

Rapports sur la santé

Étude des disparités dans l'utilisation des soins de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété

par Ellen Stephenson et Amélie Fournier

Date de diffusion : le 21 janvier 2026



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par la ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par la ministre de l'Industrie, 2026

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Étude des disparités dans l'utilisation des soins de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété

par Ellen Stephenson  et Amélie Fournier 

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202600100001-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété a augmenté au Canada au cours des 10 dernières années, et une grande proportion de personnes qui en sont atteintes ne reçoivent pas d'aide professionnelle. La présente étude vise à comprendre la manière dont certains facteurs sociodémographiques, y compris l'âge, le genre, le statut d'immigrant, le groupe de population et le revenu du ménage, sont associés à l'utilisation des soins de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur ou de troubles d'anxiété.

Données et méthodologie

Les données tirées de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de 2022 ont été utilisées aux fins d'évaluation du nombre de personnes répondant aux critères de certains troubles de l'humeur et troubles d'anxiété ayant : 1) parlé de leur santé mentale à un professionnel de la santé ; 2) reçu des services de consultation ou de thérapie au cours des 12 mois précédant l'enquête. Des tests du chi carré et des modèles de régression logistique ont été utilisés pour examiner les différences démographiques dans l'utilisation des soins de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété.

Résultats

Le recours aux soins de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur ou de troubles d'anxiété était plus faible chez les jeunes de 15 à 24 ans, les adultes de 45 ans et plus, les hommes, les immigrants récents et les personnes dont le revenu du ménage était de 40 000 \$ à 79 999 \$ après la prise en compte d'autres facteurs sociodémographiques. Les raisons le plus souvent invoquées pour ne pas avoir reçu de services de consultation ou de thérapie comprenaient les obstacles comportementaux et structurels.

Interprétation

Des disparités dans l'utilisation des soins de santé mentale existent au-delà des différences dans la prévalence sous-jacente des troubles mentaux. Différents groupes sociodémographiques peuvent se heurter à des obstacles comportementaux et structurels qui peuvent contribuer aux difficultés d'accès aux soins.

Mots clés

accès aux soins de santé, troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, inégalités en matière de santé

AUTEURES

Ellen Stephenson et Amélie Fournier travaillent au Centre de données sur la santé de la population, Direction de la statistique de la santé et de la démographie de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Au Canada, la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété a augmenté de façon notable au cours des 10 dernières années. Malgré cette augmentation, la moitié des personnes atteintes de troubles de l'humeur, de trouble d'anxiété ou de troubles liés à la consommation de substances déclarent n'avoir pas reçu d'aide professionnelle en matière de santé mentale au cours des 12 derniers mois.
- Des disparités sociodémographiques ont été constatées quant à la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété ainsi que des comportements relatifs à la recherche de soins. Toutefois, les études ne tiennent pas toujours compte des différences dans la prévalence des troubles mentaux lorsqu'il s'agit d'évaluer les disparités dans l'utilisation des soins de santé entre les groupes démographiques.

Ce qu'apporte l'étude

- Les disparités observées dans l'utilisation des soins de santé mentale selon l'âge, le genre, le statut d'immigrant et le revenu du ménage n'ont pu être pleinement attribuées à d'autres facteurs démographiques ni à des différences entre les groupes en ce qui a trait à la présence de troubles de santé mentale sous-jacents.
- Les faibles résultats obtenus quant au besoin perçu de soins de santé mentale chez les hommes pourraient contribuer aux différences selon le genre dans l'utilisation de tels soins, tandis que l'élimination des obstacles structurels à l'accès aux soins pourrait constituer une cible d'intervention plus importante au sein des populations immigrantes.

La prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété a considérablement augmenté au cours des 10 dernières années, les taux de prévalence de certains troubles au Canada ayant doublé de 2012 à 2022¹. Les traitements efficaces contre les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété comprennent les médicaments ainsi que les interventions psychologiques ou les thérapies visant à gérer les symptômes et à améliorer la qualité de vie²⁻⁴. Néanmoins, de nombreuses personnes doivent faire face à des défis lorsqu'elles tentent d'accéder aux services de soins de santé mentale. En 2022, environ la moitié des Canadiens de 15 ans et plus qui répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur, d'un trouble d'anxiété ou d'un trouble lié à l'utilisation de substances avaient parlé de leur santé mentale à un professionnel en la matière au cours de l'année précédente. Le tiers de ces personnes avait reçu de l'aide sous forme de consultation ou de thérapie¹. Les différences dans la prévalence de certains troubles de santé mentale selon les groupes sociodémographiques sont importantes à considérer lors de l'évaluation des disparités dans l'utilisation des soins de santé mentale⁵⁻⁶. Les femmes ont tendance à être plus touchées que les hommes par les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété et sont également plus susceptibles de recevoir des soins^{1,7,8}. Les personnes plus jeunes sont davantage susceptibles d'être atteintes de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété que celles de groupes d'âge plus avancé¹. Elles seraient également plus susceptibles que les adultes plus âgés d'avoir recours aux services de soins de santé mentale⁸. Toutefois, des défis particuliers peuvent se poser aux jeunes⁹ et aux adolescents en transition vers des services de soins de santé pour adultes¹⁰. Chez les groupes racisés et les populations immigrantes au Canada, on observe généralement une

prévalence autodéclarée plus faible des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété^{1,11,12} ainsi qu'un moindre recours aux soins formels en matière de santé mentale¹³⁻¹⁶. Les résultats en matière de revenu sont relativement mitigés : certaines études permettent de constater une utilisation accrue des soins de santé mentale chez les groupes à revenu plus élevé, alors que d'autres ne relèvent aucun lien cohérent entre le revenu ou la richesse et le recours aux soins de santé pour des troubles mentaux courants, y compris la dépression¹⁸.

Les disparités en matière d'accès aux soins chez les jeunes femmes et les filles⁹ ainsi que sur les jeunes 2ELGBTQ+ ont fait l'objet d'analyses récentes fondées sur l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS) de 2022¹⁹. La présente étude s'inscrit dans le prolongement de ces travaux et vise à examiner la mesure dans laquelle l'accès au soutien professionnel, le recours aux services de consultation et de thérapie, et les obstacles à l'accès aux soins diffèrent selon le groupe d'âge. L'étude se penche également sur les disparités en matière d'accès aux soins chez divers groupes racisés, selon le statut d'immigrant. En 2021, les immigrants représentaient près du quart de la population canadienne, et cette proportion devrait augmenter pour dépasser les 30 % au cours des 20 prochaines années²⁰. La recherche de solutions pour répondre aux besoins en soins de santé des nouveaux arrivants au Canada et surmonter les obstacles particuliers auxquels les immigrants doivent faire face pourrait devenir de plus en plus importante.

Les recherches sur les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété ainsi que sur les besoins insatisfaits en matière de soins de santé mentale se limitent parfois aux personnes qui ont été en mesure d'accéder aux soins nécessaires pour obtenir un diagnostic clinique²¹⁻²³. En examinant plus particulièrement les

personnes qui répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété en fonction de leurs symptômes au cours des 12 derniers mois, on tient compte des différences dans la prévalence sous-jacente de ces troubles selon les groupes sociodémographiques, tout en incluant les personnes éprouvant des difficultés à recevoir un diagnostic formel à ce chapitre. Cette approche permet de déterminer si des disparités dans l'utilisation des soins de santé existent au-delà des différences démographiques établies quant à la prévalence de ces troubles. Elle contribue également à fournir des renseignements qui peuvent appuyer les efforts visant à améliorer l'accès aux soins.

Méthodologie

Sources des données

La présente étude repose sur des données tirées de l'ESMAS de 2022, menée par Statistique Canada du 17 mars au 31 juillet 2022²⁴. L'enquête a été réalisée au moyen d'un questionnaire électronique dirigé par un interviewer auprès de 9 861 personnes de 15 ans et plus vivant dans les 10 provinces (taux de réponse = 25 %). L'échantillon de l'enquête a été sélectionné parmi les répondants ayant rempli le questionnaire détaillé du Recensement de 2021 et a exclu les personnes vivant dans une réserve ou un établissement des Premières Nations, les membres à temps plein des Forces canadiennes, ainsi que les personnes vivant dans un établissement institutionnel. La population cible a été stratifiée selon le groupe d'âge (15 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus), le genre et le groupe de population et un suréchantillonnage a été effectué pour quatre groupes racisés (Sud-Asiatique, Noir, Chinois et Philippin)²⁴.

Mesures

Caractéristiques sociodémographiques

L'ESMAS a permis de recueillir des renseignements démographiques, y compris l'âge, le genre, le pays de naissance, l'année d'arrivée au Canada (pour les immigrants) et le groupe de population. Bien que la collecte de données ait été réalisée auprès de multiples groupes racisés, il est important de mentionner que les analyses réalisées dans le cadre de l'enquête se sont concentrées sur quatre groupes suréchantillonnés, à savoir les populations sud-asiatique, noire, chinoise et philippine. Dans les analyses finales, les données sur les groupes racisés non suréchantillonnés, y compris les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés, ont été regroupées en une seule catégorie appelée « autres groupes racisés ». Des groupes de population distincts ont été créés pour les répondants autochtones (c.-à-d. Premières Nations, Métis ou Inuk [Inuit]) et pour les répondants non autochtones et non racisés. Compte tenu de la taille de l'échantillon, il n'a pas été possible de présenter les résultats séparément pour les différents groupes

autochtones. Ces résultats doivent également être interprétés avec prudence, étant donné que certaines populations autochtones ont été exclues du champ de l'enquête (p. ex. Premières Nations vivant dans une réserve ou personnes vivant dans l'Inuit Nunangat).

Des études antérieures ont révélé que les résultats en matière de santé mentale chez les immigrants au Canada variaient en fonction de la durée de leur séjour au Canada^{25,26}. Lorsque c'était possible, les répondants nés à l'extérieur du Canada ont été répartis en deux groupes : immigrants récents (vivant au Canada depuis moins de 10 ans) et immigrants de longue date (vivant au Canada depuis 10 ans ou plus).

Les données sur le revenu total des ménages provenant de toutes les sources pour 2020 ont été obtenues à partir des dossiers fiscaux couplés au moyen du fichier diffusé du Recensement de 2021.

Troubles de l'humeur ou troubles d'anxiété

L'ESMAS repose sur une version modifiée de la « Composite International Diagnostic Interview » de l'Organisation mondiale de la Santé (CIDI-OMS) afin de cerner les personnes atteintes de troubles de l'humeur (épisode dépressif majeur, troubles bipolaires I et II, et hypomanie) ou de troubles d'anxiété (trouble d'anxiété généralisée et phobie sociale) au cours des 12 mois précédant l'enquête²⁷. Même si cette classification ne constitue pas un diagnostic clinique, la CIDI-OMS est un outil largement reconnu et normalisé, utilisé pour évaluer les troubles mentaux dans le cadre d'enquêtes menées auprès de la population, conformément aux critères définis dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Bien qu'une cinquième édition de ce manuel (DSM-5) ait été publiée en 2013 et qu'une révision du texte (DSM-5-TR) l'ait été en 2022, une version modifiée de la CIDI-OMS n'était pas disponible pendant la période de collecte des données. Les critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'anxiété mesurés dans la présente étude ont fait l'objet de quelques modifications mineures dans le DSM-5-TR^{28,29}.

Utilisation des soins de santé mentale

Deux mesures du recours aux soins de santé mentale ont été prises en considération. Premièrement, les personnes ayant participé à l'enquête ont été regroupées selon qu'elles avaient consulté un professionnel ou eu recours à un service professionnel au cours des 12 mois précédant l'interview afin de traiter de problèmes liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues. Les professionnels compris dans cette catégorie sont les psychiatres, les médecins de famille, les omnipraticiens, les psychologues, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les conseillers et les psychothérapeutes. Les services professionnels comprenaient également l'hospitalisation et la thérapie en ligne. La deuxième mesure allait au-delà du simple fait d'avoir parlé de sa santé mentale à un professionnel et n'incluait que les répondants ayant déclaré avoir reçu des services de consultation ou de

thérapie. La question suivante a été posée aux répondants : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu les types d'aide suivants en raison de problèmes liés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? » L'une des options de réponse était « consultation, thérapie, ou aide au niveau des relations interpersonnelles ». Les personnes ayant déclaré ne pas avoir reçu ce type de service ont été invitées à indiquer si elles estimaient en avoir besoin et à préciser, au moyen d'une liste de réponses proposées, la raison pour laquelle elles n'avaient pas reçu ce soutien. Les personnes ayant déclaré estimer avoir besoin de ce type de soutien ont été classées comme ayant un besoin perçu de consultation ou de thérapie.

Analyses statistiques

Le pourcentage de la population qui répondait aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété a été estimé et comparé selon le genre, le groupe d'âge, le statut d'immigrant, le groupe de population et le niveau de revenu à l'aide de tests du chi carré de Rao-Scott, et des comparaisons par paires supplémentaires entre les proportions étant effectuées à l'aide de tests z. Ensuite, le pourcentage de la population ayant consulté un professionnel et le pourcentage de la population ayant reçu des services de consultation ou de thérapie ont été estimés en fonction des mêmes caractéristiques sociodémographiques. Des estimations distinctes du recours aux soins de santé mentale ont été fournies pour l'ensemble de la population canadienne et pour la sous-population canadienne répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété.

Tableau 1

Prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété et utilisation des soins de santé mentale au sein de la population canadienne de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques sociodémographiques

	Personnes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété			Personnes ayant consulté un professionnel de la santé			Personnes ayant reçu des services de consultation ou de thérapie		
	%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Total	15,4	14,6	16,3	16,8	15,9	17,7	14,5	13,6	15,4
Groupe d'âge									
15 à 24 ans [†]	29,1	26,9	31,5	23,3	21,1	25,6	21,2	19,1	23,4
25 à 44 ans	19,4 *	17,6	21,4	22,9	21,0	25,0	20,6	18,8	22,6
45 ans et plus	9,1 *	8,1	10,2	11,2 *	10,2	12,4	8,9 *	7,9	9,9
Genre									
Homme+ [†]	11,4	10,3	12,6	12,0	10,9	13,2	10,2	9,2	11,4
Femmes+	19,3 *	18,0	20,7	21,4 *	20,1	22,8	18,5 *	17,3	19,9
Statut d'immigrant									
Personne née au Canada [†]	17,6	16,4	18,8	19,3	18,2	20,6	17,2	16,1	18,4
Personne vivant au Canada depuis moins	11,0 *	8,9	13,5	7,8 *	6,0	10,3	6,7 *	5,1	8,7
Personne vivant au Canada depuis 10 ans	10,3 *	8,8	12,0	11,5 *	10,1	13,2	8,3 *	7,1	9,7
Groupe de population									
Sud-Asiatique	11,7 *	9,8	14,0	11,5 *	9,5	13,9	10,4 *	8,5	12,6
Chinois	8,7 *	7,1	10,8	9,4 *	7,6	11,5	7,8 *	6,2	9,6
Noir	14,6	12,2	17,4	13,7 *	11,5	16,3	10,8 *	8,8	13,1
Philippin	10,1 *	8,0	12,6	9,8 *	7,7	12,2	7,1 *	5,3	9,4
Autres groupes racisés	16,6	13,5	20,2	15,6	12,7	19,2	11,1 *	8,7	14,1
Autochtone	23,0	15,8	32,1	20,9	14,7	28,7	21,0	14,6	29,1
Personnes non racisées et non	16,1	15,0	17,3	18,1	17,0	19,4	15,8	14,7	17,0
Revenu du ménage									
39 999 \$ ou moins [†]	16,6	13,9	19,8	18,2	15,5	21,2	14,6	12,2	17,4
40 000 \$ à 79 999 \$	13,9	12,1	16,0	14,9	13,1	16,9	12,6	10,9	14,5
80 000 \$ à 149 999 \$	15,6	14,2	17,1	17,2	15,7	18,8	14,8	13,4	16,4
150 000 \$ ou plus	16,1	14,5	17,9	17,5	15,9	19,3	15,7	14,1	17,4

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : La catégorie « hommes+ » comprend les hommes (et les garçons) de même que certaines personnes non binaires. La catégorie « femmes+ » comprend les femmes (et les filles) de même que certaines personnes non binaires. Les autres groupes racisés comprennent les groupes qui représentaient chacun moins de 2 % de la population (p. ex. Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais), les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés et les personnes appartenant à des groupes racisés non inclus ailleurs. La taille de l'échantillon ne permettait pas une désagrégation plus poussée des données. Le groupe de population Autochtone comprend les membres de Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuk (Inuit). La taille de l'échantillon ne permettait pas une désagrégation plus poussée des données.

Source : Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins, 2022.

Des modèles de régression logistique ont été utilisés pour évaluer l'effet combiné de plusieurs facteurs démographiques (âge, genre, statut d'immigrant, groupe de population et revenu du ménage) sur l'utilisation des soins de santé mentale chez les personnes répondant aux critères de trouble de l'humeur ou de trouble d'anxiété. Deux modèles ont été adaptés aux données : l'un pour avoir parlé à un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale, et l'autre pour avoir reçu des services de consultation ou de thérapie.

Le besoin perçu de consultation ou de thérapie et les raisons les plus courantes de ne pas avoir reçu de tels services ont fait l'objet de comparaisons entre les groupes sociodémographiques pour mieux comprendre les disparités observées dans l'utilisation des soins de santé mentale.

Des poids d'enquête, des poids bootstrap et un facteur de correction de la variance pour tenir compte du plan de sondage de l'ESMAS ont été intégrés dans l'analyse. Toutes les analyses statistiques ont été effectuées à l'aide de la version 9.4 du logiciel SAS³⁰.

Tableau 2

Utilisation des soins de santé mentale au cours des 12 mois précédents chez les personnes répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété

	Personnes ayant consulté un professionnel de la santé			Personnes ayant reçu des services de consultation ou de thérapie		
	%	Intervalle de confiance de 95 %		%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Total	51,4	48,1	54,7	46,6	43,3	50,0
Groupe d'âge						
15 à 24 ans [†]	49,2	44,2	54,2	44,5	39,6	49,6
25 à 44 ans	56,4	50,8	61,8	51,9	46,2	57,6
45 ans et plus	46,5 [‡]	40,4	52,7	41,2 [‡]	35,3	47,2
Genre						
Homme+ [†]	42,4	37,1	47,9	40,2	34,9	45,8
Femmes+	56,4 [*]	52,4	60,4	50,1 [*]	46,0	54,3
Statut d'immigrant						
Personne née au Canada [†]	53,5	49,6	57,2	49,4	45,6	53,2
Personne vivant au Canada depuis moins de 10 ans	34,2 [*]	25,1	44,7	30,5 [*]	21,8	40,9
Personne vivant au Canada depuis 10 ans ou plus	45,1	37,1	53,4	36,5 [*]	29,0	44,8
Groupe de population						
Sud-Asiatique	46,9	37,3	56,8	41,6	32,6	51,2
Chinois	40,7 [*]	31,1	51,2	36,2 [*]	26,9	46,7
Noir	41,1 [*]	32,4	50,5	33,1 [*]	25,3	41,9
Philippin	38,4 ^{*E}	27,1	51,2	36,4 ^E	25,3	49,1
Autres groupes racisés	46,9	36,5	57,6	37,9	27,9	49,0
Autochtone	F	F	F	F	F	F
Personnes non racisées et non autochtones [†]	53,3	49,2	57,5	48,7	44,6	52,9
Revenu du ménage						
39 999 \$ ou moins [†]	60,5	50,6	69,5	54,5	44,6	64,0
40 000 \$ à 79 999 \$	43,6 [*]	36,2	51,3	41,4 [*]	34,1	49,1
80 000 \$ à 149 999 \$	53,2	47,9	58,3	46,8	41,3	52,3
150 000 \$ ou plus	51,3	45,6	57,0	47,3	41,5	53,1

^E à utiliser avec prudence

^F trop peu fiable pour être publié

^{*} valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] catégorie de référence

[‡] valeur significativement différente de l'estimation pour les personnes de 25 à 44 ans ($p < 0,05$)

Notes : La catégorie « hommes+ » comprend les hommes (et les garçons) de même que certaines personnes non binaires. La catégorie « femmes+ » comprend les femmes (et les filles) de même que certaines personnes non binaires. Les autres groupes racisés comprennent les groupes qui représentaient chacun moins de 2 % de la population (p. ex. Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen et Japonais), les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés et les personnes appartenant à des groupes racisés non inclus ailleurs. La taille de l'échantillon ne permettait pas une désagrégation plus poussée des données. Le groupe de population Autochtone comprend les membres de Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuk (Inuit). La taille de l'échantillon ne permettait pas une désagrégation plus poussée des données. Les répondants pour lesquels il manquait des données sur l'état de santé ou la variable sociodémographique ont été exclus. Les tailles d'échantillon obtenues pour les analyses présentées dans ce tableau variaient de 1 228 à 1 278.

Source : Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins, 2022.

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés pour l'association entre les caractéristiques sociodémographiques et l'utilisation des soins de santé mentale chez les personnes répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété

	Personnes ayant consulté un professionnel de la santé			Personnes ayant reçu des services de consultation ou de thérapie		
	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance de 95 %		Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Groupe d'âge						
15 à 24 ans [†]	1,00	...	...	1,00	...	...
25 à 44 ans	1,38 *	1,00	1,91	1,35	0,98	1,86
45 ans et plus	0,88	0,62	1,25	0,84	0,59	1,20
Genre						
Homme+ [†]	1,00	...	...	1,00	...	...
Femmes+	1,90 *	1,42	2,54	1,60 *	1,18	2,16
Statut d'immigrant						
Personne née au Canada [†]	1,00	...	...	1,00	...	...
Personne vivant au Canada depuis moins de 10 ans	0,39 *	0,22	0,67	0,43 *	0,25	0,76
Personne vivant au Canada depuis 10 ans ou plus	0,75	0,48	1,19	0,65	0,40	1,05
Groupe de population						
Sud-Asiatique	1,09	0,67	1,77	1,05	0,65	1,69
Chinois	0,63	0,37	1,07	0,65	0,38	1,11
Noir	0,77	0,48	1,23	0,66	0,41	1,06
Philippin	0,76	0,41	1,41	0,85	0,44	1,62
Autres groupes racisés	0,91	0,52	1,58	0,80	0,45	1,41
Autochtone	0,94	0,39	2,28	1,33	0,57	3,07
Personnes non racisées et non autochtones [†]	1,00	...	...	1,00	...	...
Revenu du ménage						
39 999 \$ ou moins [†]	1,00	...	...	1,00	...	...
40 000 \$ à 79 999 \$	0,45 *	0,27	0,76	0,53 *	0,32	0,90
80 000 \$ à 149 999 \$	0,67	0,42	1,06	0,66	0,41	1,05
150 000 \$ ou plus	0,64	0,39	1,05	0,70	0,43	1,14

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : La catégorie « hommes+ » comprend les hommes (et les garçons) de même que certaines personnes non binaires. La catégorie « femmes+ » comprend les femmes (et les filles) de même que certaines personnes non binaires. Les autres groupes racisés comprennent les groupes qui représentaient chacun moins de 2 % de la population (p. ex. Arabe, Latino-Américain, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidentale, Coréen et Japonais), les personnes appartenant à plusieurs groupes racisés et les personnes appartenant à des groupes racisés non inclus ailleurs. La taille de l'échantillon ne permettait pas une désagrégation plus poussée des données. Le groupe de population Autochtone comprend les membres de Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuk (Inuit). La taille de l'échantillon ne permettait pas une désagrégation plus poussée des données. Les répondants pour lesquels il manquait des données sur l'état de santé ou la variable sociodémographique ont été exclus. Les tailles d'échantillon obtenues pour les analyses présentées dans ce tableau variaient de 1 228 à 1 278.

Source : Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins, 2022.

Résultats

Parmi les personnes de 15 ans et plus vivant au Canada, la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété sur 12 mois variait selon l'âge, le genre, le statut d'immigrant et le groupe de population (tableau 1). Des différences ont également été observées pour les deux mesures de l'utilisation des soins de santé mentale selon ces caractéristiques sociodémographiques (tableau 1). Les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de répondre aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété, d'avoir parlé à un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale et d'avoir reçu des services de consultation ou de thérapie pour des problèmes de santé mentale. De manière similaire, les jeunes de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles de répondre aux critères diagnostiques d'un

trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété, comparativement aux personnes de 25 à 44 ans et à celles de 45 ans et plus. Ils étaient également plus susceptibles que les personnes de 45 ans et plus d'avoir parlé à un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale et d'avoir reçu de l'aide sous forme de services de consultation ou de thérapie pour des problèmes de santé mentale.

La prévalence des troubles de l'humeur ou des troubles d'anxiété, de la consultation de professionnels de la santé ainsi que du recours aux services de consultation ou de thérapie était beaucoup plus faible chez les immigrants récents (vivant au Canada depuis moins de 10 ans) et les immigrants de longue date (vivant au Canada depuis 10 ans ou plus) que chez les personnes nées au Canada, ainsi que chez les groupes de population Sud-Asiatique, Chinois et Philippin par rapport aux personnes non racisées et non autochtones (tableau 1). Même si

les personnes noires étaient moins susceptibles d'avoir eu recours à des services de soins de santé mentale que les personnes non autochtones et non racisées, il n'y avait pas de différence importante entre ces groupes quant à la proportion de personnes répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété (tableau 1).

Lorsque l'analyse était limitée à la sous-population répondant aux critères d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété (tableau 2), les différences selon l'âge, le genre et le statut d'immigrant demeuraient statistiquement significatives pour les deux mesures de l'utilisation des soins de santé mentale ($p < 0,05$ pour tous les tests de chi carré). Les résultats en fonction du groupe racisé présentaient une différence importante en ce qui a trait au recours à la consultation ou à la thérapie ($\chi^2_{(6)} = 14,4$, $p = 0,025$), mais pas au fait d'avoir consulté un professionnel de la santé ($\chi^2_{(6)} = 8,6$, $p = 0,196$). Cet effet

notable était en grande partie attribuable à une différence de proportion importante entre les personnes noires (33,1 %) et les personnes non racisées et non autochtones (48,7 %) ayant reçu de l'aide sous forme de consultation ou de thérapie. Le revenu du ménage était associé au fait d'avoir parlé de sa santé mentale à un professionnel de la santé ($\chi^2_{(3)} = 8,2$, $p = 0,042$), mais ne l'était au fait d'avoir reçu des services de consultation ou de thérapie ($\chi^2_{(3)} = 4,4$, $p = 0,221$). Une proportion plus élevée de personnes appartenant à la catégorie des revenus les plus faibles (39 999 \$ ou moins) avaient consulté un professionnel de la santé relativement à un problème lié à la santé mentale comparativement à celles appartenant à la deuxième catégorie des revenus les plus faibles (40 000 \$ à 79 999 \$).

Une fois tous ces facteurs sociodémographiques pris en compte simultanément dans un même modèle de régression, l'âge, le genre, le statut d'immigrant et le revenu du ménage étaient

Tableau 4
Besoin perçu de consultation ou de thérapie chez les personnes n'ayant pas reçu ce type de services et répondant aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété

	Besoin perçu de consultation ou de thérapie		
	%	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à
Total	29,6	25,6	33,9
Groupe d'âge			
15 à 24 ans [†]	29,9	24,1	36,4
25 à 44 ans	35,5	28,0	43,8
45 ans et plus	22,7	16,7	30,1
Genre			
Hommes [†]	20,9	15,9	27,0
Femmes [†]	35,4 *	29,9	41,3
Statut d'immigrant			
Personne née au Canada [†]	31,5	26,6	36,8
Immigrant	24,7	18,7	31,9
Groupe de population			
Personnes appartenant à un groupe racisé	27,3	21,8	33,6
Personnes non racisées non autochtones [†]	30,4	25,3	35,9
Revenu du ménage			
39 999 \$ ou moins [†]	23,8 ^E	13,6	38,2
40 000 \$ à 79 999 \$	25,4	17,1	35,8
80 000 \$ à 149 999 \$	36,8	30,0	44,1
150 000 \$ ou plus	25,5	19,3	33,0

^E à utiliser avec prudence

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : La catégorie « hommes+ » comprend les hommes (et les garçons) de même que certaines personnes non binaires. La catégorie « femmes+ » comprend les femmes (et les filles) de même que certaines personnes non binaires. En raison de la petite taille de l'échantillon, certaines catégories ont été combinées afin de créer deux groupes pour chaque variable. L'analyse en fonction du groupe de population a exclu les Autochtones parce qu'on ne leur a pas posé la question portant sur l'appartenance à un groupe racisé et que la taille de leur échantillon était trop petite pour produire une estimation distincte. Les répondants pour lesquels il manquait des données sur l'état de santé ou la variable sociodémographique ont été exclus. Les tailles d'échantillon obtenues pour les analyses présentées dans ce tableau variaient de 654 à 691.

Source : Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins, 2022.

associés de façon unique au recours à des soins de santé mentale chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur ou de troubles d'anxiété (tableau 3). Les adultes de 25 à 44 ans qui répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété étaient plus susceptibles d'avoir parlé de leur santé mentale à un professionnel de la santé que les jeunes âgés de 15 à 24 ans (rapport de cotes [RC] = 1,38). Les femmes qui répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété étaient 1,90 fois plus susceptibles d'avoir parlé à un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale et 1,60 fois plus susceptibles d'avoir reçu des services de consultation ou de thérapie que les hommes qui répondaient aux mêmes critères diagnostiques. Les personnes qui ont immigré au Canada au cours des 10 années ayant précédé l'enquête et qui répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété étaient moins susceptibles que les personnes nées au Canada d'avoir parlé de leur santé mentale à un professionnel de la santé (RC = 0,39) ou d'avoir reçu de l'aide sous forme de consultation ou de thérapie (RC = 0,43). Comparativement aux personnes ayant un revenu du ménage de 39 999 \$ ou moins, celles dont le revenu du ménage était de 40 000 \$ à 79 999 \$ et qui répondaient aux critères diagnostiques d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble d'anxiété étaient moins susceptibles d'avoir parlé de leur santé

mentale à un professionnel de la santé (RC = 0,45) ou d'avoir reçu des services de consultation ou de thérapie (RC = 0,53).

Comme le présente le tableau 4, le besoin perçu de consultation ou de thérapie était plus élevé chez les femmes que chez les hommes ($\chi^2_{(1)} = 11,6, p < 0,001$). Les raisons le plus souvent invoquées pour ne pas avoir eu recours à une consultation ou à une thérapie chez les personnes estimant en avoir besoin étaient la préférence pour se débrouiller par soi-même (37,9 %), le manque d'aide disponible (33,0 %), le manque de moyens financiers (31,9 %), le manque de temps (30,5 %) et le fait de ne pas savoir de quelle façon ou à quel endroit obtenir ce type d'aide (27,7 %). Comparativement aux personnes de 25 ans et plus, les jeunes de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles de déclarer ne pas savoir de quelle façon ou à quel endroit obtenir ce type d'aide (tableau 5).

Discussion

Les résultats de la présente étude montrent que les caractéristiques sociodémographiques ont une incidence sur l'accès aux soins de santé mentale. Bien que la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété soit plus élevée chez certains groupes sociodémographiques (les femmes, les

Tableau 5

Obstacles à l'accès aux services de consultation ou de thérapie chez les personnes déclarant en avoir besoin

	Préférence pour se débrouiller par soi-même			Manque d'aide disponible			Manque de moyens financiers			Manque de temps			Fait de ne pas savoir de quelle façon ou à quel endroit obtenir ce type d'aide		
	Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %			Intervalle de confiance de 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Total	37,9	30,1	46,4	33,0	25,6	41,3	31,9	24,6	40,2	30,5	23,7	38,3	27,7	21,2	35,2
Groupe d'âge															
15 à 24 ans [†]	50,2 ^E	38,5	61,9	29,8 ^E	19,9	42,1	38,2 ^E	27,2	50,5	37,6 ^E	26,6	50,2	40,7 ^E	29,4	53,2
25 ans et plus	32,9 [*]	23,4	43,9	34,3	25,1	44,9	29,3	20,7	39,8	27,6	19,6	37,3	22,3 [*]	15,1	31,6
Genre															
Homme [†]	44,6 ^E	30,4	59,8	25,4 ^E	14,0	41,7	20,0 ^E	10,8	34,1	35,3 ^E	23,0	49,9	34,1 ^E	21,6	49,2
Femmes [†]	35,4	26,4	45,6	35,8	26,9	45,7	36,3	27,3	46,3	28,7	20,8	38,3	25,3	18,0	34,3
Statut d'immigrant															
Personnes née au Canada [†]	39,9	30,8	49,8	32,4	24,3	41,7	30,8	22,6	40,3	28,7	21,1	37,8	26,8	19,6	35,6
Immigrant	29,1 ^E	18,7	42,3	36,0 ^E	21,3	54,0	35,1 ^E	21,7	51,4	37,1 ^E	24,1	52,4	30,6 ^E	18,8	45,5
Groupe de population															
Personnes appartenant à un groupe racisé	35,8 ^E	25,9	47,0	30,1 ^E	19,7	43,0	28,5 ^E	19,6	39,3	31,8 ^E	22,0	43,6	35,2 ^E	24,5	47,5
Personnes non racisées et non autochtones [†]	35,8	26,7	46,1	35,6	26,5	45,8	33,5	24,5	43,9	28,8	20,9	38,3	25,7	18,1	35,0
Revenu du ménage															
149 999 \$ ou moins [†]	38,2	29,1	48,2	35,6	26,9	45,4	33,4	24,8	43,2	29,4	21,4	38,8	27,7	20,2	36,7
150 000 \$ ou plus	36,9 ^E	23,8	52,2	25,3 ^E	14,5	40,4	27,8 ^E	16,2	43,3	33,9 ^E	21,2	49,4	27,4 ^E	16,9	41,3

^E à utiliser avec prudence

[†] catégorie de référence

^{*} valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

Notes : La catégorie « hommes+ » comprend les hommes (et les garçons) de même que certaines personnes non binaires. La catégorie « femmes+ » comprend les femmes (et les filles) de même que certaines personnes non binaires. En raison de la petite taille de l'échantillon, certaines catégories ont été combinées afin de créer deux groupes pour chaque variable. L'analyse en fonction du groupe de population a exclu les Autochtones parce qu'on ne leur a pas posé la question portant sur l'appartenance à un groupe racisé et que la taille de leur échantillon était trop petite pour produire une estimation distincte. Les répondants pour lesquels il manquait des données sur l'état de santé ou la variable sociodémographique ont été exclus. Les tailles d'échantillon obtenues pour les analyses présentées dans ce tableau variaient de 196 à 205.

Source : Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins, 2022.

jeunes, les personnes non racisées et non autochtones, les personnes nées au Canada), une prévalence plus élevée des troubles de santé mentale n'explique pas entièrement la différence observée entre eux quant à l'utilisation des soins de santé mentale.

De nombreuses études ont révélé que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de consulter un médecin^{7,31,32}. Conformément aux conclusions de ces études en général, la présente étude révèle que les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'avoir consulté un professionnel de la santé au sujet de leur santé mentale, et plus précisément, d'avoir reçu des services de consultation ou de thérapie. Les femmes peuvent être plus susceptibles que les hommes de reconnaître et d'admettre des problèmes de santé mentale, ce qui conduit à adopter une démarche proactive dans la recherche d'aide professionnelle^{32,33}. Suivant cette explication, l'étude révèle que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de déclarer un besoin perçu de consultation ou de thérapie. La réduction de l'écart entre les genres quant au recours à des soins de santé mentale peut nécessiter des changements d'attitudes de la part des hommes quant à la recherche de soins. Par exemple, d'autres recherches ont montré que les hommes étaient plus susceptibles de signaler que les obstacles aux soins étaient liés à leur perception des problèmes de santé mentale et de l'utilité des soins de santé. Les femmes étaient quant à elles plus susceptibles de déclarer que ces obstacles avaient trait à la disponibilité ou à l'accessibilité de différents services, comme le manque de transport ou de services de garde d'enfants³⁴. Au Canada, l'accès aux spécialistes en santé mentale nécessite souvent une recommandation et les frais de nombreux services doivent être assumés par les patients. Ces enjeux peuvent créer des obstacles supplémentaires pour les personnes estimant avoir besoin d'aide et tentant d'accéder à des soins.

La tendance des résultats chez les immigrants au Canada montre, dans l'ensemble, une plus faible prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété ainsi que du recours à des soins de santé mentale. Ce constat est généralement cohérent avec l'effet de la sélection de « l'immigrant en bonne santé », théorie selon laquelle les immigrants ont de meilleurs résultats en santé que les personnes non immigrantes parce que le processus de migration favorise la sélection de personnes en meilleure santé et que cet avantage disparaît au fil du temps passé au Canada³⁵. Toutefois, les résultats liés à cet effet en matière de santé mentale sont mitigés^{25,36,37} et peuvent refléter un biais de déclaration chez les répondants issus de différents milieux culturels. Néanmoins, le taux plus faible observé dans cette étude en ce qui concerne l'utilisation des soins de santé mentale au sein de la population immigrante n'est pas pleinement expliqué par la prévalence réduite des troubles de santé mentale. Les immigrants et les non-immigrants atteints de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété affichaient des niveaux semblables quant au besoin perçu de consultation ou de thérapie; le fait de penser qu'on n'a pas besoin d'aide professionnelle n'explique donc pas la différence dans l'utilisation des soins entre ces deux groupes.

Des obstacles structurels peuvent plutôt expliquer les raisons pour lesquelles le recours aux soins de santé mentale est plus faible chez les populations immigrantes. Les efforts visant à améliorer l'utilisation des services de soins de santé mentale chez les immigrants devraient peut-être porter sur l'accompagnement des nouveaux arrivants au Canada. Il s'agirait notamment de mieux les renseigner sur les endroits où accéder aux services qui pourraient leur être nécessaires et sur les démarches à entreprendre pour ce faire³⁸. La compétence culturelle des fournisseurs de soins peut jouer un rôle important pour les immigrants qui ont recours à des soins, celle-ci permettant d'offrir des traitements efficaces à une population diversifiée^{39,40}.

Enfin, les jeunes de 15 à 24 ans présentaient une prévalence plus élevée de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété comparativement aux autres groupes d'âge. Les jeunes ayant des troubles de l'humeur ou des troubles d'anxiété étaient toutefois moins susceptibles que les personnes de 25 à 44 ans d'avoir parlé de leur santé mentale à un professionnel de la santé ou d'avoir reçu de l'aide sous forme de consultation ou de thérapie. Ce constat reflète d'autres recherches canadiennes reposant sur des données administratives relatives à la santé, lesquelles ont montré que les jeunes étaient sous-représentés parmi les personnes ayant recours à des soins de santé mentale. Une explication possible est que les jeunes peuvent se heurter à des obstacles supplémentaires associés à la transition des systèmes de soins de santé pour enfants vers ceux pour adultes¹⁰. Un soutien ou des conseils supplémentaires pourraient contribuer à mieux les orienter vers le type d'aide approprié.

Limites

Même si la présente étude fournit des renseignements précieux sur les liens entre les facteurs sociodémographiques et les soins de santé mentale, il convient de reconnaître certaines limites.

Premièrement, les mesures de l'utilisation des soins de santé mentale reposent sur un nombre limité de questions et couvrent un large éventail d'interactions avec le système de soins de santé. De plus, l'étude n'a pas traité de l'intensité des services reçus, du type de fournisseur de services de consultation et de thérapie, ni de la couverture d'assurance, qui pourraient être liés aux disparités dans l'utilisation des soins de santé entre les groupes sociodémographiques.

Deuxièmement, l'analyse portait principalement sur les personnes répondant aux critères relatifs à certains troubles de l'humeur et troubles d'anxiété. Bien que ces troubles figurent parmi les types les plus courants de troubles mentaux^{1,41}, d'autres diagnostics de santé mentale n'ont pas été pris en compte dans l'étude. De plus, l'ESMAS s'appuie sur des critères de la quatrième édition du DSM pour déterminer la prévalence des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété, ce qui peut avoir produit des résultats légèrement différents de ceux qui auraient été obtenus si les critères du DSM-5 avaient été appliqués^{28,29}.

L'ESMAS a enregistré un taux de réponse relativement faible s'établissant à 25 %, ce qui accroît le risque de biais de sélection. Des poids d'échantillonnage ont été utilisés pour tenir compte d'un éventuel biais de non-réponse, mais il peut toujours y avoir un biais n'ayant pas été pleinement corrigé par ces poids. La puissance statistique inférieure associée aux petits échantillons a limité la capacité à déceler les différences entre les groupes dans certaines analyses. Il n'a pas été possible de tenir compte de tous les facteurs pouvant être liés à la santé mentale et à l'utilisation des soins de santé. L'analyse a donc été limitée aux variables démographiques ayant fait l'objet d'un plus grand nombre d'observations et pouvant produire des estimations de qualité raisonnable. Par exemple, l'analyse des identités intersectionnelles peut être particulièrement importante pour évaluer les inégalités en matière de santé et de soins de santé^{42,43}, mais cette question dépassait la portée de l'étude. Parmi les mesures utilisées, plusieurs rendaient compte d'événements survenus pendant la pandémie de COVID-19, laquelle a touché de nombreux aspects de la vie, y compris la disponibilité des services de soins de santé, les comportements liés au mode de vie, la santé mentale, l'emploi

et les politiques de soutien du revenu⁴⁴⁻⁴⁶. Ces considérations peuvent limiter la généralisation des résultats actuels. De futures recherches devront déterminer si des tendances semblables persistent dans le temps.

Conclusion

La présente étude contribue à la compréhension des disparités quant à l'utilisation des soins de santé mentale au Canada. Elle met ainsi en évidence certaines différences dans le recours à ces services chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et de troubles d'anxiété selon leur âge, leur genre, leur groupe de population, leur statut d'immigrant et le revenu de leur ménage. De futures recherches sont nécessaires pour mieux comprendre et expliquer ces différences ainsi que les mesures pouvant être prises pour réduire ces inégalités. L'étude des mécanismes sous-jacents à ces disparités constitue une étape importante. Il existe souvent des recoupements complexes avec des obstacles systémiques et des caractéristiques individuelles qui peuvent influencer l'utilisation des soins de santé mentale.

Références

- Stephenson, E. Septembre 2023. « Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale », *Regards sur la société canadienne*. Produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. Accessible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.htm>
- Cuijpers, P., M. Harrer, C. Miguel, M. Ciharova et E. Kayakai. Avril 2025. « Five decades of research on psychological treatments of depression: a historical and meta-analytic overview », *American Psychologist*. Vol. 80, n° 3, p. 297 à 310. <https://doi.org/10.1037/amp0001250>
- Hunsley, J., K. Elliott et Z. Therrien. Août 2014. « The efficacy and effectiveness of psychological treatments for mood, anxiety, and related disorders », *Psychologie canadienne*. Vol. 55, n° 3, p. 161 à 176. <https://doi.org/10.1037/a0036933>
- Szuhany, K. L., N. M. Simon. Décembre 2022. « Anxiety disorders: a review », *JAMA*. Vol. 328, n° 24, p. 2431 à 245. <https://doi.org/10.1001/jama.2022.22744>
- Edwards, J., P. Kurdyak, C. Waddell, S. B. Patten, G. J. Reid, L.A. Campbell et coll. Novembre 2023. « Surveillance of child and youth mental disorders and associated service use in Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 68, n° 11, p. 819 à 825. <https://doi.org/10.1177/07067437231182059>
- Chiu, M., A. Amarte, X. Wang, S. Vigod et P. Kurdyak. Mars 2020. « Trends in objectively measured and perceived mental health and use of mental health services: a population-based study in Ontario, 2002-2014 », *JAMC*. Vol. 192, n° 13, p. E329 à 337. <https://doi.org/10.1503/cmaj.190603>
- Cox, D. W. Mai 2014. « Gender differences in professional consultation for a mental health concern: a Canadian population study », *Psychologie canadienne*. Vol. 55, n° 2, p. 68. <https://doi.org/10.1037/a0036296>
- Urbanoski, K., D. Inglis et S. Veldhuizen. Août 2017. « Service use and unmet needs for substance use and mental disorders in Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 62, n° 8, p. 551 à 559. <https://doi.org/10.1177/0706743717714467>
- Frank, K., M. Kingsbury et E. Richards. 21 mai 2025. « Qui demande de l'aide? Examen de l'accès aux services en matière de santé mentale et de consommation de substances chez les filles et les jeunes femmes au Canada », *Rapports sur la santé*. Vol. 36, n° 5, p. 3 à 13. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202500500001-fra>
- Broad, K. L., V. K. Sandhu, N. Sunderji et A. Charach. 28 novembre 2017. « Youth experiences of transition from child mental health services to adult mental health services: a qualitative thematic synthesis », *BMC Psychiatry*. Vol. 17, n° 1, p. 380. <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1538-1>
- Edwards, J., M. Chiu, R. Rodrigues, A. Thind, S. Stranges et K. K. Anderson. 6 février 2022. « Examining variations in the prevalence of diagnosed mood or anxiety disorders among migrant groups in Ontario, 1995–2015: a population-based, repeated cross-sectional study », *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 67, n° 2, p. 130 à 139. <https://doi.org/10.1177/07067437211047226>
- Gadermann, A. M., M. G. Petteni, M. Janus, J. H. Puyat, M. Guhn et K. Georgiades. 1^{er} février 2022. « Prevalence of mental health disorders among immigrant, refugee, and nonimmigrant children and youth in British Columbia, Canada », *JAMA Network Open*. Vol. 5, n° 2, p. e2144934. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.44934>
- Ng, E. et H. Zhang. 16 juin 2021. « L'accès aux services de consultation en santé mentale par les immigrants et réfugiés au Canada », *Rapports sur la santé*. Vol. 32, n° 6, p. 3 à 13. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202100600001-fra>
- Nwoke, C. N., U. Okpalauwaekwe et H. Bwala. 16 septembre 2020. « Mental health professional consultations and the prevalence of mood and anxiety disorders among immigrants: multilevel analysis of the Canadian Community Health Survey », *JMIR Mental Health*. Vol. 7, n° 9 : p. e19168. <https://doi.org/10.2196/19168>
- Chiu, M., A. Amarte, X. Wang et P. Kurdyak. Juillet 2018. « Ethnic differences in mental health status and service utilization: a population-based study in Ontario, Canada », *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 63, n° 7, p. 481-491. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>
- Rivera, J. M. B., J. H. Puyat, M. L. Wiedmeyer et M. R. Lavergne. Juin 2021. « Soins de première ligne et accès aux consultations en santé mentale chez les immigrants et les non-immigrants souffrant de troubles de l'humeur ou anxieux », *The Canadian Journal of Psychiatry*. Vol. 66, n° 6, p. 540 à 550. <https://doi.org/10.1177/0706743720952234>
- Bartram, M. Août 2019. « Income-based inequities in access to mental health services in Canada », *Canadian Journal of Public Health*. Vol. 110, n° 4, p. 395 à 403. <https://doi.org/10.17269/s41997-019-00204-5>
- Roberts, T., G. Miguel Esponda, D. Krupchanka, R. Shidhaye, V. Patel et S. Rathod. 22 août 2018. « Factors associated with health service utilisation for common mental disorders: a systematic review », *BMC Psychiatry*. Vol. 18, n° 1, p. 262. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1837-1>
- Kingsbury, M. et L. Findlay. 20 novembre 2024. « La santé mentale et l'accès au soutien chez les jeunes 2ELGBTQ+ », *Rapports sur la santé*. Vol. 35, n° 11, p. 12 à 22. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202401100002-fra>
- Statistique Canada. 2023. « Immigration et diversité ethnoculturelle », *Coup d'œil sur le Canada 2023*. Produit n° 12-581-X2023001 au catalogue de Statistique Canada. Accessible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/12-581-x/12-581-x2023001-fra.htm>

21. Islam, M. K. et H. Gilmour. 1^{er} décembre 2024. « Troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée : accent porté sur les groupes de population autochtones et racisés », *Rapports sur la santé*. Vol. 35, n° 12, p. 3 à 15. <https://doi.org/10.25318/82-003-x202401200001-fra>
22. Islam, M. K. et H. Gilmour. 17 décembre 2025. « Troubles de l'humeur au sein de la population canadienne âgée », *Rapports sur la santé*. Vol. 36, n° 12, p. 18 à 29.
23. Institut canadien d'information sur la santé. *Tableau de bord sur les indicateurs communs des priorités partagées en santé*. Consulté le 28 août 2025. Accessible à l'adresse : <https://www.cihi.ca/fr/shared-health-priorities-common-indicators-dashboard>
24. Statistique Canada. 2022. *Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins (ESMAS)*. Consulté le 29 mai 2025. Accessible à l'adresse : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015
25. Ng, E. et H. Zhang. 1^{er} août 2020. « La santé mentale des immigrants et des réfugiés : données canadiennes provenant d'une base de données couplée au niveau national », *Rapports sur la santé*. Vol. 31, n° 8, p. 3 à 12. <https://doi.org/10.25318/82-003-x20200800001-fra>
26. Yang, F.J., L. Zhao et N. Aitken. Décembre 2022. « Examen des variations du risque moins élevé de comportements suicidaires chez les immigrants », *Regards sur la société canadienne*. Produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. Accessible à l'adresse : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2022001/article/00012-fra.htm>
27. Kessler, R. C. et T. B. Üstün. 2004. « The World Mental Health (WMH) Survey initiative version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*. Vol. 13, n° 2, p. 93 à 121. <https://doi.org/10.1002/mp.168>
28. First, M. B., L.H. Yousif, D. E. Clarke, P. S. Wang, N. Gogtay et P. S. Appelbaum. Juin 2022. « DSM-5-TR: overview of what's new and what's changed », *World Psychiatry*. Vol. 21, n° 2, p. 218 à 219. <https://doi.org/10.1002/wps.20989>
29. American Psychiatric Association. *Highlights of Changes from DSM-IV-TR to DSM-5. 2013*. Consulté le 28 août 2025. Accessible à l'adresse : https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM_Changes_from_DSM-IV-TR_to_DSM-5.pdf
30. SAS pour Windows 9.4. SAS Institute Inc. Cary, N.C.
31. Denton, M., S. Prus et V. Walters. Juin 2004. « Gender differences in health: a Canadian study of the psychosocial, structural and behavioural determinants of health », *Social Science & Medicine*. Vol. 58, n° 12, p. 2585 à 2600. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2003.09.008>
32. Koopmans, G. T. et L. M. Lamers. Mars 2007. « Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity », *Social Science & Medicine*. Vol. 64, n° 6, p. 1216 à 1230. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.018>
33. Yousaf, O., E. A. Grunfeld et M. S. Hunter. 2015. « A systematic review of the factors associated with delays in medical and psychological help-seeking among men », *Health Psychology Review*. Vol. 9, n° 2, p. 264 à 276. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.840954>
34. Slaunwhite, A. K. Juillet 2015. « The Role of Gender and Income in Predicting Barriers to Mental Health Care in Canada », *Community Mental Health Journal*. Vol. 51, n° 5, p. 621-627. <https://doi.org/10.1007/s10597-014-9814-8>
35. Vang, Z. M, J. Sigouin, A. Flenon et A. Gagnon. 4 mai 2017. « Are immigrants healthier than native-born Canadians? A systematic review of the healthy immigrant effect in Canada », *Ethnicity & Health*. Vol. 22, n° 3, p. 209 à 241. <https://doi.org/10.1080/13557858.2016.1246518>
36. Elshahat S., T. Moffat et K. B. Newbold. Décembre 2022. « Understanding the healthy immigrant effect in the context of mental health challenges: a systematic critical review », *Journal of Immigrant and Minority Health*. Vol. 24, n° 6, p. 1564 à 1579. <https://doi.org/10.1007/s10903-021-01313-5>
37. Mason, J., A. Laporte, J. T. McDonald, P. Kurdyak, E. Fosse et C. de Oliveira. Janvier 2024. « Assessing the “healthy immigrant effect” in mental health : intra and inter-cohort trends in mood and/or anxiety disorders », *Social Science & Medicine*. Vol. 340, p. 116367. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2023.116367>
38. Thomson, M. S., F. Chaze, U. George et S. Guruge. Décembre 2015. « Improving immigrant populations' access to mental health services in Canada: a review of barriers and recommendations », *Journal of Immigrant and Minority Health*. Vol. 17, n° 6, p. 1895 à 1905. <https://doi.org/10.1007/s10903-015-0175-3>
39. Whaley, A. L. et K.E. Davis. Septembre 2007. « Cultural competence and evidence-based practice in mental health services: a complementary perspective », *American Psychologist*. Vol. 62, n° 6, p. 563. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.018>
40. Kolapo, T. F. 19 octobre 2018. « Culturally competent commissioning: Meeting the needs of Canada's diverse communities: the road map to a culturally competent mental health system for all », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*. Vol. 36, numéro spécial, p. 83 à 96. <https://doi.org/10.7870/cjcmh-2017-034>
41. Organisation mondiale de la Santé. 8 juin 2021. *Troubles mentaux*. Consulté le 30 mai 2025. Accessible à l'adresse : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
42. Sultana, T. 2024. « Intersectional effect of gender, race, and socioeconomic status in mental health service utilization: evidence from the Canadian Community Health Survey 2015-2016 », *Community Mental Health Journal*. Avril 2024, vol. 60, n° 3, p. 589 à 599. <https://doi.org/10.1007/s10597-023-01213-y>
43. Kumar, Q. 2025. *Exploring the Prevalence of Unmet Mental Health Needs Across Race and Immigration Status in Canada: A Comparative Analysis of the 2022 Mental Health and Access to Care Survey (MHACS)*, Université Western Ontario. <https://ir.lib.uwo.ca/etd/10850/>
44. Robson, J., L. Tedds et coll. 2022. *Impacts de la pandémie de COVID-19 sur les femmes au Canada*, Société royale du Canada. Accessible à l'adresse https://rsc-src.ca/sites/default/files/pdf/Women%20PB_FR_0.pdf

45. Frank, K. 2022. « Difficulté d'accès aux soins de santé durant la pandémie de COVID-19 au Canada : comparaison entre les personnes ayant des problèmes de santé chroniques et celles qui n'en ont pas », *Rapports sur la santé*. 16 novembre, vol. 33, n° 11, p. 17 à 28. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202201100002-fra>.
46. Park, J. 2024. « Santé mentale chez les femmes et les filles de divers milieux, au Canada, avant et pendant la pandémie de COVID-19 : analyse intersectionnelle », *Rapports sur la santé*. 17 juillet, vol. 35, n° 7, p. 15 à 28. <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202400700002-fra>.