

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



ADAPTATION DU PORTRAIT STATISTIQUE DE LA SANTÉ MENTALE DES QUÉBÉCOIS.
RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES
– SANTÉ MENTALE 2012

Ce rapport a été réalisé par :

Louise Bouchard, Ian Colman, Alejandra Dubois et Ewa Sucha, Université d'Ottawa et Institut du Savoir Montfort, 2019

Étude financée par :

Consortium national de formation en santé, volet Université d'Ottawa et le gouvernement du Canada

Remerciements :

L'Institut de la statistique du Québec pour l'adaptation de leur document *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale 2012* réalisé par Rosanna Baraldi, Katrina Joubert et Monique Bordeleau, Institut de la statistique (2015)

Avertissement :

Les conclusions présentées dans ce rapport sont celles des auteurs et ne reflètent pas nécessairement la position des organismes auxquels ils sont affiliés.

Janvier 2019

ISBN : 978-0-88927-504-1

FAITS SAILLANTS

Le présent rapport, *La santé mentale des francophones en situation minoritaire : un portrait tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* présente un état des lieux d'une série d'indicateurs sur les troubles mentaux et les troubles liés à la consommation de substances, la santé mentale optimale et la moins bonne santé mentale et le recours à des ressources en santé mentale, en 2002 et en 2012. Il permet également d'apprécier l'influence de quelques principaux déterminants sociaux qui exercent une influence sur la santé mentale. Cette analyse secondaire de l'ESCC – Santé mentale constitue une première publication complète sur le sujet et comble une lacune d'information concernant les populations de langue officielle en situation minoritaire, souvent insuffisamment documentées. Il permettra également d'ouvrir des pistes de recherche afin de mieux comprendre l'impact de la situation minoritaire notamment sur la santé, l'accès aux services et la qualité des services en langue officielle minoritaire.

Toutefois, étant donné que l'ESCC – Santé mentale repose déjà sur un plus petit échantillon de la population canadienne et qui s'accroît considérablement une fois désagrégé par groupe de minorités de langue officielle, de nombreuses données demeurent confidentielles ou présentent de larges coefficients de variation signifiant qu'il faut les interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

Si de manière générale, la santé mentale des populations francophones en situation minoritaire se compare à la majorité anglophone, quelques différences sont observables.

La minorité francophone serait davantage touchée par la dépression, situation qui est restée stable au cours des deux périodes à l'étude, serait plus nombreuse à se situer au niveau élevé de l'indice

de détresse psychologique, situation légèrement améliorée en 2012 et comptait en 2002 un plus grand nombre de tentatives de suicide, situation améliorée en 2012. Les femmes, les personnes les plus faiblement scolarisées, ayant les plus faibles revenus, vivant seules et vivant en milieu urbain sont surreprésentées pour ces trois problèmes de santé mentale.

Le sentiment d'appartenance à la communauté était en 2002 significativement plus faible chez la minorité francophone que chez la majorité anglophone, cependant il s'est accru pour les deux groupes en 2012.

L'importante prévalence des troubles mentaux et des troubles liés à consommation de substances, pris dans leur ensemble (38 % pour la minorité francophone et 32 % pour l'ensemble du Canada) indique qu'il y a tout lieu de se préoccuper de la santé mentale des populations et de favoriser l'épanouissement des communautés.

Or, de l'avis de plusieurs, la santé et la maladie mentale ne sont malheureusement pas jugées prioritaires. Une prise en compte rigoureuse de la santé mentale permettrait d'insister sur les modèles de prévention, les interventions en temps opportun, l'amélioration de l'accès, l'élimination des inégalités et l'intégration des déterminants sociaux dans la transformation des soins et des politiques de santé mentale, et ce, dans le respect des communautés de langue officielle en situation minoritaire. C'est une question d'équité et de qualité des services.

AVANT-PROPOS

La constitution canadienne (*Loi constitutionnelle* de 1982) et la *Loi sur les langues officielles* (1969) font du Canada un pays bilingue. Le français et l'anglais ont un statut et des droits et privilèges égaux quant à leur usage au Parlement et au sein du gouvernement fédéral. Cela garantit aux citoyens canadiens des droits linguistiques : droit à l'éducation, droit à la justice, droit à la communication dans la langue officielle de leur choix. De l'ensemble des provinces canadiennes, seul le Québec a le français comme langue officielle et le Nouveau-Brunswick est officiellement bilingue. Dans les autres provinces canadiennes, selon le recensement de 2016, le français se trouve à être la langue parlée par une minorité dite de langue officielle (1 126 535 personnes), comme l'anglais est parlé au Québec par une minorité (1 545 310 personnes) (Statistique Canada, 2017).

La mise en œuvre par le Gouvernement du Canada d'un *Plan d'action pour les langues officielles* en 2003 a permis de mettre à jour la problématique de la santé et des services sociaux en situation de langue officielle minoritaire, concernant l'évaluation des besoins, la compréhension des déterminants de la santé et la qualité et l'accès aux services et aux professionnels en langue officielle minoritaire. Cependant, les données nationales de santé ne sont pas désagrégées par population de langue officielle en situation minoritaire rendant ainsi sous-documentée la situation d'une partie de la population canadienne. Toutefois, la recherche qui s'est développée dans ce domaine a pu démontrer que les communautés francophones

en situation minoritaire présentaient un profil contrasté selon leurs contextes démographiques et socioéconomiques propres. Elles sont en général moins jeunes, moins scolarisées et moins nombreuses sur le marché du travail. Elles seraient davantage concentrées dans des régions où le développement et l'accès aux ressources sociales sont plus difficiles (Bouchard et Leis, 2008). Ces conditions de vie se répercutent sur la santé des communautés, ce qui a permis de mettre en évidence la situation linguistique minoritaire comme déterminant d'une moins bonne santé (Bouchard *et al.*, 2009; Bouchard et Desmeules, 2011).

Le présent rapport établit le portrait de la santé mentale des francophones de langue officielle en situation minoritaire à partir des données de l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale 2012*. Il constitue une adaptation du *Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale 2012* (@ Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2015).

TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS	3
AVANT-PROPOS	4
TABLE DES MATIÈRES	5
INTRODUCTION	7
Chapitre 1 – PRÉSENTATION DE L'ESCC – SANTÉ MENTALE 2012	8
1.1 Objectifs.....	8
1.2 Méthodologie	8
1.3 Contenu de l'Enquête.....	10
1.4 Définition des variables de croisement.....	11
Chapitre 2 – LES TROUBLES MENTAUX ET LES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	14
2.1 Les troubles mentaux.....	14
2.1.1 Épisode dépressif.....	14
2.1.2 Trouble bipolaire.....	17
2.1.3 Trouble d'anxiété généralisée.....	18
2.2 Les troubles liés à la consommation de substances.....	20
2.2.1 Abus ou dépendance à l'alcool.....	21
2.2.2 Abus ou dépendance au cannabis.....	22
2.2.3 Abus ou dépendance à d'autres drogues.....	24
2.3 Les prévalences globales des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances mesurés dans l'ESCC – Santé mentale 2012.....	26
2.4 Certains indicateurs de santé physique selon la présence ou l'absence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances	27
2.4.1 Indicateurs de santé physique.....	28

À RETENIR.....	29
Chapitre 3 – LA SANTÉ MENTALE OPTIMALE ET LA « MOINS BONNE SANTÉ MENTALE »	32
3.1 Indicateurs de la santé mentale optimale.....	32
3.1.1 Percevoir sa santé mentale comme excellente ou très bonne	32
3.1.2 Être satisfait ou très satisfait de sa vie	36
3.1.3 Santé mentale florissante.....	40
3.1.4 Évaluer sa capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie	45
3.1.5 Évaluer sa capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles.....	49
3.1.6 Sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à sa communauté	53
3.1.7 Échelle de provisions sociales.....	57
À RETENIR.....	59
3.2 Indicateurs de la détresse psychologique, du stress et de la problématique du suicide.....	60
3.2.1 Niveau élevé de détresse psychologique	61
3.2.2 Journées assez ou extrêmement stressantes.....	65
3.2.3 Problématique du suicide	69
À RETENIR.....	74
Chapitre 4 – LE RECOURS À DES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE.....	75
4.1 Les professionnels de la santé et l'hospitalisation	76
4.1.1 Consultation de professionnels de la santé et hospitalisation.....	76
4.1.2 Quelles sont les ressources consultées ?.....	80
4.2. L'aide d'une personne de l'entourage ou d'une ressource informelle	81
4.2.1 Recours à l'entourage ou à une ressource informelle	81
4.2.2 Où va-t-on chercher de l'aide ?	84
À RETENIR.....	86
CONCLUSION	87
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	90

INTRODUCTION

Il ne peut y avoir de santé sans santé mentale proclamait Ban Ki-moon, secrétaire général de l'Organisation des Nations unies dans son message pour la journée internationale de la santé mentale de 2008 (Dietrich, Decker, Ceynowa, Hegrtl et Stengler, 2012). De fait, la santé mentale est reconnue comme une composante essentielle de la santé que l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit ainsi :

« 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 de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté » (OMS, 1946).

Cependant, cet état de bien-être est perturbé chez un individu sur trois ou plus au cours de sa vie (Vigo, Thornicroft et Atun, 2016). La Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) soutient qu'au Canada, une personne sur cinq est confrontée à une maladie mentale. Elle évalue même qu'une personne sur deux en souffrira avant l'âge de 40 ans (CSMC, 2012). Pour en montrer l'ampleur, certains auteurs ont avancé que le nombre de personnes affligées par un trouble mental est deux fois plus grand que celui des personnes atteintes d'une maladie cardiaque ou du diabète de type 2 (Smetanin *et al.*, 2011; CSMC, 2017).

On a également bien documenté l'impact sanitaire et humain des maladies mentales : espérance de vie diminuée, fardeau accru des maladies chroniques, limitations invalidantes, répercussions sur les familles, sur l'emploi, les finances, les activités quotidiennes (CSMC, 2017; Roberts et Grimes, 2011).

Bien que la plupart des études considèrent l'importance des déterminants sociaux sur l'existence des problèmes de santé mentale, aucune ne désagrège les données en fonction de l'appartenance à une communauté de langue officielle en situation minoritaire, un fait pourtant reconnu pouvant avoir un impact sur la santé (Bouchard *et al.*, 2009). L'incidence des langues et de la communication sur l'accès, la qualité et la sécurité des soins acquiert une portée plus grande dans le contexte canadien où coexistent deux langues officielles. C'est à partir de cette prémisse que nous proposons de dresser le portrait de la santé mentale de la population francophone vivant en situation linguistique minoritaire à partir des données de l'Enquête de santé dans les collectivités canadiennes (ESCC-SM 2012).

Chapitre 1 – PRÉSENTATION DE L'ESCC – SANTÉ MENTALE 2012

L'Enquête nationale de santé dans les collectivités canadiennes sur la santé mentale (ESCC – SM) fut menée par Statistique Canada à deux reprises, en 2002 et en 2012. Comme certains indicateurs ont évolué d'un cycle l'autre, les comparaisons s'en trouvent limitées. Nous allons décrire ici l'enquête de 2012, puisqu'elle est l'instrument principal utilisé dans la présente étude.

1.1 Objectifs

Les grands objectifs de l'ESCC – Santé mentale, 2012 étaient les suivants (Statistique Canada, 2013b) :

- » Évaluer l'état de santé mentale des Canadiens et des Canadiennes;
- » 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;
- » Évaluer le fonctionnement, les capacités et les incapacités en relation avec la santé mentale et la maladie mentale;
- » Examiner les liens entre la santé mentale et certaines caractéristiques sociales, démographiques, géographiques et économiques;
- » 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.

Pour répondre à ces objectifs, le questionnaire de l'ESCC – SM a été élaboré dans le cadre d'un processus de consultation réunissant la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada, Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, la Commission de la santé mentale du Canada, les ministères provinciaux de la Santé ainsi que des experts provenant des diverses instances gouvernementales concernées et du milieu universitaire.

1.2 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. La collecte des données auprès des répondants s'est déroulée de janvier à décembre 2012. Les entrevues assistées par ordinateur, d'une durée moyenne de 56 minutes, ont été réalisées surtout en face à face¹. Le taux de réponse a été de 68,9 %, ce qui correspond à un échantillon de 25 113 personnes représentatif de 28,3 millions de Canadiens (Statistique Canada, 2013b).

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 (2012) et de 1 868 francophones et 29 246 anglophones vivant à l'extérieur de la province de Québec (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 micro-données confidentielles de Statistique Canada en raison des variables linguistiques que nous devons utiliser pour définir la population francophone en situation minoritaire (voir figure 1.1).

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

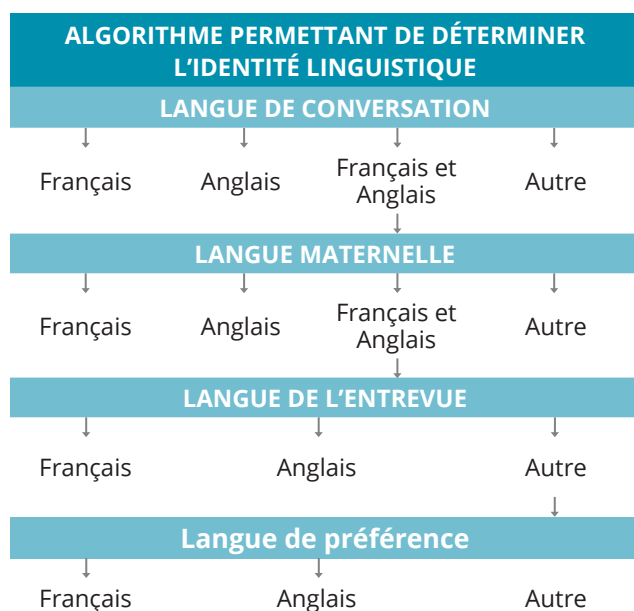
1. Une entrevue téléphonique a été menée pour 13 % des répondants.

pour l'ensemble du Canada. Le test du khi deux a été utilisé pour la comparaison de proportions entre la population francophone en situation minoritaire et la majorité anglophone. Le résultat de ce test (valeur de p) n'est pas présenté, mais les bornes supérieures et inférieures des intervalles de confiance à 95 % accompagnent les estimations. Les tests statistiques ont été effectués au seuil de 5 % et l'ajout du symbole ** dans les tableaux permet de repérer rapidement les différences significatives. Les analyses ont été exécutées à l'aide du logiciel SAS, v. 9.4.

Définition de la population francophone de langue officielle en situation minoritaire

L'identité linguistique francophone a été déterminée à l'aide d'un algorithme permettant de sélectionner les individus en fonction de 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. À chaque étape, les individus sont filtrés en fonction de leur compétence linguistique et à la fin, les personnes bilingues finissent par se redistribuer chez les locuteurs francophones ou anglophones (Bouchard et al., 2009).

Figure 1.1



Les analyses contenues dans ce rapport ont été réalisées 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.

Avertissements

- » Dans le présent rapport, le masculin est utilisé pour alléger le texte, et ce, sans préjudice pour la forme féminine.
- » Dans les tableaux, le terme « ensemble du Canada » réfère aux dix provinces canadiennes.

Signes conventionnels

- x Donnée confidentielle
- ND Donnée non disponible
- ... N'ayant pas lieu de figurer
- ** Différence significative par rapport à la majorité anglophone, au seuil de 5 %
- E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
- F 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.

1.3 Contenu de l'Enquête

SANTÉ MENTALE, BIEN-ÊTRE, DÉTRESSE, STRESS	SANTÉ PHYSIQUE, DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ
<ul style="list-style-type: none"> » Santé mentale positive ◊ » Échelle de provisions sociales ◊ » Spiritualité » Détresse » Interactions sociales négatives ◊ » Sources de stress » Stress au travail » Pensées suicidaires et tentatives de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> » État de santé général » Douleurs et malaises ◊ » Problèmes de santé chroniques » Taille et poids autodéclarés » Activité physique ◊ » Usage du tabac ◊
TROUBLES MENTAUX	INCAPACITÉS/LIMITATIONS D'ACTIVITÉS
<ul style="list-style-type: none"> » Questions filtres pour les troubles mentaux (dépistage) » Dépression » Trouble bipolaire (modules : hypomanie et manie) » Trouble d'anxiété généralisée ◊ 	<ul style="list-style-type: none"> » Incapacités au cours des deux dernières semaines » Plan d'évaluation des invalidités de l'OMS (DAS) ◊ » Prise de médicaments et utilisation des services » Consommation de médicaments » Recours aux services de santé mentale » Besoins perçus de soins ◊
CONSOMMATION DE SUBSTANCES ET DÉPENDANCE	CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES
<ul style="list-style-type: none"> » Alcool – abus et dépendance » Drogues – abus et dépendance (avec possibilité d'isoler le cannabis) » Situations et contextes problématiques » Expériences vécues dans l'enfance ◊ » Expériences de santé mentale (stigmatisation) ◊ » Effet de la santé mentale sur la famille ◊ » Contact avec la police ◊ 	<ul style="list-style-type: none"> » Renseignements sociodémographiques : âge, sexe, statut d'immigrant, pays de naissance, langue, composition du ménage, etc. » Population active » Éducation » Revenu » Renseignements administratifs liés à l'enquête

◊ Le losange désigne les nouveaux modules présents dans l'enquête de 2012.

1.4 Définition des variables de croisement

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES	
ÉTAT MATRIMONIAL	<p>Information sur la situation conjugale du répondant. La question suivante sert à classer les personnes selon six états matrimoniaux :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quel est votre état matrimonial ? <i>Marié, en union libre, veuf, séparé, divorcé, célibataire, jamais marié</i>
NIVEAU DE SCOLARITÉ	<p>Information sur le plus haut niveau de scolarité atteint. L'indice compte 10 niveaux qui ont été regroupés en quatre catégories : 1) études secondaires partielles (2^e secondaire ou moins, 3^e ou 4^e secondaire, 5^e secondaire); 2) diplôme d'études secondaires (pas d'études postsecondaires); 3) études postsecondaires et collégiales (certificat commercial ou diplôme d'une école de métiers ou formation d'apprenti, diplôme ou certificat d'un collège communautaire, d'un cégep, d'une école de sciences infirmières ou autre); 4) certificat/ diplôme universitaire (diplôme universitaire inférieur au baccalauréat, baccalauréat, diplôme/certificat d'études supérieures).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Avez-vous obtenu un diplôme d'études secondaires ou son équivalent ? 2. Quel est le plus haut niveau d'études primaires ou secondaires que vous avez achevé ? 3. Avez-vous suivi tout autre cours pouvant mener à l'obtention d'une attestation, d'un certificat ou d'un diplôme décerné par un établissement d'enseignement ? 4. Quel est le plus haut certificat, diplôme ou grade que vous avez obtenu ?
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE	<p>Revenu total de tous les membres du ménage, provenant de toutes les sources, présenté en quintiles. La mesure est construite à partir du ratio ajusté du revenu total du ménage au seuil de faible revenu correspondant aux tailles des ménages et d'une communauté donnée. Cette mesure fournit une comparaison proportionnelle du revenu d'un ménage avec l'ensemble des revenus des ménages répondants de la province. La question suivante sert à déterminer le revenu du ménage :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Au meilleur de votre connaissance, à combien estimez-vous le revenu total de tous les membres de votre ménage, provenant de toutes les sources, avant impôts et autres déductions, au cours des 12 derniers mois ?
EN EMPLOI	<p>Situation du répondant en ce qui concerne l'emploi. Deux catégories sont possibles : en emploi : 1) oui (travaillait à un emploi ou dans une entreprise, avait un emploi, mais ne travaillait pas – absent); 2) non (n'avait pas d'emploi, souffrait d'une incapacité permanente). Les questions suivantes servent à établir la situation de l'emploi :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La semaine dernière, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise (peu importe le nombre d'heures travaillées) ? 2. La semaine dernière, aviez-vous un emploi ou une entreprise dont vous vous êtes absenté ?
MILIEU RURAL – URBAIN	<p>Cette variable identifie si le répondant vit dans une zone urbaine ou rurale. Les zones urbaines sont les zones bâties en permanence ayant une concentration de population de 1 000 ou plus et une densité de population de 400 ou plus par kilomètre carré, sur la base des chiffres de population du recensement actuel.</p>
VIVRE SEUL	<p>Disposition de vie du répondant basée sur l'information décrivant les liens familiaux existant entre celui-ci et les membres du ménage. La catégorie « personne vivant seule » a été isolée pour construire cet indicateur.</p>

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ

<p>SANTÉ MENTALE</p>	<p>La présence ou l'absence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances a été établie à l'aide d'une version modifiée de la classification du <i>Composite International Diagnostic Interview</i> (WHO-CIDI) proposée par l'Organisation mondiale de la Santé. Cet instrument, reconnu à l'échelle internationale, peut être administré par des intervieweurs qui ne sont pas des professionnels de la santé, et sert à établir la présence de troubles mentaux ou de troubles liés à la consommation de substances. La mesure de ces différents troubles découle d'une série de questions portant sur les émotions, les symptômes ainsi que sur la sévérité, l'intensité et l'impact associés à chacun d'eux. Les troubles mentaux et les troubles liés à la consommation de substances identifiés au moyen de cet instrument ne sont pas fondés sur un diagnostic clinique.</p>
<p>TROUBLE MENTAL</p>	<p>Avoir présenté, au cours des 12 mois précédant l'enquête, au moins un des troubles suivants : épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée.</p>
<p>ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL</p>	<p>L'abus d'alcool est défini par un mode récurrent de consommation où au moins l'un des symptômes suivants est présent : impossibilité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison, consommation dans des situations où il est dangereux de le faire, problèmes récurrents liés à l'alcool ou poursuite de la consommation malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels causés ou amplifiés par l'alcool.</p> <p>La dépendance à l'alcool est définie par un mode de consommation récurrent où au moins trois des symptômes suivants sont présents : tolérance accrue, présence de symptômes de sevrage, consommation accrue, tentatives de cessation infructueuses, beaucoup de temps perdu pour des raisons de récupération et de consommation, diminution des activités et consommation malgré les problèmes physiques ou psychologiques persistants causés ou exacerbés par l'alcool. L'abus d'alcool est inclus dans l'indicateur de dépendance. En d'autres mots, il ne peut y avoir de dépendance sans abus.</p>
<p>ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS</p>	<p>L'abus de cannabis est défini par un mode récurrent de consommation où au moins l'un des symptômes suivants est présent : impossibilité de remplir des obligations importantes au travail, à l'école ou à la maison, consommation dans des situations où il est dangereux de le faire, problèmes récurrents liés au cannabis ou poursuite de la consommation malgré des problèmes sociaux ou interpersonnels causés ou amplifiés par le cannabis.</p> <p>La dépendance au cannabis est définie par un mode de consommation récurrent où au moins trois des symptômes suivants sont présents : tolérance accrue, sevrage, consommation accrue, tentatives de cessation infructueuses, beaucoup de temps perdu pour des raisons de récupération et de consommation, diminution des activités et consommation malgré les problèmes physiques ou psychologiques persistants causés ou exacerbés par l'usage de cannabis. L'abus de cannabis est inclus dans l'indicateur de dépendance. En d'autres mots, il ne peut y avoir de dépendance sans abus.</p>
<p>PRISE DE MÉDICAMENTS</p>	<p>Utilisation de médicaments sur ordonnance ou en vente libre pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues. La question suivante sert à déterminer la présence ou l'absence de consommation de médicaments prescrits ou non prescrits :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des médicaments pour des problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues ?

SANTÉ PHYSIQUE

PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE

La perception de sa santé physique, souvent appelée « autoévaluation de la santé » fournit une mesure subjective de l'état de santé physique. Il s'agit d'un indicateur fréquemment utilisé dans les enquêtes qui complète l'information fournie par d'autres indicateurs de l'état de santé. La question suivante sert à déterminer la perception de l'état de santé physique :

1. En général, diriez-vous que votre santé physique est ? *Excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise*

ACTIVITÉ PHYSIQUE

Personnes ayant fait de l'activité physique d'intensité modérée ou élevée au cours des sept derniers jours. Il est précisé que même l'activité physique modérée doit provoquer un accroissement des rythmes respiratoire et cardiaque et que les activités physiques peuvent avoir été faites durant les loisirs, au travail, lors des travaux ménagers ou durant les déplacements. Par exemple, la marche rapide et la bicyclette utilisée pour se rendre au travail font partie des réponses possibles.

DOULEURS OU MALAISES

Personnes qui ressentent habituellement des douleurs ou des malaises. Il est demandé au répondant de ne pas considérer les états qui touchent les personnes pendant de courtes périodes, par exemple le rhume ou la grippe. Aux répondants qui disent ressentir habituellement des douleurs ou des malaises, on demande combien d'activités sont limitées par ces états : aucune, quelques-unes, plusieurs ou la plupart.

PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE

Personnes souffrant d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques. Un problème de santé chronique est défini comme un état qui dure depuis au moins six mois ou qui devrait durer six mois ou plus, et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Les problèmes de santé suivants sont inclus dans l'enquête :

Asthme, arthrite ou arthrose excepté la fibromyalgie, autres maux de dos, hypertension, migraines, bronchite chronique, emphysème ou maladie pulmonaire chronique ou MPOC, diabète, épilepsie, maladie cardiaque, cancer, troubles dus à un accident vasculaire cérébral, maladies intestinales telles que maladie de Crohn, colite ulcéreuse, syndrome du côlon irritable ou l'incontinence des intestins, maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, syndrome de fatigue chronique, sensibilité aux agresseurs chimiques, schizophrénie, troubles de l'humeur tels que la dépression, le trouble bipolaire, la manie ou la dysthymie, troubles d'anxiété tels qu'une phobie, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble panique, syndrome de stress post-traumatique, troubles d'apprentissage, trouble de déficit de l'attention, troubles de l'alimentation tels que l'anorexie ou la boulimie, ou tout autre problème de santé physique ou mentale de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé.

Chapitre 2 – LES TROUBLES MENTAUX ET LES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Tel que mentionné dans le chapitre précédent, certains des objectifs principaux de l'ESCC – Santé mentale 2012 visent l'examen des liens entre les troubles mentaux, les troubles liés à la consommation de substances et les caractéristiques sociales, démographiques, géographiques et économiques des personnes touchées. En ce qui concerne les troubles mentaux proprement dits, il faut noter que seuls trois troubles ont été mesurés dans l'enquête de 2012 : l'épisode dépressif, le trouble bipolaire et le trouble d'anxiété généralisée. Du côté des troubles liés à la consommation de substances, l'enquête s'intéresse à l'abus et à la dépendance à l'alcool, au cannabis et à d'autres drogues¹.

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 et des troubles liés à la consommation de substances, se base sur les définitions et critères du DSM-IV² et de la CIM-10³. Dans les enquêtes populationnelles de santé telles que l'ESCC – Santé mentale, le WHO-CIDI est un instrument très utile, puisqu'il peut être administré par des intervieweurs qui ne sont pas des professionnels de la santé. 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 exclus⁴ (Pearson, Janz et Ali, 2013).

Dans ce chapitre, les résultats sont présentés selon le sexe, l'âge, et le niveau de revenu du ménage. De plus, des croisements entre la présence ou l'absence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances et des indicateurs de santé (perception de sa santé physique, activité physique, douleurs ou malaises et problème de santé chronique) viennent enrichir les résultats.

En terminant, il faut souligner que la comparaison avec les résultats de l'enquête de 2002 est limitée aux résultats portant sur l'épisode dépressif. En ce qui concerne le trouble bipolaire, un changement apporté à la définition dans le WHO-CIDI exige la construction d'un nouvel indicateur qui fait en sorte que les variables de 2012 ne peuvent être comparées avec celles de 2002. Pour l'abus et la dépendance à l'alcool et au cannabis, les seuils ont été modifiés dans l'enquête de 2012, ce qui rend les estimations de 2012 non comparables à celles de 2002. Quant aux indicateurs d'abus et de dépendance à d'autres drogues (excluant le cannabis), ils incluent, en 2012, des informations sur la prise de médicaments à des fins non médicales, ce qui n'était pas le cas en 2002. Et finalement, le trouble d'anxiété généralisée est un nouveau module dans l'enquête de 2012.

1. Les « autres drogues » incluent les drogues de club, la cocaïne, l'héroïne, les solvants, d'autres drogues illicites mentionnées par les personnes, ainsi que des médicaments sur ordonnance tels les sédatifs, les analgésiques ou les stimulants consommés à des fins non médicales.

2. 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.

3. 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).

4. 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.

2.1 Les troubles mentaux

2.1.1 Épisode dépressif

QUE MESURE-T-ON ?

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.

Comparaison avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Un peu plus de 14 pour cent (14,4 %) de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus a vécu un épisode dépressif au cours de sa vie. Cette proportion a légèrement augmenté depuis 2002 (14,1 %). Ces proportions sont supérieures à la moyenne canadienne (11,3 % et 12,2 % respectivement). De plus, en 2012, le taux de prévalence dans la population francophone en situation minoritaire (14,4 %) est significativement plus élevé que celui de la majorité anglophone hors Québec (10,9 %).

Le sexe

Les femmes de la minorité francophone sont plus susceptibles d'avoir vécu un épisode dépressif au cours de leur vie que les hommes (17,9 % c. 10,2 %). Cette différence était également observée en 2002 (16,5 % c. 11,7 %).

L'âge

En 2012, les personnes âgées de 50 ans et plus de la minorité francophone sont plus nombreuses, en proportion, à avoir vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (15,9 %) que les 30-49 ans (12,8 %) et les 15-29 ans (12,2 %). Par contre, en 2002, le groupe des 30-49 ans présentait la plus haute prévalence (16,6 %), suivi de celui des 50 ans et plus (12,4 %) et des 15-29 ans (12 %).

Le niveau de revenu du ménage

La proportion de personnes de la minorité francophone qui se situent dans le quintile de revenu le plus pauvre (19,6 %) est plus élevée à avoir déclaré un épisode dépressif que les plus riches (10,2 %). Comme il s'agit d'un nouvel indicateur, il n'a pas été possible d'établir la comparaison avec l'Enquête de 2002.

Le milieu de vie

En 2012, les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain sont plus nombreuses, en proportion, à avoir vécu un épisode dépressif au cours de leur vie (15,4 %) que celles vivant en milieu rural (11,7 %). Les prévalences étaient comparables en 2002. Il est également présent pour l'expérience d'un épisode dépressif au cours des 12 mois précédents l'enquête, 6,3 % en milieu urbain contre 1,4 % en milieu rural.

Tableau 2.1

PRÉVALENCE D'UN ÉPISODE DÉPRESSIF AU COURS DE LA VIE OU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012								
	À VIE				12 MOIS			
	2002		2012		2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE								
Hommes	11,7	[8,3 ; 15,1]	10,2	[6,3 ; 14,1] ^E	2,7	[1,6 ; 3,8] ^E	4,1	[1,1 ; 7,1] ^F
Femmes	16,5	[13,7 ; 19,2]	17,9	[12,4 ; 23,4]	6,4	[4,6 ; 8,2]	5,6	[2,4 ; 8,9] ^E
ÂGE								
15-29 ans	12,0	[7,1 ; 17] ^E	12,2	[4,3 ; 20] ^E	4,7	[1,7 ; 7,7] ^E	6,2	[0,5 ; 11,9] ^F
30-49 ans	16,6	[12,9 ; 20,3]	12,8	[7 ; 18,7] ^E	6,1	[4,1 ; 8,1] ^E	6,9	[2,1 ; 11,7] ^F
50 ans et plus	12,4	[9,7 ; 15,1]	15,9	[11,2 ; 20,7]	2,9	[1,8 ; 4] ^E	3,3	[0,7 ; 5,9] ^F
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE								
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	19,6	[12,6 ; 26,5] ^E	ND	...	x	...
Quintile 2	ND	...	19,3	[9 ; 29,6] ^E	ND	...	x	...
Quintile 3	ND	...	10	[3,5 ; 16,5] ^E	ND	...	x	...
Quintile 4	ND	...	15	[7,4 ; 22,6] ^E	ND	...	x	...
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	10,2	[3,2 ; 17,3] ^F	ND	...	x	...
MILIEU								
Urbain	14,8	[12,1 ; 17,6]	15,4	[11,2 ; 19,6]	4,6	[3,2 ; 6]	6,3	[3,3 ; 9,3] ^E
Rural	12,3	[9,8 ; 15,5]	11,7	[6,9 ; 16,5] ^E	4,3	[2,5 ; 6,1] ^E	1,4	[0,5 ; 2,3] ^E
Minorité francophone (hors QC)	14,1 ^{**}	[12 ; 16,1]	14,4 ^{**}	[11,1 ; 17,6]	4,5	[3,4 ; 5,6]	4,9	[2,7 ; 7,1] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	11,3	[10,8 ; 11,9]	10,9	[10,1 ; 11,6]	4,7	[4,4 ; 5,1]	4,8	[4,3 ; 5,3]
Ensemble du Canada	12,2	[11,7 ; 12,6]	11,3	[10,6 ; 11,9]	4,8	[4,5 ; 5,1]	4,7	[4,3 ; 5,1]

x Donnée confidentielle.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

^{**} Différence significative par rapport à la majorité anglophone, au seuil de 5 %.^E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 %; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.^F 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.**Source :** Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2002 et 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2.1.2 Trouble bipolaire

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure, sur une période d'au moins sept jours (ou moins si la personne est hospitalisée), la présence de symptômes relevant du trouble bipolaire de type I et du trouble bipolaire de type II. Outre les épisodes dépressifs majeurs qui sont habituellement présents, ces troubles incluent des épisodes de manie (trouble bipolaire de type I) ou d'hypomanie (trouble bipolaire de type II). Lors de l'épisode maniaque, on observe souvent une joie excessive, une surexcitation, de l'irritabilité, une énergie accrue conduisant à une augmentation de l'activité, tout cela accompagné d'une combinaison d'autres symptômes tels que des pensées qui défilent trop vite, une confiance en soi exagérée, un besoin de parler excessif, un besoin de dépenser de façon excessive, un besoin de sommeil moindre

ou une tendance à un comportement impulsif et téméraire. L'hypomanie, quant à elle, incluse dans le trouble bipolaire de type II, se caractérise par une forme atténuée de manie.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : Nouvel indicateur en 2012.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

La proportion de francophones en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus ayant vécu un trouble bipolaire au cours de sa vie était de 1,7 % comparativement à 2,8 % pour la majorité anglophone et à 2,6 % pour l'ensemble du Canada. Les estimations concernant le sexe, l'âge et le milieu de vie sont imprécises et sont fournies à titre indicatif seulement.

Tableau 2.2

PRÉVALENCE DU TROUBLE BIPOLAIRE AU COURS DE LA VIE OU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	0,8	[0 ; 1,6] ^F	0,4	[0 ; 0,8] ^F
Femmes	2,6	[0,8 ; 4,3] ^F	1,1	[0,1 ; 2,2] ^F
ÂGE				
15-29 ans	ND	...	ND	...
30-49 ans	ND	...	ND	...
50 ans et plus	ND	...	ND	...
MILIEU				
Urbain	1,8	[0,5 ; 3,1] ^F	0,7	[0 ; 1,3] ^F
Rural	1,5	[0 ; 3,2] ^F	1,1	[0 ; 2,5] ^F
Minorité francophone (hors QC)	1,7	[0,7 ; 2,8] ^E	0,8	[0,2 ; 1,4] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	2,8	[2,4 ; 3,2]	1,7	[1,4 ; 2]
Ensemble du Canada	2,6	[2,3 ; 2,9]	1,5	[1,3 ; 1,7]

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2.1.3 Trouble d'anxiété généralisée

QUE MESURE-T-ON ?

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.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : Nouvel indicateur en 2012.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Dans la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus, les proportions de personnes ayant vécu un trouble d'anxiété généralisée au cours de leur vie ou au cours des 12 mois précédant l'enquête sont de 10,7 % et 2,4 % respectivement. Pour l'ensemble de la population canadienne, ces proportions sont de 8,7 % et 2,6 %. Pour la majorité anglophone hors Québec ces proportions sont de 8,4 % et 2,7 %.

Le sexe

Les femmes de la minorité francophone sont plus susceptibles d'avoir vécu un trouble d'anxiété généralisée au cours de leur vie que les hommes (16,1 % c. 4,3 %).

L'âge

Les personnes de la minorité francophone âgées de 50 ans et plus représentent le groupe où la prévalence du trouble d'anxiété généralisée au cours de la vie est la plus élevée (13,1 %).

Le niveau de revenu du ménage

La proportion de personnes de la minorité francophone qui se situent dans le quintile de revenu le plus pauvre (13,3 %) est plus élevée à avoir déclaré un trouble de l'anxiété généralisée que les plus riches (9,6 %).

Le milieu de vie

La prévalence de trouble d'anxiété généralisée au cours des 12 mois précédant l'enquête est plus élevée pour les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain (11,3%) qu'en milieu rural (9%).

Tableau 2.3

PRÉVALENCE DU TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE AU COURS DE LA VIE OU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	4,3	[1,9 ; 6,6] ^E	1,1	[0,3 ; 1,9] ^F
Femmes	16,1	[11,3 ; 20,9]	3,5	[0,9 ; 6,2] ^F
ÂGE				
15-29 ans	6,1	[1,7 ; 10,5] ^F	1,6	[0 ; 3,3] ^F
30-49 ans	8,9	[4,3 ; 13,5] ^E	2,7	[0 ; 5,4] ^F
50 ans et plus	13,1	[8,3 ; 17,9] ^E	2,5	[0,2 ; 4,8] ^F
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	13,3	[6,7 ; 19,9] ^E	x	...
Quintile 2	9,5	[3,8 ; 15,2] ^E	x	...
Quintile 3	7,3	[1,6 ; 13] ^F	x	...
Quintile 4	14,3	[6,9 ; 21,8] ^E	x	...
Quintile 5 – le plus élevé	9,6	[3,4 ; 15,8] ^E	x	...
MILIEU				
Urbain	11,3	[7,7 ; 14,9]	2,8	[0,8 ; 4,9] ^F
Rural	9,0	[4,5 ; 13,5] ^E	1,4	[0,2 ; 2,5] ^F
Minorité francophone (hors QC)	10,7	[7,8 ; 13,5]	2,4	[0,9 ; 3,9] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	8,4	[7,8 ; 9,1]	2,7	[2,3 ; 3]
Ensemble du Canada	8,7	[8,1 ; 9,2]	2,6	[2,3 ; 2,8]

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2.2 Les troubles liés à la consommation de substances

MESURE ET DÉFINITION DE L'ABUS ET DE LA DÉPENDANCE DANS L'ESCC – SANTÉ MENTALE 2012

L'ESCC – Santé mentale 2012 fait une place importante aux troubles associés à la consommation d'alcool et à l'usage de drogues illicites, telles que le cannabis ou d'autres drogues, incluant la prise de médicaments à des fins non médicales. Les questions visent à établir la présence de situations problématiques d'abus ou de dépendance au cours de la vie et au cours des 12 mois précédant l'entrevue d'enquête. Tout comme pour les troubles mentaux, les notions d'abus et de dépendance sont fondées sur divers critères provenant principalement de la classification du *Composite International Diagnostic Interview* (WHO-CIDI) (Pearson *et al.*, 2013). Cependant, Statistique Canada a apporté quelques changements au questionnaire WHO-CIDI quant aux seuils de filtrage de l'abus de cannabis et de l'abus d'autres drogues et aux seuils de la dépendance à l'alcool et au cannabis. La volonté de réduire le fardeau de réponse des participants et celle de prendre en considération les besoins exprimés par les instances et experts consultés ont motivé ces changements (Statistique Canada, 2013b).

Rappelons que les « seuils de filtrage » correspondent à une limite au-dessus ou au-dessous de laquelle on peut penser qu'une caractéristique, en l'occurrence l'abus ou la dépendance, est présente chez un individu. Ainsi, afin de distinguer les participants de l'enquête à qui il est pertinent de poser des questions supplémentaires sur la présence éventuelle d'abus ou de dépendance, une série de questions de base sont posées à l'ensemble des répondants. Par la suite, si les résultats des réponses aux questions de base se situent au-delà du seuil de filtrage, d'autres questions visant plus spécifiquement à établir la possibilité d'une situation d'abus ou de dépendance sont posées. Les divers seuils de filtrage appliqués aux indicateurs d'abus et de dépendance mesurés dans l'enquête sont précisés dans chacune des sections de ces indicateurs et les définitions des concepts utilisés sont présentées dans l'encadré.

CRITÈRES D'ABUS ET DE DÉPENDANCE UTILISÉS DANS L'ESCC – SANTÉ MENTALE 2012

Abus d'alcool, de cannabis et d'autres drogues

Une situation d'abus est présente lorsqu'au moins une des quatre conséquences indésirables suivantes est observée :

- » incapacité à remplir des obligations majeures à la maison, au travail ou à l'école en raison de l'utilisation récurrente du produit ;
- » consommation de façon répétée dans des situations où cela pourrait être physiquement dangereux (ex. : conduite d'un véhicule) ;
- » consommation malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux persistants causés ou exacerbés par le produit consommé ;
- » avoir été arrêté plus d'une fois par la police en raison de comportements liés à la consommation du produit (ex. : conduite avec facultés affaiblies, trafic de drogue).

Dépendance à l'alcool, au cannabis et à d'autres drogues

Une situation de dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues est présente si au moins trois des symptômes suivants (ou situations) sont réunis :

- » augmentation de la tolérance (besoin de quantités plus fortes pour obtenir l'effet désiré) ;
- » symptômes de sevrage (changement de comportement physique ou mental résultant d'une diminution de la concentration du produit dans le sang) ;
- » consommation accrue (prise du produit pendant une période plus longue ou en quantité plus grande que ce qui était prévu) ;
- » désir persistant de consommer la substance ou efforts infructueux en vue de diminuer ou de contrôler la consommation ;
- » beaucoup de temps passé pour obtenir le produit, le consommer et récupérer de ses effets ;
- » activités sociales, professionnelles ou de loisirs limitées ou évitées à cause de la consommation ;
- » poursuite de la consommation en dépit de problèmes physiques ou psychologiques causés ou exacerbés par celle-ci.

2.2.1 Abus ou dépendance à l'alcool

QUE MESURE-T-ON ?

L'abus ou la dépendance à l'alcool au cours de la vie ou au cours des 12 mois précédant l'enquête sont présents si les personnes répondent positivement aux critères définissant les situations d'abus ainsi que celles de dépendance mentionnés dans l'encadré de la page précédente. 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'alcool¹. Pour cet indicateur, si une personne répond positivement aux critères de « dépendance », elle est exclue de la catégorie « abus ».

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : Il existe d'importantes différences dans les seuils utilisés pour la création de cet indicateur en 2012.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?²

Presque 19 % de la population francophone en situation minoritaire de 15 ans et plus a vécu une situation d'abus ou de dépendance à l'alcool au cours de sa vie. Cette proportion est plus élevée que celle observée dans l'ensemble du Canada (17,9 %), mais moindre que chez la population anglophone (19,6 %). En ce qui concerne les 12 mois précédant l'enquête, la proportion de personnes touchées est de 1,6 %, soit autour de la moitié de celle dans l'ensemble du Canada (3,1 %) et de celle chez la majorité anglophone (3,4 %). La différence entre minorité francophone et majorité anglophone est significative.

Le sexe

Au cours de leur vie, les hommes de la minorité francophone sont plus susceptibles de vivre des situations d'abus ou de dépendance à l'alcool que les femmes (28,5 % c. 10,6 %).

L'âge

Lorsqu'on compare les trois groupes d'âge à l'étude, ce sont les personnes de la minorité francophone de 30 à 49 ans qui sont les plus nombreuses, en proportion, à être touchées par l'abus ou la dépendance à l'alcool au cours de leur vie (24%).

Le niveau de revenu du ménage

Au cours de la vie, les personnes de la minorité francophone du niveau de revenu le plus élevé sont les plus touchées par l'abus ou la dépendance à l'alcool (24,8 %) par rapport aux personnes se situant dans le niveau le plus faible (15,6 %).

Le milieu de vie

Au cours de leur vie, les personnes de la minorité francophone vivant en milieu rural sont plus nombreuses, en proportion, à être touchées par l'abus ou la dépendance à l'alcool (20,8 %) par rapport à celles vivant en milieu urbain (18,1 %).

1. Situations servant à sélectionner les personnes à qui seront posées des questions permettant de savoir s'il y a, ou non, présence d'abus ou de dépendance à l'alcool :

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.

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.

2. Les résultats du croisement avec le niveau de revenu du ménage sont présentés à la fin de ce chapitre (tableau 2.4).

Tableau 2.4

PRÉVALENCE DE L'ABUS OU DE LA DÉPENDANCE À L'ALCOOL AU COURS DE LA VIE OU AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	28,5	[21,7 ; 35,4]	x	...
Femmes	10,6	[4,9 ; 16,4] ^E	x	...
ÂGE				
15-29 ans	6,1	[1,7 ; 10,5] ^F	1,6	[0 ; 3,3] ^F
30-49 ans	24	[14,5 ; 33,5] ^E	1,9	[0,1 ; 3,7] ^F
50 ans et plus	18,5	[12,6 ; 24,3]	0,5	[0 ; 1] ^F
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	15,6	[8,3 ; 22,8] ^E	x	...
Quintile 2	11,1	[5,1 ; 17,2] ^E	x	...
Quintile 3	22,5	[9,9 ; 35,1] ^E	x	...
Quintile 4	18,2	[11,5 ; 25] ^E	x	...
Quintile 5 – le plus élevé	24,8	[14,5 ; 35,1] ^E	x	...
MILIEU				
Urbain	18,1	[12,8 ; 23,5]	1,9	[0,6 ; 3,2] ^F
Rural	20,8	[12,5 ; 29,1] ^E	0,7	[0,1 ; 1,3] ^F
Minorité francophone (hors QC)	18,9	[14,3 ; 23,4]	1,6	[0,6 ; 2,5] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	19,6	[18,7 ; 20,6]	3,4	[2,9 ; 3,8]
Ensemble du Canada	17,9	[17,1 ; 18,6]	3,1	[2,8 ; 3,5]

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2.2.2 Abus ou dépendance au cannabis

QUE MESURE-T-ON ?

L'abus ou la dépendance au cannabis au cours de la vie ou au cours des 12 mois précédant l'enquête sont présents si les personnes répondent positivement aux critères définissant les situations d'abus ainsi que celles de dépendance mentionnés dans

l'encadré présenté précédemment. Deux 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 au cannabis¹. Pour cet indicateur, si une personne répond positivement aux critères de « dépendance », elle est exclue de la catégorie « abus ».

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : Nouvel indicateur en 2012.

1. Situations servant à sélectionner les personnes à qui seront posées des questions permettant de savoir s'il y a, ou non, présence d'abus ou de dépendance au cannabis :

Abus : avoir consommé de la marijuana ou du hachisch plus d'une fois au cours de la vie.

Dépendance : avoir consommé de la marijuana ou du hachisch 50 fois ou plus au cours de la vie.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?²

Les proportions de francophones vivant en situation minoritaire concernant l'abus ou la dépendance au cannabis au cours de la vie et au cours des 12 mois précédant l'enquête sont respectivement de 6,5 % et 1,4 %. Ces résultats sont similaires à ceux observés dans l'ensemble du Canada (6,8 % et 1,3 %) et à ceux de la majorité anglophone hors Québec (7 % et 1,3 %).

Le sexe

Les hommes sont plus susceptibles de vivre des situations d'abus ou de dépendance au cannabis au cours de leur vie (10,4 %).

L'âge

Ce sont les personnes du groupe d'âge de 30 à 49 ans qui sont les plus susceptibles d'être touchées par l'abus ou la dépendance au cannabis au cours de leur vie (9,7 %).

Le milieu de vie

Au cours de leur vie, les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain sont plus nombreuses, en proportion, à être touchées par l'abus ou la dépendance au cannabis (7,6 %).

Tableau 2.5

PRÉVALENCE DE L'ABUS OU DE LA DÉPENDANCE AU CANNABIS AU COURS DE LA VIE OU AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	10,4	[6 ; 14,8] ^E	x	...
Femmes	3,1	[0,6 ; 5,7] ^F	x	...
ÂGE				
15-29 ans	8,5	[3,5 ; 13,5] ^E	5,5	[1,2 ; 9,7] ^F
30-49 ans	9,7	[3,9 ; 15,6] ^E	1,2	[0 ; 2,8] ^F
50 ans et plus	3,9	[1,3 ; 6,6] ^F	0,2	[0 ; 0,6] ^F
MILIEU				
Urbain	7,6	[4,3 ; 10,9] ^E	ND	...
Rural	3,7	[1,1 ; 6,3] ^F	ND	...
Minorité francophone (hors QC)	6,5	[4,1 ; 8,9] ^E	1,4	[0,5 ; 2,3] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	7	[6,4 ; 7,6]	1,3	[1,1 ; 1,5]
Ensemble du Canada	6,8	[6,2 ; 7,3]	1,3	[1,1 ; 1,5]

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2. En raison des faibles effectifs, les résultats du croisement avec le niveau de revenu du ménage ne peuvent pas être présentés.

2.2.3 Abus ou dépendance à d'autres drogues

QUE MESURE-T-ON ?

L'abus ou la dépendance à d'autres drogues au cours de la vie ou au cours des 12 mois précédant l'enquête sont présents si les personnes répondent positivement aux critères définissant les situations d'abus ainsi que celles de dépendance mentionnés dans l'encadré présenté précédemment. Une situation (seuil de filtrage) permet de sélectionner les personnes à qui seront posées les questions sur la présence, ou non, d'abus ou de dépendance à d'autres drogues¹. Pour cet indicateur, si une personne répond positivement aux critères de « dépendance », elle est exclue de la catégorie « abus ».

En ce qui concerne les « autres drogues » (excluant le cannabis), Statistique Canada a inclus des substances telles que les drogues de club², la cocaïne, l'héroïne, les solvants et d'autres drogues illicites mentionnées par les personnes, de même que des médicaments sur ordonnance tels que les sédatifs, les analgésiques et les stimulants, utilisés à des fins non médicales³.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : Nouvel indicateur en 2012.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?⁴

La proportion de personnes de la minorité francophone touchées par des situations d'abus ou de dépendance à d'autres drogues au cours de la vie est de 2,4 % et est significativement inférieure à celle de la majorité anglophone hors Québec et à celle de l'ensemble du Canada (4 %).

Le sexe

Les hommes de la minorité francophone sont plus susceptibles que les femmes de vivre ce type de situations au cours de leur vie (4 % c. 1,1 %).

Le milieu de vie

Concernant le milieu de vie, ce sont les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain qui se trouvent les plus affectées (3 %).

1. Situation servant à sélectionner les personnes à qui seront posées des questions permettant de savoir s'il y a, ou non, présence d'abus ou de dépendance à d'autres drogues :

Abus : avoir consommé de la marijuana ou du hachisch plus d'une fois au cours de la vie.

Dépendance : avoir consommé de la marijuana ou du hachisch 50 fois ou plus au cours de la vie.

2. Par drogues de club, on entend l'ecstasy (MDMA) ou la kétamine.

3. Selon la documentation fournie par Statistique Canada, notamment le questionnaire ayant servi à l'enquête, l'expression « utilisés à des fins non médicales » peut inclure le fait de prendre des médicaments sans recommandation provenant d'un professionnel de la santé, mais aussi le fait de prendre des doses supérieures aux doses prescrites, ou encore d'utiliser des médicaments pour d'autres raisons que celles pour lesquelles ils ont été prescrits.

4. En raison des faibles effectifs, les résultats du croisement avec le niveau de revenu du ménage ne peuvent pas être présentés.

Tableau 2.6

PRÉVALENCE DE L'ABUS OU DE LA DÉPENDANCE À D'AUTRES DROGUES AU COURS DE LA VIE OU AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	4	[1,7 ; 6,2] ^E	ND	...
Femmes	1,1	[0,4 ; 1,8] ^E	ND	...
ÂGE				
15-29 ans	2,3	[0,2 ; 4,4] ^F	ND	...
30-49 ans	3,6	[0,8 ; 6,5] ^F	ND	...
50 ans et plus	1,7	[0,7 ; 2,7] ^E	ND	...
MILIEU				
Urbain	3	[1,4 ; 4,6] ^E	ND	...
Rural	0,9	[0,2 ; 1,7] ^F	ND	...
Minorité francophone (hors QC)	2,4 ^{**}	[1,3 ; 3,6] ^E	0,2	[0 ; 0,5] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	4	[3,6 ; 4,4]	0,8	[0,6 ; 0,9]
Ensemble du Canada	4	[3,6 ; 4,3]	0,7	[0,5 ; 0,8]

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2.3 Les prévalences globales des troubles mentaux et des troubles liés à la consommation de substances mesurés dans l'ESCC – Santé mentale 2012

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Trouble mental¹

Dans la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus, la prévalence de l'ensemble des troubles mentaux mesurés dans l'enquête au cours de la vie atteint 19,8 %, alors qu'une telle prévalence au cours des 12 mois précédant l'enquête s'élève à 5,9 %. Pour l'ensemble du Canada, ces taux de prévalence sont de 16,7 % et 6,5 %, respectivement. Pour la majorité anglophone hors Québec, ces taux de prévalence sont de 16 % et 6,8 %, respectivement. Une différence significative fut décelée pour la prévalence au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Trouble lié à la consommation de substance²

En 2012, lorsqu'on considère la période « au cours de la vie », la prévalence des troubles liés à la consommation de substances dans la population francophone en situation minoritaire est de 22,3 %. Cette proportion est un peu plus élevée que celle observée dans le reste du Canada (21,2 %), mais inférieure à celle de la majorité anglophone hors Québec (22,7 %).

Les prévalences au cours des 12 mois précédant l'enquête s'élèvent à 3,1 % pour la minorité francophone, 4,6 % pour la majorité anglophone et 4,3 % pour l'ensemble du Canada.

Trouble mental ou trouble lié à la consommation de substances³

Au cours de la vie, la proportion de personnes qui présentent un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances est plus importante chez la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus (37,8 %) que dans la majorité anglophone ou dans l'ensemble de Canadiens du même groupe d'âge, 32,9 % et 32,2 %, respectivement). Concernant les 12 mois précédant l'enquête, la relation est inverse, puisque ces taux sont de 8,5 %, 10,3 % et 9,8 %, respectivement.

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

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

3. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.

Tableau 2.7

PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ¹ ET DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ² AU COURS DE LA VIE OU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
TROUBLE MENTAL ¹	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
Minorité francophone (hors QC)	19,8	[16,2 ; 23,3]	5,9 **	[3,7 ; 8,2] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	16	[15,2 ; 16,8]	6,8	[6,2 ; 7,3]
Ensemble du Canada	16,7	[15,9 ; 17,4]	6,5	[6 ; 6,9]
TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ²				
Minorité francophone (hors QC)	22,3	[17,6 ; 27]	3,1	[1,8 ; 4,5] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	22,7	[21,6 ; 23,7]	4,6	[4,1 ; 5]
Ensemble du Canada	21,2	[20,3 ; 22]	4,3	[3,9 ; 4,7]
TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ³				
Minorité francophone (hors QC)	37,8	[32,7 ; 42,9]	8,5	[6,1 ; 11]
Majorité anglophone (hors QC)	32,9	[31,7 ; 34,1]	10,3	[9,6 ; 10,9]
Ensemble du Canada	32,2	[31,2 ; 33,3]	9,8	[9,2 ; 10,3]

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

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

3. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.

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

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

2.4 Certains indicateurs de santé physique selon la présence ou l'absence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances

Non seulement la santé mentale est essentielle à la santé globale de l'individu, mais de nombreuses études ont démontré que la santé mentale affecte la santé physique et, inversement, que la santé physique affecte la santé mentale (CSBE, 2012a). Ainsi, les personnes atteintes de troubles mentaux présentent un risque plus élevé de développer des maladies physiques tout en étant généralement en moins bonne santé. Par ailleurs, il est également démontré que les personnes ayant des

problèmes de santé chroniques, ou souffrant de douleurs ou malaises, sont plus vulnérables sur le plan de la santé mentale.

Dans cette section, l'absence et la présence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances sont croisées avec des indicateurs de santé physique tels que la perception de sa santé physique, et le fait de présenter au moins un problème de santé chronique.

2.4.1 Indicateurs de santé physique

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Perception de sa santé physique

La proportion de francophones en situation minoritaire considérant leur santé physique comme passable ou mauvaise est plus élevée parmi les personnes ayant un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances¹ que chez celles ne vivant aucune de ces difficultés (23,4 % c. 14,2 %).

Problème de santé chronique

Les personnes de la minorité francophone ayant un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances sont plus susceptibles d'avoir un problème de santé chronique que celles n'ayant pas de tels troubles (73,6 % c. 59,3 %).

Tableau 2.8

PRÉSENCE OU ABSENCE D'UN TROUBLE MENTAL OU D'UN TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ^{1,2} SELON QUELQUES INDICATEURS DE SANTÉ PHYSIQUE, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012				
	TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES		TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES	
	ABSENCE		PRÉSENCE	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE				
Passable ou mauvaise	14,2	[9,9 ; 18,6]	23,4	[11,89 ; 35] ^E
Bonne	35	[30 ; 39,9]	23,6	[11,27 ; 35,8] ^E
Très bonne ou excellente	50,6	[44,7 ; 56,4]	53	[37,94 ; 68,1]
ACTIVITÉ PHYSIQUE³				
Oui	73	[67,9 ; 78,2]	78,7	[68,58 ; 88,7]
Non	26,8	[21,7 ; 32]	21,4	[11,28 ; 31,4] ^E
DOULEURS OU MALAISES				
Aucune douleur	76,5	[71,8 ; 81,1]	76,8	[65,84 ; 87,8]
Douleur limitant peu ou pas les activités	19,5	[15 ; 24]	18,2	[8,2 ; 28,2] ^E
Douleur limitant beaucoup les activités ⁴	4	[2,1 ; 5,8] ^E	5	[0,92 ; 9,1] ^F
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁵				
Oui	59,3	[53,6 ; 65]	73,6	[59,01 ; 88,1]
Non	40,7	[35,1 ; 46,4]	26,4	[11,86 ; 41] ^E

1. Au cours des 12 derniers mois.

2. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.

3. Au cours des 7 derniers jours.

4. Cette catégorie comprend les catégories « plusieurs » et « la plupart » des activités étant empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

5. Au moins un problème de santé chronique.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

1. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.

À RETENIR

DU CÔTÉ DES TROUBLES MENTAUX ET DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES DANS LA POPULATION FRANCOPHONE EN SITUATION MINORITAIRE

En 2012, toutes proportions gardées, l'enquête révèle que...

- » Parmi les troubles mentaux mesurés dans l'enquête :
 - c'est l'épisode dépressif qui est le trouble le plus fréquent;
 - les femmes sont plus nombreuses que les hommes à être touchées par l'épisode dépressif;
 - Les personnes vivant en milieu urbain sont plus affectées que celles en milieu rural.
- » Parmi les troubles liés à la consommation de substances :
 - c'est l'abus ou la dépendance à l'alcool qui est le trouble le plus fréquent;
 - au cours de la vie, les hommes sont plus nombreux que les femmes à être touchés par l'abus ou la dépendance à l'alcool, au cannabis ainsi qu'à d'autres drogues.
- » Les personnes qui présentent un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances sont plus nombreuses que les personnes ne vivant pas ces troubles à :
 - percevoir leur santé physique comme passable ou mauvaise;
 - présenter au moins un problème de santé chronique.

L'ESCC – SANTÉ MENTALE 2012 RÉVÈLE, POUR LA POPULATION FRANCOPHONE EN SITUATION MINORITAIRE, QU'AU COURS DE LEUR VIE...

- » Presque 20 % des personnes présentaient un trouble mental
 - 14,4 % un épisode dépressif
 - 10,7 % un trouble d'anxiété généralisée
 - 1,7 % un trouble bipolaire
- » Plus de 22 % des personnes présentaient un trouble lié à la consommation d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues
 - 18,9 % ont vécu un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool
 - 6,5 % un problème d'abus ou de dépendance au cannabis
 - 2,4 % un problème d'abus ou de dépendance à d'autres drogues

Tableau A2.1

SYNTHÈSE DES PRÉVALENCES DES TROUBLES MENTAUX ET DES TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES AU COURS DE LA VIE OU AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE, MAJORITÉ ANGLOPHONE ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	À VIE		12 MOIS	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
TROUBLE MENTAL¹				
Minorité francophone (hors QC)	19,8	[16,2 ; 23,3]	5,9 **	[3,7 ; 8,2] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	16	[15,2 ; 16,8]	6,8	[6,2 ; 7,3]
Ensemble du Canada	16,7	[15,9 ; 17,4]	6,5	[6 ; 6,9]
ÉPISODE DÉPRESSIF				
Minorité francophone (hors QC)	14,4 **	[11,1 ; 17,6]	4,9	[2,7 ; 7,1] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	10,9	[10,1 ; 11,6]	4,8	[4,3 ; 5,3]
Ensemble du Canada	11,3	[10,6 ; 11,9]	4,7	[4,3 ; 5,1]
TROUBLE BIPOLAIRE				
Minorité francophone (hors QC)	1,7	[0,7 ; 2,8] ^E	0,8	[0,2 ; 1,4] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	2,8	[2,4 ; 3,2]	1,7	[1,4 ; 2]
Ensemble du Canada	2,6	[2,3 ; 2,9]	1,5	[1,3 ; 1,7]
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE				
Minorité francophone (hors QC)	10,7	[7,8 ; 13,5]	2,4	[0,9 ; 3,9] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	8,4	[7,8 ; 9,1]	2,7	[2,3 ; 3]
Ensemble du Canada	8,7	[8,1 ; 9,2]	2,6	[2,3 ; 2,8]
TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES²				
Minorité francophone (hors QC)	22,3	[17,6 ; 27]	3,1	[1,8 ; 4,5] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	22,7	[21,6 ; 23,7]	4,6	[4,1 ; 5]
Ensemble du Canada	21,2	[20,3 ; 22]	4,3	[3,9 ; 4,7]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL				
Minorité francophone (hors QC)	18,9	[14,3 ; 23,4]	1,6	[0,6 ; 2,5] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	19,6	[18,7 ; 20,6]	3,4	[2,9 ; 3,8]
Ensemble du Canada	17,9	[17,1 ; 18,6]	3,1	[2,8 ; 3,5]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS				
Minorité francophone (hors QC)	6,5	[4,1 ; 8,9] ^E	1,4	[0,5 ; 2,3] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	7	[6,4 ; 7,6]	1,3	[1,1 ; 1,5]
Ensemble du Canada	6,8	[6,2 ; 7,3]	1,3	[1,1 ; 1,5]
ABUS OU DÉPENDANCE À D'AUTRES DROGUES				
Minorité francophone (hors QC)	2,4 **	[1,3 ; 3,6] ^E	0,2	[0 ; 0,5] ^F
Majorité anglophone (hors QC)	4	[3,6 ; 4,4]	0,8	[0,6 ; 0,9]
Ensemble du Canada	4	[3,6 ; 4,3]	0,7	[0,5 ; 0,8]

TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES^{1,2}

Minorité francophone (hors QC)	37,8	[32,7 ; 42,9]	8,5	[6,1 ; 11]
Majorité anglophone (hors QC)	32,9	[31,7 ; 34,1]	10,3	[9,6 ; 10,9]
Ensemble du Canada	32,2	[31,2 ; 33,3]	9,8	[9,2 ; 10,3]

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

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

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

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

Chapitre 3 – LA SANTÉ MENTALE OPTIMALE ET LA « MOINS BONNE SANTÉ MENTALE »

3.1 Indicateurs de la santé mentale optimale

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. Dans la définition proposée par l'Agence de santé publique du Canada, « la santé mentale positive », considérée au sens large, est associée à cinq composantes : l'aptitude à jouir de la vie, l'adaptation aux événements de la vie, le bien-être émotionnel, les valeurs spirituelles, l'appartenance sociale et le respect de la culture, de l'équité, de la justice sociale et de la dignité personnelle (Institut canadien d'information sur la santé, 2009).

Historiquement, la notion de « santé mentale » était inéluctablement liée à celle de « maladie mentale », comme s'il s'agissait des deux pôles d'un même continuum (Joubert, 2009). La notion de santé mentale optimale, dans son sens large, vient transformer ce paradigme en ajoutant, pourrait-on dire, une autre ligne de continuum, allant de la santé mentale optimale à la « moins bonne santé mentale », sans pour autant glisser vers le trouble mental (Joubert, 2009). Ainsi, une personne souffrant d'un trouble mental pourrait présenter plusieurs éléments de santé mentale optimale, si elle est en mesure, en dépit de ce trouble mental, de mener une vie satisfaisante.

Étant donné qu'il n'existe pas, à l'heure actuelle, de méthode standardisée pour mesurer la santé mentale optimale, les grandes enquêtes générales portant sur la santé de la population l'appréhendent à l'aide d'indicateurs tels que la perception de sa santé mentale, la satisfaction à l'égard de la vie, les valeurs spirituelles, le sentiment d'appartenance à la communauté et le soutien social. Dans

l'ESCC – Santé mentale 2012, la mesure d'éléments pouvant être liés au « bien-être » figure parmi les principaux objectifs. Par conséquent, plusieurs indicateurs pouvant être liés à la santé mentale optimale sont inclus dans l'enquête, et présentés dans ce rapport. Il s'agit des indicateurs suivants : la perception de sa santé mentale, la satisfaction à l'égard de la vie, la santé mentale positive¹, la capacité d'adaptation aux événements de la vie, le sentiment d'appartenance à une communauté locale et l'échelle de provisions sociales.

Dans ce chapitre, plusieurs variables de croisement² ont été retenues. Du côté des caractéristiques socio-démographiques, la plupart des indicateurs ont été croisés avec le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le quintile de revenu du ménage, le milieu de vie, le fait d'être ou non en emploi et le fait de vivre seul. Du côté des caractéristiques de santé, les indicateurs peuvent avoir été croisés avec le trouble mental³, l'abus ou la dépendance à l'alcool, l'abus ou la dépendance au cannabis, la prise de médicaments, la perception de sa santé physique, l'activité physique, les douleurs ou malaises et les problèmes de santé chroniques.

3.1.1 Percevoir sa santé mentale comme excellente ou très bonne

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure la perception de la santé mentale à l'aide de la question suivante :

Q. En général, diriez-vous que votre santé mentale est ?

R. Excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise

La figure ci-contre présente la répartition de la population selon quatre catégories de réponse. Pour l'analyse qui suit, les catégories « excellente » et « très bonne » sont regroupées afin de documenter la santé mentale optimale.

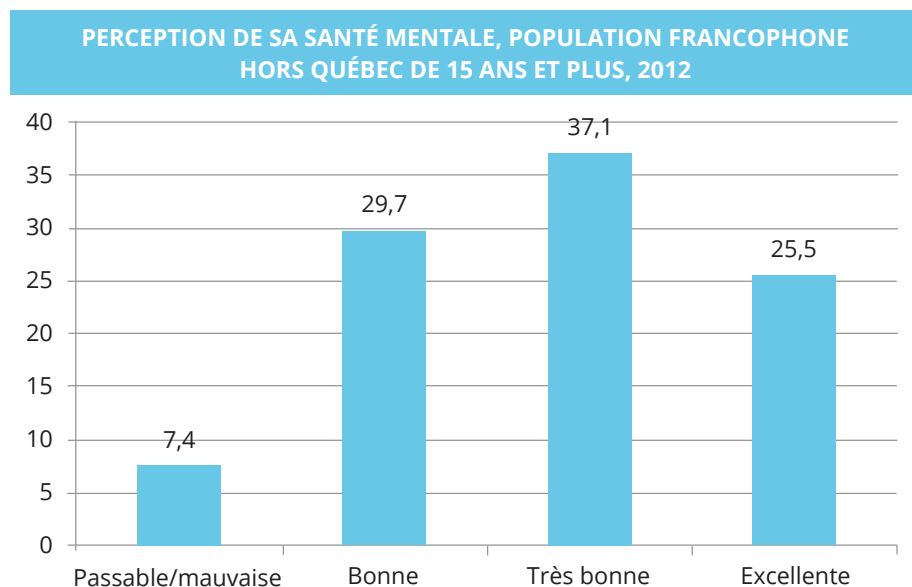
Comparaison avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : l'indicateur est comparable.

1. Statistique Canada a nommé l'un des modules de l'enquête « santé mentale positive ». Ce module reprend le questionnaire abrégé du *Mental Health Continuum Short-Form* développé par le Dr Corey Keyes, et ne constitue pas une mesure qui ferait la synthèse de tous les indicateurs permettant de mesurer la santé mentale optimale ou la santé mentale positive dans son sens large.

2. Les définitions des variables de croisement sont présentées à la section 1.4.

3. Cet indicateur comprend les personnes présentant au moins un des troubles suivants : épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée.

Figure 3.1



Sources : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Près de deux tiers (62,6 %) de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus considère sa santé mentale comme excellente ou très bonne en 2012.

Tant en 2012 qu'en 2002, la population francophone en situation minoritaire est proportionnellement moins nombreuse à évaluer sa santé mentale comme excellente ou très bonne que la population du reste du Canada (62,6 % c. 65,1 % en 2012 et 65 % c. 67 % en 2002). On retrouve la même situation quand on la compare avec la majorité anglophone (62,6 % c. 64,4 % en 2012 et 65 % c. 65,9 % en 2002), mais les différences ne sont pas statistiquement significatives.

L'état matrimonial

En 2012, les personnes de la minorité francophone veuves, séparées ou divorcées perçoivent davantage leur santé mentale comme excellente ou très bonne, comparativement aux personnes mariées ou en union libre et aux célibataires (67,9 % c. 62,3 % et 54,2 % respectivement). Le même phénomène est observé en 2002.

Entre 2012 et 2002, la proportion de célibataires de la minorité francophone ayant déclaré une santé mentale excellente ou très bonne a augmenté (49,4 % c. 54,2 %).

Le niveau de scolarité

Ce sont les personnes de la minorité francophone ayant obtenu un diplôme d'études universitaires qui présentent la plus haute proportion de personnes considérant leur santé mentale comme excellente ou très bonne en 2012 (71 %). Toutefois, entre 2002 et 2012, la proportion de personnes les plus éduquées évaluant leur santé mentale excellente ou très bonne a baissé (82 % c. 71 %).

Le niveau de revenu du ménage

En 2012, les personnes de la minorité francophone dont le revenu se situe dans les deux quintiles le plus faibles (quintile 1 et 2) se distinguent des personnes incluses dans les autres quintiles en étant proportionnellement moins nombreuses à déclarer une santé mentale excellente ou très bonne (environ 51 % pour ces deux quintiles). La proportion passe de 51 % dans le groupe ayant le plus faible revenu à 78,4 % dans celui ayant le revenu le plus élevé.

Le milieu de vie

Les personnes de la minorité francophone demeurant en milieu urbain étaient plus portées (66,7 %) que celles en milieu rural (61,1 %) à considérer leur santé mentale comme excellente ou très bonne en 2002. Toutefois, l'écart entre ces deux groupes devient très faible en 2012 (62,8 % et 62 %, respectivement).

En emploi

En 2012, les personnes de la minorité francophone occupant un emploi sont plus enclines à dire que leur santé mentale est excellente ou très bonne que les personnes qui sont sans emploi (66,6 % c. 58,7 %).

Vivre seul

En 2012, les personnes de la minorité francophone déclarant vivre seules sont moins nombreuses, en proportion, à percevoir leur santé mentale comme excellente ou très bonne (58 % c. 63 %). Une situation similaire est observée en 2002.

Tableau 3.1

PROPORTION DE PERSONNES PERCEVANT LEUR SANTÉ MENTALE COMME EXCELLENTE OU TRÈS BONNE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
SANTÉ MENTALE EXCELLENTE OU TRÈS BONNE				
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	68,1	[63,8 ; 72,3]	67,6	[61,1 ; 74,1]
Femmes	61,8	[57,6 ; 65,9]	58,3	[51 ; 65,6]
ÂGE				
15-29 ans	68	[61 ; 75]	75,3	[67,2 ; 83,4]
30-49 ans	67,2	[62,4 ; 72,1]	60,3	[50,3 ; 70,4]
50 ans et plus	61,2	[56,9 ; 65,6]	60,1	[53,1 ; 67]
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	67	[63,3 ; 70,6]	62,3	[55,2 ; 69,5]
Veuf/séparé/divorcé	69,6	[63,2 ; 75,9]	67,9	[59,6 ; 76,2]
Célibataire	49,4	[43,3 ; 55,5]	54,2	[44,5 ; 63,9]
NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	54,1	[48,7 ; 59,5]	60,2	[52 ; 68,5]
Dipl. d'études secondaires	67,8	[60,5 ; 75]	64,5	[49,3 ; 79,6]
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	66,3	[61,3 ; 71,2]	58	[49,4 ; 66,7]
Dipl. d'études universitaires	82,1	[77,1 ; 87,1]	71	[61,1 ; 80,9]
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	51,3	[41,9 ; 60,7]
Quintile 2	ND	...	50,7	[39,3 ; 62]
Quintile 3	ND	...	59	[46 ; 72,1]
Quintile 4	ND	...	69,5	[59,8 ; 79,2]
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	78,4	[68,8 ; 88]
MILIEU				
Urbain	66,7	[63 ; 70,4]	62,8	[56,3 ; 69,3]
Rural	61,1	[55,7 ; 66,5]	62	[54 ; 70]
EN EMPLOI ^{1, 2}				
Oui	ND	...	66,6	[59,4 ; 73,7]
Non	ND	...	58,7	[50,4 ; 67,1]

VIVRE SEUL				
Oui	60,5	[55,7 ; 65,4]	58,1	[50,3 ; 65,8]
Non	65,4	[62 ; 68,8]	63,3	[57,1 ; 69,6]
Minorité francophone (hors QC)	65	[62 ; 68]	62,6	[57,3 ; 67,9]
Majorité anglophone (hors QC)	65,9	[65,1 ; 66,7]	64,4	[63,2 ; 65,6]
Ensemble du Canada	67	[66,3 ; 67,7]	65,1	[64 ; 66,1]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2002 et 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » concernées par l'abus ou la dépendance à l'alcool,
- » concernées par l'abus ou la dépendance au cannabis,
- » prenant des médicaments,

sont moins portées à percevoir leur santé mentale comme excellente ou très bonne, comparativement aux personnes ne vivant aucune de ces situations.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » considérant leur santé physique comme excellente ou très bonne,
- » faisant de l'activité physique,
- » ne ressentant aucune douleur,
- » n'ayant pas de problème de santé chronique,

sont plus nombreuses, en proportion, à déclarer une santé mentale excellente ou très bonne, comparativement aux personnes se classant dans les autres catégories de ces indicateurs.

Plus les douleurs ou malaises sont associés à des limitations dans les activités, moins les personnes concernées par cette situation s'estiment en excellente ou très bonne santé mentale.

Tableau 3.2

PROPORTION DE PERSONNES PERCEVANT LEUR SANTÉ MENTALE COMME EXCELLENTE OU TRÈS BONNE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012

SANTÉ MENTALE EXCELLENTE OU TRÈS BONNE		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	ND	...
Non	ND	...
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	59,5	[32,7 ; 86,3] ^E
Non	62,6	[57,2 ; 68]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	60,3	[29,8 ; 90,7] ^E
Non	62,6	[57,3 ; 67,9]

PRISE DE MÉDICAMENTS ^{2, 3}		
Oui	22	[12,1 ; 31,9] ^E
Non	67,3	[61,9 ; 72,6]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	25,4	[16,7 ; 34,1] ^E
Bonne	46,9	[37 ; 56,8]
Très bonne ou excellente	83,1	[77,5 ; 88,8]
ACTIVITÉ PHYSIQUE ⁴		
Oui	66,6	[60,5 ; 72,6]
Non	51,2	[41,3 ; 61,1]
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	67,1	[61,2 ; 73]
Douleur limitant peu ou pas les activités	53,8	[41,9 ; 65,8]
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	20,3	[6,6 ; 33,9] ^F
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE ⁶		
Oui	51,2	[45,2 ; 57,2]
Non	80,9	[75,1 ; 86,8]

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

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

4. Au cours des 7 derniers jours.

5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

6. Au moins un problème de santé chronique.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.1.2 Être satisfait ou très satisfait de sa vie

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure l'autoévaluation de la satisfaction à l'égard de la vie sur une échelle de 0 à 10 à partir de la question suivante :

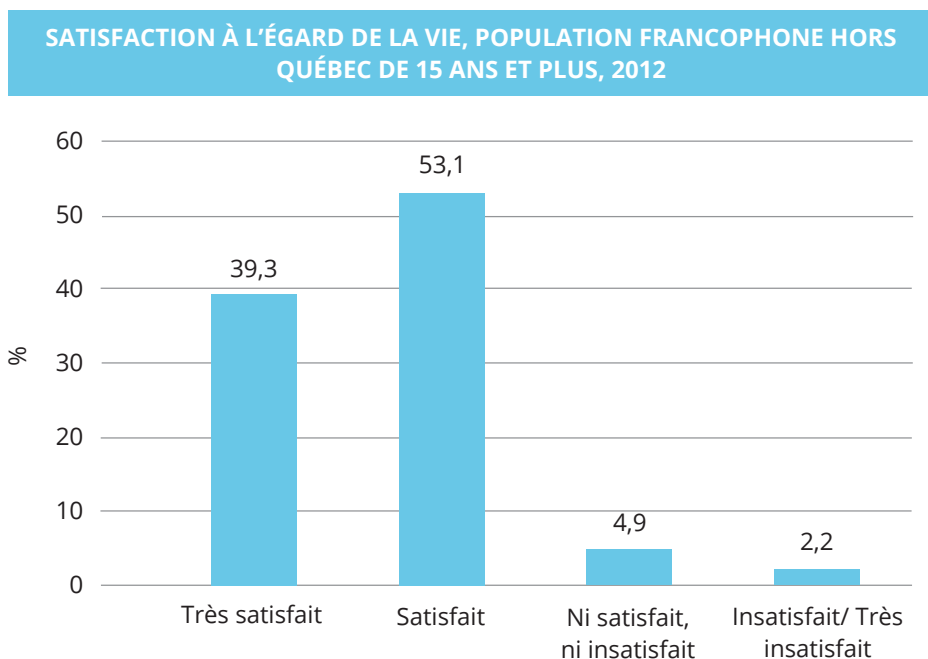
Q. À l'aide d'une échelle de 0 à 10, où 0 signifie « très insatisfait » et 10 signifie « très satisfait », quel sentiment éprouvez-vous en général à l'égard de votre vie ?

R. 0 ou 1 (très insatisfait) 2 à 4 (insatisfait) 5 (ni satisfait, ni insatisfait) 6 à 8 (satisfait) 9 ou 10 (très satisfait)

La figure ci-contre présente la répartition de la population selon quatre catégories de réponse. Pour l'analyse qui suit, les catégories « satisfait » et « très satisfait » (6, 7, 8 et 9, 10) sont regroupées afin de documenter la santé mentale optimale.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : La question et les choix de réponse sont différents.

Figure 3.2



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Selon les seuils définis par Statistique Canada, une proportion très importante de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus (92,4 %) estime être satisfaite ou très satisfaite de sa vie. Pour la majorité anglophone et dans le reste du Canada, une proportion légèrement inférieure est observée (91,2 % et 91,8 %, respectivement).

L'âge

Les personnes de la minorité francophone de 15-29 ans se distinguent de celles des autres groupes d'âge en étant proportionnellement moins nombreuses à déclarer être satisfaites ou très satisfaites de leur vie.

L'état matrimonial

Les personnes de la minorité francophone mariées ou en union libre sont plus enclines à déclarer être satisfaites ou très satisfaites de leur vie (94,7 %) que les personnes veuves, séparées ou divorcées (88,8 %) et les célibataires (85,8 %).

Le niveau de scolarité

Les personnes de la minorité francophone les plus scolarisées sont plus nombreuses en proportion à se dire satisfaites ou très satisfaites de leur vie.

Le niveau de revenu du ménage

Les personnes de la minorité francophone dont le revenu se situe dans le quintile le plus faible (quintile 1) se distinguent des personnes incluses dans les autres quintiles en étant proportionnellement moins nombreuses à déclarer être satisfaites ou très satisfaites de leur vie.

Le milieu de vie

Les personnes de la minorité francophone demeurant en milieu urbain sont plus nombreuses en proportion à se dire satisfaites ou très satisfaites de leur vie (92,9 % c. 91 %).

En emploi

Les personnes de la minorité francophone occupant un emploi sont plus enclines à être satisfaites ou très satisfaites de leur vie que celles qui sont sans emploi (94,8 % c. 90,4 %).

Vivre seul

Les personnes de la minorité francophone vivant seules sont moins portées à s'estimer satisfaites ou très satisfaites de leur vie que les personnes vivant avec d'autres (86,3 % c. 93,6 %).

Tableau 3.3

PROPORTION DE PERSONNES ÉTANT SATISFAITES OU TRÈS SATISFAITES DE LEUR VIE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012		
SATISFAIT OU TRÈS SATISFAIT DE SA VIE		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE		
Hommes	92,9	[90 ; 95,8]
Femmes	92	[88,8 ; 95,1]
ÂGE		
15-29 ans	98,5	[96,8 ; 100,3]
30-49 ans	92,3	[87,9 ; 96,6]
50 ans et plus	90,6	[87,4 ; 93,8]
ÉTAT MATRIMONIAL		
Marié/union libre	94,7	[92,4 ; 97,1]
Veuf/séparé/divorcé	88,8	[83,2 ; 94,3]
Célibataire	85,8	[79,5 ; 92,2]
NIVEAU DE SCOLARITÉ		
< Dipl. d'études secondaires	89,6	[84,9 ; 94,3]
Dipl. d'études secondaires	88,6	[79,3 ; 97,9]
Dipl. d'études post sec. ou collégiales	93,6	[90,6 ; 96,5]
Dipl. d'études universitaires	95	[91,2 ; 98,8]
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE		
Quintile 1 – le plus faible	79,3	[71,8 ; 86,9]
Quintile 2	88,1	[81 ; 95,3]
Quintile 3	97,6	[95,4 ; 99,8]
Quintile 4	96,1	[92,7 ; 99,4]
Quintile 5 – le plus élevé	97,3	[95 ; 99,6]
MILIEU		
Urbain	92,9	[90,4 ; 95,5]
Rural	91	[87 ; 95]
EN EMPLOI^{1, 2}		
Oui	94,8	[92,1 ; 97,5]
Non	90,4	[86,7 ; 94,1]
VIVRE SEUL		
Oui	86,3	[81,4 ; 91,2]
Non	93,6	[91,2 ; 95,9]
Minorités francophones (hors QC)	92,4	[90,2 ; 94,6]
Majorité anglophone (hors QC)	91,2	[90,5 ; 91,8]
Ensemble du Canada	91,8	[91,3 ; 92,4]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » ayant un trouble mental,
- » concernées par l'abus ou la dépendance au cannabis,
- » prenant des médicaments,

sont moins portées à s'estimer satisfaites ou très satisfaites de leur vie que les personnes ne vivant pas un tel trouble et celles ne prenant pas de médicaments.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » évaluant leur santé physique comme excellente ou très bonne,
- » faisant de l'activité physique,
- » ne ressentant aucune douleur,
- » n'ayant pas de problème de santé chronique,

sont plus nombreuses, en proportion, à être satisfaites ou très satisfaites de leur vie que les personnes appartenant aux autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.4

PROPORTION DE PERSONNES ÉTANT SATISFAITES OU TRÈS SATISFAITES DE LEUR VIE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
SATISFAIT OU TRÈS SATISFAIT DE SA VIE		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	76,9	[61,7 ; 92]
Non	93,7	[91,5 ; 95,9]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	94	[85,2 ; 102,9]
Non	92,7	[90,4 ; 94,9]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	81,8	[51,9 ; 111,7] ^E
Non	92,6	[90,4 ; 94,8]
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2,3}		
Oui	77,3	[66,9 ; 87,7]
Non	94,2	[92,1 ; 96,3]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	75,6	[66,6 ; 84,6]
Bonne	93,5	[89,7 ; 97,4]
Très bonne ou excellente	96,5	[94,2 ; 98,8]
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	95,3	[93,3 ; 97,3]
Non	84,5	[78,7 ; 90,3]

DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	94,6	[92,4 ; 96,8]
Douleur limitant peu ou pas les activités	89,5	[83,7 ; 95,2]
Douleur limitant beaucoup les activités 5	65,3	[46 ; 84,7]
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE ⁶		
Oui	89,5	[86,5 ; 92,6]
Non	97	[94,4 ; 99,6]

1. Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée.
 2. Au cours des 12 derniers mois.
 3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.
 4. Au cours des 7 derniers jours.
 5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.
 6. Au moins un problème de santé chronique.
- E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
- Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.1.3 Santé mentale florissante

QUE MESURE-T-ON ?

À l'aide des 14 questions de la version abrégée du Continuum de santé mentale développé par Keyes (2002), on mesure le bien-être émotionnel et certains aspects du fonctionnement psychologique et social afin de classer la population selon les trois catégories suivantes :

La santé mentale peut être :

Florissante : niveau élevé de bien-être émotionnel et de fonctionnement positif

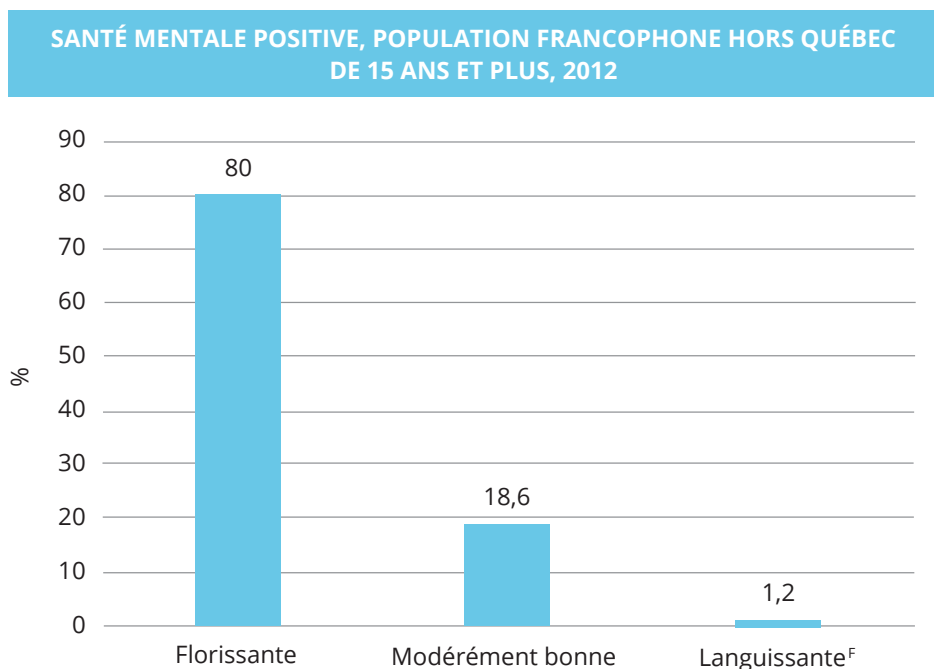
Languissante : faible niveau de bien-être émotionnel et de fonctionnement positif

Modérément bonne : ni florissante, ni languissante.

Pour l'analyse qui suit, la catégorie « florissante » est présentée afin de documenter la santé mentale optimale.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : Nouvel indicateur en 2012.

Figure 3.3



F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CONTINUUM DE SANTÉ MENTALE – QUESTIONNAIRE ABRÉGÉ (CSM-QA) KEYES (2002)

Choix de réponse pour chacune des 14 questions : tous les jours, presque tous les jours, environ deux ou trois fois par semaine, environ une fois par semaine, une fois ou deux, ou jamais

Bien-être émotionnel

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti...

1. Heureux (se) ?
2. Intéressé(e) par la vie ?
3. Satisfait(e) à l'égard de votre vie ?

Fonctionnement positif

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti/vous êtes-vous senti...

1. que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société ? (contribution sociale)
2. que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école) ? (intégration sociale)
3. que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous ? (croissance sociale)
4. que les gens sont fondamentalement bons ? (acceptation sociale)
5. que le fonctionnement de la société a du sens pour vous ? (cohérence sociale)
6. que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité ? (acceptation de soi)
7. que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien ? (maîtrise de l'environnement)
8. que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes ? (rapports positifs avec d'autres)
9. que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne ? (croissance personnelle)
10. capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions ? (autonomie)
11. que votre vie a un but ou une signification ? (but dans la vie)

Les réponses au questionnaire abrégé du Continuum de santé mentale sont regroupées afin de classer la population selon les trois catégories de santé mentale suivantes :

- » **Santé mentale florissante** exige la réponse « presque tous les jours » ou « tous les jours » à au moins une des 3 questions sur le bien-être émotionnel, et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.
- » **Santé mentale languissante** exige la réponse « une fois ou deux » ou « jamais » à au moins une des 3 questions sur le bien-être émotionnel, et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.
- » **Santé mentale modérément bonne** fait référence à une santé mentale ni florissante ni languissante.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Une proportion très importante de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus (80 %) présente une santé mentale « florissante » selon la version abrégée de l'échelle du Continuum de santé mentale. Cette proportion est de 76,5 % dans l'ensemble du Canada, et de 76,4 % chez la majorité anglophone hors Québec.

L'état matrimonial

Les personnes de la minorité francophone mariées ou en union libre sont proportionnellement plus nombreuses à présenter une santé mentale « florissante » (80,8 %) que celles étant veuves, séparées ou divorcées (78,9 %) et celles étant célibataires (77 %).

Le niveau de scolarité

L'enquête ne révèle aucune différence significative chez les personnes de la minorité francophone qui affichent une santé mentale « florissante » selon leur niveau de scolarité

Le niveau de revenu du ménage

Les personnes de la minorité francophone dont le revenu se situe dans les quintiles le plus faibles (quintile 1 et 2) se distinguent des personnes incluses dans les autres quintiles en étant proportionnellement moins nombreuses à afficher une santé mentale « florissante »

En emploi

Les personnes de la minorité francophone ayant un emploi sont plus nombreuses, toutes proportions gardées, à présenter une santé mentale « florissante », comparativement aux personnes qui sont sans emploi (79,8 % c. 77,9 %).

Vivre seul

Les personnes vivant seules sont moins susceptibles d'afficher une santé mentale « florissante » que celles vivant avec d'autres (73,8 % c. 81,3 %).

Tableau 3.5

PROPORTION DE PERSONNES PRÉSENTANT UNE SANTÉ MENTALE FLORISSANTE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012		
	SANTÉ MENTALE FLORISSANTE	
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE		
Hommes	80,5	[74,6 ; 86,4]
Femmes	79,5	[74,2 ; 84,8]
ÂGE		
15-29 ans	85	[78,1 ; 91,9]
30-49 ans	80,4	[73,2 ; 87,5]
50 ans et plus	78,2	[72,3 ; 84]
ÉTAT MATRIMONIAL		
Marié/union libre	80,8	[75,7 ; 86]
Veuf/séparé/divorcé	78,9	[72,2 ; 85,7]
Célibataire	77	[68,9 ; 85,1]

NIVEAU DE SCOLARITÉ		
< Dipl. d'études secondaires	81,3	[74,7 ; 87,8]
Dipl. d'études secondaires	79,4	[68,2 ; 90,5]
Dip. d'études post sec. ou collégiales	78,8	[71,8 ; 85,8]
Dipl. d'études universitaires	81	[73,6 ; 88,5]
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE		
Quintile 1 – le plus faible	75	[67,3 ; 82,8]
Quintile 2	74,6	[63,2 ; 86]
Quintile 3	81,4	[72,9 ; 89,9]
Quintile 4	83,7	[75,8 ; 91,6]
Quintile 5 – le plus élevé	83,3	[75,4 ; 91,3]
MILIEU		
Urbain	78,1	[73 ; 83,2]
Rural	84,6	[79,7 ; 89,5]
EN EMPLOI ^{1, 2}		
Oui	79,8	[74,4 ; 85,3]
Non	77,9	[71,3 ; 84,6]
VIVRE SEUL		
Oui	73,8	[67,1 ; 80,6]
Non	81,3	[76,8 ; 85,8]
Minorités francophones (hors QC)	80	[76 ; 83,9]
Majorité anglophone (hors QC)	76,4	[75,4 ; 77,4]
Ensemble du Canada	76,5	[75,6 ; 77,4]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » ayant un trouble mental,
- » concernées par l'abus ou la dépendance à l'alcool,
- » concernées par l'abus ou la dépendance au cannabis,
- » prenant des médicaments,

sont moins susceptibles de présenter une santé mentale « florissante » que celles qui ne sont pas touchées par ces situations.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » évaluant leur santé physique comme excellente ou très bonne,
- » ne ressentant aucune douleur,
- » n'ayant pas de problème de santé chronique,

sont plus nombreuses, en proportion, à afficher une santé mentale « florissante » que les personnes se classant dans les autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.6

PROPORTION DE PERSONNES PRÉSENTANT UNE SANTÉ MENTALE FLORISSANTE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
SANTÉ MENTALE	%	Intervalle de confiance (95 %)
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	36,4	[16,4 ; 56,4] ^E
Non	83,1	[79,2 ; 87]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	60,7	[30,3 ; 91] ^E
Non	80	[75,9 ; 84]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	62,4	[28,3 ; 96,4] ^E
Non	80,4	[76,4 ; 84,4]
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2,3}		
Oui	57	[45,9 ; 68,2]
Non	82,6	[78,6 ; 86,7]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	65,9	[54,8 ; 77]
Bonne	78,8	[71,8 ; 85,7]
Très bonne ou excellente	84,8	[79,4 ; 90,1]
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	82,4	[77,9 ; 86,8]
Non	73,4	[65,6 ; 81,2]
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	81,7	[77 ; 86,4]
Douleur limitant peu ou pas les activités	77,8	[69,5 ; 86,2]
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	58,5	[38,5 ; 78,5] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁶		
Oui	78,5	[73,8 ; 83,2]
Non	82,4	[75,5 ; 89,3]

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

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

4. Au cours des 7 derniers jours.

5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

Au moins un problème de santé chronique.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.1.4 Évaluer sa capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure la perception de la personne quant à sa capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie à partir de la question suivante :

Q. En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie, par exemple, faire face aux responsabilités vis-à-vis le travail, la famille et le bénévolat ? Diriez-vous que votre capacité est ?

R. Excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise

La figure ci-contre présente la répartition de la population selon quatre catégories de réponse. Pour l'analyse qui suit, les catégories « très bonne » et « excellente » sont regroupées afin de documenter la santé mentale optimale.

Comparaison avec l'ESCC – Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

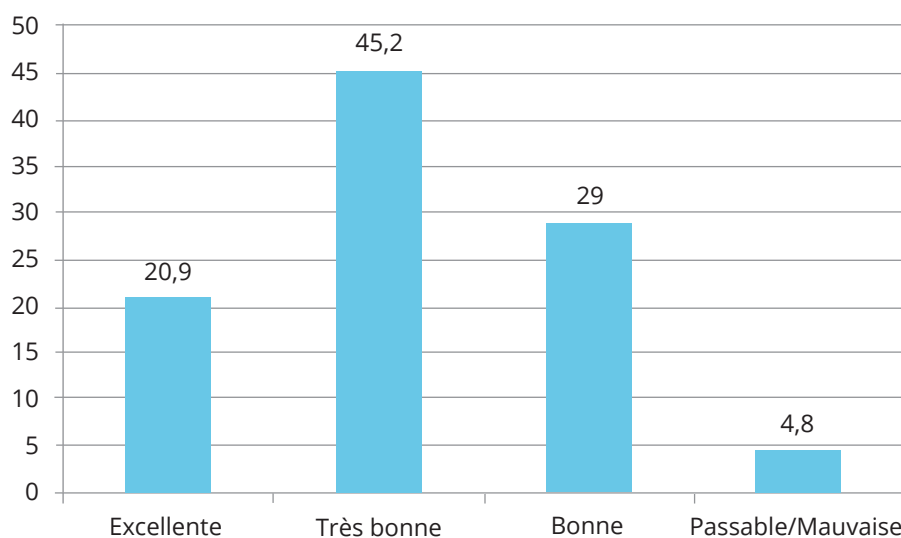
En 2012, 66 % de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus estime avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie. Cette proportion était similaire en 2002 (66,5 %). Pour l'ensemble des Canadiens, cette proportion était de 68,5 % en 2012 et de 68,1 % en 2002. Pour la majorité anglophone hors Québec, la proportion était de 67,6 % en 2012 et de 67,4 % en 2002.

Le sexe et l'âge

En 2012, les hommes comparativement aux femmes de la minorité francophone sont plus enclins à affirmer que leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie est excellente ou très bonne (70,1 % c. 62,6 % pour les femmes).

Figure 3.4

PERCEPTION DE SA CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX EXIGENCES QUOTIDIENNES DE LA VIE, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

Toujours en 2012, les personnes de la minorité francophone de 50 ans et plus sont proportionnellement moins nombreuses à estimer que leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie est excellente ou très bonne (61,3 %) par rapport à celles âgées de 15 à 29 ans (71,2 %) ou celles de 30-49 ans (71,3 %). Des tendances similaires sont observées en 2002, mais les écarts entre les groupes sont moins prononcés.

L'état matrimonial

En 2012, la proportion des personnes de la minorité francophone considérant comme excellente ou très bonne leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie est plus élevée chez celles qui sont veuves, séparées ou divorcées (68,5 %), comparativement aux personnes mariées ou en union libre (65,6 %) et aux célibataires (63,8 %).

Le niveau de scolarité

En 2012, les personnes de la minorité francophone ne détenant pas de diplôme d'études secondaires sont moins susceptibles de juger leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne (57,3 %) que celles ayant atteint un niveau de scolarité supérieur (62,9 à 75,4 %).

Le niveau de revenu du ménage

Les personnes de la minorité francophone dont le revenu se situe dans le quintile 5 (le plus élevé)

sont plus nombreuses en proportion (82,3 %) à déclarer pouvoir faire face aux exigences quotidiennes de la vie d'excellente ou de très bonne façon, comparativement aux personnes des autres quatre quintiles (49,6 % à 69 %). Toutefois, le gradient n'est pas si clairement visible parmi ces quatre groupes.

Le milieu de vie

En 2012, les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain sont plus enclines à estimer avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie que celles qui demeurent en milieu rural (69,4 % c. 57,6 %). Cet écart entre les proportions était moins marqué en 2002.

En emploi

Les personnes de la minorité francophone ayant un emploi sont plus enclines à estimer avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie que celles qui n'ont pas d'emploi (68,3 % c. 65,4 %).

Vivre seul

En 2012, les personnes de la minorité francophone vivant seules sont moins portées à évaluer leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne que celles vivant avec d'autres personnes (64,1 % c. 66,3 %). La même différence est notée en 2002, et l'écart était encore plus important.

Tableau 3.7

PROPORTION DE PERSONNES ESTIMANT AVOIR UNE EXCELLENTE OU TRÈS BONNE CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX EXIGENCES QUOTIDIENNES DE LA VIE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
CAPACITÉ EXCELLENTE OU TRÈS BONNE				
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	67,3	[62,4 ; 72,1]	70,1	[63,8 ; 76,4]
Femmes	65,6	[61,74 ; 69,5]	62,6	[55,6 ; 69,6]
ÂGE				
15-29 ans	69,3	[62,42 ; 76,1]	71,2	[62,4 ; 80,1]
30-49 ans	67,4	[61,67 ; 73]	71,3	[61,7 ; 81]
50 ans et plus	64,2	[60,4 ; 68,1]	61,3	[54,6 ; 67,9]
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	67,8	[63,9 ; 71,8]	65,6	[58,9 ; 72,4]
Veuf/séparé/divorcé	67,5	[61,27 ; 73,8]	68,5	[60,8 ; 76,1]
Célibataire	58,6	[52,86 ; 64,3]	63,8	[55,1 ; 72,5]

NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	56,9	[51,4 ; 62,4]	57,3	[48,9 ; 65,7]
Dipl. d'études secondaires	68,4	[59,7 ; 77,1]	62,9	[47,3 ; 78,5]
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	71,8	[66,8 ; 76,8]	66,1	[57,5 ; 74,7]
Dipl. d'études universitaires	74,3	[67,6 ; 80,9]	75,4	[66,2 ; 84,6]
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	61	[52 ; 69,9]
Quintile 2	ND	...	49,6	[37,9 ; 61,2]
Quintile 3	ND	...	64,7	[51,6 ; 77,8]
Quintile 4	ND	...	69	[59,5 ; 78,6]
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	82,3	[72,8 ; 91,8]
MILIEU				
Urbain	67,1	[63,4 ; 70,9]	69,4	[63,5 ; 75,3]
Rural	64,9	[59,6 ; 70,3]	57,6	[50,1 ; 65]
EN EMPLOI ^{1, 2}				
Oui	ND	...	68,3	[61 ; 75,6]
Non	ND	...	65,4	[58,2 ; 72,6]
VIVRE SEUL				
Oui	63,8	[58,83 ; 68,8]	64,1	[56,5 ; 71,7]
Non	66,7	[63,15 ; 70,3]	66,3	[60,6 ; 71,9]
Minorité francophone (hors QC)	66,5	[63,3 ; 69,6]	66	[61,1 ; 70,9]
Majorité anglophone (hors QC)	67,4	[66,6 ; 68,1]	67,6	[66,6 ; 68,7]
Ensemble du Canada	68,1	[67,5 ; 68,8]	68,5	[67,6 ; 69,3]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.
 2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.
 ND Donnée non disponible.
 ... N'ayant pas lieu de figurer.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone :

- » ayant un trouble mental,
- » prenant des médicaments,

sont proportionnellement moins nombreuses à déclarer une capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne que celles qui ne vivent pas ces situations.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone :

- » considérant leur santé physique comme excellente ou très bonne,
- » faisant de l'activité physique,
- » ne ressentant aucune douleur,
- » n'ayant pas de problème de santé chronique,

sont davantage portées à estimer leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne que celles qui appartiennent aux autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.8

PROPORTION DE PERSONNES ESTIMANT AVOIR UNE EXCELLENTE OU TRÈS BONNE CAPACITÉ À FAIRE FACE AUX EXIGENCES QUOTIDIENNES DE LA VIE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
CAPACITÉ EXCELLENTE OU TRÈS BONNE		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1, 2}		
Oui	35	[14,3 ; 55,7] ^E
Non	67,9	[62,9 ; 72,9]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	x	...
Non	x	...
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	x	...
Non	x	...
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2, 3}		
Oui	48	[35,7 ; 60,2]
Non	68,2	[63 ; 73,4]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	44,1	[32,1 ; 56,1]
Bonne	56,5	[48,3 ; 64,8]
Très bonne ou excellente	78,3	[72,7 ; 84]
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	68,5	[62,9 ; 74]
Non	58,9	[49,8 ; 67,9]
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	69,2	[63,7 ; 74,8]
Douleur limitant peu ou pas les activités	61,4	[50,6 ; 72,3]
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	28,3	[10,6 ; 46]
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁶		
Oui	57	[51,1 ; 62,9]
Non	80,6	[73,9 ; 87,3]

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

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

4. Au cours des 7 derniers jours.

5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

6. Au moins un problème de santé chronique.

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.1.5 Évaluer sa capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure la perception de la personne quant à sa capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles à partir de la question suivante :

Q. En général, comment évaluez-vous votre capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles, par exemple une crise familiale ou personnelle? Diriez-vous que votre capacité est?

R. Excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise

La figure ci-contre présente la répartition de la population selon quatre catégories de réponse. Pour l'analyse qui suit, les catégories « très bonne » et « excellente » sont regroupées afin de documenter la santé mentale optimale.

Comparaison avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

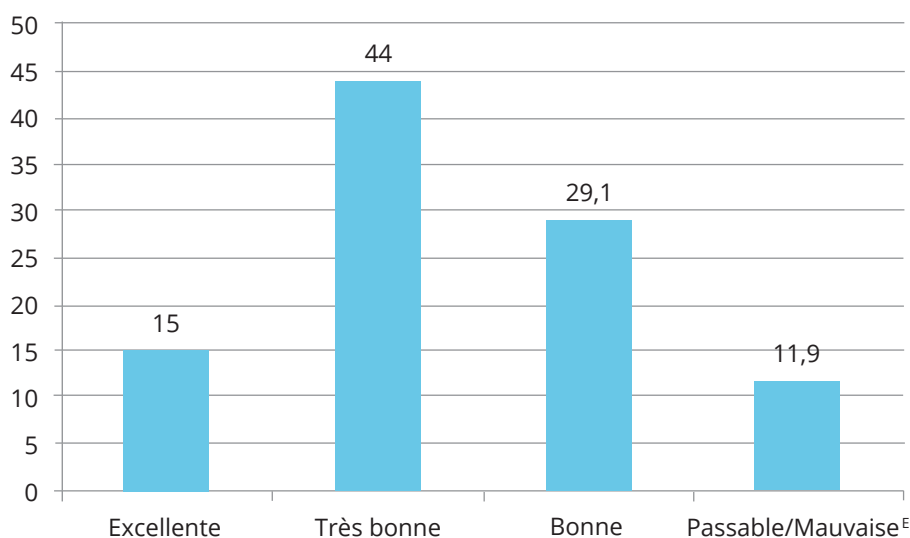
En 2012, 58,9 % de la population francophone en situation minoritaire considère sa capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles comme étant excellente ou très bonne. Cette proportion est similaire à celle mesurée pour le reste du Canada (60,6 %). De plus, il n'y a pas de différence statistiquement significative avec la majorité anglophone hors Québec (61,8 %).

Le sexe et l'âge

En 2002, comparativement aux femmes de la minorité francophone, les hommes étaient plus nombreux, en proportion, à estimer avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles (61 % c. 55,2 %). Par contre, rendue en 2012, cette différence s'est estompée (59,3 % c. 58,6 %).

Figure 3.5

PERCEPTION DE SA CAPACITÉ À FAIRE FACE À DES PROBLÈMES INATTENDUS ET DIFFICILES, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012



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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

Les personnes âgées de 50 ans et plus de la minorité francophone sont, par ailleurs, moins portées à faire ce constat que celles âgées de 30-49 ans et de 15-29 ans (52,9 % c. 68,8 % et 59,5 % respectivement en 2012).

L'état matrimonial

Les personnes célibataires de la minorité francophone sont plus susceptibles d'estimer excellente ou très bonne leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles (61,7 %) que les personnes mariées ou en union libre (59,1 %) et celles de 50 ans et plus (52,9 %).

Le niveau de scolarité

Les personnes de la minorité francophone ne détenant pas de diplôme d'études secondaires sont moins susceptibles d'affirmer que leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles est excellente ou très bonne (47,4 %, autant en 2002 qu'en 2012) que celles ayant atteint un niveau de scolarité plus élevé (59,7 à 64,2 en 2012 et 59,3 à 68,2 % en 2002). Cependant, le gradient parmi les échelons de scolarité plus élevée est très clair en 2002, et plus confus en 2012.

Le niveau de revenu du ménage

En 2012, les personnes de la minorité francophone dont le revenu se situe dans le quintile le plus élevé (65,8 %) sont plus nombreuses, toutes proportions

gardées, à estimer leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles excellente ou très bonne par rapport aux personnes dont le revenu se situe dans les quatre quintiles inférieurs (46,7 %, 55,8 %, 61 % et 62,3 % respectivement pour les quintiles 1, 2, 3 et 4). Le gradient est très évident.

Le milieu de vie

En 2012, les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain sont plus enclines à estimer leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles excellente ou très bonne par rapport aux personnes qui demeurent en milieu rural (61,2 % c. 53,4 %). Cet écart entre les proportions était moins marqué en 2002.

En emploi

En 2012, les personnes de la minorité francophone ayant un emploi sont plus enclines à estimer que leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles est excellente ou très bonne que celles qui n'ont pas d'emploi (62,8 % c. 54,8 %).

Vivre seul

En 2012, les personnes de la minorité francophone vivant seules sont moins portées à évaluer leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles comme étant excellente ou très bonne que celles vivant avec d'autres personnes (61,9 % c. 58,6 %). En 2002, par contre, il n'y avait presque pas d'écart entre ces deux groupes.

Tableau 3.9

PROPORTION DE PERSONNES ESTIMANT AVOIR UNE EXCELLENTE OU TRÈS BONNE CAPACITÉ À FAIRE FACE À DES PROBLÈMES INATTENDUS ET DIFFICILES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
CAPACITÉ EXCELLENTE OU TRÈS BONNE				
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	61	[56,02 ; 65,9]	59,3	[52,2 ; 66,5]
Femmes	55,2	[51,22 ; 59,3]	58,6	[52,8 ; 64,5]
ÂGE				
15-29 ans	55	[48,3 ; 61,7]	59,5	[49,2 ; 69,7]
30-49 ans	59,3	[53,53 ; 65,1]	68,8	[60,4 ; 77,1]
50 ans et plus	58,4	[54,09 ; 62,8]	52,9	[46,5 ; 59,3]

ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	59,4	[55,18 ; 63,6]	59,1	[52,8 ; 65,5]
Veuf/séparé/divorcé	55,4	[49,23 ; 61,6]	56,7	[48 ; 65,5]
Célibataire	56	[50,04 ; 62]	61,7	[53 ; 70,3]
NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	47,4	[42,1 ; 52,6]	47,4	[39,1 ; 55,8]
Dipl. d'études secondaires	59,3	[52,5 ; 66,1]	64,2	[50,2 ; 78,3]
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	63,6	[58,2 ; 69,1]	63,3	[55,7 ; 71]
Dipl. d'études universitaires	68,2	[61,4 ; 75]	59,7	[49,4 ; 69,9]
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	46,7	[37,6 ; 55,8]
Quintile 2	ND	...	55,8	[44,9 ; 66,6]
Quintile 3	ND	...	61	[49,4 ; 72,6]
Quintile 4	ND	...	62,3	[52,5 ; 72,1]
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	65,8	[54,4 ; 77,3]
MILIEU				
Urbain	59,5	[55,6 ; 63,5]	61,2	[55,7 ; 66,6]
Rural	55,1	[50,1 ; 60]	53,4	[45,4 ; 61,5]
EN EMPLOI ^{1,2}				
Oui	ND	...	62,8	[56,3 ; 69,3]
Non	ND	...	54,8	[47 ; 62,5]
VIVRE SEUL				
Oui	58,2	[53,3 ; 63,1]	61,9	[54,3 ; 69,6]
Non	58	[54,4 ; 61,5]	58,6	[53,4 ; 63,9]
Minorité francophone (hors QC)	58,1	[54,9 ; 61,3]	58,9	[54,4 ; 63,5]
Majorité anglophone (hors QC)	61	[60,2 ; 61,8]	61,8	[60,6 ; 63]
Ensemble du Canada	60,3	[59,5 ; 61]	60,6	[59,6 ; 61,7]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.
2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

ND Donnée non disponible.
 ... N'ayant pas lieu de figurer.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » ayant un trouble mental,
- » concernées par l'abus ou la dépendance à l'alcool,
- » prenant des médicaments,

sont moins portées à considérer leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles comme excellente ou très bonne que les personnes qui ne vivent pas ces situations.

Ces écarts doivent être interprétés avec prudence en raison des faibles effectifs.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » estimant leur santé physique excellente ou très bonne,
- » faisant de l'activité physique,
- » ne ressentant aucune douleur,
- » n'ayant pas de problème de santé chronique,

sont plus nombreuses, en proportion, à évaluer leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles excellente ou très bonne, comparativement à celles se classant dans les autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.10

PROPORTION DE PERSONNES ESTIMANT AVOIR UNE EXCELLENTE OU TRÈS BONNE CAPACITÉ À FAIRE FACE À DES PROBLÈMES INATTENDUS ET DIFFICILES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
CAPACITÉ EXCELLENTE OU TRÈS BONNE		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	30,1	[11,6 ; 48,6] ^E
Non	61	[56,3 ; 65,6]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	55,2	[26,2 ; 84,2] ^E
Non	59,6	[55 ; 64,2]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	x	...
Non	x	...
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2,3}		
Oui	36,4	[23,3 ; 49,4] ^E
Non	61,6	[56,9 ; 66,3]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	42,3	[29 ; 55,6]
Bonne	51,7	[42,2 ; 61,2]
Très bonne ou excellente	68,2	[62,1 ; 74,4]
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	60,7	[55,4 ; 66]
Non	54	[45,6 ; 62,5]

DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	61,8	[56,7 ; 67]
Douleur limitant peu ou pas les activités	52,2	[39,9 ; 64,6]
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	37	[18,1 ; 56] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE ⁶		
Oui	50	[44,2 ; 55,9]
Non	73,4	[66,6 ; 80,1]

1. Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée.
 2. Au cours des 12 derniers mois.
 3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.
 4. Au cours des 7 derniers jours.
 5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.
 6. Au moins un problème de santé chronique.
- E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
 X Donnée confidentielle.
 ... N'ayant pas lieu de figurer.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012*, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.1.6 Sentiment très fort ou plutôt fort d'appartenance à sa communauté

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure le sentiment d'appartenance de la personne à l'égard de sa communauté locale à l'aide de la question suivante :

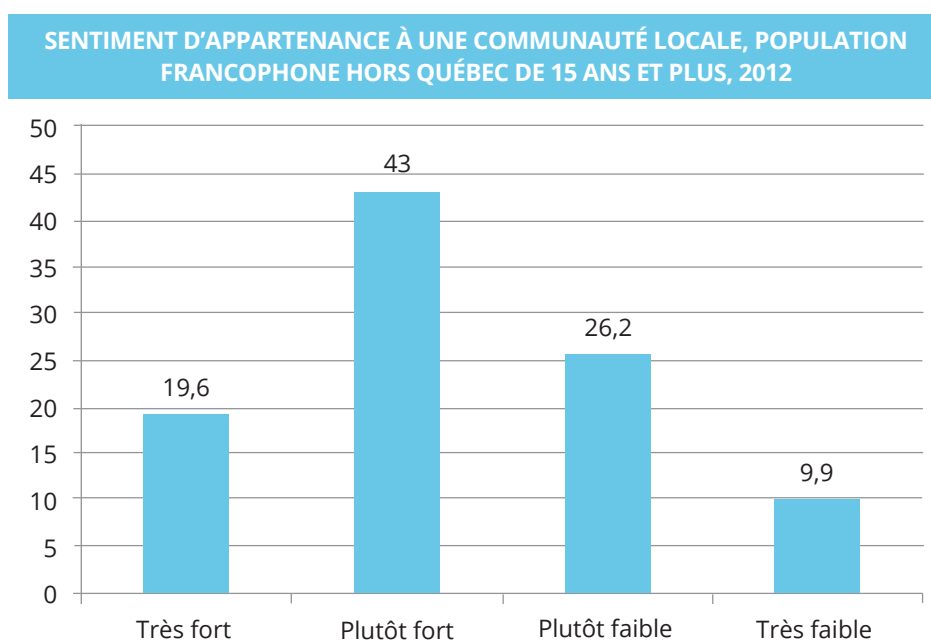
Q. Comment décrivez-vous votre sentiment d'appartenance à votre communauté locale ?

R. Très fort, plutôt fort, plutôt faible ou très faible

La figure ci-contre présente la répartition de la population selon quatre catégories de réponse. Pour l'analyse qui suit, les catégories « très fort » et « plutôt fort » sont regroupées afin de documenter la santé mentale optimale.

Comparaison avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

Figure 3.6



Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012*, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Près de deux tiers de la population francophone en situation minoritaire de 15 ans et plus (62,5 %) exprime un sentiment d'appartenance très fort ou plutôt fort à sa communauté locale. Cette proportion a augmenté depuis 2002 (55,1 %), ce qui rend maintenant le taux cette population comparable à celui chez la majorité anglophone au Québec (65,1 % en 2012). Dans l'ensemble du Canada, les proportions sont de 62,5 en 2012 et 57,9 % en 2002.

L'âge

Les personnes âgées de 50 ans et plus de la minorité francophone sont plus enclines à exprimer un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort, autant en 2012 (63,8 %) qu'en 2002 (58,9 %), par rapport aux autres groupes d'âge.

L'état matrimonial

Les personnes célibataires de la minorité francophone sont plus susceptibles d'exprimer un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort (68,8 %) en 2012, tandis que dix ans plus tôt, c'était le groupe de personnes mariées ou en union libre qui se trouvaient en première position.

Tableau 3.11

PROPORTION DE PERSONNES AYANT UN SENTIMENT TRÈS FORT OU PLUTÔT FORT D'APPARTENANCE À LEUR COMMUNAUTÉ LOCALE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
	SENTIMENT TRÈS FORT OU PLUTÔT FORT			
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	55,2	[50,1 ; 60,3]	61	[54 ; 68,1]
Femmes	55,1	[50,9 ; 59,3]	63,8	[56,9 ; 70,6]
ÂGE				
15-29 ans	49,4	[42,6 ; 56,2]	61,3	[50 ; 72,7]
30-49 ans	54,1	[48,4 ; 59,8]	61	[51 ; 71]
50 ans et plus	58,9	[54,4 ; 63,3]	63,8	[56,9 ; 70,7]
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	57,3	[53,1 ; 61,6]	62,6	[55,8 ; 69,4]
Veuf/séparé/divorcé	51,6	[45,4 ; 57,8]	58,5	[49,3 ; 67,8]
Célibataire	49,7	[43,6 ; 55,9]	68,8	[59,6 ; 78,1]
NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	55,3	[50 ; 60,5]	66,9	[58,6 ; 75,2]
Dipl. d'études secondaires	53,1	[45,9 ; 60,4]	51,1	[34,3 ; 68]
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	55	[49,3 ; 60,8]	64,9	[56,9 ; 72,9]
Dipl. d'études universitaires	59,2	[51,5 ; 66,9]	60,5	[49,5 ; 71,5]

NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	62,4	[53,7 ; 71,1]
Quintile 2	ND	...	66,1	[55,9 ; 76,4]
Quintile 3	ND	...	71,1	[61,3 ; 80,9]
Quintile 4	ND	...	60,7	[50,9 ; 70,5]
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	52,4	[40 ; 64,7]
MILIEU				
Urbain	53	[48,7 ; 57,2]	62,9	[56,6 ; 69,2]
Rural	59,9	[55 ; 64,8]	61,6	[53,7 ; 69,5]
EN EMPLOI ^{1,2}				
Oui	ND	...	60,2	[53,3 ; 67]
Non	ND	...	62	[53,6 ; 70,4]
VIVRE SEUL				
Oui	53	[47,6 ; 58,3]	61,8	[54,1 ; 69,5]
Non	55,5	[51,7 ; 59,2]	62,8	[56,7 ; 68,8]
Minorité francophone (hors QC)	55,1 **	[51,8 ; 58,5]	62,5	[57,3 ; 67,7]
Majorité anglophone (hors QC)	60,7	[59,9 ; 61,5]	65,1	[63,9 ; 66,3]
Ensemble du Canada	57,9	[57,2 ; 58,7]	62,5	[61,4 ; 63,5]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » ayant un trouble mental,
- » concernées par l'abus ou la dépendance au cannabis,
- » prenant des médicaments,

sont proportionnellement moins nombreuses à exprimer un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort que celles ne vivant pas ces situations.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » estimant leur santé physique excellente ou très bonne, et
- » faisant de l'activité physique,

sont plus susceptibles d'exprimer un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort que les personnes se classant dans les autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.12

PROPORTION DE PERSONNES AYANT UN SENTIMENT TRÈS FORT OU PLUTÔT FORT D'APPARTENANCE À LEUR COMMUNAUTÉ LOCALE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
	SENTIMENT TRÈS FORT OU PLUTÔT FORT	
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	52,8	[32,8 ; 72,9] ^E
Non	62,7	[57,3 ; 68,1]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	74,6	[51,5 ; 97,7]
Non	62,5	[57,2 ; 67,8]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	49,8	[16,8 ; 82,7] ^F
Non	63	[57,7 ; 68,2]
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2,3}		
Oui	43,1	[30,9 ; 55,3]
Non	64,8	[59,2 ; 70,3]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	57,3	[45,9 ; 68,7]
Bonne	63,4	[54,1 ; 72,6]
Très bonne ou excellente	63,4	[56,1 ; 70,6]
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	63,6	[57,5 ; 69,8]
Non	59,8	[51,2 ; 68,4]
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	63	[57 ; 69]
Douleur limitant peu ou pas les activités	63,5	[52,2 ; 74,8]
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	48,5	[27,2 ; 69,7] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁶		
Oui	63,9	[58 ; 69,9]
Non	60,2	[51 ; 69,4]

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

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

4. Au cours des 7 derniers jours.

5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

6. Au moins un problème de santé chronique.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.1.7 Échelle de provisions sociales

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure la perception de la personne quant au soutien social dont elle bénéficie ; les cinq dimensions suivantes sont mesurées : l'attachement, l'obtention de conseils et de renseignements, l'aide tangible, l'intégration sociale et la réassurance de sa valeur.

L'échelle de provisions sociales comprend 10 énoncés¹ ; ces derniers remplacent les questions sur le soutien social qui faisaient partie de l'enquête de 2002.

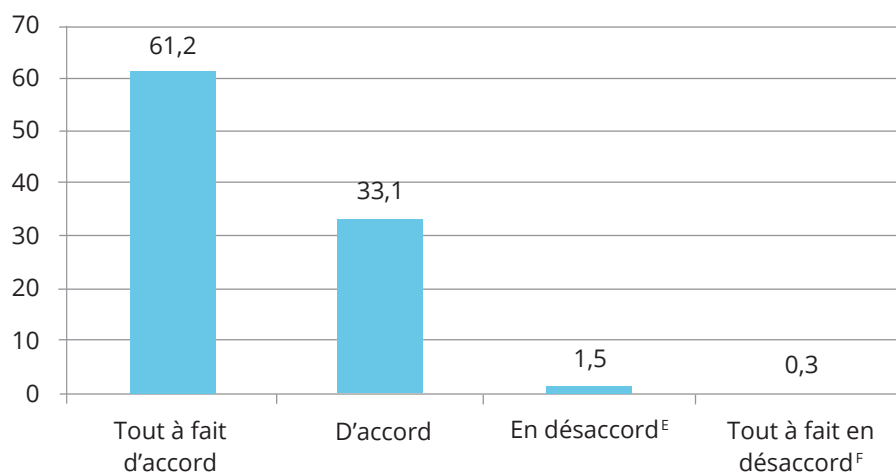
Pas de comparaison possible avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : Nouveau module en 2012 qui remplace le module de soutien social de l'enquête de 2002.

MÉTHODE D'ANALYSE

Une approche basée sur une analyse des proportions moyennes d'énoncés pour lesquels les personnes ont déclaré être « d'accord » ou « tout à fait d'accord » a été retenue². Les résultats sont présentés pour les personnes de 15 ans et plus ayant un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances et celles qui n'en ont pas (au cours des 12 mois précédant l'enquête).

Figure 3.7

PROPORTION MOYENNE DES RÉPONSES OBTENUES À L'ÉCHELLE GLOBALE DE PROVISIONS SOCIALES, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012



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

^F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

1. L'échelle de provisions sociales, développée initialement par Cutrona et Russel (1987), comptait 24 énoncés évaluant 6 dimensions des relations sociales liées au soutien social perçu disponible d'une personne : le soutien émotionnel, l'intégration sociale, la réassurance de sa valeur, l'aide matérielle, les conseils et les informations et le besoin de se sentir utile. La version française de l'échelle de Cutrona et Russel a été validée par Caron en 1996 et abrégée en 10 énoncés couvrant 5 des 6 dimensions (Caron, 2013).
2. Étant donné qu'aucune directive précise concernant l'application de seuils pour l'analyse des résultats de l'échelle de provisions sociales n'a été fournie (ni par l'auteur de la forme abrégée de l'échelle, ni par Statistique Canada), une analyse préliminaire de la distribution des résultats de l'ESCC – Santé mentale 2012 a été réalisée.

MODULE DE L'ÉCHELLE DE PROVISIONS SOCIALES — ÉNONCÉS CLASSÉS SELON LES CINQ DIMENSIONS

Les énoncés qui suivent portent sur vos relations habituelles avec vos amis, les membres de votre famille, vos collègues de travail, les membres de votre communauté ou toute autre personne. Indiquez dans quelle mesure chaque énoncé décrit vos relations avec les autres.

Attachement

- » J'ai des personnes proches de moi qui me procurent un sentiment de sécurité affective et de bien-être (3).
- » Je ressens un lien affectif fort avec au moins une autre personne (8).

Obtention de conseils et de renseignements

- » Il y a quelqu'un avec qui je pourrais discuter de décisions importantes qui concernent ma vie (4).
- » Il y a une personne fiable à qui je pourrais faire appel pour me conseiller si j'avais des problèmes (6).

Aide tangible

- » Il y a des personnes sur qui je peux compter pour m'aider en cas de réel besoin (1).
- » Il y a des gens sur qui je peux compter en cas d'urgence (10).

Intégration sociale

- » Il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi (2).
- » J'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances (7).

Réassurance de sa valeur

- » J'ai des relations où ma compétence et mon savoir-faire sont reconnus (5).
- » Il y a des gens qui admirent mes talents et habiletés (9).

Réponses possibles : Tout à fait d'accord, d'accord, en désaccord, tout à fait en désaccord.

Note : Les chiffres entre parenthèses à la fin des énoncés indiquent l'ordre dans lequel ceux-ci ont été soumis aux répondants. Ces derniers n'étaient pas informés des relations entre les divers énoncés et les dimensions construites dans le cadre de l'échelle de provisions sociales.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

La proportion moyenne des réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord » obtenues à l'échelle globale de provisions sociales (l'ensemble des 10 énoncés) est plus faible chez les personnes de la minorité francophone ayant un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances que chez les autres (91 % c. 98 %). En ce qui concerne les cinq dimensions de l'échelle, le même constat s'observe. Ainsi, les personnes de la minorité francophone présentant un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances affichent une proportion moyenne de réponses « d'accord » ou « tout à fait d'accord » moins élevée pour chacune des dimensions de l'échelle de provisions sociales que les autres, ce qui correspond à un soutien social plus faible.

Toutefois, pour l'échelle globale et quatre dimensions, les proportions observées sont supérieures à 90 % qu'il y ait ou non présence d'un trouble mental ou d'un trouble lié à la consommation de substances. Cela indique un niveau de soutien social perçu relativement élevé pour tous. Pour sa part, la dimension de l'intégration sociale présente l'écart le plus important entre les deux groupes. Celle-ci est construite à partir des deux énoncés suivants : « il y a des personnes qui prennent plaisir aux mêmes activités sociales que moi » et « j'ai l'impression de faire partie d'un groupe de personnes qui partagent mes attitudes et mes croyances ». Pour cette dimension, les proportions observées chez les personnes ayant un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances sont moins élevées que chez celles ne vivant pas ces troubles (84 % c. 96 %).

Tableau 3.13

PROPORTION MOYENNE DES RÉPONSES « D'ACCORD » OU « TOUT À FAIT D'ACCORD » OBTENUES À L'ÉCHELLE GLOBALE DE PROVISIONS SOCIALES ET POUR CHACUNE DES DIMENSIONS, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, AYANT OU NON UN TROUBLE MENTAL OU UN TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ^{1,2} 2012				
	TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES			
	ABSENCE		PRÉSENCE	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
ÉCHELLE GLOBALE DE PROVISIONS SOCIALES (P < 0,000)	95,3	[93,5 ; 97,1]	88,4	[78,1 ; 98,6]
DIMENSIONS DE L'ÉCHELLE				
Attachement (p < 0,000)	98,1	[97,1 ; 99,1]	96,9	[94,7 ; 99,2]
Obtention de conseils et de renseignements (p < 0,000)	98,2	[97,2 ; 99,1]	95,8	[92,3 ; 99,2]
Aide tangible (p = 0,001)	98,7	[97 ; 100,3]	97,9	[95,5 ; 100,2]
Intégration sociale (p < 0,000)	95,8	[93,9 ; 97,6]	90,9	[84,4 ; 97,3]
Réassurance de sa valeur (p < 0,000)	96,9	[95,7 ; 98]	91,2	[81,9 ; 100,4]

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

À RETENIR

DU CÔTÉ DE LA SANTÉ MENTALE OPTIMALE

En 2012, dans la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus, toutes proportions gardées, l'enquête révèle que...

- » Les francophones en situation minoritaire présentant l'un des troubles mentaux mesurés dans l'enquête sont moins nombreuses que celles ne vivant pas ces difficultés à présenter les éléments positifs de la santé mentale optimale, et ce, concernant tous les indicateurs liés à la santé mentale optimale analysés dans ce rapport. Cela signifie qu'elles sont moins nombreuses à :
 - se percevoir en excellente ou très bonne santé mentale;
 - se déclarer très satisfaites ou satisfaites de leur vie;
 - présenter une santé mentale florissante;

- estimer leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne;
- estimer leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles excellente ou très bonne;
- éprouver un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort.

De plus, les francophones en situation minoritaire présentant l'un des troubles mentaux ou des troubles liés à la consommation de substances mesurés dans l'enquête présentent des résultats moins élevés à l'échelle de provisions sociales que les personnes qui ne sont pas concernées par ces troubles, bien qu'ils soient relativement élevés pour tous. Parmi les diverses dimensions de l'échelle, la différence entre les deux groupes est plus marquée pour la sphère de l'intégration sociale et celle de la réassurance de sa valeur.

1. Épisode dépressif, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.

2. Au cours des 12 derniers mois.

» Les francophones en situation minoritaire qui perçoivent leur santé physique comme passable ou mauvaise, celles qui ressentent habituellement des douleurs ou des malaises et celles qui présentent au moins un problème de santé chronique sont moins nombreuses que les personnes ne vivant pas ces difficultés à présenter plusieurs des éléments positifs de la santé mentale optimale. Elles sont moins nombreuses à :

- évaluer leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne;
- déclarer être très satisfaites ou satisfaites de leur vie;
- présenter une santé mentale florissante;
- estimer leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne;
- percevoir leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles comme très bonne ou excellente.

» Les francophones en situation minoritaire vivant dans un ménage à faible revenu (quintile 1), celles avec un niveau de scolarité inférieur, celles qui sont sans emploi et celles qui vivent seules sont généralement moins nombreuses que les personnes ne vivant pas ces situations à :

- évaluer leur santé mentale comme excellente ou très bonne;
- déclarer être très satisfaites ou satisfaites de leur vie;
- estimer leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne;
- percevoir leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles comme très bonne ou excellente.

EN 2012, DANS LA POPULATION FRANCOPHONE EN SITUATION MINORITAIRE ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS...

62,6 % perçoivent leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne

92,4 % se disent très satisfaites ou satisfaites de leur vie

80 % présentent une santé mentale dite « florissante »

la grande majorité profite d'un niveau de soutien social élevé

66 % estiment leur capacité à faire face aux exigences quotidiennes de la vie excellente ou très bonne

58,9 % évaluent leur capacité à faire face à des problèmes inattendus et difficiles comme étant excellente ou très bonne

62,5 % éprouvent un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort

3.2 Indicateurs de la détresse psychologique, du stress et de la problématique du suicide

Dans ce rapport, quatre 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, du stress ressenti dans la vie de tous les jours, des pensées suicidaires et des tentatives de suicide. Il convient de souligner que les estimations de prévalence pour les deux derniers indicateurs manquent de précision en raison des faibles effectifs.

Ces indicateurs mesurent un « écart par rapport à l'état de bien-être mental ou psychologique et renvoient à l'idée d'une difficulté émergeant à la suite d'une perturbation des rapports entre la personne et son environnement » (Agence de la santé et des services sociaux de Laval, 2013). Il s'agit de cinq éléments qui pourraient être intégrés au continuum dont les deux pôles sont la « santé mentale optimale » et la « moins bonne santé mentale ».

3.2.1 Niveau élevé de détresse psychologique

QUE MESURE-T-ON ?

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 présentes au cours des 30 jours précédant l'enquête.

QUESTIONS DE L'ÉCHELLE K10

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence vous êtes-vous senti :

- » ... épuisé sans véritable raison ? (1)
- » ... nerveux ? (2)
- » ... si nerveux que rien ne pouvait vous calmer ? (3)
- » ... désespéré ? (4)
- » ... agité ou ne tenant pas en place ? (5)
- » ... si agité que vous ne pouviez pas rester immobile ? (6)
- » ... triste ou déprimé ? (7)
- » ... si déprimé que plus rien ne pouvait vous faire rire ? (8)
- » ... bon à rien ? (10)

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous senti :

- » ... que tout était un effort ? (9)

Réponses possibles : Jamais, rarement, parfois, la plupart du temps, tout le temps

Note : Les chiffres entre parenthèses à la fin des questions indiquent l'ordre dans lequel celles-ci ont été soumises aux répondants.

MÉTHODE D'ANALYSE

Pour l'analyse, une valeur allant de 0 à 4 est attribuée à chacune des catégories de réponses possibles; 0 indique que les sentiments ou

pensées négatives ne sont « jamais » présents, alors que 4 indique que ceux-ci seraient présents « tout le temps ». Ainsi, plus le score est élevé, plus la détresse est prononcée.

La présente analyse s'inscrit en continuité avec la méthode appliquée dans le cadre des travaux effectués par l'ISQ avec les données de l'enquête de santé mentale de 2002 (Lesage, Bernèche et Bordeleau, 2010) ainsi qu'avec celles des enquêtes québécoises antérieures. En ce sens, étant donné que les concepteurs de l'échelle n'ont pas proposé de seuils facilitant l'interprétation des données, et que les écrits scientifiques montrent qu'un seuil appliqué dans une enquête ne peut généralement être repris d'une population à l'autre, l'analyse basée sur une répartition de la population en quintiles s'est avérée un compromis acceptable (Camirand et Nanhou, 2008). Ainsi, le quintile supérieur des scores à l'échelle de détresse psychologique, soit le 20 % de la population qui présente les scores les plus élevés, sert à établir le seuil à partir duquel on peut postuler que les personnes se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Ce seuil a été établi à 9 lors des analyses effectuées en 2002. Afin de comparer les résultats des deux enquêtes, ce même seuil a donc été appliqué en 2012. Compte tenu de la méthode choisie, il n'est pas possible d'interpréter l'indicateur à titre de prévalence de la détresse psychologique, puisque le seuil utilisé n'est pas un seuil clinique.

Comparaison avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Selon la méthode d'analyse en quintiles, 20,6 % de la population francophone en situation minoritaire se situe au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, en affichant un score de 9 ou plus. Cette proportion a légèrement diminué depuis 2002 (23,6 %). Par contre, elle est plus élevée que chez la majorité anglophone hors Québec (16,3 %), une différence significative.

Le sexe et l'âge

Une proportion plus élevée de femmes de la minorité francophone que d'hommes se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (19,1 % c. 15,1 %). Une différence similaire est observée en 2002 (23,1 % c. 17,6 %).

Avec une proportion de 19,4 % en 2012, les 30-49 ans de la minorité francophone sont proportionnellement le plus nombreux à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, comparativement aux personnes âgées de 15-29 ans (17,2 %), et celles de 50 ans et plus (16 %).

L'état matrimonial

Les personnes célibataires de la minorité francophone sont plus enclines à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (14,8 %) que les personnes mariées ou en union libre (15,8 %) et celles qui sont veuves, séparées ou divorcées (23,3 %).

Le niveau de scolarité

Les différences entre les groupes sont moins marquées, quoique les personnes les plus scolarisées de la minorité francophone sembleraient moins nombreuses, proportionnellement à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

Le niveau de revenu du ménage

Les personnes de la minorité francophone dont le revenu se situe dans le quintile le plus faible (quintile 1) se distinguent des personnes dont le revenu se trouve dans les quintiles supérieurs en étant proportionnellement plus nombreuses à être au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (27,1 % c. 7,3 à 21,3 %). Pour cette caractéristique sociodémographique, le gradient est très évident.

Le milieu de vie

En 2012, les personnes de la minorité francophone demeurant en milieu urbain sont plus enclines à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique (18,5 %) que celles en milieu rural (14,2 %).

En emploi

Les personnes de la minorité francophone qui ont un emploi sont moins enclines à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que celles qui sont sans emploi (14,9 % c. 21,4 %).

Vivre seul

Les personnes de la minorité francophone vivant seules se trouvent davantage au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que celles vivant avec d'autres (18,5 % c. 16,9 %).

Tableau 3.14

PROPORTION DE PERSONNES SE SITUANT AU NIVEAU ÉLEVÉ DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ¹ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012				
NIVEAU ÉLEVÉ DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE				
		2002	2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	17,6	[13,7 ; 21,5]	15,1	[10,2 ; 20]
Femmes	23,1	[19,6 ; 26,7]	19,1	[14 ; 24,2]
ÂGE				
15-29 ans	25,8	[18,9 ; 32,7]	17,2	[9 ; 25,3] ^E
30-49 ans	21,7	[16,9 ; 26,4]	19,4	[12,6 ; 26,2] ^E
50 ans et plus	16,5	[13 ; 20]	16	[11 ; 20,9]
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	18,7	[15,3 ; 22,1]	15,8	[11,1 ; 20,4]
Veuf/séparé/divorcé	24,5	[18,1 ; 30,9]	23,3	[14,9 ; 31,6] ^E
Célibataire	22,5	[17,1 ; 27,8]	14,8	[8,1 ; 21,5] ^E

NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	26,5	[22,1 ; 30,8]	21,5	[14,6 ; 28,5]
Dipl. d'études secondaires	20,3	[14,5 ; 26,1]	24,7	[12,1 ; 37,2] ^E
Dipl d'études postsec. ou collégiales	22,3	[17,3 ; 27,2]	20,2	[13,9 ; 26,4]
Dipl. d'études universitaires	22,4	[16,2 ; 28,6]	18	[10,4 ; 25,6] ^E
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	27,1	[18,6 ; 35,6]
Quintile 2	ND	...	21,3	[12,3 ; 30,3] ^E
Quintile 3	ND	...	19,6	[9,7 ; 29,6] ^E
Quintile 4	ND	...	13,4	[5,4 ; 21,3] ^E
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	7,3	[2,2 ; 12,4] ^F
MILIEU				
Urbain	20,2	[16,9 ; 23,5]	18,5	[13,7 ; 23,2]
Rural	20,6	[16,2 ; 25]	14,2	[9,3 ; 19] ^E
EN EMPLOI ^{1, 2}				
Oui	ND	...	14,9	[10,3 ; 19,6]
Non	ND	...	21,4	[14,9 ; 27,8]
VIVRE SEUL				
Oui	19,9	[15,4 ; 24,4]	18,5	[11,9 ; 25,2] ^E
Non	20,4	[17,3 ; 23,4]	16,9	[12,7 ; 21]
Minorité francophone (hors QC)	23,6 ^{**}	[20,9 ; 26,3]	20,6	[16,9 ; 24,2]
Majorité anglophone (hors QC)	16,3	[15,7 ; 17]	16,5	[15,6 ; 17,4]
Ensemble du Canada	20,7	[20 ; 21,3]	19,8	[19 ; 20,7]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » ayant un trouble mental,
- » prenant des médicaments,

sont plus nombreuses, en proportion, à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, comparativement aux personnes qui ne vivent pas ces situations.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » évaluant leur santé physique comme passable ou mauvaise,
- » ressentant des douleurs ou malaises limitant peu ou beaucoup leurs activités,
- » ayant au moins un problème de santé chronique,

se trouvent davantage au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique, comparativement à celles qui se classent dans les autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.15

PROPORTION DE PERSONNES SE SITUANT AU NIVEAU ÉLEVÉ DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
NIVEAU ÉLEVÉ DE L'INDICE DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	78,7	[64,6 ; 92,9]
Non	13,5	[10,2 ; 16,8]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	19,7	[0 ; 39,3] ^F
Non	17,1	[13,4 ; 20,8]
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	32,6	[3,2 ; 61,9] ^F
Non	1,9	[13,5 ; 20,8]
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2,3}		
Oui	51,2	[39 ; 63,3]
Non	13,4	[10 ; 16,9]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	32,1	[21,8 ; 42,3]
Bonne	19,6	[12,4 ; 26,8] ^E
Très bonne ou excellente	11,5	[6,8 ; 16,2] ^E
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	17,9	[13,2 ; 22,5]
Non	15,6	[9,8 ; 21,4] ^E
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	14,5	[10,6 ; 18,5]
Douleur limitant peu ou pas les activités	23,8	[13,4 ; 34,1] ^E
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	36,3	[16,8 ; 55,7] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁶		
Oui	22,9	[17,9 ; 27,9]
Non	8	[3,4 ; 12,7] ^E

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

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

4. Au cours des 7 derniers jours.

5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

6. Au moins un problème de santé chronique.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.2.2 Journées assez ou extrêmement stressantes

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure l'évaluation personnelle du stress ressenti dans la vie de tous les jours à l'aide de la question suivante :

Q. En pensant au niveau de stress dans votre vie, diriez-vous que la plupart de vos journées sont... ?

R. Pas du tout stressantes, pas tellement stressantes, un peu stressantes, assez stressantes ou extrêmement stressantes

La figure ci-contre présente la répartition de la population selon cinq catégories de réponse. Pour l'analyse qui suit, les catégories « assez stressantes » et « extrêmement stressantes » sont regroupées afin de documenter la « moins bonne santé mentale ».

Comparaison avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

En 2012, 20,9 % de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus décrit la plupart de ses journées comme étant assez ou extrêmement stressantes. Cette proportion est similaire que celle observée dans l'ensemble du pays (20,6 %) et parmi la majorité anglophone hors Québec (20,2 %).

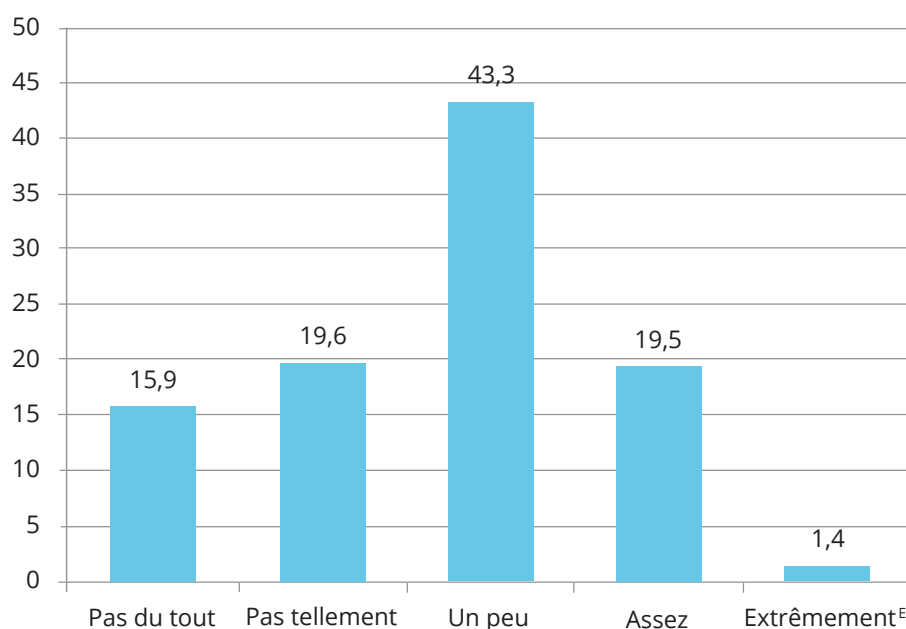
Le sexe et l'âge

Une proportion plus élevée de femmes que d'hommes de la minorité francophone estiment que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes (22,2 % c. 19,3 %).

Les personnes âgées de 30-49 ans de la minorité francophones sont proportionnellement plus nombreuses à considérer la plupart de leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes (33,9 %), comparativement aux personnes de 15-29 ans (18,9 %) et de 50 ans et plus (13,7 %). Ces différences étaient également présentes en 2002.

Figure 3.8

STRESS RESENTI AU QUOTIDIEN, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012



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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

L'état matrimonial

Les personnes mariées ou en union libre de la minorité francophone sont moins nombreuses à considérer la plupart de leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes (19,8 %) que celles qui sont veuves, séparées ou divorcées (23,3 %) ou célibataires (22,6 %).

Le niveau de scolarité

Les personnes les plus scolarisées de la minorité francophone sont plus nombreuses à considérer la plupart de leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes, tant en 2012 qu'en 2002 (36,2 % c. 32,7 %).

Le niveau de revenu du ménage

Les personnes de la minorité francophone les plus nombreuses, en proportion, à évaluer que la plupart de leurs journées sont assez ou

extrêmement stressantes sont celles situées dans les extrêmes du continuum de revenu, soit le quintile le plus faible (28,7 %) et le mieux nanti (26,1 %).

Le milieu de vie

Les personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain sont plus nombreuses à considérer la plupart de leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes, tant en 2012 qu'en 2002.

En emploi

Les personnes qui ont un emploi de la minorité francophone sont plus susceptibles de mentionner que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes, comparativement à celles qui sont sans emploi (27,1 % c. 12,8 %).

Tableau 3.16

PROPORTION DE PERSONNES POUR QUI LA PLUPART DES JOURNÉES SONT ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
LA PLUPART DES JOURNÉES ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTES				
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	22,9	[18,8 ; 27]	19,3	[12,5 ; 26,2] ^E
Femmes	23,9	[20,7 ; 27]	22,2	[15,7 ; 28,7]
ÂGE				
15-29 ans	19,1	[13 ; 25,2]	18,9	[9,1 ; 28,7] ^E
30-49 ans	31	[26,3 ; 35,7]	33,9	[23,9 ; 43,9]
50 ans et plus	17,8	[14,5 ; 21,1]	13,7	[9,7 ; 17,7]
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	23,1	[19,8 ; 26,5]	19,8	[14 ; 25,6]
Veuf/séparé/divorcé	23,2	[17,7 ; 28,7]	23,3	[15 ; 31,7] ^E
Célibataire	24,8	[19,4 ; 30,2]	22,6	[13,5 ; 31,8] ^E
NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	17,5	[13,7 ; 21,2]	10,3	[5,7 ; 14,8] ^E
Dipl. d'études secondaires	21,9	[14,7 ; 29]	27,2	[13,5 ; 40,9] ^E
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	24,8	[20,1 ; 29,5]	15,4	[9,9 ; 20,9] ^E
Dipl. d'études universitaires	32,7	[25,8 ; 39,6]	36,2	[25,2 ; 47,2]

NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	28,7	[18,6 ; 38,7] ^E
Quintile 2	ND	...	10,7	[5,2 ; 16,1] ^E
Quintile 3	ND	...	19,2	[7,7 ; 30,8] ^E
Quintile 4	ND	...	19,7	[10,2 ; 29,2] ^E
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	26,1	[16 ; 36,3] ^E
MILIEU				
Urbain	24,4	[21,1 ; 27,6]	21,4	[15,4 ; 27,4]
Rural	21,2	[16,9 ; 25,6]	19,6	[13,8 ; 25,4]
EN EMPLOI ^{1, 2}				
Oui	ND	...	27,1	[20,3 ; 33,9]
Non	ND	...	12,8	[7,1 ; 18,4] ^E
VIVRE SEUL				
Oui	24,6	[20 ; 29,2]	20,2	[13,8 ; 26,6]
Non	23,3	[20,3 ; 26,2]	21,1	[15,7 ; 26,4]
Minorité francophone (hors QC)	23,4	[20,8 ; 26]	20,9	[16,2 ; 25,6]
Majorité anglophone (hors QC)	22,8	[22,1 ; 23,4]	20,2	[19,1 ; 21,3]
Ensemble du Canada	23,1	[22,5 ; 23,7]	20,6	[19,7 ; 21,5]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ MENTALE ET PHYSIQUE

Santé mentale

Les personnes de la minorité francophone

- » ayant un trouble mental,
- » prenant des médicaments,

sont davantage portées à considérer la plupart de leurs journées comme assez ou extrêmement stressantes, comparativement aux personnes qui ne vivent pas ces situations.

Santé physique

Les personnes de la minorité francophone

- » évaluant leur santé physique passable ou mauvaise,
- » ne faisant pas de l'activité physique,
- » ressentant des douleurs limitant peu ou beaucoup leurs activités,
- » ayant au moins un problème de santé chronique,

sont plus susceptibles d'évaluer la plupart de leurs journées comme étant assez ou extrêmement stressantes, comparativement à celles appartenant aux autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 3.17

PROPORTION DE PERSONNES POUR QUI LA PLUPART DES JOURNÉES SONT ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTES SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
LA PLUPART DES JOURNÉES ASSEZ OU EXTRÊMEMENT STRESSANTES		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SANTÉ MENTALE		
TROUBLE MENTAL^{1,2}		
Oui	51,2	[31 ; 71,3] ^E
Non	19,1	[14,2 ; 24]
ABUS OU DÉPENDANCE À L'ALCOOL²		
Oui	x	...
Non	x	...
ABUS OU DÉPENDANCE AU CANNABIS²		
Oui	x	...
Non	x	...
PRISE DE MÉDICAMENTS^{2,3}		
Oui	42	[30 ; 53,9]
Non	18,5	[13,4 ; 23,6]
SANTÉ PHYSIQUE		
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	28,9	[18,4 ; 39,4] ^E
Bonne	22,7	[15,6 ; 29,8]
Très bonne ou excellente	17,5	[10,6 ; 24,3] ^E
ACTIVITÉ PHYSIQUE⁴		
Oui	18,1	[12,4 ; 23,7]
Non	29	[20,1 ; 38]
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	19	[13,9 ; 24,1]
Douleur limitant peu ou pas les activités	25,8	[15,8 ; 35,8] ^E
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	32	[13,5 ; 50,5] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁶		
Oui	23,3	[17,8 ; 28,7]
Non	17	[8,9 ; 25,1] ^E

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

2. Au cours des 12 derniers mois.

3. Prise de médicaments prescrits ou non prescrits pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

4. Au cours des 7 derniers jours.

5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

6. Au moins un problème de santé chronique.

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.2.3 Problématique du suicide

3.2.3.1 Pensées suicidaires

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure la présence de pensées suicidaires au cours de la vie et au cours des 12 mois précédant l'enquête.

Q. Au cours [de la période de référence] avez-vous sérieusement pensé à vous suicider ?

R. Oui, non

Comparaison avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

AU COURS DE LA VIE

La proportion de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus ayant eu des pensées suicidaires au cours de la vie est de 12,7 %. En 2002, cette proportion était de

13,6 %. Ces proportions sont légèrement plus élevées que chez la majorité anglophone hors Québec et l'ensemble du Canada.

En 2012, plus de femmes que d'hommes de la minorité francophone ont des pensées suicidaires (14,5 % c. 10,5), tandis qu'en 2002 les proportions étaient similaires pour les deux sexes. Les personnes de 30 à 49 ans de la minorité francophone sont proportionnellement plus nombreuses que celles d'autres groupes d'âge à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie (17 %). En 2002, c'était le groupe de 15 à 29 ans qui était dans cette catégorie. Toutefois, en raison des faibles effectifs, ces proportions doivent être interprétées avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

En 2012, presque le double de personnes de la minorité francophone vivant en milieu urbain a déclaré avoir eu des pensées suicidaires par rapport à celles en milieu rural (14,6 % c. 7,9), tandis qu'en 2002 l'écart entre les deux groupes était moins prononcé (14,6 % c. 11,4).

Tableau 3.19

PROPORTION DE PERSONNES AYANT EU DES PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LEUR VIE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
	PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE			
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	13,5	[10,5 ; 16,5]	10,5	[6,8 ; 14,1] ^E
Femmes	13,7	[10,9 ; 16,6]	14,5	[8,7 ; 20,4] ^E
ÂGE				
15-29 ans	19,9	[13,9 ; 25,9]	11,4	[4,2 ; 18,7] ^E
30-49 ans	14,2	[10,9 ; 17,5]	17	[8,2 ; 25,8] ^E
50 ans et plus	10,1	[7,5 ; 12,6]	10,4	[6,8 ; 14] ^E
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	11,8	[9,2 ; 14,4]	10,9	[6,1 ; 15,7] ^E
Veuf/séparé/divorcé	17,6	[13,1 ; 22,1]	14,9	[8,6 ; 21,1] ^E
Célibataire	16,7	[12,5 ; 20,8]	18,6	[10,9 ; 26,4] ^E

NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	13,7	[10,2 ; 17,2]	12,4	[6,1 ; 18,6] ^E
Dipl. d'études secondaires	15,8	[10,2 ; 21,3] ^E	12,9	[5 ; 20,8] ^E
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	14,6	[11,1 ; 18,2]	14,9	[7,4 ; 22,3] ^E
Dipl. d'études universitaires	9,9	[5,8 ; 14,1] ^E	9	[3,9 ; 14,1] ^E
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	13,9	[7,9 ; 19,8] ^E
Quintile 2	ND	...	10,9	[4,5 ; 17,4] ^E
Quintile 3	ND	...	19,2	[7 ; 31,5] ^E
Quintile 4	ND	...	11,4	[5,6 ; 17,1] ^E
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	7,6	[2,9 ; 12,3] ^E
MILIEU				
Urbain	14,6	[11,8 ; 17,5]	14,6	[9,8 ; 19,3] ^E
Rural	11,4	[8,4 ; 14,3]	7,9	[4,7 ; 11,2] ^E
EN EMPLOI ^{1, 2}				
Oui	ND	...	14,3	[8,9 ; 19,8] ^E
Non	ND	...	11,6	[7,3 ; 15,9] ^E
VIVRE SEUL				
Oui	18,5	[14,4 ; 22,7]	18,2	[12,3 ; 24]
Non	12,9	[10,4 ; 15,3]	11,6	[7,5 ; 15,7] ^E
Minorité francophone (hors QC)	13,6	[11,5 ; 15,7]	12,7	[9,1 ; 16,2]
Majorité anglophone (hors QC)	13	[12,5 ; 13,5]	11,8	[11 ; 12,5]
Ensemble du Canada	13,4	[12,9 ; 13,9]	11,9	[11,3 ; 12,5]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées à grande diffusion. Adapté par Boucharde et al., 2019.

AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

La proportion de la population francophone en situation minoritaire ayant eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête se situe autour de 3,8 % en 2012 et de 3,7 % en 2002. Pour l'ensemble du Canada, ces proportions étaient de 3,3 % et 3,7 % respectivement.

Les personnes âgées de 15 à 29 ans de la minorité francophone sont proportionnellement plus nombreuses que celles appartenant aux autres

groupes d'âge à déclarer avoir eu des pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête, autant pour 2012 que pour 2002 (5,6 % et 7 % respectivement).

Toutefois, il est important de mentionner que la plupart des estimations présentées au tableau 3.20 sont imprécises en raison des faibles effectifs et sont fournies à titre indicatif seulement.

Tableau 3.20

PROPORTION DE PERSONNES AYANT EU DES PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
PENSÉES SUICIDAIRES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE				
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	3,5	[1,9 ; 5] ^E	3,8	[1,7 ; 5,9] ^E
Femmes	3,8	[2,4 ; 5,3] ^E	3,8	[0,8 ; 6,8] ^F
ÂGE				
15-29 ans	7	[3,1 ; 10,8] ^E	5,6	[-1,2 ; 12,3] ^F
30-49 ans	3,6	[1,9 ; 5,4] ^E	3,2	[0,9 ; 5,5] ^F
50 ans et plus	2,1	[1,2 ; 3,1] ^E	3,6	[1 ; 6,1] ^F
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	2,5	[1,3 ; 3,6] ^E	2,7	[0,7 ; 4,6] ^F
Veuf/séparé/divorcé	6,3	[3,1 ; 9,4] ^E	6,5	[1 ; 12] ^F
Célibataire	5,6	[2,8 ; 8,4] ^E	5,2	[0,9 ; 9,5] ^F
NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	ND	...	ND	...
Dipl. d'études secondaires	ND	...	ND	...
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	ND	...	ND	...
Dipl. d'études universitaires	ND	...	ND	...
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	3,2	[1,1 ; 5,2] ^E
Quintile 2	ND	...	3,8	[0,6 ; 6,9] ^F
Quintile 3	ND	...	7,3	[0,1 ; 14,4] ^F
Quintile 4	ND	...	2,6	[0,2 ; 5] ^F
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	1,7	[-0,6 ; 4] ^F
MILIEU				
Urbain	4	[2,5 ; 5,4]	4,6	[2,1 ; 7,1]
Rural	3	[1,5 ; 4,4]	1,6	[0,3 ; 3] ^F
EN EMPLOI^{1, 2}				
Oui	ND	...	3,2	[0,8 ; 5,6] ^F
Non	ND	...	5,3	[1,8 ; 8,8] ^F
VIVRE SEUL				
Oui	4,7	[2,5 ; 6,9] ^E	6,5	[2,1 ; 10,8] ^F
Non	3,5	[2,3 ; 4,8] ^E	3,3	[1,2 ; 5,3] ^E
Minorité francophone (hors QC)	3,7	[2,5 ; 4,8]	3,8	[1,9 ; 5,6] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	3,6	[3,3 ; 3,9]	3,5	[3,1 ; 4]
Ensemble du Canada	3,7	[3,4 ; 4]	3,3	[3 ; 3,7]

1. Voir les notes à la page suivante.

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.
 2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.
- ND Donnée non disponible.
 x Donnée confidentielle.
 ... N'ayant pas lieu de figurer.
 E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
 F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

3.2.3.2 Tentative de suicide

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure le fait d'avoir fait une tentative de suicide au cours de la vie et au cours des 12 mois précédant l'entrevue chez tous les participants de l'enquête.

Q. [Au cours de la période de référence] avez-vous déjà fait une tentative de suicide ?

R. Oui, non

Comparaison avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : L'indicateur est comparable.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

AU COURS DE LA VIE

La proportion de la population francophone en situation minoritaire ayant fait une tentative de

suicide au cours de la vie est d'environ 2,2 % en 2012 et de 4,6 % en 2002. La différence dans les proportions avec la majorité anglophone hors Québec était statistiquement significative en 2002 (3 %), mais l'écart s'est estompé au fil des années.

Il faut noter qu'au-delà de la prévalence globale, la plupart des estimations présentées au tableau 3.21 sont imprécises en raison des faibles effectifs et sont fournies à titre indicatif seulement.

AU COURS DES 12 MOIS

En raison de l'imprécision des estimations portant sur les tentatives de suicide au cours des 12 mois précédant l'enquête due aux faibles effectifs, les résultats pour cette période de référence ne sont pas présentés.

Tableau 3.21

PROPORTION DE PERSONNES AYANT FAIT UNE TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE LEUR VIE SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2002 ET 2012				
	TENTATIVE DE SUICIDE AU COURS DE LA VIE			
	2002		2012	
	%	Intervalle de confiance (95 %)	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE				
Hommes	4,2	[2,4 ; 6] ^E	2,2	[0,8 ; 3,6] ^F
Femmes	5,1	[3,4 ; 6,7]	2,2	[0,8 ; 3,7] ^E
ÂGE				
15-29 ans	5,3	[2,1 ; 8,5] ^E	1,7	[-0,1 ; 3,4] ^F
30-49 ans	6,1	[3,8 ; 8,4] ^E	4,1	[1,1 ; 7] ^F
50 ans et plus	2,9	[1,5 ; 4,2] ^E	1,3	[0,4 ; 2,1] ^F
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié/union libre	4,5	[2,8 ; 6,1] ^E	0,9	[0,3 ; 1,5] ^F
Veuf/séparé/divorcé	4,5	[2,4 ; 6,5] ^E	3,7	[1,1 ; 6,3] ^F
Célibataire	5,6	[3,3 ; 7,9] ^E	7	[0,7 ; 13,2] ^F

NIVEAU DE SCOLARITÉ				
< Dipl. d'études secondaires	ND	...	ND	...
Dipl. d'études secondaires	ND	...	ND	...
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	ND	...	ND	...
Dipl. d'études universitaires	ND	...	ND	...
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE				
Quintile 1 – le plus faible	ND	...	ND	...
Quintile 2	ND	...	ND	...
Quintile 3	ND	...	ND	...
Quintile 4	ND	...	ND	...
Quintile 5 – le plus élevé	ND	...	ND	...
MILIEU				
Urbain	4,9	[3,3 ; 6,6] ^E	2,2	[0 ; 3,4] ^E
Rural	4	[1,9 ; 6,1] ^E	2,2	[0,2 ; 4,1] ^F
EN EMPLOI ^{1, 2}				
Oui	ND	...	2,1	[0,8 ; 3,4] ^E
Non	ND	...	2,8	[1 ; 4,6] ^E
VIVRE SEUL				
Oui	7,1	[4,7 ; 9,6] ^E	4,7	[1,3 ; 8,1] ^F
Non	4,3	[2,9 ; 5,6]	1,7	[0,7 ; 2,7] ^E
Minorité francophone (hors QC)	4,6 **	[3,4 ; 5,8]	2,2	[1,2 ; 3,2] ^E
Majorité anglophone (hors QC)	3	[2,7 ; 3,2]	3,2	[2,8 ; 3,7]
Ensemble du Canada	3,1	[2,9 ; 3,4]	3,1	[2,7 ; 3,4]

1. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

2. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

x Donnée confidentielle.

ND Donnée non disponible.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

À RETENIR

DU CÔTÉ DE LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE ET DU STRESS

Dans la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus, toutes proportions gardées, l'enquête révèle que...

Les personnes de la minorité francophone présentant l'un des troubles mentaux mesurés dans l'enquête sont beaucoup plus nombreuses à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique que celles ne vivant pas ces difficultés (voir tableau 3.15).

Les personnes de la minorité francophone vivant dans un ménage à faible revenu (quintile 1) ainsi que celles qui sont sans emploi sont généralement plus nombreuses que les personnes ne vivant pas ces situations à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. D'un autre côté, les personnes qui ont un emploi sont plus nombreuses à déclarer que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes comparativement aux personnes sans emploi (27,1 % c. 12,8 %).

Les personnes de la minorité francophone qui perçoivent leur santé physique comme passable ou mauvaise, celles qui ressentent habituellement de la douleur ou des malaises et celles qui présentent au moins un problème de santé chronique sont plus nombreuses que les personnes ne vivant pas ces difficultés à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique et à déclarer que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes.

En 2012 comme en 2002, un niveau plus élevé de l'indice de détresse psychologique est observé chez les femmes par rapport aux hommes de la minorité francophone.

EN 2012... POPULATION FRANCOPHONE EN SITUATION MINORITAIRE

20,6 % se situent au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique

20,9 % déclarent que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes

3,8 % déclarent avoir eu de pensées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête

2,2 % déclarent avoir déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie

Chapitre 4 – 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/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.

Si on peut constater que la ligne de démarcation entre les ressources professionnelles et informelles n'est parfois pas facile à tracer, il faut souligner également que ces deux catégories de ressources ne permettent pas toujours de savoir si l'utilisation des services relève du système public de soins de santé et de services sociaux ou du système privé. Au Québec, par exemple, un psychologue ou un travailleur social peut avoir été consulté aussi bien dans le réseau privé que dans le réseau public. De plus, il n'est pas impossible que des professionnels soient consultés dans des ressources ayant été considérées comme des ressources informelles. L'enquête ne permet donc pas de préciser plus finement le lieu et le contexte du recours aux diverses ressources.

Par ailleurs, plusieurs autres éléments doivent être considérés quant aux limites de l'information statistique présentée dans cette section.

Premièrement, comme mentionné précédemment, le fait que seulement certains troubles mentaux ont été mesurés dans l'ESCC – Santé mentale 2012 et le fait que les personnes vivant en établissement sont exclues de la population enquêtée influencent probablement à la baisse les prévalences. Deuxièmement, dans un article publié à partir des données de l'ESCC – Santé mentale 2012, les analystes de Statistique Canada soulignent le fait que les données sur le recours aux ressources en santé mentale fondées sur l'autodéclaration peuvent entraîner un biais de désirabilité sociale ou de remémoration conduisant à une sous-estimation des comportements étudiés (Findlay et Sunderland, 2014). En effet, si les données autodéclarées sur l'utilisation de services professionnels incluant l'hospitalisation pour des raisons de santé mentale étaient comparées avec celles provenant de fichiers administratifs, il est probable qu'une différence notable serait observée.

Dans ce chapitre, les données portant sur le recours à une forme d'aide professionnelle ou non professionnelle au cours des 12 mois précédant l'entrevue d'enquête ont été croisées avec des caractéristiques sociodémographiques, certains troubles mentaux ou troubles liés à la consommation de substances vécus au cours de la même période et quelques caractéristiques de santé physique.

En dépit des limites énoncées ci-dessus et du fait que les effectifs au niveau provincial ne permettent pas d'effectuer des analyses plus élaborées, ce chapitre apporte un bon éclairage sur le recours à des ressources professionnelles et non professionnelles. Il permet, par exemple, d'estimer le pourcentage de personnes qui ont eu recours à de l'aide pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues dans l'ensemble de la population francophone hors Québec âgée de 15 ans et plus et chez les personnes touchées par les troubles mentaux mesurés dans l'enquête. Parallèlement, il est aussi intéressant d'identifier les professionnels, ou les membres de l'entourage, qui sont les plus sollicités.

4.1 Les professionnels de la santé et l'hospitalisation

4.1.1 Consultation de professionnels de la santé et hospitalisation

QUE MESURE-T-ON ?

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 liés 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.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : Les questions et les choix de réponse sont différents.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

Au sein de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus, 12,6 % des personnes ont été hospitalisées ou ont consulté au moins un professionnel de la santé pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues. Cette proportion est de 11,2 % pour la majorité anglophone hors Québec et de 10,8 % pour l'ensemble du Canada.

Le sexe et l'âge

Les femmes de la minorité francophone sont plus susceptibles d'être hospitalisées ou de consulter un professionnel de la santé que les hommes (14,3 % c. 10,7 %) pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

Les personnes âgées de 30 à 49 ans de la minorité francophone sont proportionnellement les plus nombreuses à consulter un professionnel de la santé ou à être hospitalisées pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

L'état matrimonial

Les célibataires de la minorité francophone sont proportionnellement le plus nombreux à consulter un professionnel de la santé ou à être hospitalisés pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

Le niveau de scolarité

Les personnes de la minorité ayant un faible niveau de scolarité sont les moins nombreuses à avoir consulté un professionnel de la santé ou à être hospitalisées pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

Le niveau de revenu du ménage

Les personnes de la minorité se situant dans le quintile de revenu le plus faible sont les plus nombreuses à avoir consulté un professionnel de la santé ou à être hospitalisées pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

Le milieu de vie

En 2012, les personnes en milieu urbain de la minorité francophone sont plus nombreuses que celles vivant en milieu rural à consulter un professionnel de la santé ou à être hospitalisées pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues (14,3 % c. 8,3 %).

Tableau 4.1

PROPORTION DE PERSONNES AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉES OU AYANT CONSULTÉ^{1, 2} AU MOINS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ³ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012

	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE		
Hommes	10,7	[6,5 ; 14,8] ^E
Femmes	14,3	[9,8 ; 18,7]
ÂGE		
15-29 ans	7,5	[3,3 ; 11,6] ^E
30-49 ans	16,7	[10,2 ; 23,2] ^E
50 ans et plus	11,7	[7,1 ; 16,3] ^E
ÉTAT MATRIMONIAL		
Marié/union libre	12,6	[8,5 ; 16,6]
Veuf/séparé/divorcé	11,9	[6 ; 17,8] ^E
Célibataire	14,1	[7,5 ; 20,7] ^E
NIVEAU DE SCOLARITÉ		
< Dipl. d'études secondaires	6,9	[3,1 ; 10,6] ^E
Dipl. d'études secondaires	14,4	[5,1 ; 23,8] ^E
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	14,1	[8,5 ; 19,7] ^E
Dipl. d'études universitaires	14,4	[7,8 ; 21] ^E
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE		
Quintile 1 – le plus faible	18,2	[10,3 ; 26,1] ^E
Quintile 2	12,5	[5,2 ; 19,8] ^E
Quintile 3	11,2	[2,3 ; 20,1] ^F
Quintile 4	15,7	[8,1 ; 23,2] ^E
Quintile 5 – le plus élevé	6,9	[2,9 ; 10,9] ^E
MILIEU		
Urbain	14,3	[10,2 ; 18,4]
Rural	8,3	[5 ; 11,7] ^E
EN EMPLOI^{4, 5}		
Oui	11,5	[7,5 ; 15,5] ^E
Non	14,4	[8,8 ; 20,1] ^E
VIVRE SEUL		
Oui	13,4	[8,4 ; 18,4] ^E
Non	12,4	[8,9 ; 16]
Minorité francophone (hors QC)	12,6	[9,5 ; 15,7]
Majorité anglophone (hors QC)	11,2	[10,5 ; 12]
Ensemble du Canada	10,8	[10,2 ; 11,5]

1. Voir les notes à la page suivante.

1. Au cours des 12 derniers mois.
2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.
3. Psychiatre, médecin de famille/omnipraticien, psychologue, personnel infirmier, travailleur social/conseiller/psychothérapeute.
4. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.
5. Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.
- E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
- F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Les personnes de la minorité francophone présentant un trouble mental, un trouble lié à la consommation de substances, ou vivant ces deux situations, sont plus susceptibles d'avoir consulté au moins un professionnel de la santé ou d'avoir été hospitalisées que les personnes qui ne sont pas touchées par ce type de difficultés.

Alors que presque deux tiers (63,7 %) des personnes de la minorité francophone présentant un trouble mental ont eu recours à une aide professionnelle, ce n'est qu'environ un quart (24,6 %) des personnes concernées par l'abus ou la dépendance aux substances qui ont fait appel à ce type d'aide.

Tableau 4.2

PROPORTION DE PERSONNES AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉES OU AYANT CONSULTÉ ^{1, 2} AU MOINS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ³ SELON CERTAINS TROUBLES MENTAUX ⁴ OU TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ⁵ , POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012			
		%	Intervalle de confiance (95 %)
TROUBLE MENTAL⁴			
Oui		63,7	[45,7 ; 81,6]
Non		9,5	[6,5 ; 12,5]
ÉPISODE DÉPRESSIF			
	Oui	71,6	[52,3 ; 90,9]
	Non	9,5	[6,6 ; 12,4]
TROUBLE BIPOLAIRE			
	Oui	x	...
	Non	x	...
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE			
	Oui	86,4	[72 ; 100,8]
	Non	10,9	[7,9 ; 13,9]
TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES⁵			
Oui		24,6	[7,2 ; 42] ^F
Non		12,3	[9 ; 15,5]
TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES^{4, 5}			
Oui		50,6	[34,4 ; 66,7]
Non		9,1	[6,1 ; 12,2] ^E

1. Voir les notes à la page suivante.

1. Au cours des 12 derniers mois.
 2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.
 3. Psychiatre, médecin de famille/omnipraticien, psychologue, personnel infirmier, travailleur social/conseiller/psychothérapeute.
 4. Épisode dépressif, trouble bipolaire ou trouble d'anxiété généralisée.
 5. Abus ou dépendance à l'alcool, au cannabis ou à d'autres drogues.
- x Donnée confidentielle.
 ... N'ayant pas lieu de figurer.
 E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
 F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ PHYSIQUE

Les personnes de la minorité francophone

- » évaluant leur santé physique comme passable ou mauvaise,
- » ayant fait de l'activité physique d'intensité modérée ou élevée au cours des sept derniers jours,

» ayant au moins un problème de santé chronique,

» ressentant des douleurs ou malaises limitant leurs activités,

sont plus nombreuses, en proportion, à avoir consulté au moins un professionnel de la santé ou à avoir été hospitalisées que les personnes se classant dans les autres catégories de ces indicateurs.

Tableau 4.3

PROPORTION DE PERSONNES AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉES OU AYANT CONSULTÉ ^{1,2} AU MOINS UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ ³ SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ PHYSIQUE, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	20,7	[11,9 ; 29,4] ^E
Bonne	12,7	[6,4 ; 18,9] ^E
Très bonne ou excellente	10,3	[6,2 ; 14,4] ^E
ACTIVITÉ PHYSIQUE		
Oui	13,4	[9,5 ; 17,2]
Non	10,5	[6,1 ; 15] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE⁴		
Oui	18,8	[14,2 ; 23,4]
Non	2,5	[0,8 ; 4,2] ^F
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	10	[6,8 ; 13,1]
Douleur limitant peu ou pas les activités	20,1	[10,5 ; 29,6] ^E
Douleur limitant beaucoup les activités ⁵	26,4	[9,3 ; 43,5] ^E

1. Au cours des 12 derniers mois.
 2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.
 3. Psychiatre, médecin de famille/omnipraticien, psychologue, personnel infirmier, travailleur social/conseiller/ psychothérapeute.
 4. Au moins un problème de santé chronique.
 5. Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.
- E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.
 F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

4.1.2 Quelles sont les ressources consultées ?

QUE MESURE-T-ON ?

Parmi l'ensemble de la population francophone hors Québec âgée de 15 ans et plus ayant consulté au moins une ressource professionnelle pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, on mesure la proportion de personnes ayant consulté un psychiatre, un médecin de famille ou omnipraticien, un psychologue, le personnel infirmier, un travailleur social/conseiller/psychothérapeute ainsi que la proportion de personnes ayant été hospitalisées, au cours des 12 mois précédant l'enquête.

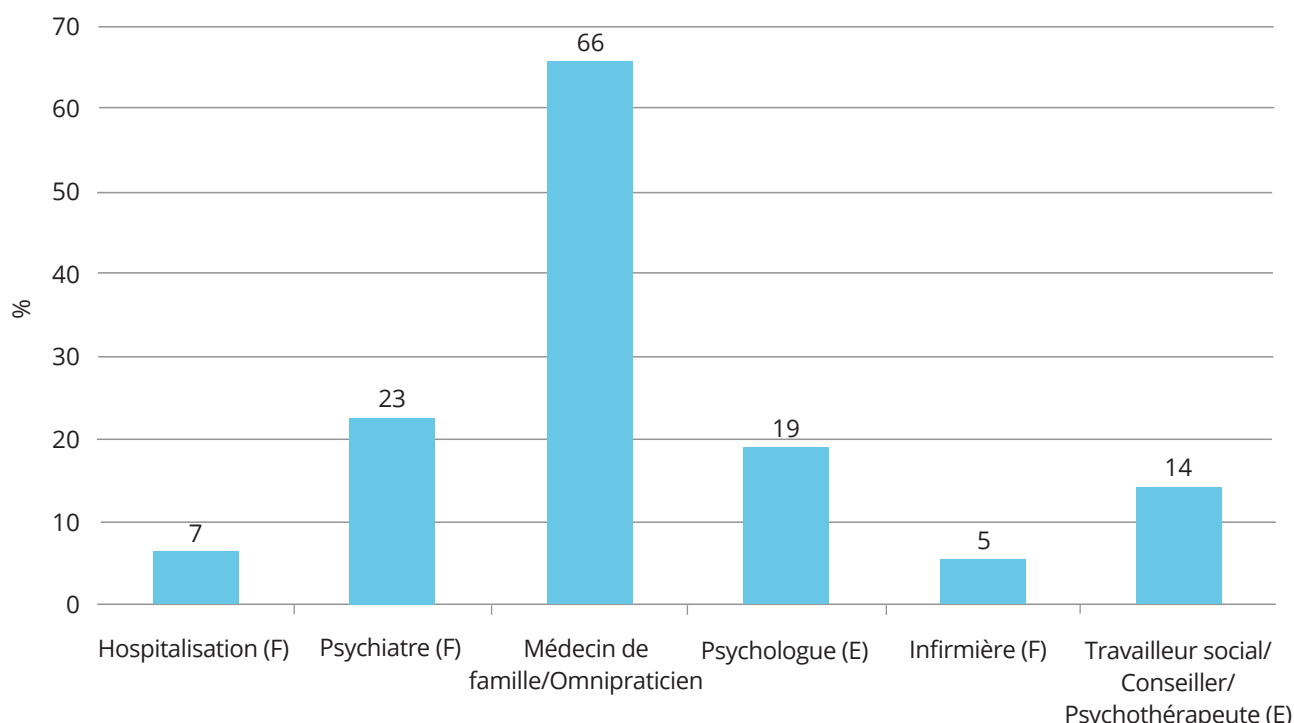
Pas de comparaison possible avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : Les questions et les choix de réponse sont différents.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Lorsqu'on examine le recours à au moins un professionnel de la santé pour des problématiques liées à la santé mentale dans la population francophone en situation minoritaire de 15 ans et plus, ce sont les médecins de famille/omnipraticiens (66 %) qui sont les plus souvent consultés, suivis des psychiatres (23 %) et des psychologues (19 %).

Figure 4.1

PROPORTION DES PERSONNES AYANT ÉTÉ HOSPITALISÉES OU AYANT CONSULTÉ^{1,2,3} UN PROFESSIONNEL DE LA SANTÉ SELON LE TYPE DE RESSOURCE, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS AYANT EU RECOURS À AU MOINS UNE RESSOURCE, 2012



1. Au cours des 12 derniers mois.

2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

3. Une personne peut avoir eu recours à plus d'une ressource.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

4.2. L'aide d'une personne de l'entourage ou d'une ressource informelle

4.2.1 Recours à l'entourage ou à une ressource informelle

QUE MESURE-T-ON ?

On mesure, au sein de la population francophone hors Québec 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 liés 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 discussion¹.

Pas de comparaison possible avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : Les questions et les choix de réponse sont différents.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES

Dans l'ensemble de la population francophone en situation minoritaire

En 2012, 14,9 % de la population francophone en situation minoritaire âgée de 15 ans et plus

a eu recours à au moins une personne de son entourage ou à une ressource informelle pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues. Cette proportion était de 16 % pour l'ensemble de Canadiens de 15 ans et plus, et de 17,2 % pour la majorité anglophone hors Québec.

Le sexe et l'âge

Les femmes de la minorité francophone sont plus susceptibles d'avoir recours à des personnes de leur entourage ou à des ressources informelles que les hommes (17,7 % c. 11,6 %).

Ce sont les 15-29 ans de la minorité francophone qui sont plus enclins à consulter une personne de leur entourage ou une ressource informelle (23,6 %). En effet, cette proportion diminue à mesure que l'âge augmente; ainsi, les proportions sont respectivement de 20,9 % chez les 30-49 ans, et de 8,7 % chez les 50 ans et plus.

L'état matrimonial

Les personnes veuves/séparées/divorcées de la minorité francophone sont plus susceptibles d'avoir recours à des personnes de leur entourage ou à des ressources informelles (21,3 %) que les personnes en couple (13,6 % et célibataires 10,8 %).

Le milieu de vie

Ce sont les personnes en milieu urbain qui sont plus enclines à consulter une personne de leur entourage ou une ressource informelle (17,2 %) que les personnes en milieu rural (9,3 %).

Tableau 4.4

PROPORTION DE PERSONNES AYANT EU RECOURS À AU MOINS UNE PERSONNE DE LEUR ENTOURAGE OU UNE RESSOURCE INFORMELLE ^{1,2} SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, MINORITÉ FRANCOPHONE ET MAJORITÉ ANGLOPHONE HORS QUÉBEC ET ENSEMBLE DU CANADA, 2012		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
SEXE		
Hommes	11,6	[7,2 ; 16] ^E
Femmes	17,7	[12,9 ; 22,5]
ÂGE		
15-29 ans	23,6	[14,7 ; 32,4] ^E
30-49 ans	20,9	[13,9 ; 27,8] ^E
50 ans et plus	8,7	[4,6 ; 12,8] ^E

1. À noter que les programmes d'aide aux employés ont été considérés comme des ressources informelles par Statistique Canada.

ÉTAT MATRIMONIAL		
Marié/union libre	13,6	[9,2 ; 18]
Veuf/séparé/divorcé	21,3	[13,8 ; 28,8] ^E
Célibataire	10,8	[4 ; 17,6] ^E
NIVEAU DE SCOLARITÉ		
< Dipl. d'études secondaires	10,6	[5,2 ; 16,1] ^E
Dipl. d'études secondaires	16	[5,5 ; 26,4] ^F
Dipl. d'études postsec. ou collégiales	15,1	[9,4 ; 20,7] ^E
Dipl. d'études universitaires	18	[10,6 ; 25,5] ^E
NIVEAU DE REVENU DU MÉNAGE		
Quintile 1 – le plus faible	17,1	[9,5 ; 24,6] ^E
Quintile 2	13,4	[5,2 ; 21,6] ^E
Quintile 3	19,7	[9,4 ; 30] ^E
Quintile 4	14	[7,3 ; 20,7] ^E
Quintile 5 – le plus élevé	10,3	[5 ; 15,7] ^E
MILIEU		
Urbain	17,2	[12,9 ; 21,5]
Rural	9,3	[5,2 ; 13,3] ^E
EN EMPLOI ^{3, 4}		
Oui	15,3	[10,9 ; 19,7]
Non	16,3	[10,3 ; 22,2] ^E
VIVRE SEUL		
Oui	10,6	[5,4 ; 15,7] ^E
Non	15,8	[11,9 ; 19,8]
Minorité francophone (hors QC)	14,9	[11,6 ; 18,2]
Majorité anglophone (hors QC)	17,2	[16,3 ; 18,2]
Ensemble du Canada	16	[15,3 ; 16,8]

1. Au cours des 12 derniers mois.

2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

3. Au cours de la semaine précédant l'entrevue.

Excluant les personnes âgées de plus de 75 ans.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

TROUBLES MENTAUX ET TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES

Les personnes de la minorité francophone présentant un trouble mental, un trouble lié à la consommation de substances, ou touchées par ces deux problématiques, sont davantage portées à avoir recours à une personne de leur entourage ou une ressource informelle que les personnes n'étant pas concernées par ces difficultés.

Tableau 4.5

PROPORTION DE PERSONNES AYANT EU RECOURS À AU MOINS UNE PERSONNE DE LEUR ENTOURAGE OU UNE RESSOURCE INFORMELLE ^{1,2} SELON CERTAINS TROUBLES MENTAUX ³ OU TROUBLES LIÉS À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES ⁴ , POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012			
		%	Intervalle de confiance (95 %)
TROUBLE MENTAL			
Oui		67,9	[51,6 ; 84,2]
Non		11,6	[8,5 ; 14,7]
ÉPISODE DÉPRESSIF			
	Oui	79,2	[64,3 ; 94,1]
	Non	11,4	[8,4 ; 14,5]
TROUBLE BIPOLAIRE (12 MOIS)			
	Oui	x	...
	Non	x	...
TROUBLE D'ANXIÉTÉ GÉNÉRALISÉE (12 MOIS)			
	Oui	83	[65,6 ; 100,4]
	Non	13,3	[10,1 ; 16,5]
TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES			
Oui		31,9	[9,7 ; 54] ^F
Non		14,3	[11 ; 17,6]
TROUBLE MENTAL OU TROUBLE LIÉ À LA CONSOMMATION DE SUBSTANCES			
Oui		55,9	[40,7 ; 71,2]
Non		10,9	[7,9 ; 13,9]

1. Au cours des 12 derniers mois.

2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

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

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

x Donnée confidentielle.

... N'ayant pas lieu de figurer.

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ PHYSIQUE

Les personnes de la minorité francophone

- » évaluant leur santé physique comme bonne,
- » ayant fait de l'activité physique d'intensité modérée ou élevée au cours des sept derniers jours,
- » ayant au moins un problème de santé chronique,
- » ressentant habituellement des douleurs ou des malaises

sont plus nombreuses, en proportion, à recourir à une personne de leur entourage ou à une ressource informelle que les personnes jugeant leur santé physique excellente ou très bonne et celles n'ayant pas de problème de santé chronique.

Toutefois, en raison des faibles effectifs, ces estimations doivent être interprétées avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations.

Tableau 4.6

PROPORTION DE PERSONNES AYANT EU RECOURS À AU MOINS UNE PERSONNE DE LEUR ENTOURAGE OU UNE RESSOURCE INFORMELLE ^{1,2} SELON CERTAINES CARACTÉRISTIQUES DE SANTÉ PHYSIQUE, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS, 2012		
	%	Intervalle de confiance (95 %)
PERCEPTION DE SA SANTÉ PHYSIQUE		
Passable ou mauvaise	15	[7,4 ; 22,6] ^E
Bonne	18,5	[11,6 ; 25,3] ^E
Très bonne ou excellente	12,7	[8,3 ; 17,1] ^E
ACTIVITÉ PHYSIQUE		
Oui	16,7	[12,5 ; 20,9]
Non	9,9	[4,6 ; 15,2] ^E
PROBLÈME DE SANTÉ CHRONIQUE³		
Oui	18,4	[13,7 ; 23,1]
Non	9,3	[5 ; 13,6] ^E
DOULEURS OU MALAISES		
Aucune douleur	13,8	[10,3 ; 17,3]
Douleur limitant peu ou pas les activités	18,2	[8,4 ; 28] ^E
Douleur limitant beaucoup les activités ⁴	20,1	[3,9 ; 36,4] ^F

1. Au cours des 12 derniers mois.

2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

3. Au moins un problème de santé chronique.

Cette catégorie comprend les choix de réponses « plusieurs » et « la plupart » en référence aux activités empêchées par les douleurs ou malaises habituellement ressentis.

E Coefficient de variation entre 16,6 % et 33,3 % ; interpréter avec prudence.

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

4.2.2 Où va-t-on chercher de l'aide ?

QUE MESURE-T-ON ?

Parmi la population francophone hors Québec âgée de 15 ans et plus ayant eu recours, au cours des 12 mois précédant l'enquête, à au moins une personne de l'entourage ou à une ressource informelle pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, on mesure la proportion de personnes dont le recours s'est fait auprès des ressources suivantes : un membre de la famille, un ami, Internet, un groupe d'entraide, une ligne téléphonique, un collègue de travail, un superviseur, un patron, un enseignant, un directeur d'école ou un programme d'aide aux employés.

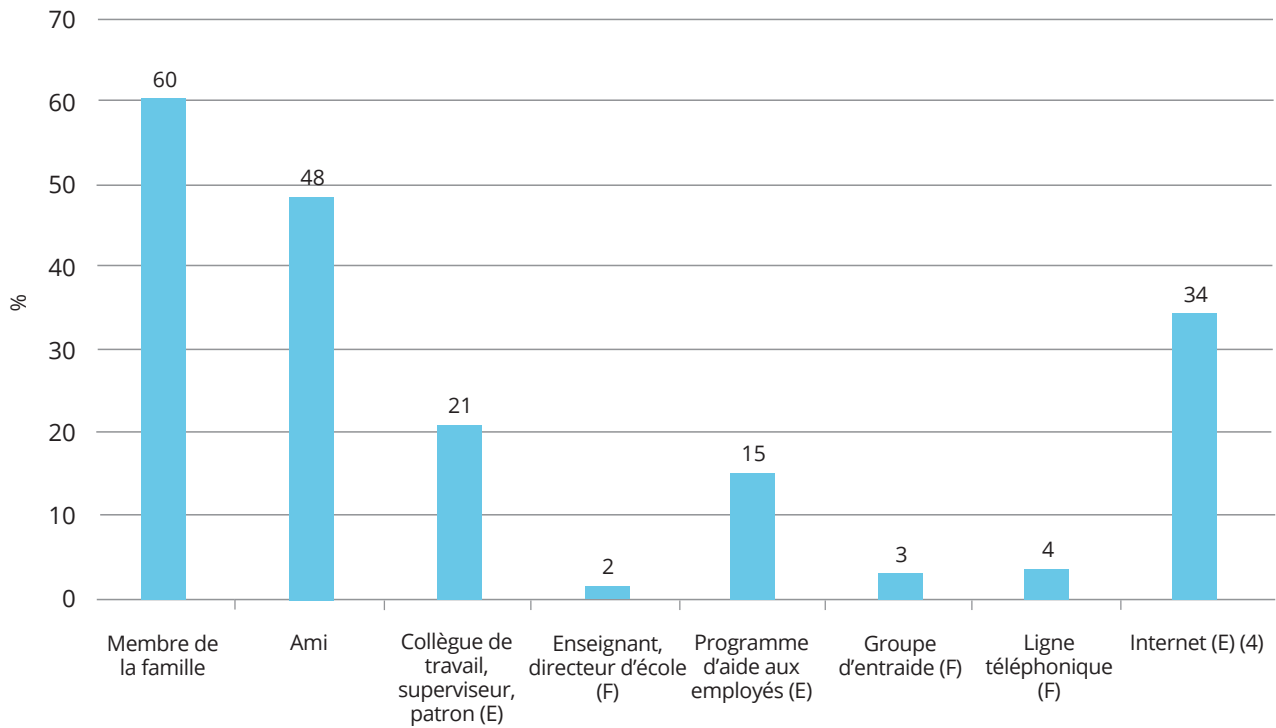
Pas de comparaison possible avec l'ESCC — Santé mentale 2002 : Les questions et les choix de réponse sont différents.

QUE DISENT LES RÉSULTATS ?

Parmi les ressources non professionnelles vers qui les personnes de la minorité francophone se sont tournées pour obtenir de l'aide pour des problèmes liés à leur santé mentale, les membres de la famille, les amis et l'internet ont été les ressources les plus sollicitées. En effet, 60 % se sont adressées à un membre de la famille, 48 %, à un ami et 34 % se sont tournés vers l'internet.

Figure 4.2

PROPORTION DE PERSONNES AYANT EU RECOURS À L'AIDE D'AU MOINS UNE PERSONNE DE LEUR ENTOURAGE OU UNE RESSOURCE INFORMELLE^{1, 2, 3} SELON LA PERSONNE OU LA RESSOURCE CONSULTÉE, POPULATION FRANCOPHONE HORS QUÉBEC DE 15 ANS ET PLUS AYANT EU RECOURS À AU MOINS UNE RESSOURCE, 2012



1. Au cours des 12 derniers mois.

2. Pour des problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

3. Une personne peut avoir eu recours à plus d'une ressource.

4. Utilisation d'Internet pour trouver de l'information sur les symptômes et les ressources ou pour participer à des forums de discussion.

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

F 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.

Source : Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale*, 2012, fichier des microdonnées. Adapté par Bouchard et al., 2019.

À RETENIR

QUANT AU RECOURS À DES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

En 2012, toutes proportions gardées, l'enquête révèle que...

Les personnes de la minorité francophone présentant l'un des troubles mentaux ou des troubles liés à la consommation de substances mesurés dans l'enquête sont plus nombreuses que celles ne vivant pas ces difficultés à avoir eu recours à une ressource professionnelle, à une personne de leur entourage ou à une ressource informelle pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues.

Les personnes qui ressentent habituellement de la douleur ou des malaises et celles qui présentent au moins un problème de santé chronique sont plus nombreuses que les personnes ne vivant pas ces difficultés à avoir consulté une ressource professionnelle en santé mentale.

Les personnes qui ont eu recours à des professionnels de la santé se sont davantage tournées vers un médecin de famille/omnipraticien, un psychiatre ou un psychologue.

Les personnes s'étant adressées à des ressources non professionnelles sont plus enclines à l'avoir fait auprès d'amis ou de membres de la famille. En outre, comparativement aux hommes, les femmes sont plus nombreuses à recourir à ces deux types de ressources.

EN 2012, DANS LA POPULATION FRANCOPHONE EN SITUATION MINORITAIRE...

12,6 % des personnes ont consulté un professionnel de la santé ou ont été hospitalisées pour des problèmes liés à leur santé mentale ou à leur consommation de substances

14,9 % des personnes ont eu recours à au moins une personne de leur entourage ou une ressource informelle

8,2 % des personnes ont eu recours à la fois aux ressources professionnelles et non professionnelles

CONCLUSION

Cette analyse secondaire de l'ESCC - Santé mentale fournit un portrait de la santé mentale de la population francophone de langue officielle en situation minoritaire, une population peu étudiée en tant que telle, et permet également d'apprécier l'influence de quelques principaux déterminants sociaux. Toutefois, compte tenu de la petite taille de l'échantillon francophone, de nombreuses données demeurent confidentielles ou présentent de larges coefficients de variation signifiant qu'il faut donc les interpréter avec prudence en raison de la variabilité élevée des estimations. Néanmoins, ce rapport présente un état des lieux de la santé mentale en 2002 et en 2012 qui permettra d'approfondir certaines analyses pour mieux comprendre l'impact de la situation minoritaire notamment sur la santé et la qualité des services en langue officielle minoritaire.

L'épisode dépressif est, au cours de la vie, le trouble mental le plus prévalent tant en 2002 qu'en 2012 (14 %) chez la minorité francophone et comparativement à la majorité anglophone hors Québec (11 %). En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, les résultats montrent, à l'instar des tendances nationales et internationales, que les femmes sont plus concernées par le trouble dépressif, que leur proportion s'est légèrement accrue en 2012, que le groupe des 30-49 ans était le plus touché en 2002, et celui des 50 ans et plus en 2012 ainsi que les personnes vivant en milieu urbain.

Parmi les troubles liés à la consommation de substances au cours de la vie, l'abus ou la dépendance à l'alcool est le trouble le plus important, sa prévalence se situant autour de 19 % autant chez la minorité francophone que chez la majorité anglophone. Les hommes sont les plus affectés.

Pris globalement, le trouble mental et le trouble lié à la consommation de substance affecteraient un peu plus les francophones en situation minoritaire (38 %) que leurs homologues anglophones (33 %), sans que toutefois une relation statistiquement significative ait pu être démontrée.

La proportion de personnes percevant leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne est similaire pour les deux populations en 2002 (65 %), mais légèrement à la baisse en 2012. En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, les femmes, les célibataires, les personnes plus faiblement scolarisées, ayant de plus faibles revenus et vivant seules sont, en proportion, moins nombreuses à déclarer une très bonne ou excellente santé mentale. Dans le même sens, les personnes déclarant la présence de maladies chroniques ne considèrent pas avoir une très bonne ou excellente santé mentale.

Minorité francophone et majorité anglophone sont également comparables en termes de proportion estimant avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes autant en 2002 qu'en 2012, cette proportion se situant autour de 67 %. En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, les femmes, les 50 ans et plus, les célibataires, les moins scolarisés, les personnes vivant seules, celles moins bien nanties et celles vivant en milieu rural sont en proportion moins nombreuses à estimer avoir une excellente ou très bonne capacité à faire face aux exigences quotidiennes. Les personnes qui ont déclaré un trouble mental, une mauvaise santé, une douleur limitant beaucoup les activités, la présence de maladies chroniques sont en proportion moins portées à estimer avoir de bonnes capacités à faire face aux exigences quotidiennes.

Le sentiment d'appartenance à la communauté était en 2002 significativement plus faible chez la minorité francophone (55 %) que chez la majorité anglophone (61 %), cependant il s'est accru pour les deux groupes en 2012, et la différence n'était plus statistiquement significative. En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, en 2012, les femmes, les 50 ans et plus, les célibataires, et les personnes en milieu rural affirment un sentiment plus fort d'appartenance à leur communauté. Les personnes ayant un trouble mental, celles concernées par l'abus ou la dépendance au cannabis, ou prenant des médicaments, sont proportionnellement moins nombreuses à exprimer un sentiment d'appartenance à leur communauté locale très fort ou plutôt fort que celles ne vivant pas ces situations. Par contre, les personnes déclarant un abus ou une dépendance à l'alcool se sentent plus fortement liées à leur communauté.

La proportion de francophones hors Québec se situant au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique était en 2002 significativement plus élevée (24 %) que chez la majorité anglophone (16 %). Toutefois, en 2012, la situation de la minorité francophone s'améliore légèrement (21 %), tandis que celle de la majorité anglophone demeure stable. En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone en 2012, les femmes, les 30 à 49 ans, les personnes veuves, séparées ou divorcées, les plus faiblement scolarisées, celles ayant les plus faibles revenus et celles vivant en milieu urbain sont proportionnellement plus nombreuses à se situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique. Sans surprise, les personnes affectées d'un trouble mental, prenant des médicaments, affligées de maladies chroniques sont proportionnellement plus nombreuses à se

situer au niveau élevé de l'indice de détresse psychologique.

Dans la même proportion, minorité francophone et majorité anglophone affirment que la plupart de leurs journées sont assez ou extrêmement stressantes (23 % en 2002), elle diminue de quelques points en 2012 (20 %). En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, les femmes, les 30-49 ans, les personnes les plus scolarisées, celles dans les deux extrêmes de l'échelle de revenu, les personnes ayant un emploi et celles vivant en milieu urbain déclarent vivre un plus grand stress. Il en est de même pour les personnes déclarant un trouble mental et des problèmes de santé chroniques.

La proportion de personnes ayant eu des pensées suicidaires au cours de leur vie est, en 2002, comparable tant chez la minorité francophone (13,6 %) que la majorité anglophone (13 %) et en 2012, elle diminue d'un point dans les deux groupes. En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, les personnes les plus portées à avoir eu des pensées suicidaires au cours de leur vie sont les femmes, les 15 à 29 ans en 2002 et les 30-49 ans en 2012, les plus faiblement scolarisées par rapport aux universitaires, les personnes ayant les plus faibles revenus par rapport au quintile de revenu supérieur et les personnes vivant seules.

Les tentatives de suicide étaient en 2002 proportionnellement et significativement plus nombreuses chez la minorité francophone (5 %) que chez la majorité anglophone (3 %). Elles ont diminué en 2012 chez la minorité francophone

(2 %), mais restée stable chez la majorité anglophone. En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, en 2012, les 30 à 49 ans, les personnes célibataires et celles vivant seules sont plus nombreuses à avoir fait une tentative de suicide.

Le recours aux ressources formelles (hôpitaux et professionnels de la santé) est, en 2012, à peu près comparable tant chez minorité francophone (13 %) que la majorité anglophone (11 %). En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone en 2012, les femmes, les 30 à 49 ans, les célibataires, les personnes vivant en milieu urbain et celles ayant un emploi y ont eu davantage recours, ainsi que les personnes ayant déclaré avoir un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances. Le médecin de famille est de loin la ressource formelle la plus consultée, suivi du psychiatre, du psychologue et du travailleur social.

Le recours aux ressources informelles (dans l'entourage) est aussi à peu près comparable chez la minorité francophone (15 %) que chez la majorité anglophone (17 %). En termes de déterminants sociaux chez la minorité francophone, les femmes, les personnes veuves, séparées ou divorcées et les personnes vivant en milieu urbain recherchent davantage une aide informelle, ainsi que les personnes ayant déclaré avoir un trouble mental ou un trouble lié à la consommation de substances. Le membre de la famille est la ressource informelle la plus recherchée, suivi de l'ami et de l'internet.

Quelques études ont relevé la difficulté pour les francophones en situation minoritaire d'obtenir des services de santé et des services sociaux dans

leur langue (Drolet, Bouchard et Savard, 2017). Les multiples réformes qui ont restructuré les systèmes de soins depuis des décennies ont toutes pour but principal de mieux répondre aux besoins des populations et des communautés. La dernière en liste vise à faire en sorte que « le bon patient reçoive les bons soins au bon moment ». Or, la réponse est encore aujourd'hui défailante en ce qui concerne les communautés francophones en situation linguistique minoritaire qui ont, non seulement à se confronter à l'absence de ressources en santé, mais, de plus, n'y ont pas accès dans leur langue, sachant que cela peut nuire aux soins, les retarder ou engendrer un mauvais diagnostic.

De l'avis de plusieurs, la santé et la maladie mentale ne sont malheureusement pas jugées prioritaires dans la plupart des systèmes de santé (Mcdaid, Hewlett et Park, 2017 ; Vigo, *et al.*, 2016). Une prise en compte rigoureuse de la santé mentale permettrait d'insister sur les modèles de prévention, les interventions en temps opportun, l'amélioration de l'accès aux traitements fondés, l'élimination des inégalités et l'intégration des déterminants sociaux dans la transformation des soins de santé mentale, et ce dans la langue officielle de choix du patient. C'est une question d'équité et de qualité des services.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

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 & Anne LEIS (2008) La santé en français. Dans Joseph-Yvon Thériault, Anne Gilbert et Linda Cardinal. L'espace francophone en milieu minoritaire au Canada : nouveaux enjeux, nouvelles mobilisations. Fides : 351-381

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.

BOUCHARD, Louise, et Martin DESMEULES (2011). Minorités de langue officielle du Canada : égales devant la santé? Québec, Presses de l'Université du Québec.

CAMIRAND, Hélène, et Virginie NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005, *Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* », *Zoom santé*, Institut de la statistique du Québec, 4 p.

CARON, Jean (2013). « Une validation de la forme abrégée de l'Échelle de provisions sociales : l'ÉPS-10 items », *Santé mentale au Québec*, vol. 38, n° 1, p. 297-318.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et de services sociaux, Québec, Gouvernement du Québec, 232 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CMSC) (2012). La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada, s.l., la Commission

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CMSC) (2017). Faire valoir les arguments en faveur des investissements dans le système de santé mentale du Canada à l'aide de considérations économiques,

DIETRICH, Sandra, Stephanie DECKER, Martib CEYNOWA, Ulrich HEGRTL, et Katarina STENGLER (2012). "Depression in the workplace: a systematic review of evidence-based prevention strategies", *International Archives of Occupational and Environmental Health*, Vol. 85, N°. 1, p. 1-11.

DROLET, Marie, Pier BOUCHARD et Jacinthe Savard (dir). *Accessibilité et offre active : Santé et services sociaux en contexte linguistique minoritaire*. Presses de l'Université d'Ottawa.

FINDLAY, Leanne C., et Adam SUNDERLAND (2014). « Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans », *Rapports sur la santé*, vol. 25, n° 12, no 82-003-X au catalogue, p. 3-13.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (2009). *Explorer la santé mentale positive*, Ottawa, 95 p.

JOUBERT, Nathalie (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive. Article complémentaire sur le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé*, Ottawa, ICIS, 33 p.

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, n° 6, p. 959-976.

KEYES, Corey L. M. (2002). "The Mental Health Continuum: from languishing to flourishing in life", *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 43, n° 2, p. 207-222.

LESAGE, Alain, Francine BERNÈCHE et Monique 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.

McDAID, David, Emily HEWLETT, et A-La PARK (2017). *Understanding effective approaches to promoting mental health and preventing mental illness*, OECD Health Working Papers, N° 97, [En ligne]. <http://dx.doi.org/10.1787/bc364fb2-en> (Consulté le 7 février, 2018)

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1946) Constitution. Récupéré de <https://www.who.int/fr/about-us/who-we-are/constitution> (Consulté le 23 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).

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)

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.

ROBERT, Glen, et Kelly GRIMES (2011). Rendement du capital investi. Promotion de la santé mentale et prévention de la maladie mentale, Réseau canadien des politiques de l'université Western Ontario et Institut canadien d'information sur la santé.

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.

SMETANIN, Paul, David STIFF, Carla BRIANTE, Carol E ADAIR, Sheeba AHMAD, et Minhal KHAN (2011). The life and economic impact of major mental illness in Canada: 2011 to 2041. RiskAnalytica pour la Commission de la santé mentale du Canada.

STATISTIQUE CANADA (2017). *Le français, l'anglais et les minorités de langue officielle au Canada*, Recensement de la population, 2016. Produit N° 98-200-X2016011 au catalogue.

STATISTIQUE CANADA (2013a). *Dictionnaire de données pour le fichier de partage de l'ESCC – Santé mentale 2012*, 714 p.

STATISTIQUE CANADA (2013b). *Guide de l'utilisateur des fichiers de l'ESCC – Santé mentale*, 206 p.

STATISTIQUE CANADA (2013c). *Spécifications des variables dérivées pour le fichier de partage de l'ESCC — Santé mentale 2012*, 324 p.

VIGO, Daniel, Graham THORNICROFT et Rifat ATUN (2016). "Estimating the true burden of mental illness", *Lancet Psychiatry*, Vol.3, p.171-78.

