

PROFIL SANTÉ MENTALE

DES COMMUNAUTÉS FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE AU CANADA

RAPPORT ABRÉGÉ

Louise Bouchard
Alejandra Dubois
Ewa Sucha
Ian Colman

Université d'Ottawa
Institut du Savoir Montfort

Décembre 2019



Collège des chaires de recherche
sur le monde francophone
de l'Université d'Ottawa



Chaire de recherche
de l'Université d'Ottawa et de
l'Institut du Savoir Montfort sur la santé
des francophones de l'Ontario

TABLE DES MATIÈRES

LA SANTÉ MENTALE DES FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE : FAITS SAILLANTS	3
INTRODUCTION	4
MÉTHODOLOGIE	4
LES TROUBLES MENTAUX ET LES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	5
LA SANTÉ MENTALE OPTIMALE	9
LA « MOINS BONNE SANTÉ MENTALE »	11
LE RECOURS À DES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE	14
LES BESOINS PERÇUS DE SOINS DE SANTÉ MENTALE ET ÉTAT DU BESOIN	19
CONCLUSION	21
BIBLIOGRAPHIE	22

REMERCIEMENTS

Cette production a été rendue possible grâce à l'appui financier du Consortium national de formation en santé (CNFS), qui est financé par Santé Canada dans le cadre du Plan d'Action sur les langues officielles 2018-2023. Elle émane d'analyses réalisées dans le cadre d'une recherche financée par le CNFS-volet Université d'Ottawa et de la publication d'un rapport complet soutenu par l'Agence de santé publique du Canada, intitulé :

La santé mentale des francophones de langue officielle en situation minoritaire : Un portrait tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale 2012, par Louise Bouchard, Ian Colman, Alejandra Dubois et Ewa Sucha, Université d'Ottawa et Institut du Savoir Montfort, 2019.

Les analyses contenues dans ce rapport ont été effectuées au Centre de données de recherche de Carleton, Ottawa, Outaouais (CDR-COO), membre du Réseau canadien des Centres de données de recherche (RCCDR) soutenus par le Conseil de recherches en sciences humaines (CRSH), les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), la Fondation canadienne pour l'innovation (FCI) et Statistique Canada. Les résultats présentés dans ce rapport n'engagent que les auteures et ne reflètent pas nécessairement la position des organismes auxquels elles sont affiliées.

FAITS SAILLANTS

LA SANTÉ MENTALE DES FRANCOPHONES EN SITUATION MINORITAIRE

COUP D'ŒIL SUR QUELQUES FAITS SAILLANTS

	Minorité francophone		Ensemble du Canada	
	2002 %	2012 %	2002 %	2012 %
Épisode dépressif (au cours de la vie)	14,1	14,4	12,2	11,3
Trouble d'anxiété (au cours de la vie)	ND	10,7	ND	8,7
Abus d'alcool (au cours de la vie)	ND	18,9	ND	17,9
Trouble mental et d'abus de substance	ND	37,8	ND	32,2
Excellente/très bonne santé mentale	65	62,6	67	65,1
Excellente/très bonne capacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne	66,5	66	68,1	68,5
Détresse psychologique élevée	23,6	20,6	20,7	19,8
Pensées suicidaires (au cours de la vie)	13,6	12,7	13,4	11,9
Tentative de suicide (au cours de la vie)	4,6	2,2	3,1	3,1
Ressources formelles consultées (12 derniers mois)	ND	12,6	ND	10,8
Ressources informelles consultées (12 derniers mois)	ND	14,9	ND	16
Besoins de services en santé mentale (12 derniers mois)	ND	19,5	ND	17,8
Besoins partiellement/non satisfaits (12 derniers mois)	ND	30,4	ND	33,3

ND: donnée non disponible

INTRODUCTION

Les statistiques présentées dans ce rapport proviennent d'une analyse secondaire de l'Enquête nationale de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) sur la santé mentale menée par Statistique Canada à deux reprises, en 2002 et en 2012.

Les grands objectifs de l'ESCC – Santé mentale visaient à évaluer l'état de santé mentale des Canadiens et des Canadiennes; à documenter l'utilisation et l'accès aux services de santé mentale,

l'aide reçue de la part de l'entourage, les besoins perçus et les besoins non comblés; à examiner les liens entre la santé mentale et certaines caractéristiques sociales, démographiques, géographiques et économiques; et à évaluer les changements survenus sur le plan de la santé mentale et de la maladie mentale, l'utilisation des services et le niveau de fonctionnement par rapport aux données recueillies lors de l'ESCC – Santé mentale et bien-être de 2002.

MÉTHODOLOGIE

L'ESCC – Santé mentale a été menée auprès des personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces canadiennes. Ainsi, les personnes vivant dans les réserves indiennes et les autres peuplements autochtones, les résidents des établissements et les membres à temps plein des Forces canadiennes ont été exclus. L'enquête couvre donc environ 97 % de la population de 15 ans et plus vivant au Canada.

L'échantillon canadien compte 25 113 personnes. La présente analyse se fonde sur un sous-échantillon de 1 028 francophones et de 19 496 anglophones vivant à l'extérieur de la province de Québec en 2012 et de 1 868 francophones et 29 246 anglophones vivant à l'extérieur de la province de Québec en 2002. Des poids d'échantillonnage d'enquête ont été appliqués afin que les résultats soient représentatifs de la population canadienne, ainsi que des poids bootstrap afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuable au plan de sondage complexe (Rust et Rao, 1996).

Les résultats obtenus dans ce rapport proviennent des données analysées à partir du fichier des microdonnées confidentielles de Statistique

Canada en raison des variables linguistiques que nous devons utiliser pour définir la population francophone en situation minoritaire. L'identité linguistique francophone a été déterminée à l'aide d'un algorithme permettant de filtrer les individus en fonction de leur réponse aux quatre variables présentes dans l'ESCC : la langue de conversation, la langue maternelle, la langue de l'entrevue et la langue de contact préférée lors de l'enquête (Bouchard *et al.*, 2009).

Les résultats sont présentés sous forme de proportions (%). De plus, la prévalence d'un indicateur donné, présentée pour l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire, est comparée avec celle observée pour la majorité anglophone, hors Québec et pour l'ensemble du Canada. Le test du khi deux a été utilisé pour la comparaison de proportions entre la minorité francophone et la majorité anglophone. La petite taille de l'échantillon peut affecter la précision de certaines estimations et en conséquence l'interprétation des données. Un signe est apposé à cet effet, le cas échéant. Les tests statistiques ont été effectués au seuil de 5 %. Les analyses ont été exécutées à l'aide du logiciel SAS, v. 9.4.

Signes conventionnels

- † Différence significative par rapport à la majorité anglophone, au seuil de 5 %.
- * Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
- ** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement puisque les données ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada pour ce programme statistique.

TROUBLES MENTAUX

LES TROUBLES MENTAUX ET LES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Les questions permettant de mesurer les prévalences des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances sont issues d'une version modifiée de la classification du *Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) ; cet instrument, reconnu par l'OMS, a été modifié pour répondre aux besoins et au contexte de l'ESCC – Santé mentale. Le WHO-CIDI, questionnaire normalisé servant à l'évaluation des troubles mentaux (épisode dépressif, trouble bipolaire et trouble d'anxiété généralisée) et des troubles liés à la consommation de substances (abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis et à d'autres drogues, incluant la prise de médicaments à des fins non médicales), se base sur les définitions et critères du DSM-IV¹ et de la CIM-10². Rappelons que les troubles mentaux ou les troubles associés à la consommation d'alcool ou de drogues identifiés au moyen du WHO-CIDI ne sont pas fondés sur un

diagnostic clinique. Il faut également souligner que les prévalences des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances résultant de l'enquête doivent être considérées comme des sous-estimations étant donné que l'enquête ne mesure pas l'ensemble des troubles mentaux et des types d'abus et de dépendance et que certains sous-groupes de la population sont exclus³ (Pearson, Janz et Ali, 2013).



¹ L'abréviation DSM désigne le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux publié par l'*American Psychiatric Association*. Il s'agit d'un manuel de référence en psychiatrie qui propose une série de critères et de symptômes permettant de poser un diagnostic.

² La CIM-10 est une classification internationale des maladies créée par l'OMS et utilisée à des fins diagnostiques en épidémiologie, en organisation des services et dans certains contextes cliniques (OMS, 1994).

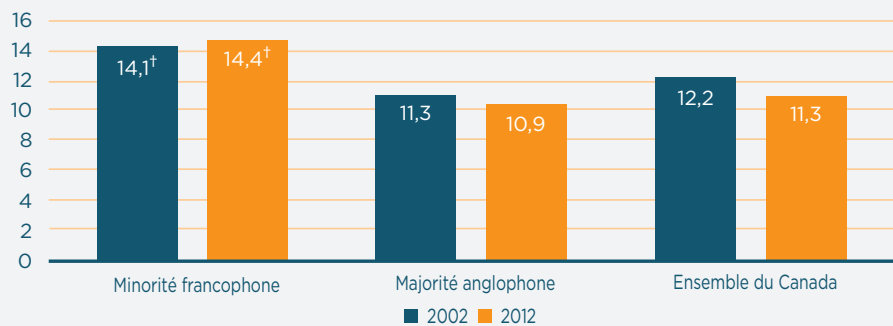
³ Les sous-groupes exclus de l'enquête sont : les personnes vivant dans les réserves indiennes et les autres peuplements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant en établissement.

ÉPISODE DÉPRESSIF AU COURS DE LA VIE

On mesure, sur une période d'au moins deux semaines, la présence d'un sentiment de tristesse ou la perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités normales, associées à certains symptômes tels qu'une diminution de l'énergie, un changement au niveau du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer, un sentiment de culpabilité, un

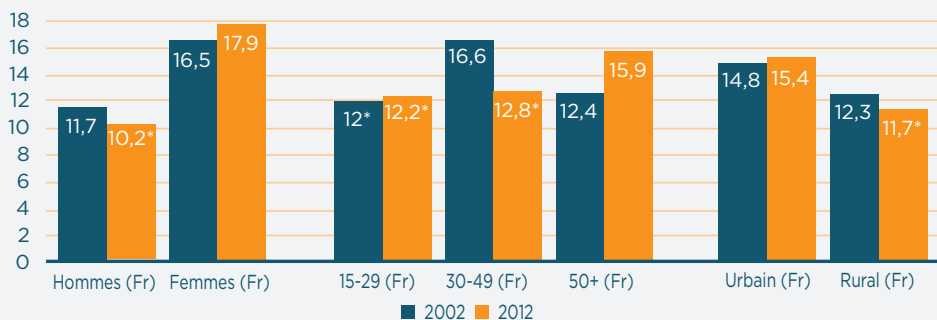
sentiment de désespoir ou des idées suicidaires. La tristesse et le désespoir minent la capacité de travailler et d'étudier et nuisent aux relations sociales. Il devient très difficile d'accomplir les tâches de la vie quotidienne et, dans les états sévères, la vie peut perdre tout son sens.

Prévalence d'un épisode dépressif au cours de la vie, 2002 et 2012 (%)



[†] Différence significative par rapport à la majorité anglophone, au seuil de 5 %.

Prévalence d'un épisode dépressif au cours de la vie, selon le sexe, l'âge, le milieu de vie, minorité francophone, 2002 et 2012 (%)



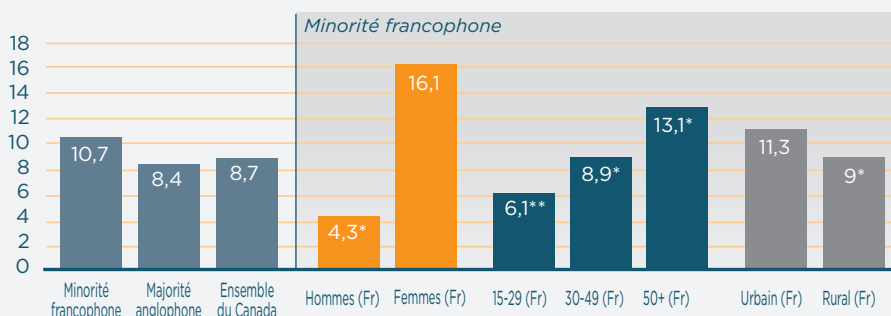
* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE AU COURS DE LA VIE

On mesure la présence d'inquiétudes excessives fréquentes, persistantes et difficiles à contrôler qui durent pendant au moins six mois. L'anxiété ressentie face à des événements ou des activités est très intense et perturbe la vie de tous les jours de même que les activités familiales, professionnelles et sociales. Les symptômes du trouble d'anxiété généralisée sont

l'agitation ou la sensation d'être survolté ou à bout, la fatigue, les difficultés de concentration, l'irritabilité, la tension ou la douleur musculaire, les sensations de tremblement, les maux de tête, la perturbation du sommeil (difficulté à s'endormir ou sommeil interrompu, agité, non satisfaisant), la transpiration excessive, les palpitations, l'essoufflement et divers problèmes gastro-intestinaux.

Prévalence du trouble d'anxiété généralisée au cours de la vie, 2012 (%)



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

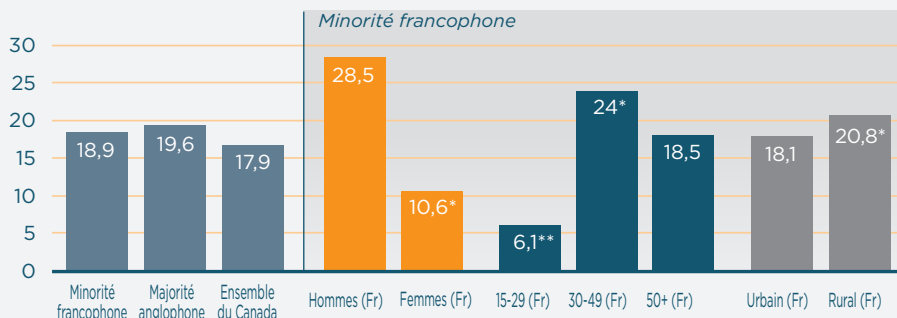
** Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement puisque les données ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada pour ce programme statistique

ABUS ET DÉPENDANCE À L'ALCOOL AU COURS DE LA VIE

L'abus ou la dépendance à l'alcool au cours de la vie sont présents si les personnes répondent positivement aux critères définissant l'abus : 1) consommer au moins 12 verres d'alcool au cours d'une année ; et 2) boire au moins une fois par semaine durant l'année où la consommation a été la plus élevée ; ou 3) si la personne boit moins d'une fois par semaine, boire habituellement au moins trois verres d'alcool lors d'une même occasion) et la dépendance : 1) consommer au moins 12

verres d'alcool au cours d'une année ; et 2) boire au moins quatre fois par semaine durant l'année où la consommation était la plus élevée ; ou 3) si la consommation est moins fréquente que quatre fois par semaine, boire habituellement au moins cinq verres d'alcool lors d'une même occasion). Plusieurs situations (seuils de filtrage) permettent de sélectionner les personnes à qui seront posées les questions sur la présence, ou non, d'abus ou de dépendance à l'alcool.

Prévalence de l'abus ou de la dépendance à l'alcool au cours de la vie, 2012 (%)

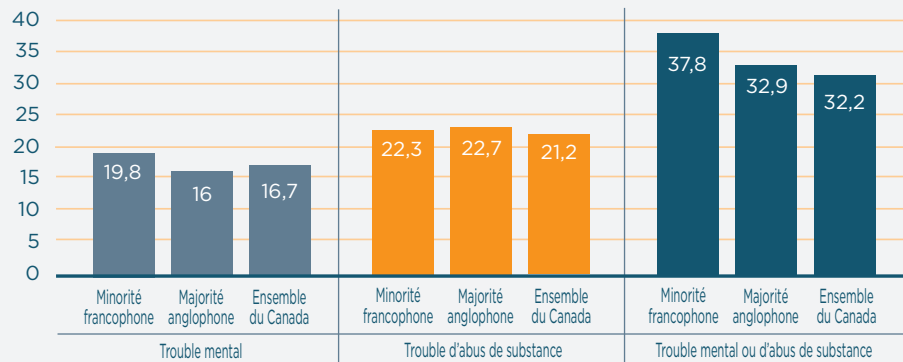


* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 % ; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement puisque les données ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada pour ce programme statistique

LES PRÉVALENCES GLOBALES DES TROUBLES MENTAUX ET DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Prévalence des troubles mentaux¹ et des troubles liés à la consommation de substances² au cours de la vie, population de 15 ans et plus, 2012 (%)



¹ Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée.

² Abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.



SANTÉ MENTALE

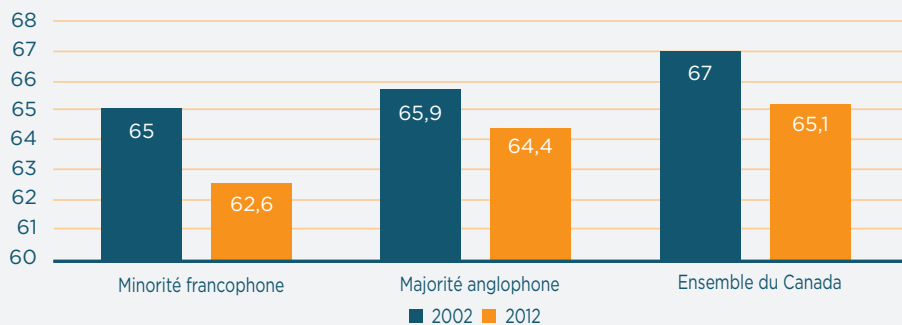
LA SANTÉ MENTALE OPTIMALE ET LA « MOINS BONNE SANTÉ MENTALE »

L'Organisation mondiale de la santé (OMS) définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et d'une manière productive, et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 2014). En ce sens, la

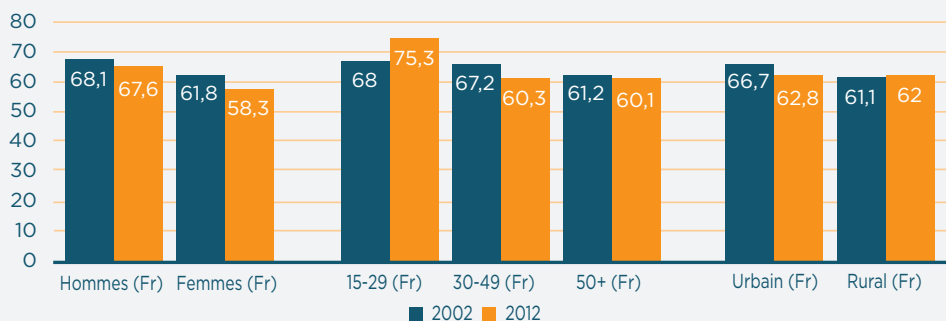
santé mentale optimale, qui se rapproche de la notion de bien-être, fait référence aux ressources psychologiques, sociales et environnementales qui permettent à l'individu et aux collectivités de mener une vie « satisfaisante », de se développer et de surmonter l'adversité.

PERCEVOIR SA SANTÉ MENTALE COMME EXCELLENTE OU TRÈS BONNE

Proportion de personnes percevant leur santé mentale comme excellente ou très bonne, 2002 et 2012 (%)

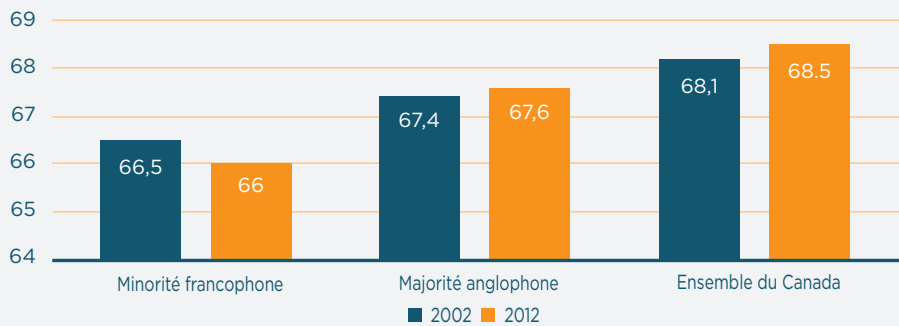


Proportion des francophones percevant leur santé mentale comme excellente ou très bonne, selon le sexe, l'âge et le milieu de vie, 2002 et 2012 (%)

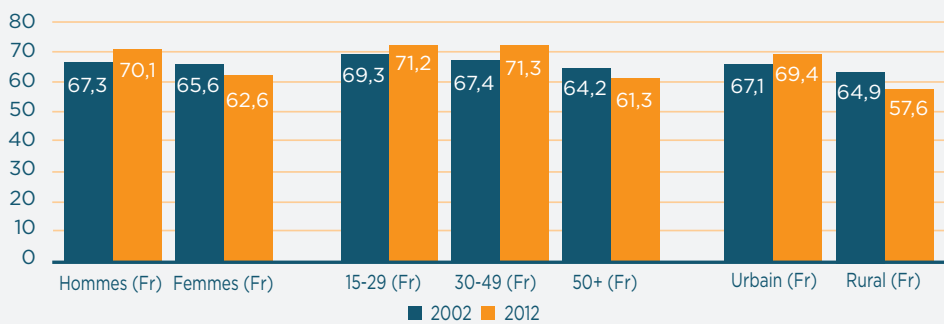


ÉVALUER SA CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX EXIGENCES QUOTIDIENNES DE LA VIE

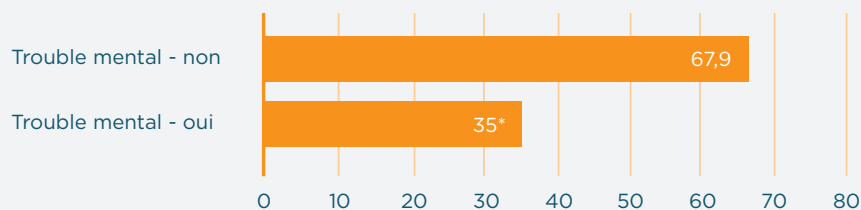
Proportion de personnes estimant avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes, 2002 et 2012 (%)



Proportion de francophones estimant avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes, selon le sexe et l'âge et le milieu de vie, 2002 et 2012 (%)



Proportion de francophones estimant avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes, selon la présence d'un trouble mental^{1,2}, 2012 (%)



1 Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée

2 Au cours des 12 derniers mois

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

LA « MOINS BONNE SANTÉ MENTALE »

Certains indicateurs ayant trait à la « moins bonne santé mentale », pouvant être appréhendés comme des éléments perturbateurs d'un bien-être psychologique généralement recherché ont

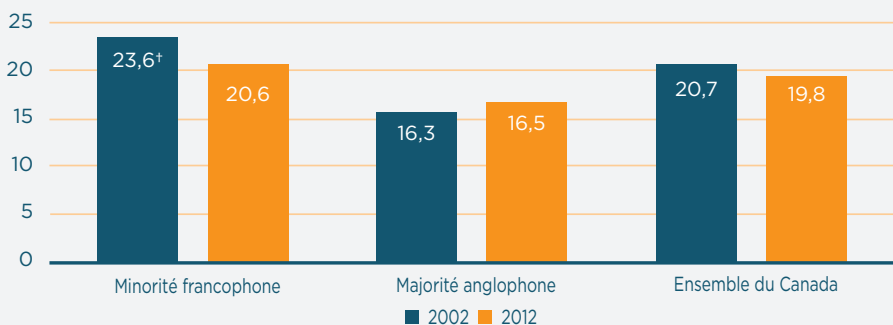
été retenus pour analyse. Il s'agit de l'indicateur de détresse psychologique, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide.

DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

On mesure la détresse psychologique à partir d'une échelle à 10 items (questions), développée par Kessler et connue sous le nom de K10 (Kessler *et al.*, 2002). Cinq choix de réponse sont possibles. Ceux-ci portent sur la fréquence à laquelle certains sentiments ou pensées négatives sont présents au cours des 30 jours précédant l'enquête (tels que les sentiments d'épuisement, de nervosité, d'agitation, de désespoir, de tristesse et de dépression, de découragement et d'inutilité).

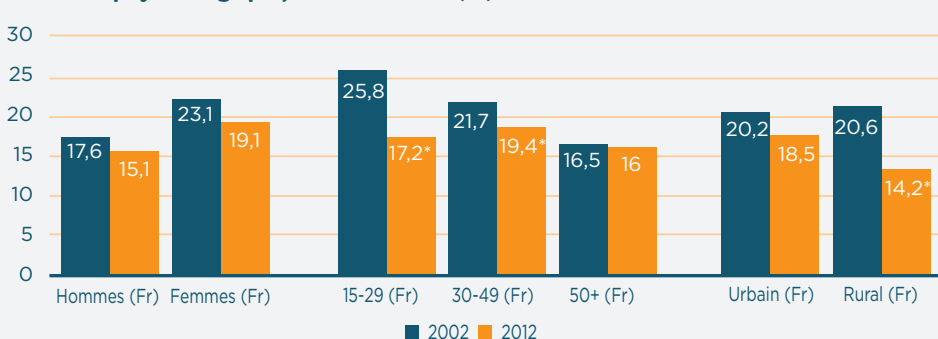
Chacune des questions est notée sur 4 points ; plus le score est élevé, plus la détresse est prononcée. Ainsi, le 20 % de la population qui présente les scores les plus élevés a servi à établir le seuil à partir duquel on peut postuler que ces personnes se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Ce seuil établi à neuf pour nos analyses n'est pas un seuil clinique, et ne peut être interprété comme une prévalence de la détresse psychologique (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015).

Proportion de personnes se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, 2002 et 2012 (%)



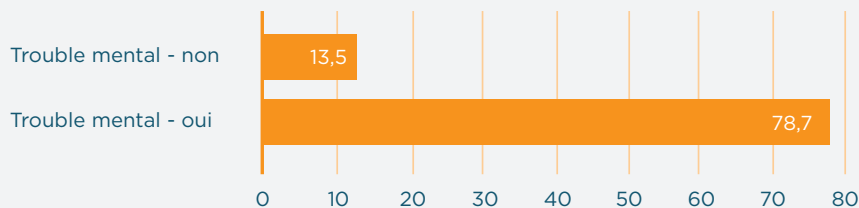
* Différence significative par rapport à la majorité anglophone, au seuil de 5 %.

Proportion de francophones se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, 2002 et 2012 (%)



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

Proportion de francophones se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, selon la présence d'un trouble mental^{1,2}, 2012 (%)

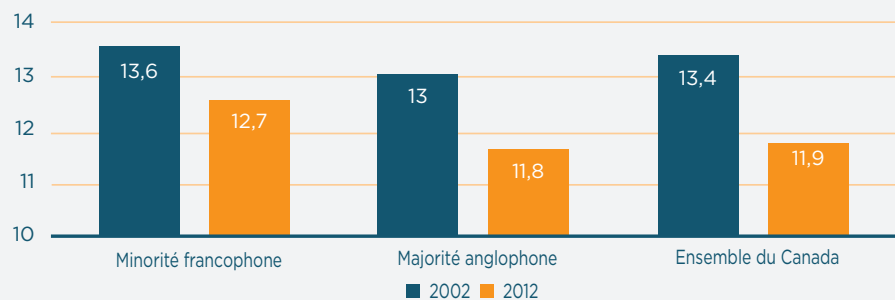


1 Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée

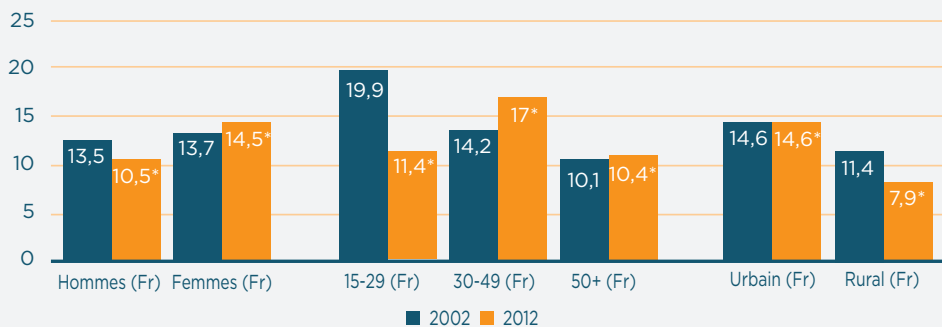
2 Au cours des 12 derniers mois

PENSÉES SUICIDAIRES

Proportion de personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, 2002 et 2012 (%)



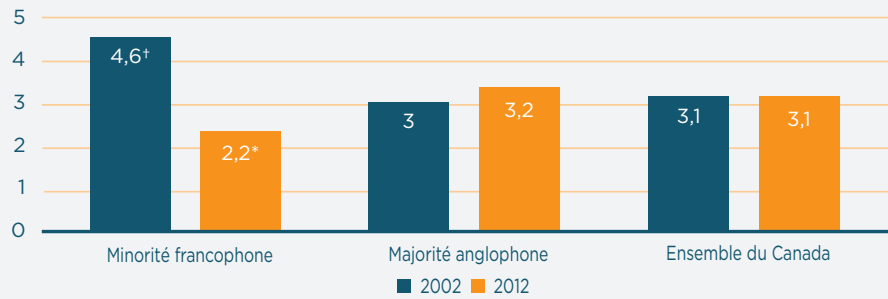
Proportion de francophones ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie, selon le sexe, l'âge et le milieu de vie, 2002 et 2012 (%)



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

TENTATIVE DE SUICIDE

Proportion de personnes ayant fait une tentative de suicide au cours de leur vie, 2002 et 2012 (%)



† Différence significative par rapport à la majorité anglophone, au seuil de 5 %.

* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.



RECOURS

LE RECOURS À DES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

Les personnes souhaitant obtenir de l'aide pour des difficultés liées à leur santé mentale peuvent faire appel à des ressources professionnelles ou non professionnelles. Dans l'ESCC — Santé mentale 2012, les questions faisant partie du module « services de santé mentale » visent à recueillir de l'information sur le recours à ces deux types de ressources. Dans nos analyses, les ressources professionnelles regroupent les psychiatres, les médecins de famille ou omnipraticiens, les psychologues, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes et l'hospitalisation.

Du côté des ressources non professionnelles, également qualifiées « de ressources informelles », se trouvent les membres de la famille, les amis, les collègues de travail, les superviseurs ou les patrons, les enseignants et les directeurs d'école, les services offerts par l'employeur, les groupes d'entraide, les lignes d'aide téléphoniques ainsi que l'utilisation d'Internet pour trouver de l'information sur les symptômes, les ressources ou les forums de discussion.

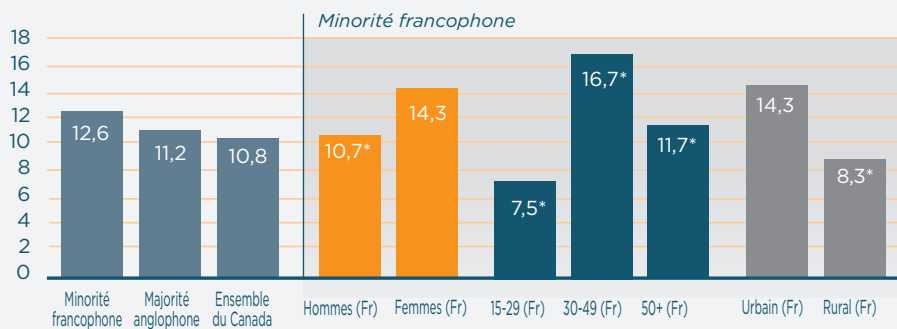


CONSULTATION DE PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ ET HOSPITALISATION

On mesure le fait qu'une personne âgée de 15 ans et plus a consulté au moins un professionnel de la santé ou a été hospitalisée pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les professionnels de

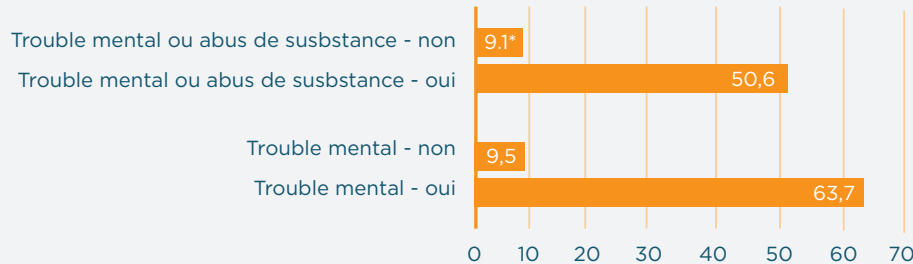
la santé ciblés dans l'enquête sont les psychiatres, les médecins de famille ou omnipraticiens, les psychologues, le personnel infirmier de même que les travailleurs sociaux, conseillers ou psychothérapeutes.

Proportion de personnes ayant été hospitalisées ou ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, 2012 (%)



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations. Au cours des 12 derniers mois.

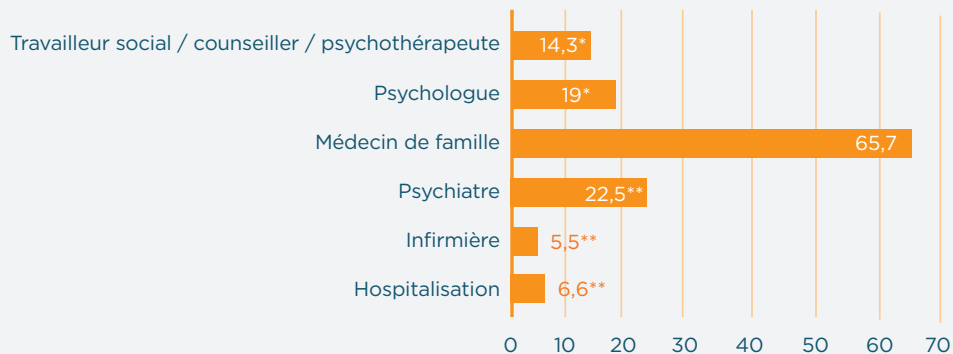
Proportion de francophones ayant été hospitalisés ou ayant consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, selon la présence d'un trouble mental ou d'abus de substance, 2012 (%)



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

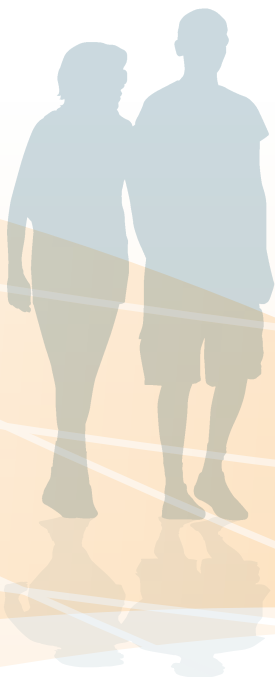
QUELLES SONT LES RESSOURCES CONSULTÉES ?

Proportion de francophones ayant été hospitalisées ou ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, selon le type de ressource, 2012 (%)



* Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

** Coefficient de variation supérieur à 33,3 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement puisque les données ne répondent pas aux normes de qualité de Statistique Canada pour ce programme statistique

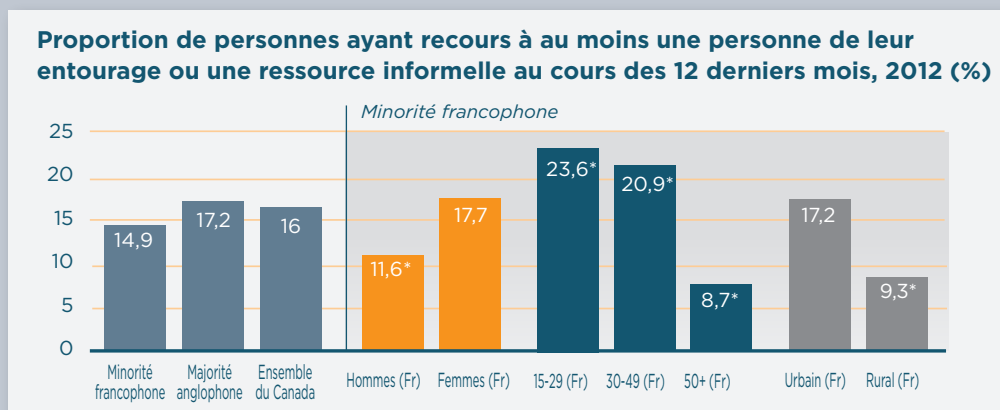


RECOURS À L'ENTOURAGE OU À UNE RESSOURCE INFORMELLE

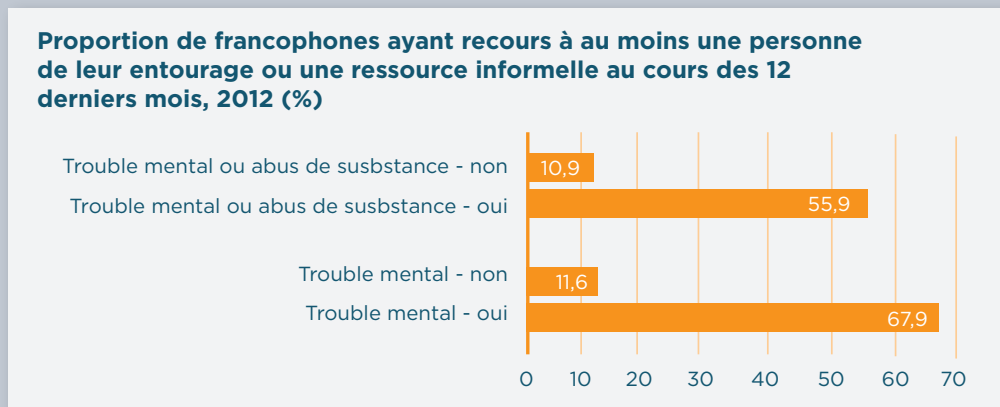
On mesure, au sein de la population âgée de 15 ans et plus, le fait qu'un individu s'est adressé à au moins une personne de son entourage ou une ressource informelle pour obtenir de l'aide pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Parmi les personnes de l'entourage, l'enquête a retenu les membres de la famille, les amis, les

collègues de travail, les superviseurs ou les patrons, les enseignants et les directeurs d'école. Du côté des ressources informelles, l'enquête a pris en compte le recours à un groupe d'entraide, celui à une ligne téléphonique, les programmes d'aide aux employés de même que l'utilisation d'Internet pour trouver de l'information sur les symptômes et les ressources ou pour participer à des forums de discussion.

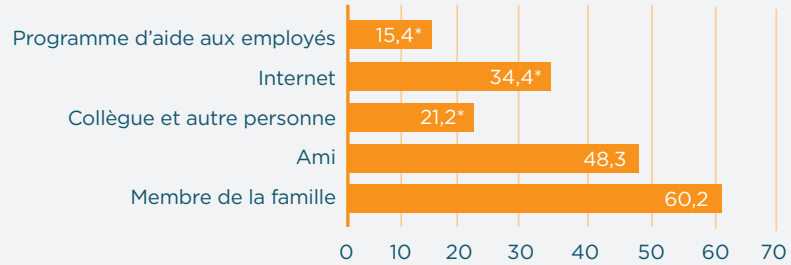


*Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.



OÙ VA-T-ON CHERCHER DE L'AIDE ?

Proportion de francophones ayant recours à au moins une personne de leur entourage ou une ressource informelle au cours des 12 derniers mois, 2012 (%)



*Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.



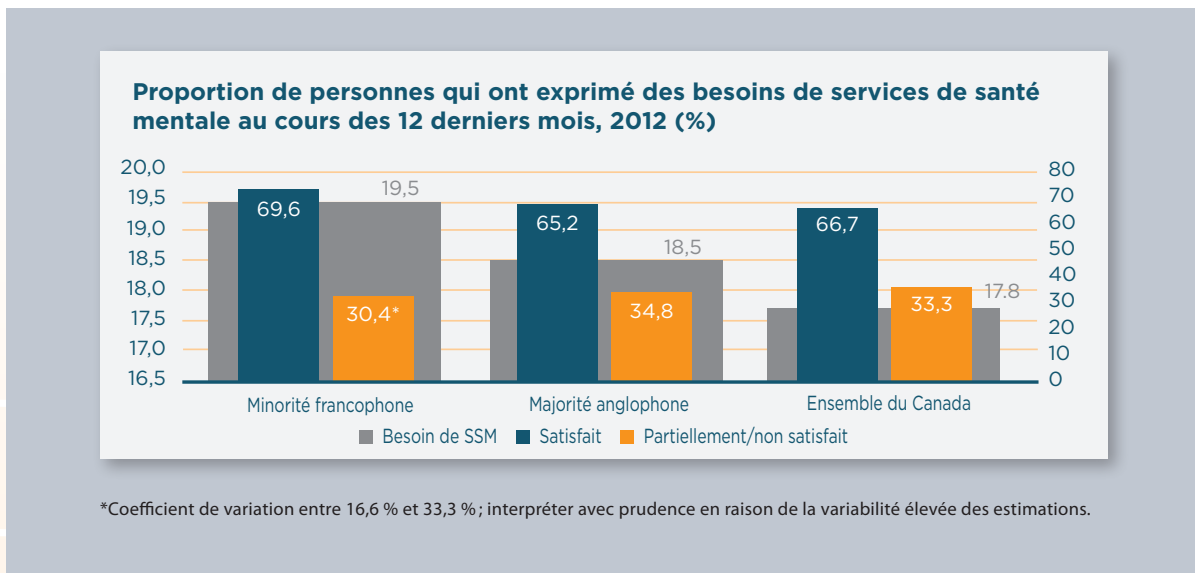
BESOINS

LES BESOINS PERÇUS DE SOINS DE SANTÉ MENTALE ET ÉTAT DU BESOIN

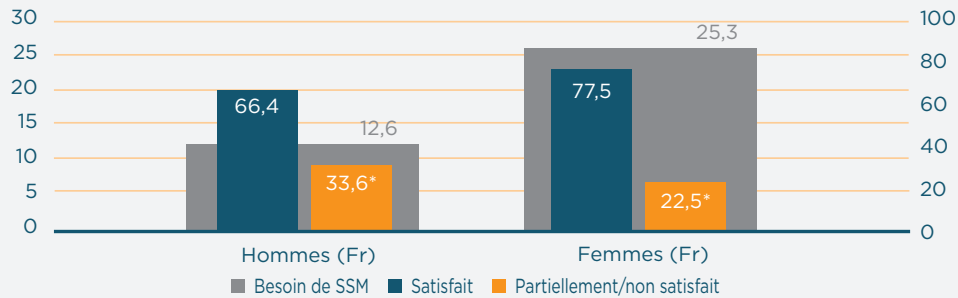
Les besoins perçus et l'état du besoin ont été créés à partir d'une série de questions concernant l'aide recherchée pour traiter un problème de santé mentale ou d'abus de substance, soit une aide relative à l'information sur les problèmes ou les types de traitement, aux médicaments, à la consultation, thérapie ou aide concernant les relations interpersonnelles et autres services de santé mentale, ainsi que l'appréciation de l'aide reçue afin de déterminer dans quelle mesure le besoin de

services de santé mentale a été satisfait ou non (Sunderland et Findlay, 2013).

On a demandé aux participants de l'enquête quels types d'aide ils avaient reçu au cours des 12 mois précédents, et pour chaque type mentionné, s'ils estimaient en avoir reçu suffisamment. Pour chaque type d'aide non reçue, on leur a demandé s'ils estimaient en avoir eu besoin. Des variables dichotomiques de besoin perçu ont été établies pour représenter les besoins, les besoins non satisfaits, partiellement satisfaits ou satisfaits.

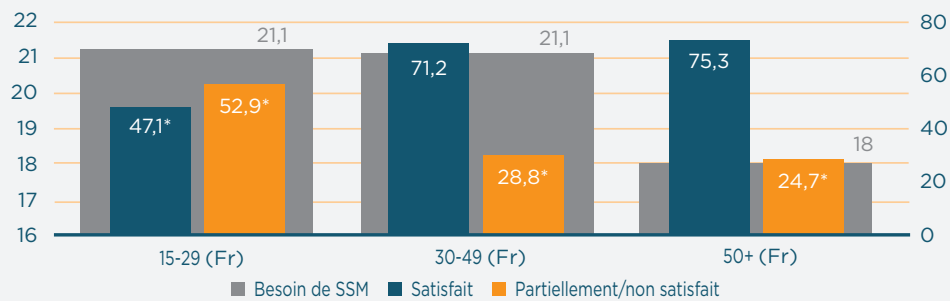


Proportion de francophones qui ont exprimé un besoin de services de santé mentale au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, 2012 (%)



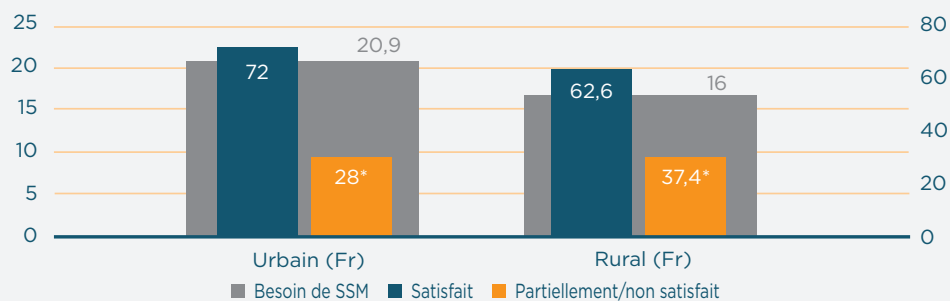
*Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

Proportion de francophones qui ont exprimé un besoin de services de santé mentale au cours des 12 derniers mois, selon l'âge, 2012 (%)



*Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

Proportion de francophones qui ont exprimé un besoin de services de santé mentale au cours des 12 derniers mois, selon le milieu de vie, 2012 (%)



*Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

CONCLUSION

L'ESCC-Santé mentale 2012 révèle que...

14% des francophones en situation minoritaire ont connu au cours de leur vie un épisode dépressif. Les femmes (18% vs 10% des hommes), les 50 ans et plus (16%) et les personnes vivant en milieu urbain (15%) étaient les plus touchées par la dépression.

11% des francophones ont connu au cours de leur vie un trouble d'anxiété généralisée. Les femmes (16% vs 4% des hommes) et les 50 ans et plus (13%) étaient les plus affectés.

19% des francophones ont vécu un trouble d'abus ou de dépendance à l'alcool. Les hommes (29% vs 11% des femmes), les 30-49 ans (24%) et les personnes vivant en milieu rural (21%) étaient les plus concernés.

La prévalence globale des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substance était de 38% chez les francophones en situation minoritaire contre 32% chez l'ensemble des canadiens.

63% des francophones percevaient leur santé mentale comme excellente ou très bonne. Les hommes (68% vs 58% des femmes) et les 15-29 ans (75%) étaient plus nombreux à se déclarer en meilleure santé mentale.

66% des francophones estimaient avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne. Les femmes (63% vs 70% des hommes), les 50 ans et plus (61%) et les personnes vivant en milieu rural (58%) étaient moins nombreuses à estimer leur capacité à faire face aux exigences de la vie quotidienne comme étant excellente ou très bonne.

21 % des francophones se situaient au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Les femmes (19% vs 15% des hommes), les 30-49 ans (19%) et les personnes vivant en milieu urbain (19%) étaient plus nombreuses à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

13% des francophones déclaraient avoir eu des pensées suicidaires. Les femmes (15% vs 11% des

hommes), les 30-49 ans (17%) et les personnes vivant en milieu urbain (15%) étaient plus nombreuses à avoir eu des pensées suicidaires.

13% des francophones ont été hospitalisés ou ont consulté au moins un professionnel de la santé au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les femmes (14% vs 11% des hommes), les 30-49 ans (17%) et les personnes vivant en milieu urbain (15%) étaient les plus nombreuses à recourir aux services. Le médecin de famille (66%) était la ressource formelle la plus consultée, suivie du psychiatre (23%), du psychologue (19%) et du travailleur social ou du psychothérapeute (14%).

15% des francophones ont eu recours à au moins une personne de leur entourage ou ressource informelle au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les femmes (18% vs 12% des hommes), les 15-29 ans (24%) et les personnes vivant en milieu urbain (17%) avaient davantage recours aux ressources informelles. Un membre de famille était la ressource informelle la plus prisée (60%), suivie de l'ami (48%), de l'internet (34%), d'un collègue (21%) et du programme d'aide aux employés (15%).

20% des francophones ont exprimé des besoins de services de santé mentale au cours des 12 mois précédant l'enquête et 30% parmi eux n'ont pu les obtenir. Les femmes (25%) plus que les hommes (13%) ont exprimé un besoin de services, mais plus d'hommes (34%) que de femmes (26%) n'ont eu de réponses satisfaisantes. C'est pour le groupe des 15-29 ans que les besoins de services de santé mentale n'ont pu être comblés en plus grande proportion (53%), ainsi qu'en milieu rural (37% contre 28% en milieu urbain).

La prise en compte rigoureuse de la santé mentale d'une population doit reposer sur les modèles de prévention, les interventions en temps opportun, l'amélioration de l'accès aux meilleurs traitements, l'élimination des inégalités et l'intégration des déterminants sociaux dans la transformation des soins de santé mentale, et ce, dans la langue officielle requise. C'est une question d'équité et de qualité des services.

BIBLIOGRAPHIE

- BARALDI, Rosanna, Katrina JOUBERT, et Monique BORDELEAU (2015). *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale 2012*, Québec, Institut de la statistique du Québec.
- BOUCHARD, Louise, Ian COLMAN, Alejandra DUBOIS et Ewa SUCHA (2019). *La santé mentale des francophones en situation minoritaire au Canada : un portrait tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes- Santé mentale 2012*, Université d'Ottawa
- BOUCHARD, Louise, Isabelle GABOURY, Jean-Marie BERTHELOT, Marie-Hélène CHOMIENNE, Lise DUBOIS, et Anne GILBERT (2009). "La santé en situation linguistique minoritaire ", *Health Care Policy/Politiques de Santé*, Vol. 4, N° 4 p. 37-42.
- KESSLER RC, ANDREWS G, COLPE LJ, HIRIPI E, MROCZEK DK, NORMAND SL, WALTERS EE, ZASLAVSKY AM. (2002). "Short screening scales to monitor population prevalences and trends in non-specific psychological distress", *Psychological Medicine*, vol. 32, no 6, p. 959-976.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (2014). *10 faits sur la santé mentale*, Récupéré de https://www.who.int/features/factfiles/mental_health/mental_health_facts/fr/ (Consulté le 22 mars 2019)
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1994). *International Classification of Diseases (ICD)*, [Récupéré de <http://www.who.int/classifications/icd/en/>] (Consulté le 23 mars 2019).
- PEARSON, Caryn, Teresa JANZ et Jennifer ALI (2013). « Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada », *Coup d'œil sur la santé*, Statistique Canada, septembre, 8 p.
- RUST, Keith F., et Jon N.K. RAO (1996). "Variance estimation for complex surveys using replication techniques", *Statistical Methods in Medical Research*, Vol. 5, N° 3, pp. 283-310.
- SUNDERLAND, Rust, et Leanne C. FINDLAY (2013). « Besoins perçus de soins de santé mentale : résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes-Santé mentale 2012 », *Rapports sur la santé*, Statistique Canada, produit n° 82-003-X au catalogue.





Collège des chaires de recherche
sur le monde francophone
de l'Université d'Ottawa



Savoir
Montfort

Chaire de recherche
de l'Université d'Ottawa et de
l'Institut du Savoir Monfort sur la santé
des francophones de l'Ontario