

Améliorer l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide pour la population d'expression anglaise de la région de la Capitale- Nationale.



Melina Papalampropoulou-Tsiridou, Ph.D., M.B.A., Jan Warnke, candidat au doctorat et
Laura Lee Bolger

*Pour le Centre d'expertise sur l'adaptation aux communautés d'expression anglaise en
santé et en services sociaux (ACCESS)*



juin 2022

Avis de non-responsabilité

Cette initiative est financée par Santé Canada dans le cadre du Plan d'action pour les langues officielles — 2018-2023 : Investir dans notre avenir et le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (Community Health and Social Services Network - CHSSN) dans le cadre du projet Adaptation - 2018-2023.

Ce rapport présente une recherche indépendante soutenue par Santé Canada et le CHSSN. Les points de vue et les opinions exprimés par les auteurs dans cette publication sont ceux des auteurs et ne reflètent pas nécessairement ceux de Santé Canada ou du CHSSN.

Avec le financement de



Santé
Canada Health
Canada



Remerciements

Nous tenons à remercier le CHSSN et Santé Canada pour le financement de ce projet. De plus, nous tenons à remercier les représentants des organismes communautaires qui ont participé aux entrevues ainsi que nos collègues du CISSS de la Côte-Nord et du CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal pour toutes les informations précieuses qu'ils ont partagées avec nous.

Enfin, le crédit pour l'image utilisée en page de couverture revient à Dio Hasbi Saniskoro pour sa photo qui se trouve sur [Pexels](https://www.pexels.com).

© Centre intégré universitaire de santé et de services sociaux de la Capitale-Nationale, 2022

Dépôt légal : 2022

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

ISBN : 978-2-550-92441-8 (PDF)

Table des matières

Avis de non-responsabilité	i
Remerciements	i
Table des matières	ii
Liste des tableaux	v
Résumé exécutif	1
Description du projet et méthodologie	2
Analyse comparative à venir	4
Profil de la santé mentale de la province de Québec	8
a. Population générale.....	8
b. Populations linguistiques minoritaires	12
La réalité actuelle dans la région de la Capitale-Nationale	14
a. Profil actuel de la population générale et de langue anglaise	14
b. Défis et obstacles pour la population de langue anglaise dans l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide	18
c. Initiatives dans la région de la Capitale-Nationale menées par des organisations communautaires	19
i. Voice of English-speaking Quebec (VEQ)	20
ii. Partenaires communautaires Jeffery Hale.....	21
Modèles et initiatives adoptés dans d'autres régions par le CISSS/CIUSSS	22
a. CISSS de la Côte-Nord	22
b. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal/Institut universitaire en santé mentale Douglas.....	22
Revue de la littérature sur les défis pertinents dans d'autres pays	24
Modèles et initiatives adoptés dans d'autres pays et organisations	25
Recommandations de meilleures pratiques à adopter au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale	29
a. Première recommandation : Soutenir les organisations communautaires	29
b. Deuxième recommandation : Soutenir les professionnels de la santé	30
i. Offrir et promouvoir des cours de langue non seulement pour les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale, mais aussi pour les employés des centres de soutien concernés.....	30

ii.	Responsabiliser et sensibiliser le personnel du CIUSS de la Capitale-Nationale.	31
iii.	Allouer plus de ressources liées à la psychologie des jeunes.	32
c.	Promouvoir les services de la Banque d’interprètes de la Capitale-Nationale.	32
	Remarques finales et limites de l’étude.....	34
	Références.....	36
	ANNEXES	40

Liste des figures

Figure 1 : Évolution de la proportion de personnes de 12 ans et plus ayant consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale, selon le sexe, Québec, 2000-2001, 2003, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014. Adapté de Statistique Canada, 2016.	8
Figure 2 : Proportion de personnes de 15 ans et plus ayant un besoin non comblé d'aide en santé mentale, selon le type d'aide requise et le sexe, Québec, 2002. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec, 2010.....	9
Figure 3 : Prévalence au cours de la vie de la dépression majeure, du trouble bipolaire et d'au moins 1 trouble de l'humeur, personnes âgées de 15 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2012. Adapté de Statistique Canada, 2013.	10
Figure 4 : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus ayant un classement élevé sur l'échelle de détresse psychologique, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2013-2014. Adapté de Statistique Canada, 2016a.....	10
Figure 5 : Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus, selon la principale source de stress quotidien et le sexe, Québec, 2012. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec, 2015.	11
Figure 6 : Santé globale perçue comme mauvaise ou passable, 2014-2015. Adapté de Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018.	12
Figure 7 : A. Insatisfaction à l'égard de la vie sociale, 2014-2015. B. Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique, 2014-2015. Adapté de Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018.....	13
Figure 8 : Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois. 2014-2015. Adapté de Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018.	13
Figure 9 : Établissements de santé mentale utilisant une stratégie spécifique pour garantir l'accès des minorités linguistiques. UE : l'Union européenne, CEI : Communauté des Etats indépendants. Adapté de l'OMS, 2008.....	26
Figure 10 : Utilisation des services de santé mentale par les groupes ethniques et minoritaires par rapport à leurs parents. v UE : l'Union européenne, CEI : Communauté des Etats indépendants. Adapté de l'OMS, 2008.	27

Liste des tableaux

Tableau 1 : Pourcentage de la population de langue anglaise au sein de la province du Québec et du RTS de la Capitale-Nationale. Adapté de Statistiques Canada, 2016. 14

Résumé exécutif

Le présent rapport vise à étudier les défis et les obstacles auxquels la population de langue anglaise de la région de la Capitale-Nationale fait face lorsqu'elle accède aux services de santé mentale et de prévention du suicide. Pour assurer une représentation actuelle de la réalité à laquelle fait face notre population cible, nous avons opté pour l'utilisation du modèle de géolocalisation développé tout au long du projet Géodata. Cela nous a permis d'enquêter en temps réel sur les services demandés par la population de langue anglaise et de garantir un portrait fiable de leurs besoins.

Afin de pouvoir décrire avec précision les défis rencontrés par la population de langue anglaise dans l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide, des entretiens ont été réalisés avec plusieurs intervenants et les messages clés sont présentés dans les sections pertinentes de ce rapport. À la suite des entrevues internes avec le personnel clé, plusieurs personnes-ressources en provenance d'autres régions du Québec ont été mobilisées afin de partager les initiatives et les modèles utilisés pour relever les défis similaires auxquels la population de langue anglaise de leur région est confrontée. Cela nous a permis de procéder à une comparaison directe entre la région couverte par le CIUSSS de la Capitale-Nationale et les autres régions du Québec.

Pour compléter la recherche effectuée dans la province de Québec, une analyse documentaire approfondie a été réalisée afin d'explorer les initiatives et les modèles utilisés dans d'autres pays où il y a, comme au Canada, plus d'une langue officielle. Enfin, nous avons examiné les initiatives officielles visant d'autres populations minoritaires (c'est-à-dire les immigrants, les réfugiés).

Sur la base de ce qui précède, nous concluons ce rapport avec plusieurs recommandations exploitables pour la région de la Capitale-Nationale sur la façon d'améliorer l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide pour la population de langue anglaise.

Description du projet et méthodologie

Le présent projet a été financé par des fonds supplémentaires provenant du projet d'adaptation 2021-2022 distribué par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux (CHSSN). Compte tenu du lien entre notre projet d'adaptation initial et la santé mentale, le projet actuel vise à :

1. Évaluer les défis auxquels la communauté de langue anglaise est confrontée en matière d'accès à la santé mentale et à la prévention du suicide et élaborer une stratégie pour faire face aux obstacles rencontrés.
2. Développer une stratégie pour répondre aux besoins courants.

L'objectif principal de ce projet est de mener une analyse approfondie et d'identifier les défis actuels dans la région de la Capitale-Nationale, ainsi que de fournir des recommandations sur les actions futures pour améliorer l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide pour la population de langue anglaise. Nous avons choisi d'explorer les différents modèles qui ont été adoptés dans des régions autres que celle de la Capitale-Nationale et qui visent à surmonter des obstacles similaires. Enfin, nous proposons des pratiques exemplaires et des alternatives pour répondre à la spécificité de la situation de la Capitale-Nationale. Dans l'ensemble, nous croyons que ce projet sera d'une grande valeur étant donné la situation actuelle due à la COVID-19 et le fardeau de la pandémie sur la santé mentale des populations minoritaires.

Ce projet utilise une variété d'approches pour atteindre ses principaux objectifs. Des entrevues semi-structurées ont été menées auprès du personnel des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale, de deux organismes communautaires différents de la ville de Québec et de collègues travaillant dans d'autres CISSS/CIUSSS de la province de Québec. Une revue de littérature approfondie avec les mots clés : *santé mentale, prévention du suicide, populations minoritaires, Belgique, Suisse*, a été réalisée sur Google Scholar et en ligne.

Méthodologie des Géodata

Ce rapport contient également des informations sur l'utilisation réelle des services liés à la santé mentale dispensés par les professionnels de la santé des Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale (SCLA). Les données utilisées pour cette analyse sommaire, incluse dans ce rapport, ont été fournies par le projet Géodata du SCLA, un projet financé par Santé Canada.

Le SCLA est un fournisseur régional de services de santé en langue anglaise qui remplit le rôle d'un service de santé communautaire local au sein de la grande structure régionale de santé administrée par le CIUSSS de la Capitale-Nationale. La recherche initiée ici porte

sur l'utilisation des services de santé mentale par les populations ayant accès aux services de santé en langue anglaise liés à la santé mentale.

L'objectif principal de cette recherche est de fournir un aperçu des principales caractéristiques de quatre services de santé mentale offerts par les professionnels de la santé des SCLA qui opèrent sur le territoire du RTS de la Capitale-Nationale. Les données secondaires de cette étude ont été obtenues à partir du système de données sur les services de santé aux usagers iCLSC administré par la RAMQ (Régie de l'assurance maladie du Québec). Les données ont été extraites, géocodées, nettoyées et rendues anonymes conformément au protocole d'anonymisation des SCLA. Ce protocole d'anonymisation développé dans le cadre du projet Géodata vise à satisfaire aux exigences de l'article 19.2 de la [Loi sur les services de santé et services sociaux](#) du gouvernement du Québec. Le processus d'anonymisation assure un haut niveau de confidentialité et de géoprivacité et permet la diffusion des résultats d'analyse.

La présente analyse sommaire porte sur quatre services/actes liés à la santé mentale fournis par le SCLA et s'étend sur une période de deux ans, du 1er avril 2019 au 31 mars 2021. La période de deux ans a été initialement choisie, car elle présentait un intérêt immédiat pour le projet Géodata SCLA et couvrait les exercices financiers les plus récents (2019 et 2020). Toutefois, après le lancement du projet, il est apparu que les dates retenues coïncidaient avec la période pré-pandémique et la première année de la pandémie de SARS-CoV-2 (COVID-19). Par conséquent, on a considéré que c'était l'occasion de comparer l'utilisation des services de santé mentale avant la pandémie avec l'utilisation des services pendant la pandémie.

Les quatre services liés à la santé mentale de la base de données constituent 9 671 actes de services de santé donnés par les professionnels de santé de SCLA entre le 1er avril 2019 et le 31 mars 2021. Ces 9 671 actes de services de santé représentent environ **60.7** % du total des 15 935 actes de services de santé dispensés par SCLA dans le RTS de la Capitale-Nationale pendant la période de deux ans étudiés.

Les actes de services liés à la santé mentale dans le modèle de données SCLA sont répartis dans les quatre catégories suivantes :

- i. 5910 Services psychosociaux pour les jeunes en difficulté et leur famille
- ii. 5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne
- iii. 5940 Soutiens dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave
- iv. 6560 Services psychosociaux

Ces données seront comparées entre les deux années et entre trois groupes d'âge (0-17 ans, 18-54 ans, et 55 ans et plus) par sexe pour chacune des deux années.

Les comparaisons entre les actes des services de santé au cours des deux années seront effectuées à l'aide de deux indicateurs. Les données sur l'utilisation des services de santé seront comparées en termes de part en pourcentage de l'ensemble des services offerts. Cet indicateur est comparable entre les zones et les deux périodes et évalue l'importance relative (part en pourcentage) de services de santé spécifiques par rapport à l'ensemble des services offerts. L'étude utilise également un indicateur de changement en pourcentage pour mesurer l'augmentation ou la diminution relative réelle des actes de services de santé entre la période pré-pandémique et la période pandémique.

Analyse comparative à venir

L'offre de service de santé active SCLA a également été comparée objectivement à l'offre de service francophone en utilisant trois actes de service majeurs liés à la santé mentale (5930, 5940 et 6560) par rapport à une base de cinq actes (voir ci-dessous pour plus de détails sur ces actes). Cette analyse comparative des données sera disponible dans le futur. Les données acquises et traitées à ce jour seront comparées à l'utilisation des services de santé dans les services francophones du CIUSSS de la Capitale-Nationale en utilisant une base de comparaison entre l'utilisation des services du SCLA et celle de l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale pour cinq actes de services, dont trois actes de services en santé mentale.

Un échantillon de cinq actes de services dont trois actes de services liés à la santé mentale (5930, 5940 et 6560) ont été extraits de l'ensemble de la population desservie en français par les services de santé en français de la région sanitaire du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces cinq actes de services (5930 Services ambulatoires de santé mentale en première ligne, 5940 Soutiens dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave, 6170 Soins infirmiers à domicile, 6560 Services psychosociaux, 7160 Ergothérapie et physiothérapie à domicile) ont été utilisés comme norme substitutive pour montrer la part relative des services de santé mentale en comparaison avec les données sur l'utilisation des services du SCLA. Cette norme substitutive a permis de comparer le modèle d'utilisation des services de santé du SCLA à celui de l'utilisation des services de santé de la majorité de la population francophone. L'étude utilise un échantillon de cinq actes de services de l'ensemble de la population du CIUSSS de la Capitale-Nationale. Ces cinq actes de service totalisent 1 562 194 actes de service individuels. De ces cinq actes de services, trois actes de services en santé mentale totalisent 633 649 actes comparables avec les actes de services en santé mentale de SCLA. Voir l'annexe 1 pour les tableaux du nombre d'actes de services de santé et le nombre des usagers pour le SCLA et le CIUSSS de la Capitale-Nationale.

La santé mentale : Pourquoi est-ce important ?

La santé mentale comprend notre bien-être émotionnel, psychologique et social. Elle est consécutivement un facteur déterminant de la façon dont nous pensons, ressentons et agissons. De plus, la santé mentale affecte la façon dont nous gérons le stress, les relations avec les autres et la prise de décision. Elle est primordiale à chaque étape de la vie, de l'enfance et l'adolescence, à l'âge adulte (WHO, 2018).

Plusieurs facteurs de nature différente contribuent à la santé mentale, notamment :

- Les facteurs biologiques, par exemple les gènes ou la chimie du cerveau
- Les expériences de vie, par exemple les traumatismes ou les abus
- Les antécédents familiaux de problèmes de santé mentale

La santé mentale et la santé physique sont des composantes enchevêtrées et égales de la santé et du bien-être général. D'ailleurs, une corrélation entre la santé mentale et les problèmes de santé physique a été observée. Plus précisément, la dépression augmente le risque de plusieurs types de problèmes de santé physique, en particulier les affections de longue durée comme le diabète, les maladies cardiaques et les accidents vasculaires cérébraux (Doherty et Gaughran, 2014). De même, la présence de conditions chroniques peut augmenter le risque de maladie mentale (NIH, 2021).

Il est important de souligner que ce rapport est produit dans le contexte particulier de la pandémie de la COVID-19. Beaucoup d'entre nous ont connu le deuil, l'isolement, la perte de revenus, la peur et d'autres situations pénibles qui peuvent servir de déclencheurs à plusieurs troubles de santé mentale ou exacerber des troubles existants. En outre, en raison d'une mauvaise santé mentale, certains peuvent être confrontés à une augmentation de la consommation d'alcool et de drogues, à de l'insomnie et à de l'anxiété. Cela conduit à un cercle vicieux qui détériore la santé mentale et le bien-être général d'un individu et, par conséquent, de la population en général.

Depuis le début de cette crise, de nombreux chercheurs, professionnels de la santé et intervenants s'inquiètent du fait que le confinement, l'isolement social, les difficultés économiques et la surcharge du réseau de santé et de services sociaux pourraient entraîner une détérioration de la santé mentale de la population mondiale. Cette hypothèse, associée aux services de santé mentale qui ont été interrompus pendant la COVID-19 (WHO, 2020), pourrait entraîner une perte générale du sentiment d'espoir de la population et des problèmes de santé mentale à long terme.

En outre, la COVID-19 elle-même peut entraîner des complications neurologiques et mentales, telles que le délire, l'agitation et les accidents vasculaires cérébraux. Les personnes souffrant de troubles mentaux, neurologiques ou de toxicomanie préexistante sont également plus vulnérables à l'infection par le SARS-CoV-2 et elles peuvent présenter un risque plus élevé de conséquences graves (Galea et al., 2020 ; Giuntella et al., 2021).

La santé mentale, même si elle est souvent négligée, est un élément important du bien-être général d'un individu et d'une société saine et productive. Outre l'aspect humain de la santé mentale et son poids sur la vie d'un individu, nous devons également tenir compte du fardeau financier que représente une mauvaise santé mentale. Au cours d'une année donnée, un Canadien sur cinq souffre d'une maladie mentale ou d'un problème de toxicomanie. De plus, un Canadien sur deux ayant atteint l'âge de quarante ans, a - ou a eu - une maladie mentale (Smetanin et al., 2017). Le fardeau économique de la maladie mentale au Canada, qui comprend les coûts des soins de santé, la perte de productivité et la réduction de la qualité de vie liée à la santé, est estimé à 51 milliards de dollars par an (Lim et al., 2008 ; Smetanin et al., 2017).

Compte tenu de l'importance de la santé mentale, l'accès à des services pertinents est d'une importance cruciale pour la population générale, ainsi que pour toute population minoritaire qui pourrait être confrontée à des défis supplémentaires. Pour ce rapport spécifique, nous nous concentrons sur la population linguistique minoritaire de la ville de Québec (population de langue anglaise). Cependant, nous croyons que les futurs rapports et recherches devraient également se concentrer sur d'autres groupes, comme les minorités raciales ou ethniques, afin de révéler les obstacles et de recommander des solutions pour améliorer l'accès aux services de santé mentale et la prévention du suicide pour diverses populations vulnérables.

La population de langue anglaise de la ville de Québec est une population très active, dynamique et diversifiée qui comprend plusieurs groupes raciaux et ethniques. Le point commun entre ces groupes est que leurs membres sont plus à l'aise pour s'exprimer en anglais qu'en français. Les immigrants, les nouveaux arrivants et les réfugiés sont confrontés à plusieurs problèmes qui peuvent détériorer leur santé mentale et leur bien-être général. Certains de ces problèmes, tels qu'ils ont été identifiés lors des entrevues réalisées dans le cadre de cette étude, sont : l'intégration à la société québécoise, l'accès au marché du travail, la compréhension de l'accès aux services sociaux et de santé.

L'accès aux services de santé et aux services sociaux dans la langue préférée crée un sentiment de confort et de confiance entre l'utilisateur du service et le professionnel de la santé. C'est le début de la personnalisation des services qui, surtout dans le contexte de la santé mentale, peut avoir un impact énorme sur le résultat final d'une intervention.

Comme le décrivent des études pertinentes, les personnes considérées comme bilingues font souvent preuve d'une plus grande aisance dans une langue que dans l'autre (Boudreau et al., 2008). On ne peut pas supposer qu'une personne maîtrisant une deuxième langue soit nécessairement capable de s'exprimer au même niveau de compétence qu'une personne dont cette langue est la langue maternelle. Cette réalité devient plus évidente lorsqu'un client est en détresse, qu'il essaie d'expliquer ses émotions ou qu'il analyse/interprète les événements de sa vie (Castaño et al., 2007).

Compte tenu de l'importance des barrières linguistiques dans l'accès aux services de santé mentale et du fait que les populations minoritaires ont été confrontées à des défis supplémentaires pour accéder à ces services pendant la pandémie de la COVID-19 (Kapilashrami & Bhui, 2020 ; Lopes & Jaspal, 2020 ; Moore et al. 2021 ; Smith et al., 2020), il est d'une importance cruciale d'allouer des ressources pour s'assurer que la population de la minorité linguistique de Québec ait un accès adéquat aux services de santé mentale et de prévention du suicide.

Profil de la santé mentale de la province de Québec

a. Population générale

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a mené des enquêtes et des recherches sur la santé physique et mentale de la population de la province de Québec. Dans certains des rapports publiés, l'élément linguistique est inclus, ce qui permet d'obtenir des informations supplémentaires sur le bien-être global de la population générale et des populations linguistiques minoritaires.

Nous présenterons d'abord brièvement le profil de santé mentale de la population générale de la province de Québec, puis nous nous concentrerons sur le profil de santé mentale des minorités linguistiques. Veuillez noter que ces données ont été obtenues avant la pandémie de la COVID-19 et qu'elles pourraient donc ne pas être une représentation exacte du profil actuel des deux populations. Nous incluons les données pertinentes les plus récentes disponibles publiquement. Si vous êtes intéressé à en savoir plus sur la santé mentale de la population de la province de Québec, veuillez suivre le site de l'INSPQ puisque les données pertinentes de 2020 et 2021 sont en cours d'analyse et que les rapports seront disponibles plus tard cette année.

Entre 2009 et 2014 (Statistique Canada, 2016b), plus de femmes que d'hommes consultent régulièrement un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale (Figure 1).

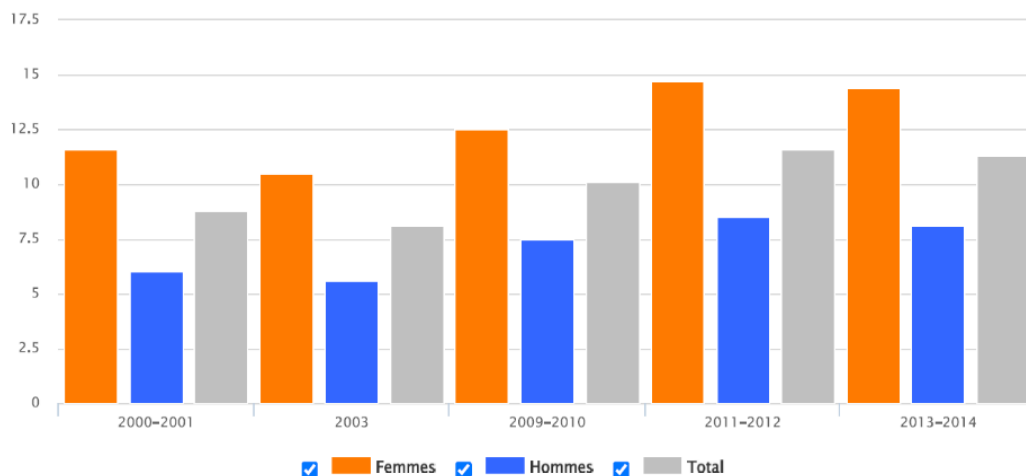


Figure 1 : Évolution de la proportion de personnes de 12 ans et plus ayant consulté au moins un professionnel de la santé au sujet de leur santé émotionnelle ou mentale, selon le sexe, Québec, 2000-2001, 2003, 2009-2010, 2011-2012 et 2013-2014. Adapté de Statistique Canada, 2016.

La province de Québec est confrontée à des défis pour répondre aux besoins de la population générale (Institut de la statistique du Québec, 2010). Selon les données de 2002, plus de la moitié (55,5 %) des femmes de 15 ans et plus ayant des besoins non

comblés en matière de santé mentale ont déclaré avoir besoin d'une thérapie relationnelle, 6,1 % ont déclaré avoir besoin d'aide pour régler des problèmes financiers et 36,2 % ont déclaré avoir besoin d'information sur les problèmes émotionnels (Figure 2). La même année, près de la moitié des hommes âgés de 15 ans et plus ayant des besoins non satisfaits en matière de santé mentale ont déclaré avoir besoin d'une thérapie relationnelle (47,5 %) ou d'informations sur les troubles émotionnels (47,6 %).

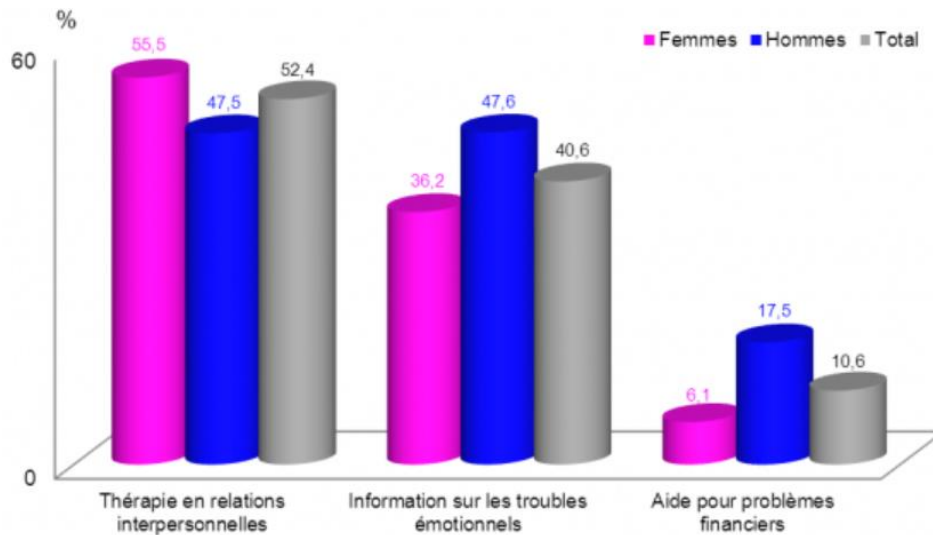


Figure 2 : Proportion de personnes de 15 ans et plus ayant un besoin non comblé d'aide en santé mentale, selon le type d'aide requise et le sexe, Québec, 2002. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec, 2010.

Cette situation s'est aggravée pendant la pandémie de la COVID-19. Selon un récent article publié par Radio-Canada, en 2020-2021, environ 19 200 personnes étaient en attente d'un service de santé mentale au Québec. En 2021-2022, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) prévoit qu'il y en aura 15 800 dans cette situation. Les appels à la ligne d'aide 8-1-1 ont augmenté de près de 40 % en novembre 2021, par rapport au même mois en 2019, et de 39 % en décembre dernier par rapport à la même période deux ans plus tôt (Valérie Gamache, 2020).

En 2012, au Québec, 12,2 % des répondants de 15 ans et plus rapportent avoir souffert d'une dépression majeure au cours de leur vie, 2,2 % d'un trouble bipolaire et 13,2 % d'un trouble de l'humeur (Statistique Canada, 2013) (Figure 3). Un pourcentage plus élevé de femmes souffre de dépression majeure et de troubles de l'humeur, tandis que les différences entre les sexes sont moins évidentes pour le trouble bipolaire (Figure 3). Plus précisément, en 2012, 15 % des femmes âgées de 15 ans et plus avaient souffert d'une dépression majeure au cours de leur vie, 2,1 % d'un trouble bipolaire et 15,8 % d'un trouble de l'humeur. En revanche, 9,3 % des hommes âgés de 15 ans et plus ont souffert d'une dépression majeure au cours de leur vie, 2,3 % d'un trouble bipolaire et 10,5 % d'un trouble de l'humeur.

Ces résultats sont conformes aux études démontrant que le trouble dépressif majeur (TDM) touche les femmes environ deux fois plus souvent que les hommes (Seney et al., 2018). En outre, les femmes sont trois fois plus susceptibles de souffrir de dépression atypique, avec hypersomnie et prise de poids (Seney et al., 2018).

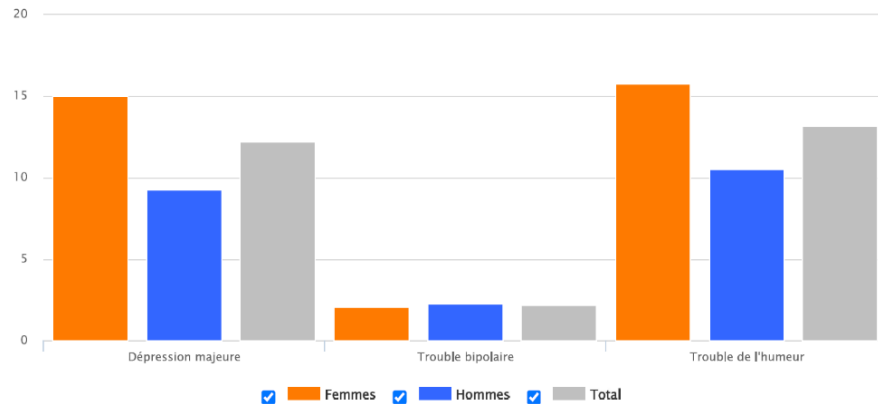


Figure 3 : Prévalence au cours de la vie de la dépression majeure, du trouble bipolaire et d'au moins 1 trouble de l'humeur, personnes âgées de 15 ans et plus, selon le sexe, Québec, 2012. Adapté de Statistique Canada, 2013.

Outre l'étude de la manière dont les différences entre les sexes sont associées à des taux différents de troubles de santé mentale, il est tout aussi important d'examiner comment l'âge affecte la présence de tels troubles. Cela permet aux décideurs et aux principaux intervenants d'allouer les ressources appropriées en fonction des besoins de la population.

En 2013-2014, 20,3 % de la population âgée de 12 ans et plus au Québec a obtenu un score élevé sur l'échelle de détresse psychologique (Statistique Canada, 2016a). Fait intéressant, à partir du groupe des 25 à 44 ans, cette proportion diminue avec l'âge (Figure 4). D'après ces données, une plus grande proportion de femmes que d'hommes se sont évaluées fortement sur l'échelle de détresse psychologique. On observe une différence entre les femmes et les hommes dans le groupe des 12 à 24 ans (31,6 % contre 20,9 %).

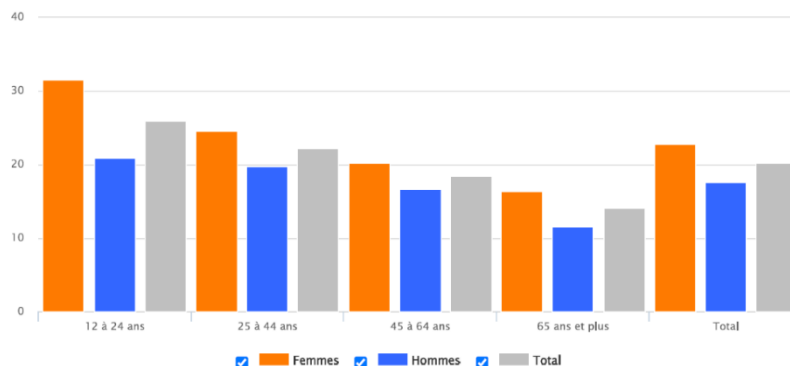


Figure 4 : Proportion de la population âgée de 12 ans et plus ayant un classement élevé sur l'échelle de détresse psychologique, selon le groupe d'âge et le sexe, Québec, 2013-2014. Adapté de Statistique Canada, 2016a.

Selon les données de 2012, la principale source de stress est la principale activité quotidienne (études ou travail), suivie des questions financières (Institut de la statistique du Québec, 2015). Les femmes sont plus nombreuses que les hommes à citer la santé des membres de la famille comme source de stress quotidien (12,1 % contre 7,1 %). Cependant, les femmes sont moins nombreuses que les hommes à citer leur activité principale comme source de stress (29,7 % contre 36,9 %), alors qu'aucune différence n'est observée entre les femmes et les hommes pour les autres sources de stress (Figure 5).

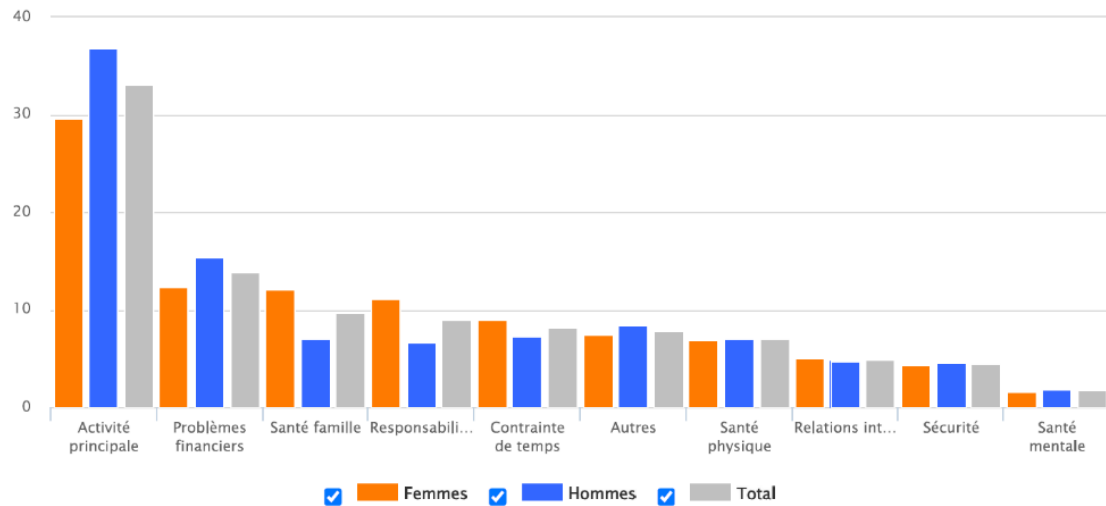


Figure 5 : Proportion de personnes âgées de 15 ans et plus, selon la principale source de stress quotidien et le sexe, Québec, 2012. Adapté de l'Institut de la statistique du Québec, 2015.

Activité principale : emploi ou études. Santé de la famille : santé des membres de la famille. Responsabilités : responsabilités personnelles ou familiales. Santé physique : problèmes de santé physique. Sécurité : sécurité personnelle et sécurité des membres de la famille. Santé mentale : problèmes de santé mentale ou émotionnelle. Autres : situation professionnelle, discrimination, perte d'un être cher et autres.

b. Populations linguistiques minoritaires

Le plus récent rapport disponible publiquement en lien avec la santé mentale de la population de la province de Québec qui comprend également un aspect linguistique a été publié par l'INSPQ en 2018 et comprend des données de 2014-2015 (Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018). Aux fins du présent rapport, seuls les graphiques et les données pertinentes sont présentés.

Les outils d'auto-évaluation de l'état de santé global sont un processus largement utilisé pour étudier les tendances et les inégalités au sein de la population générale. Même s'il s'agit d'une manière subjective de mesurer l'état de santé général et que la fiabilité des résultats de ces initiatives a fait l'objet de débats (Crossley & Kennedy, 2002 ; Zajacova & Dowd, 2011), elle fournit certaines informations sur la santé générale de la population.

Au Québec, en 2014-2015, les proportions de francophones, d'anglophones et d'allophones qui percevaient leur santé comme étant passable ou mauvaise étaient comparables (10 % ou 11 %) (Figure 6).

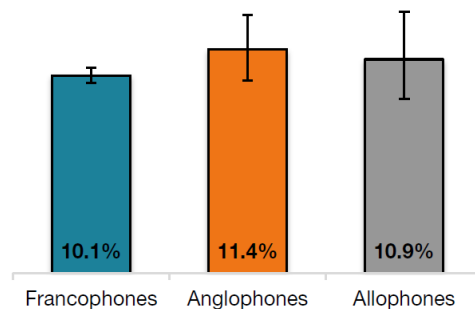


Figure 6 : Santé globale perçue comme mauvaise ou passable, 2014-2015. Adapté de Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018.

La satisfaction de la vie sociale est un élément important pour le bien-être général et la santé mentale des individus. Elle est une indication du sentiment d'appartenance et des interactions sociales au sein de son environnement. Il est intéressant de noter que même si, en 2014-2015, les résultats des francophones, des anglophones et des allophones étaient comparables en termes d'insatisfaction à l'égard de la vie sociale (environ 6 % pour les trois groupes), les francophones (28 %) et les allophones (36 %) ont présenté un nombre plus élevé d'individus se situant à l'extrémité supérieure de l'échelle de détresse psychologique par rapport aux anglophones (25 %) (Figures 7A et 7B).

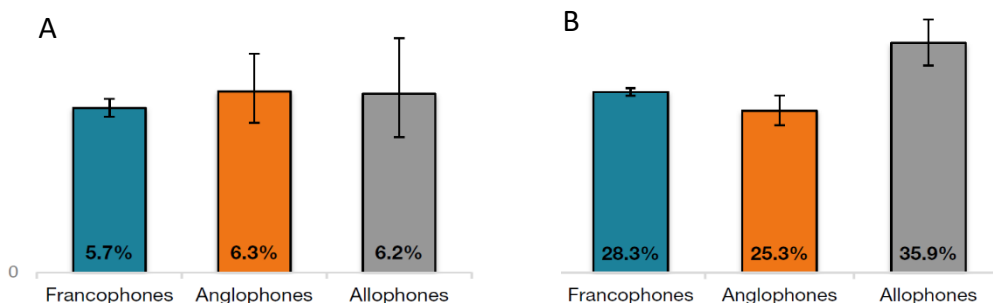
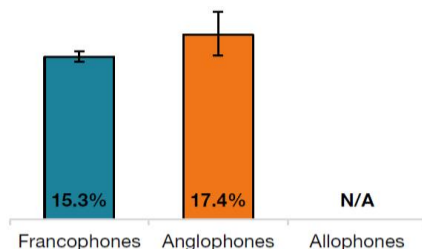


Figure 7 : A. Insatisfaction à l'égard de la vie sociale, 2014-2015. B. Niveau élevé sur l'échelle de détresse psychologique, 2014-2015. Adapté de Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018.

La consommation de substances et la dépendance peuvent avoir des effets néfastes sur la santé et le bien-être général (O'Donnell et coll., 2021) et pourraient contribuer au développement de troubles de santé mentale (Jones et McCance-Katz, 2019). Au Québec, en 2014-2015, la proportion de la population qui avait consommé du cannabis au cours des 12 mois précédents était plus élevée chez les anglophones (17 %) que chez les francophones (15 %) (Figure 8).



Note : Les allophones ont eu un taux de non-réponse partielle de plus de 10%. Données non présentées

Figure 8 : Consommation de cannabis au cours des 12 derniers mois. 2014-2015. Adapté de Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018.

Le rapport de l'INSPQ s'est également intéressé à la santé au travail et à la conciliation travail-vie personnelle, qui est un élément important du bien-être global d'un individu et un important facteur de stress pour les immigrants, les nouveaux arrivants et les réfugiés pour qui l'accès au marché du travail est une préoccupation majeure. Au Québec, en 2014-2015, les anglophones (13 %) et les allophones (15 %) étaient proportionnellement plus nombreux à éprouver des difficultés à atteindre un équilibre (satisfaisant) entre vie professionnelle et vie privée que les francophones (9 %). De plus, des proportions comparables de francophones (21 %) et d'anglophones (20 %) étaient exposées à un faible niveau de reconnaissance au travail et souffraient de harcèlement psychologique au travail (Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., 2018).

Dans la prochaine partie de ce rapport, nous nous concentrerons sur la région de la Capitale-Nationale et fournirons un profil plus à jour pour les deux populations (générale et de langue anglaise) à partir de données cliniques et administratives en utilisant le modèle Géodata.

La réalité actuelle dans la région de la Capitale-Nationale

a. Profil actuel de la population générale et de langue anglaise

Les données précédentes étaient basées sur l'ensemble de la province de Québec. Pour pouvoir extraire des informations sur les services de santé mentale et de prévention du suicide offerts dans la région de la Capitale-Nationale, nous avons utilisé le modèle développé par le projet Géodata, qui permet une exploration détaillée des données administratives et cliniques et la géolocalisation de ces informations.

Description de la population de langue anglaise

La population totale de la zone d'étude de la RTS de la Capitale-Nationale est de 718 680 personnes, dont 14 830 ou 2,1 % (Statistiques Canada, 2016) sont considérées comme des populations de langue anglaise (tableau 1). L'étude utilise la définition linguistique Première langue officielle parlée ajustée pour les réponses multiples. Cette définition linguistique sert d'estimateur approximatif du bassin d'utilisateurs potentiels des services de santé offerts en langue anglaise.

Tableau 1 : Pourcentage de la population de langue anglaise au sein de la province du Québec et du RTS de la Capitale-Nationale. Adapté de Statistiques Canada, 2016.

Langue	Province de Québec	RTS de la Capitale-Nationale
Première langue officielle parlée / Total — First Official Language Spoken	8 066 555	718 680
Minorité de langue officielle (nombre) / Minority official language	1 103 475	14 830
Majorité de langues officielles (nombre) / Majority official language	6 890 305	701 990
Première langue officielle parlée (%) / Total — First Official Language Spoken	100,0 %	100,0 %
Minorité de langue officielle (pourcentage) / Minority official language	13,7 %	2,1 %
Majorité de langues officielles (pourcentage) / Majority official language	85,4 %	97,7 %

Principales conclusions SCLA

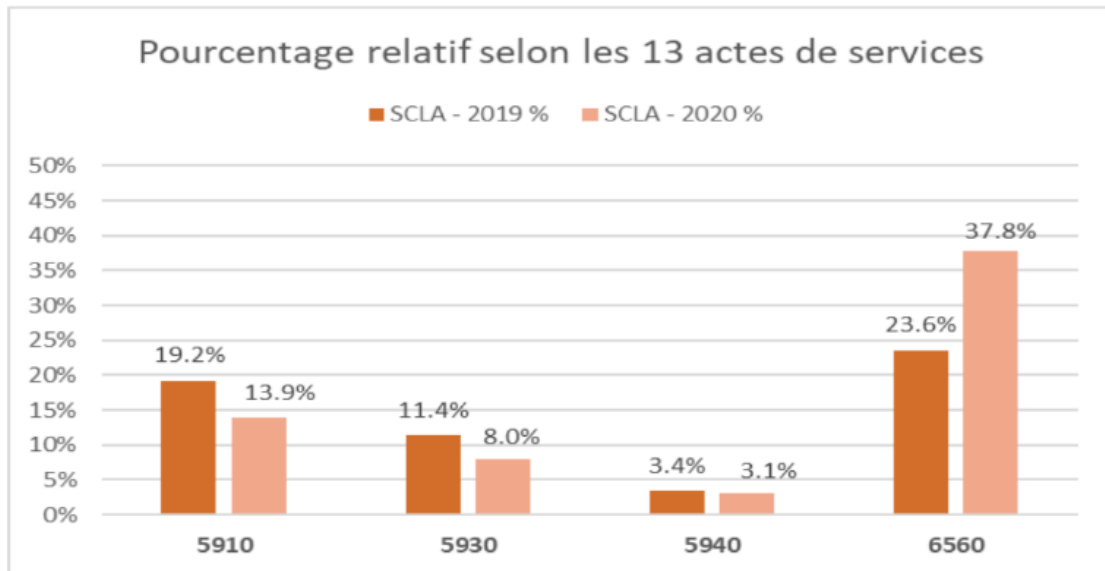
L'examen général des actes de services de santé et des nombres d'utilisateurs de services de santé de l'annexe 1 pour SCLA indique une augmentation générale globale des usagers et des actes. L'augmentation générale des usagers et des actes de service donnés par SCLA contraste avec les premiers résultats reçus concernant le total des usagers et des actes de service du CIUSSS de la Capitale-Nationale. On constate une augmentation notable du

nombre d'actes de service en 2020 par rapport à l'année 2019. Par contre, le nombre d'utilisateurs diminue légèrement. Comme il s'agit de résultats préliminaires pendant la pandémie, des problématiques de données manquantes et incorrectement codées pour l'ensemble du CIUSSS de la Capitale-Nationale sont survenues, ce qui peut expliquer une partie de cette variation. La différence se reflète dans le ratio des actes de service par rapport aux usagers pour le SCLA qui augmente considérablement, passant de 8,1 actes par usager en 2019 à 12,1 actes par usager en 2020. En outre, les quatre actes de services de santé mentale passent de 7,2 actes par usager par an en 2019 à 11,4 actes par usager en 2020. Cela indique une utilisation plus intense des services pendant la période de pandémie pour les utilisateurs des services de santé du SCLA. Dans le cas des usagers des services de santé du CIUSSS de la Capitale-Nationale, le ratio semble être considérablement plus élevé pour trois services de santé mentale comparables, mais une vérification avec des données plus récentes devra être effectuée lorsque celles-ci seront disponibles.

L'analyse des quatre actes des services de santé mentale a révélé une augmentation globale du nombre d'actes de 2019 à 2021. Une augmentation relative encore plus importante est observable lorsque les actes des services de santé sont ventilés par sexe et en trois grands groupes d'âge. Les détails se trouvent aux annexes 2 et 3. Certains des faits saillants sont énumérés ci-dessous.

- On constate une augmentation marquée de **64,1 %** du total des 4 catégories d'actes de services de santé mentale, passant de **3 662 actes de services en 2019** à **6 009 actes de services en 2020**. Cette augmentation dépasse l'**augmentation relative de 50,8 % de tous les actes de service de santé**.
- Le plus grand nombre d'actes de services liés à la santé mentale se trouve dans le service de santé 6560 (Services psychosociaux) qui a nettement augmenté, passant de **1 497 en 2019** à **3 619 en 2020**, soit une **augmentation totale de 141,8 %**.
- Le nombre de femmes utilisant les services de santé a considérablement augmenté, mais particulièrement dans le 5940 (Soutien dans la communauté aux personnes souffrant d'un trouble mental grave), où **l'utilisation des services par les femmes a augmenté de 230 %**, et dans le 6560 (Services psychosociaux), où **l'utilisation des services par les femmes a augmenté de 168,7 %**.

La part relative des quatre actes de services de santé mentale a également augmenté entre les deux années, comme on peut le constater dans le tableau de l'annexe 3 et dans le graphique qui suit.



Il est possible d'observer que :

- La part relative des quatre actes de service liés à la santé mentale donnés par les SCLA a augmenté de **57,7 % de l'ensemble des actes en 2019 à 62,7 % en 2020**.
- La part relative de tous les actes de service reçus par les hommes a augmenté de **29 % en 2019 à 33,5 % en 2020**. Cette augmentation de la part est supérieure à celle de l'utilisation des services par les femmes qui est passée de **27,1 % en 2019 à 30,2 % en 2020**.
- On observe une augmentation considérable de la part du service de santé mentale 6560, qui est passée de **23,6 % en 2019 à 37,8 % en 2020**. Cela contraste avec les trois autres services de santé mentale dont la part relative a légèrement diminué.
- Bien qu'il y ait eu une augmentation relative du nombre d'actes de service par sexe et pour les trois principaux groupes d'âge, la part relative par groupe d'âge ne semble pas avoir beaucoup changé. Un test supplémentaire par âge moyen de l'utilisateur pourrait aider à clarifier l'importance du changement d'âge entre 2019 et 2020. Le calcul du nombre relatif d'actes par usager, par sexe et par âge permettrait de mieux comprendre l'évolution des modes d'utilisation des services entre 2019 et 2020.

La répartition géographique des actes totaux du service semble avoir évolué entre 2019 et 2020. La carte de l'annexe 4 présente la répartition des usagers par territoire de CLSC dans le CIUSSS de la Capitale-Nationale en 2019. La concentration principale est de couleur foncée et se concentre sur le territoire de la Haute-Ville (Québec, Sillery et Sainte-Foy) et s'éloigne vers le nord-ouest. En 2020, comme le montre la carte de l'annexe 5, ce schéma est conservé, mais il y a plus de services utilisés à Duberger près du centre-ville. Une analyse plus détaillée des regroupements par petites unités de surface et par type

de service révélera s'il y a un changement important dans la localisation de l'utilisation des services.

Pour plus de détails sur l'évolution des services de santé mentale entre 2019 et 2020 pour la population de langue anglaise, veuillez consulter le tableau de bord ci-dessous :

<https://www.arcgis.com/apps/dashboards/7ec45e8c47be4b6094e16eeeb4a579b8>

b. Défis et obstacles pour la population de langue anglaise dans l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide

Afin de mieux comprendre la réalité actuelle à laquelle font face la population de langue anglaise et les professionnels offrant des services en anglais, plusieurs entrevues ont été réalisées avec des acteurs communautaires clés et des gestionnaires de services pertinents, notamment Jean-François Richard (gestionnaire de programme — Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale), Brigitte Wellens (directrice générale de Voice of English-speaking Quebec (VEQ)), Richard Walling (directeur général des Partenaires communautaires Jeffery Hale) et Annabelle Cloutier (directrice des programmes de mieux-être, Partenaires communautaires Jeffery Hale). Voici des exemples de questions posées aux participants :

- 1) En tant que gestionnaire de programme/directeur général, pensez-vous qu'il est nécessaire d'améliorer les services offerts à la population d'expression anglaise en matière de santé mentale et de prévention du suicide ?
- 2) Quels sont les défis actuels auxquels la population de langue anglaise de la région de la Capitale-Nationale est confrontée ?
- 3) Quelles initiatives ont été prises pour relever les défis actuels et quels sont les principaux obstacles à la résolution de ces défis ?
- 4) Tous les besoins pertinents de la population d'expression anglaise sont-ils satisfaits ?

Les messages clés de ces entretiens sont présentés ci-dessous :

- La population de langue anglaise du Québec fait face à plusieurs défis, dont l'isolement social, le manque de liens avec la communauté, les barrières linguistiques qui affectent tous les aspects de la vie quotidienne, les obstacles à l'intégration à la société québécoise, l'accès au marché du travail et aux services sociaux et de santé et, enfin, le stress dû au statut d'immigrant. La pandémie de la COVID-19 détériore le bien-être général et la santé mentale des populations minoritaires à travers le monde (Killerby et al., 2020 ; Stokes et al., 2020), ce qui implique qu'un fardeau supplémentaire a été incorporé dans la vie quotidienne de notre population cible, lié à l'incertitude de l'emploi et à un isolement social accru.
- Les Services communautaires de langue anglaise Jeffery Hale emploient cinq intervenants professionnels et quatre autres professionnels spécialisés dans la jeunesse. Il est important de noter que les organismes communautaires jouent un rôle central dans la résolution des problèmes liés à la santé mentale et à la prévention du suicide. Plusieurs activités sont organisées et de nouveaux projets sont actuellement à l'état naissant.

- Malheureusement, malgré les efforts en cours, les besoins actuels de notre population cible ne sont pas satisfaits, et ce, en raison des barrières linguistiques et du fait que les services ne sont pas accessibles ou adaptés tant culturellement que linguistiquement. Il est intéressant de noter qu'un domaine présentant des problèmes majeurs est la psychologie des jeunes, où il n'y a pas de professionnels bilingues pour couvrir les postes pertinents. Il existe une grande disparité entre la population générale et la population francophone puisque le pourcentage budgétaire lié à la santé et aux services sociaux est basé sur le pourcentage de la population de langue anglaise de la ville de Québec.
- La plupart des organismes communautaires (telle que Voice of English-speaking Quebec - VEQ), qui constituent une excellente ressource pour les immigrants, les réfugiés et les nouveaux arrivants, fonctionnent comme des organismes sans but lucratif, avec des ressources limitées et sans personnel qualifié pour traiter les problèmes de santé mentale. Actuellement, il y a deux coordonnateurs pour la population de langue anglaise plus âgée et un coordonnateur pour les nouveaux arrivants qui travaillent avec VEQ et ceux-ci sont souvent confrontés à des situations difficiles.
- Il convient de mentionner qu'un énorme avantage pour la région de la Capitale-Nationale est que le Jeffery Hale – Saint Brigid's a réussi à maintenir son entité juridique et à fonctionner comme un établissement bilingue après la fusion avec le CIUSSS de la Capitale-Nationale. De plus, au cours des dernières années, un changement de perception de la population en général a mené à une certaine ouverture à la nécessité d'offrir des services de santé et des services sociaux en anglais et à une sensibilité accrue aux problèmes et aux obstacles auxquels la population de langue anglaise du Québec est confrontée.

c. Initiatives dans la région de la Capitale-Nationale menées par des organisations communautaires

Les organismes communautaires jouent un rôle actif et important dans l'intégration des immigrants, des réfugiés et des nouveaux arrivants d'expression anglaise dans la société québécoise. Deux des organismes communautaires les plus actifs qui travaillent en étroite collaboration avec l'Hôpital Jeffery Hale — Saint Brigid's et les SCLA sont Voice of English-speaking Quebec (VEQ) et Partenaires communautaires Jeffery Hale (JH Partners). Les directeurs généraux et les employés clés de ces deux organismes ont été interrogés et ont fait part d'initiatives pertinentes, de leur expérience d'interaction avec la population de langue anglaise du Québec et des défis auxquels leurs employés sont confrontés en matière de santé mentale.

i. Voice of English-speaking Quebec (VEQ)

[Voice of English-speaking Quebec \(VEQ\)](#) est une organisation active, sans but lucratif, qui soutient la population de langue anglaise du Québec depuis 40 ans par le biais d'activités et d'ateliers. Même si les projets actuels de VEQ ne sont pas directement liés à la santé mentale, l'objectif est de créer un environnement accueillant pour les nouveaux arrivants et de les aider à accéder au marché du travail, ainsi que de lutter contre la solitude et l'isolement des personnes âgées.

VEQ est soutenu par deux coordonnateurs pour les activités liées aux personnes âgées et un coordonnateur qui s'engage auprès des nouveaux arrivants. L'organisme organise des séances d'information sur le système éducatif, le système de santé et la fiscalité au Québec, ainsi que des sorties en personne pour découvrir les traditions du Québec, par exemple la cabane à sucre, afin d'aider les nouveaux arrivants à se familiariser avec la société québécoise.

Au fil des ans, l'organisme VEQ a établi des collaborations avec les JH Partners, avec qui il organise des activités complémentaires, des commissions scolaires anglophones et de l'accompagnement professionnel avec [YES Montreal](#). Comme nous l'avons vu plus haut, l'employabilité et l'accès au marché du travail du Québec sont un défi pour les nouveaux arrivants, ce qui entraîne un stress important. C'est pourquoi VEQ tente de sensibiliser les entreprises québécoises pour qu'elles soient ouvertes à l'embauche d'immigrants et qu'elles fournissent tous les outils nécessaires à leur intégration dans l'entreprise et dans la société québécoise.

Pour la population âgée, une chorale par vidéoconférence est actuellement organisée, de même que des sorties et des excursions visant à rassembler la population de langue anglaise âgée et à combattre l'isolement social. Il est intéressant de noter que la population de langue anglaise âgée du Québec n'est pas homogène et qu'il existe deux pôles principaux : un dans le périmètre nord (Shannon, Saint-Gabriel-de-Valcartier) où les aînés sont plus actifs et la communauté est mieux établie, et un autre plus proche du centre-ville (Sainte-Foy), où les aînés n'ont pas de réseau aussi [bien](#) établi, et où ils n'ont pas de famille et d'amis à proximité.

Sur la base de ce qui précède, l'organisme VEQ est très bien placé pour identifier un déclin potentiel du bien-être physique et mental des nouveaux arrivants et des aînés. Cependant, son personnel n'a pas reçu de formation officielle pour reconnaître une situation critique et indiquer une direction appropriée aux clients souhaitant obtenir un suivi professionnel et adéquat.

ii. Partenaires communautaires Jeffery Hale

Les Partenaires communautaires Jeffery Hale (JH Partners) ont été légalement constitués en 1991 sous le nom de Holland Resources Development Corporation (HRDC). C'est quelques années plus tard, en 2008, que HRDC a changé de nom pour devenir JH Partners, ce qui a permis de solidifier les liens étroits avec le Jeffery Hale — Saint Brigid's. Depuis, l'organisme a créé plusieurs programmes liés au bien-être général de la communauté de langue anglaise de la ville de Québec. Ses initiatives et activités peuvent être consultées sur le site Web du [Wellness Centre](#). Celles-ci visent à répondre aux besoins de tous les groupes d'âge, qu'il s'agisse de bien-être général, de ressources et de solutions axées sur la famille, de programmes visant à mobiliser la communauté des aînés ou d'adultes ayant des besoins particuliers.

Tout comme VEQ, la majorité de ses activités visent à favoriser une communauté cohésive au sein de la population de langue anglaise de la ville de Québec. Il est important de noter que certains programmes des JH Partners se concentrent spécifiquement sur la santé mentale, par exemple le cycle des aidants naturels qui inclut l'art-thérapie virtuelle et le bien-être général, ou encore le programme Family Matters qui vise à fournir un soutien aux pères de langue anglaise. Enfin, un nouveau programme ciblant la santé mentale a été mis en place récemment. Pour mieux comprendre l'objectif de cette initiative, une discussion avec Annabelle Cloutier, directrice des programmes de bien-être, a été menée. JH Partners a reçu un financement du [Réseau communautaire de santé et de services sociaux \(Community Health and Social Services Network-CHSSN\)](#) destiné à traiter les problèmes de santé mentale auxquels sont confrontées les personnes âgées de quinze à vingt-neuf ans. En raison de la grande diversité des groupes d'âge soulignée par la directrice, deux groupes prévoient être créés, soit les 15-21 ans et les 21-29 ans, afin de mieux répondre aux besoins actuels de la population. Cela permettra d'établir une stratégie de communication plus appropriée pour atteindre les deux groupes et de créer des groupes de discussion avec les participants. Pour la création des groupes de discussion, le coordonnateur du programme de santé mentale utilisera les données récentes du CHSSN.

Les JH Partners soutiennent également les initiatives scolaires qui visent le bien-être général des élèves. Plus précisément, ils aident les responsables scolaires de l'école Dollard-des-Ormeaux et de l'école secondaire St Patrick qui organisent des groupes de soutien par les pairs évoluant autour des discussions sur l'identité sexuelle et des questions que peuvent se poser leurs élèves. Les JH Partners collaborent également avec le travailleur social du CEGEP Champlain St Lawrence et ils soutiennent des initiatives visant la santé physique et mentale des étudiants, par exemple la Journée de l'image corporelle saine, qui vise à accroître la sensibilisation et la sensibilité aux questions pertinentes.

Modèles et initiatives adoptés dans d'autres régions par le CISSS/CIUSSS

a. CISSS de la Côte-Nord

Pour explorer les initiatives liées à la santé mentale et à la prévention du suicide dans d'autres régions du Québec, nous avons approché le CISSS de la Côte-Nord. Comme l'ont expliqué nos collègues pour la population générale, dans leur organisation de santé publique, ils ont des ARH (Agents de relations humaines) dont le rôle est de promouvoir la santé mentale positive et ils ont pour clientèles cibles les enfants et les adolescents (80 %) et la population adulte (20 %). Ces professionnels ont également un mandat supplémentaire : former des formateurs sur l'importance de l'autosoin, de la bienveillance et de la promotion de la santé mentale positive. Les formateurs procèdent ensuite à des présentations sur ces sujets auprès des populations cibles. Les employés actuels sont soit bilingues, soit à l'aise pour s'exprimer en anglais. Néanmoins, des services d'interprétation sont disponibles, ce qui permet d'offrir des services liés à la prévention dans les deux langues officielles.

De plus, lors de la semaine de prévention du suicide en février, le CISSS de la Côte-Nord a offert des outils promotionnels pertinents en français et en anglais. De même, des outils pertinents seront fournis dans les deux langues officielles pour la campagne de la Semaine nationale de la santé mentale en mai 2022.

Il est également important de mentionner un projet intitulé "Les éclaireurs". Ce projet consiste à développer une vigilance collective de bienveillance dans la population visant à orienter les personnes vers les bonnes ressources. Ce projet est développé par lieu ; ainsi, il existe un comité en Basse-Côte-Nord, ce qui nous permet de répondre aux besoins de la population de langue anglaise.

Enfin, pour les services spécialisés, les employés qui éprouvent des difficultés en anglais peuvent demander les services d'un interprète. Spécialement pour cette année, une entente avec un psychologue qui offre des services par téléconsultation a été mise en place.

b. CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal/Institut universitaire en santé mentale Douglas

L'Institut universitaire en santé mentale Douglas est responsable du développement de toutes les activités et initiatives liées à la santé mentale et à la prévention du suicide pour le CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal. Presque tout le matériel promotionnel est disponible dans les deux langues officielles puisque le pourcentage de la population qui parle anglais à Montréal est plus élevé qu'à Québec. L'une des plus grandes initiatives est

un cours de formation sur la prévention du suicide qui est offert par des employés formés et destiné à tous les employés du CIUSSS (la formation est offerte aux autres CIUSSS sur demande) qui sont intéressés à en apprendre davantage sur la prévention du suicide. La formation est offerte en trois formats différents selon les besoins de l'employé :

1. Dépistage du risque suicidaire (formation d'une demi-journée)
2. Évaluer la personne à risque suicidaire (formation d'une journée)
3. Évaluer et intervenir auprès de la personne à risque suicidaire (formation de 2 jours)

Cette formation permet à tous les employés du système de santé d'avoir des connaissances de base sur la prévention du suicide et, puisque les formateurs sont des employés du CIUSSS (qui ont été formés pour donner la formation), elle est également durable. Ces employés sont payés à leur taux horaire régulier lorsqu'ils donnent la formation et leur responsable doit accepter de les libérer une ou deux fois par mois pour donner la formation.

Revue de la littérature sur les défis pertinents dans d'autres pays

Les barrières linguistiques et les différences culturelles peuvent constituer des obstacles lorsque les populations linguistiques minoritaires tentent d'accéder aux services de santé mentale. La communication affecte la rétention du traitement de santé mentale pour les patients minoritaires et peut être divisée en contenu culturel et en contexte interpersonnel (Aggarwal et al., 2016). Le contenu culturel revêt une importance particulière pour les minorités qui commencent et poursuivent un traitement, tandis que le contexte interpersonnel est important pour les minorités qui participent au traitement. Les disparités en matière de santé mentale parmi les minorités raciales et ethniques sont bien documentées. Par conséquent, les initiatives visant à améliorer les deux contextes pour les professionnels de la santé auront un impact positif dans l'accès aux services de santé mentale pour les populations minoritaires.

Pour cette partie du rapport, une analyse documentaire a été menée dans les pays ayant plus d'une langue officielle et dans les pays qui acceptent les réfugiés et les demandeurs d'asile.

En Suisse, l'un des principaux défis est le manque de services d'interprétation qui, selon un article récent interrogeant des professionnels de la santé mentale, entrave l'accès à la santé mentale et constitue un obstacle supplémentaire pour les professionnels formés à traiter les réfugiés et les demandeurs d'asile (Kiselev et al., 2020). Tel qu'il est indiqué dans l'article, même si les psychothérapeutes et les psychiatres sont fortement tributaires d'interprètes qualifiés, la couverture financière n'est pas réglementée, ce qui pourrait expliquer le faible nombre de patients issus du milieu des réfugiés traités par les participants à l'étude. Une recommandation des auteurs de l'article de recherche pour améliorer l'accès des réfugiés et des demandeurs d'asile aux soins de santé mentale en Suisse est d'introduire une couverture obligatoire par l'assurance maladie de la psychothérapie par des psychothérapeutes indépendants.

Les barrières linguistiques et le manque d'interprètes sont assez souvent les raisons derrière l'accès limité aux services de santé mentale pour les populations minoritaires linguistiques (immigrants, réfugiés, etc.), non seulement en Europe, mais aussi aux États-Unis (Drolet et al., 2014). Il est intéressant de noter que les obstacles à l'accès aux services sociaux et de santé aux États-Unis existent à la fois au niveau clinique et organisationnel (Betancourt et al., 2016). Comme mentionné par les auteurs, au niveau clinique, les barrières sont liées à l'interaction entre les professionnels de la santé et les patients ou leurs familles, tandis que les barrières organisationnelles reflètent le manque de représentation de divers groupes dans les facultés de médecine et les professions de la santé. Il en résulte des services sanitaires et sociaux généralisés qui ne sont pas adaptés aux besoins des populations minoritaires.

Outre les barrières linguistiques et le manque de représentation globale des groupes minoritaires, d'autres facteurs qui contribuent à la persistance des inégalités en matière de santé mentale entre les populations sont des facteurs logistiques, par exemple le manque de temps, de transport et la disponibilité limitée des soins (Ramos & Chavira, 2022). En outre, la situation financière et la résidence principale jouent également un rôle dans l'accès aux services de santé mentale, puisque les personnes issues de familles à faible revenu ou celles qui vivent dans des zones rurales déclarent systématiquement avoir un accès plus faible aux services de santé mentale (Carroll et al., 2022 ; Cummings et al., 2017).

Outre les obstacles évoqués ci-dessus, un autre défi consiste à recruter des professionnels bilingues ou biculturels pour fournir des services adaptés aux différentes cultures. Il s'agit d'un problème majeur aux États-Unis, où la demande d'embauche d'employés capables de fournir des services en espagnol ne cesse de croître (Castaño et al., 2007). Cette problématique est très similaire à la problématique actuelle liée à l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide en langue anglaise dans la ville de Québec.

Modèles et initiatives adoptés dans d'autres pays et organisations

La majorité des études examinées dans le cadre de ce rapport traitent des problèmes rencontrés dans différents pays en matière d'accès aux services de santé mentale par les populations minoritaires et proposent des suggestions sur la manière de surmonter ces difficultés. Très peu d'entre elles énumèrent les modèles adoptés par le gouvernement ou les politiques officielles qui traitent des obstacles à l'accès à ces services. Afin d'identifier les programmes ou initiatives mis en place par d'autres pays ou organisations, nous avons opté pour une recherche sur Internet en utilisant comme mots clés : populations minoritaires linguistiques / linguistic minority populations, santé mentale / mental health, Europe.

L'Organisation mondiale de la santé (OMS, World Health Organization-WHO en anglais), en collaboration avec la Commission européenne, a produit en 2008 un vaste rapport qui donne un aperçu des politiques et des pratiques en matière de santé mentale dans 42 États membres de la région européenne de l'OMS (WHO, 2008). Aux fins du présent rapport, nous nous concentrons sur les stratégies adoptées par les établissements de santé mentale pour garantir l'accès des populations linguistiques minoritaires. D'après le rapport, de nombreux pays n'ont pas mis en place de stratégie facilitant l'accès des populations linguistiques minoritaires aux services de santé mentale (Figure 9). Cependant, le Royaume-Uni, la Norvège et la Slovénie disposent de stratégies dans tous ou presque tous les établissements de santé mentale garantissant que les usagers puissent accéder aux services pertinents dans leur langue préférée.

Établissements de santé mentale avec des stratégies spécifiques pour les minorités linguistiques	UE		UE 15		Nouveaux pays de l'UE depuis 2004		Israël, Norvège et Suisse		Europe du Sud-Est		CEI		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
	Possède une stratégie													
Oui	16	59	14	93	2	17	3	100	3	43	2	40	24	57
Non	10	37	1	7	9	75	0	0	4	57	3	60	17	40
Information non disponible	1	4	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	1	2
Proportion utilisant une stratégie														
Tous ou presque tous (81-100%)	2	7	1	7	1	8	1	33	0	0	0	0	3	7
Majorité (51-80%)	2	7	2	13	0	0	0	0	1	14	1	20	4	10
Certains (21-50%)	4	15	4	27	0	0	1	33	0	0	0	0	5	12
Quelques-uns (1-20%)	8	30	7	47	1	8	1	33	2	29	1	20	12	29
Aucun	10	37	1	7	9	75	0	0	4	57	3	60	17	41
Information non disponible	1	4	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	1	2

Figure 9 : Établissements de santé mentale utilisant une stratégie spécifique pour garantir l'accès des minorités linguistiques. UE : l'Union européenne, CEI : Communauté des Etats indépendants. Adapté de l'OMS, 2008.

Dans les pays où les services de santé mentale sont disponibles dans plus d'une langue, les professionnels de santé peuvent proposer des services dans plusieurs langues. Par exemple, en Azerbaïdjan, il existe des services de santé mentale en deux langues (azerbaïdjanais et russe) et, comme les populations minoritaires parlent au moins l'une des deux langues, chacun a accès aux services de santé mentale dans la langue de son choix.

D'autres pays qui connaissent un afflux important de populations diverses d'immigrants ont mis en place des cliniques externes interculturelles (Autriche), le recours à des services d'interprétation qui est un droit légal (Danemark) ou qui peut être fournis par des associations (France) ou encore par des bénévoles (Allemagne), des services spécialisés dans la psychiatrie ethnique et la médiation culturelle (France), ainsi que la prise en charge de différents groupes minoritaires (Pays-Bas). Il est intéressant de noter que l'Irlande, qui a recours à des services d'interprétation, s'attaque également aux problèmes de représentation rencontrés aux États-Unis comme nous l'avons vu plus haut. Sachant que 10 % des résidents ne sont pas de nationalité irlandaise et que la plupart d'entre eux sont jeunes et célibataires, 62 % des médecins hospitaliers non consultants du système irlandais de santé mentale sont des ressortissants étrangers et de nombreux infirmiers psychiatriques ont été recrutés en dehors de l'Union européenne. Cette initiative garantit une bonne communication et une bonne compréhension entre les

patients et les professionnels de la santé, ce qui est au cœur des services de santé mentale.

Dans l'ensemble, un défi auquel sont confrontés de nombreux pays est le manque de données disponibles sur l'utilisation des services de santé mentale par les populations de minorités linguistiques par rapport à la population générale (Figure 10) (WHO, 2008). Ce problème entrave l'organisation future des programmes et l'allocation de ressources appropriées.

Établissements de santé mentale avec des stratégies spécifiques pour les minorités linguistiques	UE		UE 15		Nouveaux pays de l'UE depuis 2004		Israël, Norvège et Suisse		Europe du Sud-Est		CEI		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Services ambulatoires														
Également représentés	4	15	1	7	3	25	0	0	5	71	2	40	11	26
Fortement sous-représentés	10	37	10	67	0	0	0	0	0	0	1	20	11	26
Largement surreprésentés	1	4	0	0	1	8	0	0	0	0	0	0	1	2
Information non disponible	12	44	4	27	8	67	3	100	2	29	2	40	19	45
Hôpitaux psychiatriques														
Également représentés	8	30	5	33	3	25	0	0	4	57	3	60	15	36
Fortement sous-représentés	2	7	2	13	0	0	1	33	0	0	0	0	3	7
Largement surreprésentés	2	7	1	7	1	8	0	0	0	0	0	0	2	5
Information non disponible	15	56	7	47	8	67	2	67	3	43	2	40	22	52

Figure 10 : Utilisation des services de santé mentale par les groupes ethniques et minoritaires par rapport à leurs parents. v UE : l'Union européenne, CEI : Communauté des Etats indépendants. Adapté de l'OMS, 2008.

Le site Web de l'OMS est une excellente source d'inspiration et de connaissances sur les programmes et initiatives liés à la santé mentale. Consciente de l'importance de la santé mentale et de son impact sur le bien-être général d'un individu, l'OMS a lancé de nombreux programmes et initiatives visant à promouvoir la santé mentale et à prévenir les troubles qui y sont associés. Nombre de ces initiatives visent les adolescents. Par exemple, l'initiative [Helping Adolescents Thrive \(HAT\)](#) est un effort conjoint de l'OMS et de l'UNICEF pour renforcer les politiques et les programmes de santé mentale des adolescents. Outre la promotion de la santé mentale, cette initiative vise à prévenir l'automutilation et d'autres comportements à risque, tels que la consommation nocive d'alcool et de drogues, qui ont un impact négatif sur la santé mentale - et physique - des jeunes. Grâce à cette initiative, une approche bien établie a été développée, ciblant

plusieurs aspects de la question et créant quatre stratégies différentes (WHO et UNICEF, 2020) :

1. Mise en œuvre et application des politiques et des lois
2. Environnements pour promouvoir et protéger la santé mentale des adolescents
3. Soutien aux aidants naturels
4. Interventions psychosociales auprès des adolescents

Pour résoudre les problèmes liés à la santé mentale des adolescents, il faut une stratégie qui vise plusieurs niveaux, du renforcement des politiques au soutien des ménages et des écoles. L'OMS a mis au point une [trousse de formation](#) destinée aux éducateurs afin de mieux faire comprendre l'importance de la santé mentale dans le cadre scolaire et de guider la mise en œuvre de stratégies visant à promouvoir, protéger et rétablir la santé mentale chez leurs élèves. Cette trousse comprend des manuels de formation et du matériel pour aider à augmenter le nombre d'écoles promouvant la santé mentale.

Recommandations de meilleures pratiques à adopter au sein du CIUSSS de la Capitale-Nationale

a. Première recommandation : Soutenir les organisations communautaires

Sur la base des entrevues réalisées dans le cadre de ce rapport et des études démontrant que les nouveaux arrivants en bas âge ont identifié la famille, les amis, la communauté ethnique et les institutions religieuses comme leurs premières et souvent seules sources de soutien émotionnel et autre (Shakya et al., 2010), nous croyons qu'il est d'une importance cruciale d'assurer un soutien continu et durable aux organismes communautaires. Le soutien de moyens moins formels liés à l'accès aux services de santé mentale et de prévention du suicide assurera l'établissement d'une relation de confiance entre la population de langue anglaise et les organismes communautaires qui sont bien souvent les premiers intervenants en cas de problème de santé mentale. Cette recommandation est également en accord avec les résultats de Géodata présentés dans ce projet qui ont montré une augmentation de l'utilisation des actes de services de santé mentale. Le soutien que nous recommandons concerne deux niveaux : le soutien financier et le soutien sur le terrain.

Le financement gouvernemental est important pour assurer le soutien des initiatives actuelles et futures liées à la santé mentale et au bien-être général. Depuis des décennies, les organismes communautaires ont mené une variété d'initiatives pertinentes pour améliorer la santé mentale (par exemple, des programmes de soutien dans les écoles et des activités sociales pour les personnes âgées) qui non seulement réduisent l'impact de l'isolement social, de la solitude, de l'intégration limitée à la société québécoise et d'autres défis auxquels est confrontée la population linguistique minoritaire, mais agissent également comme un catalyseur pour créer une cohérence dans la communauté. Ce dernier point est d'une grande importance pour la population de langue anglaise diversifiée du Québec, car il ouvre des portes aux membres de la communauté pour favoriser des relations durables ainsi que le respect et la compréhension mutuels.

De nombreux employés d'organismes communautaires sont régulièrement confrontés à des difficultés avec les nouveaux arrivants et les immigrants et n'ont souvent pas la formation minimale nécessaire pour y répondre adéquatement. Une formation officielle à l'intention de tous les employés et bénévoles des organismes communautaires fera en sorte que, lorsqu'ils seront confrontés à une situation précaire, ils seront en mesure de détecter le problème, de réagir adéquatement et d'avoir tous les outils essentiels pour rediriger la personne vers la ressource appropriée où elle pourra recevoir des soins spécialisés. L'adoption d'un modèle similaire à celui développé à l'Institut en santé mentale Douglas peut faire en sorte que les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale soient formés pour offrir différentes formes de formation en santé mentale selon les

besoins du public. Le fait d’avoir des professionnels internes qui dispensent régulièrement la formation permettrait d’assurer la continuité et la durabilité de cette entreprise.

b. Deuxième recommandation : Soutenir les professionnels de la santé

- i. Offrir et promouvoir des cours de langue non seulement pour les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale, mais aussi pour les employés des centres de soutien concernés.

Réflexion sur les cours d’anglais de Dialogue McGill

Dialogue McGill a reçu un financement de Santé Canada pour mettre en place des cours de langue et soutenir la recherche sur les populations linguistiques minoritaires et l’accès aux services sociaux et de santé. Au départ, seuls des cours d’anglais étaient offerts, mais plus récemment, Dialogue McGill a ajouté des cours de français pour les employés qui souhaitent améliorer leur maîtrise de cette langue. Les cours d’anglais sont divisés en trois volets selon les besoins des employés : le volet accueil pour les employés qui travaillent dans l’administration et la réception, le volet psychosocial pour les orthophonistes, les travailleurs sociaux, les psychologues, etc., et, enfin, le volet santé pour les médecins, les infirmières, etc.

Dans le contexte du présent rapport, et compte tenu des difficultés à trouver des professionnels bilingues pour répondre aux besoins de notre population cible, nous avons décidé de contacter les employés qui ont participé aux cours d’anglais de Dialogue McGill (volet psychosocial) pour évaluer leurs progrès et l’impact du cours dans leur vie professionnelle quotidienne.

Nous avons contacté onze employés et cinq d’entre eux ont accepté d’avoir une courte discussion à propos du cours. Dans l’ensemble, la plupart des employés ont déclaré qu’ils étaient plus à l’aise pour accompagner un client anglophone et qu’ils avaient appris beaucoup de nouvelles terminologies en anglais. Malheureusement, ils n’ont pas tous l’occasion de mettre en pratique leurs nouvelles compétences linguistiques, car ils n’ont pas très souvent des clients anglophones. Certains employés ont estimé que le programme offrait beaucoup

Témoignage

Dans l’ensemble, je suis capable de tenir une conversation plus fluide pendant une longue période. Compte tenu que le cours porte sur le domaine psychosocial, j’ai acquis plusieurs termes dans ce domaine. Oui, je me sentrais plus à l’aise d’accompagner une famille anglophone.

C.C., Technicienne en éducation spécialisée, Centre d’expertise pour le bien-être et le développement des enfants, Direction jeunesse

d'occasions de pratiquer la communication orale dans les salles de réunion individuelles, mais certains ont mentionné qu'ils apprécieraient avoir plus de temps pour la communication verbale.

Les cours de langue Dialogue McGill ont été une grande ressource pour les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale et un moyen irremplaçable d'apprendre ou d'améliorer leurs compétences en anglais. Cependant, la majorité des professionnels qui y participent choisissent le volet santé et très peu d'employés qui occupent des postes d'accueil ou des postes liés au volet psychosocial y participent. Souvent, les usagers qui tentent d'accéder aux services de santé mentale doivent passer par une personne qui travaille à l'accueil et il est probable que des barrières linguistiques surgissent. Les cours de langue de Dialogue McGill devraient être davantage promus auprès du personnel qui travaille à l'accueil, compte tenu de l'importance de pouvoir bien comprendre la problématique de l'utilisateur afin que sa demande soit acheminée vers les ressources appropriées.

De plus, des centres de soutien comme le [Centre de prévention du suicide du Québec](#) offrent des services dans les deux langues officielles, mais les services en anglais ne sont pas toujours disponibles 24 heures sur 24, 7 jours sur 7. En offrant des cours de langue gratuits aux intervenants de ces centres, on s'assurerait que les services en anglais soient disponibles l'après-midi et la fin de semaine.

ii. **Responsabiliser et sensibiliser le personnel du CIUSS de la Capitale-Nationale.**

Responsabiliser les professionnels de la santé et, de façon générale, l'ensemble du personnel du CIUSSS de la Capitale-Nationale signifie que la direction fournit tous les outils nécessaires aux employés pour qu'ils atteignent leur plus haut potentiel et leur permettent de performer à leur poste. Sensibiliser tous les employés à la santé mentale et à la prévention du suicide permettra à chacun non seulement d'être en mesure de reconnaître les situations problématiques et de diriger les personnes en situation de crise vers les ressources appropriées, mais aussi d'accroître la compréhension et de réduire la stigmatisation entourant la santé mentale.

Une fois qu'une formation liée à la santé mentale et à la prévention du suicide aura été établie, telle que décrite ci-dessus (voir section CIUSSS de l'Ouest-de-l'Île-de-Montréal/Institut universitaire en santé mentale Douglas), tous les employés y auront accès et pourront décider du type de formation le plus approprié en fonction de leur poste. Une ressource supplémentaire qui serait un atout pour la santé mentale serait de créer des vidéos et d'initier des webinaires sur l'importance de recevoir des services dans la langue de choix ainsi que sur le partage d'approches adoptées dans d'autres pays possédant plus d'une langue officielle. Cela permettrait aux employés de réfléchir à des alternatives et de suggérer des recommandations basées sur leur expérience professionnelle. Une telle initiative créerait un dialogue ouvert entre les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale et la direction de l'organisme qui pourrait mener du

remue-méninges à l'adoption d'une solution qui convient à la fois aux employés et aux utilisateurs des services.

Le fait d'inclure les employés du secteur de la santé dans ce dialogue et de mieux comprendre les défis qu'ils rencontrent sur le terrain pourrait également avoir un résultat positif en ce qui concerne l'épuisement professionnel et les congés médicaux ou personnels qui interrompent les services offerts.

iii. **Allouer plus de ressources liées à la psychologie des jeunes.**

Une question qui a été régulièrement abordée au cours des entretiens est le manque de professionnels spécialisés dans la psychologie des jeunes qui sont également bilingues. Identifier les psychologues qui travaillent dans le secteur public et proposer des cours d'anglais gratuits en plus d'offrir une rémunération accrue pourraient améliorer la situation actuelle.

Un soutien financier aux employés actuels, la garantie d'un environnement de travail durable et agréable, ainsi que l'offre d'une formation supplémentaire en anglais et en psychologie des jeunes pourraient améliorer la situation actuelle. Cette entreprise est un processus à long terme qui permettra non seulement de relever les défis auxquels est confrontée la population de la minorité linguistique, mais qui sera également bénéfique pour la population générale à la recherche de services en santé mentale.

Outre les méthodes traditionnelles d'intervention en personne, le secteur public pourrait également envisager des solutions numériques qui pourraient être plus attrayantes pour la jeune population. Ces solutions numériques comprennent des applications, des thérapies en ligne et d'autres outils numériques et peuvent s'avérer efficaces, très évolutives et appropriées pour les interventions liées à l'anxiété et à la dépression. Des travaux initiaux ont été menés auprès de jeunes néo-zélandais d'origine Māori et Pacifique, qui présentent des taux élevés de dépression, d'anxiété et d'automutilation, mais qui font preuve d'un faible taux de recherche d'aide auprès des professionnels de la santé mentale (Fleming et al., 2019). Comme l'étude l'a décrit, ces interventions ne sont pas appropriées pour tous les individus, mais cela pourrait être une ressource supplémentaire pour ceux qui recherchent des services pertinents.

c. **Promouvoir les services de la Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale.**

Pour les usagers anglophones et ceux qui ne parlent pas l'une des deux langues officielles, le fait de recevoir des services de santé et des services sociaux dans une langue avec laquelle ils sont à l'aise a un impact considérable sur la qualité des services offerts. Pour cette raison, dans la région de la Capitale-Nationale, il existe une entité reconnue qui fournit des services d'interprétation aux usagers. Cette entité a été créée en 2016 et s'appelle la [Banque d'interprètes de la Capitale-Nationale \(BICN\)](#).

Les objectifs de la banque d'interprètes sont :

1. S'assurer que les usagers qui ne parlent pas le français ont accès à des services de santé et des services sociaux adaptés à leurs besoins linguistiques et culturels et dispensés de manière respectueuse et sécuritaire dans un délai raisonnable.
2. Faciliter la communication entre les professionnels de la santé et les usagers et donc améliorer la qualité des services sociaux et de santé.
3. Fournir une interprétation précise et confidentielle tout en respectant les valeurs et les droits de toutes les personnes concernées.

Les employés du CIUSSS de la Capitale-Nationale doivent être informés des services de cette banque et savoir comment utiliser ces services lorsqu'un usager qui n'est pas à l'aise en français ou en anglais demande des services. Un financement durable de la banque garantirait la continuité des services et une campagne bien planifiée permettrait de s'assurer que tous les employés sachent comment s'adresser et demander un interprète.

La banque offre des services d'interprétation pour plus de 70 langues, ce qui permet à l'utilisateur et au professionnel de santé de se comprendre tout en exprimant leurs pensées dans leur langue maternelle ou dans une langue dans laquelle ils sont à l'aise. Comme nous l'avons vu, cela conduit à un diagnostic plus précis et à la création d'une relation de confiance entre les deux parties. De plus, étant donné que des recherches antérieures ont montré que la qualité de la relation patient-fournisseur est associée à l'adhésion au traitement (Kaplan et al., 1989 ; Roter & Hall, 2006 ; Von Korff et al., 1997), cela pourrait conduire à des taux plus élevés d'adhésion à un plan de traitement établi.

En outre, les interprètes pourraient également avoir accès à la formation sur la santé mentale et la prévention du suicide afin de s'assurer qu'ils sont à l'aise de participer à des séances de consultation sur la santé mentale et qu'ils font preuve de la compréhension et de l'empathie requises pour bien servir l'utilisateur.

Remarques finales et limites de l'étude

Il est indéniable que la santé mentale est un élément très important du bien-être général d'un individu. La possibilité de recevoir des services pertinents dans la langue de son choix est cruciale non seulement pour établir une relation de confiance entre l'utilisateur et le professionnel de la santé, mais aussi pour garantir le résultat positif d'une intervention.

La communauté de langue anglaise du Québec est un membre actif et dynamique de l'ensemble de la société. En tant que population linguistique minoritaire, elle est composée d'un groupe diversifié et multiculturel de personnes qui sont nées ici ou qui ont immigré au Québec et qui font face à des défis supplémentaires lorsqu'elles accèdent aux services de santé mentale et de prévention du suicide. Outre les considérations éthiques liées à la prestation de services de santé adéquats à l'ensemble de la population, nous devons tenir compte du fardeau sociétal que représente le fait de ne pas recevoir les services pertinents et du coût financier de la perte de productivité, de l'absence du travail et de l'automutilation. La résolution des problèmes de santé mentale contribue de manière significative à la santé et au bien-être des individus et de la société, garantissant ainsi la croissance économique et la stabilité futures de la société.

Comblent les lacunes des services de santé mentale et de prévention du suicide pour la population de langue anglaise est une bataille de longue haleine qui nécessite une stratégie bien élaborée et planifiée, ainsi qu'un investissement en ressources humaines et financières. Dans une perspective à long terme, l'inclusion d'une formation dans les deux langues officielles et du développement de compétences essentielles au travail en contexte multiculturel dans la formation des professionnels de la santé pourrait aider à combler ce fossé à l'avenir et permettre l'accès à des traitements adaptés à la culture.

Limite de l'étude

Cette étude, même si elle a tenté de couvrir tous les aspects pertinents et de compléter les données publiques de l'INSPQ relatives à la santé mentale par des données plus récentes du projet Géodata, ne peut distinguer les besoins en santé mentale des immigrants et réfugiés racisés de ceux des populations racisées nées au Canada. Ce champ de recherche reste à développer afin que les décideurs et les responsables des politiques aient une meilleure compréhension des différences entre les groupes minoritaires et puissent mieux allouer les ressources pour couvrir ces besoins.

Malheureusement, nous n'avons pas pu trouver en ligne de données relatives aux initiatives de prévention du suicide ou de statistiques pertinentes pour la population de la minorité linguistique du Québec ou pour la ville de Québec. Il existe un rapport de l'INSPQ sur la population globale de la province de Québec qui rassemble des données de 1981 à 2019 (Levesque, P., Rassy, J., Genest, C, 2022), mais l'élément linguistique est absent. Les recherches futures devraient combler cette lacune en examinant quels sont

les besoins des minorités linguistiques et si ce groupe cible présente des taux de suicide différents de ceux de la population générale.

Références

- Aggarwal, N. K., Pieh, M. C., Dixon, L., Guarnaccia, P., Alegria, M., & Lewis-Fernandez, R. (2016). Clinician descriptions of communication strategies to improve treatment engagement by racial/ethnic minorities in mental health services: A systematic review. *Patient Education and Counseling*, *99*(2), 198–209.
- Betancourt, J. R., Green, A. R., Carrillo, J. E., & Owusu Ananeh-Firempong, I. I. (2016). Defining cultural competence: A practical framework for addressing racial/ethnic disparities in health and health care. *Public Health Reports*.
- Boudreau, A., Dubois, L., & d'Entremont, V. (2008). Représentations, sécurité/insécurité linguistique et éducation en milieu minoritaire. *Francophonie, Minorités et Pédagogie*, 145–176.
- Castaño, M. T., Biever, J. L., González, C. G., & Anderson, K. B. (2007). Challenges of providing mental health services in Spanish. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(6), 667.
- Crossley, T. F., & Kennedy, S. (2002). The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics*, *21*(4), 643–658.
- Doherty, A. M., & Gaughran, F. (2014). The interface of physical and mental health. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *49*(5), 673–682. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0847-7>
- Drolet, M., Savard, J., Benoît, J., Arcand, I., Savard, S., Lagacé, J., Lauzon, S., & Dubouloz, C.-J. (2014). Health services for linguistic minorities in a bilingual setting: Challenges for bilingual professionals. *Qualitative Health Research*, *24*(3), 295–305.
- Fleming, T., Merry, S., Stasiak, K., Hopkins, S., Patolo, T., Ruru, S., Latu, M., Shepherd, M., Christie, G., & Goodyear-Smith, F. (2019). The importance of user segmentation for designing digital therapy for adolescent mental health: Findings from scoping processes. *JMIR Mental Health*, *6*(5), e12656.
- Galea, S., Merchant, R. M., & Lurie, N. (2020). The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. *JAMA Internal Medicine*, *180*(6), 817–818.
- Giuntella, O., Hyde, K., Saccardo, S., & Sadoff, S. (2021). Lifestyle and mental health disruptions during COVID-19. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *118*(9).
- Institut de la statistique du Québec. (2010, May). *Besoins non comblés d'aide en santé mentale—Statistiques de santé et de bien être selon le sexe—Tout le Québec—Professionnels de la santé—MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/besoins-non-combles-d-aide-en-sante-mentale/>
- Institut de la statistique du Québec. (2015). *Principales sources de stress quotidien—Statistiques de santé et de bien être selon le sexe—Tout le Québec—Professionnels de la santé—MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques->

- donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/principales-sources-de-stress-quotidien/
- Jones, C. M., & McCance-Katz, E. F. (2019). Co-occurring substance use and mental disorders among adults with opioid use disorder. *Drug and Alcohol Dependence, 197*, 78–82.
- Kapilashrami, A., & Bhui, K. (2020). Mental health and COVID-19: Is the virus racist? *The British Journal of Psychiatry, 217*(2), 405–407.
- Kaplan, S. H., Greenfield, S., & Ware Jr, J. E. (1989). Assessing the effects of physician-patient interactions on the outcomes of chronic disease. *Medical Care, S110–S127*.
- Killerby, M. E., Link-Gelles, R., Haight, S. C., Schrodt, C. A., England, L., Gomes, D. J., Shamout, M., Pettrone, K., O’Laughlin, K., Kimball, A., Blau, E. F., Burnett, E., Ladva, C. N., Szablewski, C. M., Tobin-D’Angelo, M., Oosmanally, N., Drenzek, C., Murphy, D. J., Blum, J. M., ... Wong, K. K. (2020). Characteristics Associated with Hospitalization Among Patients with COVID-19—Metropolitan Atlanta, Georgia, March–April 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report, 69*(25), 790–794. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6925e1>
- Kiselev, N., Morina, N., Schick, M., Watzke, B., Schnyder, U., & Pfaltz, M. C. (2020). Barriers to access to outpatient mental health care for refugees and asylum seekers in Switzerland: The therapist’s view. *BMC Psychiatry, 20*(1), 1–14.
- Levesque, P., Rassy, J., Genest, C. (2022). *Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022*. Le suicide au Québec : 1981 à 2019 — Mise à jour 2022. Québec, Bureau d’information et d’études en santé des populations, Institut national de santé publique du Québec. 56 pages. <https://www.inspq.qc.ca/publications/2842>
- Lim, K.— L., Jacobs, P., Ohinmaa, A., Schopflocher, D., & Dewa, C. S. (2008). A new population-based measure of the economic burden of mental illness in Canada. *Chronic Dis Can, 28*(3), 92–98.
- Lopes, B. C. da S., & Jaspal, R. (2020). Understanding the mental health burden of COVID-19 in the United Kingdom. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy, 12*(5), 465.
- Moore, S. E., Wierenga, K. L., Prince, D. M., Gillani, B., & Mintz, L. J. (2021). Disproportionate impact of the COVID-19 pandemic on perceived social support, mental health and somatic symptoms in sexual and gender minority populations. *Journal of Homosexuality, 68*(4), 577–591.
- NIH. (2021). *Chronic Illness and Mental Health: Recognizing and Treating Depression*. National Institute of Mental Health (NIMH). <https://www.nimh.nih.gov/health/publications/chronic-illness-mental-health>
- O’Donnell, A. W., Stuart, J., Jose, P. E., & Homel, J. (2021). Trajectories of Substance Use and Well-being in Early and Middle Adolescence Shaped by Social Connectedness. *Journal of Research on Adolescence*.
- Ramos, G., & Chavira, D. A. (2022). Use of technology to provide mental health care for racial and ethnic minorities: Evidence, promise, and challenges. *Cognitive and Behavioral Practice, 29*(1), 15–40.

- Roter, D., & Hall, J. A. (2006). *Improving Communication in Medical Visits*. London: Praeger.
- Seney, M. L., Huo, Z., Cahill, K., French, L., Puralewski, R., Zhang, J., Logan, R. W., Tseng, G., Lewis, D. A., & Sibille, E. (2018). Opposite Molecular Signatures of Depression in Men and Women. *Biological Psychiatry*, 84(1), 18–27. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2018.01.017>
- Shakya, Y. B., Khanlou, N., & Gonsalves, T. (2010). Determinants of mental health for newcomer youth: Policy and service implications. *Canadian Issues*, 98.
- Smetanin, P., Stiff, D., Briante, C., Adair, C., Ahmad, S., & Khan, M. (2017). The life and economic impact of major mental illnesses in Canada: 2011 to 2041 (2011). *RiskAnalytica, on Behalf of the Mental Health Commission of Canada*.
- Smith, K., Bhui, K., & Cipriani, A. (2020). COVID-19, mental health and ethnic minorities. In *Evidence-Based Mental Health* (Vol. 23, Issue 3, pp. 89–90). Royal College of Psychiatrists.
- Statistique Canada. (2013). *Dépression majeure, trouble bipolaire et trouble de l'humeur—Statistiques de santé et de bien être selon le sexe—Tout le Québec—Professionnels de la santé—MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/depression-majeure-manie-et-trouble-de-l-humeur/>
- Statistique Canada. (2016a). *Niveau élevé à l'échelle de détresse psychologique—Statistiques de santé et de bien être selon le sexe—Tout le Québec—Professionnels de la santé—MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/niveau-eleve-a-l-echelle-de-detresse-psychologique/>
- Statistique Canada. (2016b, March). *Consultation d'un spécialiste en santé mentale—Statistiques de santé et de bien être selon le sexe—Tout le Québec—Professionnels de la santé—MSSS*. <https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/statistiques-donnees-sante-bien-etre/statistiques-de-sante-et-de-bien-etre-selon-le-sexe-volet-national/consultation-d-un-specialiste-en-sante-mentale/>
- Stokes, E. K., Zambrano, L. D., Anderson, K. N., Marder, E. P., Raz, K. M., El Burai Felix, S., Tie, Y., & Fullerton, K. E. (2020). Coronavirus Disease 2019 Case Surveillance—United States, January 22–May 30, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 69(24), 759–765. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6924e2>
- Tu, M.T., Lussier, M-H., Martel, S., Blaser, C., (2018). *Health Profile of Linguistic Communities in Québec*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/en/publications/2483>
- Valérie Gamache. (2020, October). *Le nombre d'appels à l'aide a doublé à la ligne Info-Social 811 | Coronavirus | Radio-Canada.ca*. <https://ici.radio-canada.ca/nouvelle/1742392/coronavirus-sante-mentale-811-appels-aide-angoisse-anxiete-depression>
- Von Korff, M., Gruman, J., Schaefer, J., Curry, S. J., & Wagner, E. H. (1997). Collaborative management of chronic illness. In *Annals of internal medicine* (Vol. 127, Issue 12, pp. 1097–1102). American College of Physicians.

- WHO. (2008). *Policies and practices for mental health in Europe- meeting the challenges*. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0006/96450/E91732.pdf
- WHO. (2018, March 30). *Mental health: Strengthening our response*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- WHO. (2020, October 5). *COVID-19 disrupting mental health services in most countries, WHO survey*. <https://www.who.int/news/item/05-10-2020-covid-19-disrupting-mental-health-services-in-most-countries-who-survey>
- WHO, & UNICEF. (2020). *Helping Adolescents Thrive Toolkit*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240025554>
- Zajacova, A., & Dowd, J. B. (2011). Reliability of Self-rated Health in US Adults. *American Journal of Epidemiology*, 174(8), 977–983. <https://doi.org/10.1093/aje/kwr204>

ANNEXES

Annexe 1— Total service acts and users 2019-2020, SCLA and CIUSSS de la Capitale-Nationale

Total des usagers et actes de SCLA dans le RTS de la Capitale-Nationale (5 actes)				
SCLA	Année	Usagers et actes	4 actes en santé mentale	3 actes en santé mentale
Usagers	2019	672	504	276
	2020	774	529	304
Actes	2019	5485	3662	2441
	2020	8409	6009	4680
Taux	2019	8,2	7,3	8,8
	2020	10,9	11,4	15,4

Total des usagers et actes du CIUSSSCN dans le RTS de la Capitale-Nationale			
CIUSSSCN	Année	Usagers et actes	3 actes en santé mentale
Usagers	2019	39 831	23 797
	2020	37 998	16 066
Actes	2019	773 420	257 815
	2020	788 774	375 834
Taux	2019	19,4	10,8
	2020	20,8	23,4

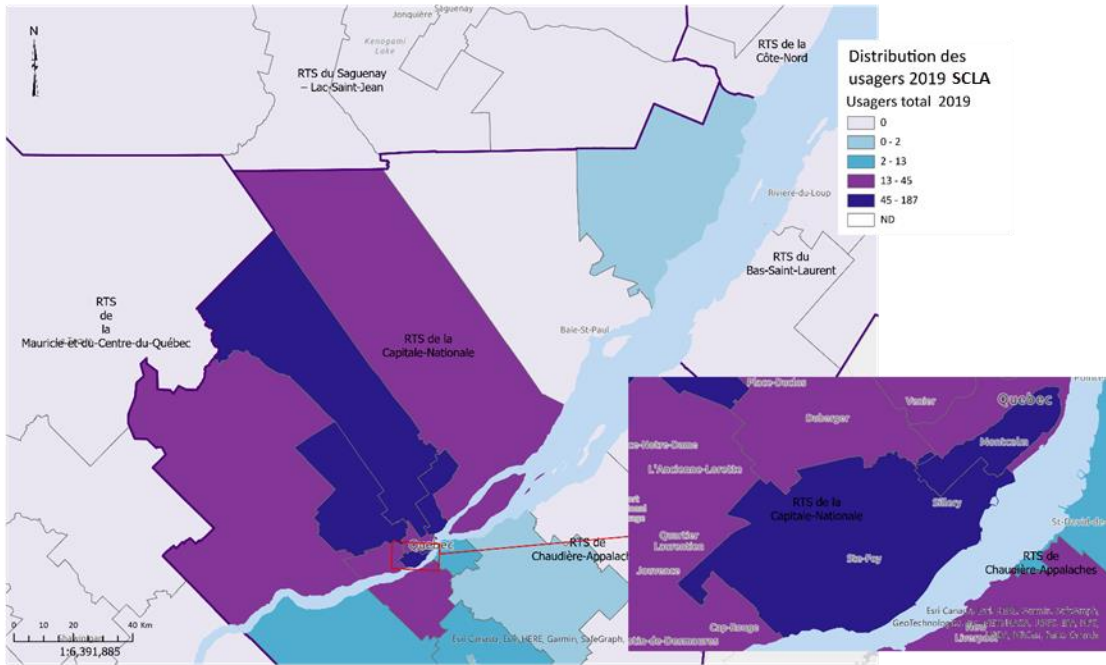
Annexe 2 — SCLA : Actes de service en santé mentale, 2019-2020

Groupe d'âge et sexe	SCLA - 2019	SCLA - 2020	Total	Changement	SCLA — 2019 % de 13 actes	SCLA — 2020 % de 13 actes	% changement 2019-2020
0-17 ans	1267	1941	3208	674	20,0 %	20,3 %	53,2 %
18-54 ans	1178	1442	2620	264	18,6 %	15,0 %	22,4 %
55 ans et plus	1987	2626	4613	639	31,3 %	27,4 %	32,2 %
Femmes	1722	2894	4616	1172	27,1 %	30,2 %	68,1 %
Hommes	1844	3213	5057	1369	29,0 %	33,5 %	74,2 %
Total 4 actes	3662	6009	9671	2347	57,7 %	62,7 %	64,1 %
Total 3 actes	2441	4680	7121	2239	38,4 %	48,9 %	91,7 %
Total 5 actes	4264	7080	11 344	2816	67,1 %	73,9 %	66,0 %
Total 13 actes	6350	9577	15 927	3227	100,0 %	100,0 %	50,8 %

Annexe 3— SCLA 4 actes de service touchant la santé mentale

Année	Actes selon le sexe	5910 Serv.psychos. jeunes,fam	5930 Serv.ambul. santé mentale	5940 Sout. communauté SIV	6560 Services psychosociaux	Total
2019	Hommes	508	338	188	906	1940
	Femmes	713	388	30	591	1722
	Total	1221	726	218	1497	3662
2020	Hommes	550	340	194	2031	3115
	Femmes	779	428	99	1588	2894
	Total	1329	768	293	3619	6009
Changement %	Hommes	8.3%	0.6%	3.2%	124.2%	60.6%
	Femmes	9.3%	10.3%	230.0%	168.7%	68.1%
	Total	8.8%	5.8%	34.4%	141.8%	64.1%

Annexe 4 — Usagers des services de SCLA en 2019 par CLSC



Annexe 5 — Usagers des services de SCLA en 2020 par CLSC

