

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

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE

Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action

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

Québec 

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

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

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

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

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives Canada
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
2^e trimestre 2010
ISBN 978-2-550-58711-8 (version imprimée)
ISBN 978-2-550-58712-5 (PDF)

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec

Toute reproduction est interdite
sans l'autorisation du gouvernement du Québec.
www.stat.gouv.qc.ca/droits_auteur.htm

Mai 2010

Avant-propos

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

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

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

Le directeur général,



Stéphane Mercier

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

Rédaction :

Alain Lesage, Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin
Francine Bernèche, Institut de la statistique du Québec
Monique Bordeleau, Institut de la statistique du Québec

Avec la collaboration de :

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

Avec l'assistance technique de :

Marie-Ève Cantin, à la réalisation graphique des figures
Nicole Descroisselles, à la révision linguistique
Maude Dumont, à la vérification des données
Andrée Roy, à la mise en page

Direction des statistiques de santé :

Ghyslaine Neill

Étude subventionnée par :

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

Pour tout renseignement concernant le contenu de cette publication :

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

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

Citation suggérée :

LESAGE, A., F. BERNÈCHE et M. BORDELEAU (2010). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 104 p.

Avertissements :

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

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

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

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

Signes conventionnels :

- Néant ou zéro
- Donnée infime
- Taille de l'échantillon trop petite, risque de divulgation

Abréviations :

- CV Coefficient de variation
- IC Intervalle de confiance

Remerciements

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

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

Pour la présente synthèse, merci à Alain Lesage (Centre de recherche Fernand-Seguin) qui, comme chercheur principal, a relevé le défi de rédiger les chapitres *Discussion* et *Conclusion* au regard de tous les thèmes étudiés.

Merci aux auteurs des publications précédentes à qui nous avons soumis la version préliminaire du texte :

- Sylvia Kairouz, Université Concordia et Centre de recherche Fernand-Seguin;
- Louise Nadeau, Université de Montréal et Recherche et intervention sur les substances psychoactives – Québec;
- Michel Vézina, Institut national de santé publique du Québec.

Merci également aux lecteurs externes :

- Denise Aubé, Institut national de santé publique du Québec;
- Nawaf Madi, Institut canadien d'information sur la santé.

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

À l'ISQ, des collègues ont collaboré de diverses façons, toutes appréciées. Entre autres, Nathalie Plante a assuré une continuité dans la démarche méthodologique, alors que Valeriu Dumitru et Brigitte Beauvais ont accompli un travail considérable de traitement et de vérification des données, et Andrée Roy, de mise en page des publications. La présente synthèse a aussi grandement bénéficié de la contribution de Monique Bordeleau à l'analyse et à la rédaction ainsi que de sa participation à l'équipe de travail.

Au terme de cette série de brochures, des remerciements particuliers vont à Jacinthe Aubin qui, comme chargée de projet, a conduit l'étude jusqu'aux trois premières publications et à Daniel Tremblay, directeur général adjoint aux statistiques et à l'analyse sociales, qui a apporté son soutien tout au long du projet.



Francine Bernèche
Chargée de projet

* Au moment de la participation au comité.

Table des matières

Sommaire	15
Introduction.....	21
État de santé mentale et de bien-être.....	23
Faits saillants	23
Comparaisons interprovinciales.....	27
Santé mentale au travail	31
Faits saillants	31
Comparaisons interprovinciales.....	34
Troubles mentaux et toxicomanie	39
Faits saillants	39
Comparaisons interprovinciales.....	45
Services et médicaments	51
Faits saillants	51
Comparaisons interprovinciales.....	56
Discussion	61
L'ampleur des problèmes de santé mentale et de toxicomanie	61
Les facteurs liés aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie	62
L'utilisation de services et la consommation de médicaments	66
Les limites de l'ESCC 1.2 et des analyses subséquentes.....	68
Conclusion	71
Les activités de promotion et de prévention	71
L'organisation des services	74
Les enquêtes et travaux de recherche.....	77
Bibliographie	81
Annexe 1 - Aspects méthodologiques	87
Annexe 2 - Faits saillants	91
Annexe 3 - Comparaisons interprovinciales	101

Liste des tableaux et des figures

TABLEAUX

A	Répartition de la population québécoise selon l'âge et le sexe, 2002	89
A.1	Proportion de la population de 15 ans et plus se situant favorablement par rapport à quatre indicateurs de santé mentale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2002	91
A.2	Proportion de la population de 15 ans et plus se situant défavorablement par rapport à deux indicateurs de santé mentale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2002	92
A.3	Proportion de personnes ayant certains problèmes de santé mentale selon des contraintes psychosociales de travail et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002	93
A.4	Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide au cours de la vie ou sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec 2002	94
A.5	Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, au cours de la vie ou sur 12 mois, de la dépendance à l'alcool ou à des substances illicites sur 12 mois selon la présence de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide, population de 15 ans et plus, Québec 2002	95
A.6	Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool sur 12 mois, usage du cannabis ou d'autres substances illicites sur 12 mois ou au cours de la vie, et polyusage d'alcool et de substances illicites sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	96
A.7	Prévalence de la dépendance à l'alcool, de l'usage du cannabis, de l'usage et de la dépendance à des substances illicites sur 12 mois selon la présence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec 2002	97
A.8	Prévalence des troubles mentaux (diagnostics exclusifs), population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	98
A.9	Proportion de personnes ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le diagnostic exclusif (présence ou absence), population de 15 ans et plus, Québec, 2002	98
A.10	Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	99

A.11	Types d'aide requise et de barrières à l'utilisation selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002	99
A.12	Proportion de la population de 15 ans et plus se situant favorablement ou défavorablement par rapport à des indicateurs de santé mentale, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	101
A.13	Prévalence de la détresse psychologique et du stress au travail, population de 15 à 74 ans en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	101
A.14	Prévalence des contraintes psychosociales de travail, population de 15 à 74 ans en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	102
A.15	Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une dépendance à une substance et des pensées suicidaires sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	102
A.16	Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	103
A.17	Usage du cannabis et de la cocaïne ou du crack au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	103
A.18	Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	103
A.19	Consultation de certains types de professionnels à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	104
A.20	Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	104
A.21	Proportion de la population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	104

FIGURES

1. Santé mentale autoévaluée comme étant très bonne ou excellente selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	23
2. Soutien social de type émotionnel et informationnel élevé selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	24
3. Satisfaction face à la vie élevée selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	24
4. Bien-être psychologique élevé selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	25
5. Niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	25
6. Stress quotidien élevé selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	26
7. Proportion de la population de 15 ans et plus se situant favorablement par rapport à deux indicateurs de santé mentale, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	27
8. Proportion de la population de 15 ans et plus se situant défavorablement par rapport à deux indicateurs de santé mentale, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	28
9. Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique au cours d'une période d'un mois selon des contraintes psychosociales de travail et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002.....	32
10. Proportion de personnes ayant subi une dépression majeure sur 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002.....	33
11. Proportion de personnes présentant un indice global positif de dépression sur 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail ¹ et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002.....	33
12. Prévalence de la détresse psychologique et du stress au travail, population de 15 à 74 ans en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	35
13. Prévalence des contraintes psychosociales de travail, population de 15 à 74 ans en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	36

14. Prévalence d'au moins un trouble anxieux ou un trouble de l'humeur à vie ou sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	40
15. Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool, usage du cannabis ou d'autres substances illicites, et polyusage d'alcool et de substances illicites sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	42
16. Prévalence de la dépendance à l'alcool ou à des substances illicites, de l'usage du cannabis ou d'autres substances illicites durant une période de 12 mois selon la présence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux à vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	43
17. Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une dépendance à une substance et des pensées suicidaires sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	45
18. Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	46
19. Usage du cannabis et de la cocaïne ou du crack au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	47
20. Proportion de personnes ayant utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale sur une période de 12 mois parmi les personnes ayant reçu ou non un diagnostic, population de 15 ans et plus, Québec, 2002	52
21. Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002.....	53
22. Types d'aide requise et de barrières selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale sur 12 mois, Québec, 2002.....	54
23. Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002	56
24. Consultation de certains types de professionnels à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	57
25. Proportion de la population ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002.....	58

Sommaire

L'Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action est la dernière d'une série de cinq publications traçant le portrait de la santé mentale et du bien-être de la population québécoise à partir des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2* (ESCC 1.2). Cette enquête a été menée en 2002 par Statistique Canada auprès de personnes de 15 ans et plus vivant en ménage privé dans les 10 provinces canadiennes. Les publications précédentes portent sur la présentation de l'enquête et des méthodes (Plante et autres, 2008), sur le stress au travail et la santé mentale (Vézina et autres, 2008), sur les troubles mentaux, la toxicomanie et les autres problèmes liés à la santé mentale (Kairouz et autres, 2008) ainsi que sur l'utilisation de services et la consommation de médicaments à des fins de santé mentale (Lesage et autres, 2009). La présente synthèse vise d'abord à donner une vue d'ensemble des résultats parus dans ces publications, en y ajoutant des données complémentaires sur les aspects positifs et négatifs de la santé mentale; elle vise également à comparer les résultats québécois avec ceux des autres provinces (données standardisées selon la structure par âge et par sexe du Québec) pour une série d'indicateurs jugés plus pertinents. Elle permet enfin de dégager des éléments d'analyse critique et de proposer des pistes quant à la planification et l'organisation des services et aux besoins d'information.

État de santé mentale et de bien-être

- En 2002, près des trois quarts des adultes québécois évaluent leur **santé mentale** comme étant très bonne ou excellente, les hommes davantage que les femmes. Les 65 ans et plus sont proportionnellement plus nombreux à recevoir un faible **soutien social** et les 15-24 ans ont moins tendance à avoir un niveau élevé de **bien-être psychologique**. Les résultats relatifs à l'autoévaluation de la santé mentale, au soutien social et à la satisfaction face à la vie sont tous moins favorables chez les personnes faisant partie d'un ménage à revenu inférieur.
- Les femmes sont plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de **détresse psychologique** que les hommes; il en est de même pour les 15-24 ans par rapport aux autres groupes d'âge. Par ailleurs, c'est chez les 25-44 ans que la proportion de personnes vivant un niveau élevé de **stress quotidien** est la plus importante. Les personnes disposant d'un revenu inférieur se situent plus souvent au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique, alors que celles ayant un revenu supérieur sont les plus exposées à un stress élevé au quotidien.
- En 2002, les adultes québécois sont davantage portés à évaluer positivement leur santé mentale que ceux vivant dans les neuf autres provinces réunies. L'ESCC 1.2 indique toutefois que la détresse psychologique élevée est plus répandue au Québec que dans le reste du Canada.

Santé mentale au travail

- La prévalence de la **détresse psychologique** (mesurée sur un mois) et celle de la **dépression majeure** (mesurée sur douze mois) sont plus fortes parmi la population en emploi lorsque le soutien social au travail est faible. Cela touche en particulier les femmes.
- Les **contraintes psychosociales de travail** examinées concernent l'autonomie de compétence, l'autorité décisionnelle, la demande psychologique et le soutien social ainsi que la sécurité d'emploi et les efforts physiques. Toutes ces contraintes sont associées à un niveau élevé de détresse psychologique parmi la population en emploi (15-75 ans), et notamment chez les travailleuses.
- En 2002, la proportion de la population en emploi qui présente un niveau élevé de stress au travail ou de détresse psychologique est plus forte au Québec que dans l'ensemble des autres provinces. La population en emploi y est aussi davantage touchée par le faible soutien social au travail et l'insécurité d'emploi, mais s'avère moins souvent exposée à des contraintes psychosociales de travail comme la faible autonomie de compétence, la forte demande psychologique ou les efforts physiques intenses.

Troubles mentaux et toxicomanie

- En 2002, environ 23 % des adultes québécois ont déjà souffert, durant leur vie, d'au moins un des cinq **troubles anxieux** (trouble panique, phobie sociale, agoraphobie) **de l'humeur** (dépression, manie) étudiés, tandis que la proportion est de 8 % au cours d'une période de douze mois. Ces proportions sont plus élevées chez les femmes – notamment la dépression majeure – et plus faibles chez les 65 ans et plus. La présence à vie de ces troubles est plus fréquente parmi les personnes à revenu inférieur, alors que ces troubles sont plus prévalents chez les personnes à revenu inférieur ou moyen inférieur au cours d'une période de douze mois.
- Au Québec, près de 14 % des personnes de 15 ans et plus ont eu des **pensées suicidaires** au cours de leur vie et 3,8 %, sur douze mois. La prévalence d'au moins une **tentative de suicide** à vie est d'environ 3,5 %. Les femmes rapportent en plus grande proportion que les hommes des pensées suicidaires et au moins une tentative de suicide à vie. Les personnes ayant eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide (douze mois) sont plus susceptibles que les autres de présenter un trouble de l'humeur au cours de leur vie.
- Durant une période de douze mois, environ 16 % des adultes québécois ont consommé de l'**alcool** de façon excessive et 1,8 % présentent une dépendance à l'alcool; 13 % ont fait usage du **cannabis** plus d'une fois et 3,2 %, d'au moins une **autre substance illicite**. Les proportions s'élèvent à 33 % pour la consommation du cannabis au cours de la vie et à 16 % pour celle d'autres substances illicites. L'usage concomitant de l'alcool et du cannabis (douze mois) touche environ le dixième de la population de 15 ans et plus.
- En proportion, les hommes et les 15-24 ans sont plus nombreux à consommer de l'alcool de façon excessive et à en être dépendants ainsi qu'à consommer du cannabis ou d'autres substances illicites. Les jeunes sont aussi plus enclins à faire un usage concomitant de l'alcool et du cannabis, ou de ces deux substances et d'au moins une autre substance illicite.

- Que ce soit pour l'usage du cannabis ou celui d'autres substances illicites, ou pour la dépendance à l'alcool ou aux substances illicites (douze mois), les prévalences sont plus élevées parmi les personnes présentant au moins un des troubles mentaux étudiés (à vie ou sur douze mois) que parmi celles n'ayant pas ces problèmes, ce qui montre la **concomitance** de ces troubles et usages.
- En 2002, la dépendance à l'alcool touche une proportion moindre de la population au Québec que dans le reste du Canada, tandis que l'inverse est observé pour l'usage du cannabis.

Services et médicaments

- Selon les déclarations faites en 2002 dans l'ESCC 1.2, un adulte québécois sur 10 a consulté au moins une **ressource à des fins de santé mentale** sur douze mois, les femmes davantage que les hommes. Les ressources les plus consultées sont les médecins de famille (4,8 % de la population) et les psychologues (3,7 %).
- Environ 38 % des personnes ayant reçu un diagnostic pour l'un des troubles mentaux mesurés ont consulté à des fins de santé mentale sur douze mois. La proportion est moindre chez les personnes présentant exclusivement des problèmes de toxicomanie ou des troubles anxieux, mais plus élevée chez celles souffrant de troubles de l'humeur seulement ou d'un trouble de l'humeur associé à un trouble anxieux.
- Environ 16 % des adultes québécois ont consommé au moins un **médicament** psychotrope (prescrit ou non) sur douze mois, les femmes en plus forte proportion que les hommes. L'utilisation de tels médicaments augmente de façon continue avec l'âge (sauf pour les antidépresseurs) et est plus élevée chez les personnes disposant d'un revenu inférieur. Les médicaments pour dormir sont les plus utilisés, suivis par les médicaments pour réduire l'anxiété et les antidépresseurs.
- La thérapie ou le counseling et l'information sur les problèmes émotionnels et les traitements ou services sont les principaux types d'aide requise par les personnes ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale (période de douze mois). Les barrières à l'utilisation des services tiennent surtout à des problèmes d'acceptabilité (73 % des mentions); la raison la plus souvent invoquée est « préférer s'en occuper soi-même ».
- En 2002, la population au Québec a davantage fait appel à des ressources spécialisées en santé mentale que celle de l'ensemble des autres provinces (4,5 % c. 3,2 %). La consultation de psychologues y est aussi plus répandue, tandis que celle des psychiatres est plus faible que dans le reste du Canada.

Des données révélatrices? Des mesures pertinentes?

- Les résultats de l'ESCC 1.2 montrent que les troubles mentaux nous concernent tous. Comme plus du cinquième des adultes québécois présentent au moins un trouble anxieux ou de l'humeur durant leur vie, la probabilité est grande de compter dans notre propre réseau social des personnes qui en souffrent ou en ont souffert. La prévalence des troubles mentaux est sans doute encore plus élevée, étant donné que plusieurs troubles n'ont pas été couverts dans l'enquête et que la population ciblée n'incluait pas les enfants âgés de moins de 15 ans.

- La surreprésentation des femmes parmi les personnes présentant des troubles anxieux ou de l'humeur, ayant eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide témoigne de leurs besoins en services, alors que les hommes sont nettement surreprésentés pour ce qui est de la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool. Les jeunes (15-24 ans) se caractérisent par un niveau élevé de détresse psychologique et sont particulièrement concernés par l'usage du cannabis.
- Le faible soutien social au travail et l'insécurité d'emploi touchent davantage la population en emploi au Québec que dans le reste du Canada. L'association entre le faible soutien social et l'ensemble des indicateurs de santé mentale étudiés devrait permettre d'orienter l'action préventive en milieu de travail, alors que les répercussions de la précarité d'emploi sont à prendre en compte dans une perspective d'intervention. Au-delà des différences entre hommes et femmes, les résultats conduisent aussi à des réflexions sur la conciliation travail-famille comme facteur important dans la santé mentale au travail.
- La présence concomitante de troubles mentaux et de toxicomanie, qui a pu être mesurée parmi la population du Québec grâce à l'ESCC 1.2, met en évidence le fait que ces troubles viennent rarement seuls, tout comme les pensées suicidaires ou la tentative de suicide. Les résultats montrent que la prévalence des troubles de l'humeur est accrue chez les personnes ayant eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide. Les troubles mentaux sont en outre accompagnés de taux de dépendance à l'alcool ou aux substances illicites plus élevés.
- Les personnes touchées par des troubles mentaux consultent-elles les ressources disponibles? Le défaut de consultation est particulièrement flagrant chez les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie ou souffrant de troubles anxieux, et chez les hommes. D'après les types d'aide requise par les personnes ayant des besoins non comblés, on peut supposer que ces dernières seraient surtout intéressées à recevoir de l'information ou prêtes à entreprendre une psychothérapie. La consommation de médicaments psychotropes par près d'une personne sur six soulève par ailleurs des questions sur leur adéquation avec les problèmes identifiés, notamment chez les personnes de 65 ans et plus.
- Dans une enquête populationnelle comme l'ESCC 1.2, le nombre de troubles mentaux mesurés est limité et n'inclut pas tous les troubles présentant une prévalence non négligeable. Par ailleurs, la taille de l'échantillon (5 332 répondants au Québec) donne souvent lieu à des estimations imprécises et rend difficile la description de petits groupes cibles. Enfin, la comparaison des résultats d'enquête avec des données administratives sur les services médicaux fait ressortir des différences entre les proportions de personnes ayant consulté; ces différences doivent être examinées en profondeur et mieux comprises.

Implications pour la prise de décision

- L'identification des groupes à risque, des types d'aide requise et des barrières à l'utilisation de ressources en santé mentale et toxicomanie permet de souligner la pertinence des campagnes d'information et de sensibilisation dans la lutte contre la stigmatisation et de rappeler certaines conditions de succès comme leur poursuite à long terme et leur harmonisation. Le milieu de travail peut aussi offrir de grandes chances de succès quant à la prévention auprès d'individus faisant face à de multiples contraintes psychologiques et susceptibles de méconnaître l'existence d'interventions efficaces pour traiter des problèmes de santé mentale.
- Les personnes qui consultent à des fins de santé mentale s'adressent surtout à la première ligne médicale (médecins généralistes) ou aux psychologues. Ces résultats confirment l'importance de mettre en place la hiérarchisation des services de santé mentale, proposée dans le *Plan d'action en santé mentale*, afin de favoriser l'intégration des troubles mentaux courants aux soins de première ligne et le soutien des services spécialisés.
- Les données de l'ESCC 1.2 montrent qu'il existe un risque accru de présenter un trouble mental chez les personnes souffrant déjà d'un ou plusieurs troubles mentaux. Les questions relatives à la comorbidité font ressortir la nécessité d'accroître la communication et la collaboration à l'échelle du système de santé, et la coordination des cas au niveau local entre les réseaux spécialisés de la santé mentale, de la toxicomanie et le réseau de première ligne en santé. Les expériences de formation croisée entre spécialistes en santé mentale et en toxicomanie, et d'évaluation dans les services des urgences par les services en toxicomanie font partie du développement d'approches plus intégrées, déjà mises en œuvre dans des régions, et qui gagneraient à être plus connues.
- Le recours aux traitements psychothérapeutiques soulève la question de l'accessibilité à ces traitements, par rapport à l'accès à la médication à des fins de santé mentale, ce qui nécessite de sonder les avenues pouvant la favoriser.
- Les résultats de l'ESCC 1.2 suggèrent l'exploration de divers thèmes de recherche en relation avec la comorbidité et les besoins d'aide ou l'utilisation de services et de médicaments.
- Des données précises et récurrentes sont nécessaires pour soutenir l'exercice de surveillance en santé mentale et dépendances. La reconduction de l'ESCC Santé mentale et bien-être, projetée pour 2012, devrait permettre d'observer l'évolution des principaux indicateurs. Les nouveaux indicateurs mesurés, les modifications méthodologiques envisagées et la taille de l'échantillon prévue sont à évaluer en fonction des besoins du Québec et des enquêtes déjà réalisées ou planifiées. D'autres avenues pourraient aussi être considérées comme le jumelage avec des bases de données administratives ou le choix d'autres thèmes à couvrir, par exemple la santé mentale des enfants.

Introduction

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux¹ constituent l'une des principales causes d'incapacité dans le monde (OMS, 2006; OMS, 2001). Au Québec, on estime qu'une personne sur six souffre d'une forme ou d'une autre de maladie mentale (MSSS, 2005). L'état de santé mentale de la population suscite des inquiétudes pour l'avenir, les enquêtes épidémiologiques confirmant l'accroissement des problèmes de santé mentale (INSPQ, 2008). L'imbrication des troubles physiques, mentaux et sociaux devient aussi de plus en plus complexe (MSSS, 2007). Par ailleurs, plusieurs troubles mentaux et dépendances sont associés au suicide qui, bien qu'il soit en baisse depuis 10 ans (Gagné et St-Laurent, 2009), demeure important.

Compte tenu de l'ampleur des problèmes de santé mentale et des coûts humains et sociaux s'y rattachant, le ministre de la Santé et des Services sociaux a fait de la santé mentale une priorité nationale. Les orientations proposées dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005) reposent sur des services de première ligne rapidement accessibles et se veulent en continuité avec les transformations déjà entreprises en santé mentale au cours de la dernière décennie. D'autres publications avaient déjà précisé les orientations ministérielles touchant des problématiques psychosociales ou l'ont fait par la suite : la *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie* (MSSS 1998), le *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique 2002-2005* (MSSS, 2002) et le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* (MSSS et autres, 2006). Par ailleurs, dans sa mise à jour

(MSSS, 2008), le *Programme national de santé publique 2003-2012* souligne l'importance d'augmenter la proportion de la population qui est en bonne santé mentale en plus de traiter les taux de suicide, les problèmes de consommation de drogues et d'alcool ainsi que de jeux de hasard et d'argent, et la consommation de médicaments psychotropes chez les personnes âgées.

Les énoncés de politiques doivent s'appuyer sur des données probantes pour mieux connaître la population cible, suivre l'évolution des phénomènes et préciser les politiques et interventions à mettre en place. Au Québec, plusieurs enquêtes et travaux de recherche, notamment ceux de divers groupes-conseils², ont contribué à l'amélioration des connaissances en santé mentale. Des enquêtes générales sur la santé ont permis de tracer un portrait représentatif, bien que partiel, de l'état de santé mentale de la population adulte (enquêtes sociales et de santé réalisées en 1987 et 1992-1993 par Santé Québec et en 1998 par l'Institut de la statistique du Québec). Les enquêtes générales de Statistique Canada (cycles généraux de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; Enquête nationale sur la santé de la population*) permettent aussi de documenter certains indicateurs de santé mentale et d'en suivre l'évolution. Par ailleurs, des enquêtes populationnelles sur la santé mentale ont été effectuées auprès de certains groupes de population (*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992* [Valla et autres, 1994]) ou dans certaines régions (*Enquête santé mentale – Bas-Saint-Laurent* [Légaré, 1995]; *Enquête sur la santé mentale des Montréalais* [Fournier et autres, 2002]).

1. Les troubles mentaux et du comportement sont définis comme des « affections cliniquement significatives qui se caractérisent par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » (OMS, 2001, chapitre 2).

2. Par exemple, le Forum sur la santé mentale (MSSS, 2001), le Comité de la santé mentale du Québec, le Groupe d'appui à la transformation des services de santé mentale et le Comité d'experts sur l'organisation des services en santé mentale (comité Gagné).

Il s'est avéré important d'exploiter les données du cycle 1.2 de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) afin de disposer de données représentatives de la population québécoise portant spécifiquement sur la santé mentale et d'en faire des analyses plus poussées. L'ESCC 1.2 est une enquête thématique sur la santé mentale et le bien-être menée en 2002 par Statistique Canada auprès de la population de 15 ans et plus vivant en ménage privé dans chacune des 10 provinces canadiennes. Même si l'ESCC 1.2 ne porte que sur un certain nombre de troubles mentaux³, les données de cette enquête représentent une mine de renseignements qui permettent de dresser un portrait de la santé mentale et du bien-être des adultes québécois.

L'étude développée au Québec à partir des données de l'ESCC 1.2 visait principalement à :

- dresser un portrait de l'état de santé mentale et de la consommation de substances (alcool et drogues) chez la population québécoise;
- cerner les caractéristiques de la population associées à ces différents aspects;
- décrire certains déterminants de la santé mentale et du bien-être;
- connaître les besoins d'aide et l'utilisation des services en rapport avec la santé mentale;
- fournir des éléments utiles au renforcement de la surveillance en santé mentale et à la prise de décision quant à la planification et l'organisation des services;
- identifier les besoins en matière de recherches ou d'enquêtes.

Le moyen privilégié pour atteindre ces objectifs a été la production d'une série de publications sur la santé mentale et le bien-être de la population québécoise qui s'adressait aux intervenants, aux

décideurs et aux chercheurs, en plus de la population en général :

- *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes* (Plante et autres, 2008).
- *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois* (Vézina et autres, 2008).
- *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois* (Kairouz et autres, 2008).
- *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois* (Lesage et autres, 2009).

La présente publication est la cinquième et dernière de la série : il s'agit d'une synthèse qui inclut des comparaisons interprovinciales et propose des pistes d'action en fonction des principaux enjeux identifiés au cours de l'étude. Dans cette perspective, elle est orientée vers le soutien à la surveillance et à la planification sociosanitaire, tant en prévention/promotion qu'en intervention. La discussion et la conclusion rendent compte de ces démarches et de ces réflexions.

Cette publication fournit d'abord une vue d'ensemble de l'étude en rappelant les faits saillants des brochures précédentes dans trois chapitres différents, précédés d'un chapitre inédit sur l'état de santé mentale et de bien-être. Ces chapitres comprennent également les résultats des comparaisons effectuées entre le Québec et les autres provinces pour une série d'indicateurs jugés pertinents.

Les aspects méthodologiques, y compris les critères retenus pour la synthèse, sont décrits en annexe. On trouve aussi en annexe des tableaux de données relatives aux faits saillants et aux comparaisons interprovinciales, incluant les intervalles de confiance.

3. Les troubles anxieux et de l'humeur mesurés dans l'ESCC 1.2 sont les suivants : trouble panique, phobie sociale et agoraphobie; dépression majeure et manie.

État de santé mentale et de bien-être

Monique Bordeleau
Institut de la statistique du Québec
Direction des statistiques de santé

L'état de santé mentale et de bien-être de la population québécoise de 15 ans et plus est présenté sous forme de portrait chiffré dans une autre publication utilisant les données de l'ESCC 1.2 (Bordeleau et autres, 2010). Le présent chapitre en décrit les aspects positifs et négatifs à partir de certains indicateurs-clés tirés de cette publication.

Faits saillants⁴

Les indicateurs présentés ici sont examinés selon diverses caractéristiques socio-démographiques. Les résultats qui leur sont associés ont été analysés de façon à pouvoir identifier les groupes de population qui se distinguent des autres en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques. Pour ce faire, chacune des catégories de ces variables a été comparée à l'ensemble des autres catégories⁵. Le présent chapitre ne contient que les résultats relatifs aux groupes les plus désavantagés, par rapport aux autres, quant aux aspects positifs et négatifs de la santé mentale.

Aspects positifs de la santé mentale

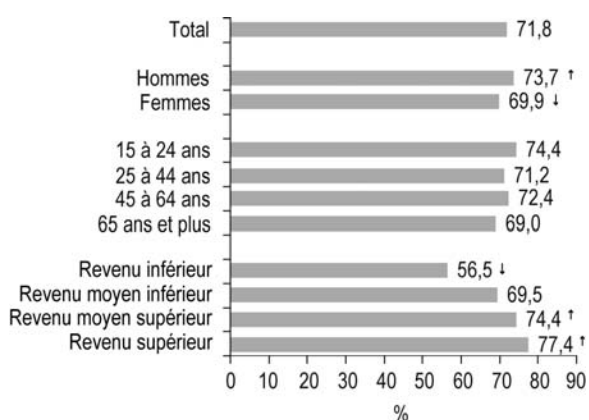
Les résultats qui suivent portent sur quatre indicateurs soit l'autoévaluation de la santé mentale, le soutien social, la satisfaction face à la vie et le bien-être psychologique⁶.

En 2002, près des trois quarts de la population québécoise âgée de 15 ans et plus (72 %)

indiquent avoir une très bonne ou une excellente santé mentale (figure 1). Cette appréciation varie selon le sexe et le revenu :

- les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à se dire en très bonne ou en excellente santé mentale (70 %);
- la proportion de personnes évaluant leur santé mentale comme très bonne ou excellente augmente avec le revenu : cette proportion est moindre chez les personnes dont le revenu se situe dans le niveau de revenu inférieur (57 %).

Figure 1
Santé mentale autoévaluée comme étant très bonne ou excellente selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



↓ Proportion inférieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

↑ Proportion supérieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

4. Des tableaux détaillés incluant les intervalles de confiance sont présentés à l'annexe 2.

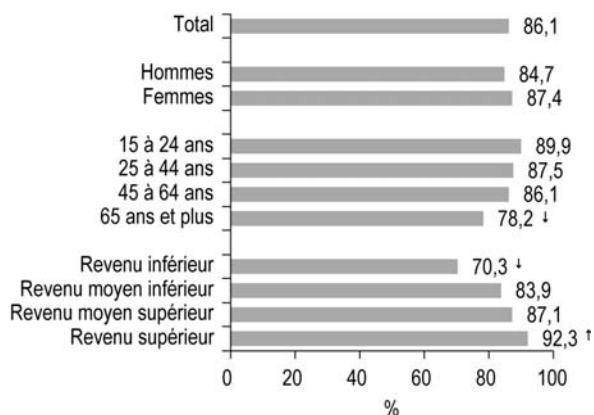
5. Pour plus de détails sur ces analyses, voir l'annexe 1.

6. Une définition des indicateurs est présentée à la fin du chapitre.

Concernant le soutien social dans sa dimension émotionnelle et informationnelle, on observe que 86 % de la population québécoise bénéficie d'un soutien élevé (figure 2). Ce niveau de soutien social est lié à l'âge et au revenu :

- l'avancée en âge est inversement liée au soutien social, les personnes âgées de 65 ans et plus étant les moins nombreuses, en proportion, à bénéficier d'un niveau élevé de soutien social (78 %);
- un haut niveau de soutien social est aussi relié au revenu, la proportion de personnes ayant un soutien social élevé augmentant en même temps que le revenu. Les personnes dont le revenu est inférieur sont moins nombreuses, en proportion (70 %) à avoir un soutien social élevé que celles dont le revenu est dans une catégorie plus élevée.

Figure 2
Soutien social de type émotionnel et informationnel élevé selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



- ↓ Proportion inférieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.
- ↑ Proportion supérieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

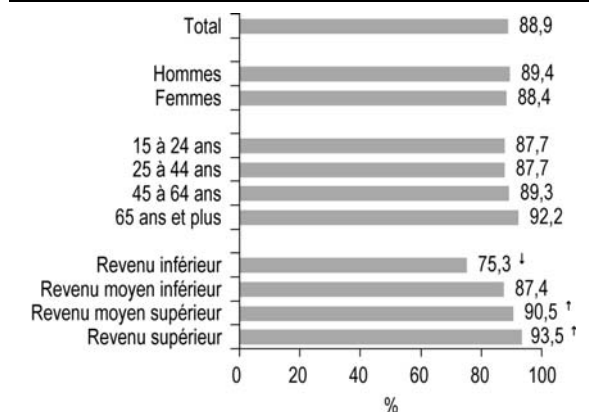
Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

En 2002, près de 9 Québécois sur 10 (89 %) se disent satisfaits ou très satisfaits de leur vie (figure 3). Une relation avec le revenu est démontrée :

- comme pour les indicateurs précédents, la satisfaction face à la vie augmente en même temps que le revenu ; c'est donc parmi les personnes les moins favorisées que la satisfaction élevée est la moins fréquente (75 %).

Figure 3
Satisfaction face à la vie élevée selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



- ↓ Proportion inférieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.
- ↑ Proportion supérieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

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

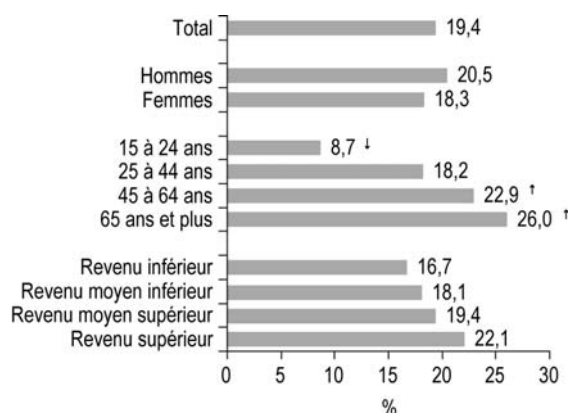
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Les résultats relatifs au bien-être psychologique ressenti au cours du mois précédant l'enquête sont analysés en quintiles; donc, par définition, environ un Québécois sur cinq (19 %) se retrouve dans le quintile supérieur. On relève cependant des écarts lorsque cet indicateur est analysé en fonction de l'âge (figure 4) :

- la proportion de personnes se retrouvant dans le quintile supérieur de bien-être

psychologique augmente avec l'âge. Ainsi, les 15 à 24 ans sont moins nombreux, en proportion, à présenter un niveau élevé de bien-être psychologique (9 %) par rapport aux personnes plus âgées.

Figure 4
Bien-être psychologique élevé selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



↓ Proportion inférieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

↑ Proportion supérieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec

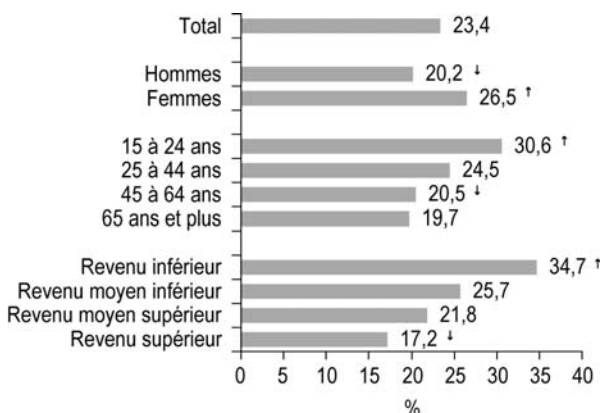
Aspects négatifs de la santé mentale

Au Québec, en 2002, 23 % de la population de 15 ans et plus se situe au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique au cours d'une période d'un mois (figure 5). Le sexe, l'âge et le revenu sont associés à cet indice :

- les femmes se retrouvent davantage que les hommes au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (27 %);
- la proportion de personnes présentant un indice de détresse élevé diminue à mesure que l'âge augmente; les plus jeunes sont donc plus nombreux, en proportion, à se situer au niveau élevé de cet indice (31 %);

- la proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse diminue lorsque le revenu augmente; 35 % des personnes se situant au niveau inférieur de revenu sont considérées comme ayant un indice de détresse élevé.

Figure 5
Niveau élevé de détresse psychologique¹ selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



1. Mesurée au cours du mois précédant l'enquête.

↓ Proportion inférieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

↑ Proportion supérieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

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

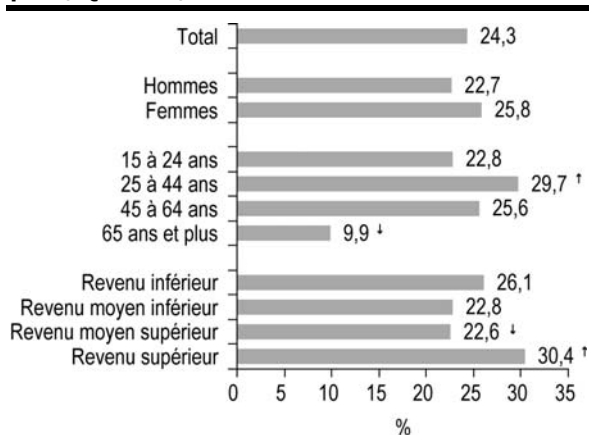
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

En 2002, près du quart (24 %) des Québécois âgés de 15 ans et plus connaissent un stress élevé dans leur vie de tous les jours (figure 6) :

- la proportion de personnes vivant un stress élevé fluctue selon l'âge : les personnes les plus vulnérables sont celles âgées de 25 à 44 ans; celles-ci affirment vivre un stress élevé dans une proportion de 30 %;
- le niveau élevé de stress quotidien fluctue également en fonction du revenu; ce sont les personnes appartenant au quartile supérieur de revenu qui sont les plus susceptibles de vivre un tel stress (30 %).

Figure 6

Stress quotidien élevé selon le sexe, l'âge et le revenu du ménage, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



↓ Proportion inférieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

↑ Proportion supérieure à celle des autres catégories considérées dans leur ensemble pour l'indicateur concerné au seuil de 5 %.

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

L'enquête permet également de détecter une relation entre chacun des deux indicateurs précédents et un diagnostic de trouble mental au cours d'une période de douze mois ainsi qu'avec la consommation d'au moins un médicament psychotrope durant la même période (données non illustrées) :

- les personnes qui présentent un niveau élevé de détresse psychologique sont plus susceptibles d'avoir reçu un diagnostic de trouble mental et sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consommé au moins un médicament psychotrope;
- les personnes qui éprouvent un stress quotidien élevé sont proportionnellement plus nombreuses à avoir reçu un diagnostic de trouble mental ainsi qu'à avoir consommé au moins un médicament psychotrope.

État de santé mentale et de bien-être en bref

Aspects positifs

- Les femmes sont moins nombreuses, toutes proportions gardées, à évaluer leur santé mentale comme étant très bonne ou excellente.
- Alors que les personnes âgées de 65 ans et plus reçoivent un faible soutien social (émotionnel et informationnel) en plus forte proportion que leurs cadets, le groupe des 15 à 24 ans est pour sa part le plus vulnérable quant au bien-être psychologique.
- Les personnes dont le revenu est le plus faible évaluent moins souvent leur santé mentale comme très bonne ou excellente, sont proportionnellement moins nombreuses à avoir un soutien social élevé et se disent moins souvent satisfaites ou très satisfaites de leur vie que celles disposant d'un revenu plus élevé.

Aspects négatifs

- Les femmes sont plus susceptibles d'avoir un niveau élevé de détresse psychologique que les hommes.
- Les personnes âgées de 15 à 24 ans sont, toutes proportions gardées, plus nombreuses à éprouver de la détresse psychologique, alors que les 25 à 44 ans constituent le groupe comptant la plus forte proportion de personnes à vivre un stress quotidien élevé.
- Les personnes appartenant au quartile inférieur du revenu sont plus enclines à présenter un niveau élevé de détresse psychologique, alors que celles qui se classent dans le quartile supérieur sont les plus exposées à un stress quotidien élevé.

Comparaisons interprovinciales

Aux fins des comparaisons avec le Québec, les statistiques pour l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique, ainsi que pour l'ensemble des provinces canadiennes à l'exception du Québec, ont été standardisées en adoptant la structure par âge et par sexe estimée pour la population québécoise. Les figures qui suivent présentent les proportions que l'on obtiendrait pour les autres provinces si leur population avait la même structure par âge et par sexe que celle du Québec. Des tableaux détaillés incluant les intervalles de confiance sont présentés à l'annexe 3.

Aspects positifs de la santé mentale

Les proportions standardisées présentées à la figure 7 montrent que :

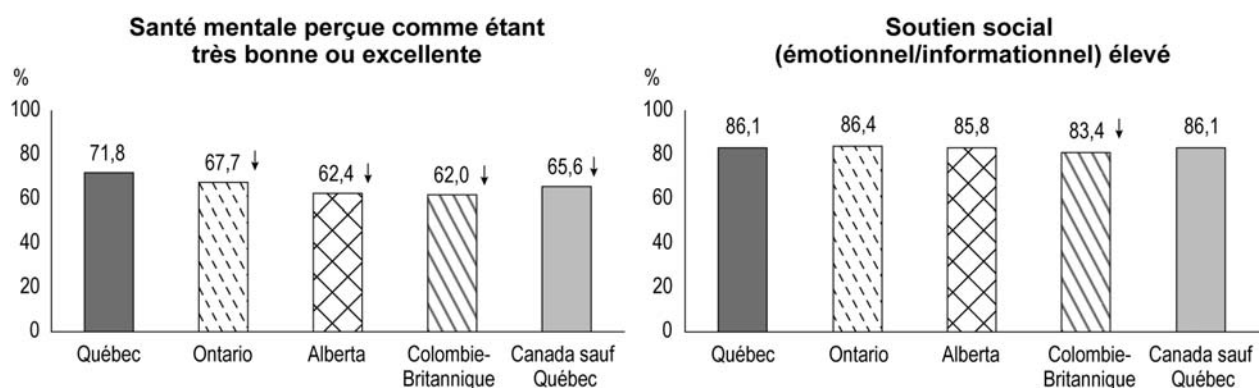
- en 2002, les Québécois de 15 ans et plus sont davantage portés à évaluer positivement leur santé mentale (très bonne ou excellente : 72 %) que les personnes vivant

dans les neuf autres provinces réunies (66 %). Ils rapportent également une meilleure santé mentale que les personnes des autres provinces étudiées (de 62 % en Colombie-Britannique et en Alberta à 68 % en Ontario). À l'inverse, une plus faible proportion de Québécois déclare avoir une santé mentale passable ou mauvaise (5 %) comparativement aux résidents des autres provinces réunies (8 %) et par rapport aux Ontariens, Albertains et Britanno-Colombiens chez qui les proportions varient de 7 % à 9 % (données non illustrées).

- en ce qui concerne le soutien social émotionnel et informationnel, la comparaison des données standardisées ne permet pas de déceler de tels écarts. La figure 7 montre que la proportion des personnes vivant en Colombie-Britannique et bénéficiant d'un soutien social élevé est la seule à être inférieure à celle des Québécois (83 % c. 86 %).

Figure 7

Proportion de la population de 15 ans et plus se situant favorablement par rapport à deux indicateurs de santé mentale, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

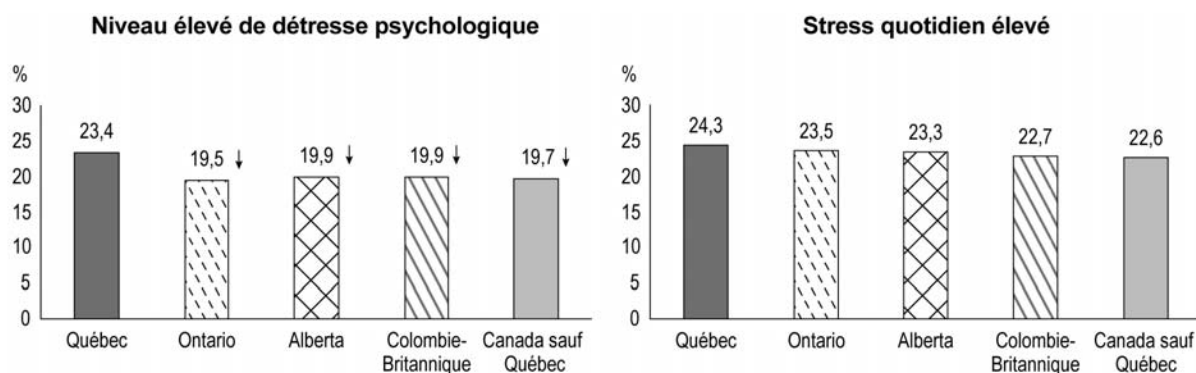
Aspects négatifs de la santé mentale

La figure 8 indique que :

- bien que les Québécois évaluent positivement leur santé mentale dans une plus grande proportion que les résidents de l'ensemble des autres provinces, ils sont plus nombreux, toutes proportions gardées, à se situer au niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique. Ce sont 23 % des Québécois qui présentent un niveau de détresse élevé, tandis que cette proportion est d'environ 20 % en Ontario, en Alberta, en Colombie-Britannique et dans le reste du
- Canada après standardisation des résultats selon la structure par âge et par sexe de la population québécoise (figure 8) ;
- enfin, la population québécoise ne se différencie pas significativement de celle des autres provinces réunies relativement au stress quotidien élevé (figure 8). L'enquête ne permet pas non plus de détecter d'écart significatif sur ce plan entre les trois provinces étudiées dans ce rapport (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique) et le Québec.

Figure 8

Proportion de la population de 15 ans et plus se situant défavorablement par rapport à deux indicateurs de santé mentale, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Comparaisons interprovinciales en bref

- En 2002, les Québécois de 15 ans et plus sont davantage portés à évaluer positivement leur santé mentale que les personnes vivant dans les neuf autres provinces réunies. Toutefois, la comparaison des données relatives au soutien social émotionnel et informationnel ne permet pas de déceler d'écarts significatifs.
- Alors que la détresse psychologique élevée est plus répandue chez les Québécois que dans le reste du Canada, la proportion des personnes vivant un stress quotidien élevé est similaire.

Définition des indicateurs

Autoévaluation de la santé mentale

Évaluation personnelle de l'état de santé mentale établie à partir de la question : « En général, diriez-vous que votre santé mentale est : excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? ». Sauf indication contraire, les analyses du présent chapitre concernent les personnes qui ont indiqué avoir une très bonne ou une excellente santé mentale.

Soutien social (émotionnel ou informationnel)

Niveau de soutien émotionnel ou informationnel déterminé à l'aide de huit questions où les personnes indiquent si quelqu'un peut les écouter et les conseiller en temps de crise, leur donner des renseignements ou s'il y a quelqu'un à qui elles peuvent se confier et parler ou quelqu'un qui comprend leurs problèmes. Cet indicateur est tiré de l'une des dimensions du Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey (Sherbourne et Stewart, 2003). Les choix de réponses s'expriment en nombres entiers (valeurs entre 0 et 4) pour un total possible de 0 à 32. Le point de césure proposé par Statistique Canada et retenu dans le présent chapitre est 21, soit la cote à partir de laquelle le soutien social est considéré comme étant élevé.

Satisfaction face à la vie

Évaluation personnelle de la satisfaction quant à sa vie établie à partir de la question : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général : très satisfait, satisfait, ni satisfait ni insatisfait, insatisfait, très insatisfait? » Les analyses du présent chapitre concernent les personnes qui ont indiqué être satisfaites ou très satisfaites de leur vie.

Bien-être psychologique

Évaluation du bien-être psychologique des personnes dans la population générale. Élaboré et validé par R. Massé et ses collaborateurs en 1998, cet indicateur repose sur une liste de manifestations physiques, cognitives, comportementales et émotives. La version courte utilisée dans l'ESCC 1.2 comprend 25 items mesurant l'estime de soi, l'équilibre, l'engagement social, la sociabilité, le contrôle de soi et des événements, et le bonheur. Chaque question a été recodée et associée à un score variant de 0 à 4 de sorte que l'échelle sommative va de 0 à 100. Plus la cote est élevée, plus le bien-être est grand. Les analyses du présent chapitre sont basées sur le quintile le plus élevé de l'indice de bien-être dont le point de césure est 96.

Détresse psychologique

Échelle de détresse psychologique K10, fondée sur 10 questions qui établissent à quelle fréquence, au cours du mois précédant l'enquête, la personne s'est sentie épuisée sans véritable raison, nerveuse, désespérée, agitée, triste ou déprimée, bonne à rien et avait l'impression que tout lui demandait un effort. Kessler et Mroczek ont développé cette échelle ainsi qu'une version plus courte (K6) (Kessler et autres, 2002). Chaque question est associée à un score variant de 0 à 4 pour un score final allant de 0 à 40. Plus la cote est élevée, plus la détresse est prononcée. Les analyses du présent chapitre utilisent une variable dichotomique avec, comme point de césure, un score de 9 situant les personnes à un niveau de détresse psychologique élevé (pour plus de détails, voir Camirand et Nanhou, 2008).

Consommation de médicaments psychotropes

Voir la définition au chapitre *Services et médicaments*.

Définition des indicateurs (suite)

Stress dans la vie quotidienne

Évaluation personnelle du stress ressenti dans la vie de tous les jours établie à partir de la question : « En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont : pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes? » Les analyses du présent chapitre concernent les personnes qui ont indiqué avoir des journées assez ou extrêmement stressantes, ce qui indique un niveau de stress élevé.

Troubles mentaux

Voir la définition au chapitre *Troubles mentaux et toxicomanie*.

Revenu du ménage

Mesure de la capacité du revenu en quatre catégories basées sur le revenu total brut du ménage et le nombre de personnes vivant dans le ménage :

Taille du ménage	Revenu inférieur	Revenu moyen inférieur	Revenu moyen supérieur	Revenu supérieur
1 ou 2 personnes	Moins de 15 000 \$	15 000 \$ à 29 999 \$	30 000 \$ à 59 999 \$	60 000 \$ et plus
3 ou 4 personnes	Moins de 20 000 \$	20 000 \$ à 39 999 \$	40 000 \$ à 79 999 \$	80 000 \$ et plus
5 personnes et plus	Moins de 30 000 \$	30 000 \$ à 59 999 \$	60 000 \$ à 79 999 \$	80 000 \$ et plus

Santé mentale au travail

Francine Bernèche*

Institut de la statistique du Québec
Direction des statistiques de santé

Les transformations des dernières décennies ont modifié le contenu et l'organisation du travail ainsi que les conditions d'emploi. Sont apparus de nouvelles contraintes physiques et cognitives liées à l'informatisation et à l'automatisation, et de nouveaux modes de gestion caractérisés par un contrôle plus serré de la productivité et un fonctionnement tendant vers l'utilisation d'un minimum d'effectifs. Le travail s'est intensifié et les emplois sont devenus plus précaires. Selon les trois cycles de l'*Enquête sociale et de santé* (ESS) menés entre 1987 et 1998, l'incapacité de travail en raison de problèmes de santé mentale a presque doublé au Québec durant cette période (Vézina et Bourbonnais, 2001). Certaines dimensions de l'organisation du travail sont étroitement liées aux problèmes de santé mentale (Marchand et autres, 2005 et 2006). Les contraintes psychosociales de travail représentent des facteurs de risque de problèmes psychologiques de santé, et lorsque plusieurs contraintes s'exercent simultanément, il y a encore plus de risques pour la santé.

Dans ce contexte, la publication *Stress au travail et santé mentale* (Vézina et autres, 2008) visait principalement à documenter les liens entre les contraintes psychosociales de travail et certains problèmes de santé mentale chez les adultes québécois à partir des données de l'ESCC 1.2. De façon générale, les indicateurs de santé mentale sont favorables à la population de 15 à 75 ans en emploi par rapport à celle n'ayant pas d'emploi, que ce soit pour la prévalence de la détresse psychologique ou de la dépression majeure, ou pour la consommation de médicaments psychotropes.

Après avoir examiné l'état de santé mentale et de bien-être de la population québécoise de 15 ans et

plus, le présent document aborde maintenant l'état de santé de la population en emploi âgée de 15 à 75 ans. Deux indicateurs du chapitre précédent liés aux aspects négatifs de la santé mentale (détresse psychologique et stress) et deux autres associés directement aux troubles mentaux (dépression majeure et indice global de dépression) seront analysés en fonction des contraintes psychosociales de travail auxquelles font face les personnes en emploi. Les contraintes ciblées se rapportent à des composantes du modèle de Karasek (autonomie de compétence, autorité décisionnelle, demande psychologique et soutien social), et du modèle de Siegrist (efforts physiques et sécurité d'emploi). Ces indicateurs sont définis à la fin du chapitre.

Faits saillants

État de santé mentale de la population en emploi

Au Québec, en 2002, le quart de la population en emploi présente un niveau élevé de détresse psychologique⁷ (figure 9), et cette proportion tend à augmenter lorsque le revenu baisse (de 21 % pour un revenu supérieur à 39 % pour un revenu inférieur) (données non illustrées). Environ 39 % des personnes en emploi ressentent un niveau élevé de stress au travail (données non illustrées), mais il est difficile de déterminer s'il s'agit d'une contrainte de

*. Synthèse réalisée à partir de la publication suivante : VÉZINA, M. R. BOURBONNAIS, A. MARCHAND et R. ARCAND (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 50 p.

7. La mesure de la détresse psychologique au cours du mois précédant l'enquête a été faite au moyen de l'échelle K6 en utilisant un score égal à 5 comme seuil du niveau élevé. Les résultats ne peuvent être comparés à ceux obtenus à partir de l'échelle K10 ou de toute autre échelle.

travail ou d'un effet lié à la santé mentale. Par ailleurs, la dépression majeure (sur douze mois) concerne environ une personne en emploi sur 25 (figure 10); le rapport est proche de une sur 15 pour l'indice signalant la présence d'une dépression majeure, de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide au cours d'une période de douze mois (indice global positif de dépression) (figure 11).

Contraintes psychosociales de travail associées à la santé mentale

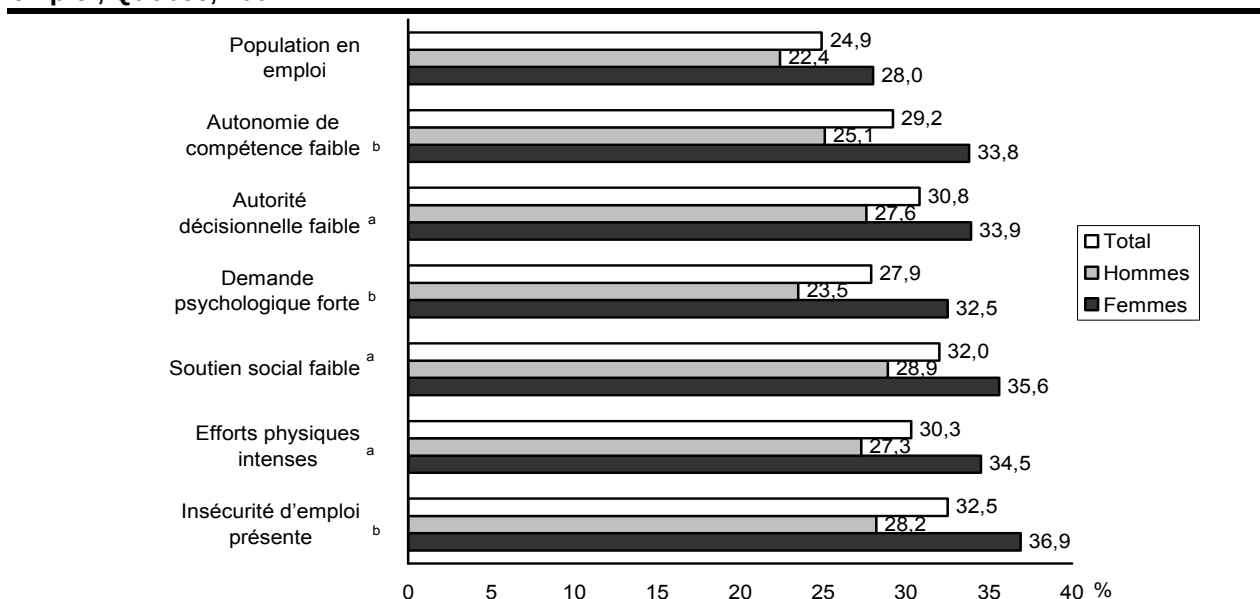
Il existe un lien significatif entre le soutien social au travail et chacun des problèmes de santé mentale identifiés dans la population en emploi : la prévalence de ces problèmes est plus élevée lorsque ce soutien est faible (figures 9 à 11). Si l'on considère les femmes et les hommes séparément, on constate que le soutien social est associé, chez les travailleuses, à la dépression majeure et à l'indice global positif de dépression : les femmes qui

disposent d'un faible soutien social au travail sont proportionnellement plus nombreuses à présenter ces problèmes de santé mentale (respectivement 9 % et 11 %) (figures 10 et 11).

Toutes les contraintes psychosociales de travail sont associées à un niveau élevé de détresse psychologique dans la population en emploi (figure 9). Ainsi, les proportions de personnes en emploi présentant un niveau élevé de détresse psychologique sont plus fortes lorsque l'autonomie de compétence, l'autorité décisionnelle et le soutien social sont faibles, lorsque la demande psychologique est forte, quand les efforts physiques sont intenses et en présence d'insécurité d'emploi; les mêmes relations sont observées chez les femmes. Chez les hommes en emploi, seuls le soutien social, l'autorité décisionnelle et les efforts physiques montrent un lien significatif avec ce problème de santé mentale.

Figure 9

Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique au cours d'une période d'un mois selon des contraintes psychosociales de travail¹ et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002



1. Les résultats présentés concernent les catégories comptant les proportions les plus élevées (voir le tableau A.3 à l'annexe 2).

a. Le test d'association entre cette variable (autorité décisionnelle, soutien social ou efforts physiques) et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % dans la population totale, chez les femmes et chez les hommes.

b. Le test d'association entre cette variable (autonomie de compétence, demande psychologique ou insécurité d'emploi) et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5 % dans la population totale et chez les femmes.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication de M. Vézina et autres, 2008.

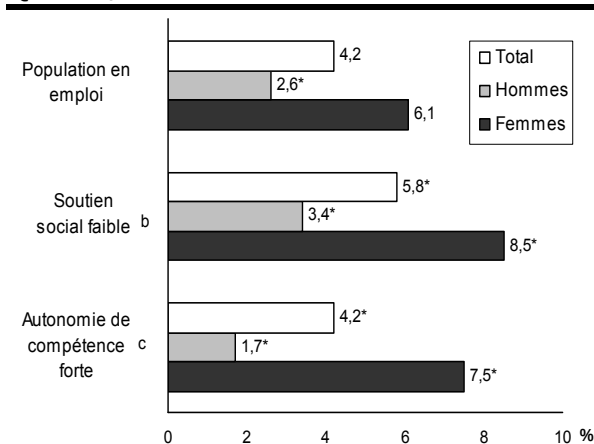
Notons que, paradoxalement, la dépression majeure se manifeste davantage chez les femmes qui bénéficient d'une forte autonomie de compétence dans leur emploi (8 % c. 4,1 % pour une faible autonomie) (figure 10 et tableau A.3 à l'annexe 2). Chez les hommes en emploi, l'autonomie de compétence et l'autorité décisionnelle sont liées à l'indice global positif de dépression : en proportion, il y a plus d'hommes qui présentent un indice « positif » parmi ceux qui connaissent une faible autonomie (6 % c.

2,9 % pour une forte autonomie; CV entre 15 % et 25 %) et une faible autorité au travail (7 % c. 2,8 % pour une faible autorité; CV entre 15 % et 25 %) (figure 11 et tableau A.3 à l'annexe 2).

Compte tenu des limites de l'autoévaluation du stress au travail (Vézina et autres, 2008, p. 38-39), les résultats des croisements avec les contraintes psychosociales de travail ne sont pas présentés.

Figure 10

Proportion de personnes ayant subi une dépression majeure sur 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail¹ et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002



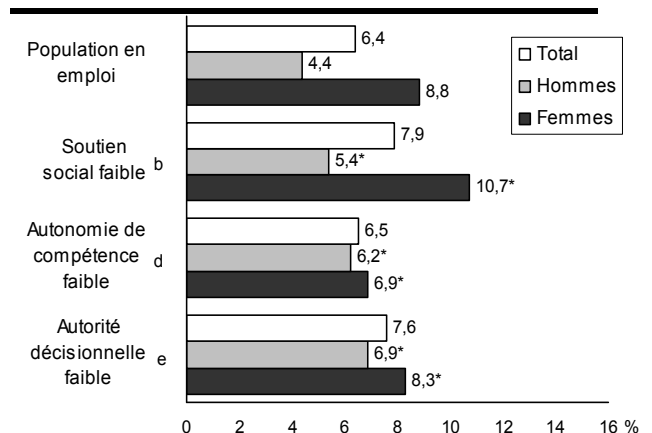
1. Les résultats présentés ne concernent que les catégories comptant les proportions les plus élevées. Pour des résultats détaillés, voir le tableau A.3 à l'annexe 2.
 - b. Le test d'association entre le soutien social et la dépression majeure est significatif au seuil de 5 % dans la population totale et chez les femmes.
 - c. Le test d'association entre l'autonomie de compétence et la dépression majeure est significatif au seuil de 5 % chez les femmes. Notons que la proportion relative aux hommes est inférieure à celle observée pour l'autonomie de compétence faible (3,6 %**) (tableau A.3).
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication de M. Vézina et autres, 2008.

Figure 11

Proportion de personnes présentant un indice global positif de dépression sur 12 mois selon des contraintes psychosociales de travail¹ et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002



1. Les résultats présentés ne concernent que les catégories comptant les proportions les plus élevées. Pour des résultats détaillés, voir le tableau A.3 à l'annexe 2.
 - b. Le test d'association entre le soutien social et l'indice global de dépression est significatif au seuil de 5 % dans la population totale et chez les femmes.
 - d. Le test d'association entre l'autonomie de compétence et l'indice global de dépression est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.
 - e. Le test d'association entre l'autorité décisionnelle et l'indice global de dépression est significatif au seuil de 5 % dans la population totale et chez les hommes.
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication de M. Vézina et autres, 2008.

Santé mentale au travail en bref

- Toutes les contraintes psychosociales de travail sont associées à un niveau élevé de détresse psychologique parmi l'ensemble des personnes en emploi et, en particulier, chez les travailleuses. Chez les hommes en emploi, l'autorité décisionnelle, le soutien social et les efforts physiques au travail sont les seules contraintes pour lesquelles un lien avec ce problème de santé mentale a pu être décelé.
- Les femmes sont proportionnellement plus nombreuses à présenter un niveau élevé de détresse psychologique, un épisode dépressif majeur et un indice global positif de dépression (présence d'une dépression majeure, de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide sur douze mois) lorsqu'elles disposent d'un faible soutien social au travail. La prévalence de chacun de ces problèmes est aussi associée à cette contrainte dans l'ensemble de la population en emploi (15-75 ans).
- La proportion de travailleurs qui présentent un indice global positif de dépression est plus élevée chez les hommes qui connaissent une faible autonomie de compétence et une faible autorité décisionnelle au travail.

Comparaisons interprovinciales⁸

Cette section présente les proportions que l'on obtiendrait pour les autres provinces si leur population avait la même structure par âge et par sexe que celle du Québec (données standardisées).

Stress au travail et détresse psychologique

Après standardisation, on observe que :

- la population québécoise en emploi est proportionnellement plus nombreuse que celle de l'ensemble des autres provinces à présenter un niveau élevé de détresse psychologique sur un mois (25 % c. 21 %);
- toutes proportions gardées, plus de personnes en emploi âgées de 15 à 74 ans vivent un niveau élevé de stress au travail pendant une période de douze mois au Québec (39 %) que dans le reste du Canada (29 %) (figure 12);

- tant pour le stress au travail que pour la détresse psychologique, les proportions québécoises sont également supérieures à celles de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique.

Contraintes psychosociales de travail

Comparativement à l'ensemble des neuf autres provinces, la population québécoise dispose plus souvent d'un faible soutien social au travail (45 % c. 37 %) et subit davantage de l'insécurité d'emploi (18 % c. 12 %) (figure 13). Par contre, les autres contraintes psychosociales de travail touchent moins fréquemment la population en emploi au Québec que celle du reste du Canada, qu'il s'agisse :

- de l'exposition à une faible autonomie de compétence (46 % c. 52 %);
- de l'exposition à une forte demande psychologique (40 % c. 50 %);
- du déploiement d'efforts physiques intenses au travail (38 % c. 46 %).

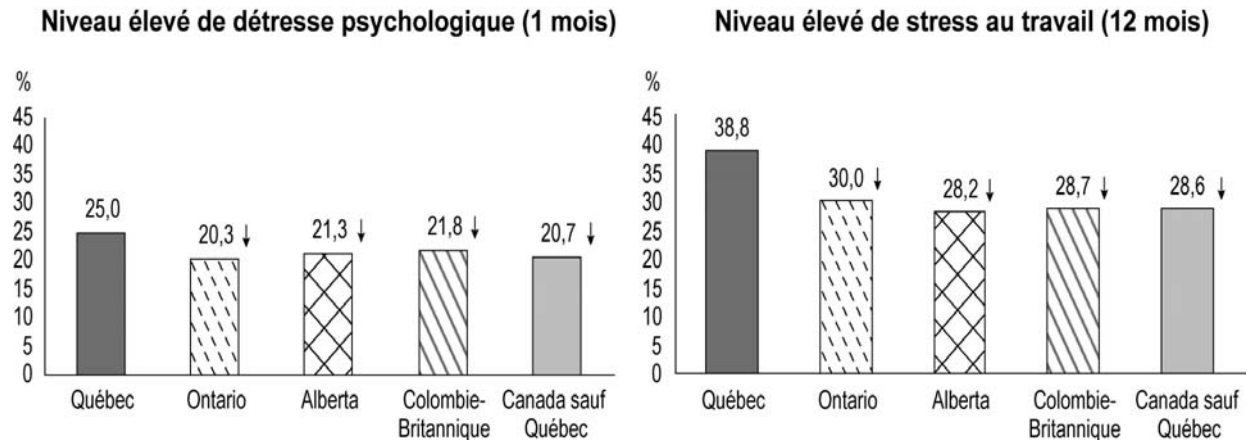
8. Les tableaux de résultats, incluant les intervalles de confiance, sont présentés à l'annexe 3.

Seule la prévalence d'une faible autorité décisionnelle ne présente pas d'écart significatif entre la population en emploi du Québec et celle du reste du Canada (41 %).

Les comparaisons effectuées avec l'Ontario, l'Alberta et la Colombie-Britannique donnent des résultats similaires (figure 13).

Figure 12

Prévalence de la détresse psychologique et du stress au travail, population de 15 à 74 ans¹ en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



1. L'utilisation du fichier de microdonnées à grande diffusion oblige à considérer la population de 15 à 74 ans plutôt que celle de 15 à 75 ans.

↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

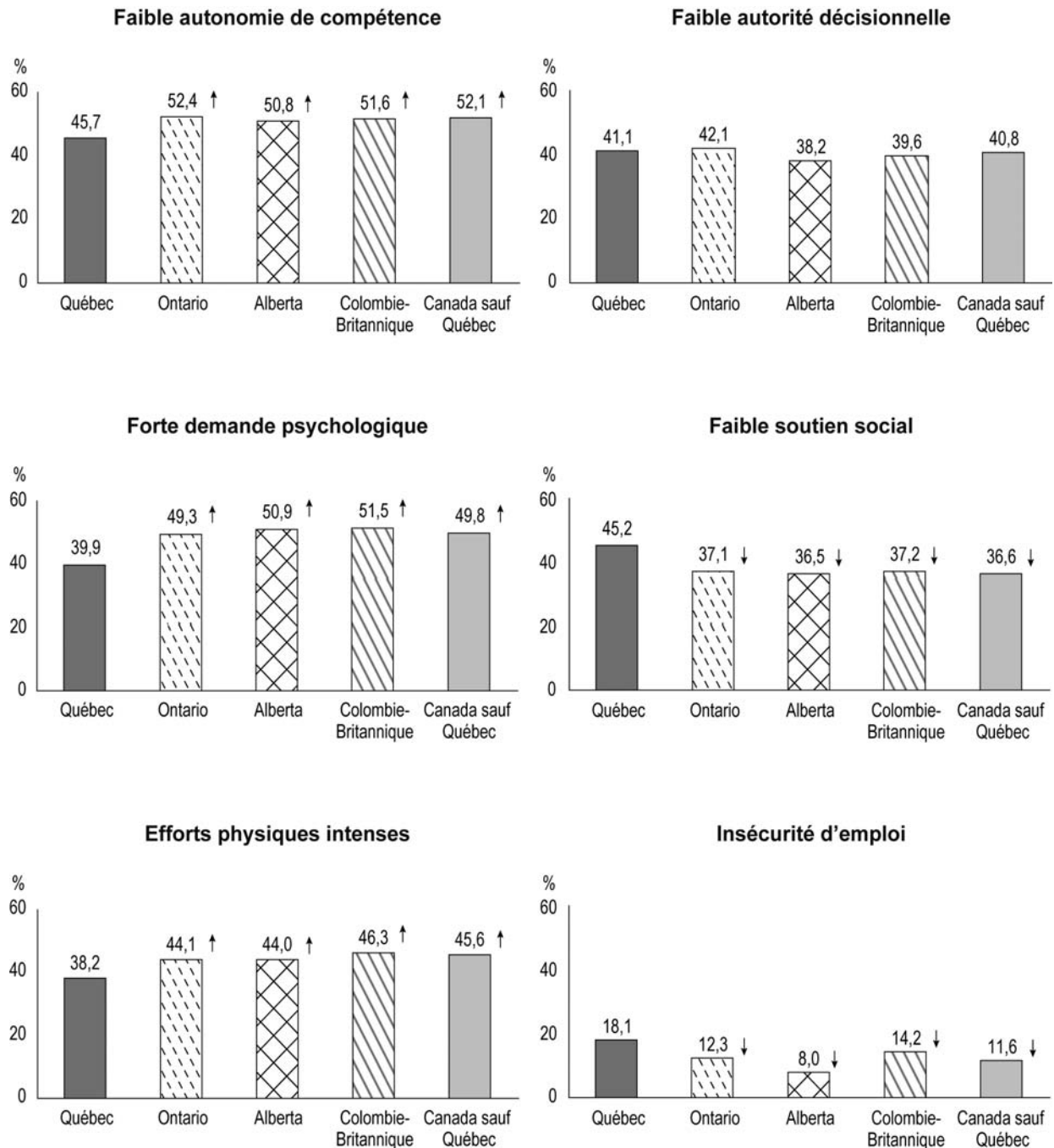
Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Comparaisons interprovinciales en bref

- La proportion de la population en emploi qui ressent un niveau élevé de stress au travail (sur douze mois) ou qui se situe à un niveau élevé de l'échelle de détresse psychologique (sur un mois) est plus forte au Québec que dans le reste du Canada.
- L'insécurité d'emploi et le faible soutien social touchent plus fréquemment la population en emploi au Québec que celle de l'ensemble des autres provinces. À l'inverse, la population québécoise est moins souvent exposée à des contraintes psychosociales de travail comme la faible autonomie de compétence, la forte demande psychologique ou les efforts physiques intenses.

Figure 13

Prévalence des contraintes psychosociales de travail, population de 15 à 74 ans¹ en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



1. L'utilisation du fichier de microdonnées à grande diffusion oblige à considérer la population de 15 à 74 ans plutôt que celle de 15 à 75 ans.

↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

↑ Proportion supérieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Définition des indicateurs

Dépression majeure (épisode dépressif majeur) : voir la définition au chapitre *Troubles mentaux et toxicomanie*.

Indice global de dépression

Mesure de la présence, au cours des douze mois précédant l'enquête, d'une dépression majeure, de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide. Lorsque cette présence est avérée, l'indice est qualifié de « positif ».

Détresse psychologique

Échelle de détresse psychologique K6, établie à partir de la version courte du questionnaire de Kessler (6 questions) (Kessler et autres, 2002) qui établit à quelle fréquence, au cours du dernier mois, la personne s'est sentie nerveuse, désespérée, agitée, déprimée, bonne à rien ou a eu l'impression que tout lui demandait un effort. Cette version est de valeur comparable à l'échelle de 10 questions (échelle K10; voir le chapitre *État de santé mentale et de bien-être*). Dans les analyses du présent chapitre, un score égal ou supérieur à 5 indique un niveau élevé de détresse psychologique.

Stress au travail

Autoévaluation du stress mesurée à partir de la question suivante se rapportant à l'emploi principale et aux douze mois précédant l'enquête : « Diriez-vous que la plupart de vos journées de travail étaient : pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes? » Les personnes ayant répondu que leurs journées de travail étaient assez ou extrêmement stressantes sont considérées comme étant exposées à un stress élevé. Dans la présente étude, cette variable est considérée comme un indicateur de santé, mais la nature de ce concept est incertaine : cause ou effet?

Contraintes psychosociales

Les contraintes psychosociales mesurées font partie des composantes des modèles de Karasek et de Siegrist, les deux modèles les plus largement utilisés et validés pour évaluer les liens entre le stress au travail et la santé. La codification des échelles fait en sorte que plus le score est élevé, plus la situation est défavorable au travailleur.

En référence au modèle de Karasek, les variables suivantes ont été mesurées :

- l'autonomie décisionnelle en deux dimensions, soit :

l'**autonomie de compétence** (« Votre travail exigeait l'acquisition de nouvelles connaissances, Votre travail exigeait un niveau élevé de compétences, Votre travail consistait à refaire toujours les mêmes choses »);

l'**autorité décisionnelle** (« Vous étiez libre de décider de votre façon de travailler, Vous aviez votre mot à dire sur l'évolution de votre travail »);

- la **demande psychologique** (« Votre travail était frénétique, Vous n'aviez pas à répondre à des demandes conflictuelles »);

- le **soutien social** (« Vous étiez exposé à l'hostilité ou aux conflits de vos collègues, Votre surveillant facilitait l'exécution du travail, Vos collègues facilitaient l'exécution du travail »).

Dans la présente étude, pour ce qui est de la faible autonomie décisionnelle (autorité ou compétence), de la forte demande psychologique et du faible soutien social, les personnes exposées sont celles dont le score est supérieur à la médiane de la population.

En référence au modèle de Siegrist, les deux variables mesurées sont :

- la **sécurité d'emploi** (« Vous aviez une bonne sécurité d'emploi »);

- les **efforts physiques** (« Votre travail exigeait beaucoup d'efforts physiques »).

Ces questions étaient répondues au moyen d'une échelle en cinq points allant de « tout à fait d'accord » à « entièrement en désaccord ». Pour la sécurité d'emploi, les personnes exposées à l'insécurité sont celles qui étaient en désaccord ou entièrement en désaccord avec l'énoncé, alors que pour les efforts physiques, ce sont celles qui étaient d'accord ou tout à fait d'accord avec l'énoncé.

Troubles mentaux et toxicomanie

Francine Bernèche*

Institut de la statistique du Québec
Direction des statistiques de santé

Les troubles mentaux, la toxicomanie et les autres problèmes liés à la santé mentale se traduisent souvent par une souffrance importante pour les individus et par des coûts sociaux et économiques substantiels pour la société, leur part du fardeau dépassant même celle attribuable aux cancers (U.S. Department of Health and Human Services, 1999). En outre, des enquêtes populationnelles ont mis en évidence le risque accru de présenter un autre trouble mental en concomitance avec un premier diagnostic (Helzer et Pryzbeck, 1988) et l'impact de cette comorbidité qui s'accompagne d'une demande plus fréquente de services (Kessler et autres, 1996). Non seulement les cas les plus lourds sont les plus susceptibles de consulter, mais la poursuite des traitements suscite aussi des inquiétudes, les patients présentant des troubles concomitants tendant à abandonner leur traitement prématurément.

La publication *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale* (Kairouz et autres, 2008) visait, entre autres, à mesurer la prévalence des troubles mentaux au Québec à partir des résultats de l'ESCC 1.2. Plusieurs problèmes de santé mentale ont été considérés : les troubles anxieux et de l'humeur retenus dans l'enquête, les pensées suicidaires et la tentative de suicide, le jeu pathologique ou à risque, la consommation d'alcool et de drogues ainsi que les troubles qui y sont associés. L'ESCC 1.2 a permis non seulement d'examiner le polyusage d'alcool et de drogues chez les 15 ans et plus, mais aussi de mettre ces problèmes en lien avec les troubles mentaux.

Les deux chapitres précédents ont donné un aperçu de l'état de santé mentale et de bien-être des Québécois, et présenté des éléments importants de la santé mentale au travail. Le présent chapitre aborde de façon spécifique les problèmes liés à la santé mentale : troubles psychiatriques, pensées suicidaires et tentative de suicide, toxicomanie (alcool et substances illicites) et problèmes de jeu. Outre la prévalence de ces problèmes, leur association avec les facteurs sexe, âge et revenu est considérée. Également, un élément inédit est présenté, soit l'examen de la présence concomitante de troubles mentaux et de toxicomanie.

Faits saillants⁹

Troubles mentaux et autres problèmes liés à la santé mentale

L'ESCC 1.2 permet de mesurer deux troubles de l'humeur¹⁰ (dépression majeure et manie) et trois troubles anxieux (trouble panique, phobie sociale et agoraphobie) pour deux périodes : au cours de la vie et sur une période de douze mois. Au Québec, en 2002, un peu plus d'une personne sur cinq (23 %) a déjà souffert de l'un de ces troubles durant sa vie et près d'une sur 10 (8 %), pendant une période de douze mois (figure 14).

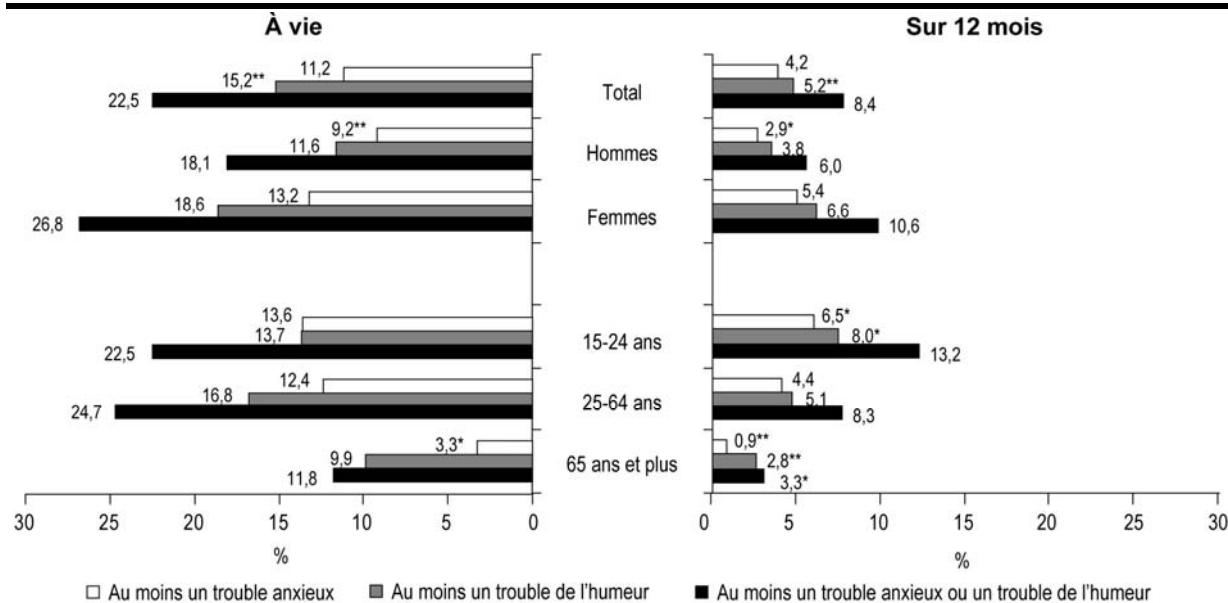
* Synthèse réalisée à partir de la publication suivante : KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAULT et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

9. Des tableaux détaillés incluant les intervalles de confiance sont présentés à l'annexe 2.

10. La définition des indicateurs est présentée à la fin du chapitre.

Figure 14

Prévalence d'au moins un trouble anxieux¹ ou un trouble de l'humeur² à vie ou sur 12 mois selon le sexe et l'âge, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



1. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

2. Dépression majeure ou manie.

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication de S. Kairouz et autres, 2008.

La présence d'au moins un des troubles mentaux mesurés dans l'enquête, que ce soit à vie ou sur douze mois, est en proportion :

- plus forte chez les femmes (respectivement 27 % et 11 %) que chez les hommes (18 % et 6 %);
- plus faible chez les 65 ans et plus que chez les autres groupes d'âge (figure 14).

De même, parmi les cinq troubles retenus, la prévalence d'une dépression majeure à vie (données non illustrées) est :

- plus élevée chez les femmes (17 % c. 11 % pour les hommes);
- moins élevée chez les 65 ans et plus (9 % c. 12 % pour les 15-24 ans et 15 % pour les 25-64 ans).

La surreprésentation des femmes se manifeste également dans la prévalence d'autres

troubles au cours de la vie, soit les pensées suicidaires¹¹ (16 % c. 13 % des hommes) et la tentative de suicide au cours de la vie (5 % c. 1,7 %¹²) (voir le tableau A.4 à l'annexe 2). Dans la population totale, ces proportions atteignent 14 % pour les pensées suicidaires et 3,5 % pour la tentative de suicide; elles sont respectivement de 3,8 % et de 0,3 %¹³ sur une période de 12 mois.

Par ailleurs, les 15-24 ans présentent une prévalence plus élevée que les 65 ans et plus pour :

- au moins un trouble de l'humeur ou anxieux sur douze mois parmi les cinq troubles étudiés (13 % c. 3,3 %) (figure 14);

11. Lorsqu'on tient compte simultanément des variables sexe, âge et revenu (analyses multivariées), seuls l'âge et le revenu demeurent associés aux pensées suicidaires (Kairouz et autres, 2008, p. 34).

12. Interpréter cette estimation avec prudence (coefficient de variation entre 15 % et 25 %).

13. Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement (coefficient de variation supérieur à 25 %).

- un diagnostic de dépression majeure (7,3 %¹⁴ c. 2,8 %) ou de phobie sociale (4,5 %¹⁴ c. 0,7 %¹⁵) sur douze mois (données non illustrées).

Enfin, les personnes faisant partie d'un ménage à revenu inférieur se différencient de celles disposant d'un revenu supérieur par une plus forte prévalence, au cours de la vie, d'au moins un des troubles mesurés (29 % c. 21 %) ainsi que des pensées suicidaires (18 % c. 9 %) et d'une tentative de suicide (7 %¹⁴ c. 2 %¹⁵) (données non illustrées). La présence sur douze mois d'au moins un des troubles étudiés est aussi rapportée plus fréquemment par les personnes à revenu inférieur et celles à revenu moyen inférieur (respectivement 15 % et 8 % c. 6 %¹⁴ pour le revenu supérieur).

Plusieurs troubles mentaux sont liés au suicide. Ainsi, parmi les personnes ayant déclaré des pensées suicidaires sur douze mois :

- près de 6 sur 10 présentent un trouble de l'humeur au cours de leur vie (58 % c. 14 % des personnes n'ayant pas eu de pensées suicidaires) (voir le tableau A.5 à l'annexe 2);
- près de 4 sur 10 présentent un trouble de l'humeur sur douze mois (39 % c. 3,9 %).

D'autre part, parmi les personnes ayant rapporté une tentative de suicide sur douze mois :

- près de 9 sur 10 présentent un trouble de l'humeur durant leur vie (88 % c. 15 % des personnes n'ayant pas fait une tentative de suicide);
- environ 7 sur 10 présentent un trouble de l'humeur sur douze mois (70 %¹⁴ c. 5 %).

Le même phénomène est observé pour la présence de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide à vie, mais les écarts sont plus faibles (voir le tableau A.5 à l'annexe 2).

On estime à environ 1,7 %¹⁴ la proportion de joueurs pathologiques ou à risque modéré dans la

population québécoise âgée de 15 ans et plus. La majorité des Québécois (78 %) sont des joueurs sans problème ou à faible risque de développer un problème de jeu. Les non-joueurs¹⁶ représentent environ le cinquième de la population au Québec.

Les prévalences de la dépendance à l'alcool et du jeu pathologique ou à risque modéré sont plus élevées chez les personnes ayant déjà eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (respectivement 6 %¹⁴ et 3,7 %¹⁴) que chez celles n'en ayant jamais eues (respectivement 1,1 %¹⁴ et 1,3 %¹⁴) (données non illustrées). Notons que la proportion de joueurs pathologiques ou à risque modéré de développer un problème de jeu ne diffère pas significativement selon qu'il y a présence ou non d'un trouble mental, d'une dépendance ou d'un usage de substances illicites (données non illustrées)¹⁷.

Consommation d'alcool et de substances illicites

Au Québec, en 2002, environ 82 % des personnes de 15 ans et plus prennent au moins un verre d'alcool au cours d'une année et 44 % consomment de l'alcool régulièrement (données non illustrées). Par ailleurs, environ 16 % consomment de façon excessive et 1,8 % présentent un diagnostic de dépendance à l'alcool (figure 15). Ces résultats varient selon le sexe et l'âge :

- les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à consommer de façon excessive (25 % c. 8 %) et à présenter une dépendance à l'alcool (2,7 % c. 0,9 %);
- comparativement aux autres groupes d'âge, les jeunes (15-24 ans) sont aussi proportionnellement plus nombreux à présenter une consommation excessive ou une dépendance à l'alcool (figure 15).

14. Interpréter cette estimation avec prudence (coefficient de variation entre 15 % et 25 %).

15. Estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement (coefficient de variation supérieur à 25 %).

16. Personnes qui n'ont pas participé à un jeu de hasard ou d'argent au cours d'une période de douze mois.

17. Selon les critères utilisés pour la synthèse (voir l'annexe 1), les données relatives aux jeux de hasard et d'argent n'ont pas été retenues pour la présentation en figure ou en tableau. Voir la publication *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale* (Kairouz et autres, 2008) pour des informations plus détaillées.

De toutes les substances illicites considérées dans l'ESCC 1.2, le cannabis est nettement la substance la plus consommée au Québec : environ 13 % de la population de 15 ans et plus en a fait usage plus d'une fois durant une période de douze mois, alors que le tiers en a déjà consommé au cours de la vie (voir le tableau A.6 à l'annexe 2). L'usage du cannabis sur douze mois (figure 15) est :

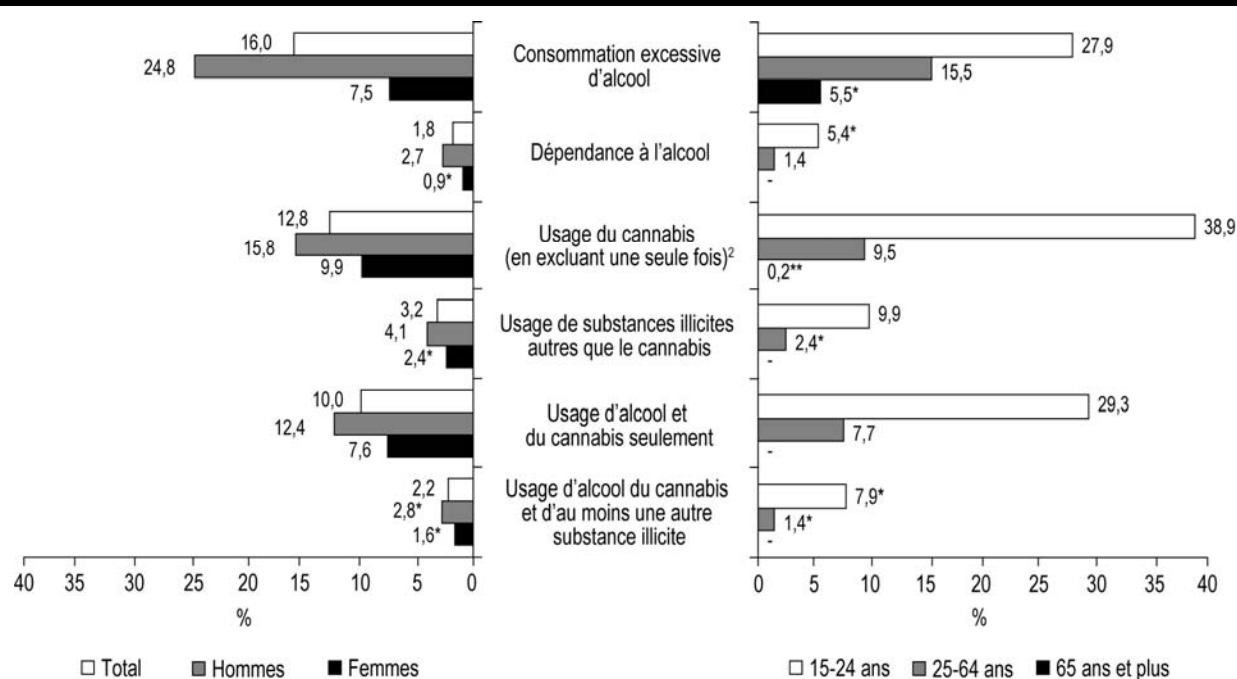
- plus répandu chez les hommes (16 %) que chez les femmes (10 %);
- plus courant chez les 15-24 ans (39 %) que chez les 25-64 ans (10 %) ou les 65 ans et plus (0,2 %).

On estime que 3,2 % de la population québécoise de 15 ans et plus a consommé au moins une substance illicite autre que le cannabis sur douze mois et qu'environ 16 % l'ont fait au cours de la vie (voir le tableau A.6 à l'annexe 2). Outre le cannabis, la cocaïne/crack et le PCP/LSD sont les substances les plus consommées à vie (respectivement 9 % et 8 %) (données non illustrées). Comme pour le cannabis, la consommation d'autres substances illicites considérée durant une période de douze mois touche :

- les hommes en plus forte proportion que les femmes (4,1 % c. 2,4 %);
- les 15-24 ans davantage que les autres groupes d'âge (figure 15).

Figure 15

Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool, usage du cannabis ou d'autres substances illicites, et polyusage d'alcool et de substances illicites sur 12 mois selon le sexe¹ et l'âge¹, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



- Néant ou zéro.

1. Le test d'association entre cette variable et la consommation excessive d'alcool, la dépendance à l'alcool, l'usage du cannabis ou d'autres substances illicites, et le polyusage d'alcool et de substances illicites est significatif au seuil de 5 %.

2. Consommation de la marijuana, du cannabis ou du haschisch plus d'une fois sur une période de 12 mois.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication de S. Kairouz et autres, 2008.

Au cours d'une période de douze mois, environ un Québécois sur 10 âgés de 15 ans et plus a consommé à la fois de l'alcool et du cannabis (sans autre substance illicite), alors que 2,2 % ont aussi fait usage d'au moins une autre substance illicite (figure 15). Ce polyusage de substances psychoactives est plus répandu parmi les 15 à 24 ans que dans les autres groupes d'âge; il en est de même chez les hommes par rapport aux femmes.

Enfin, le revenu est associé de manière significative à l'usage de substances illicites autres que le cannabis sur douze mois : cet usage est plus répandu chez les personnes à revenu inférieur (7 %) que celles appartenant aux autres catégories de revenu prises ensemble (2,8 %) (données non illustrées). Aucune différence significative selon le niveau de revenu n'est cependant observée pour la consommation excessive d'alcool ou l'usage du cannabis (en excluant une seule fois).

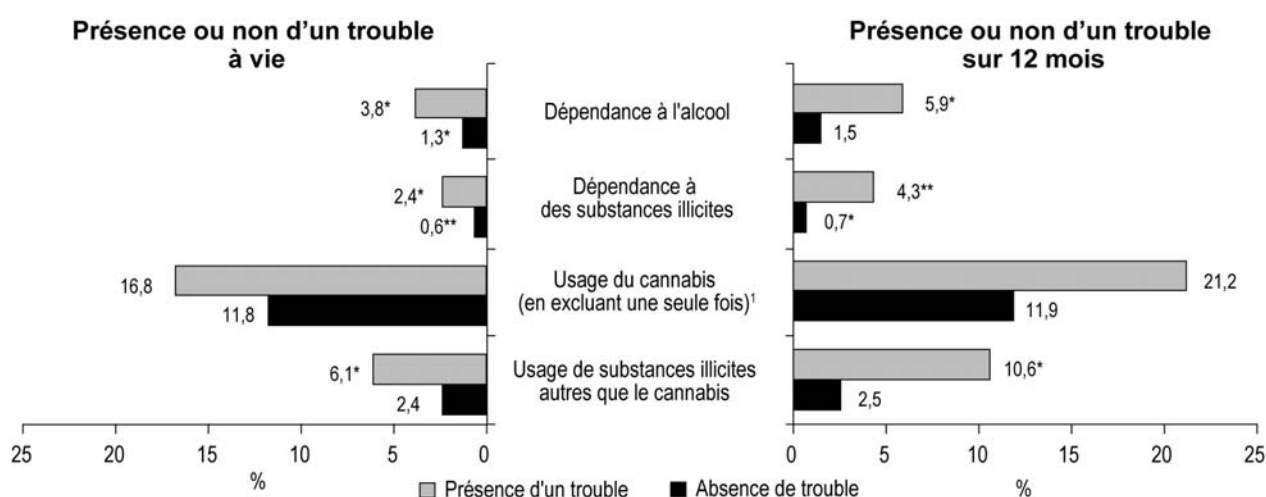
Concomitance des troubles mentaux et de l'usage de substances psychoactives

Les personnes présentant au moins un des troubles à l'étude (à vie ou sur douze mois) sont plus nombreuses à faire usage du cannabis (respectivement 17 % et 21 %) ou d'autres substances illicites (6 % et 11 %) au cours d'une période de douze mois que celles ne présentant aucun de ces troubles (figure 16).

Il existe aussi une relation entre la dépendance à l'alcool ou à des substances illicites sur une période de douze mois et la présence d'au moins un trouble de l'humeur ou anxieux (figure 16) : les prévalences sont plus élevées chez les personnes ayant souffert d'au moins un trouble de l'humeur ou anxieux à vie (3,8 % pour la dépendance à l'alcool et 2,4 % pour la dépendance à des substances illicites) ou sur douze mois (respectivement 6 % et 4,3 %).

Figure 16

Prévalence de la dépendance¹ à l'alcool ou à des substances illicites, de l'usage¹ du cannabis ou d'autres substances illicites durant une période de 12 mois selon la présence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux à vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec, 2002



1. Le test d'association entre chacune de ces dépendances ou chacun de ces usages et la présence d'un trouble (à vie ou sur douze mois) est significatif au seuil de 5 %. Voir le tableau A.7 à l'annexe 2.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication de S. Kairouz et autres, 2008.

Troubles mentaux et toxicomanie en bref

Au Québec, en 2002

Troubles de l'humeur et troubles anxieux

- Environ 23 % des personnes de 15 ans et plus ont déjà souffert, durant leur vie, d'au moins un des cinq troubles mentaux étudiés et 8 % ont souffert d'au moins un de ces troubles au cours d'une période de douze mois.
- La proportion de personnes présentant au moins un des troubles étudiés, soit un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, est plus élevée chez les femmes et plus faible chez les 65 ans et plus.
- La présence d'au moins un des troubles étudiés au cours de la vie est rapportée plus fréquemment par les personnes à revenu inférieur et sur douze mois, par ces personnes et celles à revenu moyen inférieur.

Pensées suicidaires et tentative de suicide

- Au cours de leur vie, près de 14 % des personnes de 15 ans et plus ont eu des pensées suicidaires et environ 3,5 % ont fait une tentative de suicide.
- Comparativement aux hommes, les femmes rapportent dans une proportion plus élevée des pensées suicidaires et au moins une tentative de suicide durant leur vie.
- Parmi les personnes ayant eu des pensées suicidaires sur douze mois, environ 58 % présentent un trouble de l'humeur à vie et 39 %, un trouble de l'humeur sur douze mois; parmi les personnes ayant fait une tentative de suicide sur douze mois, environ 88 % présentent un trouble de l'humeur à vie.

Consommation d'alcool et de substances illicites

- Sur une période de douze mois, environ 16 % des personnes de 15 ans et plus consomment périodiquement de l'alcool de façon excessive et 1,8 % présentent un diagnostic de dépendance à l'alcool.
- Près du tiers des personnes de 15 ans et plus ont consommé du cannabis plus d'une fois au cours de leur vie et 13 %, au cours d'une période de douze mois.
- Près de 16 % des personnes de 15 ans et plus ont consommé une substance illicite autre que le cannabis au cours de leur vie et 3,2 %, sur une période de douze mois; la cocaïne/crack et le PCP/LSD sont les plus consommés à vie (respectivement 9 % et 8 % de la population).
- Environ 10 % des personnes de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool et du cannabis sans autre substance illicite sur une période de douze mois, alors que 2,2 % ont consommé ces substances et au moins une substance illicite additionnelle.
- Les hommes et les 15-24 ans sont proportionnellement plus nombreux à rapporter une consommation excessive et une dépendance à l'alcool, à consommer du cannabis ou au moins une autre substance illicite au cours de leur vie, à faire un usage concomitant de l'alcool et du cannabis, ou de ces deux substances et d'au moins une autre substance illicite, sur douze mois.

Concomitance des troubles mentaux et de l'usage de substances psychoactives

- Les prévalences de l'usage du cannabis et de l'usage d'au moins une autre substance illicite sur douze mois sont plus élevées parmi les personnes présentant au moins un des troubles mentaux étudiés, au cours de leur vie ou d'une période de douze mois.
- La prévalence de la dépendance à l'alcool sur douze mois est plus élevée chez les personnes présentant au moins un des troubles mentaux étudiés, au cours de leur vie ou sur une période de douze mois; il en est de même pour la prévalence de la dépendance aux substances illicites sur douze mois.

Comparaisons interprovinciales

Cette section présente les proportions que l'on obtiendrait pour les autres provinces si leur population avait la même structure par âge et par sexe que celle du Québec (données standardisées).

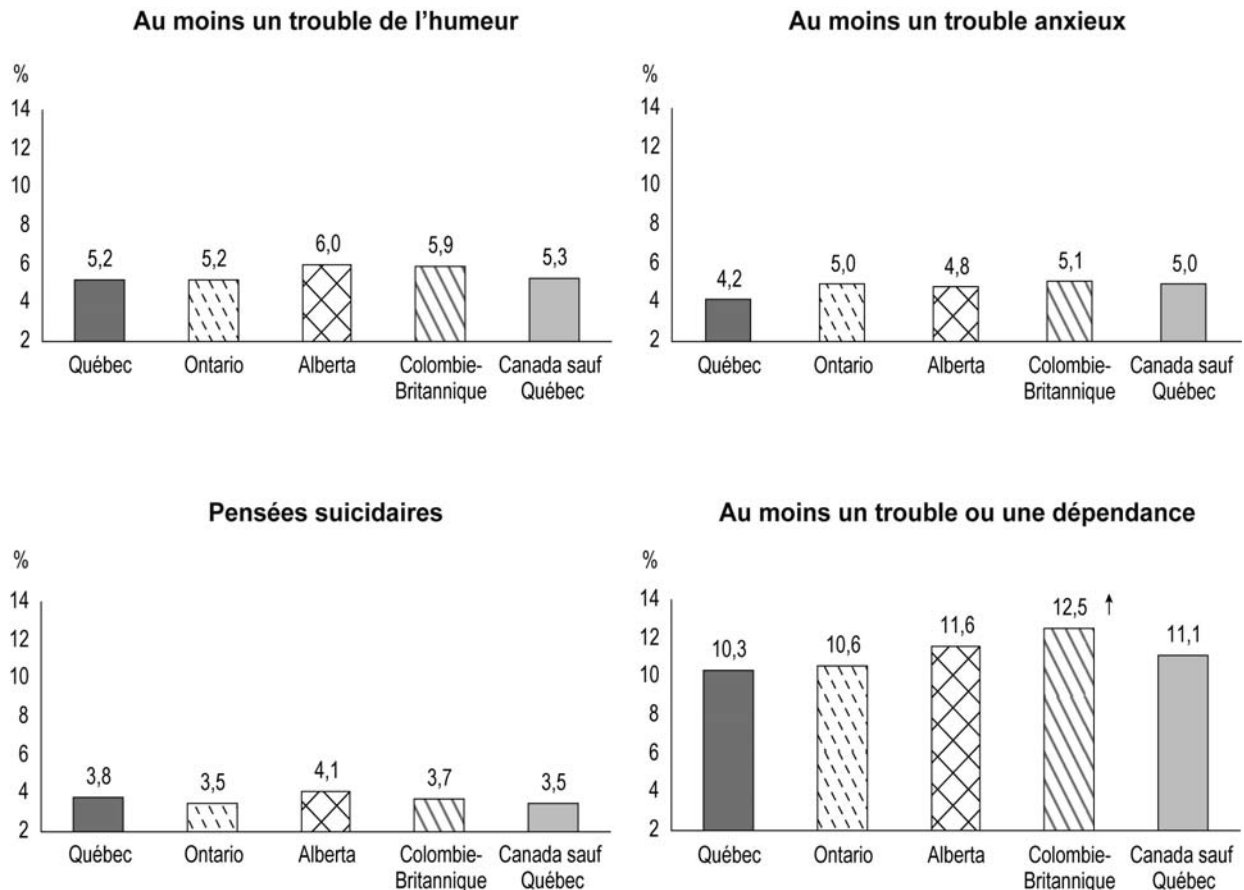
Troubles mentaux, pensées suicidaires et dépendances

Le Québec ne présente pas de différences significatives avec l'ensemble des neuf autres

provinces canadiennes pour ce qui est de la prévalence des troubles mentaux : troubles de l'humeur, troubles anxieux ou pensées suicidaires. Lorsqu'on attribue la structure par sexe et par âge du Québec aux autres provinces (données standardisées), les prévalences demeurent de l'ordre de 5 % (figure 17). Seule la prévalence d'au moins un trouble mental ou une dépendance à une substance, qui atteint environ 10 % au Québec, est significativement inférieure à celle mesurée en Colombie-Britannique (13 %).

Figure 17

Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une dépendance à une substance et des pensées suicidaires sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



↑ Proportion supérieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Consommation d'alcool et de substances illicites

Au Québec, en 2002, près d'une personne sur six rapporte avoir consommé périodiquement de l'alcool de façon excessive au cours d'une période de douze mois et 1,8 % de la population présente un diagnostic de dépendance à l'alcool durant la même période (figure 18). Par ailleurs, le cannabis est de loin la substance illicite la plus consommée au Québec à vie, 33 % de la population en ayant fait usage plus d'une fois; viennent ensuite la cocaïne/crack (9 %) et le PCP/LSD (8 %). Les hommes et les jeunes (15-24 ans) sont proportionnellement plus nombreux à faire une consommation excessive d'alcool ou à en dépendre ainsi qu'à faire usage du cannabis ou d'autres substances illicites (données non illustrées).

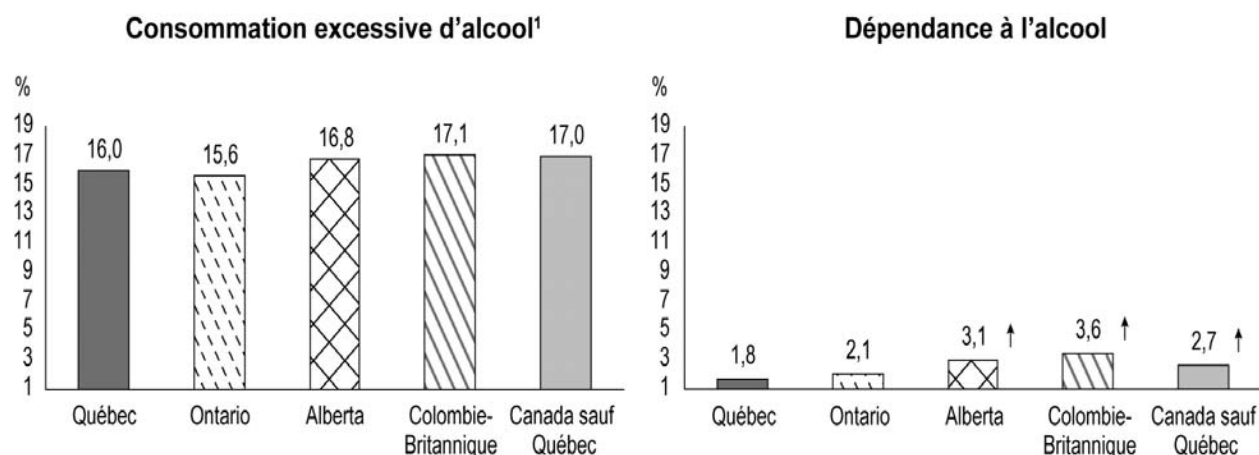
Les données standardisées selon la répartition âge-sexe québécoise montrent que le Québec

ne diffère pas significativement de l'ensemble des autres provinces pour ce qui est de la consommation excessive d'alcool. Par contre, la dépendance à l'alcool est moins répandue au Québec que dans le reste du Canada, particulièrement en Alberta et en Colombie-Britannique (figure 18).

Alors que deux provinces diffèrent du Québec quant à l'usage de la cocaïne (moins répandu en Ontario et plus en Colombie-Britannique), plusieurs écarts significatifs se rapportent à la consommation du cannabis, comme le montrent les données standardisées (figure 19). Ainsi, 13 % des Québécois ont consommé du cannabis plus d'une fois au cours d'une période de douze mois, une proportion plus forte que celle notée chez les résidents de l'ensemble des autres provinces (11 %), notamment ceux de l'Ontario (9 %) et de l'Alberta (11 %).

Figure 18

Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



1. Consommation de 5 verres et plus en une même occasion au moins une fois par mois dans les douze mois précédant l'enquête.

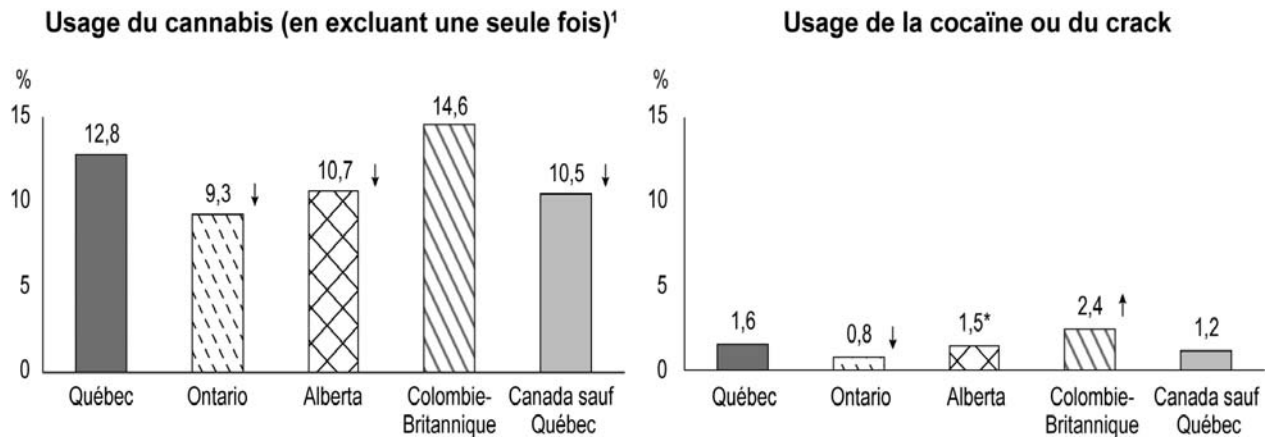
↑ Proportion supérieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Figure 19

Usage du cannabis et de la cocaïne ou du crack au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



1. Consommation du cannabis, de la marijuana et du haschich plus d'une fois dans les 12 mois précédant l'enquête.

↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Comparaisons interprovinciales en bref

- Les données standardisées ne montrent pas d'écart significatif entre le Québec et l'ensemble des autres provinces canadiennes pour ce qui est de la présence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux au cours d'une période de douze mois.
- De même, les données standardisées ne permettent pas de différencier significativement le Québec du reste du Canada en ce qui a trait à la présence de pensées suicidaires sur douze mois.
- En 2002, la dépendance à l'alcool touche une proportion moindre de la population au Québec (1,8 %) que dans le reste du Canada (2,7 %), tandis que la consommation excessive d'alcool concerne environ le sixième des personnes de 15 ans et plus dans ces deux populations.
- L'usage du cannabis est plus répandu au Québec (13 %) que dans l'ensemble des neuf autres provinces canadiennes (11 %), alors que l'usage de la cocaïne ou du crack ne diffère pas significativement dans les deux populations.

Définition des indicateurs

Troubles mentaux et autres problèmes liés à la santé mentale

Les troubles mentaux retenus dans l'ESCC 1.2 ont été mesurés par des sous-ensembles de questions du *World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI)*¹⁸, modifiées pour les besoins de l'enquête. Il s'agit des troubles de l'humeur (dépression majeure ou manie) et des troubles anxieux (trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie).

Dépression majeure (épisode dépressif majeur)

Période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour des activités normales, associée à au moins cinq des symptômes suivants : une réduction de l'énergie, un changement de sommeil ou de l'appétit, des difficultés à se concentrer ou un sentiment de culpabilité, de désespoir ou des idées suicidaires. Ces symptômes n'étaient pas mieux expliqués par un deuil et entraînaient chez les personnes une altération de leur fonctionnement professionnel, social ou dans d'autres domaines importants.

Manie

Période d'au moins une semaine, ou ayant entraîné l'hospitalisation, caractérisée par des sentiments exagérés de bien-être, d'énergie et de confiance en soi qui peuvent mener la personne à perdre la notion de la réalité. Les symptômes incluent la fuite des idées ou la sensation que les pensées défilent trop vite, l'augmentation de l'estime de soi, la réduction du besoin de sommeil, le désir de parler constamment et l'irritabilité. Ces symptômes entraînaient une altération du fonctionnement professionnel ou social des personnes ou l'existence de caractéristiques psychotiques.

Trouble panique ou attaque de panique

Attaques récurrentes et inattendues de crainte intense et d'anxiété, en l'absence d'un vrai danger, accompagnées de symptômes physiologiques comme des palpitations, une douleur à la poitrine, une sensation d'étouffement ou de vertige, de la transpiration, des nausées ou une gêne abdominale, des tremblements, des bouffées de chaleur ou des frissons. Au moins une de ces attaques devait être suivie, pendant un mois ou plus, de la crainte d'en avoir d'autres, de préoccupations à propos de leurs conséquences, ou d'un changement de comportement important en relation avec ces attaques.

Phobie sociale

Peur persistante, irrationnelle, de situations durant lesquelles la personne pourrait être observée attentivement et jugée par autrui, comme prendre la parole en public, manger en public ou utiliser des installations publiques. Les symptômes incluent l'évitement ou l'anticipation anxieuse des situations redoutées et des symptômes physiques tels que l'augmentation du rythme cardiaque, des nausées, la bouche sèche, des sueurs, des douleurs à la poitrine, des vertiges, des étourdissements et des attaques de panique. Ces symptômes entraînaient une altération du fonctionnement professionnel ou social des personnes ou de leurs relations avec autrui.

Agoraphobie

Peur et évitement d'être dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours. Les situations redoutées incluent le fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, d'être sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture. Les situations peuvent être subies avec une détresse qui peut inclure des étourdissements, des sueurs, des douleurs à la poitrine, des nausées, un sentiment d'impuissance ou de détachement, ou un sentiment que le corps ou l'environnement n'est pas réel. L'agoraphobie peut s'accompagner d'un trouble panique.

La variable **pensées suicidaires** concerne les personnes qui ont sérieusement pensé se suicider au cours de la vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête.

18. Le CIDI est un instrument de diagnostic structuré qui a été conçu pour produire des diagnostics conformes aux définitions et aux critères du DSM-III-R ainsi que des critères diagnostiques pour la recherche de la Classification internationale des maladies 10^e révision (CIM-10).

Définition des indicateurs (suite)

Le **type de joueurs** est basé sur l'indice de gravité du jeu pathologique (IGJP), une mesure diagnostique de neuf items conçue pour la population générale. L'IGJP mesure la fréquence d'attitudes, comportements et problèmes reliés au jeu (0 « jamais »; 1 « quelquefois »; 2 « la plupart du temps »; 3 « presque toujours ») pour un score final variant entre 0 et 27. En raison de la petite taille de l'échantillon et aux fins de l'analyse, trois catégories de joueurs ont été créées aux fins de l'analyse à partir des six catégories initialement établies; ces catégories sont définies de la façon suivante :

- **Non-joueurs** : les répondants qui n'ont rapporté aucune activité de jeu au cours des douze mois précédant l'enquête;
- **Joueurs sans problème ou à faible risque de développer un problème de jeu** : les répondants qui se considèrent comme étant des non-parieurs, ceux qui ont rapporté avoir joué cinq fois ou moins au cours des douze mois précédant l'enquête sur l'ensemble des activités de jeu et ceux qui ont obtenu un score inférieur à 3 pour l'IGJP;
- **Joueurs à risque modéré ou joueurs pathologiques** : les répondants ayant obtenu un score supérieur ou égal à 3 pour l'IGJP.

Usage de substances et dépendance

Consommation excessive d'alcool

Consommation de cinq verres et plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois au cours des douze mois précédant l'enquête.

Consommation du cannabis au cours de la vie

Consommation (en excluant une seule fois) de la marijuana, du cannabis ou du haschich.

Consommation du cannabis au cours d'une période de douze mois

Consommation de la marijuana, du cannabis ou du haschich (en excluant une seule fois) au cours des douze mois précédant l'enquête.

Dépendance à l'alcool ou dépendance aux substances illicites

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois manifestations ou plus à un moment quelconque d'une période continue de douze mois. La dépendance à l'alcool ou aux substances illicites se rapporte à la tolérance, l'état de manque ou la perte de contrôle ou à des problèmes sociaux ou physiques liés à la consommation de ces substances. Dans l'ESCC 1.2, l'indice de dépendance à l'alcool et l'indice de dépendance aux substances illicites reposent sur un sous-ensemble de questions tirées de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) (Kessler et autres, 1998). Les personnes qui obtiennent une cote égale ou supérieure à 3 pour le questionnaire abrégé sont définies comme étant des cas probables de dépendance. Un score positif n'inclut pas nécessairement le critère de la dépendance physique à l'alcool.

Usage d'une substance illicite

Usage d'au moins une des sept substances illicites couvertes par l'enquête (cocaïne/crack, speed [amphétamine], MDMA [ecstasy], PCP/LSD, solvant/essence/colle, héroïne, stéroïde) au cours de la vie ou au cours des douze mois précédant l'enquête.

Polyusage de substances psychoactives

Usage de plus d'une substance au cours des douze mois précédant l'enquête, soit : l'alcool, le cannabis et les autres substances illicites mesurées dans l'enquête (« aucune », « alcool », « substances illicites », « alcool et cannabis », « alcool et substances illicites [excluant le cannabis] », « alcool, cannabis et autres substances illicites »).

Services et médicaments

Francine Bernèche*

Institut de la statistique du Québec
Direction des statistiques de santé

Les problèmes liés à la santé mentale peuvent conduire les individus qui les vivent à chercher de l'aide afin de maintenir ou de rétablir un équilibre psychique. Dans les pays industrialisés, moins de 50 % des personnes souffrant de troubles mentaux courants demanderaient de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale sur une période de douze mois (Fournier et autres, 1997; Kessler et autres, 2003; Lesage et autres, 2006). Les raisons de non-utilisation des services révélées dans quelques enquêtes antérieures concernent avant tout l'acceptabilité, principalement le fait de penser être en mesure de régler soi-même le problème ou de croire que ce dernier disparaîtra de lui-même, plutôt que l'accessibilité ou la disponibilité des services. Toutefois, même si une personne utilise des services, ceux-ci ne combleront pas nécessairement ses besoins d'aide en santé mentale, l'intervention proposée pouvant être insuffisante ou inadéquate. Or, peu d'études ont été menées sur la nature et l'adéquation des interventions fournies. Ces différentes questions ont été abordées dans l'analyse des données du cycle 1.2 de l'ESCC.

La publication intitulée *Utilisation de services et consommation de médicaments liées aux problèmes de santé mentale* (Lesage et autres, 2009) présente d'abord un portrait de la consultation de ressources et de la prise de médicaments à des fins de santé mentale. Elle examine ensuite les types d'aide requise ainsi que les barrières à l'utilisation des services.

Le tour d'horizon de la santé mentale des adultes québécois a pris comme point de départ l'état de santé mentale et de bien-être de la population pour traiter par la suite de thèmes précis comme la santé mentale au travail, puis les troubles mentaux et la toxicomanie. Afin de mettre à profit les résultats de l'ESCC 1.2 dans la planification

sociosanitaire, il importe d'ajouter la dimension de l'utilisation de services et de la prise de médicaments à des fins de santé mentale. Ce portrait du recours à la consultation et à la médication est complété par l'identification des besoins non comblés d'aide en santé mentale et des barrières qui peuvent les susciter.

Faits saillants¹⁹

Utilisation de services

En 2002, environ le dixième de la population québécoise âgée de 15 ans et plus a utilisé au moins une ressource²⁰ à des fins de santé mentale sur une période de douze mois (voir le tableau A.9 à l'annexe 2). Les femmes consultent davantage que les hommes (13 % c. 6 %; il en est de même pour les membres de ménages à revenu inférieur par rapport aux personnes des autres catégories de revenu²¹ (données non illustrées). L'utilisation d'au moins une ressource à des fins de santé mentale n'est pas significativement liée à l'âge.

Les médecins généralistes et les psychologues sont les intervenants les plus consultés (respectivement 4,8 % et 3,7 % de la population de 15 ans et plus) pour des raisons de santé mentale sur une période de douze mois (données non illustrées).

* Synthèse réalisée à partir de la publication suivante : LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.

19. Des tableaux détaillés incluant les intervalles de confiance sont présentés à l'annexe 2.

20. La définition des indicateurs est présentée à la fin du chapitre.

21. En 2002, les proportions de personnes ayant consulté au moins une ressource à des fins de santé mentale sont de 14 % pour un niveau de revenu inférieur, de 8 % et de 9 % pour un revenu moyen inférieur ou supérieur; et de 8 % pour un revenu supérieur.k

La présence d'un trouble déjà diagnostiqué augmente la probabilité de consulter, mais celle-ci varie selon le type de diagnostic (figure 20) :

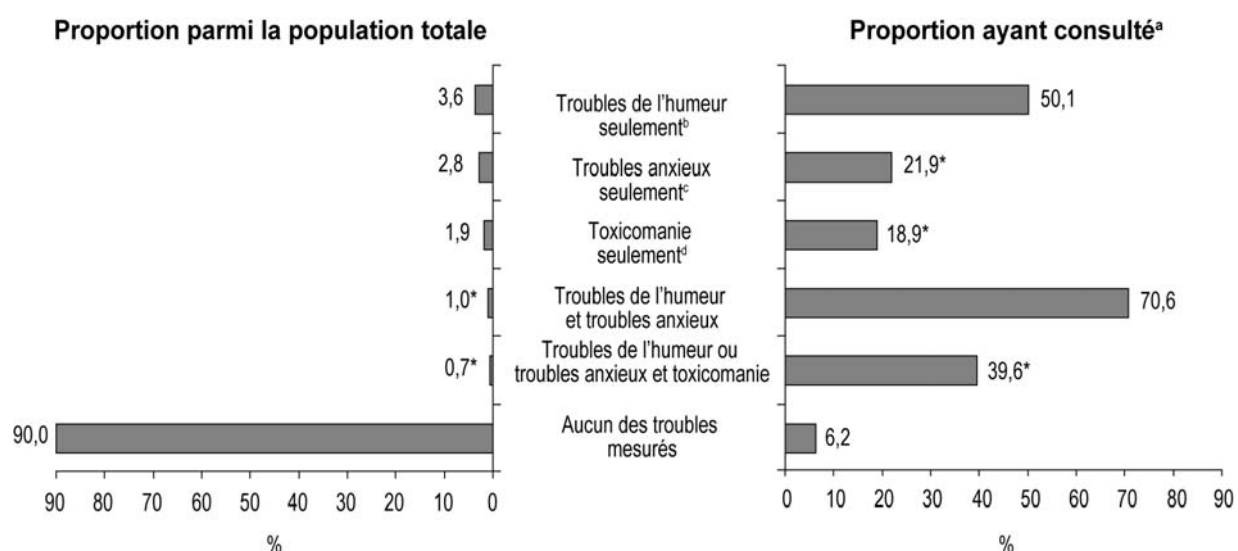
- les personnes souffrant exclusivement de troubles anxieux ou de problèmes de toxicomanie sont moins susceptibles de rechercher de l'aide que les personnes ayant reçu un autre type de diagnostic, environ le cinquième d'entre elles ayant consulté;
- la moitié des personnes présentant exclusivement des troubles de l'humeur ont consulté au moins une ressource à des fins de santé mentale;

- les personnes souffrant à la fois de troubles de l'humeur et de troubles anxieux sont les plus susceptibles (71 %); le taux de consultation est aussi élevé (40 %) pour les personnes présentant une toxicomanie associée soit à un trouble de l'humeur, soit à un trouble anxieux.

Au total, c'est moins de la moitié (38 %) des personnes ayant reçu un diagnostic pour l'un ou l'autre des troubles mentaux mesurés qui ont consulté à des fins de santé mentale durant une période de douze mois (données non illustrées).

Figure 20

Proportion de personnes ayant utilisé au moins une ressource¹ à des fins de santé mentale sur une période de 12 mois parmi les personnes ayant reçu ou non un diagnostic², population de 15 ans et plus, Québec, 2002



1. Ressources du système de soins (médecin généraliste ou spécialiste, psychiatre, psychologue, infirmière, travailleur social/conseiller/psychothérapeute), conseiller religieux ou autre professionnel, groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide, ligne téléphonique, hospitalisation.
 2. Diagnostic exclusif; sur une période de 12 mois, une personne ne peut se retrouver que dans l'une des six possibilités de diagnostic décrites. Le test d'association entre l'utilisation d'au moins une ressource et le diagnostic exclusif est significatif au seuil de 5 %. Voir les tableaux A.8 et A.9 à l'annexe 2.
- a. Proportion des personnes ayant reçu ou non un diagnostic de trouble mental sur une période de 12 mois qui ont utilisé au moins une ressource à des fins de santé mentale durant la même période.
- b. Dépression majeure ou manie.
- c. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.
- d. Dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication d'A. Lesage et autres, 2009.

Consommation de médicaments

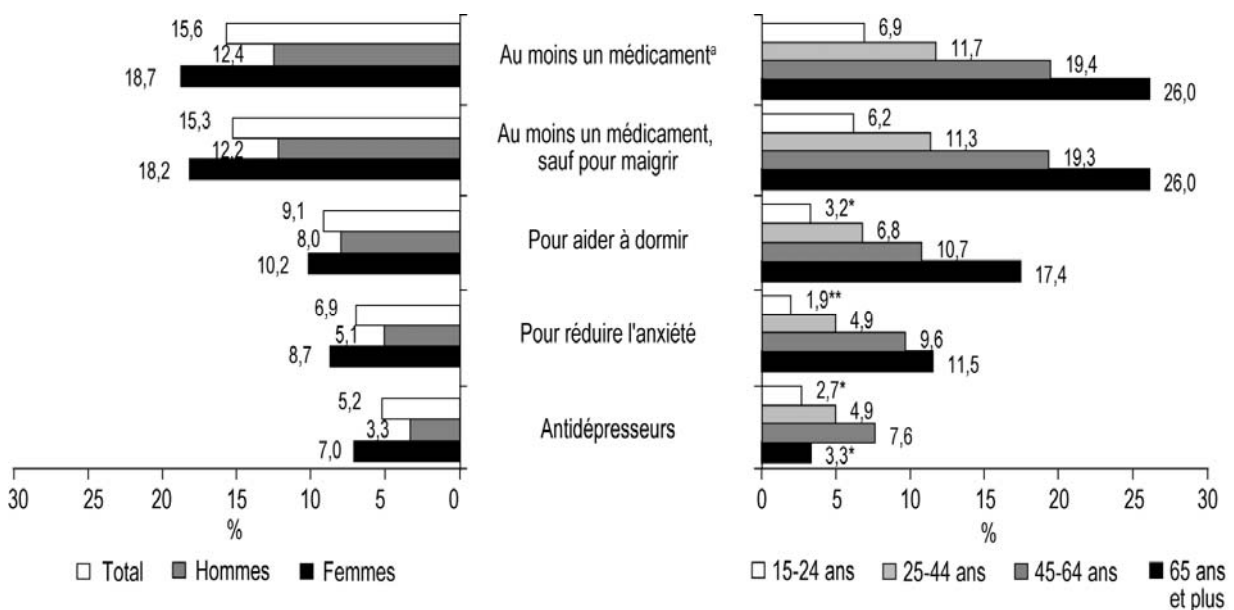
Au Québec, près d'une personne sur six parmi les 15 ans et plus a consommé au moins un médicament, prescrit ou non, au cours d'une période de douze mois (figure 21). Les médicaments pour dormir sont les plus utilisés (9 % de la population), suivis par les médicaments pour réduire l'anxiété (7 %) et les antidépresseurs (5 %). La consommation de médicaments varie selon le sexe, l'âge et le revenu :

- la consommation est plus répandue chez les femmes (19 %) que chez les hommes (12 %), et ce, pour chaque type de médicaments étudiés (figure 21);

- exception faite des antidépresseurs, la proportion de consommateurs de médicaments augmente de façon continue avec l'âge et tend à être plus élevée chez les personnes âgées pour chaque type de médicaments; les médicaments pour aider à dormir sont surtout consommés par les personnes de 65 ans et plus (17 %), tandis que les antidépresseurs le sont davantage par celles âgées de 45 à 64 ans (8 %);
- la proportion de consommateurs tend à diminuer avec la hausse du revenu, passant de 26 % parmi les personnes à revenu inférieur à 11 % parmi celles à revenu supérieur (données non illustrées).

Figure 21

Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) sur 12 mois selon le sexe¹ et l'âge², population de 15 ans et plus, Québec, 2002



- Le test d'association entre la consommation de chaque type de médicaments et la variable sexe est significatif au seuil de 5 %.
 - Le test d'association entre la consommation de chaque type de médicaments et la variable âge est significatif au seuil de 5 %.
- a. Parmi les types de médicaments suivants : pour aider à dormir, pour réduire l'anxiété, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, pour traiter les comportements psychotiques, stimulants, pour maigrir.
- * Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.
- ** Coefficient de variation > 25 %; estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication d'A. Lesage et autres, 2009.

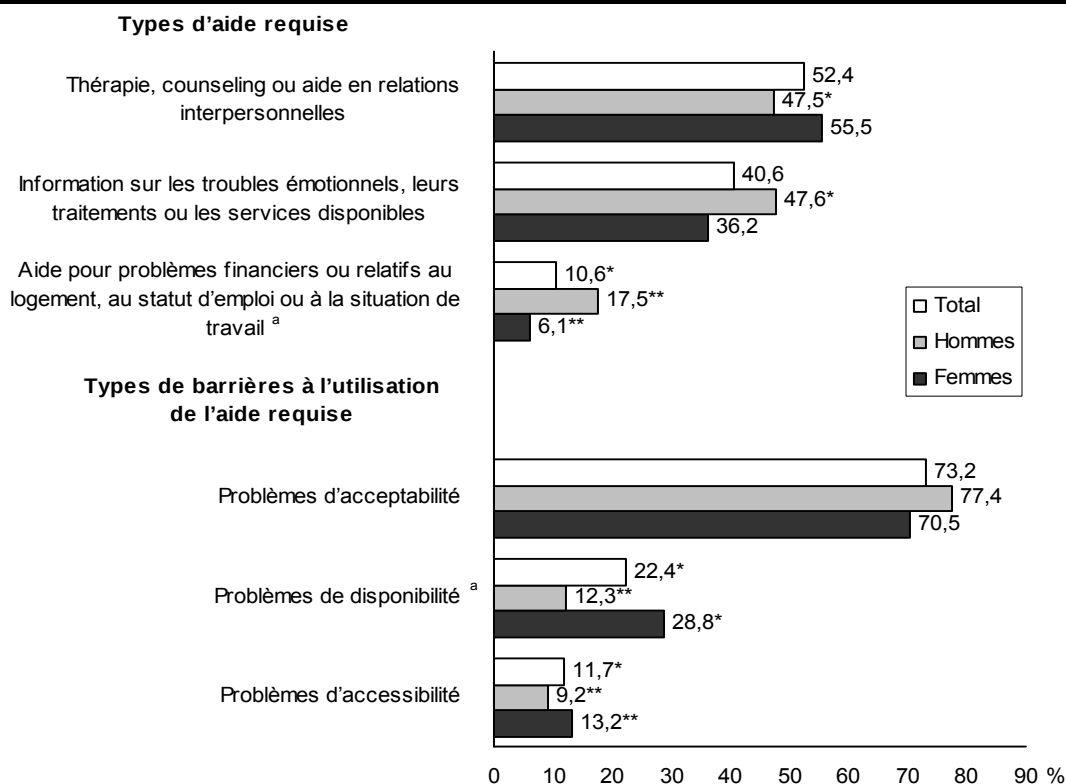
Besoins non comblés d'aide en santé mentale et barrières à l'utilisation de services

En 2002, 3,8 % de la population québécoise de 15 ans et plus a eu besoin d'aide pour ses émotions, sa santé mentale, ou sa consommation d'alcool ou de drogues au cours d'une période de douze mois et ne l'a pas obtenue, selon les déclarations faites dans l'ESCC 1.2. Parmi les types d'aide requise, la thérapie ou le counseling (52 %) et l'information sur les troubles, traitements et services (41 %) sont les plus souvent mentionnés (figure 23).

Les personnes estimant avoir des besoins non comblés d'aide en santé mentale citent plus fréquemment les problèmes d'acceptabilité (73 % des mentions) (figure 22). Parmi ceux-ci, « préférer s'en occuper soi-même » est la première raison de ne pas utiliser l'aide requise (36 % des personnes ayant des besoins non comblés), tant chez les hommes que chez les femmes (données non illustrées). Viennent ensuite d'autres raisons : le fait de ne pas s'en être occupé, d'être indifférent et la peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé (respectivement 16 % et 12 %; CV entre 15 % et 25 %), ainsi que le fait de ne pas savoir où aller chercher de l'aide (13 %; CV supérieur à 25 %).

Figure 22

Types d'aide requise et de barrières¹ selon le sexe, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale sur 12 mois, Québec, 2002



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

a. Le test d'association entre ce type d'aide ou de barrières et la variable sexe est significatif au seuil de 5 %.

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

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

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans la publication d'A. Lesage et autres, 2009.

Environ le dixième des mentions se rapporte aux problèmes d'accessibilité et, parmi ceux-ci, le fait de ne pas pouvoir payer prédomine (10 % de toutes les barrières mentionnées; CV entre 15 % et 25 %). Par ailleurs, près du cinquième des

personnes (19 %) considérant avoir des besoins non comblés d'aide a dépensé pour obtenir des services en santé mentale sur une période de douze mois.

Services et médicaments en bref

Utilisation de services

- Selon les déclarations faites dans l'enquête de 2002, environ 10 % de la population québécoise de 15 ans et plus a consulté au moins une ressource à des fins de santé mentale durant une période de douze mois; les femmes ont consulté en plus forte proportion que les hommes (13 % c. 6 %).
- Les ressources les plus souvent consultées pour des raisons de santé mentale sont les médecins de famille (4,8 % de la population) et les psychologues (3,7 %).
- Moins de la moitié (38 %) des personnes ayant reçu un diagnostic pour l'un ou l'autre des troubles mesurés dans l'enquête ont consulté à des fins de santé mentale sur douze mois. La proportion est moindre chez les personnes présentant exclusivement des problèmes de toxicomanie (19 %) ou des troubles anxieux (22 %), mais nettement plus élevée chez celles souffrant de troubles de l'humeur seulement (50 %) ou d'un trouble de l'humeur associé à un trouble anxieux (71 %).

Consommation de médicaments

- Dans l'ensemble, environ 16 % de la population de 15 ans et plus a consommé au moins un médicament (prescrit ou non) au cours d'une période de douze mois; les femmes sont plus nombreuses, en proportion, que les hommes à le faire (19 % c. 12 %).
- Les médicaments pour dormir sont les plus utilisés (9 % de la population), suivis par les médicaments pour réduire l'anxiété (7 %) et les antidépresseurs (5 %).
- L'utilisation de médicaments psychotropes augmente de façon continue avec l'âge, allant de 7 % chez les 15-24 ans jusqu'à 26 % chez les 65 ans et plus.
- L'utilisation de médicaments psychotropes tend à diminuer à mesure que le revenu augmente, passant de 26 % parmi les personnes à revenu inférieur à 11 % parmi celles à revenu supérieur.

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

- Dans l'ensemble, 3,8 % de la population de 15 ans et plus considère ne pas avoir obtenu l'aide requise en lien avec ses émotions, sa santé mentale, ou sa consommation d'alcool ou de drogues, à un moment quelconque sur une période de douze mois.
- Les types d'aide requise les plus souvent mentionnés par les personnes ayant des besoins non comblés sont la thérapie ou le counseling (52 % des mentions) et l'information sur les problèmes émotionnels et leurs traitements ou les services disponibles (41 %).
- Les raisons de non-utilisation de l'aide requise ont trait soit à l'acceptabilité, à l'accessibilité ou à la disponibilité de l'aide. Les problèmes d'acceptabilité (73 %) sont les plus fréquemment cités par les personnes ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale.
- Parmi les problèmes d'acceptabilité, « préférer s'en occuper soi-même » est la raison qui revient le plus souvent parmi les personnes ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale (36 % des mentions), tant chez les femmes que chez les hommes.

Comparaisons interprovinciales

Cette section présente les proportions que l'on obtiendrait pour les autres provinces si leur population avait la même structure par âge et par sexe que celle du Québec (données standardisées).

Utilisation de services

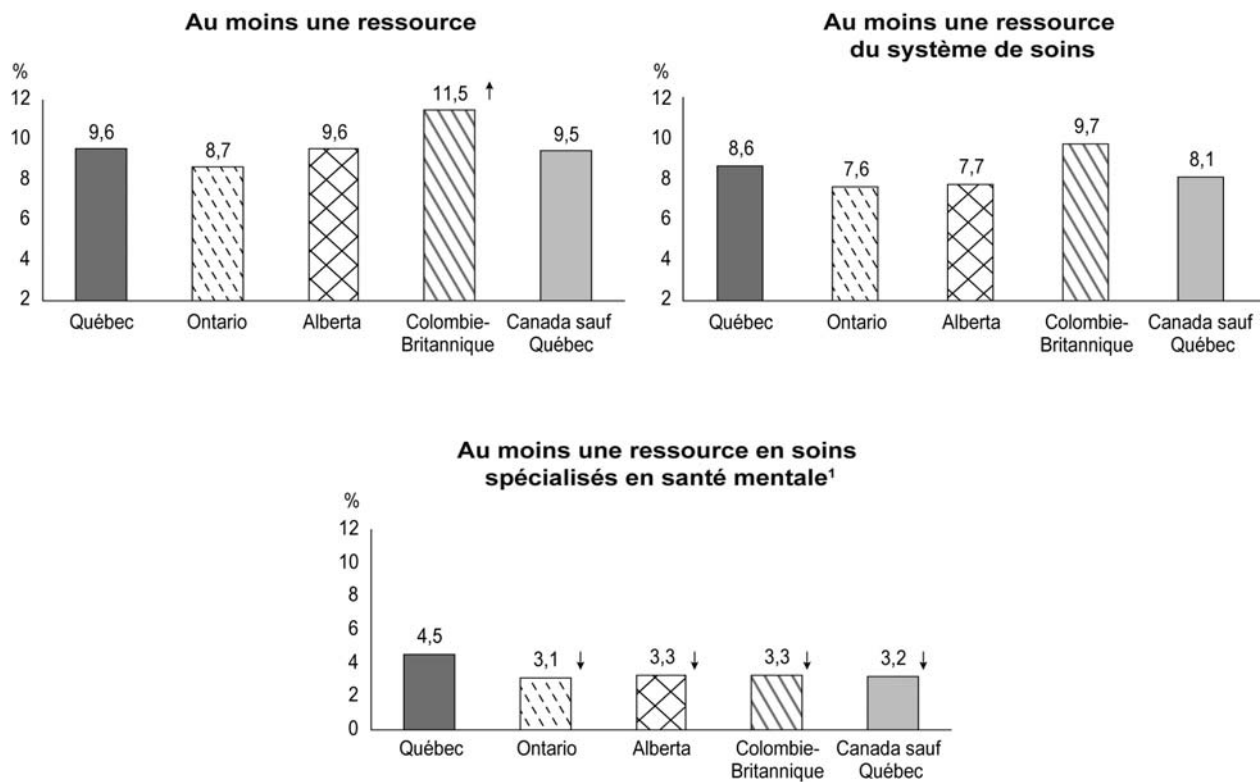
La population québécoise se distingue peu de celle de l'ensemble des neuf autres provinces pour ce qui est de l'utilisation de ressources à des fins de santé mentale sur une période de douze mois. Malgré les variations observées (figure 23), la

comparaison des données standardisées ne permet de déceler qu'un seul écart significatif pour l'utilisation d'au moins une ressource : celle-ci est plus fréquente en Colombie-Britannique (12 %) qu'au Québec (10 %).

Par contre, l'utilisation d'au moins une ressource en soins spécialisés en santé mentale (psychiatre ou psychologue) révèle le caractère particulier de cette utilisation au Québec (figure 23). En effet, la population québécoise recourt davantage à ce type de services (4,5 %) que celle du Canada (en excluant le Québec), de l'Ontario, de l'Alberta et de la Colombie-Britannique (de 3,1 % à 3,3 %).

Figure 23

Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



1. Psychiatre ou psychologue.

↑ Proportion supérieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

L'examen des données standardisées (figure 24) montre qu'au cours d'une période de douze mois :

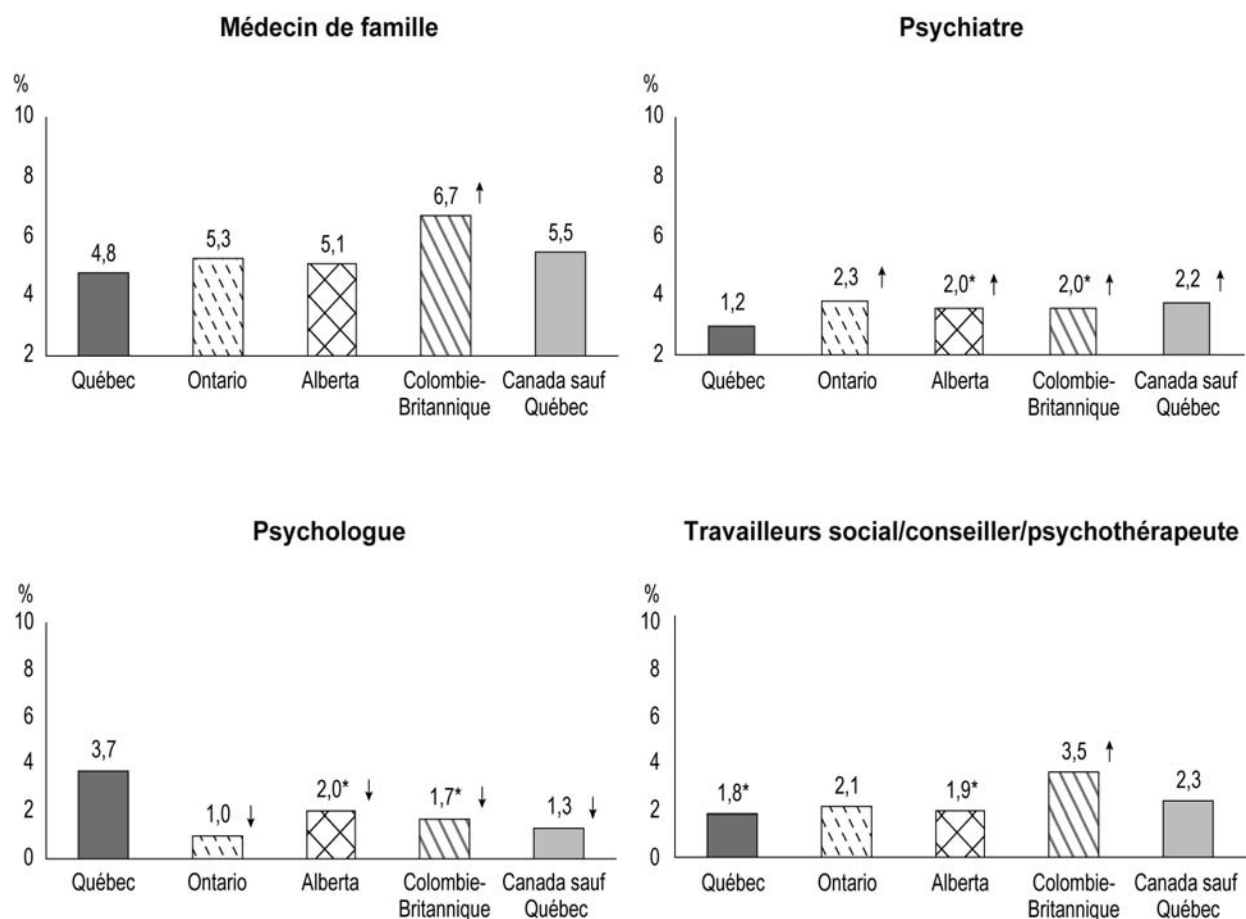
- la consultation d'un médecin de famille et celle d'un travailleur social, d'un conseiller ou d'un psychothérapeute à des fins de santé mentale sont plus répandues en Colombie-Britannique qu'au Québec; un écart significatif a déjà été noté entre ces

deux populations pour l'utilisation d'au moins une ressource;

- la consultation d'un psychiatre est moins fréquente au Québec que dans le reste du Canada et dans chacune des trois provinces retenues pour la comparaison, alors qu'au contraire, la consultation d'un psychologue y est proportionnellement plus importante.

Figure 24

Consultation de certains types de professionnels à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



↑ Proportion supérieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

↓ Proportion inférieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Consommation de médicaments

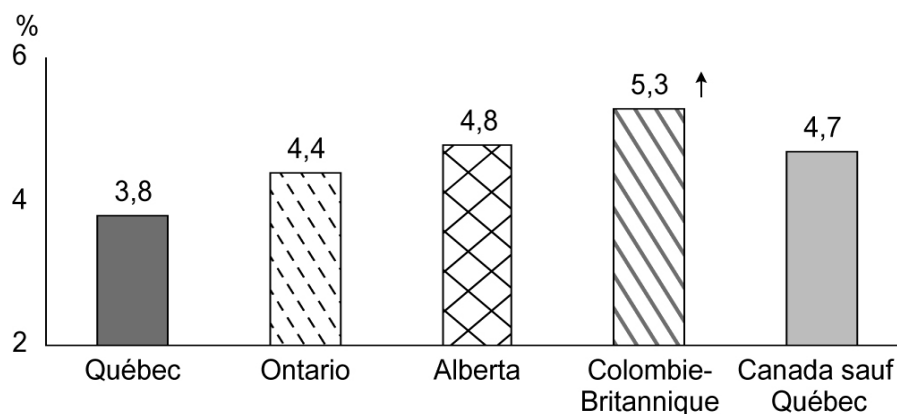
En 2002, la consommation de médicaments psychotropes est significativement moins élevée au Québec (16 %) que dans l'ensemble des autres provinces (17 %) ainsi qu'en Alberta (18 %) et en Colombie-Britannique (18 %) (voir le tableau A.20 à l'annexe 3). Lorsqu'on exclut les médicaments pour maigrir, on ne décèle pas d'écart significatif entre cette consommation (15 %) et celle mesurée dans le reste du Canada (16 %) ainsi que dans les trois provinces à l'étude (entre 16 % et 17 %).

Besoins non comblés d'aide en santé mentale

Selon les données standardisées, la population de la Colombie-Britannique est proportionnellement plus nombreuse que celle du Québec à présenter des besoins d'aide non satisfaits en santé mentale (5,3 % c. 3,8 %) (figure 25). La proportion de la population ayant des besoins non comblés tend à être aussi plus élevée dans les deux provinces et le reste du Canada qu'au Québec, mais les écarts ne sont pas statistiquement significatifs.

Figure 25

Proportion de la population ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale¹ au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002



1. Personnes qui ont senti un besoin d'aide pour leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogues, mais qui ne l'ont pas obtenue.

↑ Proportion supérieure à celle du Québec; écart significatif au seuil de 5 %.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Comparaisons interprovinciales en bref

- En 2002, la population du Québec a fait davantage appel à des ressources spécialisées en santé mentale que la population de l'ensemble des autres provinces canadiennes (4,5 % c. 3,2 %) au cours d'une période de douze mois.
- Plus précisément, la consultation de psychologues est nettement plus répandue au Québec (3,7 % de la population de 15 ans et plus) qu'à l'extérieur du Québec (1,3 % de la population des autres provinces canadiennes), tandis que la consultation de psychiatres y est significativement plus faible (1,2 % c. 2,2 %).

Définition des indicateurs

Utilisation de services à des fins de santé mentale

Utilisation mesurée à l'aide des questions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

Consultation d'un professionnel à des fins de santé mentale

Consultation faite en personne ou au téléphone, au cours des douze mois précédant l'enquête, auprès d'un psychiatre, d'un médecin de famille ou omnipraticien, d'un autre type de médecin (par ex. : cardiologue, gynécologue, urologue), d'un psychologue, d'une infirmière (infirmier), d'un travailleur social, conseiller ou psychothérapeute, d'un conseiller religieux ou spirituel (par ex. : prêtre, aumônier, rabbin) ou de tout autre professionnel dans le but de « discuter de (ses) émotions, de (sa) santé mentale ou de (sa) consommation d'alcool ou de drogues ».

Troubles mentaux : voir la définition au chapitre *Troubles mentaux et toxicomanie*

Médicaments psychotropes

Classification en sept classes qui correspondent à la classification populaire, c'est-à-dire la classification à laquelle le public et les patients se réfèrent : médicaments pour aider à dormir, médicaments pour réduire l'anxiété, régulateurs de l'humeur, antidépresseurs, médicaments pour traiter les comportements psychotiques, stimulants, médicaments pour maigrir.

Consommation de médicaments psychotropes

Consommation, au cours des douze mois précédant l'enquête, d'un médicament ou plus parmi les sept de médicaments cités précédemment (sauf ceux pour maigrir).

DISCUSSION

Alain Lesage

Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin

L'ampleur des problèmes de santé mentale et de toxicomanie

Dans son rapport de 2001, l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) a révélé l'ampleur des problèmes de santé mentale à l'échelle mondiale, incluant les sociétés industrialisées riches en ressources comme le Québec et le Canada. Ce rapport indique qu'une personne sur quatre souffrira de troubles mentaux au cours de sa vie, ce qui fait de ces troubles l'une des principales causes de morbidité et d'incapacité dans le monde (OMS, 2001).

Les indicateurs tirés de l'ESCC 1.2 apportent d'abord de l'information sur l'état de santé mentale et de bien-être des adultes québécois. Ainsi, la perception de l'état de santé mentale montre que 95 % de la population québécoise âgée de 15 ans et plus se considère minimalement en bonne santé mentale et 72 %, en très bonne ou excellente santé mentale. Ce constat général est cependant nuancé par un autre indicateur plus spécifique : au Québec, près du quart (24 %) de la population éprouve un stress élevé dans la vie de tous les jours²². Même s'il ne s'agit pas d'un syndrome clinique caractérisé, cette mesure peut témoigner d'une situation problématique en rapport avec des déterminants sociaux.

Le portrait populationnel produit à partir de l'ESCC 1.2 montre une prévalence jugée

importante des troubles mentaux et de la toxicomanie au sein de la population du Québec. L'enquête indique qu'au Québec, plus d'une personne sur cinq (23 %) a présenté au moins un trouble anxieux ou de l'humeur au cours de sa vie et que près d'une sur 10 (8 %) l'a fait au cours d'une période de douze mois (Kairouz et autres, 2008). Notons que ces taux auraient probablement été plus élevés si un éventail plus large de troubles anxieux avait été investigué ou si l'enquête avait mesuré les troubles mentaux graves de la lignée psychotique, comme la schizophrénie (0,5 à 1 % de la population) (Lesage, 2010). Par ailleurs, plusieurs de ces troubles sont liés au suicide. Ainsi, que ce soit au cours de la vie ou sur une période de douze mois, la prévalence des troubles de l'humeur est plus élevée chez les personnes ayant eu des pensées suicidaires ou fait une tentative de suicide que chez celles n'ayant pas eu de tels comportements. Il en est de même pour les problèmes de dépendance à l'alcool ou aux substances illicites; les prévalences sont plus fortes lorsqu'il y a présence de pensées suicidaires.

La consommation à risque pose problème en raison de ses effets délétères (accidents de la route, violences domestiques, etc.). Au Québec, en 2002, la consommation excessive d'alcool²³ touche environ une personne sur six âgée de 15 ans et plus, nettement plus les hommes que les femmes. L'usage du cannabis retient aussi l'attention, car le tiers de la population québécoise de 15 ans et plus a consommé cette substance illicite plus d'une fois dans sa vie et près de 13 %, au cours d'une période de douze mois.

22. Par rapport à l'autoévaluation de la santé mentale, les résultats sur le stress quotidien peuvent paraître contradictoires, indiquant en quelque sorte que les Québécois sont « positifs mais stressés » (INSPQ, 2006; Bordeleau et Traoré, 2007). Des analyses plus poussées permettraient sans doute de mieux éclairer la relation entre ces indicateurs (Schmitz et autres, 2009).

23. Il s'agit de prendre cinq verres ou plus en une même occasion au moins une fois par mois dans les douze mois précédant l'enquête.

Les prévalences des troubles mentaux rapportées dans l'ESCC 1.2 sont du même ordre que celles concernant des maladies chroniques courantes (par exemple, le diabète, les maladies cardiaques et l'asthme). Ainsi, dans l'année précédant l'enquête, environ 8 % de la population québécoise a présenté au moins un trouble anxieux ou de l'humeur, alors que le diabète touche annuellement près de 6 % de la population (INSPQ, 2006). Les problèmes mentaux sont cependant moins visibles que certaines maladies chroniques, comme le cancer dont la prévalence est d'environ 1,5 %.

Comme elle ciblait la population de 15 ans et plus, l'ESCC 1.2 ne pouvait tenir compte des problèmes de santé mentale et de toxicomanie des jeunes de moins de 15 ans, qui ne doivent cependant pas être négligés. *L'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans, 1992* (Valla et autres, 1994) a bien montré que ces problèmes pouvaient atteindre un enfant sur 10. Notons que la couverture des troubles anxieux et de l'humeur ainsi que des troubles extériorisés (intégrant les incapacités liées aux troubles de l'enfance) était plus large dans cette enquête que dans l'ESCC 1.2.

Les comparaisons interprovinciales effectuées à partir de données standardisées selon la structure âge-sexe du Québec montrent que, pour plusieurs indicateurs, l'ESCC 1.2 ne permet pas de déceler d'écarts significatifs entre le Québec et les autres provinces canadiennes. C'est le cas, entre autres, de la prévalence des troubles anxieux ou de l'humeur (avoir au moins un trouble), ainsi que des prévalences des pensées suicidaires et de la consommation excessive d'alcool sur douze mois. Des différences sont notées pour les indicateurs suivants :

- le niveau élevé de détresse psychologique parmi la population en emploi est plus

fréquent au Québec (25 %) que dans l'ensemble des autres provinces (21 %) et les trois provinces considérées pour la comparaison (20 % en Ontario, 21 % en Alberta et 22 % en Colombie-Britannique); le même constat est fait pour le niveau élevé de stress au travail (39 % contre respectivement 29 %, 30 %, 28 % et 29 %);

- la dépendance à l'alcool apparaît un peu moins prévalente au Québec (1,8 %) que dans le reste du Canada (2,7 %), notamment en Alberta (3,1 %) et en Colombie-Britannique (3,6 %);
- l'usage du cannabis (plus d'une fois sur douze mois) est plus répandu au Québec (13 %) que dans le reste du Canada (11 %), ou en Ontario (9 %) et en Alberta (11 %).

Les facteurs liés aux problèmes de santé mentale et de toxicomanie

Le sexe et l'âge

Les troubles anxieux et de l'humeur ainsi que la détresse psychologique élevée sont plus souvent observés chez les femmes que chez les hommes; les femmes sont aussi proportionnellement plus nombreuses à consulter à des fins de santé mentale. Les rares études longitudinales sur les troubles mentaux, comme l'étude de Stirling County dans les provinces atlantiques, indiquent que leur prévalence globale s'est peu modifiée, mais que certains groupes, comme les femmes d'âge moyen, ont vu leur risque devenir plus grand (Murphy et autres, 2000).

L'idéation suicidaire et la tentative de suicide à vie sont aussi rapportées plus souvent par les femmes que les hommes. Le suicide demeure toutefois plus important chez les hommes (Gagné et St-Laurent, 2009). Par ailleurs, la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool de même que l'usage de drogues sont plus répandus chez les hommes que chez les femmes.

Les jeunes adultes constituent un groupe de population particulièrement vulnérable. D'une part, les 15-24 ans sont plus nombreux, en proportion, à se situer à un niveau élevé de détresse psychologique (31 %) que les autres groupes d'âge. D'autre part, ils sont aussi plus nombreux à faire une consommation excessive d'alcool (28 %) et à présenter un diagnostic de dépendance (5 %) que ces groupes. C'est aussi parmi les 15-24 ans que l'on retrouve la proportion la plus élevée de consommateurs du cannabis (en excluant une seule fois) sur douze mois (39 %) et au cours de la vie (53 %).

La consommation de médicaments psychotropes met en évidence la situation particulière des personnes âgées. Le groupe des 65 ans et plus est celui qui consomme en plus forte proportion ces médicaments sauf les antidépresseurs (consommés surtout par les 45-64 ans); les médicaments pour dormir sont particulièrement concernés (17 % des 65 ans et plus).

La défavorisation

L'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a publié en 2004 un bilan sur les perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes et présenté un cadre conceptuel des déterminants de l'état de santé dans la population (Bernard et autres, 2004). Ce cadre met en évidence les liens entre trois des principaux déterminants²⁴ de la santé des populations (habitudes de vie; environnement physique et social; système de santé) et les inégalités sociales de santé.

La défavorisation mesurée par le faible niveau du revenu a été régulièrement identifiée comme étant associée, tant au Québec qu'ailleurs au Canada, aux problèmes de santé mentale comme la détresse psychologique, à la

prévalence des troubles anxieux et de l'humeur, à la tentative de suicide et au polyusage de substances (Dupéré et autres, 2009; Lemstra et autres, 2008). On constate aussi que les personnes à faible revenu, qui sont plus susceptibles de présenter l'un ou l'autre de ces problèmes, sont plus nombreuses en proportion à consulter au moins un professionnel de la santé que celles ayant un revenu plus élevé (Lesage et autres, 2009). Ces personnes sont aussi plus nombreuses à consommer au moins un médicament psychotrope.

Il semble que les facteurs de stress de l'environnement contribuent davantage à expliquer la prévalence plus élevée des troubles mentaux (comme la dépression et les troubles de la personnalité) et de la toxicomanie dans les secteurs socioéconomiquement défavorisés que le phénomène de « glissement social »²⁵; ce serait le contraire pour les maladies mentales graves comme la schizophrénie (Dohrenwend et autres, 1992). Quelles qu'en soient les causes, cette répartition différentielle est susceptible d'avoir les mêmes répercussions pour la planification et l'organisation des services sociaux et de santé, à savoir que les secteurs défavorisés des villes ou les régions défavorisées vont se retrouver avec plus de personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie, avec des pensées suicidaires ou ayant déjà fait une tentative de suicide, dans un environnement susceptible de présenter plus de facteurs de risque. Qui plus est, l'incapacité liée à chacun de ces troubles mentaux sera plus élevée en moyenne dans ces secteurs (Lesage et autres, 1996). Notons que des maladies chroniques courantes, comme le diabète, sont aussi plus

24. Les différences liées au quatrième déterminant, soit les facteurs génétiques, ne sont pas d'origine sociale.

25. Le « glissement social » serait attribuable aux incapacités empêchant les personnes souffrant de troubles mentaux et de toxicomanie de s'assurer un emploi, un revenu, un soutien social et les amenant à se réfugier et vivre dans des secteurs plus pauvres des villes et régions. Notons que la prépondérance des facteurs liés au stress environnemental ou au « glissement social » suscite actuellement un débat en étiologie sociale des troubles mentaux et de toxicomanie.

prévalentes parmi les populations défavorisées des villes ou des régions (Schmitz et autres, 2009).

Les facteurs psychosociaux de stress en milieu de travail

Plusieurs recherches ont montré que certains facteurs psychosociaux de stress indu, en milieu de travail ou ailleurs, étaient associés à l'accroissement des troubles mentaux courants et des problèmes cardiovasculaires (Vézina et autres, 2004; Stansfeld et autres, 1999; Hemingway et autres, 2001; Yusuf et autres, 2004). Au Québec, ces facteurs sont d'autant plus préoccupants qu'ils sont associés à un niveau de détresse psychologique de la population en emploi plus élevé qu'ailleurs au Canada. Certaines contraintes psychosociales de travail sont moins répandues au Québec que dans le reste du Canada (faible autonomie de compétence et forte demande psychologique) ou ne le sont pas différemment (faible autorité décisionnelle), tandis qu'un soutien social faible et un sentiment d'insécurité d'emploi sont notés plus fréquemment chez les travailleuses et travailleurs québécois. En relation avec cette dernière contrainte, soulignons que l'incidence de la précarité d'emploi sur les facteurs psychosociaux de stress en milieu de travail devrait être prise en compte dans une perspective d'intervention.

D'autres analyses en rapport avec la santé mentale au travail, menées à partir de l'ESCC 1.2, ont montré que des facteurs psychosociaux de stress au travail sont associés à la présence d'au moins un trouble anxieux ou dépressif (Wang et autres, 2008) ou à l'utilisation de services de santé mentale (Drapeau et autres, 2009). Ces facteurs ne touchent pas de la même façon les hommes et les femmes et ne jouent pas un rôle comparable, compte tenu notamment des autres rôles sociaux (parents,

conjoint) assumés différemment. Quel que soit le sexe, la conciliation travail-famille constituerait le facteur prédominant en rapport avec la présence de troubles mentaux (Wang et autres, 2008).

Le lien entre les contraintes psychosociales dans l'environnement de travail et le développement de maladies comme les maladies cardiovasculaires ou la dépression a été démontré dans la littérature scientifique issue des modèles de Karasek et de Siegrist (Vézina et autres, 2004). Une meilleure connaissance de ces facteurs de risque psychosociaux peut contribuer à l'élaboration et l'implantation d'interventions spécifiques en milieu de travail qui tiennent compte, entre autres, des différences entre les hommes et les femmes. Parmi ces interventions, des programmes d'aide visant à réduire le stress indu en milieu de travail par le biais des facteurs identifiés pourraient contribuer à la réduction des problèmes de santé auxquels ces facteurs sont associés.

La comorbidité

La comorbidité fait référence à la présence concomitante de deux ou plusieurs problèmes, soit de santé mentale, de toxicomanie ou d'autres maladies. La présence de troubles mentaux concomitants est particulièrement inquiétante pour la population, parce qu'elle signifie que :

- la personne touchée est plus malade, manifeste une plus grande détresse et présente un risque de dysfonctionnement accru;
- les risques de complications de chacune de ces conditions sont plus importants, surtout en présence de l'idéation suicidaire et la tentative de suicide;
- les besoins d'aide sont susceptibles d'être plus élevés, l'utilisation des services, plus fréquente et les traitements, moins efficaces qu'en présence d'un seul trouble.

Selon les données sur les troubles mesurés dans l'ESCC 1.2, outre les personnes souffrant exclusivement de troubles de l'humeur (2,8 %), de troubles anxieux (3,6 %) ou de toxicomanie (1,9 %) sur une période de douze mois, environ 1,0 % de la population québécoise de 15 ans et plus présente en 2002 au moins un trouble de l'humeur et un trouble anxieux, et 0,7%, souffre d'au moins un de ces troubles (troubles de l'humeur ou troubles anxieux) et de toxicomanie.

L'ESCC 1.2 a permis d'utiliser une approche populationnelle pour mesurer la comorbidité des troubles mentaux (troubles de l'humeur et troubles anxieux) et de la consommation d'alcool ainsi que de l'usage de cannabis ou de substances illicites. Les résultats vont dans le sens d'études antérieures qui révèlent que la probabilité de présenter un trouble mental augmente si la personne souffre d'un autre trouble mental (Nadeau, 2001; Ross, 1995; Santé Canada, 2002). Ainsi, les prévalences de la dépendance à l'alcool et de la dépendance à des substances illicites (mesurés sur douze mois) sont nettement plus élevées chez les personnes ayant souffert d'au moins un trouble anxieux ou de l'humeur au cours de leur vie ou d'une période de douze mois que chez les personnes n'ayant présenté aucun de ces troubles. Il en est de même pour la prévalence de l'usage du cannabis (en excluant une seule fois) ou de l'usage d'autres substances illicites.

Les associations des troubles mentaux et de toxicomanie en rapport avec le suicide complété sont bien établies tant chez les adolescents que chez les adultes décédés par suicide au Québec (Duhamel, 2007); elles sont aussi rapportées dans les méta-analyses de la littérature internationale (Arsenault-Lapierre et autres, 2004)²⁶. Les personnes présentant une telle

comorbidité sont plus susceptibles d'utiliser les services généraux de santé, où leurs besoins plus complexes posent un défi particulier aux premiers répondants que sont souvent les omnipraticiens, et également de se retrouver dans les services spécialisés tant de santé mentale que de toxicomanie. Or, la capacité de chacun de ces services d'assurer une coordination et une continuité de traitement simultané des troubles mentaux et de toxicomanie a été évaluée comme déficiente dans une étude réalisée en 2002 au Nouveau-Brunswick (Lesage et autres, 2008).

La comorbidité entre les troubles mentaux et les maladies chroniques n'a pas été traitée dans cette étude basée sur l'ESCC 1.2, mais elle a fait l'objet d'autres analyses menées à partir de la même enquête ou des cycles généraux de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC). Ainsi, une étude utilisant les données de l'ESCC 2003 révèle que, dans près des deux tiers des cas de dépression chez des personnes âgées de 15 à 79 ans, il y avait comorbidité avec des maladies chroniques²⁷ courantes (hypertension, diabète, douleurs chroniques liées à la migraine ou aux maladies arthritiques, maladies pulmonaires obstructives chroniques, asthme et douleurs au dos) (Schmitz et autres, 2007). Comme d'autres, cette étude montre que cette comorbidité accroît de façon synergique l'incapacité liée au trouble mental et à la maladie chronique physique. Le vieillissement de la population contribuera également à l'augmentation de la prévalence de ces comorbidités. Il ne faut pas se surprendre que ce phénomène soit associé à une utilisation accrue des services de santé, en particulier les services de santé primaire. Cette perspective peut contribuer à la planification de

26. Selon cette étude, presque tous les cas de suicide sont associés à des troubles mentaux : en particulier, près de la moitié des cas pour la dépression et les abus de

substances; et près du quart des cas pour les troubles de personnalité; dans plus de la moitié des cas de suicide, il y avait une comorbidité notamment entre les troubles de l'humeur et les abus de substances (principalement l'alcool).
27. On définit généralement comme « maladies chroniques » les maladies de longue durée dont la progression ou les symptômes peuvent souvent être contrôlés, même si elles ne peuvent être guéries définitivement (Cazale et Dumitru, 2008).

l'organisation des services axés sur la première ligne et à la recherche d'une réponse mieux adaptée aux besoins des personnes souffrant de ces problèmes.

L'utilisation de services et la consommation de médicaments

Les personnes consultent-elles?

Près de 10 % de la population québécoise est allée chercher une forme d'aide à des fins de santé mentale au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette aide est recherchée en particulier auprès de professionnels des secteurs public et privé et, de façon moindre, dans le secteur bénévole.

La majorité des personnes ayant présenté un trouble de l'humeur ou anxieux, ou l'un de ces troubles et un problème de toxicomanie, ou encore un problème lié aux substances ont déclaré ne pas avoir consulté, et les hommes plus que les femmes. Le défaut de consultation est particulièrement flagrant chez les personnes aux prises avec des problèmes de toxicomanie, lesquels sont plus prévalents chez les hommes, ainsi que chez les personnes atteintes de troubles anxieux.

Globalement, près de 10 % de la population québécoise a consulté dans l'année précédant l'enquête à des fins de santé mentale et cette proportion ne diffère pas significativement de celle du reste du Canada. Ce sont surtout les services de première ligne, les médecins de famille, qui ont été vus à ces fins, ainsi que les psychologues. Au Québec comme dans le reste du Canada, environ 5 % de la population a vu son médecin de famille à des fins de santé mentale dans l'année précédant l'enquête, alors que 1,2 % des Québécois ont vu un psychiatre, une proportion moindre qu'ailleurs au Canada. Le Québec diffère aussi des autres provinces canadiennes par le recours plus grand aux

psychologues (près de 4 % des personnes âgées de 15 ans et plus), alors que ce type de consultation reste en deçà des 2% dans le reste du Canada. Ainsi, en Colombie-Britannique, la population fait davantage appel aux services de travailleurs sociaux ou d'autres conseillers à des fins de santé mentale que celle du Québec.

Le Québec est doté d'un plus grand nombre de psychologues que toutes les autres provinces canadiennes, de 4 à 5 fois plus que l'Ontario, par exemple, ce qui expliquerait leur plus grand recours à ce type de professionnels qu'ailleurs (Institute of Health Economics)²⁸. Cependant, bien que le nombre de psychiatres au Québec soit comparable à celui des autres provinces canadiennes, les Québécois et Québécoises ont vu un psychiatre en moins grande proportion qu'ailleurs au Canada au cours d'une période de douze mois. Le mode de travail des psychiatres québécois pourrait être en cause, particulièrement en rapport avec les soins partagés en santé mentale, la prestation de leurs services aux patients souffrant de troubles de santé mentale déjà vus par les médecins de famille, car selon le point de vue même des médecins de famille québécois exprimé dans une étude récente (Imboua et Fleury, 2009), l'accessibilité à la consultation psychiatrique est particulièrement préoccupante.

La consommation de médicaments

Les médicaments, prescrits ou non, sont pris surtout pour aider à dormir (9 % de la population), pour réduire l'anxiété (7 %) ou comme antidépresseurs (5 %). D'un point de vue global, si l'on considère que 15 % de la population québécoise prend au moins un médicament psychotrope, des questions peuvent être soulevées quant à la consommation de ces médicaments et aux tendances qui s'en dégagent (Lesage et autres, 2009) :

28. Voir <http://www.ihe.ca/publications/library/2009/mental-health-economic-statistics-in-your-pocket---french/>
Les statistiques économiques de la santé mentale. (Page consultée le 7 septembre 2009).

- la proportion de 17 % de personnes âgées (65 ans et plus) ayant utilisé au moins une fois un médicament pour favoriser leur sommeil suscite des préoccupations quant à l'efficacité et, surtout, aux effets secondaires indésirables des benzodiazépines²⁹ comme les risques de chute (Takkouche et autres, 2007) et d'abus. Notons que le *Programme national de santé publique 2003-2012*, tel que mis à jour (MSSS, 2008), a comme objectif de réduire la proportion de personnes de 65 ans et plus qui ont reçu une prescription de médicaments anxiolytiques, sédatifs ou hypnotiques. Une étude britannique du Health Technology Assessment, réalisée dans les bureaux de médecins de famille, montre la capacité des médecins de réduire l'utilisation des médicaments psychotropes et d'améliorer le sommeil et le fonctionnement (Morgan et autres, 2004).

Même si elles sont prometteuses, les options thérapeutiques pour les problèmes d'insomnie chez les personnes âgées, en particulier les psychothérapies, ne présentent pas un effet supérieur à celui de la médication (Montgomery et Dennis, 2002) et n'aident pas toutes les personnes aux prises avec ces problèmes. Les personnes insatisfaites sont donc susceptibles de continuer à rechercher des solutions sans nécessairement consulter un médecin³⁰.

- L'utilisation des benzodiazépines pour les troubles anxieux ou dépressifs peut également paraître problématique, puisqu'il s'agit d'un traitement d'appoint. Leur efficacité potentielle est faible pour des problèmes d'anxiété et encore plus faible pour des problèmes de dépression (Kennedy et autres, 2009; CANMAT, 2006).
- L'efficacité de la médication dite antidépressive, de la classe des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) a été démontrée dans des guides de pratique (Kennedy et autres, 2009; CANMAT, 2006) non seulement pour les états dépressifs mais également pour plusieurs états anxieux³¹. Ces guides, de même que les recommandations du National Institute of Clinical Excellence (NICE³²), établissent par ailleurs que la psychothérapie représente un traitement aussi efficace que les ISRS pour la dépression, qu'elle constitue souvent le premier choix dans plusieurs états anxieux et qu'elle s'avère nécessaire en combinaison avec les ISRS pour les dépressions ou troubles anxieux plus graves, avec comorbidité, ou les dépressions chroniques ou réfractaires à l'une ou l'autre thérapie.

L'adéquation entre l'utilisation des médicaments prescrits et les problèmes identifiés, de même que l'utilisation de plusieurs options thérapeutiques valables (en raison de leur efficacité), semblent donc constituer des enjeux importants.

29. Il est raisonnable de penser que les médicaments de la classe des benzodiazépines sont associés aux médicaments prescrits pour aider à dormir ou pour réduire l'anxiété, alors que la classe des ISRS (inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine) sont associés aux antidépresseurs rapportés par les répondants de l'ESCC 1.2.

30. On peut estimer à près de 2 % la proportion de la population québécoise qui a utilisé des produits sans prescription pour des problèmes d'insomnie sur douze mois. Cette estimation est obtenue en soustrayant de la proportion des personnes prenant des médicaments contre l'insomnie celle des personnes qui ont une prescription pour ce type de médicament (Lesage et autres, 2009).

31. Trouble panique, trouble d'anxiété sociale, trouble d'anxiété généralisée, trouble obsessionnel compulsif.

32. Voir : <http://guidance.nice.org.uk/CG/WaveR/24>
NICE guidelines treatment of depression. (Page consultée le 10 novembre 2009).

Les barrières à l'utilisation de l'aide requise

La discrimination et la stigmatisation dont sont victimes les personnes souffrant de troubles mentaux ont été bien documentées pour celles souffrant de troubles graves comme les troubles psychotiques (Thornicroft, 2008). Cette discrimination a été aussi démontrée pour les troubles mentaux courants et la toxicomanie, entre autres en milieu de travail (Stuart, 2004). Les obstacles sont autant individuels (auto-stigmatisation, attribution des troubles à une faiblesse de caractère ou faiblesse morale), que présents dans le réseau social immédiat, dans le milieu de travail, parmi les professionnels de la santé, dans les politiques sociales et de santé. On peut relever des indicateurs indirects de l'auto-stigmatisation dans l'ESCC 1.2 en examinant l'acceptabilité et l'accessibilité aux interventions potentiellement efficaces (comme la médication et la psychothérapie) ou aux services les fournissant.

Parmi les obstacles à consulter une ressource, les personnes ayant des besoins non comblés en santé mentale ont cité plus fréquemment des problèmes d'acceptabilité que des problèmes d'accessibilité ou de disponibilité. Ainsi, « préférer s'en occuper soi-même » est la raison la plus souvent invoquée pour ne pas avoir cherché de l'aide à des fins de santé mentale (36 % des mentions); la peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé l'est plus rarement (12 %) (Lesage et autres, 2009).

La perception de besoins non comblés en santé mentale touche globalement 3,8 % de la population au Québec, une proportion un peu plus faible que dans le reste du Canada. Les principaux besoins sont l'information ainsi que la psychothérapie, le counseling ou l'aide en relation interpersonnelle (respectivement 41 % et 52 % des mentions faites par les personnes considérant avoir des besoins non comblés en

santé mentale). Lorsque la nature de l'aide requise est explorée, des besoins importants d'information sont donc identifiés : faut-il y voir une « phase préparatoire » qui, si elle était satisfaite par les services publics, pourrait amener les gens à consulter et recevoir une intervention potentiellement efficace? Soulignons que les hommes autant que les femmes seraient intéressés à recevoir de l'information ou prêts à entreprendre une psychothérapie. Par ailleurs, les personnes ayant des besoins non comblés mentionnent peu souvent la médication comme aide requise (4,3%).

Les limites de l'ESCC 1.2 et des analyses subséquentes

L'enquête de Statistique Canada sur la santé mentale et le bien-être (*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*) a utilisé les meilleures méthodes pour établir les diagnostics et les déterminants (Gravel et Béland, 2005). Le devis de la réalisation de l'étude a par ailleurs mené au choix d'un nombre restreint de troubles de l'humeur, et surtout, de troubles anxieux. De plus, l'enquête n'a pas mesuré la prévalence des troubles de l'impulsivité, comme le syndrome d'hyperactivité et le déficit d'attention chez l'adulte (déjà identifiés chez près de 7 % des garçons québécois), du trouble d'anxiété généralisée (prévalence pouvant se situer entre 3 et 5 %) et d'un ensemble d'autres troubles assez fréquents comme le syndrome de stress post-traumatique ou les troubles de la personnalité. Cependant, la comparaison entre cette enquête réalisée en 2002 et celle menée en Ontario en 1990 avec un éventail plus large de troubles a permis d'établir que la prévalence des troubles mesurés dans l'ESCC 1.2 est à peu près la même qu'en Ontario (Offord et autres, 1996). Ce constat est conforté par le fait que la mesure de troubles spécifiques, comme la dépression majeure (5 %), rejoint les taux mesurés par les enquêtes

menées dans plusieurs autres pays industrialisés (Waraich et autres, 2004).

La taille de l'échantillon québécois³³ a limité la précision d'un certain nombre d'estimations³⁴. Ceci a causé des difficultés, en particulier dans l'estimation des prévalences pour l'utilisation des drogues illicites, le jeu pathologique, la comorbidité et l'analyse des facteurs qui lui sont associés ainsi que pour celle des contraintes psychosociales de travail liées aux indicateurs de santé mentale et des différences entre hommes et femmes. De plus, l'étude de certains groupes à risque ou de troubles très peu prévalents peut s'avérer irréalisable, puisqu'il est difficile d'avoir des données précises lorsqu'il s'agit de petits groupes. Notons qu'avec un échantillon de 36 984 répondants, l'étude de Statistique Canada a pu examiner, quoique avec des catégories largement agrégées, l'impact des facteurs socioculturels dans l'utilisation des services à l'échelle du Canada (Vasiliadis et autres, 2005).

Une étude des données de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ) (Ouadahi et autres, 2009) indique que près des trois quarts de la population québécoise ont vu un médecin de famille en 2006 et qu'environ 15 % de cette population a reçu un diagnostic de trouble mental ou de toxicomanie. Des résultats du même ordre ont été obtenus dans les autres provinces canadiennes où 15 % à 20 % de la population a été identifiée comme ayant reçu un diagnostic de trouble mental ou de toxicomanie lors d'une consultation médicale dans la dernière

année³⁵ (Kisely et autres, 2009). Le résultat de l'étude basée sur les données de la RAMQ contraste largement avec la proportion de 5 % de la population québécoise ayant consulté un médecin de famille à des fins de santé mentale, estimé à partir des réponses recueillies en 2002 auprès de l'échantillon de l'ESCC 1.2. Bien que les sources et les méthodes utilisées diffèrent, ce qui limite leur comparabilité, ces résultats peuvent susciter des interrogations sur la façon de recueillir l'information sur l'utilisation des ressources à des fins de santé mentale³⁶. D'autre part, comme les bases de données administratives ne sont pas entièrement exemptes de biais, il importe de mener des études plus approfondies sur la valeur respective des diverses sources d'information.

33. On compte 5 332 répondants québécois, mais 5 047 ont accepté que leurs données soient transmises à l'ISQ.

34. Le lecteur peut se rendre compte de ces limites en examinant les tableaux où apparaissent un ou deux astérisques qui indiquent que les résultats devaient être interprétés avec prudence ou ne devraient pas être utilisés.

35. Pour certaines provinces ayant pu considérer des périodes de 3 à 5 ans, les bases de données administratives montrent que près de 30 % de la population pouvait être identifiée comme présentant un trouble mental ou de toxicomanie durant ces périodes.

36. Voir la communication d'Aline Drapeau présentée au CIQSS le 9 avril 2010 : <http://www.ciqss.umontreal.ca/fr/seminairesResultats.html#>

Conclusion

Alain Lesage

Université de Montréal et Centre de recherche Fernand-Seguin

Au Québec, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005) s'inscrit dans la foulée du projet de loi 25 créant les Centres de santé et de services sociaux (CSSS). Il donne lieu à la combinaison d'une approche populationnelle liée à la santé publique – désormais partie intégrante des responsabilités des CSSS – et d'une hiérarchisation des soins de première ligne et des soins spécialisés relevant de la planification et de l'organisation des services sociaux et de santé. En cela, le Québec s'inspire des recommandations du rapport de l'Organisation mondiale de la Santé de 2001 de placer la pierre d'assise des services de santé mentale en première ligne avec un soutien des services en deuxième ligne (OMS, 2001). De même, le Bureau régional d'Europe de l'OMS recommande pour les pays européens qu'un système équilibré de soins en santé mentale, composé de services de première et de deuxième lignes, s'appuie d'abord sur les services de première ligne et que les cas plus complexes soient vus, mais rarement suivis complètement, en deuxième ligne (Tansella et Thornicroft, 2003).

En collaboration avec plusieurs autres ministères du Québec, le MSSS a adopté un *Plan d'action interministériel en toxicomanie* se fondant sur une approche populationnelle distinguant ses actions selon quatre axes : la prévention; l'intervention précoce pour prévenir les comportements à risque, ce qui engage particulièrement les intervenants de première ligne; les actions relatives au traitement et à la réinsertion sociale, qui font appel aux intervenants de deuxième ligne des Centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes (CRPAT); la recherche afin d'accroître la connaissance et la surveillance en toxicomanie (MSSS et autres, 2006). Ce plan est

compatible avec celui mis de l'avant par le Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies (CCLAT)³⁷. En 2007, le MSSS a actualisé le *Plan d'action interministériel en toxicomanie* dans un document maître, l'*Offre de service 2007-2012 – Programme-services Dépendances* (MSSS, 2007), qui découle également du *Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique* (MSSS 2002). Ce document précise les orientations du réseau de la santé relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience en matière de dépendances.

Compte tenu de ces énoncés de politiques, les résultats de l'ESCC 1.2 permettent d'éclairer plusieurs aspects concrets de la santé mentale et de la toxicomanie au Québec et d'en préciser les implications pour la prise de décision. Les pistes d'action proposées en conclusion portent sur les activités de promotion et de prévention, sur l'organisation des services ainsi que sur les enquêtes et travaux de recherche.

Les activités de promotion et de prévention

L'avis scientifique produit par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ, 2008) est une pièce maîtresse des connaissances récentes au Québec sur les interventions

37. Le CCLAT respecte certaines priorités, notamment réduire les méfaits liés à l'alcool, mettre l'accent sur les enfants et les jeunes, offrir un appui au Nord canadien, soutenir le perfectionnement de la main-d'œuvre et améliorer la qualité, l'accessibilité et la gamme des options de traitement pour la toxicomanie, y compris les troubles liés à la consommation de substances. Voir : <http://www.ccsa.ca/Fra/Priorities/NationalFramework/Pages/default.aspx>.

efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. La promotion est centrée sur l'optimisation de la santé mentale et s'adresse généralement à l'ensemble de la population, alors que la prévention est davantage destinée aux groupes et individus qui présentent des caractéristiques, des signes ou même des symptômes les prédisposant à des troubles mentaux. Il n'en demeure pas moins que certaines activités de promotion et de prévention peuvent être interreliées, particulièrement lorsqu'elles s'inscrivent dans une approche globale qui vise à promouvoir la santé mentale tout en prévenant les troubles mentaux.

Le modèle présenté dans l'avis de l'INSPQ adopte une conception positive de la santé mentale et préconise la planification d'activités de promotion de la santé mentale et de prévention des troubles mentaux dans une perspective globale, c'est-à-dire en tenant compte simultanément de l'inter-influence des déterminants de la santé mentale aux différents stades de la vie, et de la complémentarité des niveaux d'intervention (individu, milieu de vie, environnement global). Certains constats peuvent être reliés aux résultats de l'ESCC 1.2 touchant la population québécoise : le besoin d'agir précocement et efficacement auprès de groupes à risque comme les individus confrontés à un stress important; le soutien aux travailleurs et la création d'environnements favorables à la santé mentale; l'amélioration des connaissances relatives aux troubles mentaux, particulièrement chez les jeunes adultes (INSPQ, 2008).

La présente section porte sur deux aspects particuliers des activités de promotion et de prévention : les campagnes d'information et de sensibilisation et la prévention en milieu de travail.

Les campagnes d'information et de sensibilisation

Plusieurs campagnes d'information et de sensibilisation ont déjà cours au Québec, à l'initiative du MSSS ou d'autres ministères ou organismes. De telles campagnes visent, entre autres, à diminuer la marginalisation, à augmenter la sensibilisation de l'entourage et à faciliter la démarche permettant de prendre contact avec le réseau de soins, que ce soit de la part des personnes atteintes ou de leurs proches. La campagne entreprise par le MSSS à l'automne 2007 et reprise à l'automne 2009 (« La dépression menace 10 personnes sur 10 ») a pour but de faire reconnaître la dépression comme maladie qui peut être traitée.

Depuis 1987, le MSSS met de l'avant la semaine de prévention de la toxicomanie et produit de la documentation adaptée à diverses clientèles. Il mène aussi chaque année une vaste campagne de sensibilisation à l'endroit des jeunes (médias, site web, activités sur le terrain et en milieu scolaire) ainsi qu'à l'intention des parents. Une autre campagne importante du MSSS concerne les problèmes de jeu et s'adresse aux adultes. La prévention passe aussi par les campagnes d'Educ'alcool, touchant principalement les problèmes liés à la consommation excessive, et de la Fondation Mise sur toi, visant les problèmes de jeu pathologique; certaines d'entre elles ciblent particulièrement les adolescents et les jeunes adultes. Ces campagnes doivent être vues sous plusieurs angles : elles représentent une lutte contre la stigmatisation et les préjugés, accroissent l'information sur les troubles mentaux et la toxicomanie, et mettent l'accent sur l'efficacité de l'aide professionnelle.

Les campagnes d'information et de sensibilisation répétées portent fruit à long terme. Ces campagnes gagnent généralement à être poursuivies sur une longue période; elles

gagneraient aussi à être étendues et leur planification, intégrée pour couvrir à la fois les troubles mentaux, la toxicomanie, les autres dépendances et les problèmes liés au suicide comme des conditions pouvant bénéficier d'un traitement. Elles pourraient également faire valoir les types de traitement potentiellement efficaces, que ce soit les antidépresseurs ou la psychothérapie. Une attention particulière devrait être portée à cibler les hommes, qui ont été identifiés comme consultant moins que les femmes à des fins de santé mentale, pour vaincre leurs préjugés à l'égard de la dépression, des troubles anxieux et de la toxicomanie, et de la possibilité de bénéficier de traitement.

L'harmonisation des campagnes d'information et de sensibilisation à l'échelle locale, régionale et nationale est nécessaire pour assurer leur efficacité et leur efficience. C'est un objectif qui demande une concertation des stratégies d'action entre les divers paliers de gouvernement. Dans cette perspective, les instances québécoises concernées ont à définir les orientations, choisir et diriger les actions appropriées afin de promouvoir la santé mentale et prévenir les troubles mentaux au sein de la population, en tenant compte du potentiel de complémentarité offert par les programmes canadiens et internationaux existants.

La prévention en milieu de travail

Les personnes les plus touchées par le stress au quotidien sont celles qui sont dans la force de l'âge (25-44 ans). C'est aussi dans ce groupe d'âge que l'on retrouve la plus forte proportion de personnes vivant un stress élevé au travail (41 % en 2005) (Bordeleau et Traoré, 2007). Les données de l'ESCC contribuent ainsi à souligner les exigences de la vie moderne pour les travailleurs et, en particulier, les défis que pose la conciliation travail-famille.

Poursuivre systématiquement la réduction des facteurs de risque psychosociaux dans l'organisation du travail devrait constituer une priorité. Ces facteurs sont non seulement associés aux problèmes de santé mentale rencontrés chez les travailleuses et travailleurs québécois, mais aussi à d'autres grandes sources de morbidité et de mortalité comme les maladies cardiovasculaires (Yusuf et autres, 2004). En milieu de travail, la prévention peut avoir de très grandes chances de succès, car il est possible d'y sensibiliser les individus à l'existence d'interventions efficaces pour traiter les problèmes de santé mentale. Ces derniers, et en particulier la dépression, semblent entraîner de plus en plus des incapacités permanentes ou à court terme, ce qui est en lien direct avec l'assiduité au travail (Dewa et autres, 2003). Comme les milieux de travail publics et privés sont très sensibles aux conséquences d'absences fréquentes ou prolongées, mener des campagnes de prévention et des activités de dépistage et d'intervention précoce dans ces milieux représente une opportunité à saisir.

Les actions des équipes d'intervention en santé au travail visant à modifier des aspects de l'organisation du travail ont été éprouvées au Québec et ont montré leur efficacité à réduire tant la détresse psychologique que la tension artérielle (Vézina et autres, 2004). Comme elles touchent non seulement le milieu du travail lui-même mais aussi la conciliation travail-famille, les interventions dans l'organisation du travail vont sans doute rejoindre autant les hommes que les femmes jusqu'à influencer ultimement sur le stress indu chez les familles et les couples. On peut même envisager que les répercussions d'une prévention en milieu de travail puissent atteindre les personnes handicapées qui ne travaillent pas par l'intermédiaire de travailleurs ou travailleuses ayant aussi le rôle d'aidants naturels (Saillant et Gagnon, 2001).

Parmi les pistes d'action connues au Québec, on peut mentionner les suivantes :

- l'extension, par l'intermédiaire des secteurs public et privé, de programmes d'aide aux organisations voulant réduire le stress indu dans leur milieu de travail;
- le soutien à l'application de la norme « Entreprise en santé » adoptée par le Bureau de normalisation du Québec (BNQ)³⁸;
- l'établissement d'une collaboration entre les partenaires sociaux visant la réduction du stress en milieu de travail, à l'instar des accords-cadres conclus en Europe entre les associations patronales et syndicales (ETVC et autres, 2004).

L'organisation des services

Les soins de première ligne en santé mentale

Les résultats de l'ESCC 1.2 révèlent que les troubles mentaux peuvent toucher plus de une personne sur cinq à vie et d'autres études basées sur les cycles généraux de l'ESCC, que les personnes présentant une comorbidité sont plus handicapées. Comme les personnes qui consultent à des fins de santé mentale s'adressent surtout à la première ligne médicale (médecins de famille) ou aux psychologues, les traitements potentiellement efficaces de ces ressources devraient être utilisés et rendus plus accessibles. Au Québec, des réformes sont en cours pour les services de santé primaire et les services de santé mentale; entre autres, il y a la formation de « réseaux locaux de services de santé mentale » de première ligne. Au cours des dernières années, ces réseaux ont été consolidés et renforcés selon les orientations du

Plan d'action en santé mentale, grâce à des ajouts de ressources en première ligne. Dans le cadre de ce plan, des efforts sont consentis pour améliorer le repérage, l'évaluation et l'orientation en fonction des besoins, car les délais d'attente risquent d'avoir des effets démobilisateurs. Dans ces démarches, deux enjeux de taille ressortent : la capacité d'intervention et le recours aux services spécialisés.

Il faudrait renforcer la détection puis l'évaluation des divers problèmes de santé mentale et des troubles liés aux substances dans les réseaux de première ligne³⁹. Une série d'activités et d'ateliers de formation pour les intervenants de liaison devrait soutenir cette piste. Par ailleurs, la mise à jour du *Programme national de santé publique* en 2008 prévoit la promotion et le soutien de trois pratiques cliniques reconnues pour prévenir les problèmes de santé mentale : le dépistage de la dépression chez les personnes âgées et les adultes, particulièrement les femmes enceintes et les femmes en période postnatale, avec référence aux services de diagnostic, de traitement ou de suivi; la recherche de cas et le *counseling* sur la consommation d'alcool et le tabagisme chez les femmes enceintes; la recherche de cas de violence conjugale chez les adultes.

Le modèle de gestion des maladies chroniques avec une perspective populationnelle pour des conditions courantes comme les maladies cardiovasculaires, utilisé actuellement dans les soins de première ligne, pourrait servir d'appui dans l'intégration des troubles mentaux courants aux soins de première ligne (Montague, 2009). Au Québec, le réseau Qualaxia, dont l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ)

38. Pour plus de détails, voir : http://www.bnq.qc.ca/fr/communiquer/norme_sante_index.html.

39. Prestation des soins pour les troubles mentaux courants, gestion des crises suicidaires et de la toxicomanie, développement d'un soutien aux médecins de famille par les équipes de santé mentale de base en collaboration avec les psychologues des secteurs public et privé.

est un partenaire important⁴⁰, a adopté ce modèle pour la qualité des soins relatifs aux troubles mentaux. À l'initiative de l'INSPQ, le projet Cible Qualité⁴¹ de ce réseau vise, entre autres, à soutenir l'implantation du modèle de gestion des maladies chroniques dans six CSSS du Québec en utilisant les six composantes de ce modèle. Les troubles mentaux ciblés par le projet sont les troubles dépressifs et les troubles anxieux. Cette initiative inclut parmi ses composantes la mise à disposition d'une approche psychothérapeutique autoadministrée et l'organisation des soins selon une approche hiérarchisée d'accessibilité aux services psychothérapeutiques dans les équipes de base en santé mentale ou auprès des psychologues du secteur privé, dont les soins en étapes sont un des modèles à utiliser.

Les services en santé mentale et toxicomanie

Les données de l'ESCC 1.2 révèlent l'importance de développer des approches davantage intégrées en santé mentale et toxicomanie, puisqu'on consulte souvent en première ligne à des fins de santé mentale et lorsque les problèmes sont multiples. Même si elle peut sembler peu fréquente, la comorbidité s'associe à une utilisation plus grande des services. Les raisons en sont que les problématiques, les dysfonctionnements et les complexités thérapeutiques sont plus importants et commandent alors plus de continuité et de coordination dans les soins, au risque d'issues comme le suicide (Nadeau, 2001; Lesage et autres, 2009).

Dans l'*Offre de service 2007-2012 – Programme-services Dépendances* (MSSS, 2007), le MSSS adopte une perspective de responsabilité populationnelle et de hiérarchisation des soins. Reconnaisant l'ancrage territorial des clientèles, il propose une vision des services aux paliers local et régional qui en favorise la cohérence et le partage. L'objectif est d'« assurer à la personne le bon service, au bon moment, au bon endroit et avec l'expertise appropriée » (MSSS, 2007, p. 8). Le document définit ainsi les rôles et responsabilités de chacun des partenaires du réseau de la santé pour les personnes ayant des comportements à risque ou des problèmes de dépendance. Les protocoles présentés dans les fiches⁴² comprises dans l'offre sont très explicites, mais l'offre ne comporte pas de précision sur le budget ou l'ampleur des nouveaux investissements. Le MSSS prévoit déployer en 2010 une formation pour faire du repérage, de la détection et de l'intervention précoce à l'endroit des personnes ayant une consommation à risque ou problématique d'alcool, de drogues ou de jeu. Cette formation vise l'ensemble des intervenants de première ligne des centres de santé et de services sociaux (CSSS) du Québec travaillant dans les programmes de périnatalité, santé mentale et dépendances.

Les approches de collaboration avec les services de première ligne envisagées dans le *Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011* (MSSS et autres, 2006) ont été largement adoptées par les services spécialisés

40. Voir : <http://www.qualaxia.org/sante-mentale-reseau/partenaires.php?lg=fr>.

41. Ce projet relève du programme de recherche Dialogue : <http://www.qualaxia.org/ms/cible-qualite/index.php?lg=fr>

42. Les fiches portent sur les sujets suivants : détection et orientation vers des services appropriés; intervention précoce pour prévenir l'aggravation de la situation; suivi psychosocial au terme d'un traitement spécialisé; suivi psychosocial et médical avec soutien à la méthadone; désintoxication externe et interne et suivi psychosocial; programme régional d'évaluation spécialisée; réadaptation externe et interne; réinsertion sociale; désintoxication externe intensive et désintoxication avec hébergement; soutien à l'entourage; intervention de crise auprès des joueurs en difficulté dans les casinos et les salons de jeux.

de toxicomanie, alors que ce n'est pas encore le cas pour les services de santé mentale. Toutefois, l'allocation récente d'une enveloppe budgétaire visant à inciter la pratique de psychiatres répondants en santé mentale pourrait avoir un effet sur l'accessibilité des milieux spécialisés en santé mentale. Cet effet serait d'autant plus positif si cette initiative était accompagnée d'une formation des psychiatres en vue d'accroître leur rôle de consultation/liaison dans le cadre de modèles de soins partagés, comme celle offerte par l'Association des psychiatres du Canada ou dans le cadre du programme australien *Better Outcomes in Mental Health Care*.

Dans le but d'accroître la collaboration et les soins partagés en santé mentale, tant les médecins de famille que les psychiatres préconisent deux stratégies (Lucena et autres, 2003) :

- accroître la formation médicale continue donnée par les spécialistes aux médecins de famille;
- encourager l'accessibilité téléphonique pour permettre des discussions avec les médecins de famille.

La collaboration et la coordination entre les services spécialisés de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que leur accessibilité respective, devraient être accrues dans les cas de problèmes complexes, avec comorbidité, ces cas étant souvent vus dans les urgences pour une crise suicidaire. Dans près du tiers des cas de suicide au Nouveau-Brunswick, un défaut de coordination entre ces services a été identifié, les cas étudiés impliquant aussi parfois des services du système de justice et des urgences hospitalières (Lesage et autres, 2008). Face aux crises suicidaires vues à l'urgence, 15 établissements (centres hospitaliers, centres

de crise, CLSC, ressources en toxicomanie et en prévention du suicide) de la région montréalaise ont conclu une entente formelle, le protocole MARCO, lequel est implanté depuis 2001 dans trois territoires de la région (Houle et autres, 2006). Ce protocole fait en sorte qu'un suivi des personnes est effectué par des intervenants des organismes communautaires qui accompagnent ces personnes vers les services de santé mentale ou de toxicomanie (ou les deux) auxquels elles sont référées à la sortie de l'urgence. En 2008, le MSSS a lancé, en collaboration avec le centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, un guide pour la mise en place d'équipes de liaison spécialisées en toxicomanie dans les centres hospitaliers (urgences et unités de soins) partout au Québec (MSSS et Centre de réadaptation Ubald-Villeneuve, 2008). S'assurer de l'enseignement et l'application de ces protocoles dans toutes les urgences du Québec représente un volet important de cette piste d'action.

Les approches de collaboration peuvent aller jusqu'à une intégration systémique des directions de la santé mentale et de toxicomanie comme cela a été réalisé dans les provinces du Nouveau-Brunswick (2005) et de l'Alberta (2009). Ces provinces ont mis sous une même direction ministérielle, les services de santé mentale et de toxicomanie, sans nécessairement les placer sous un même toit dans les régions ou les points de services locaux. Au Nouveau-Brunswick, la direction conjointe a convié les régions à adopter des protocoles précis de suivi, entre autres pour les cas de comorbidité, de crise suicidaire, vus à l'urgence, comme ceux décrits précédemment.

Le recours aux traitements psychothérapeutiques

Les psychothérapies sont des traitements efficaces des troubles mentaux courants comme la dépression et l'anxiété, avec ou sans

comorbidité incluant des troubles de la personnalité ou des dépendances. Elles ne sont toutefois pas aussi accessibles que peut l'être la médication psychotrope couverte, au Québec, par le régime d'assurance médicaments obligatoire.

Les résultats de l'ESCC 1.2 ont permis d'identifier des besoins non comblés d'aide en santé mentale chez la population québécoise ainsi que des problèmes d'accessibilité qui touchent environ le dixième des personnes ayant des besoins non comblés. Même si des campagnes d'information et de sensibilisation réussissaient à encourager les personnes concernées à aller chercher une psychothérapie avec le soutien de leur assurance privée ou en payant de leur poche, subsistera un problème dans l'accessibilité à la psychothérapie pour les secteurs plus défavorisés de la société québécoise.

Des pays comme l'Australie et l'Angleterre⁴³ ont adopté des façons différentes d'accroître l'accessibilité à la psychothérapie qui peuvent alimenter les réflexions sur cette question. L'idée sous-tendant leurs choix est qu'investir dans les services de psychothérapie serait globalement bénéfique sur le plan économique : réduction des incapacités associées à ces conditions à court et moyen terme; effet d'entraînement sur les autres coûts de santé, compte tenu de l'association fréquente entre la dépression et les autres maladies chroniques; réduction de l'incapacité et de la gravité de ces autres

conditions ainsi que des services médicaux requis (Layard et autres, 2007 ; Layard, 2006). La question de l'accessibilité aux traitements psychothérapeutiques mérite d'être abordée dans une étude; l'éventail des possibilités permettant de favoriser l'accès à ces traitements pour les personnes en ayant besoin pourrait être exploré.

Les enquêtes et travaux de recherche

Des pistes d'action peuvent être proposées pour le développement de la recherche en fonction de certains résultats de l'étude et des objectifs de surveillance en santé mentale :

Quelques questions à explorer

Utilisation moindre des soins en santé mentale et toxicomanie chez les hommes

Chez les hommes, l'utilisation moindre des soins en santé mentale et toxicomanie et l'impact qu'elle pourrait avoir sur le suicide font ressortir l'utilité de mener des études sur les approches (celles spécifiques au niveau clinique, des programmes et du système) afin d'encourager les hommes souffrant de troubles mentaux ou de toxicomanie à s'engager dans une psychothérapie ou dans le traitement d'une dépendance. Le recours à des approches sur Internet et la tenue de forums de discussion pourraient être examinés.

Importance de la comorbidité et difficultés des approches courantes à aider toutes les personnes touchées

Il importe de favoriser la recherche sur de nouvelles interventions psychothérapeutiques pour faire face aux troubles concomitants d'anxiété, de dépression et de toxicomanie, en particulier chez les hommes qui peuvent également présenter des problèmes de contrôle de l'agressivité et qui parviennent difficilement à se maintenir dans un traitement psychothé-

43. En Australie, la psychothérapie est reconnue comme médicalement requise dans le traitement des troubles anxieux et de l'humeur, au même titre que la médication antidépressive, lorsque prescrite par un médecin de famille et appliquée par un psychologue de l'Ordre des psychologues de l'Australie; depuis la fin de 2006, elle est remboursée par l'équivalent de la Régie de l'assurance maladie (Moulding et autres, 2008). L'Angleterre a choisi d'accroître de façon importante le nombre d'intervenants en santé mentale pouvant pratiquer des psychothérapies spécifiques et œuvrant dans les services de santé de proximité.

peutique pourtant bien amorcé. Des recherches devraient aussi être menées en vue d'optimiser l'utilisation des « réseaux locaux de services de santé mentale », compte tenu de l'intérêt des équipes de santé mentale des CSSS à articuler ces services de manière fonctionnelle avec les médecins de première ligne, les ressources communautaires, les ressources des CSSS et celles de deuxième ligne en santé mentale et toxicomanie.

Ampleur de l'utilisation des médicaments psychotropes pour l'insomnie chez les personnes âgées

Des travaux pourraient être menés sur des modèles de gestion des problèmes d'insomnie chez les personnes âgées incluant des interventions psychothérapeutiques. Il serait aussi utile d'examiner les coûts-bénéfices de la généralisation de cette approche et les enjeux de l'accessibilité à des interventions psychothérapeutiques visant à réduire l'insomnie. Enfin, il faudrait vérifier quelles seraient les ressources les mieux placées pour contribuer à une offre de nouvelles options : entre autres, le réseau communautaire pourrait être mobilisé, avec le soutien des CSSS.

La surveillance de la santé mentale et des dépendances

En ce qui concerne la surveillance de la santé mentale et des dépendances, il serait pertinent de s'attarder à l'évolution de la situation et à l'obtention de données plus précises. L'implantation et le maintien d'un système de surveillance multidimensionnel permettraient de suivre l'évolution des tendances à travers le temps et de détecter les problématiques émergentes pour les troubles mentaux, la toxicomanie, les problèmes en lien avec le suicide, les déterminants psychosociaux et l'utilisation des services. Il existe notamment un besoin criant d'obtenir de manière plus régulière

des données sur la prévalence des dépendances⁴⁴ (surtout l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool et aux drogues). Ce besoin s'exprime aussi à l'échelle régionale. Le fait de pouvoir estimer de manière plus exacte le nombre de personnes susceptibles d'être détectées par les services de première ligne ou de celles devant recevoir des services spécialisés contribuerait à l'amélioration de l'organisation des services.

Étant donné l'intérêt suscité, l'ESCC 1.2 se doit d'être répétée régulièrement. La réalisation d'une enquête sur la santé mentale et le bien-être à l'échelle canadienne et le développement d'indicateurs se font suivant une périodicité d'environ dix ans. On peut aussi envisager d'exploiter davantage à des fins de surveillance les cycles généraux de l'ESCC qui fournissent certains indicateurs pertinents, en particulier pour la détresse psychologique, la dépression, certains facteurs psychosociaux de stress en milieu de travail, les maladies chroniques et l'utilisation des services. Le Québec dispose aussi de l'*Étude québécoise des conditions de travail, d'emploi et de santé et de sécurité du travail* (EQCOTESST), une enquête réalisée en 2007-2008 par l'Institut de la statistique du Québec, l'Institut de recherche Robert-Sauvé en santé et en sécurité du travail et l'Institut national de santé publique du Québec comme principaux partenaires. Les résultats de cette étude pourront servir, entre autres, à approfondir la problématique de la santé mentale au travail.

44. Mentionnons que, grâce à l'informatisation des CRPAT, il est maintenant possible d'avoir accès à des données via le SIC-SRD. De plus, dans l'I-CLSC, des travaux sont en cours pour intégrer des données relatives aux dépendances.

La mise en commun des indicateurs relatifs à la santé mentale et à la toxicomanie avec les bases de données administratives sur l'utilisation des services, soit les données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ), de MEDECHO et de I-CLSC, comme cela a été fait pour le diabète⁴⁵, pourrait être expérimentée et éventuellement utilisée à des fins de recherche⁴⁶. Des travaux exploratoires ont déjà eu lieu à partir du même principe pour les troubles mentaux courants et leur valeur a été illustrée dans des études menées au Québec (Ouadahi et autres, 2009; Kisely et autres, 2009). Par ailleurs, dans le cadre du *Plan ministériel de surveillance multithématique* (diffusion en 2010), des travaux sont en cours à l'INSPQ pour procéder au jumelage des fichiers de données administratives se rapportant aux maladies chroniques, incluant les troubles mentaux. Ces activités de surveillance permettront de faire une surveillance continue des indicateurs de maladies chroniques pour des cohortes de cas déterminés. Elles apporteront ainsi une information plus précise sur les troubles traités, ainsi que sur les trajectoires d'utilisation de services.

Une nouvelle édition de l'ESCC portant sur la santé mentale et le bien-être est prévue pour 2012. Le groupe consultatif d'experts de ce cycle a été appelé à se prononcer sur le contenu ainsi que sur certains aspects méthodologiques de l'enquête. Selon les décisions qui seront prises par Statistique Canada pour ce nouveau cycle, il sera pertinent d'étudier, en premier lieu, si les

thématiques abordées et les indicateurs mesurés correspondent adéquatement aux besoins du Québec, soit ceux inscrits dans les plans de surveillance régionaux et national pour différents sujets reliés à la santé mentale, incluant la toxicomanie et le jeu. Parmi les indicateurs à développer, il ne faut pas négliger ceux qui se rapportent à la santé mentale positive; cela permettrait de suivre et de mieux comprendre les éléments qui contribuent au bien-être et à la résilience individuelle (ICIS, 2009).

Il serait par la suite utile d'évaluer si la taille de l'échantillon prévue pour le Québec est suffisante, en termes de possibilités d'analyse et de précision attendue des estimations, ou bien si un échantillon supplémentaire permettrait d'atteindre les objectifs visés, en tenant compte des budgets alloués. Notons qu'à tailles d'échantillon égales, certaines modifications méthodologiques envisagées par Statistique Canada pour le cycle 2012 pourraient entraîner une réduction du potentiel analytique des données comparativement au cycle 2002. Dans le cas où les objectifs du Québec seraient différents de ceux de l'ESCC 2012, d'autres avenues pourraient être considérées dans le cadre de la planification ministérielle des enquêtes sociales et de santé.

Il existe toujours un besoin de recherches longitudinales qui, idéalement, permettraient de suivre l'évolution des phénomènes et de leurs déterminants pour une même cohorte. Enfin, comme cela a été noté dans le chapitre *Discussion*, la santé mentale des enfants ne doit pas être négligée comme thème à couvrir dans une collecte de données.

45. Il existe un registre canadien du diabète auquel participe le Québec en fournissant chaque année des données agrégées à partir de l'intégration de données RAMQ et MEDECHO.

46. L'appariement de données des banques existantes à des fins de recherche se heurte souvent à des écueils. Le projet Environnement pour la promotion de la santé et du bien-être (EPSEBE), lancé par des chercheurs pour des chercheurs, constitue une nouvelle plateforme pour la réalisation de recherches complexes disponible sur le site de l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) : http://www.epsebe.ca/diff/epsebe/web/faces/pages/promotion_sante_bien_etre.jsp

Les pistes d'action proposées pour l'information et la sensibilisation, la prévention au travail, le traitement et l'organisation des services ainsi que pour le développement de la recherche ne sauraient être reconnues que si elles font l'objet de discussions intraministérielles et interministérielles et de discussions avec les principales organisations médicales et professionnelles, avec les organismes communautaires, les représentants d'usagers et de proches, et les secteurs privé et public de la société québécoise. La prévalence de 23 % de personnes ayant souffert d'au moins un des troubles mentaux mesurés dans l'ESCC 1.2

au cours de leur vie laisse croire que peu d'entre nous n'ont pas été touchés personnellement ou n'ont pas un membre de leur famille, un ami ou un collègue de travail vivant des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie, et bénéficiant ou pouvant bénéficier de traitements potentiellement efficaces disponibles. La tragédie n'est pas seulement que tant de gens souffrent de troubles mentaux et de toxicomanie, mais aussi que nous n'offrions pas et n'utilisons pas les interventions que nous savons efficaces au même titre que pour les autres maladies (Kirby et Keon, 2006).

Bibliographie

- ARSENAULT-LAPIERRE G, C. KIM et G. TURECKI (2004). « Psychiatric diagnosis in 3275 suicides : a meta analysis », *BMC Psychiatry*, vol. 4, p. 371-11.
- BERNARD, P., M. LEMAY et M. VÉZINA (2004). *Perspectives de recherche en santé des populations au moyen de données complexes*, Québec, Institut national de santé publique du Québec, 37 p.
- BORDELEAU, M., V. DUMITRU et N. PLANTE (2010). *Santé mentale et bien-être des adultes québécois : un aperçu à partir de quelques indicateurs-clés. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Portrait chiffré, Québec, Institut de la statistique du Québec (à paraître).
- BORDELEAU, M., et I. TRAORÉ (2007). « Santé générale, santé mentale et stress au Québec. Regard sur les liens avec l'âge, le sexe, la scolarité et le revenu », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, juin, 4 p. Version révisée. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
- CAMIRAND, H., et V. NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005 », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, septembre, 4 p. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
- CANADIAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION et CANADIAN NETWORK FOR MOOD AND ANXIETY TREATMENTS (CANMAT) (2006). « Clinical practice guidelines. Management of anxiety disorders », *Canadian Journal of Psychiatry*. vol. 51, n° 8, Suppl. 2, p. 9S-91S. Erratum in: *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 51, n° 10, p. 623.
- CAZALE, L., et V. DUMITRU (2008). « Les maladies chroniques au Québec : quelques faits marquants », *Zoom Santé*, Institut de la statistique du Québec, mars, 4 p. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
- DEWA, C. S., D. A. ROCHEFORT, J. ROGERS et P. GOERING (2003). « Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness », *Applied Health Economics and Health Policy*, vol. 2, n° 1, p. 43-54.
- DOHRENWEND, B. P., I. LEVAV, P. E. SHROUT, S. SCHWARTZ, G. NAVEH, B. G. LINK, A. E. SKODOL et A. STUEVE (1992). « Socioeconomic status and psychiatric disorders: the causation-selection issue ». *Science*, vol. 255, n° 5047, p. 946-952.
- DRAPEAU, A. (2010). *Le recours aux services en santé mentale selon l'ESCC-1.2 et selon la RAMQ : Des points de vue réconciliables?* Vidéoconférence présentée au Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales (CIQSS) le 9 avril. [En ligne :] <http://www.ciqss.umontreal.ca/fr/calendrier.html>
- DRAPEAU, A., R. BOYER et A. LESAGE (2009). « The Influence of Social Anchorage on the Gender Difference in the Use of Mental Health Services », *Journal of Behavioral Health Services and Research*, vol. 36, no 3, p. 372-384.
- DUHAMEL, D. (2007). *Savoir pour mieux intervenir. Toxicomanie et phénomènes suicidaires*, Montréal, Centre Dollard-Cormier, 92 p.
- DUPÉRÉ, V., T. LEVENTHAL et E. LACOURSE (2009). « Neighborhood poverty and suicidal thoughts and attempts in late adolescence », *Psychological Medicine*, vol. 30, n° 8, août, p. 1295-1306
- ETVC, UNICE, VEAPME et CEEP (2004). *Framework agreement on work-related stress. Social dialogue*, 4 p. Compte-rendu dans *Liaisons sociales Europe* (10-6), mai 2004.

- FOURNIER L., O. LEMOYNE, C. POULIN et L. R. POIRIER. (2002). *Enquête sur la santé mentale des montréalais, volume 1. La santé mentale et les besoins de soins des adultes de Montréal*. Direction de la Santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal Centre. 251 p.
- FOURNIER, L., A. D. LESAGE, J. TOUPIN et M. CYR (1997). « Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal catchment area study », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, p. 737-743.
- GAGNÉ, M., et D. ST-LAURENT (2009). *La mortalité par suicide au Québec. Tendances et données récentes – 1981 à 2007*. Québec, Institut national de santé publique du Québec, 20 p.
- GRAVEL, R., et Y. BÉLAND. (2005). « The Canadian Community Health Survey : Mental Health and Wellbeing », *The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 50, p. 573-579.
- HEMINGWAY, H., C. J. WHITTY, M. SHIPLEY, M. S. STANSFELD, E. BRUNNER, R. FUHRER et M. MARMOT (2001). « Psychosocial risk factors for coronary disease in White, South Asian and Afro-Caribbean civil servants: the Whitehall II study », *Ethnicity and Disease*, vol. 11, n° 3, p. 391-400.
- HOULE, J., C. POULIN et H. VAN NIEUWENHUYSE (2006). *Vers une meilleure continuité de services pour les personnes suicidaires : évaluation d'implantation du protocole MARCO*, Direction de la santé publique, Agence de la santé et de services sociaux de Montréal.
- IMBOUA, A., et M.-J. FLEURY (2009). « Médecins omnipraticiens : pratique et intégration des soins en santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 55-76.
- INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009). *Améliorer la santé des Canadiens 2009. Explorer la santé mentale positive*. Ottawa, ICIS, 94 p. Initiative sur la santé de la population canadienne.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008). *Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Québec, INSPQ, 150 p. Développement des individus et des communautés. (Rédaction : N. Desjardins, G. D'Amours, J. Poissant et S. Manseau)
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), et MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, en collaboration avec l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 131 p.
- INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ), en collaboration avec le MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU QUÉBEC, et l'INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*, gouvernement du Québec, 659 p.
- KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAULT et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.
- KENNEDY, S. H., R. . LAM, S. V. PARIKH, S. B. PATTEN et A. V. RAVINDRAN, dir. (2009). « Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults ». *Journal of Affective Disorders*, Special Issue, vol. 117, suppl. 1, p. S1-S64.
- KESSLER, R.C., G. ANDREWS, L. J. COLPE et autres (2002). « Short screening scales to monitor population prevalences and trends in nonspecific psychological distress », *Psychological Medicine*, vol. 32, p. 959-976.

- KESSLER, R. C., G. ANDREWS, D. MROCEK, T. B. ÜSTÜN et H.-U. WITTCHEN (1998). « The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7, p. 171-185.
- KESSLER, R.C., P. R. BARKER, L. J. COLPE, J. F. EPSTEIN, J. C. GFROERER et autres (2003). « Screening for Serious Mental Illness in the General Population », *Archives of General Psychiatry*, vol. 60, n° 2, février, p.184-189.
- KESSLER, R. C., C. B. NELSON, K. A. MCGONAGLE, M. J. EDLUND, R. G. FRANK et P. J. LEAF (1996). « The epidemiology of co-occurring addictive and mental disorders: implications for prevention and service utilization ». *American Journal of Orthopsychiatry*, vol. 66, n° 1, p. 17-31.
- KIRBY, M. J. L., et W. J. KEON. *De l'ombre à la lumière, Résumé et recommandations*. Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 95 p.
- KISELY, S., E. LIN, A. LESAGE, C. GILBERT, M. SMITH, L. A. CAMPBELL et H. M. VASILADIS (2009). « Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 54, n° 8, p. 571-575.
- LAYARD, R. (2006). « The case for psychological treatment centres », *British Medical Journal*, vol. 332, n° 7548, p. 1030-1032.
- LAYARD, R, D. CLARK, M. KNAPP et G. MAYRAZ (2007). « Cost Benefit Analysis of Psychological Therapy », *National Institute Economic Review*, 2002, p. 90-98.
- LÉGARÉ, G. (1995). *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-St-Laurent – Enquête santé mentale : rapport final*. Rimouski, Direction de la santé publique du Bas-St-Laurent.
- LEMSTRA, M., N. H. BENNETT, C. NEUDORF, A. KUNST, U. NANNAPANENI et autres (2008). « A meta-analysis of marijuana and alcohol use by socio-economis status in adolescents aged 10-15 years », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 99, n° 3, mai-juin, p. 172-177.
- LESAGE, A. (2010). « The contribution of psychiatric epidemiology on counting severely mentally ill » dans J Cairney et D Streiner (dir.), *Canadian Psychiatric Epidemiology*. Toronto, University Press (sous presse).
- LESAGE, A. D., D. CLERC, I. URIBÉ, J. COURNOYER, J. FABIAN, V. TOURJMAN, I. VAN HAASTER et C. H. CHANG (1996) « Estimating Local-Area Needs for Psychiatric Care : A Case Study », *British Journal of Psychiatry*, vol. 169, p. 49-57.
- LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments reliées aux problèmes de santé mentale. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.
- LESAGE, A., M. SÉGUIN, A. GUY, F. DAIGLE, M. N. BAYLE et autres (2008). « Systematic Services Audit of Consecutive Suicides in New Brunswick : The Case for Coordinating Specialist Mental Health and Addiction Services », *The Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 53, no 10, p. 671-678.
- LESAGE, A.D., H. M. VASILADIS, M. A. GAGNÉ, S. DUDGEON, N. KASMAN et C. HAY (2006). *Prévalence de la maladie mentale et l'utilisation des services connexes au Canada. Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*. Ottawa, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. [En ligne :] <http://www.ccmhi.ca/fr/>.
- LUCENA, R., et A. D. LESAGE (2003). « Strategies of Collaboration Between General Practitioners and Psychiatrists : A Survey of Practitioners' Opinions and Characteristics », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 48, n° 9, p. 641-644

- MARCHAND, A., A. DEMERS et P. DURAND (2005). « Does work really cause distress? The contribution of occupational structure and work organization to the experience of psychological distress », *Social Science & Medicine*, vol. 61, n° 1, p. 1-14.
- MARCHAND, A., A. DEMERS et P. DURAND (2006). « Social structures, agent personality and mental health: A longitudinal analysis of the specific role of occupation and of workplace constraints-resources on psychological distress in the Canadian work force », *Human Relations*, vol. 59, n° 7, p. 875–901.
- MASSÉ, R., C. POULIN, C. DASSA, J. LAMBERT, S. BÉLAIR et M. A. BATTAGLINI (1998), « Élaboration et validation d'un outil de mesure du bien-être psychologique : l'ÉMMBEP », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 98, n° 5, p 352-357.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008). *Programme national de santé publique 2003-2012 - Mise à jour 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 103 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007). *Unis dans l'action. Orientations relatives aux standards d'accès, de continuité, de qualité, d'efficacité et d'efficience. Programme-services Dépendances. Offre de service 2007-2012*, Québec, MSSS, 60 p. (Rédaction : M.C. Paquette et G. Doré).
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et autres ministères (2006). *Unis dans l'action. Plan d'action interministériel en toxicomanie 2006-2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 80 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *La force des liens. Plan d'action en santé mentale 2005-2010. La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2002). *Avoir ensemble. Plan d'action gouvernemental sur le jeu pathologique*. Québec, MSSS, Direction des communications, 40 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001). *Accentuer la transformation des services de santé mentale – Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, MSSS, Direction des communications.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1998). *S'entraider pour la vie. Stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, Gouvernement du Québec, 94 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et CENTRE DE RÉADAPTATION UBALD-VILLENEUVE (2008). *Unis dans l'action. Guide d'implantation : Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'Urgence*. Québec, Gouvernement du Québec, 29 p. (Rédaction : G. Vermette).
- MONTAGUE, T. (2009). « Next Generation Health Care : A strategic Appraisal », *Health Care Papers*, vol. 9, n° 2, p. 39-44.
- MONTGOMERY, P., et J. DENNIS (2002). « Cognitive Behavioural interventions for sleep problems in adults aged 60+ », *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (2) CD003161.
- MORGAN, K., S. DIXON, N. MATHERS, J. THOMPSON et M. TOMENY (2004). « Psychological treatment for insomnia in the regulation of long-term hypnotic drug use », *Health Technology Assessment*, vol. 8: n° 8, p. 1-68.
- MOULDING, R., J. GRENIER, G. BLASHKI, P. RITCHIE, J. PIRKIS et M.-H. CHOMIENNE (2009). « Integrating Psychologists into the Canadian Health Care System: The Example of Australia », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 100, n° 2, p. 145-147
- MURPHY, J. M., N. M. LAIRD, R. R. MONSON, A. M. SOBOL et A. H. LEIGHTON (2000). « A 40-year perspective on the prevalence of depression: the Stirling County Study ». *Archives of General Psychiatry*, vol. 57, n° 3, p. 209-215.

- NADEAU, L. (2001). « La cooccurrence de la toxicomanie et des autres troubles mentaux » dans : M. Landry, L. Guyon et S. Brochu, dir., *Impact du traitement en alcoolisme et toxicomanie. Études québécoises*. Québec, Presses de l'Université Laval, chap. 3, p. 45-71, Collection Toxicomanies.
- OFFORD, D. R., M. H. BOYLE, D. CAMPBELL, P. GOERING, E. LIN, M. WONG et Y. A. RACINE (1996) « One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 41, n° 9, p. 559-563.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2006). *Projection of mortality and burden of disease*, [En ligne] :www.who.int/healthinfo/statistics/bod_dalybywhoregion.xls (page consultée le 26 octobre 2007).
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*, Genève, OMS.
- OUADAHI, Y., A. LESAGE, J. RODRIGUE et M. J. FLEURY (2009). « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives, *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 1, p. 161-172.
- PLANTE, N., M. BORDELEAU et J. AUBIN (2008). *Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : présentation de l'enquête et des méthodes. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 30 p.
- ROSS, H. E. (1995). « DSM-III-R alcohol abuse and dependence and psychiatric comorbidity in Ontario: Results from the Mental Health Supplement to the Ontario Health Survey », *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 39, p. 111-128.
- SAILLANT, F., et É. GAGNON (2001). « Responsabilité pour autrui et dépendance dans la modernité avancée. Le cas de l'aide aux proches », *Lien social et politiques*, vol. 46, n° 1, p. 55-70.
- SANTÉ CANADA (2002). *Meilleures pratiques : Troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie*, Ottawa, Ministre des travaux publics et services gouvernementaux Canada, 179 p.
- SCHMITZ, N., D. NITKA, G. GARIEPY, A. MALLA, J. WANG, R. BOYER, L. MESSIER, I. STRYCHAR et A. LESAGE (2009). « Association between Neighborhood-Level Deprivation and Disability in a Community Sample of People with Diabetes », *Diabetes Care*, vol. 32, novembre, p. 1998-2004.
- SCHMITZ, N., J. WANG, A. MALLA et A. LESAGE (2007). « Joint effect of depression and chronic conditions on disability: results from a population-based study », *Psychosomatic Medicine*, vol. 60, n° 4, p. 332-338.
- SHERBOURNE, C. D., et A. L. STEWART (2003). « The MOS Support Survey », *Social Sciences and Medicine*, vol. 32, p. 705-714
- STANSFELD, S. A., R. FUHRER, M. J. SHIPLEY et M. G. MARMOT (1999). « Work characteristics predict psychiatric disorder: prospective results from the Whitehall II Study », *Occupational and Environmental Medicine*, vol. 56, n° 5, p.302-307.
- STUART, H. (2004). « Stigma and work », *Healthcare Papers*, vol. 5, n° 2, p.100-11
- TAKKOUCHE, B, A. MONTES-MARTINEZ, S. S. GILL et M. ETMINAN (2007). « Psychotropic Medication in the Risk of Fracture: A Meta-analysis », *Drug Safety*, vol. 30, n° 2, p. 171-184.

- TANSELLA, M., et G. THORNICROFT (2003). *Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité?* Réseau des bases factuelles en santé, Bureau régional de l'OMS en Europe, [En ligne :] <http://www.euro.who.int/document/e85238.pdf> (page consultée le 7 septembre 2009).
- THORNICROFT, G. (2006) *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*. New York, Oxford University Press, 328 p.
- VALLA, J.-P., J.-J. BRETON, L. BERGERON, N. GAUDET, C. BERTHIAUME, M. SAINT-GEORGES, C. DAVELUY, V. TREMBLAY, J. LAMBERT, L. HOUDE et S. LÉPINE (1994). *Étude québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse*, Montréal, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, 131 p.
- VASILADIS, H. M., A. D. LESAGE, C. ADAIR et R. BOYER (2005). « Service Use for Mental Health Reasons: Cross-Provincial Differences in Rates, Determinants, and Equity of Access », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 50, n° 10, p. 614-619.
- VÉZINA, M., et R. BOURBONNAIS (2001). « Incapacité de travail pour des problèmes de santé mentale », dans *Portrait social du Québec*, Québec, Institut de la statistique du Québec, chapitre 12.
- VÉZINA, M., R. BOURBONNAIS, C. BRISSON et L. TRUDEL (2004). « Workplace prevention and promotion strategies », *Healthcare Papers*, vol. 5, n° 2, p. 32-44.
- VÉZINA, M., R. BOURBONNAIS, A. MARCHAND et R. ARCAND (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 50 p.
- WANG, J. L., A. LESAGE, N. SCHMITZ, et A. DRAPEAU (2008). « The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study », *Journal of Epidemiology and Community Health*, vol. 62, n° 1, p. 42-47.
- WARAICH, P., E. M. GOLDNER, J. M. SOMERS et L. HSU (2004). « Prevalence and incidence studies of mood disorders: systematic review of the literature », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 49, n° 2, p. 124-138.
- YUSUF, S., S. HAWKEN, S. OUNPUU, T. DANS, A. AVEZUM et autres (2004). « Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study », *Lancet*, vol. 364, n° 9438, p. 937-952.

Annexe 1

Aspects méthodologiques

L'étude a été réalisée à partir de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes*, cycle 1.2, une enquête de Statistique Canada qui porte sur la santé mentale et le bien-être. Le fichier de partage avec le Québec a été utilisé pour l'exploitation des données québécoises dans les publications précédentes de la série et dans le portrait statistique de l'état de santé mentale et de bien-être publié en même temps que la synthèse. Ce fichier ne contient que les données relatives aux répondants résidant au Québec qui ont accepté le partage des données entre Statistique Canada et l'Institut de la

statistique du Québec : 95 % d'entre eux ont accepté.

La première brochure de la présente série (Plante et autres, 2008) et d'autres publications (Gravel et Béland, 2005) peuvent être consultées pour connaître les détails du plan de sondage de même que de l'ensemble des procédures d'enquête.

La population cible et les autres aspects relatifs aux méthodes de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (cycle 1.2) sont décrits dans l'encadré suivant :

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

Population cible : personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces canadiennes. Exclusions : personnes vivant dans les réserves indiennes ou sur des terres de la Couronne, résidents des établissements, membres à temps plein des Forces canadiennes et habitants de certaines régions éloignées. L'enquête couvre environ 98 % de la population de 15 ans et plus vivant au Canada. *Base et plan de sondage* : base aréolaire de l'Enquête sur la population active. Plan aléatoire stratifié à plusieurs degrés : aires géographiques, grappes de logements, ménages, sélection d'une personne par ménage.

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

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

Répondants : au Canada, 36 984 personnes, taux de réponse (non pondéré) de 77 %; au Québec, 5 332 personnes, taux de réponse de 78 %. Le fichier de partage utilisé dans l'étude contient les réponses de 95 % des répondants, soit 5 047 personnes.

Exploitation des données québécoises

Les données sont représentatives à l'échelle provinciale seulement. Le fichier de partage est accompagné de poids *bootstrap* qui peuvent être utilisés pour estimer la précision en tenant compte du plan de sondage avec le logiciel SUDAAN.

Toutes les estimations sont pondérées. La pondération tient compte de la probabilité de sélection, de la non-réponse et de la distribution âge-sexe de la population. L'effet du plan de sondage sur la précision des estimations est également pris en compte. La pondération a été ajustée pour tenir compte de la non-réponse additionnelle due au refus de partage des données d'un certain nombre de répondants.

Précision des estimations

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

Le CV est le rapport, en pourcentage, de l'erreur-type d'une estimation sur la valeur de l'estimation elle-même. Des astérisques sont utilisés comme mise en garde lorsque le CV est supérieur à 15 %. Une estimation dont le CV se situe entre 15 % et 25 % est accompagnée d'un seul astérisque et appelle à la prudence dans l'interprétation. Une estimation dont le CV est

supérieur à 25 % est quant à elle identifiée par un double astérisque et ne doit être considérée qu'à titre indicatif; elle n'est présentée que lorsque l'intervalle de confiance s'y rapportant demeure informatif. Une estimation aussi imprécise est généralement associée à des prévalences très petites. Elle peut également résulter du fait qu'un grand nombre de sous-groupes est considéré (quatre groupes d'âge, par exemple), ce qui donne lieu à une taille d'échantillon limitée pour certains sous-groupes.

Méthodes d'analyse

Des analyses bivariées ont été réalisées pour toute la série de publications. Les résultats sont exprimés sous forme de proportions (%). Le test du khi-deux a été utilisé pour la comparaison de proportions entre différents sous-groupes à partir de tableaux de fréquences pondérées. Tous les tests statistiques ont été effectués au seuil de 5 %.

Des analyses multivariées ont été menées spécifiquement pour les brochures *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois* et *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois*. Des modèles de régression logistique ont été développés; les rapports de cotes (*odds ratio*) (RC) ont été utilisés comme mesure d'association dans ces modèles. Ces rapports sont ajustés afin de tenir compte de l'effet des autres variables explicatives présentes dans le modèle.

Méthodologie utilisée pour les analyses du chapitre État de santé mentale et de bien-être

De nouvelles analyses ont été menées lorsque les tests du khi-deux présentaient un résultat significatif sur le plan statistique : celles-ci permettent de dichotomiser les modalités des variables de croisement afin de comparer

chacune d'entre elles avec l'ensemble des autres modalités réunies. Ces nouvelles analyses, également faites à partir d'un test du khi-deux, ont permis de mettre en évidence les groupes de personnes qui se distinguent des autres (avantageusement ou non) sur la base de certaines caractéristiques sociodémographiques.

Méthodologie utilisée pour les comparaisons interprovinciales

Les prévalences québécoises des principaux indicateurs ont fait l'objet de comparaisons avec l'Ontario, la Colombie-Britannique et l'Alberta ainsi qu'avec l'ensemble des autres provinces. La comparaison avec les deux premières provinces est surtout pertinente du point de vue de l'utilisation des services, alors que la comparaison avec l'Alberta l'est davantage quant aux modes de consommation de substances psychoactives. Finalement, il est d'intérêt de comparer le Québec avec l'ensemble des provinces relativement aux thèmes des troubles mentaux et de la détresse psychologique.

Les estimations de la prévalence des différents indicateurs étudiés sont basées sur la répartition d'âge et de sexe de la population de chacune des provinces. Afin d'effectuer des comparaisons interprovinciales indépendantes de cette répartition, les estimations des provinces de comparaison ont été standardisées, en adoptant la répartition estimée selon l'âge et le sexe de la population québécoise (tableau A). La méthode de standardisation directe a été appliquée en modifiant la pondération. Pour une province donnée (ou l'ensemble des provinces autres que le Québec), le poids de chaque répondant a été multiplié par la proportion estimée de québécois dans la classe d'âge et de sexe à laquelle il appartient, puis divisé par la proportion estimée de personnes de sa province dans cette même classe.

Tableau A
Répartition de la population québécoise selon l'âge et le sexe, 2002

Âge	Sexe	
	Hommes	Femmes
	%	
15 à 19 ans	4,44	3,75
20 à 24 ans	3,66	3,99
25 à 29 ans	3,66	4,22
30 à 34 ans	4,07	3,63
35 à 39 ans	4,87	4,73
40 à 44 ans	6,10	5,57
45 à 49 ans	4,81	4,79
50 à 54 ans	3,72	4,48
55 à 59 ans	3,59	4,16
60 à 64 ans	3,82	2,87
65 à 69 ans	2,30	2,94
70 à 74 ans	1,87	2,40
75 à 79 ans	1,09	1,77
80 ans ou plus	1,14	1,58

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2*, fichier de partage.

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Deux séries de poids standardisés ont été créées, soit l'une pour la production de statistiques sur l'ensemble de la population de 15 ans et plus, et l'autre pour la production de statistiques sur les personnes de 15 à 74 ans en emploi. Dans ce dernier cas, les travailleurs de 60 à 74 ans ont été regroupés pour la formation des classes de standardisation. Les données standardisées servent à estimer les prévalences que l'on observerait pour les populations des autres provinces si leur répartition d'âge et de sexe était la même que celle du Québec.

Les estimations québécoises utilisées pour la comparaison sont tirées du fichier de microdonnées de partage et leur précision a été estimée à l'aide du logiciel SUDAAN et des poids *bootstrap* fournis avec ce fichier. Ces estimations sont en tous points identiques dans les différentes brochures. Les estimations standardisées des autres provinces sont quant à elles issues du fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD) et leur précision a été estimée de façon approximative à l'aide du logiciel SAS

et des effets de plan moyens fournis avec ce fichier⁴⁷.

Afin d'évaluer la précision des estimations qui apparaissent dans cette brochure, des intervalles de confiance à 95 % sont présentés à l'annexe 3. L'approximation normale a été utilisée pour construire ces intervalles, mais pour les proportions estimées inférieures à 5 %, une approximation binomiale a été utilisée.

Les comparaisons interprovinciales sont basées sur un test statistique dont le seuil est également présenté à l'annexe 3. En présence de deux proportions estimées supérieures à 5 %, le test de Wald sur la différence des proportions a été utilisé pour comparer le Québec avec les autres provinces. Dans ce cas, la statistique de Wald suivante suit approximativement une loi normale :

$$\frac{\hat{p}_1 - \hat{p}_2}{\sqrt{v(\hat{p}_1) + v(\hat{p}_2)}},$$

où $\hat{p}_1$ et $\hat{p}_2$ sont les proportions estimées pour les provinces comparées et $v(\hat{p}_1)$ et $v(\hat{p}_2)$ leurs variances estimées respectives.

Dans le cas contraire, puisqu'on ne peut présupposer une distribution normale de la statistique usuelle, le test de Wald a été effectué sur la différence entre le logarithme des proportions. En effet, pour de petites proportions, l'approximation normale convient davantage à la statistique suivante :

$$\frac{\log(\hat{p}_1) - \log(\hat{p}_2)}{\sqrt{v(\hat{p}_1)/\hat{p}_1^2 + v(\hat{p}_2)/\hat{p}_2^2}}.$$

47. Les estimations québécoises portant sur le thème du stress au travail ont été recalculées pour faire inférence aux travailleurs de 15 à 74 ans, contrairement aux statistiques présentées dans la brochure en question, de manière à assurer une concordance avec les classes d'âge disponibles dans le fichier de microdonnées à grande diffusion (FMGD).

Critères retenus pour la synthèse

Afin d'assurer une uniformité d'un chapitre à l'autre dans la présentation des faits saillants, il a été convenu que les figures, les tableaux et les données mentionnées dans le texte ne rapporteraient que les résultats de l'ESCC 1.2 et ceux des analyses bivariées. Dans cette lignée, les estimations de population présentées uniquement dans la brochure *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois* n'ont pas été reprises dans la brochure synthèse. Même s'ils ne figurent pas comme tels dans les faits saillants de la brochure concernée, des résultats généraux peuvent être présentés afin de permettre au lecteur de mieux connaître l'état de la situation en ce qui concerne certains indicateurs pour le Québec. Enfin, l'intérêt des résultats (caractère inédit, association significative, etc.) et la précision des estimations constituent des critères additionnels ayant mené au choix des résultats présentés dans les faits saillants.

La sélection des indicateurs pour les comparaisons interprovinciales s'appuie sur les faits saillants des brochures thématiques, mais tient compte aussi des résultats comparés par province déjà publiés par Statistique Canada. La pertinence d'une trentaine d'indicateurs a été discutée en fonction des thèmes abordés pour en venir à la sélection d'une vingtaine d'indicateurs. La précision des estimations fait aussi partie des critères ayant servi au choix final des indicateurs. Par ailleurs, le choix des trois provinces de comparaison (Ontario, Alberta et Colombie-Britannique) est basé sur la réalité sociodémographique de ces provinces, la taille des populations et des échantillons ainsi que la comparabilité des contextes (mode de vie, urbanisation, économie, etc.). Notons que les encadrés « Comparaisons interprovinciales en bref » ne portent que sur les résultats des comparaisons entre le Québec et l'ensemble des autres provinces canadiennes.

Annexe 2

Faits saillants

Tableau A.1

Proportion de la population de 15 ans et plus se situant favorablement par rapport à quatre indicateurs de santé mentale selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2002

	Santé mentale perçue comme très bonne ou excellente		Soutien social (émotionnel/ informationnel) élevé		Être satisfait ou très satisfait de sa vie		Bien-être psychologique (quintile supérieur)	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
Total	71,8	(70,0-73,5)	86,1	(84,8-87,4)	88,9	(87,7-90,1)	19,4	(17,7-21,0)
Sexe^a								
Hommes	73,7	(71,2-76,1)	84,7	(82,9-86,6)	89,4	(87,6-91,2)	20,5	(18,1-22,8)
Femmes	69,9	(67,4-72,4)	87,4	(85,6-89,1)	88,4	(86,7-90,1)	18,3	(16,2-20,4)
Groupe d'âge^{b,d}								
15 à 24 ans	74,4	(70,3-78,5)	89,9	(86,7-92,5)	87,7	(84,2-90,6)	8,7	([6,3-11,6)
25 à 44 ans	71,2	(68,0-74,4)	87,5	(87,5-89,7)	87,7	(85,6-89,8)	18,2	(15,3-21,1)
45 à 64 an	72,4	(69,3-75,5)	86,1	(84,0-88,2)	89,3	(87,4-91,1)	22,9	(20,0-25,9)
65 ans et plus	69,0	(64,8-73,2)	78,2	(74,7-81,7)	92,2	(89,5-94,3)	26,0	(22,3-29,7)
Revenu du ménage^{a,b,c}								
Revenu inférieur	56,5	(51,4-61,5)	70,3	(65,6-75,1)	75,3	(70,6-79,9)	16,7	(12,8-21,1)
Revenu moyen inférieur	69,5	(66,0-73,0)	83,9	(81,3-86,6)	87,4	(84,9-89,9)	18,1	(15,0-21,4)
Revenu moyen supérieur	74,4	(71,4-77,5)	87,1	(85,2-89,0)	90,5	(88,3-92,5)	19,4	(16,8-21,9)
Revenu supérieur	77,4	(73,9-81,0)	92,3	(89,6-94,5)	93,5	(91,2-95,3)	22,1	(18,2-26,1)

a Le test d'association entre cette variable et l'autoévaluation de la santé mentale est significatif au seuil de 5 %.

b Le test d'association entre cette variable et le soutien social est significatif au seuil de 5 %.

c Le test d'association entre cette variable et la satisfaction face à la vie est significatif au seuil de 5 %.

d Le test d'association entre cette variable et le bien-être psychologique est significatif au seuil de 5 %.

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.2

Proportion de la population de 15 ans et plus se situant défavorablement par rapport à deux indicateurs de santé mentale, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, Québec, 2002

	Niveau de détresse psychologique élevé ^a		Niveau de stress quotidien élevé	
	%	(IC à 95 %)	%	(IC à 95 %)
Total	23,4	(21,8-25,0)	24,3	(22,4-26,1)
Sexe^b				
Hommes	20,2	(18,3-22,2)	22,7	(20,2-25,3)
Femmes	26,5	(24,2-28,9)	25,8	(23,3-28,2)
Groupe d'âge^{b,c}				
15 à 24 ans	30,6	(26,5-34,8)	22,8	(18,2-27,3)
25 à 44 ans	24,5	(21,7-27,2)	29,7	(26,6-32,7)
45 à 64 ans	20,5	(17,9-23,0)	25,6	(22,4-28,9)
65 ans et plus	19,7	(15,6-24,4)	9,9	(7,6-12,6)
Revenu du ménage^{b,c}				
Quartile le plus bas	34,7	(29,9-39,5)	26,1	(21,5-30,7)
Quartile moyen-bas	25,7	(22,7-28,7)	22,8	(19,3-26,2)
Quartile moyen-élevé	21,8	(19,2-24,5)	22,6	(19,6-25,6)
Quartile le plus élevé	17,2	(14,2-20,2)	30,4	(26,3-34,5)
Fait de vivre seul^a				
Oui	28,0	(25,2-30,8)	24,6	(21,9-27,2)
Non	22,4	(20,6-24,2)	24,0	(21,9-26,2)

a Le niveau de détresse psychologique élevé correspond à un score de 9 ou plus à l'échelle de détresse K10.

b Le test d'association entre cette variable et le niveau de détresse psychologique est significatif au seuil de 5 %.

c Le test d'association entre cette variable et le stress quotidien est significatif au seuil de 5 %.

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans

Tableau A.3

Proportion de personnes ayant certains problèmes de santé mentale selon des contraintes psychosociales de travail et le sexe, population de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002

Contraintes psychosociales		Niveau élevé de détresse psychologique			Dépression majeure			Indice global positif de dépression ^a		
		Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes	Total	Hommes	Femmes
		% (IC à 95 %)			% (IC à 95 %)			% (IC à 95 %)		
Autonomie de compétence	(b)				(c)			(d)		
Faible		29,2 (25,9-32,5)	25,1 (20,9-29,3)	33,8 (28,6-38,9)	3,8* (2,8-5,2)	3,6* (2,0-5,8)	4,1* (2,7-6,0)	6,5 (5,0-8,3)	6,2* (4,1-8,9)	6,9* (4,8-9,6)
Forte		21,6 (18,8-24,4)	20,1 (16,3-23,9)	23,5 (18,8-28,1)	4,2* (2,9-5,9)	1,7* (0,8-2,9)	7,5* (4,8-11,2)	6,0 (4,5-7,9)	2,9* (1,7-4,4)	10,1* (6,9-14,1)
Autorité décisionnelle	(a)				n.s.			(e)		
Faible		30,8 (27,1-34,5)	27,6 (22,7-32,4)	33,9 (28,3-39,6)				7,6 (5,9-9,7)	6,9* (4,6-10,0)	8,3* (5,7-11,6)
Forte		21,0 (18,4-23,6)	19,2 (15,9-22,9)	23,5 (19,2-27,8)				5,3 (3,9-7,1)	2,8* (1,8-4,1)	8,8* (5,8-12,6)
Demande psychologique	(b)				n.s.			n.s.		
Faible		23,3 (20,7-25,9)	21,7 (18,1-25,3)	25,5 (21,0-29,9)						
Forte		27,9 (24,3-31,5)	23,5 (18,6-28,3)	32,5 (27,3-37,7)						
Soutien social	(a)				(b)			(b)		
Faible		32,0 (28,5-35,6)	28,9 (24,2-33,6)	35,6 (30,2-41,0)	5,8 (4,1-7,9)	3,4* (2,0-5,4)	8,5* (5,3-12,7)	7,9 (6,0-10,2)	5,4* (3,7-7,7)	10,7* (7,2-15,2)
Fort		19,6 (16,9-22,2)	17,3 (13,9-21,2)	22,3 (17,9-26,6)	2,7 (1,9-3,6)	1,8* (0,9-3,2)	3,8* (2,5-5,3)	5,0 (3,9-6,3)	3,5* (2,3-5,3)	6,8 (4,8-9,3)
Efforts physiques	(a)				n.s.			n.s.		
Faibles		21,8 (19,4-24,2)	18,8 (15,7-22,1)	25,1 (21,0-29,2)						
Intenses		30,3 (26,3-34,2)	27,3 (22,5-32,1)	34,5 (28,2-40,8)						
Insécurité d'emploi	(b)				n.s.			n.s.		
Présence		32,5 (26,7-38,3)	28,2 (20,8-36,5)	36,9 (28,6-45,3)						
Absence		23,4 (21,2-25,6)	21,2 (18,3-24,1)	26,1 (22,3-30,0)						
Population en emploi		24,9 (22,8-27,0)	22,4 (19,6-25,2)	28,0 (24,6-31,4)	4,2 (3,2-5,2)	2,6* (1,7-3,7)	6,1 (4,3-8,2)	6,4 (5,2-7,7)	4,4 (3,2-5,8)	8,8 (6,7-11,4)

a. Le test d'association entre cette variable et le problème de santé mentale indiqué est significatif au seuil de 5 % dans la population totale, chez les femmes et chez les hommes.

b. Le test d'association entre cette variable et le problème de santé mentale indiqué est significatif au seuil de 5 % dans la population totale et chez les femmes.

c. Le test d'association entre cette variable et le problème de santé mentale indiqué est significatif au seuil de 5 % chez les femmes.

d. Le test d'association entre cette variable et le problème de santé mentale indiqué est significatif au seuil de 5 % chez les hommes.

e. Le test d'association entre cette variable et le problème de santé mentale indiqué est significatif au seuil de 5 % dans la population totale et chez les hommes.

n.s. Le test d'association entre cette variable et le problème de santé mentale indiqué n'est pas significatif au seuil de 5 % pour la population totale, les femmes et les hommes.

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données (sauf les IC) parues dans VÉZINA, M. R. BOURBONNAIS, A. MARCHAND et R. ARCAND (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 50 p.

Tableau A.4

Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, de pensées suicidaires ou d'une tentative de suicide au cours de la vie ou sur 12 mois selon le sexe¹ et l'âge¹, population de 15 ans et plus, Québec 2002

		Total	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et plus
Au moins un trouble de l'humeur							
À vie	%	15,2**	11,6	18,6	13,7	16,8	9,9
	(IC à 95 %)	(13,8-16,5)	(9,8-13,4)	(16,4-20,8)	(10,6-17,3)	(15,1-18,5)	(6,9-11,8)
12 mois	%	5,2**	3,8	6,6	8,0*	5,1	2,8**
	(IC à 95 %)	(4,4-6,0)	(2,8-4,8)	(5,3-7,9)	(5,7-10,9)	(4,1-6,0)	(1,5-4,7)
Au moins un trouble anxieux							
À vie	%	11,2	9,2**	13,2	13,6	12,4	3,3*
	(IC à 95 %)	(9,9-12,5)	(7,3-11,3)	(11,3-15,0)	(10,1-17,6)	(10,8-14,0)	(2,0-5,0)
12 mois	%	4,2	2,9*	5,4	6,5*	4,4	0,9**
	(IC à 95 %)	(3,4-5,0)	(2,1-3,9)	(4,2-6,8)	(4,4-9,1)	(3,4-5,5)	(0,3-2,0)
Au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux							
À vie	%	22,5	18,1	26,8	22,5	24,7	11,8
	(IC à 95 %)	(20,8-24,1)	(15,8-20,3)	(24,3-29,2)	(18,5-26,6)	(22,7-26,8)	(9,2-14,4)
12 mois	%	8,4	6,0	10,6	13,2	8,3	3,3*
	(IC à 95 %)	(7,3-9,4)	(4,8-7,2)	(9,0-12,3)	(10,1-16,7)	(7,0-9,6)	(1,9-5,3)
Pensées suicidaires							
À vie ^a	%	14,4	12,6	16,1	14,7	15,9	7,0**
	(IC à 95 %)	(13,0-15,8)	(10,8-14,3)	(14,0-18,2)	(11,9-17,5)	(14,2-17,6)	(3,8-11,7)
12 mois	%	3,8	3,1	4,5*	5,3*	3,6	3,0**
	(IC à 95 %)	(2,9-4,8)	(2,3-4,1)	(3,1-6,2)	(3,5-7,8)	(2,8-4,6)	(0,6-8,8)
Tentative de suicide							
À vie ^b	%	3,5	1,7*	5,3	4,7*	3,6	--
	(IC à 95 %)	(2,8-4,4)	(1,2-2,4)	(4,0-6,8)	(3,2-6,7)	(2,9-4,4)	
12 mois ^c	%	0,3**	0,2**	0,5**	1,0**	0,3**	--
	(IC à 95 %)	(0,2-0,6)	(0,0-0,5)	(0,3-0,9)	(0,4-2,2)	(0,1-0,5)	(1,9-5,3)

1. Le test d'association entre cette variable et la présence d'au moins un trouble de l'humeur, d'au moins un trouble anxieux ou d'au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux (au cours de la vie ou sur 12 mois) est significatif au seuil de 5 %.

a. Le test d'association entre les pensées suicidaires au cours de la vie et les variables sexe et âge prises séparément est significatif au seuil de 5 %.

b. Le test d'association entre la tentative de suicide au cours de la vie et la variable sexe est significatif au seuil de 5 %.

c. Le test d'association entre la tentative de suicide sur 12 mois et la variable âge est significatif au seuil de 5 %.

-- Taille de l'échantillon trop petite, risque de divulgation.

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M. PERREAULT et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

Tableau A.5

Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, au cours de la vie ou sur 12 mois, de la dépendance à l'alcool ou à des substances illicites sur 12 mois selon la présence de pensées suicidaires¹ ou d'une tentative de suicide¹, population de 15 ans et plus, Québec 2002

		Pensées suicidaires				Tentative de suicide			
		À vie		12 mois		À vie		12 mois	
		Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non
Au moins un trouble de l'humeur									
À vie	%	39,7	11,1	58,4	13,6	47,8	14,0	88,0	14,9
	(IC à 95 %)	(35,2-44,3)	(9,7-12,5)	(49,1-67,7)	(12,3-14,9)	(38,6-57,1)	(12,7-15,4)	(63,9-98,4)	(13,5-16,2)
12 mois	%	17,4	3,1	38,9	3,9	19,3*	4,7	69,5*	5,0
	(IC à 95 %)	(13,8-21,4)	(2,5-3,9)	(58,7-49,0)	(3,2-4,6)	(12,6-27,5)	(3,9-5,5)	(41,4-89,8)	(4,2-5,8)
Dépendance à l'alcool (12 mois)									
12 mois	%	6,3*	1,1*	10,3**	1,5	4,9**	1,7	--	1,8
	(IC à 95 %)	(4,4-8,5)	(0,7-1,5)	(5,-3-17,6)	(1,1-1,9)	(2,4-8,6)	(1,3-2,2)	--	(1,4-2,2)
Dépendance à des substances illicites (12 mois)									
12 mois	%	3,0**	0,6**	6,0**	0,8*	3,8**	0,9*	--	1,0*
	(IC à 95 %)	(1,5-5,4)	(0,3-1,1)	(1,9-13,8)	(0,5-1,2)	(1,4-8,0)	(0,5-1,3)	--	(0,6-1,4)

1. Le test d'association entre cette variable et la présence d'au moins un trouble de l'humeur (au cours de la vie ou sur 12 mois), la dépendance à l'alcool et la dépendance à des substances illicites (sur 12 mois) est significatif au seuil de 5 %.

-- Taille de l'échantillon trop petite, risque de divulgation.

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M'. PERREAU et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

Tableau A.6

Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool sur 12 mois, usage du cannabis ou d'autres substances illicites sur 12 mois ou au cours de la vie, et polyusage d'alcool et de substances illicites sur 12 mois selon le sexe¹ et l'âge¹, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

		Total	Hommes	Femmes	15-24 ans	25-64 ans	65 ans et plus
Consommation excessive d'alcool							
12 mois	%	16,0	24,8	7,5	27,9	15,5	5,5*
	(IC à 95 %)	(14,7-17,2)	(22,4-27,1)	(6,4-8,7)	(24,1-31,6)	(14,0-17,0)	(3,4-8,3)
Dépendance à l'alcool							
12 mois	%	1,8	2,7	0,9*	5,4*	1,4	-
	(IC à 95 %)	(1,4-2,3)	(2,0-3,6)	(0,6-1,3)	(3,5-7,8)	(1,1-1,8)	-
Usage du cannabis (en excluant une seule fois)							
12 mois	%	12,8	15,8	9,9	38,9	9,5	0,2**
	(IC à 95 %)	(11,6-14,0)	(13,9-17,6)	(8,3-11,7)	(34,5-43,3)	(8,2-10,9)	(0,0-1,0)
À vie	%	33,1	38,3	28,1	53,2	35,4	0,8**
	(IC à 95 %)	(31,3-34,9)	(35,7-40,9)	(25,5-30,6)	(49,1-58,6)	(33,1-37,7)	(0,3-1,6)
Usage de substances illicites autres que le cannabis							
12 mois	%	3,2	4,1	2,4*	9,9	2,4*	-
	(IC à 95 %)	(2,6-4,0)	(3,1-5,3)	(1,5-3,6)	(7,4-12,9)	(1,7-3,3)	-
À vie	%	15,9	19,7	12,2	24,1	17,4	0,4**
	(IC à 95 %)	(14,3-17,4)	(17,4-22,0)	(10,4-14,0)	(20,1-28,1)	(15,4-19,3)	(0,1-0,7)
Usage d'alcool et du cannabis seulement							
12 mois	%	10,0	12,4	7,6	29,3	7,7	-
	(IC à 95 %)	(8,9-11,0)	(10,7-14,1)	(6,2-9,0)	(25,1-33,6)	(6,5-8,9)	-
Usage d'alcool, du cannabis et d'au moins une autre substance illicite							
12 mois	%	2,2	2,8*	1,6*	7,9*	1,4*	-
	(IC à 95 %)	(1,7-2,8)	(2,0-3,9)	(1,0-2,4)	(5,6-10,8)	(0,9-2,0)	-

1. Le test d'association entre cette variable et la consommation excessive d'alcool et la dépendance à l'alcool, l'usage du cannabis ou d'autres substances illicites (à vie ou sur 12 mois), et le polyusage d'alcool et de substances illicites est significatif au seuil de 5 %.

- Néant ou zéro.

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

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

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

Compilation Institut de la statistique du Québec; données parues dans KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M'. PERREAU et J. Fiset-Laniel (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

Tableau A.7

Prévalence de la dépendance à l'alcool, de l'usage du cannabis, de l'usage et de la dépendance à des substances illicites sur 12 mois¹ selon la présence d'au moins un trouble de l'humeur² ou un trouble anxieux³ au cours de la vie et sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec 2002

		Au moins un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux			
		À vie		12 mois	
		Oui	Non	Oui	Non
Dépendance à l'alcool	%	3,8*	1,3*	5,9*	1,5
	(IC à 95 %)	(2,6-5,3)	(0,9-1,7)	(3,4-9,4)	(1,1-1,9)
Usage du cannabis (en excluant une seule fois)	%	16,8	11,8	21,2	11,9
	(IC à 95 %)	(13,7-20,2)	(10,5-13,1)	(15,8-26,6)	(10,7-13,1)
Usage de substances illicites (sauf le cannabis)	%	6,1*	2,4	10,6*	2,5
	(IC à 95 %)	(4,1-8,8)	(1,9-3,1)	(6,0-16,9)	(2,0-3,2)
Dépendance à des substances illicites	%	2,4*	0,6**	4,3**	0,7*
	(IC à 95 %)	(1,4-3,9)	(0,3-1,0)	(2,1-7,8)	(0,4-1,1)

1. Le test d'association entre la dépendance à l'alcool, l'usage du cannabis ou d'autres substances illicites et la dépendance à des substances illicites, d'une part, et la présence d'au moins un trouble mental (au cours de la vie ou sur 12 mois), d'autre part, est significatif au seuil de 5 %.

2. Dépression majeure ou manie.

3. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données (sauf les IC) parues dans KAIROUZ, S., R. BOYER, L. NADEAU, M'. PERREAUULT et J. FISET-LANIEL (2008). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 67 p.

Tableau A.8

Prévalence des troubles mentaux (diagnostics exclusifs¹), population de 15 ans et plus, Québec, 2002

	%	(IC à 95 %)
Troubles anxieux seulement ^a	2,8	(2,1-3,6)
Troubles de l'humeur seulement ^b	3,6	(2,9-4,4)
Toxicomanie seulement ^c	1,9	(1,4-2,4)
Troubles anxieux et troubles de l'humeur	1,0*	(0,7-1,4)
Troubles anxieux ou troubles de l'humeur et toxicomanie	0,7*	(0,4-1,0)
Aucun trouble	90,0	(88,9-91,2)

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

a. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.

b. Dépression majeure ou manie.

c. Dépendance à l'alcool ou aux substances illicites.

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.

Tableau A.9

Proportion de personnes ayant utilisé au moins une ressource¹ à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le diagnostic exclusif² (présence ou absence), population de 15 ans et plus, Québec, 2002

		Au moins une ressource ^a	Au moins une ressource du système de soins ^b
	%	%	%
Population totale		9,6	8,6
	(IC à 95 %)	(8,5-10,8)	(7,5-9,7)
Population ne présentant aucun des troubles mesurés	%	6,2	5,2
	(IC à 95 %)	(5,2-7,2)	(4,3-6,2)
Population présentant l'un des diagnostics suivants			
Troubles de l'humeur seulement	%	50,1	48,7
	(IC à 95 %)	(40,5-59,7)	(39,2-58,2)
Troubles anxieux seulement	%	21,9*	21,3*
	(IC à 95 %)	(13,5-32,5)	(13,0-31,8)
Toxicomanie seulement	%	18,9*	15,4*
	(IC à 95 %)	(11,4-28,5)	(8,8-24,4)
Troubles de l'humeur et troubles anxieux	%	70,6	70,6
	(IC à 95 %)	(49,5-86,7)	(49,5-86,7)
Troubles de l'humeur ou troubles anxieux et toxicomanie	%	39,6*	33,0**
	(IC à 95 %)	(21,2-60,5)	(16,2-53,6)

1. Le test d'association entre l'utilisation d'au moins une ressource et le diagnostic exclusif est significatif au seuil de 5 %.

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

a. Ressources du système de soins, conseiller religieux ou autre professionnel, groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide, ligne téléphonique, hospitalisation.

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

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.

Tableau A.10

Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois selon le sexe¹ et l'âge¹, population de 15 ans et plus, Québec, 2002

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

1. Le test d'association entre cette variable et la consommation de chaque type de médicaments est significatif au seuil de 5 %.

a. Parmi les types de médicaments suivants : pour aider à dormir, pour réduire l'anxiété, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, pour traiter les comportements psychotiques, stimulants, pour maigrir.

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; données parues dans LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2009). Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.

Tableau A.11

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

	Total	Hommes	Femmes
	% (IC à 95 %)		
Types d'aide requise			
Thérapie, counseling ou aide en relations interpersonnelles	52,4 (43,4-61,4)	47,5* (30,5-64,9)	55,5 (45,1-65,9)
Information sur les troubles émotionnels, leurs traitements ou les services disponibles	40,6 (31,4-49,9)	47,6* (31,2-64,4)	36,2 (25,8-46,6)
Aide pour problèmes financiers ou relatifs au logement, au statut d'emploi ou à la situation de travail ^a	10,6* (6,7-15,6)	17,5** (8,8-29,8)	6,1** (2,5-12,3)
Autres	9,9** (5,1-16,7)	6,0** (1,2-16,2)	12,3** (5,7-22,4)
Types de barrières à l'utilisation de l'aide requise			
Problèmes d'acceptabilité	73,2 (65,0-80,3)	77,4 (61,5-89,0)	70,5 (60,5-79,2)
Problèmes de disponibilité ^a	22,4* (14,6-31,8)	12,3** (5,8-22,0)	28,8* (18,0-41,6)
Problèmes d'accessibilité	11,7* (7,3-17,4)	9,2** (5,0-15,0)	13,2** (6,8-22,3)

a. Le test d'association entre cette variable et la variable sexe est significatif au seuil de 5 %.

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

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

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

Compilation : Institut de la statistique du Québec; ; données parues dans LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILADIS (2009). Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2), Québec, Institut de la statistique du Québec, 53 p.

Annexe 3

Comparaisons interprovinciales

Tableau A.12

Proportion de la population de 15 ans et plus se situant favorablement ou défavorablement par rapport à des indicateurs de santé mentale, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Aspects positifs de la santé mentale					
Santé mentale perçue comme étant très bonne ou excellente	71,8 (70,0-73,5)	67,7 (66,6-68,8)	62,4 (60,3-64,5)	62,0 (60,0-64,1)	65,6 (64,8-66,4)
Soutien social élevé (émotionnel/informationnel)	86,1 (84,8-87,4)	86,4 (85,6-87,2)	85,8 (84,3-87,4)	83,4 (81,8-85,0)	86,1 (85,6-86,7)
Aspects négatifs de la santé mentale					
Niveau élevé de détresse psychologique	23,4 (21,8-25,0)	19,5 (18,5-20,4)	19,9 (18,1-21,7)	19,9 (18,2-21,7)	19,7 (19,0-20,4)
Stress quotidien élevé	24,3 (22,4-26,1)	23,5 (22,5-24,5)	23,3 (21,4-25,2)	22,7 (20,9-24,5)	22,6 (21,9-23,3)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.13

Prévalence de la détresse psychologique et du stress au travail, population de 15 à 74 ans en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Niveau élevé de détresse psychologique (1 mois)	25,0 (22,8-27,1)	20,3 (19,1-21,6)	21,3 (19,1-23,5)	21,8 (19,5-24,1)	20,7 (19,8-21,5)
Niveau élevé de stress au travail (12 mois)	38,8 (36,3-41,3)	30,0 (28,6-31,4)	28,2 (25,7-30,6)	28,7 (26,2-31,3)	28,6 (27,6-29,6)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.14

Prévalence des contraintes psychosociales de travail, population de 15 à 74 ans en emploi, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Faible autonomie de compétence	45,7 (43,1-48,4)	52,4 (50,9-54,0)	50,8 (48,0-53,5)	51,6 (48,8-54,4)	52,1 (51,0-53,2)
Faible autorité décisionnelle	41,1 (38,5-43,8)	42,1 (40,6-43,7)	38,2 (35,5-40,8)	39,6 (36,9-42,4)	40,8 (39,7-41,9)
Forte demande psychologique	39,9 (37,1-42,7)	49,3 (47,8-50,9)	50,9 (48,2-53,6)	51,5 (48,7-54,4)	49,8 (48,7-50,9)
Faible soutien social	45,2 (42,6-47,8)	37,1 (35,6-38,6)	36,5 (33,8-39,1)	37,2 (34,5-40,0)	36,6 (35,6-37,7)
Efforts physiques intenses	38,2 (35,4-41,0)	44,1 (42,6-45,6)	44,0 (41,3-46,7)	46,3 (43,5-49,1)	45,6 (44,5-46,7)
Insécurité d'emploi	18,1 (16,0-20,2)	12,3 (11,3-13,3)	8,0 (6,6-9,6)	14,2 (12,3-16,2)	11,6 (10,9-12,3)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.15

Prévalence d'au moins un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une dépendance à une substance et des pensées suicidaires sur 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Au moins un trouble de l'humeur	5,2 (4,4-6,0)	5,2 (4,6-5,7)	6,0 (4,9-7,1)	5,9 (4,9-6,9)	5,3 (4,9-5,6)
Au moins un trouble anxieux	4,2 (3,4-5,0)	5,0 (4,4-5,5)	4,8 (3,9-5,8)	5,1 (4,2-6,1)	5,0 (4,6-5,3)
Pensées suicidaires	3,8 (2,9-4,8)	3,5 (3,0-3,9)	4,1 (3,3-4,9)	3,7 (3,0-4,6)	3,5 (3,2-3,9)
Au moins un trouble ou une dépendance	10,3 (9,1-11,4)	10,6 (9,8-11,4)	11,6 (10,1-13,0)	12,5 (11,1-13,9)	11,1 (10,5-11,6)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.16

Consommation excessive d'alcool et dépendance à l'alcool au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Consommation excessive d'alcool ^b	16,0 (14,7-17,2)	15,6 (14,7-16,4)	16,8 (15,1-18,5)	17,1 (15,5-18,7)	17,0 (16,4-17,6)
Dépendance à l'alcool	1,8 (1,4-2,3)	2,1 (1,8-2,4)	3,1 (2,5-3,9)	3,6 (2,9-4,4)	2,7 (2,4-3,0)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

b. Consommation de 5 verres et plus en une même occasion au moins une fois par mois dans les 12 mois précédant l'enquête.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.17

Usage du cannabis et de la cocaïne ou du crack au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Usage du cannabis (en excluant une seule fois)	12,8 (11,6-14,0)	9,3 (8,7-10,0)	10,7 (9,3-12,0)	14,6 (13,1-16,1)	10,5 (10,0-11,0)
Usage de la cocaïne ou du crack	1,6 (1,2-2,2)	0,8 (0,6-1,1)	1,5* (1,1-2,1)	2,4 (1,8-3,2)	1,2 (1,0-1,3)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.18

Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Au moins une ressource ^b	9,6 (8,5-10,8)	8,7 (8,1-9,4)	9,6 (8,3-10,9)	11,5 (10,1-12,8)	9,5 (9,0-10,0)
Au moins une ressource du système de soins ^c	8,6 (7,5-9,7)	7,6 (6,9-8,2)	7,7 (6,5-8,9)	9,7 (8,4-10,9)	8,1 (7,6-8,5)
Au moins une ressource en soins spécialisés en santé mentale ^d	4,5 (3,8-5,2)	3,1 (2,7-3,5)	3,3 (2,6-4,2)	3,3 (2,7-4,2)	3,2 (2,9-3,5)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

b. Ressources du système de soins, conseiller religieux ou autre professionnel, groupe de soutien (Internet), groupe d'entraide, ligne téléphonique, hospitalisation.

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

d. Psychiatre ou psychologue.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.19

Consultation de certains types de professionnels à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Médecin de famille	4,8 (4,0-5,6)	5,3 (4,7-5,8)	5,1 (4,1-6,0)	6,7 (5,6-7,7)	5,5 (5,1-5,9)
Psychiatre	1,2 (0,9-1,5)	2,3 (2,0-2,7)	2,0* (1,4-2,7)	2,0* (1,5-2,7)	2,2 (1,9-2,4)
Psychologue	3,7 (3,1-4,5)	1,0 (0,8-1,3)	2,0* (1,4-2,6)	1,7* (1,2-2,2)	1,3 (1,1-1,5)
Travailleur social/conseiller/psychothérapeute	1,8* (1,2-2,7)	2,1 (1,8-2,5)	1,9* (1,4-2,4)	3,5 (2,8-4,3)	2,3 (2,1-2,6)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec.

Tableau A.20

Consommation de certains médicaments (prescrits ou non) au cours d'une période de 12 mois, population de 15 ans et plus, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Au moins un médicament ^b	15,6 (14,2-17,0)	17,0 (16,1-17,9)	17,9 (16,2-19,6)	18,1 (16,5-19,7)	17,3 ()
Au moins un médicament (sauf pour maigrir)	15,3 (13,9-16,7)	16,0 (15,1-16,9)	17,0 (15,4-18,7)	17,0 (15,4-18,6)	16,4 (15,7-17,0)

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

b. Parmi les types de médicaments suivants : pour aider à dormir, pour réduire l'anxiété, antidépresseurs, régulateurs de l'humeur, pour traiter les comportements psychotiques, stimulants, pour maigrir.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec

Tableau A.21

Proportion de la population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide¹ en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec et autres provinces canadiennes (données standardisées), 2002

	Québec	Ontario	Alberta	Colombie-Britannique	Canada sauf Québec
	% (IC à 95 %) ^a				
Besoins non comblés d'aide en santé mentale	3,8 (3,1-4,6)	4,4 (3,9-4,9)	4,8 (4,0-5,7)	5,3 (4,3-6,2)	4,7 (4,3-5,0)

1. Personnes qui ont senti un besoin d'aide pour leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogues, mais qui ne l'ont pas obtenue.

a. Les proportions standardisées qui diffèrent significativement de la proportion québécoise, sur la base d'un test de Wald au seuil de 5 %, sont présentées en caractères gras. Pour plus de détails sur la méthode utilisée pour les comparaisons interprovinciales, voir l'annexe 1.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2*, fichier de partage (Québec) et fichier de microdonnées à grande diffusion (autres provinces canadiennes).

Compilation : Institut de la statistique du Québec

Ce portrait de la santé mentale et du bien-être de la population québécoise de 15 ans et plus est présenté sous forme de brochures, dont voici la cinquième et dernière. La présente synthèse donne d'abord une vue d'ensemble des résultats de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)* de Statistique Canada parus dans les publications précédentes, en y ajoutant des données sur les aspects positifs et négatifs de la santé mentale. Des comparaisons entre le Québec et les autres provinces sont également présentées pour plusieurs indicateurs pertinents. Enfin, des éléments d'analyse critique sont dégagés et des pistes sont proposées quant à la planification et l'organisation des services et aux besoins d'information.

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

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

**Institut
de la statistique**

Québec

