre cet engagement comme une expérience à la fois lourde et gratifiante? Ces questions seront abordées dans le rapport portant spécifiquement sur les aidants (Lavoie *et al.*, à paraître).

Faits saillants

- Près d'un Montréalais sur cinq aide une personne souffrant d'un problème de santé mentale.
- Les personnes aidantes sont surtout des femmes, des jeunes, des personnes aux études ou en emploi, séparées ou divorcées, membres de famille monoparentale ou nées au Canada.
- La souffrance psychique est fortement liée au fait d'être aidant, les personnes présentant différents problèmes de santé mentale étant beaucoup plus nombreuses à être aidantes.

Conclusion

Comment se portent la majorité des Montréalais adultes selon notre enquête? Au cours d'une période d'un an, 11 % d'entre eux présentaient des troubles mentaux de type anxieux ou dépressifs, ou liés à la consommation d'alcool ou de drogues. Au cours de la vie, c'est trois Montréalais sur dix qui avaient déjà été atteints de la sorte. L'état de santé mentale entraîne également des incapacités, comme c'est le cas pour 7 % des Montréalais, qui déclarent n'avoir pu vaquer à leurs activités habituelles pendant au moins une journée au cours du dernier mois à cause de problèmes affectifs ou liés à la consommation de substances. Au moment de l'enquête, 6 % de la population qualifiaient leur état de santé mentale comme étant plutôt mauvais et près de 3 % rapportaient avoir eu des idées suicidaires au cours de la dernière année. Sur la base de l'indicateur global de souffrance psychique, 19 % des Montréalais sont susceptibles d'avoir besoin de soins. Chiffre élevé? L'évaluation de cliniciens semble plutôt le confirmer puisque, sur cette base, 18 % de la population nécessiteraient des soins en santé mentale. Vu l'ampleur de ces problèmes, il nous faut réaliser que la santé mentale de la population est un véritable enjeu de santé publique.

En ce qui concerne l'utilisation de services pour des raisons de santé mentale, autre indicateur de besoins, les résultats de l'enquête montrent que près de 15 % des Montréalais déclarent avoir consulté durant la dernière année. Le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté et on ne saurait trop insister sur le rôle primordial qu'il doit jouer dans le repérage et la prise en charge de ces problèmes.

Les personnes identifiées comme étant souffrantes dans l'enquête téléphonique ou évaluées par les cliniciens comme ayant besoin de soins sont-elles au moins en contact avec les services? En partie seulement, puisque 49 % des personnes présentant un trouble mental, 43 % de celles montrant un signe quelconque de souffrance psychique et 50 % de celles évaluées par les cliniciens comme ayant besoin de soins n'ont recours à aucun service, si large en soit la définition. Ces non-utilisateurs présentent toutefois moins de signes de souffrance psychique, moins de comorbidité, ce qui laisse croire que leur état de santé mentale est moins détérioré. Néanmoins, il apparaît rentable de favoriser la demande d'aide. En effet, ce l'est pour l'individu souffrant qui risque de voir son état se détériorer (ex. : comorbidité, tentative de suicide) et d'en vivre les conséquences par rapport à son travail, à ses revenus, à ses relations interpersonnelles. Ce l'est aussi pour l'entourage dont le fardeau peut devenir de plus en plus grand. De plus, trop attendre pour se faire

traiter signifie un traitement plus complexe, plus long et une plus grande congestion du système de soins. Pensons aussi à la perte de productivité et aux coûts de santé pour la société. Favoriser la demande d'aide ne devrait-il pas apparaître comme un objectif dans nos plans d'action en santé mentale? Améliorer les connaissances de la population relativement aux troubles mentaux, la sensibiliser à l'importance de consulter, l'informer qu'il existe des traitements efficaces pour la plupart des troubles mentaux, lui indiquer où s'adresser en cas de besoin, réduire les préjugés à l'égard de la maladie mentale, s'allier l'entourage, voilà autant de moyens qui peuvent être utilisés pour atteindre cet objectif.

Outre le non-recours aux services, un autre problème mis en évidence par les résultats de notre enquête est celui de l'adéquation des services reçus. Même chez les personnes en contact avec le système de soins, peu reçoivent les services qui leur seraient nécessaires. Leur état de santé mentale particulièrement détérioré en est témoin. Dans ce cas-ci, comme nous l'avons mentionné au chapitre 11, les solutions appartiennent aux acteurs du système de soins : améliorer l'habileté à reconnaître les troubles mentaux, s'assurer que l'orientation puisse être faite correctement et rendre accessibles les traitements efficaces.

Les Montréalais ne sont pas nécessairement plus malades que les habitants du reste de la province ou d'ailleurs à travers le monde si l'on se base sur les quelques comparaisons qui ont pu être faites. Et, comme un peu partout, environ 50 % des personnes souffrantes n'ont pas recours aux services. Pour ce qui est des problèmes d'adéquation des services reçus, il est difficile de savoir s'ils sont plus importants qu'ailleurs, car notre étude est parmi les rares à avoir étudié cette question d'un point de vue épidémiologique. Bien que la région de Montréal-Centre ne soit pas pire qu'une autre, il y aurait tout de même lieu de réviser les modes d'organisation de notre système de soins, que ce soit sur le plan de la disponibilité des ressources, de leur accessibilité, de la continuité des soins ou de l'efficacité des interventions.

Où faut-il mettre l'accent? Y a-t-il des clientèles prioritaires? L'étude des facteurs associés aux différents indicateurs de besoins de soins et à l'utilisation des services fournit quelques pistes.

Dans la population en général, plus de femmes que d'hommes présentent une souffrance psychique, selon l'enquête téléphonique, et elles sont plus nombreuses à avoir besoin de soins, selon les cliniciens. Les femmes se distinguent également des hommes par le type de souffrance. Elles sont plus nombreuses à être affectées de troubles anxieux ou dépressifs, alors que les hommes sont plus fréquemment atteints de troubles liés à l'usage d'alcool ou

de drogues. Elles sont également plus nombreuses à avoir déjà tenté de se suicider au cours de leur vie¹ et à déclarer des incapacités pour des raisons de santé mentale dans le dernier mois. Chez les personnes souffrantes, les hommes sont moins nombreux à utiliser les services que les femmes. Notons que les hommes sont moins habiles que les femmes à reconnaître un trouble mental et la nécessité d'un recours à une aide professionnelle. Pour l'objectif de favoriser la demande d'aide, les hommes pourraient être une cible particulière, mais mentionnons que les hommes souffrants qui ne consultent pas et les femmes souffrantes qui font de même constituent deux groupes à peu près équivalents en nombre absolu.

Les jeunes de 18 à 24 ans (11 % de la population) devraient retenir l'attention, particulièrement dans les interventions visant à favoriser la demande d'aide. C'est le sous-groupe où l'on note la plus grande morbidité en fait de santé mentale : deux jeunes sur dix sont atteints d'un des troubles mentaux mesurés et un troisième montre d'autres signes de souffrance psychique. Les troubles de type anxieux sont les plus fréquents. Par ailleurs, c'est l'un des groupes qui a le moins recours aux services. Si les jeunes sont tout aussi habiles que les plus âgés à reconnaître la présence d'un trouble mental, ils le sont beaucoup moins lorsqu'il s'agit de déterminer la nécessité d'une aide professionnelle. Au regard de leurs habitudes de consultation pour un problème de santé en général, les jeunes sont les plus nombreux à dire qu'ils ne vont nulle part ou à aucun endroit en particulier. Enfin, plus que leurs aînés, ils avouent qu'ils seraient gênés qu'un ami apprenne qu'ils ont dû recourir à une aide professionnelle pour un problème de santé mentale. Bref, voilà plusieurs éléments qui ont incité à cibler plus particulièrement les jeunes adultes lors de la campagne d'information en santé mentale. De plus, il était recommandé qu'elle le fasse sous l'angle des troubles anxieux : (1) parce qu'ils sont les plus fréquents dans ce groupe d'âge; (2) parce que ce type de troubles est moins reconnu par le public en général que d'autres troubles comme la dépression; (3) parce qu'il existe des traitements efficaces, relativement simples et de courte durée; (4) parce que des troubles anxieux non traités risquent de dégénérer en troubles qui se surajoutent, comme la dépression majeure ou les troubles liés à l'alcool ou aux drogues, ou même en comportements suicidaires et que, dès lors, l'intervention devient plus complexe. Il est à noter que, à la suite de la consultation d'experts sur les troubles anxieux et d'autres intervenants des milieux de pratique, l'âge critère pour la population cible de cette campagne a été fixé à 14 ans. À leur avis, il devrait être encore plus jeune mais, pour des raisons de faisabilité, le compromis a été fait. Dans cette

¹ Par contre, les taux de mortalité par suicide sont plus élevés chez les hommes.

campagne, favoriser la demande d'aide par des activités de sensibilisation est la dernière étape. Au préalable, on s'assurera que des traitements efficaces sont disponibles, que les services sont accessibles et que les intervenants le plus en contact avec ces jeunes sont en mesure de reconnaître les troubles anxieux, de savoir la conduite à tenir et de bien les orienter.

Les personnes de 65 ans et plus (17 % de la population) constituent le groupe d'âge qui apparaît comme le moins atteint selon plusieurs indicateurs de besoins, mais cela pourrait être en partie attribuable au fait que l'échantillon provient uniquement des ménages privés. Toutefois, lorsqu'elles ont des besoins, elles utilisent moins les services que d'autres groupes d'âge et sont plus nombreuses à consommer des médicaments pour des problèmes de sommeil, d'anxiété, de dépression, ou pour d'autres problèmes émotifs ou nerveux. Notons également qu'elles affichent davantage de croyances négatives à l'égard de la maladie mentale. Ces quelques résultats nous amènent à conclure que la question de la santé mentale chez les personnes âgées nécessiterait d'être examinée plus en profondeur qu'elle ne l'a été faite ici.

Dans ce rapport, on a vu à maintes reprises que les personnes séparées ou divorcées (10 % de la population) et les personnes vivant en famille monoparentale (7 % de la population) sont plus susceptibles de présenter des signes de souffrance psychique. La situation de famille monoparentale est également associée au besoin de soins tel qu'évalué par les cliniciens. Sur le plan de l'utilisation des services en santé mentale, ce sont les groupes où l'on observe les proportions les plus élevées d'utilisateurs. Rappelons que, dans ces groupes, il s'agit plus souvent de femmes. Si ces dernières sont également plus nombreuses à présenter une souffrance psychique, cela n'explique pas tout. La monoparentalité, la séparation et le divorce sont des situations de vie méritant qu'on s'y attarde davantage, que ce soit sous forme de recherche ou d'interventions préventives.

La scolarité, l'occupation et le statut financier perçu sont trois indicateurs socio-économiques. Les résultats de l'enquête montrent bien que ces facteurs, plus particulièrement la pauvreté, sont fortement associés à la souffrance psychique et au besoin de soins. Si ces facteurs ont peu d'influence sur le fait d'utiliser ou non les services, ils ont un effet clair sur le type de services utilisés. Par exemple, les personnes plus scolarisées utiliseront davantage les soins spécialisés et les services privés. En même temps, il s'avère, selon l'évaluation des cliniciens, que ces personnes reçoivent une réponse plus adéquate à leurs besoins. En outre, on observe que les personnes faiblement scolarisées sont

moins habiles à reconnaître un problème de santé mentale et qu'elles ont plus de croyances négatives à l'égard de la maladie mentale. Fait troublant dans un système de soins gratuits comme le nôtre, le tiers des personnes qui consultent le font auprès de professionnels qu'ils doivent payer. Cela pose le problème de l'accessibilité économique à des services adéquats en santé mentale.

L'accessibilité culturelle est un autre problème. Les résultats montrent que les personnes nées à l'extérieur du Canada, principalement celles établies depuis moins longtemps, ont un meilleur état de santé mentale que les Canadiens de naissance. Il y a peut-être un biais de l'étude mais cela pourrait également être la réalité comme nous en avons déjà discuté au chapitre 3. Quoi qu'il en soit, le problème ici n'est pas celui du nombre de personnes atteintes, mais plutôt celui de services adaptés à une population fort nombreuse dans la région de Montréal-Centre². À cet égard, le type d'enquête que nous avons menée offre malheureusement peu de réponses aux questions que l'on pourrait se poser. Il faudra les explorer autrement.

Toutes les analyses ont été faites en tenant compte des six sous-régions, ce qui a permis de faire ressortir certaines différences. Dans la sous-région Centre-Est, on note par exemple plus de troubles liés à l'usage de substances, plus d'idées suicidaires au cours de la vie, plus de déclarations d'incapacités dans le dernier mois et dans l'ensemble, une prévalence plus élevée de souffrance psychique. À l'inverse, c'est dans les régions Nord et Ouest que l'on observe les plus faibles taux de souffrance psychique. Par contre, dans les analyses de régression logistique, ces différences n'apparaissent plus, ce qui indique qu'elles étaient liées à la composition sociodémographique ou économique de ces secteurs géographiques. Mais, peu importe, on s'attendra à ce que l'allocation des ressources tienne compte de l'ampleur des besoins dans l'une ou l'autre des sous-régions. Cela dit, comme nous l'avons signalé dans l'un des chapitres, des analyses secondaires devraient être faites sur la base d'autres découpages géographiques, des découpages qui seraient plus appropriés dans un contexte d'allocation des ressources pour une clientèle nécessitant principalement des soins de première ligne.

Les aidants naturels constituent une ressource inestimable non seulement pour les personnes souffrantes, mais également pour le réseau de la santé et des services sociaux. Dans la population en général, environ une personne sur six fournit une aide quelconque à un proche souffrant de problèmes de

² Les personnes nées à l'extérieur du Canada représentent environ le tiers des Montréalais.

santé mentale. Soutien moral, supervision des soins médicaux, mobilisation des ressources de la santé et des services sociaux, soutien dans la vie quotidienne, surveillance des signes de la maladie, médiation pour assurer l'intégration sociale, soins physiques, voilà autant de tâches qu'ils accomplissent. Par ailleurs, il s'avère que les aidants naturels sont eux-mêmes plus susceptibles de présenter des signes de souffrance psychique. Ces quelques résultats concernant les aidants naturels ne sont qu'un avant-goût d'un rapport en préparation complètement consacré à ce thème (Lavoie *et al.*, à paraître).

Plusieurs résultats présentés dans ce rapport soulèvent d'autres questions, nous invitant ainsi à tracer certaines pistes de recherche. Dans cette étude, ce sont certainement les résultats sur l'adéquation des services qui sont les plus frappants : d'abord, qu'autant de gens évalués comme ayant besoin de soins ne soient pas en contact avec les services et, ensuite, qu'autant de personnes en contact avec les services ne reçoivent pas vraiment les services requis. Bien sûr, il s'agit là d'une évaluation de cliniciens et on peut la remettre en question. Peut-être que, malgré ce qu'en pensent les cliniciens, les premiers peuvent s'en sortir seuls sans aide professionnelle et les seconds peuvent s'en tirer assez bien avec les services qu'ils reçoivent déjà. On peut également se demander quelles sont les conditions gagnantes dans les deux cas, c'est-à-dire les conditions associées à une amélioration de l'état de santé mentale. Ces conditions peuvent être de nature individuelle, sociale ou culturelle, de même qu'elles peuvent être liées à l'efficacité des traitements ou à l'organisation des services. On ne peut que déplorer le manque d'études longitudinales pour répondre à ce type de questions et qu'inciter les chercheurs à les développer.

Une enquête comporte toujours quelque biais et présente certaines limites. La nôtre ne fait pas exception et il importe de les mentionner et d'en tenir compte dans l'interprétation des résultats. La première a trait à la représentativité des sujets de l'étude. Rappelons à cet égard que la population visée était celle des adultes résidant dans les ménages privés de la région de Montréal-Centre et possédant une ligne téléphonique. Cela représente la grande majorité des Montréalais, mais plusieurs personnes qui échappent à une telle enquête³ ont souvent des besoins de soins importants qui requièrent d'être étudiés de façon spécifique. La représentativité peut également être mise en doute au regard des taux de réponse. Dans le volet téléphonique, on note un taux de 67 %, taux qui n'est pas très élevé, mais qui est respectable pour ce type de méthode. Il n'en demeure pas moins que les non-participants ne se

³ Par exemple, les personnes sans domicile fixe ou celles souffrant de troubles mentaux graves qui vivent dans des ménages collectifs; également les personnes âgées vivant en groupe dans des résidences privées ou publiques.

distribuent pas au hasard, comme on a pu le voir⁴. Dans le volet face-à-face où la contribution demandée au participant était beaucoup plus grande, le taux est encore plus bas (32 %) et, clairement, certains types de personnes ont moins bien répondu que d'autres à notre sollicitation, par exemple celles se sentant les moins concernées (pas de problème de santé mentale récent). Par contre, la stratification de l'échantillon permettait en grande partie de corriger ce biais particulier. Dans les deux volets, téléphonique et face-à-face, des correctifs ont pu être apportés en pondérant les données. Bien que cela améliore nettement la représentativité, on ne peut prétendre à la perfection, et comme le montre le biais que constitue la surreprésentation des sujets dépressifs au sein des personnes atteintes dans le volet face-à-face. En revanche, un biais connu est préférable à un qui serait inconnu, car on pourra en tenir compte dans l'interprétation des résultats. Plus les taux de réponse sont faibles, plus les biais de représentativité inconnus sont possibles. Cependant, pour rassurer le lecteur, mentionnons que les quelques compa-raisons qui ont pu être faites avec d'autres études du même genre incitent plutôt à être confiants dans les résultats présentés ici.

L'étalement de la période de collecte de données sur quatre mois, fin hiver et printemps, peut constituer un biais. Dans la mesure où certains problèmes de santé mentale peuvent être saisonniers, cela peut avoir un effet, difficile à évaluer ici, sur les estimations fournies. Ce risque de biais est toutefois en partie invalidé par le fait que la période de référence couvre les 12 derniers mois dans bien des cas. Bien que nous ayons tenté de les minimiser, les biais de désirabilité sociale ou de mémoire sont d'autres limites potentielles de ce genre d'étude. Notons également que les renseignements collectés auprès d'une tierce personne du ménage (274 cas sur 4 704) peuvent être incomplets ou manquer d'exactitude. Enfin, si une enquête de ce genre est idéale pour fournir des estimations d'un problème, elle reste limitée pour étudier les facteurs de risque, le devis étant de type transversal; on peut détecter une association significative entre variables ou même une force d'association (rapport de cotes), mais on ne peut présumer du lien de causalité.

⁴ Par exemple, les non-participants sont davantage des hommes, des personnes plus âgées ou nées à l'extérieur du Canada.

En contrepartie à ces quelques mises en garde essentielles, nous aimerions faire valoir certains éléments qui devraient rassurer le lecteur sur la qualité de cette enquête : grande taille d'échantillon dans le volet téléphonique assurant une bonne précision des estimations; taille d'échantillon plus petite, mais informations approfondies et de grande qualité dans le volet face-à-face; utilisation d'instruments ayant fait leurs preuves dans d'autres enquêtes ou préalablement validés ou validés au cours de l'enquête, sinon, à tout le moins, pré-testés; efforts importants dans la mise en place et le suivi des procédures de collecte des données (ex. : formation, supervision, surveillance, traitement des données). Enfin, le premier défi que nous nous étions fixé était de doter la région de Montréal-Centre d'une bonne connaissance des besoins de soins de la population en vue de la planification des services en santé mentale. Le second était de le faire à l'intérieur de coûts raisonnables. Grâce à la stratégie multi-méthodes, nous avons pu relever ces deux défis. Les coûts liés à la collecte de données⁵ sont, par exemple, cinq fois moindres que ceux de l'enquête américaine de Ciarlo et al. (1992a) menée uniquement en face-à-face auprès d'un échantillon similaire⁶.

En complément à notre rapport, nous invitons le lecteur à prendre connaissance, s'il ne l'a déjà fait, de quelques grands rapports parus récemment : le rapport américain du Surgeon general, paru en 1999 (National Institute of Mental Health, 1999); le rapport de l'Organisation mondiale de la santé, paru à l'automne dernier (Organisation mondiale de la santé, 2001); le rapport du Conseil médical du Québec, paru en septembre dernier (Conseil médical du Québec, 2001); le rapport annuel 2001 du Directeur de la santé publique de Montréal-Centre (Direction de la santé publique, 2001). Tous ces rapports s'entendent sur l'urgence de réagir face à l'ampleur des problèmes de santé mentale et suggèrent des moyens pour contrer ce fléau. Avec les données de l'enquête et les recommandations faites dans ces rapports, la région de Montréal-Centre est maintenant en mesure de relever le défi du prochain cycle de planification des services en santé mentale.

⁵ Ces coûts incluent ceux liés à l'enquête téléphonique (4 704 sujets), aux entrevues en face-à-face et à l'évaluation des cliniciens; ils n'incluent pas les coûts liés à la préparation du devis et des questionnaires, ceux liés à l'analyse des données et ceux liés à l'enquête postale. Les coûts sont présentés dans un article déjà publié (Fournier et al., 2001).

⁶ N = 4 745.

Notes bibliographiques

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION - *DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 4e édition (version internationale, Washington D.C., 1995), Traduction française par J.D. Guelfi et al., Masson, Paris, 1996, 1056 p.

ANDERSON, R. « Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 36, 1995, p. 1-10.

ANDERSON, R., et J. NEWMAN. « Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States », *Milbank Memorial Fund Quarterly Journal*, vol. 51, 1973, p. 95-124.

ANTONY, M.M., et R.P. SWINSON. *Les troubles anxieux et leur traitement : Analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves*, Santé Canada, 1996, 113 p.

BEBBINGTON, P.E., L. MARSDEN et C.R. BREWIN. « The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell needs for care survey », *Psychological Medicine*, vol. 27, no 4, 1997, p. 821-834.

BEBBINGTON, P., C.R. BREWIN, L. MARSDEN et A. LESAGE. « Measuring the need for psychiatric treatment in the general population: the community version of the MRC Needs for Care », *Psychological Medicine*, vol. 26, 1996, p. 229-236.

BECKER, M., R. DIAMOND et F. SAINFORT. « A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness », *Quality of Life Research*, vol. 2, 1994, p. 239-251.

BIJL, R., et A. RAVELLI. « Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population: results of the Netherlands Mental Health survey and incidence study », *American Journal of Psychiatric Health*, vol. 90, no 4, 2000, p. 602-607.

BLAND, R.C., S.C. NEWMAN et H. ORN. « Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 77, 1988, p. 33-42.

BORGQUIST, L., L. HANSSON, P. NETTELBLADT, G. NORDSTRÖM et G. LINDELÖW. « Perceived health and high consumers of care: a study of mental health problems in a Swedish primary health care district », *Psychological Medicine*, vol. 23, 1993, p. 763-770.

BOYER, R., D. ST-LAURENT, M. PRÉVILLE, G. LÉGARÉ, R. MASSÉ et C. POULIN. « Idées suicidaires et parasuicides », dans C. DAVELUY, L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et al., *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 355-366.

BOYER, R., et D. SAINT-LAURENT. « Idées suicidaires et parasuicides », dans C. BELLEROSE, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR, *Santé Québec, Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête Sociale et de Santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, 1995, p. 231-246.

BREWIN, C.R., J.K. WING, S.P. MANGEN, T.S. BRUGHA et B. MacCARTHY. « Principles and practice of measuring needs in the long term mentally ill: the MRC needs for care assessment », *Psychological Medicine*, vol. 17, no 4, 1987, p. 971-981.

BUCKINGHAM, K., et P. FREEMAN. « Socio-demographic and morbidity indicators of need in relation to the use of community health services », *British Journal of Medicine*, vol. 315, no 7114, 1997, p. 994-996.

CAMIRAND, J., R. BLAIS et F. BÉLAND. « La sous-déclaration des services médicaux », dans *l'enquête Santé Québec*, 62e Congrès de l'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, 1994.

CHAWG: « Canadian Study of Health and Aging Working Group ». « Patterns of caring for people with dementia in Canada », *Canadian Journal on Aging*, vol. 13, 1994, p. 470-487.

CHEVALIER, S., et D. ALLARD. *Jeu pathologique et joueurs problématiques : Le jeu à Montréal*, Direction de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2001, 124 p.

CHEVALIER, S., et Y. SAUVAGEAU. « Caractéristiques de la population », dans C. DAVELUY, L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et al., *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 77-95.

CIARLO, J.A., D.L. TWEED, D.L. SHERN, L.A. KIRKPATRICK et N.I. SACHS-ERICSSON. « Validation of indirect methods to estimate need for mental health services: concepts, strategy and general conclusion », *Evaluation and Program Planning*, vol. 15, 1992a, p. 115-131.

CIARLO, J.A., D.L. SHERN, D.L. TWEED, L.A. KIRKPATRICK et N. SACHS-ERICSSON. « II. The Colorado social health survey of mental health services needs: Sampling, instrumentation and major findings », *Evaluation and program planning*, vol. 15, 1992b, p. 133-147.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Les maladies mentales : un éclairage contemporain*, Avis 2001-04, Gouvernement du Québec, Québec, 2001.

DAVELUY, C., L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE, et al. *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, 642 p.

DEAR, M.J., et S.M. TAYLOR. *Not on our street – Community attitudes to mental health care*, London, Pion Limited, 1982, 181 p.

DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE, RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL-CENTRE. *Garder notre monde en santé, un nouvel éclairage sur la santé mentale des adultes montréalais*, Rapport annuel 2001 sur la santé de la population, Montréal, 2001.

DORVIL, H., J. BISSON et O. SÉVIGNY. *Attitudes et croyances des Montréalais à l'égard des personnes malades mentales et des personnes déficientes intellectuelles*, Rapport de recherche, juin 1995, 205 p.

FOURNIER, L., O. LEMOINE, C. POULIN, L.R. POIRIER et S. CHEVALIER. « A low-cost multi-method strategy to assess community needs for mental health services: The Montreal experience », *Psychiatra Fennica*, vol. 32 (suppl 2), 2001, p. 35-50.

FOURNIER, L., M. ROBERGE, E. ROULEAU, V. OUELLETTE et B. SIMARD. *Santé mentale : Portrait de la clientèle en milieux hospitaliers et résidentiels*. Une collaboration de la Direction de la santé publique et de la Direction de la programmation et coordination, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre, 2 tomes, 1999, 30 pages et 34 pages.

FOURNIER, L., S. CHEVALIER, M. OSTOJ et M. CAULET. *Dénombrement de la clientèle itinérante dans les centres d'hébergement, les soupes populaires et les centres de jour des villes de Montréal et de Québec – 1996-1997 : 1- Contexte et méthodologie en bref; 2- Montréal : premiers résultats; 3- Québec : premiers résultats*, Santé Québec, 1998, 21 p.

FOURNIER, L., A.L. LESAGE, J. TOUPIN et M. CYR. « 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, 1997, p. 737-743.

FOURNIER, L., et V. KOVESS. « A comparison of mail and telephone strategies for mental health surveys », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 38, no 8, 1993, p. 525-533.

GOLDBERG, D. « Reasons for misdiagnosis », dans N. SARTORIUS, D. GOLDBERG, G. DE GIROLAMO, J.G. COSTA E SILVA, Y. LECRUBIER et H.U. WITTCHEN, *Psychological Disorders in General Medical Settings*, Hogrefe & Huber Publishers, 1990, p. 139-145.

GUBERMAN, N., P. MAHEU et C. MAILLÉ. « Prendre soin d'une personne dépendante : une réalité invisible », dans *Travail et soins aux proches dépendants*, Montréal, Les éditions du remue-ménage, 1993, p. 19-45.

HOLLOWAY, F. « Day care in an inner city. II. Quality of services », *British Journal of Psychiatry*, vol. 158, 1991, p. 810-816.

HOWARD, K.I., T.A. CORNILLE, J.S. LYONS, J.T. VESSEY, R.J. LUEGER et S.M. SAUNDERS. « Patterns of mental health services utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, 1996, p. 696-703.

JORM, A.F., A.E. KORTEN, P.A. JABOMC, H. CHRISTENSEN, B. RODGERS et A. POLLITT. « Mental health literacy: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment », *Medical Journal of Australia*, vol. 166, 1997, p. 182-186.

KATZ, S.J., R.C. KESSLER, R.G. FRANK, P. LEAF, E. LIN et M. EDLUND. « The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: The impact of mental morbidity and perceived need for care », *American Journal of Public Health*, vol. 87, no 7, 1997, p. 1136-1143.

KESSLER, R.C., G. BORGES et E. WALTERS. « Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, no 7, 1999, p. 617-626.

KESSLER, R.C., R.G. FRANK, M. EDLUND, S.J. KATZ, E. LIN et P. LEAF. « Differences in the use of psychiatric outpatient services between the United States and Ontario », *New England Journal of Medicine*, vol. 336, no 8, 1997, p. 551-557.

KESSLER, R.C., A. McGONAGLE, S. ZHAO, C.B. NELSON, M. HUGUES, S. ESHLEMAN, H.U. WHITTECHEN et K.S. KENDLER. « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in United States: results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 51, 1994, p. 8-19.

KOVESS V., A. LESAGE, B. BOISGUÉRIN, L. FOURNIER, A. LOPEZ et A. OUELLET. *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion, 2001, 209 p.

KOVESS, V. *La santé mentale des Bas-Normands*, Basse-Normandie, 1998, INSEE : p. 21-37.

KOVESS, V., S. GYSENS et P.F. CHANOIT. « Une enquête de santé mentale : l'enquête santé des Franciliens », *Annales médico-psychologiques*, vol. 151, no 9, 1993, p. 624-627.

KOVES, V., O. SYLLA, L. FOURNIER et V. FLAVIGNY. « Why discrepancies exist between structured diagnostic interviews and clinicians' diagnoses? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 27, 1992, p. 185-191.

KOVES, V., et L. FOURNIER. « The DISSA: an abridged self-administered version of the DIS Approach by episode », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 25, 1990, p. 179-186.

LAVOIE, S., O., LEMOINE, L. FOURNIER, C. POULIN et L.R. POIRIER. *Enquête sur la santé mentale des Montréalais, Volume 2 : les aidants naturels*. À paraître.

LAZARUS, R.S, et S. FOLKMAN. *Stress appraisal, and coping*, Springer, Berlin Heidelberg New York, 1984.

LEFEBVRE, J., A. LESAGE, M. CYR, J. TOUPIN et L. FOURNIER. « Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 33, 1998, p. 291-298.

LÉGARÉ, G., M. PRÉVILLE, R. MASSÉ, C. POULIN, D. ST-LAURENT et R. BOYER. « Santé mentale », dans C. DAVELUY, L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et al., *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 333-353.

LÉGARÉ, G. *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent*, Rimouski, Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, 1995, 109 p.

LEHTINEN, V., M. JOUKAMAA, E. JYRKINEN, K. LAHTELA, R. RAITASALO, J. MAATELA et A. AROMAA. « Need for mental health services of the adult population in Finland: results from the Mini Finland Health Survey », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 81, 1990, 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. « The reliability of the community version of the MRC needs for care assessment », *Psychological Medicine*, vol. 26, 1996a, p. 237-243.

LESAGE, A.D., D. CLERC, I. URIBÉ, J. COURNOYER, J. FABIAN, V. TOURJMAN, I.V. HAASTER et C.H. CHANG. « Estimating local-area needs for psychiatric care: A case study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, 1996b, p. 49-57.

LESAGE, A.D., L. FOURNIER, M. CYR, J. TOUPIN, C. BREWIN et P. BEBBINGTON. *Une procédure d'évaluation des besoins d'intervention en santé mentale : une étude de faisabilité, de fiabilité et de validité menée sur un échantillon représentatif de la population adulte de l'est de Montréal*, Centre de recherche Fernand-Séguin, Montréal, 14 juillet 1994, ISBN 29802210-3-1, 59 p.

LEVASSEUR, M. « Perception de l'état de santé », dans C. BELLEROSÉ, C. LAVALLÉE, L. CHÉNARD et M. LEVASSEUR, *Santé Québec, Et la Santé, ça va en 1992-1993? Rapport de l'Enquête Sociale et de Santé 1992-1993*, Montréal, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec, vol. 1, 1995, p. 199-209.

LINK, B.G., et F.T. CULLEN. « The labelling theory of mental disorder: A review of the evidence », *Research in Community and Mental Health*, vol. 6, 1990, p. 75-105.

MASSÉ, R., C. POULIN, C. DASSA, J. LAMBERT, S. BÉLAIR et A. BATTAGLINI. « Élaboration et validation d'un outil de mesure de la détresse psychologique dans une population non clinique de québécois francophones », *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 89, no 3, 1998, p. 183-187.

MEADOWS, G., P. BURGESS, E. FOSSEY et C. HARVEY. « Perceived need for mental health care, findings from the Australian National Survey of Mental Health and Well-being », *Psychological Medicine*, vol. 30, 2000, p. 645-656.

MELANSON-OUELLET, A. *Étude sur les connaissances et les perceptions des services psychiatriques au Québec*, Ministère des Affaires sociales, Direction de la planification et évaluation, 1980, 185 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX, DIRECTION DES COMMUNICATIONS. *Les traumatismes intentionnels : Le suicide*, Complément du chapitre 3, Priorités nationales de santé publique 1997-2002, Bibliothèque nationale du Québec, 1999, 11 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Stratégie québécoise d'action face au suicide. S'entraider pour la vie*, Bibliothèque nationale du Québec, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Et la santé ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, vol. 1, Les Publications du Québec, 1988, 337 p.

MURRAY, C.J.L., et A.D. LOPEZ. *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*, Cambridge, MA, Harvard School of Public Health, 1996, 990 p.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. *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, National Institute of Health, 1999, 458 p.

NEFF, J.A., et B.A. HUSAINI. « Lay images of mental illness: social knowledge and tolerance of the mentally ill », *Journal of Community Psychology*, vol. 13, 1985, p. 3-12.

OFFORD, D.R., M.H. BOYLE, D. CAMPBELL, P. GOERING, E. LIN, M. WONG et Y.A. RACINE. « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, no 9, 1996, p. 559-563.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé mentale dans le monde 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, Suisse, Organisation mondiale de la santé, 2001, 182 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *The World Health Report 1999 – Making a difference*, Genève, Switzerland, Organisation mondiale de la santé, 1999.

ONTARIO MINISTRY OF HEALTH. *Ontario Health Survey 1990, Mental Health Supplement*, Toronto: Ontario Ministry of Health, 1994, 58 p.

PESCOSOLIDO, B. « Illness careers and network ties: a conceptual model of utilization and compliance », *Advance in Medical Sociology*, vol. 2, 1991, p. 161-184.

POULIN, C., et M. LÉVESQUE. *Acceptation et rejet des personnes désinstitutionnalisées – Les déterminants socio-culturels des attitudes d'acceptation et de rejet des personnes désinstitutionnalisées chez les Montréalais francophones*, Montréal, Direction de la santé publique de Montréal-Centre, 1995, 273 pages.

RABINOWITZ, J., R. GROSS et D. FELDMAN. « Correlates of a perceived need for mental assistance and differences between those who do and do not seek help », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, 1999, p. 141-146.

ROBINS, L., L. MARCUS, W. REICH, R. CUNNINGHAM et T. GALLAGHER. *Diagnostic interview schedule, version IV (DIS-IV)*, 1998.

ROBINS, L.N., et D.A. REGIER. *Psychiatric disorders in America: the Epidemiologic Catchment Area study*, New York, Free Press, 1991, 449 p.

SANTÉ QUÉBEC. *Enquête générale sur la santé et le bien-être de la population 1998*, Questionnaire rempli par l'interviewer, 1998, 77 p.

SHAPIRO, S., E.A. SKINNER, P.S. GERMAN, M. KRAMER et A. ROMANOSKI. « Need and demand mental health services in an Urban Community: An exploration based on household interviews », dans J.E. BARRETT, et R.M. ROSE, *Mental disorders in the community, progress and challenge*, New York, The Guilford Press, 1986, p. 307-320.

SCHENE, A.H., R.C. TESSLER et G.M. GAMACHE. « Instruments measuring family or caregiver burden in severe mental illness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, 1994, p. 228-240.

SHROUT, P. E., A.E. SKODOL et B.P. DOHRENWEND. « A two-stage approach for case identification and diagnosis: First-stage instruments », dans J.E. BARRETT, et R.M. ROSE, *Mental disorders in the community; progress and challenge*, New York, The Guilford Press, 1986, p. 286-303.

STATISTIQUE CANADA. *Recensement 1996 – Série des profils par secteur de recensement*, 1996.

ST-LAURENT, D., et S. TENNINA. *Résultats de l'enquête portant sur les personnes décédées par suicide au Québec entre le 1er septembre et le 31 décembre 1996*, Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux et Bureau du coroner, Gouvernement du Québec, 2000, 59 p.

SZMUKLER, G.I., P. BURGESS, H. HERMAN, A. BENSON, S. COLUSA et S. BLOCH. « Caring for relatives with serious mental illness: The development of the Experience of Caregiving Inventory », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 31, nos 3 et 4, 1996, p. 137-148.

TEFT, B., A. SEGALL et B. TRUTE. *Public beliefs, Attitudes and Behavioral Intentions regarding the mentally ill and community health services*, University of Manitoba, 1988, 30 p.

VERA, M., M. ALEGRIA, D.H. FREEMAN Jr, R. ROBLES, B. PESCOSOLIDO et A. PENA. « Help seeking for mental health care among poor Puerto Ricans », *Medical Care*, vol. 36, no 7, 1998, p. 1047-1056.

WEISSMAN, M.M., D. SHOLOMSKAS et K. JOHN. « The Assessment of Social Adjustment », *Archives General Psychiatry*, vol. 38, 1981, p. 1250-1258.

WEISSMAN, M.M., et J.K. MYERS. « Affective disorders in US Urban Community », *Archives General Psychiatry*, vol. 35, 1978, p. 1304-1311.

WIERSMA, D., A. DE JONG, H.J.M. KRAAIJKAMP et J. ORMEL. *GSDS-II: The Groningen Social Disabilities Schedule, second version*, University of Groningen, Department of Social Psychiatry, 1990.

WILKINS, R. « Incapacités et limitations d'activité », dans C. DAVELUY, L. PICA, N. AUDET, R. COURTEMANCHE, F. LAPOINTE et al., *Enquête sociale et de santé 1998*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2000, p. 369-383.

Annexe A

Tableaux complémentaires

Tableau A1.1

Comparaison entre les participants et les non-participants répondant aux mêmes critères d'invitation au face-à-face (données de l'enquête téléphonique pondérées)

Caractéristique	Groupe 1		Groupe 2		Groupe 3 ¹		Groupe 4	
	P=	Non-participants	P=	Non-participants	P=	Non-participants	P=	Non-participants
Sexe	0,027	Homme	0,636		0,989		0,833	
Âge	0,769		0,890		0,115		0,505	
État matrimonial	0,352		0,841		0,852		0,583	
Langue maternelle	0,166		0,636		0,344		0,131	
Lieu naissance	0,811		0,471		0,551		0,128	
Établissement au Canada	0,558		0,561		0,626		0,096	
Organisation du ménage	0,057		0,821		0,923		0,805	
Occupation	0,820		0,634		0,558		0,468	
Scolarité relative	0,873		0,018	Faible scolarité	0,631		0,972	
Statut financier perçu	0,916		0,663		0,626		0,804	
Propriétaire/ Locataire	0,062		0,331		0,215		0,162	
Utilisation des services (12 mois)	0,609		0,031	Non utilisé	0,986		—	
Utilisation des services (vie)	0,863		0,007	Non utilisé	0,309		0,131	
Idées suicidaires	0,538		0,268		0,074		—	
Incapacités	0,579		0,113		0,959		—	
Consommation de médicaments	0,594		0,257		0,127		—	
Santé mentale subjective	0,870		0,116		0,678		0,637	
Souffrance psychique	0,476		0,673		0,934		0,361	
Proche avec un problème de santé mentale	0,291		0,017	Non	0,188		0,540	
Aidant naturel	0,249		0,685		0,060		0,894	
Refus récupéré au téléphonique	0,038	Récupéré	0,274		0,000	Récupéré	0,000	Récupéré
	Total : 406 Participants : 149 Non-participants : 257		Total : 533 Participants : 67 Non-participants : 466		Total : 914 Participants : 67 Non-participants : 847		Total : 2 577 Participants : 76 Non-participants : 2 501	

¹ Le groupe 3 inclut ici les sujets classés par erreur dans ce groupe.

Tableau A2.1

Taux de non-réponse partielle pour chacune des caractéristiques
(n = 4 704)

Caractéristique	Taux de non réponse partielle %
Sexe	0,0
Âge	2,9
État matrimonial	0,8
Langue maternelle	0,0
Lieu de naissance	0,6
Durée d'établissement au Canada	2,2
Organisation du ménage	1,1
Scolarité relative	3,7
Occupation	0,9
Statut financier perçu (n = 4 430)	2,5
Spiritualité (n = 4 430)	1,3
Sous-région	0,0

Tableau A3.1

Prévalence des troubles mentaux au cours de la vie et des 12 derniers mois

Type de troubles	Au cours de la vie %	Au cours des 12 derniers mois %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)	29,1	11,0
Troubles anxieux (n = 4 430)	13,4	6,0
<i>Panique</i>	3,7	1,7
<i>Phobies</i>	10,1	4,2
<i>Agoraphobie</i>	8,7	3,4
<i>Phobie sociale</i>	2,3	1,2*
<i>Phobie spécifique</i>	2,5	1,1*
<i>Anxiété généralisée</i>	3,4	1,5
Troubles affectifs (n = 4 430)	18,8	5,1
<i>Dépression majeure</i>	18,7	5,1
<i>Dysthymie</i>	0,1**	0,0
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)	8,5	2,8
<i>Alcool</i>	4,9	1,6
<i>Drogues</i>	5,0	1,6
Comorbidité (n = 1 346; n = 533)	38,4	29,4

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

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

Tableau A3.2

Proportion de consommateurs de drogues selon le type et la variété
(n = 4 430)

Indicateur	Proportion %
Un type quelconque de drogues consommées au moins 5 fois	
<i>Au cours de la vie</i>	20,8
<i>Dans la dernière année</i>	6,5
Type de drogues consommées au moins 5 fois au cours de la vie	
<i>Marjuana, haschisch</i>	19,9
<i>Cocaïne, crack</i>	5,5
<i>Hallucinogènes</i>	5,4
<i>PCP</i>	1,8
<i>Stimulants, amphétamines</i>	1,6
<i>Sédatifs, tranquillisants</i>	1,1*
<i>Inhalants</i>	0,6*
<i>Opiacés, héroïne</i>	0,6*
<i>Autres produits ou drogues</i>	0,4**
Nombre de types de drogues consommées au moins 5 fois au cours de la vie	
<i>0</i>	79,1
<i>1</i>	12,4
<i>2</i>	4,5
<i>3 et plus</i>	4,0

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

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

Tableau A3.3

Prévalence des troubles mentaux selon le sexe

Type de troubles	Sexe	
	Homme %	Femme %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie</i>	27,8	30,3
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	9,9	12,0
Troubles anxieux (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	10,8	15,8
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	4,4	7,5
Troubles affectifs (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	14,5	22,5
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	3,7	6,4
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	13,0	4,6
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	4,8	1,1*
Comorbidité		
<i>Au cours de la vie (n = 1 346)</i>	37,2	39,3
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	31,1	28,5

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

¹ $p < 0,01$.

Tableau A3.4

Prévalence des troubles mentaux selon l'âge

Type de troubles	Âge			
	18-24 ans %	25-44 ans %	45-64 ans %	65 ans et plus %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	33,8	31,6	30,7	20,6
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	20,2	12,6	9,8	4,2*
Troubles anxieux (n = 4 430)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	15,0	14,9	15,5	7,0*
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	10,1*	6,6	6,4	2,1**
Troubles affectifs (n = 4 430)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	17,8	19,1	22,6	13,9
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	8,7*	5,7	5,2	2,1**
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	16,0	10,8	6,2	2,9*
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	8,3*	3,6	1,2**	0,4**
Comorbidité				
<i>Au cours de la vie ¹ (n = 1 346)</i>	38,7	40,5	42,9	18,9*
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	35,7	30,5	26,7*	13,6**

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

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

¹ $p < 0,01$.

Tableau A3.5

Prévalence des troubles mentaux selon le lieu de naissance

Type de troubles	Lieu de naissance	
	Né au Canada %	Né ailleurs %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	33,3	20,0
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	12,0	8,8
Troubles anxieux (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	15,3	9,6
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	6,6	5,0
Troubles affectifs (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	21,0	13,8
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	5,3	4,7
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	10,9	3,3*
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	3,5	1,4**
Comorbidité		
<i>Au cours de la vie (n = 1 346)</i>	40,0	32,5
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	30,7	25,9*

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

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

¹ $p < 0,01$.

Tableau A3.6

Prévalence des troubles mentaux selon la langue maternelle

Type de troubles	Langue maternelle		
	Français %	Anglais %	Autre %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)			
<i>Au cours de la vie ¹</i>	34,1	29,5*	18,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	11,8	11,2	9,3
Troubles anxieux (n = 4 430)			
<i>Au cours de la vie ¹</i>	15,8	12,5	9,4
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	6,4	6,6*	5,0
Troubles affectifs (n = 4 430)			
<i>Au cours de la vie ¹</i>	22,1	18,3	12,1
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	5,2	5,2*	4,9
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)			
<i>Au cours de la vie ¹</i>	10,9	9,4	3,3*
<i>Au cours des 12 derniers mois ²</i>	3,6	2,7**	1,5**
Comorbidité			
<i>Au cours de la vie ¹ (n = 1 346)</i>	42,0	31,9	31,7
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	32,4	25,0*	25,9*

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

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Tableau A3.7

Prévalence des troubles mentaux selon l'état matrimonial

Type de troubles	État matrimonial			
	Marié/ Conjoint de fait %	Séparé/ Divorcé %	Veuf/ Veuve %	Célibataire %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	24,5	45,7	21,5	33,3
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	8,0	15,6	7,2*	15,5
Troubles anxieux (n = 4 430)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	12,2	20,4	9,0*	14,3
<i>Au cours des 12 derniers mois ²</i>	5,3	8,1*	3,4**	7,3
Troubles affectifs (n = 4 430)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	14,4	36,2	18,4	20,2
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	3,3	8,7*	5,2**	7,0
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)				
<i>Au cours de la vie ¹</i>	6,2	10,2*	0,9**	13,8
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	1,1*	2,9**	0,4**	6,5
Comorbidité				
<i>Au cours de la vie (n = 1 346)</i>	34,7	42,9	31,3*	41,9
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	26,2	28,3*	25,0**	33,6

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

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Tableau A3.8

Prévalence des troubles mentaux selon l'organisation du ménage

Type de troubles	Organisation du ménage				
	Vit seul %	Couple sans enfant %	Famille mono- parentale %	Couple avec enfant %	Colocataire sans enfant %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)					
<i>Au cours de la vie</i> ¹	34,5	25,6	43,1	23,5	32,4
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	12,4	7,3	16,7*	8,7	17,0
Troubles anxieux (n = 4 430)					
<i>Au cours de la vie</i> ¹	14,9	12,0	22,0	11,8	13,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ²	5,4*	5,4*	8,6*	5,3	9,1
Troubles affectifs (n = 4 430)					
<i>Au cours de la vie</i> ¹	25,0	16,8	34,4	12,7	17,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	6,1	3,2*	11,3*	3,7*	6,9*
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)					
<i>Au cours de la vie</i> ¹	10,7	6,5	8,9*	7,2	11,6
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	4,6*	1,5**	2,8**	1,5**	5,5*
Comorbidité					
<i>Au cours de la vie</i> ² (n = 1 346)	44,4	34,2	49,5	34,3	33,8
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> (n = 533)	30,7*	35,2*	37,1*	21,8*	28,4*

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

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

¹ p < 0,01.² p < 0,05.

Tableau A3.9

Prévalence des troubles mentaux selon la scolarité relative

Type de troubles	Scolarité relative				
	Plus faible %	Faible %	Moyenne %	Élevée %	Plus élevée %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)					
<i>Au cours de la vie</i>	33,9	28,8	29,0	28,3	28,6
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	14,1	10,5	10,4	10,7	10,6
Troubles anxieux (n = 4 430)					
<i>Au cours de la vie</i>	16,4	14,8	12,9	12,3	12,5
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	8,1	6,3*	5,6*	5,4*	5,7*
Troubles affectifs (n = 4 430)					
<i>Au cours de la vie</i>	19,5	18,6	19,3	19,4	18,6
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	6,6	5,0*	4,6*	5,7*	4,4*
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)					
<i>Au cours de la vie</i> ¹	13,3	8,6	7,4	7,7	6,5*
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	4,6*	2,1**	2,9*	2,9*	1,9**
Comorbidité					
<i>Au cours de la vie</i> ² (n = 1 346)	44,0	42,3	33,5	40,3	30,7
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ² (n = 533)	40,0	30,0*	25,7*	31,4*	16,1**

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

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Tableau A3.10

Prévalence des troubles mentaux selon le statut d'activité

Type de troubles	Statut d'activité	
	Actif %	Inactif %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie</i>	30,0	27,4
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	12,3	8,3
Troubles anxieux (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie</i>	13,6	13,2
<i>Au cours des 12 derniers mois ²</i>	6,6	4,9
Troubles affectifs (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie</i>	18,9	18,4
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	5,5	4,6
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie ¹</i>	9,9	5,8
<i>Au cours des 12 derniers mois ¹</i>	3,6	1,3**
Comorbidité		
<i>Au cours de la vie (n = 1 346)</i>	38,8	37,5
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	29,4	30,1*

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

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Tableau A3.11

Prévalence des troubles mentaux selon le statut financier perçu

Type de troubles	Statut financier perçu		
	À l'aise %	Suffisant %	Pauvre/ Très pauvre %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)			
<i>Au cours de la vie</i> ¹	29,1	27,0	40,7
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	11,1	9,4	19,0
Troubles anxieux (n = 4 430)			
<i>Au cours de la vie</i> ¹	12,4	12,3	21,6
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	5,7	5,4	10,2
Troubles affectifs (n = 4 430)			
<i>Au cours de la vie</i> ¹	18,0	16,8	30,0
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	4,5*	4,4	9,6
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)			
<i>Au cours de la vie</i> ¹	10,0	6,8	14,1
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	3,2*	1,8*	3,0*
Comorbidité			
<i>Au cours de la vie</i> ¹ (n = 1 346)	36,2	33,7	53,6
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> (n = 533)	27,5*	25,4	39,8

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

¹ $p < 0,01$.

Tableau A3.12

Prévalence des troubles mentaux selon la spiritualité

Type de troubles	Spiritualité	
	Importante %	Pas importante %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie</i>	29,7	27,8
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	11,4	10,3
Troubles anxieux (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie</i>	14,0	12,4
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	6,5	5,1
Troubles affectifs (n = 4 430)		
<i>Au cours de la vie</i> ¹	20,2	14,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ²	5,7	3,7*
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)		
<i>Au cours de la vie</i>	8,0	9,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ²	2,5	4,0*
Comorbidité		
<i>Au cours de la vie (n = 1 346)</i>	40,1	34,1
<i>Au cours des 12 derniers mois (n = 533)</i>	29,8	27,5*

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

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

¹ $p < 0,01$.

² $p < 0,05$.

Tableau A3.13

Prévalence des troubles mentaux selon la sous-région

Type de troubles	Ouest %	Nord %	Sous-région Sud- Ouest %	Centre- Ouest %	Centre- Est %	Est %
Troubles mentaux quelconques (n = 4 234)						
<i>Au cours de la vie</i> ¹	23,2	22,8	32,9	28,1	35,5	30,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	9,8*	9,3	10,2	11,0	14,5	10,9
Troubles anxieux (n = 4 430)						
<i>Au cours de la vie</i> ²	11,4	11,4	16,4	10,9	14,5	15,3
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	6,2*	5,4*	7,1*	5,5*	6,3*	6,1
Troubles affectifs (n = 4 430)						
<i>Au cours de la vie</i> ¹	14,3	13,3	22,0	18,5	23,1	19,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	3,9**	3,9*	4,7*	5,3*	6,5*	5,8
Troubles liés à l'usage de substances (n = 4 234)						
<i>Au cours de la vie</i> ¹	6,5*	6,1*	10,4	7,3	13,8	7,9
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> ¹	1,4**	1,8**	3,1**	2,5**	6,8*	2,2*
Comorbidité						
<i>Au cours de la vie</i> (n = 1 346)	37,6	37,5	46,8	31,0	39,5	38,3
<i>Au cours des 12 derniers mois</i> (n = 533)	25,0**	30,4*	34,1*	26,2*	33,8*	28,1*

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

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

¹ p < 0,01.

Tableau A8.1

Reconnaissance d'un problème de santé mentale pour les descriptions de cas *troubles mentaux* selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé mentale (n = 1 813)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ¹		Lieu de naissance ¹	
<i>Homme</i>	62,7	<i>Né au Canada</i>	70,9
<i>Femme</i>	72,5	<i>Né ailleurs</i>	61,6
Scolarité relative ¹		Langue maternelle ¹	
<i>Plus faible</i>	57,5	<i>Français</i>	72,8
<i>Faible</i>	65,6	<i>Anglais</i>	67,9
<i>Moyenne</i>	67,5	<i>Autre</i>	57,3
<i>Élevée</i>	74,5		
<i>Plus élevée</i>	75,7		
Troubles mentaux quelconques au cours de la vie ¹		Proche avec un problème de santé mentale ¹	
<i>Présence</i>	73,5	<i>Oui</i>	72,4
<i>Absence</i>	65,0	<i>Non</i>	65,5
		Total	68,6

¹ $p < 0,01$.

Tableau A8.2

Reconnaissance d'un besoin d'aide professionnelle pour les descriptions de cas troubles mentaux selon les caractéristiques sociodémographiques et celles liées à la santé mentale (n = 1 813)

Caractéristique significative	Proportion %	Caractéristique significative	Proportion %
Sexe ¹		État matrimonial ¹	
Homme	56,7	Maré/Conjoint de fait	63,8
Femme	69,3	Séparé/Divorcé	76,7
		Veuf	64,8
		Célibataire	57,6
Âge ¹		Occupation ¹	
18-24 ans	48,0	En emploi	62,8
25-44 ans	62,2	Aux études	49,3
45-64 ans	71,2	Tient maison	71,0
65 ans et plus	63,8	Autre	68,4
Scolarité relative ¹		Organisation du ménage ²	
Plus faible	58,6	Vit seul	67,8
Faible	64,6	Couple sans enfant	64,8
Moyenne	58,3	Famille monoparentale	72,1
Élevée	73,0	Couple avec enfant	60,7
Plus élevée	65,5	Colocataire sans enfant	57,6
Lieu de naissance ¹		Langue maternelle ¹	
Canada	66,8	Français	70,4
Autre	55,5	Anglais	56,4
		Autre	52,9
Expérience de la maladie mentale ¹		Reconnaissance du problème ¹	
Oui	67,8	Oui	73,8
Non	57,0	Non	41,1
Proche avec un problème de santé mentale ¹			
Oui	68,1		
Non	60,7		
		Total	64,5

¹ p < 0,01.² p < 0,05.

Tableau A9.1

Valeurs moyennes, écarts-types et fréquences des huit items de l'échelle de mesure des croyances négatives (n = 3 203)

#	Item	Moyenne ¹ (écart-type)	1 Tout à fait d'accord %	2 Plutôt d'accord %	3 Plutôt en désaccord %	4 Tout à fait en désaccord %	NSP/ Refus %
1	Les personnes qui souffrent de maladie mentale sont des personnes qui fuient les responsabilités de la vie.	3,2 (±1,0)	9,6	11,6	24,7	49,7	4,3
2	Les personnes souffrant de maladie mentale n'ont en général pas de contrôle sur leurs émotions.	2,3 (±1,0)	23,2	33,3	24,0	14,3	4,9
3	On ne peut se fier aux compétences d'un collègue de travail qui souffre de maladie mentale.	2,7 (±1,0)	16,4	21,7	31,9	23,0	6,8
4	C'est toujours un peu dangereux pour sa propre santé mentale de fréquenter une personne qui souffre de maladie mentale.	3,2 (±1,0)	9,4	14,4	22,8	50,4	2,8
5	Il est mieux pour les personnes souffrant de maladie mentale de façon sévère et chronique de rester à l'hôpital psychiatrique plutôt que de vivre en société.	2,5 (±1,0)	24,8	22,4	25,1	21,7	5,7
6	Il y a plus de chances qu'une personne soit dangereuse si elle souffre de maladie mentale.	2,7 (±1,0)	14,7	24,5	31,3	23,1	6,0
7	Les hôpitaux psychiatriques sont les meilleurs endroits pour prendre soin des personnes souffrant de maladie mentale.	2,3 (±1,0)	25,2	28,1	25,1	15,3	5,9
8	Dès qu'une personne montre des signes de déséquilibre mental, elle devrait être hospitalisée.	2,8 (±1,1)	18,0	18,0	30,1	30,2	3,3
	Valeur moyenne totale	2,7 (±0,7)					

¹ Moyenne calculée en excluant les NSP.

Tableau A11.1

Comparaison entre le groupe 2 et les groupes 1 et 4
(données non pondérées)

Caractéristique significative	Groupe 1 Besoin, non utilisation, non (n = 162) %	Groupe 2 Besoin, non utilisation, oui (n = 44) %	Groupe 4 Besoin, oui utilisation, oui (n = 89) %
Troubles mentaux quelconques ^b			
Aucun	52,5	27,3*	3,4**
Au cours des 12 derniers mois	21,6	36,4*	77,5
Antérieurs aux 12 derniers mois	25,9	36,4*	19,1*
Troubles affectifs au cours des 12 derniers mois (Présence) ^b	3,7	22,7**	53,9
Troubles anxieux au cours des 12 derniers mois (Présence) ^b	ns	20,5**	49,4
Nombre de types de troubles au cours des 12 derniers mois ^b			
Aucun	ns	63,6	22,5*
Un seul		25,0**	36,0
Plus d'un (Comorbidité)		11,4**	41,6
Idées suicidaires au cours des 12 derniers mois (Présence) ^b	ns	2,3**	25,8*
Incapacités (Présence) ^b	6,8**	25,0**	46,1
Santé mentale subjective (Mauvaise) ^b	ns	0,0	31,5*
Souffrance psychique (Présence) ^b	28,4	50,0*	88,8
Troubles mentaux quelconques (DIS) ^c			
Aucun trouble au cours de la vie	53,1	31,8*	3,4*
Troubles antérieurs, aucun symptôme au cours des 12 derniers mois	37,7	43,2*	16,9*
Troubles antérieurs, certains symptômes au cours des 12 derniers mois	3,1**	6,8**	3,4**
Troubles au cours des 12 derniers mois	6,2**	18,2**	76,4
Détresse psychologique (Niveau élevé) ^c	ns	6,8**	71,9
Niveau de fonctionnement, tous types de symptômes ^d			
Aucun problème	93,2	75,0	0,0
Risque de problème	6,8**	25,0**	30,3*
Problème important	0,0	0,0	69,7
Niveau de fonctionnement, symptômes dépressifs ^d			
Aucun problème	95,1	86,4	28,1*
Risque de problème	4,9**	13,6**	33,7
Problème important	0,0	0,0	38,2

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

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

^b Variable de l'entrevue téléphonique.

Tableau A11.1 (suite)

Comparaison entre le groupe 2 et les groupes 1 et 4
(données non pondérées)

Caractéristique significative	Groupe 1 Besoin, non utilisation, non (n = 162) %	Groupe 2 Besoin, non utilisation, oui (n = 44) %	Groupe 4 Besoin, oui utilisation, oui (n = 89) %
Niveau de fonctionnement, symptômes anxieux ^d			
Aucun problème	97,5	86,4	41,6
Risque de problème	2,5**	13,6**	14,6**
Problème important	0,0	0,0	43,8
Niveau de fonctionnement, problèmes d'alcool ou de drogues ^d			
Aucun problème	ns	100,0	86,4
Risque de problème		0,0	1,1**
Problème important		0,0	12,5**
Utilisation de services au cours des 12 derniers mois ^c			
Services spécialisés	ns	38,6*	64,0
Psychiatre	ns	34,1*	57,3
Clinique externe de psychiatrie	ns	15,9**	36,0
Médecins de tous types	ns	34,1*	67,4
Utilisation de services au cours des 12 derniers mois (en résumé hiérarchique) ^c			
Services spécialisés	ns	38,6*	64,0
Services généraux		31,8*	29,2*
Autres services		29,6*	6,7**
Dernière consultation ^c			
Dans le dernier mois	ns	25,0**	58,4
Il y a entre 1 et 6 mois		43,2*	32,6*
Il y a entre 6 mois et 1 an		31,8*	9,0**
Sexe ^b			
Homme	45,7	20,5**	ns
Femme	54,3	79,5	
Organisation du ménage ^b			
Vit seul	29,0	34,1*	ns
Couple avec/sans enfant	46,3	22,7**	
Famille monoparentale	9,3*	15,9**	
Colocataire sans enfant	15,4*	27,3*	
Statut financier perçu ^b			
Pauvre/Très pauvre	ns	15,9**	34,8
À l'aise/Suffisant		84,1	65,2
Scolarité relative ^b			
Plus faible/Faible	ns	15,9**	41,6
Moyenne/Élevée/Plus élevée		84,1	58,4

^c Variable de l'entrevue en face-à-face.

^d Évaluation des cliniciens.

** Différence non significative.

Tableau A11.2

Comparaison entre le groupe 3 et le groupe 4 (données non pondérées)

Caractéristique significative	Groupe 3 Besoin, oui, utilisation, non (n = 64) %	Groupe 4 Besoin, oui utilisation, oui (n = 89) %
Troubles mentaux quelconques ^b		
<i>Aucun</i>	17,2**	3,4**
<i>Au cours des 12 derniers mois</i>	57,8	77,5
<i>Antérieurs aux 12 derniers mois</i>	25,0*	19,1*
Troubles affectifs au cours des 12 derniers mois (Présence) ^b	35,9*	53,9
Troubles anxieux au cours des 12 derniers mois (Présence) ^b	29,7*	49,4
Nombre de types de troubles au cours des 12 derniers mois ^b		
<i>Aucun</i>	42,2	22,5*
<i>Un seul</i>	28,1*	36,0
<i>Plus d'un (Comorbidité)</i>	29,7*	41,6
Incapacités (Présence) ^b	32,8*	46,1
Santé mentale subjective (Mauvaise) ^b	14,1**	31,5*
Souffrance psychique (Présence) ^b	68,8	88,8
Niveau de fonctionnement, symptômes dépressifs ^c		
<i>Aucun problème</i>	43,8	28,1*
<i>Risque de problème</i>	15,6**	33,7
<i>Problème important</i>	40,6*	38,2
Niveau de fonctionnement, symptômes anxieux ^c		
<i>Aucun problème</i>	62,5	41,6
<i>Risque de problème</i>	6,3**	14,6**
<i>Problème important</i>	31,3*	43,8

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

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

^b Variable de l'entrevue téléphonique.^c Évaluation des cliniciens.

Tableau A11.3

Comparaison entre les personnes qui reçoivent une réponse adéquate à leurs besoins et celles qui ne reçoivent pas une réponse adéquate chez les personnes ayant des besoins qui utilisent les services (n = 84, données non pondérées)

Caractéristique	Réponse adéquate (n = 30) %	Réponse inadéquate (n = 54) %
Santé mentale subjective (Mauvaise) ^b	13,3**	40,7*
Souffrance psychique (Présence) ^b	76,7	96,3
Troubles mentaux quelconques (DIS) ^c		
<i>Aucun trouble au cours de la vie</i>	0,0	5,6**
<i>Troubles antérieurs, aucun symptôme au cours des 12 derniers mois</i>	40,0*	5,6**
<i>Troubles antérieurs, certains symptômes au cours des 12 derniers mois</i>	0,0	3,7**
<i>Troubles au cours des 12 derniers mois</i>	60,0	85,2
Détresse psychologique (Niveau élevé) ^c	50,0*	85,2
Niveau de fonctionnement, tous types de symptômes ^d		
<i>À risque seulement</i>	53,3*	20,4**
<i>Problème important, un type de symptômes</i>	33,3**	44,4*
<i>Problème important, plus d'un type de symptômes</i>	13,3**	35,2*
Niveau de fonctionnement, symptômes anxieux ^d		
<i>Aucun problème</i>	56,7*	29,6*
<i>Risque de problème</i>	20,0**	13,0**
<i>Problème important</i>	23,3**	57,4
Utilisation de services au cours des 12 derniers mois ^c		
<i>Services spécialisés</i>	80,0	57,4
<i>Médecins spécialistes</i>	30,0**	11,1**
Dernière consultation ^c		
<i>Dans le dernier mois</i>	80,0	46,3
<i>Il y a entre 1 et 6 mois</i>	16,7**	42,6*
<i>Il y a entre 6 mois et 1 an</i>	3,3**	11,1**

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

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

^b Variable de l'entrevue téléphonique.

^c Variable de l'entrevue en face-à-face.

^d Évaluation des cliniciens.

Annexe B

Formulaires d'évaluation des besoins de soins en matière de santé mentale dans la population générale

**ÉVALUATION DES BESOINS DE SOINS EN MATIÈRE DE SANTÉ MENTALE
DANS LA POPULATION GÉNÉRALE**

FICHE D'ENREGISTREMENT DE L'ÉTAT DES BESOINS

Cocher ici si c'est une évaluation Inter-juges:

Numéro du sujet:

Date:

Évaluateur:

Équipe no:

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

- 0. Aucun problème ou problème léger
- 1. Aucun problème actuellement, mais manifestation récente d'un problème important (habituellement au cours des 2 dernières années) ET/OU risque de problème important si aucun traitement n'est offert au cours des 6 prochains mois
- 2. Problème important actuellement
- 3. Information insuffisante pour porter un jugement
- 9. Non applicable

ÉVALUATION DU BESOIN PRINCIPAL

- 0. Aucun besoin. Le niveau de fonctionnement est coté 0 OU le niveau de fonctionnement est coté 1 et aucun type de soins n'est coté 1, 2 ou 7.
- 1. Besoin satisfait. Le niveau de fonctionnement est coté 1, 2 ou 8 ET au moins un type de soins est coté 1 ou 2. Aucun type de soins n'est coté 7.
- 2. Besoin non satisfait (évaluation). Le niveau de fonctionnement est coté 2 ou 8 ET le type de soins "évaluation" est coté 7.
- 3. Besoins non satisfait (traitement). Le niveau de fonctionnement est coté 1 ou 2 ET au moins un type de soins autre que "évaluation" est coté 7.
- 4. Besoin impossible à satisfaire. Le niveau de fonctionnement est coté 2 ET les types de soins sont tous cotés 0,3,4,5,6; OU il y a risque d'un problème important dans les 6 prochains mois ET aucun type de soins n'est coté 1, 2 ou 7.
- 9. Type de soins coté pour un autre problème. Le niveau de fonctionnement est coté 1 ou 2 ET les types de soins assurés sont cotés 9.

ÉVALUATION DES TYPES DE SOINS

- 0. Non approprié. Ce type de soins ne convient pas et n'est pas assuré.
- 1. Approprié/efficace. Ce type de soins est assuré, s'avère efficace ou est potentiellement efficace.
- 2. Approprié/partiellement efficace. Ce type de soins est assuré mais s'avère insuffisant après un essai de 3 mois. Ce mode d'intervention est néanmoins approprié et mérite d'être poursuivi.
- 3. Non participation. Ce type de soins est offert au cours du présent épisode, mais le sujet l'a refusé, s'est retiré prématurément du programme ou n'y a pas participé.
- 4. Inefficace. Ce type de soins a été assuré au cours des 2 dernières années mais s'avère inefficace. Ne sera vraisemblablement pas efficace s'il est offert à nouveau.
- 5. Rejet de l'idée de traitement. Le sujet croit qu'il n'est pas approprié de chercher de l'aide de ce type, même si le traitement est potentiellement efficace.
- 6. Prestation excessive de soins. Ce type de soins n'est pas assuré de façon appropriée et ne mérite pas d'être poursuivi au même niveau.
- 7. Approprié/non assuré. Ce type de soins est approprié mais non assuré de façon adéquate ou non assuré récemment.
- 8. Ne sait pas.
- 9. Coté ailleurs. Ce type de soins est coté pour un autre problème (pour éviter le dédoublement.)

PRESTATION EXCESSIVE.

- 0. Absente.
- 1. Présente. Certains types de soins sont assurés à un niveau excessif sans avoir démontré d'avantage pour une période de plus de un an ET aucune tentative du personnel d'en réduire le niveau OU type de soins coté 8.

1. SYMPTÔMES PSYCHOTIQUES ITIF

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Médication

Surveillance, supervision de la prise de médication

Visites à domicile

Thérapie de soutien

Conseils spécifiques pour aider le patient à faire face aux symptômes

Conseils spécifiques pour aider les proches à faire face aux symptômes

Thérapie familiale incluant les types de thérapies visant les émotions exprimées ..

Milieu protégé

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

2. SYMPTÔMES DÉPRESSIFS

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Thérapie de soutien, counselling

Thérapie cognitive

Autre psychothérapie individuelle structurée

Thérapie de couple ou thérapie familiale

Médication

Thérapie électro-convulsive

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Thérapie de soutien, counselling

Thérapie cognitive ou comportementale

Autre psychothérapie individuelle structurée

Thérapie de couple ou thérapie familiale

Médication

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

4. PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Conseils, éducation

Thérapie individuelle, counselling

Thérapie de couple ou thérapie familiale

Groupe d'entraide (comme les Alcooliques Anonymes)

Thérapie de groupe

Désintoxication

Médication

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

5. PROBLÈMES LIÉS AUX DROGUES

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Conseils, éducation

Thérapie individuelle, counselling

Thérapie de couple ou thérapie familiale

Groupe d'entraide

Thérapie de groupe

Désintoxication

Médication

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

6. TROUBLES DE L'ALIMENTATION

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Conseils, éducation, counselling

Thérapie cognitive

Thérapie familiale

Thérapie de groupe

Régime alimentaire structuré

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

Détresse persistante en réponse à un traumatisme aigu ou à des problèmes psychosociaux de longue durée (comme les mésententes conjugales ou les problèmes de logement). N'inclut pas la détresse provenant des symptômes mentionnés précédemment.

NIVEAU DE FONCTIONNEMENT

Évaluer les INTERVENTIONS SI LE NIVEAU DE FONCTIONNEMENT = 1, 2, 8.

Évaluation

Conseils spécifiques pour aider le sujet à faire face aux problèmes

Conseils sur l'aide sociale, counselling

Thérapie interpersonnelle

Ressources contre certains stress spécifiques

Autre (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

8. AUTRES.

Cet espace permet d'évaluer des situations lorsqu'il est impossible de noter le problème et l'intervention dans aucun des 7 champs déjà mentionnés. Utiliser seulement s'il y a un problème causant une détresse importante et pour lequel une intervention potentiellement efficace pourrait être indiquée. Cette section devrait être utilisée avec parcimonie. Voici quelques exemples où son utilisation peut être indiquée. (1) Interventions adéquates qu'on ne peut lier à aucun moment dans le passé à un épisode clinique important d'anxiété, de dépression, d'abus de substance ou de trouble de l'adaptation. Par exemple, un individu suivant une psychothérapie à long terme et dont on peut clairement voir une amélioration en termes des relations interpersonnelles. (2) Une intervention potentiellement efficace pour un individu ayant des traits handicapants de la personnalité ou manifestant un désordre de la personnalité. (3) Pour les victimes d'inceste qui sont en état de détresse sans toutefois manifester de syndrome clinique précis. (4) Tout autre désordre important comme des dysfonctions sexuelles. (5) Des troubles de l'adaptation relatifs à deux agents stressants différents et requérant deux interventions distinctes.

TYPE DE SOINS (spécifier: _____)

BESOIN PRINCIPAL

PRESTATION EXCESSIVE DE SOINS (type: _____)

Annexe C

Descriptions de cas

1. État de deuil normal Homme

Jean a perdu sa femme il y a un mois. Depuis ce moment, il est triste et pleure souvent. Il mange peu et a maigri de plusieurs livres. Il dit avoir de la difficulté à s'endormir et être sans énergie. Il se demande constamment ce qu'il aurait pu faire pour éviter la mort de sa femme. Souvent, il s'absente de son travail et se demande s'il parviendra à reprendre une vie normale.

2. État de deuil normal Femme

Jeanne a perdu son mari il y a un mois. Depuis ce moment, elle est triste et pleure souvent. Elle mange peu et a maigri de plusieurs livres. Elle dit avoir de la difficulté à s'endormir et être sans énergie. Elle se demande constamment ce qu'elle aurait pu faire pour éviter la mort de son mari. Souvent, elle s'absente de son travail et se demande si elle parviendra à reprendre une vie normale.

3. Anxiété généralisée Homme

Depuis plus de six mois, Marc est très tendu et s'inquiète de tout. L'autre jour, son fils avait une grippe et il s'imaginait qu'il allait mourir. Il craint toujours qu'il va manquer d'argent alors qu'il fait un très bon salaire. Recevoir des gens à la maison l'inquiète également, il dit avoir de la difficulté à se concentrer pour faire sa part des tâches ménagères. Il lui arrive souvent de se réveiller la nuit et d'avoir de la difficulté à se rendormir.

4. Anxiété généralisée Femme

Depuis plus de six mois, Odette est très tendue et s'inquiète de tout. L'autre jour, son fils avait une grippe et elle s'imaginait qu'il allait mourir. Elle craint toujours qu'elle va manquer d'argent alors qu'elle fait un très bon salaire. Recevoir des gens à la maison l'inquiète également, elle dit avoir de la difficulté à se concentrer pour faire sa part des tâches ménagères. Il lui arrive souvent de se réveiller la nuit et d'avoir de la difficulté à se rendormir.

5. Épisode dépressif majeur Homme

Depuis un mois presque tous les jours, Patrick semble indifférent à ce qui se passe autour de lui. Il a pris congé de son travail depuis quelques temps. Même ses activités habituelles qu'il aimait bien sont devenues un poids pour lui. Il se traîne toute la journée, parle peu et lentement. Il dit qu'il est bon à rien et qu'il serait mieux mort.

6. Épisode dépressif majeur Femme

Depuis un mois presque tous les jours, Carole semble indifférente à ce qui se passe autour d'elle. Elle a pris congé de son travail depuis quelques temps. Même ses activités habituelles qu'elle aimait bien sont devenues un poids pour elle. Elle se traîne toute la journée, parle peu et lentement. Elle dit qu'elle est bonne à rien et qu'elle serait mieux morte.

7. Schizophrénie Homme

Charles a 24 ans et vit chez ses parents. Il a eu quelques emplois temporaires depuis qu'il a quitté l'école mais maintenant il est sans emploi. Depuis plus de six mois, il ne voit plus ses amis, reste enfermé dans sa chambre et refuse de manger avec ses parents. La nuit, il marche de long en large dans sa chambre. Ses parents l'entendent souvent parler fort comme s'il discutait avec quelqu'un mais il n'y a personne avec lui. L'autre jour, il a dit à sa mère qu'il ne pouvait pas sortir de la maison parce que le voisin l'espionnait.

8. Schizophrénie Femme

Charlotte a 24 ans et vit chez ses parents. Elle a eu quelques emplois temporaires depuis qu'elle a quitté l'école mais maintenant elle est sans emploi. Depuis plus de six mois, elle ne voit plus ses amis, reste enfermée dans sa chambre et refuse de manger avec ses parents. La nuit, elle marche de long en large dans sa chambre. Ses parents l'entendent souvent parler fort comme si elle discutait avec quelqu'un mais il n'y a personne avec elle. L'autre jour, elle a dit à sa mère qu'elle ne pouvait pas sortir de la maison parce que le voisin l'espionnait.

9. Apparemment normal Homme

Léo est veuf depuis cinq ans. Il a pris sa retraite récemment et vit seul. Ses deux enfants, qui vivent loin de Montréal, ne le visitent pas souvent mais lui téléphonent régulièrement. Il a peu d'amis et sort peu sauf pour aller à l'église tous les jours et au Casino une fois par semaine.

10. Apparemment normal Femme

Léonie est veuve depuis cinq ans. Elle a pris sa retraite récemment et vit seule. Ses deux enfants, qui vivent loin de Montréal, ne la visitent pas souvent mais lui téléphonent régulièrement. Elle a peu d'amis et sort peu sauf pour aller à l'église tous les jours et au Casino une fois par semaine.

11. Phobie Homme

Depuis quelques temps, Antoine semble très craintif et refuse souvent de sortir. Il évite particulièrement les endroits où il y a beaucoup de monde. Il ne veut plus aller à la banque parce qu'il craint qu'il y ait une file d'attente. Récemment, on lui a offert une promotion à son travail ce qui l'amenait à devoir travailler à la succursale de l'autre côté du pont. Il a refusé parce qu'il se sentait incapable de traverser le pont tous les jours.

12. Phobie Femme

Depuis quelques temps, Anne semble très craintive et refuse souvent de sortir. Elle évite particulièrement les endroits où il y a beaucoup de monde. Elle ne veut plus aller à la banque parce qu'elle craint qu'il y ait une file d'attente. Récemment, on lui a offert une promotion à son travail ce qui l'amenait à devoir travailler à la succursale de l'autre côté du pont. Elle a refusé parce qu'elle se sentait incapable de traverser le pont tous les jours.

13. Apparemment normal Homme

Michel élève seul ses deux adolescents. Il a un bon emploi mais il est souvent obligé de faire des heures supplémentaires. Il est parfois fatigué et tendu. Il sort régulièrement avec ses amis. Ses relations avec ses enfants sont parfois difficiles.

14. Apparemment normal Femme

Brigitte élève seule ses deux adolescents. Elle a un bon emploi mais elle est souvent obligée de faire des heures supplémentaires. Elle est parfois fatiguée et tendue. Elle sort régulièrement avec ses amis. Ses relations avec ses enfants sont parfois difficiles.

15. Dépendance à l'alcool Homme

Serge a 29 ans et vit avec sa conjointe. Depuis plus d'un an, il consomme beaucoup d'alcool et souvent beaucoup plus qu'il ne le voudrait. Il lui arrive fréquemment de ne pas pouvoir se présenter au travail le matin. À cause de cette consommation, sa relation de couple est de plus en plus difficile et sa femme songe sérieusement à le quitter. Il a essayé plusieurs fois de diminuer sa consommation d'alcool mais il n'a pas réussi.

16. Dépendance à l'alcool Femme

Isabelle a 29 ans et vit avec son conjoint. Depuis plus d'un an, elle consomme beaucoup d'alcool et souvent beaucoup plus qu'elle ne le voudrait. Il lui arrive fréquemment de ne pas pouvoir se présenter au travail le matin. À cause de cette consommation, sa relation de couple est de plus en plus difficile et son mari songe sérieusement à la quitter. Elle a essayé plusieurs fois de diminuer sa consommation d'alcool mais elle n'a pas réussi.

17. Perte d'emploi Homme

Pierre a 47 ans et a perdu son emploi après avoir travaillé toute sa vie au même endroit. Son chômage arrive à sa fin et il n'a toujours pas réussi à se trouver un autre emploi. Il se sent inutile et commence à perdre confiance en lui-même. Il est plus irritable qu'avant et il lui arrive d'avoir des insomnies. Sa conjointe tente de l'aider mais depuis quelques temps, ils se disputent pour des riens. L'ambiance à la maison devient plus tendue.

18. Perte d'emploi Femme

Pierrette a 47 ans et a perdu son emploi après avoir travaillé toute sa vie au même endroit. Son chômage arrive à sa fin et elle n'a toujours pas réussi à se trouver un autre emploi. Elle se sent inutile et commence à perdre confiance en elle-même. Elle est plus irritable qu'avant et il lui arrive d'avoir des insomnies. Son conjoint tente de l'aider mais depuis quelques temps, ils se disputent pour des riens. L'ambiance à la maison devient plus tendue.



RÉGIE RÉGIONALE
DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

BON DE COMMANDE

QUANTITÉ	TITRE DE LA PUBLICATION	PRIX UNITAIRE (tous frais inclus)	TOTAL
	Enquête sur la santé mentale des Montréalais Volume 1 : La santé mentale et les besoins de soins des adultes	30 \$	
	NUMÉRO D'ISBN OU D'ISSN		
	2-89494-341-5 (ensemble)		
	2-89494-342-3 (vol. 1)		

DESTINATAIRE

Nom _____

Organisme _____

Adresse _____

No Rue App.

Ville Code postal

Téléphone _____ Télécopieur _____

**Les commandes sont payables à l'avance par chèque ou mandat-poste à l'ordre de la
Direction de la santé publique de Montréal-Centre.**

Pour information : (514) 528-2400, poste 3646.

Retourner à l'adresse suivante :

Centre de documentation
Direction de la santé publique de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est
Montréal (Québec) H2L 1M3
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

DIRECTION
DE LA SANTÉ
PUBLIQUE

Garder notre
monde en santé

