

**Université de Montréal**

**Utilisation des services de santé  
mentale à Montréal : l'influence des  
facteurs facilitants**

par **Natacha Bielinski**

**Département de médecine sociale et préventive**

**Faculté de médecine**

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures en vue de l'obtention du  
grade de maître ès sciences (M.Sc.) en santé communautaire.

**Octobre 2001**

©Natacha Bielinski, 2001



WA  
5  
U58  
2002  
V.003



**Université de Montréal**  
**Faculté des études supérieures**

Ce mémoire intitulé :  
**L'utilisation des services pour des raisons de santé  
mentale à Montréal : influence des facteurs  
facilitants**

Présenté par :  
**Natacha Bielinski**

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

**Louise Fournier**  
Président-rapporteur

**Raynald Pineault**  
Directeur de recherche

**Pierre Tousignant**  
Membre du jury

Mémoire accepté le :

# Résumé

---

**MOTS CLÉS** : Organisation des services, système de santé, utilisation des services, santé mentale, Montréal, population adulte, enquête populationnelle, facteurs / déterminants, santé publique, modèle d'Andersen.

---

Près de 50 % de la population affirme avoir eu des problèmes de santé mentale au moins une fois dans sa vie. Par contre, de manière générale, une faible proportion des personnes qui présentent des troubles mentaux utilisent des services pour des raisons de santé mentale. Peu de données existent sur ce type d'utilisation à Montréal. L'objectif principal de cette étude est d'identifier les déterminants de l'utilisation et de la non-utilisation des services pour des raisons de santé mentale, à Montréal. Notre modèle conceptuel est une adaptation du modèle d'Andersen sur l'utilisation des services de santé.

Avec son devis transversal, cette étude est basée sur les données de l'Enquête sur le bien-être psychologique des Montréalais compilées à Montréal, en 1999. La population-cible correspond à l'ensemble de la population adulte vivant dans un ménage privé, sur l'Île de Montréal. L'échantillon de 4704 sujets a été constitué de façon aléatoire. Les données d'utilisation ont été obtenues par téléphone à l'aide d'un questionnaire adapté de l'Ontario Mental Health Survey. Après des analyses bivariées des variables indépendantes (besoins, facteurs prédisposants,

facteurs facilitants) et des variables dépendantes (les différents types d'utilisation des services pour des raisons de santé mentale), des analyses de régression logistique ont été effectuées pour étudier l'influence simultanée des différentes variables indépendantes.

Au total, 14,8 % des Montréalais ont utilisé des services pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois (principalement des services publics et des soins généraux). Les besoins sont les principales variables associées à l'utilisation sous toutes ces formes. L'âge, le sexe et l'état matrimonial ressortent dans la majorité des modèles globaux et spécifiques. Les facteurs d'accessibilité ne font pas partie du modèle global, mais on les retrouve dans la plupart des modèles spécifiques.

Les résultats obtenus devraient permettre de mieux cibler les interventions de santé publique dans le domaine de la santé mentale et d'éclairer les décideurs sur les orientations à prendre dans la reconfiguration des services de santé mentale à Montréal, notamment quant à l'importance des soins de première ligne en santé mentale et de l'accessibilité des services spécialisés.

## **Abstract**

---

Keys words : Service organization, health care system, utilisation of services, mental health, Montréal, adult population, epidemiological survey, factors, public health, Andersen model.

---

Nearly 50 % of the population admit they have had mental health problems at least once in their lives. On the other hand, a small minority of people with mental disorders uses services for mental health reasons. Few data exists on this type of utilisation in Montreal. The main goal of this study is to identify the factors associated with utilisation of these services. Our conceptual model is adapted from Andersen's model of utilisation of health care services.

This is a cross-sectional study based on data from the *Enquête sur le bien-être psychologique des Montréalais* which took place in Montréal, in 1999. The target population was constituted of all adult Montrealers living in private households. A sample of 4,704 subjects was randomly created. Data on utilisation were collected by telephone with from a questionnaire adapted from the Ontario Mental Health Survey. After conducting bivariate analyses between independant variables (needs, predisposing factors, enabling factors) and dependent variables (the differents types of utilisation of services for mental health reasons), multiple logistic regression analyses were performed to assess the simultaneous influence of different independent variables.

Our study showed that 14.8% of Montréalers used services for mental health reasons in the past 12 months (mainly public and general services). Needs were the main predictors of utilisation. Age, gender and marital status appear in most models. Accessibility factors were absent from the global model but present in some specific models.

These results should help target public health interventions in the mental health field and help guide policy-makers in the restructuration of the mental health system in Montréal. Indeed, this study confirms the importance of primary care in mental health and the need to increase the accessibility of specialised services.

# Table des matières

<u>I.</u>	<b>Introduction</b> .....	1
<u>II.</u>	<b>États des connaissances</b> .....	5
1.	L'utilisation .....	5
2.	L'utilisation en santé mentale .....	5
2.1.	Les différents types d'utilisation .....	7
2.2.	Les taux d'utilisation .....	8
3.	Facteurs associés à l'utilisation en santé mentale .....	9
3.1.	Les besoins .....	9
3.2.	Les facteurs prédisposants .....	12
3.2.1.	L'âge .....	12
3.2.2.	Le sexe .....	13
3.2.3.	L'état civil .....	13
3.2.4.	L'organisation du ménage .....	14
3.3.	Les facteurs facilitants .....	15
3.3.1.	Le statut socio-économique .....	15
3.3.2.	L'éducation .....	16
3.3.3.	L'occupation .....	17
3.3.4.	Le réseau social .....	17
3.3.5.	L'offre de service .....	18
4.	Synthèse de la rescension des écrits .....	19
<u>III.</u>	<b>Modèle conceptuel</b> .....	20
<u>IV.</u>	<b>Objectifs</b> .....	23
<u>V.</u>	<b>Méthodologie</b> .....	24
1.	Devis et source de données .....	24
2.	Variables et instruments de mesure .....	25
3.	Analyses statistiques .....	30
<u>VI.</u>	<b>Article</b> .....	31
1.	Abstract .....	31
2.	Introduction .....	31
3.	Method .....	36

4. Results .....	41
5. Discussion .....	55
6. Conclusion .....	61
VII. <b>Discussion</b> .....	63
1. Principaux résultats .....	63
2. Discussion .....	64
3. Faiblesses de l'étude .....	71
4. Apport au champ de la santé publique .....	73
VIII. <b>Conclusion</b> .....	76
IX. <u>Références</u> .....	78

## **Liste des tableaux**

1. <b>Tableau 1</b> : Prévalence de l'utilisation selon certaines enquêtes épidémiologiques .....	8
2. <b>Table 2</b> : Definition of the dependent variables .....	40
3. <b>Table 3</b> : Socio-demographics of the sample .....	41-42
4. <b>Table 4</b> : Prevalence of needs variables .....	42
5. <b>Table 5</b> : Prevalence of utilisation of the different types of services .....	43
6. <b>Table 6</b> : Results of the bivariate analyses .....	45-46
7. <b>Table7</b> : Global model of utilisation .....	49
8. <b>Table 8</b> : The statistical models of the different types of utilisation .....	50

## **Liste des figures**

1. <b>Figure 1</b> : Pathway to care .....	6
2. <b>Figure 2</b> : Modèle conceptuel .....	21

## Liste des sigles et abréviations

### Sigles

- **C.I.D.I.S** : Composite International Diagnostic Interview Simplified
- **D.I.S.** : Diagnostic Interview Schedule
- **D.S.P.** : Direction de la santé publique de Montréal-Centre
- **E.M.M.D.P** : Échelle de Mesure des Manifestations de détresse psychologique
- **E.S.Q.** : Enquête Santé Québec
- **M.S.S.S.Q.** : Ministère de la santé et des services sociaux du Québec
- **O.M.H.S.** : Ontario Mental Health Survey

### Abréviations

**Coll.** : Collaborateurs

**G.P.** : General Practitioner

**O.R.** : Odd Ratio

*À Terrence,  
grâce à qui tout est possible,  
même d'aller plus loin que mes rêves...*

## **REMERCIEMENTS**

- Je tiens à remercier chaleureusement mon directeur de recherche, Dr Raynald Pineault qui, en plus de m'avoir offert son excellent soutien scientifique, n'a cessé de m'encourager à continuer et à croire en mes capacités (malgré certaines étapes difficiles de ma vie et les faux départs...).
- Je tiens également à remercier de tout cœur Léo-Roch Poirier (mon co-directeur officieux) dont la maîtrise de ce champ de recherche fut une constante source d'inspiration. De plus, ses qualités humaines ont également permis de surmonter quelques problèmes techniques tout au long du parcours.
- Sincères remerciements à l'Équipe d'Adéquation des services de santé mentale de la Direction de la santé publique de Montréal-Centre pour m'avoir accueillie si généreusement dans son équipe et pour m'avoir laissé « jouer » dans votre fabuleuse banque de données. Merci Carole Poulin et Odette Lemoine.  
*Un merci tout spécial à Louise Fournier pour les conseils et l'inspiration.  
À cause d'elle, je prends le chemin de la recherche...*
- Merci à Lise Gauvin et Jean-Marc Brodeur pour leur soutien scientifique et leur généreuse disponibilité dans les prémisses plutôt pénibles qui ont abouti miraculeusement à ce projet de recherche.
- Merci au GRIS pour m'avoir offert une bourse du FCAR qui m'a encouragée à finir ce projet.
- Finalement, merci à Monique qui, en plus de m'avoir donné son amour, son support et sa confiance a révisé l'ensemble de ce document.

## **I. INTRODUCTION**

Près de 50 % de la population (30 % au cours des 12 derniers mois) affirme avoir eu des problèmes de santé mentale au moins une fois dans leur vie (Kessler, 1994). Ce taux varie, bien sûr, selon le contexte, mais les limites demeurent les mêmes. Dans l'étude de Wu et coll. (1999), par exemple, seulement 47 % des adultes n'ont jamais expérimenté de problèmes de santé mentale dans leur vie. La prévalence de personnes qui ont des problèmes émotifs nécessitant des soins, dans une population donnée, varierait (selon les études) entre 15 % et 23 % (Mainous, 1993; Shapiro, 1984).

Selon une étude canadienne, le niveau de stress, le soutien social, les événements de vie, le niveau de scolarité et la présence d'un traumatisme dans l'enfance entraînent des risques plus élevés de développer des problèmes de santé mentale (Stephens et coll., 1999). Les plus jeunes seraient plus affectés. En revanche, ni le sexe ni la santé physique ne semblent être associés à des risques plus élevés de présenter des problèmes de santé mentale. De plus, un meilleur statut socio-économique est en corrélation avec une meilleure santé mentale (Kessler, 1994, Stephens et al, 1999). Kelly (1995) ajoute que la relation entre faible revenu et désordre psychosocial est démontrée dans la littérature. Par contre, comme nous le verrons plus loin, à besoin égal, les pauvres semblent moins enclins à utiliser

les services (80 % des personnes pauvres avec besoins n'utiliseraient pas de services (McAlpine et Mechanic, 2000)) et il y a plus de besoins insatisfaits chez les plus pauvres (Thornicroft, 1991).

Au Canada, la relation entre le statut socio-économique et l'utilisation des services aux fins de santé mentale n'a pas vraiment été abordée. On prend souvent pour acquis qu'étant donné que le système de santé canadien est un système public, il ne présente pas de problème d'accessibilité économique. Par contre, une grande partie des services de santé mentale sont privés au Québec : la province compte quatre fois plus de psychologues en pratique privée que les autres provinces du Canada et les consultations auprès d'un psychologue correspondent à 40 % des consultations aux fins de santé mentale (Lefebvre, 1998 et Fournier, 1994). Il est donc essentiel de clarifier la situation à ce niveau et de s'assurer que ceux qui ont le plus besoin de services, en général les plus pauvres, les utilisent.

Fournier (1997) explique certaines différences quant à l'utilisation des services en santé mentale par les différences au niveau de l'offre de services (disponibilité et type). Cette relation a également été très peu étudiée comme l'affirme Thornicroft (1991) dans sa revue de littérature sur l'utilisation des services de santé mentale et lorsqu'elle l'a été, les résultats indiquent qu'elle n'était pas significative. Encore une fois, pour s'assurer de

l'adéquation des services offerts dans le contexte particulier du Québec, il nous semble qu'il s'agit d'une composante essentielle à étudier.

Le domaine de la présente recherche est l'organisation des services de santé mentale. Plus spécifiquement, nous nous intéresserons aux déterminants de l'utilisation et de la non-utilisation des services de santé mentale à Montréal en fonction des caractéristiques socio-économiques et socio-démographiques des individus et de l'offre de service du secteur dans lequel vivent ces mêmes individus. Il s'agit bien sûr d'un problème important car il y a peu de données sur le sujet au Québec (Fournier, 1997) et ce type de données est essentiel à la planification et la reconfiguration des services à la population (Pineault et Dalevuy, 1995). Il faut répéter les enquêtes populationnelles pour avoir un bon portrait de la situation dans la société et l'époque étudiée. De plus, les résultats obtenus de diverses enquêtes ne peuvent être généralisés car les systèmes de santé diffèrent trop. Même à travers le Canada, on observe beaucoup de différences (par exemple le nombre beaucoup plus élevé de psychologues en pratique privée au Québec) (Lefebvre, 1998).

Les objectifs de cette recherche rejoignent ceux de l'équipe *Adéquation des services en santé mentale* de la Direction de la santé publique (DSP) de Montréal-Centre. Selon un document produit par la DSP en 1998, il n'existait aucune donnée d'analyse des besoins et des services liée à l'utilisation. De

plus, lors du dépôt de la politique de santé mentale, le Ministère de la santé et des services sociaux encourageait les chercheurs à se pencher sur l'organisation des services de santé mentale (MSSSQ, 1997). Rappelons également que ce type d'étude sera très utile dans ce contexte de restructuration des services de santé mentale. Finalement, Poirier (dans DSP, 1998) confirme que les divers systèmes d'information mis en place (au niveau de l'utilisation) sont trop lacunaires pour permettre d'envisager l'ampleur du phénomène de l'utilisation des services de santé mentale, à Montréal.

## **II. ÉTAT DES CONNAISSANCES**

### **1. L'utilisation**

Le terme utilisation réfère intuitivement à un concept simple. Mais, si on s'y attarde, on s'aperçoit qu'il sous-tend une réalité complexe qui dépasse la simple relation « je me sens malade donc je consulte un professionnel ». Donabedian (1973) définit l'utilisation comme une interaction entre deux comportements : celui d'une personne qui entreprend une démarche de recours à des soins et celui d'un professionnel de la santé qui la dirige dans le système de santé. Si l'on se penche plus précisément sur le comportement de la personne (usager), donc plutôt le contact qu'elle amorce avec le système de soin, on se rapproche du concept de la demande de service tel que définie par Andersen (1973, 1995). Selon le même principe, Dusseault (1993) définit l'utilisation comme le processus par lequel des personnes se servent des ressources et des services de santé pour répondre à certains de leurs besoins. Dans le cadre de cette recherche, lorsque nous employons ce terme, nous nous référons plutôt à cette dernière définition.

En règle générale, le recours aux services serait une conséquence de problèmes et un indicateur indirect de l'état de santé d'une population donnée (Fournier, 1994). L'utilisation serait d'abord et avant tout liée aux besoins. Les autres facteurs influençant l'utilisation sont les variables socio-

démographiques, les attitudes, la disponibilité et la répartition des ressources (Fournier, 1994). Les différences d'utilisation liées au revenu montrent que les plus pauvres consultent plus de médecins généralistes, plus de travailleurs sociaux, moins de professions non traditionnelles et moins de dentistes (Fournier, 1994).

## **2. L'utilisation en santé mentale**

Vera (1998) et Howard (1996) présentent le processus d'utilisation des services en santé mentale comme suit :

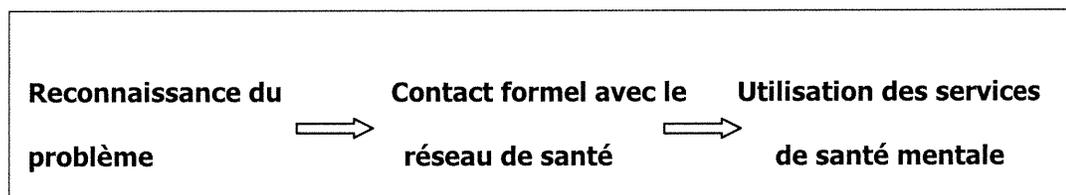


Figure 1 : **Pathway to care** tel qu'utilisé par Howard (1996), Commander (1997) et Vera (1998)

Selon Bijl (2000), la différence entre la présence de symptômes et la reconnaissance d'un besoin chez la personne est son niveau de fonctionnement, c'est-à-dire la présence ou l'absence d'incapacités. Des barrières intra-personnelles (reconnaissance du problème, reconnaissance du besoin d'aide) expliquent partiellement l'écart important entre les besoins de services et l'utilisation (Howard, 1996) mais elles n'expliquent pas tout l'écart selon Lefebvre (1998). Les facteurs les plus importants qui agissent comme prédictors de l'utilisation seront présentés plus loin.

## **2.1. Les différents types d'utilisation**

Notre revue de la littérature et notre observation des services offerts en santé mentale nous permettent de conclure que différents types d'utilisation des services aux fins de santé mentale existent. Tout d'abord, les types d'utilisation se distinguent selon le site. Principalement, en santé mentale, nous retrouvons trois types de dispensateurs de soins : les services publics (subventionnés principalement par l'État), les services privés (aux frais de l'utilisateur) ou les services communautaires (peu ou pas de frais pour l'utilisateur). D'un autre côté, l'utilisation peut se faire en fonction d'un niveau de soins : les soins généraux (par des organismes ou des professionnels prodiguant des soins de santé ou psychosociaux généraux) ou les soins spécialisés en santé mentale (Shapiro, 1984).

La répartition de l'utilisation selon les dispensateurs varie beaucoup d'un pays à l'autre et d'une étude à l'autre. Elle semble être fonction à la fois des caractéristiques socio-démographiques de la population et de la disponibilité des services. En 1990, Bland et coll. compilent la répartition suivante : 61 % des consultations en santé mentale sont faites auprès d'un généraliste, 14 % auprès d'un psychiatre et 16 % auprès d'un psychologue. D'autres chercheurs américains répertorient ont trouvé la répartition d'utilisation suivante des services en santé mentale : 31 % chez le généraliste, 23 % chez le psychiatre et 45 % chez le psychologue ou le travailleur social (Mainous, 1993). Enfin, au Québec, où l'on retrouve le plus grand nombre

de psychologues au Canada, 40 % des consultations en santé mentale se font auprès d'un psychologue (Fournier, 1994).

## **2.2. Taux d'utilisation**

Dans la plus récente enquête sur la santé mentale au Québec, Fournier (1997) évalue que 13 % de la population a utilisé des services aux fins de santé mentale au cours des 6 derniers mois et 40 % au cours de leur vie. Elle arrive à un taux comparable à Bland (1990) qui, dans son enquête, évalue que 12,9 % des répondants ont consulté au cours des douze derniers mois pour des raisons de santé mentale.

Les principales études (basées sur des données d'enquêtes populationnelles) sur l'utilisation des services en santé mentale sont présentés dans le tableau 1.

<b>Enquête</b>	<b>Proportion (%)</b>
<b>Netherland Mental Health Survey</b> (Bijl, 2000)	14,6 (incluant les soins informels)
<b>Montréal</b> (Fournier, 1998)	12,8
<b>Ontario Mental Health Survey</b> (Lin, 1996)	7,8
<b>National Comorbidity Survey</b> (Kessler 1994)	13,0
<b>Epidemiological Catchment Areas</b> (Badawi, 1996)	12,0 à 14,7

**Tableau 1 :** Prévalence de l'utilisation selon certaines enquêtes épidémiologiques

### **3. Les facteurs associés à l'utilisation des services de santé mentale**

La majorité des recherches portant sur les déterminants de l'utilisation des services aux fins de santé mentale utilisent des devis transversaux et des enquêtes populationnelles comme celles mentionnées plus haut.

#### **3.1. Les besoins**

Dans la littérature, les besoins sont définis et mesurés de différentes façons. En général, les auteurs s'appuient sur les concepts suivants : présence d'un diagnostic selon différents critères tels que ceux du DSM-IV, par exemple, présence de détresse psychologique mesurée par une échelle telle que l'ÉMMDP, présence d'incapacités, perception négative de sa santé physique et mentale, événement de vie stressant.

La présence d'un trouble psychique est la variable la plus fortement associée à l'utilisation (Lefebvre, 1998, Lin, 1996 et nombreuses autres études). Selon Bland (1990), avoir des besoins entraîne quatre fois plus de chances d'utiliser des services. Selon Lefebvre (1998), les prédictors de l'utilisation des services de santé mentale sont, dans l'ordre d'importance : un diagnostic présent et passé (expliquerait 16,5 % de la variance), au moins 2 diagnostics (expliquerait 11 %), un diagnostic présent (expliquerait 6,2 %),

deux diagnostics passés (expliquerait 3,3 %) et une perception positive de sa santé mentale (expliquerait 3,2 %).

Dans une étude comparant l'Ontario et les États-Unis, Kessler et al (1997) ont démontré que les Américains avaient plus de problèmes de santé mentale. Les taux d'utilisation confirmaient ces résultats : 13,3 % aux États-Unis et 8 % en Ontario. Aux États-Unis, il semble y avoir plus d'utilisation préventive (utilisation de la part de personnes présentant des symptômes sans diagnostic) alors qu'en Ontario, l'utilisation est plus étroitement liée aux besoins. Les auteurs expliquent ces résultats par le fait que l'Ontario possède un système principalement public.

Selon nos recherches, une seule étude contredit l'importance de la relation besoin-utilisation en santé mentale : celle de Kelly (1995) qui affirme que la santé mentale explique seulement 5 % de la variance de l'utilisation des services de santé mentale, après l'âge (22 %) et l'état civil (11 %). En revanche, ses classifications de santé mentale et de troubles mentaux ne semblent pas basées sur des instruments de mesures bien définis. Il s'agirait plutôt de définitions générales et intuitives. Ceci explique probablement le fait qu'elle sous-estime l'influence des besoins sur l'utilisation.

On associe rarement les besoins à une utilisation d'un type spécifique de service comme dans l'étude de Vera et coll. (1998). Selon cette étude, une

santé mentale perçue comme mauvaise est associée à une utilisation de services spécialisés en santé mentale. Le besoin influencerait plutôt le choix de consulter ou non, mais pas le choix du type de professionnel (Mainous, 1993 et Frank, 1989).

En général, besoin ne rime pas nécessairement avec utilisation. En santé mentale, la situation est particulièrement inquiétante. Selon les études, les taux d'utilisation des personnes présentant des besoins varient : 20 % selon McAlpine & Mechanic (2000) et Kessler (1984), 34 % selon Bijl (2000), 44 % selon Fournier (1997), 33 % selon Vera et coll. (1998) et 27 % selon Thornicroft (1991). Par contre, le constat est clair, comme l'affirme Lefebvre (1998) : la majorité des personnes qui ont des besoins n'utilisent pas de services aux fins de santé mentale.

Bijl (2000) aurait trouvé que l'utilisation dépend beaucoup du type de besoin : 64 % des personnes présentant des troubles de l'humeur ont recherché de l'aide professionnelle alors que les personnes présentant des problèmes d'abus de substance consultent rarement.

Selon Shapiro (1984), 33 % des personnes ne présentant pas de critères diagnostiques ou de symptômes consultent. Par contre, dans une étude québécoise, Lefebvre (1998) affirme que les personnes ne répondant pas aux critères diagnostiques ne représentent que 5 % de l'ensemble des

utilisateurs. La grande différence à ce niveau repose probablement sur le fait que les deux études ont utilisé des instruments différents pour déterminer leurs critères diagnostiques. Les instruments utilisés dans l'enquête sur laquelle se base la présente étude se rapprochent de ceux utilisés par Lefebvre et coll. (1998) et nous nous attendons donc à des résultats plus proches des leurs à cet égard.

### **3.2. Les caractéristiques prédisposantes**

#### **3.2.1. Âge**

L'âge est associé à l'utilisation (Pescosolido, 1998, Wu, 1999). La majorité des études semblent démontrer une association curvilinéaire entre l'âge et l'utilisation : le groupe du milieu (25-44 ans) utilise plus les services que les 18-24 et que les 45 et + (Bland et coll. (1990), Lin (1996)). Le groupe du milieu est aussi défini comme les 30-44 ans selon d'autres études (Badawi (1996), Commander (1997)) mais l'association curvilinéaire demeure.

Tout comme le statut socio-économique, l'âge influencera surtout le type d'utilisation (Vera, 1998). Par exemple, les jeunes utilisent plus les services spécialisés (Vera, 1998, Horwitz, 1998) et les plus vieux utilisent les services des médecins généralistes ( Horwitz, 1998).

### **3.2.2. Genre**

Le sexe est également associé à l'utilisation de services de santé mentale (Pescosolido (1998), Wu (1999), Bland (1990), Lin (1996)). Les femmes utilisent plus les services, globalement (Shapiro (1984), Fournier (1997)). Selon Lefebvre (1998), le sexe expliquerait 3 % de la variance de l'utilisation, une fois les variables de besoin contrôlés.

Encore une fois, cette variable est plus fortement associée au type d'utilisation qu'à l'utilisation elle-même : par exemple, 11 % des hommes vs 3 % des femmes consultent un spécialiste (Shapiro, 1984). Rhodes et Goering (1994) confirment que le sexe aurait surtout un impact sur le type de service utilisé : les femmes utilisent beaucoup plus que les hommes les services de soins primaires. Les hommes utilisent plus de services d'urgence mais plus de femmes sont hospitalisées suite à une visite à l'urgence (Watson, 1978). Les hommes ont plus de chances que les femmes de voir leur problème de santé mentale détecté par un généraliste et d'être référés à un spécialiste. Par contre, l'inverse est vrai pour les troubles affectifs (Commander, 1997).

### **3.2.3. État civil**

Selon Lefebvre (1998), vivre sans partenaire expliquerait 2 % de la variance de l'utilisation, après les variables diagnostiques et le sexe. Kelly (1995) affirme que l'état civil explique 11 % de la variance de l'utilisation des

services de santé mentale, mais cet auteur sous-estime l'apport des besoins dans l'explication de la variance tel que mentionné plus haut.

Les célibataires ou les gens séparés utiliseraient plus de services que les gens mariés (Wu (1999), Lin (1996), Badawi (1996), Thornicroft (1991), Lavik (1983)). Les veufs ou divorcés présenteraient une utilisation plus élevée par rapport à leurs problèmes (Commander (1997), Thornicroft (1991)). Finalement, les célibataires utiliseraient plus de services spécialisés (Vera (1998), Bijl (2000)) et plus de services d'urgence (Oyenumi, 1992).

#### ***3.2.4. Type de ménage***

Selon Badawi et coll. (1996), l'utilisation varie selon les types de ménage, mais pas selon les différentes personnes d'un même ménage. Les personnes vivant dans des familles avec une femme chef de ménage seraient plus portées à utiliser des services pour des raisons de santé mentale. L'utilisation de services en santé mentale pourrait, à son tour, avoir un impact sur le type de ménage en tant qu'indicateur indirect des besoins. Ces deux facteurs semblent donc s'affecter réciproquement (Badawi et coll., 1996).

### **3.3. Les facteurs facilitants**

#### **3.3.1. Statut socio-économique**

Les besoins de santé mentale ne sont pas équivalents à travers tous les groupes socio-économiques (Taube, 1986 dans Mustard, 1996).

Cette variable aura un effet sur la décision de consulter : les pauvres utilisent plus selon Vazquez (1990) mais c'est surtout le type d'utilisation qui est en cause. Par exemple, Vera et coll. (1998) affirment que les personnes présentant un niveau socio-économique plus élevé sont plus portés à utiliser les services spécialisés. Une relation du même type est relevée par Oyenumi (1992) : les personnes présentant un niveau socio-économique plus bas utilisent plus les services d'urgence (Oyenumi, 1992). L'indice de déprivation est associé à l'utilisation des services en santé mentale communautaire (Buckinham, 1997).

Aux États-Unis, 80 % des personnes présentant des besoins n'utilisent aucun service. Il faut préciser que 20 % de ces personnes n'ont pas d'assurances et que 37 % bénéficient de régimes publics tels que *Medicare* ou *Medicaid*. Ce dernier groupe ferait jusqu'à six fois plus appel aux services que le groupe de personnes sans assurances (McAlpine & Mechanic, 2000).

Même dans un système de santé à accès universel, l'accessibilité des plus pauvres est limitée, entre autres, par les listes d'attente et les attitudes des professionnels (Lefebvre, 1998).

Il y a plus de besoin insatisfait chez les plus pauvres (Thornicroft, 1991). Dans la séquence d'utilisation, le fait que les pauvres utilisent moins serait lié au fait qu'ils reconnaissent moins la présence d'un problème (Commander, 1997). La pauvreté, l'isolement social et la désorganisation sociale seraient des facteurs médiateurs entre les variables indépendantes et l'utilisation (Thornicroft, 1991).

### **3.3.2. Éducation**

Cette variable est associée à l'utilisation (Pescosolido, 1998). Plus les personnes sont scolarisées et plus elles consultent lorsqu'elles présentent des besoins (Bijl, 2000). Une éducation moindre correspond à une utilisation plus faible selon Badawi (1996). Vasquez (1990) affirme, de son côté, qu'au contraire, le fait d'avoir une éducation moindre concorderait à une plus grande utilisation de services pour des raisons de santé mentale. L'étude de Vasquez était toutefois limitée à l'utilisation des soins primaires. Rien dans sa méthodologie ne laisse supposer qu'il a contrôlé les besoins, ce qui peut expliquer la différence observée.

Selon Mainous (1993), les personnes les moins scolarisées sont plus enclines à utiliser des services de soins primaires alors que les personnes les plus scolarisées ont plus tendance à utiliser des services de soins spécialisés.

### **3.3.3. Occupation**

Les chômeurs utiliseraient plus les services en santé mentale (Bijl, 2000; Badawi, 1996, Lavik, 1983). Par contre, lorsque l'on contrôle les besoins (qui sont plus élevés que dans la population générale), une relation inverse est observée : les personnes sans emploi sont moins enclines à utiliser des services pour des raisons de santé mentale (Commander, 1997).

### **3.3.4. Réseau social**

Selon Vera et coll. (1998), l'encouragement du réseau social viendrait s'ajouter aux besoins pour déclencher un contact avec le système de soin. Le réseau réduirait l'utilisation si une personne présente peu de symptômes et l'augmenterait si elle en présente beaucoup (Vera, 1998). Également, la disponibilité du réseau social déterminerait son influence sur l'utilisation (Pescosolido, 1998). Oyenumi (1992) a constaté que 57 % des usagers des urgences psychiatriques n'ont pas de réseau social. Selon Lefebvre (1998), les échanges sociaux, plus nombreux chez les femmes, expliqueraient leur plus grande utilisation des services de santé mentale.

### **3.3.5. Offre de service**

Selon plusieurs études (citées dans Stuart (2000)), la disponibilité des ressources ne semble pas être un prédicteur important de l'accessibilité (qui influence à son tour l'utilisation) en ce qui a trait aux services de santé mentale. De plus, l'accessibilité d'une ressource ne serait pas un déterminant du choix du type de ressource utilisée (Mainous, 1993). Finalement, en 1991, Thornicroft affirmait que cette association n'était pas bien documentée et la situation ne semble guère avoir évolué aujourd'hui.

Au Québec, le système de santé est publique et c'est la seule province canadienne à avoir intégré services sociaux et services de santé (Lefebvre, 1998). La population a donc accès, en théorie, à des services de santé et à des services sociaux gratuits. Par contre, il y a quatre fois plus de psychologues en cabinet privé au Québec que dans le reste du Canada et aux États-Unis (Lefebvre, 1998). Ceci expliquerait peut-être les différences au niveau de l'utilisation qui est plus élevée au Québec (Lefebvre, 1998).

Le fait que la psychiatrie soit sectorisée à Montréal limiterait le bassin de professionnels disponibles et donc la chance de trouver un intervenant qui convienne, avec lequel on puisse avoir une relation de confiance (Lefebvre, 1998).

#### **4. Synthèse de la recension des écrits**

Les besoins représentent le principal prédicteur de l'utilisation des services en santé mentale. Ils détermineraient la décision de consulter et non le type de services utilisés. Ce sont plutôt les variables socio-démographiques (âge, sexe, état civil) et socio-économiques (statut financier, éducation et occupation) qui ont un effet sur le type d'utilisation de services par un individu. Pour ce qui est de l'offre de services, la plupart des études n'ont pas trouvé de relation entre l'utilisation et l'offre de services dans le contexte de la santé mentale. Par contre, Fournier (1997) explique certaines différences de l'utilisation des services en santé mentale dans le contexte québécois par les différences au niveau de l'offre de services. Nous tenterons de clarifier un peu plus ce point dans la présente recherche.

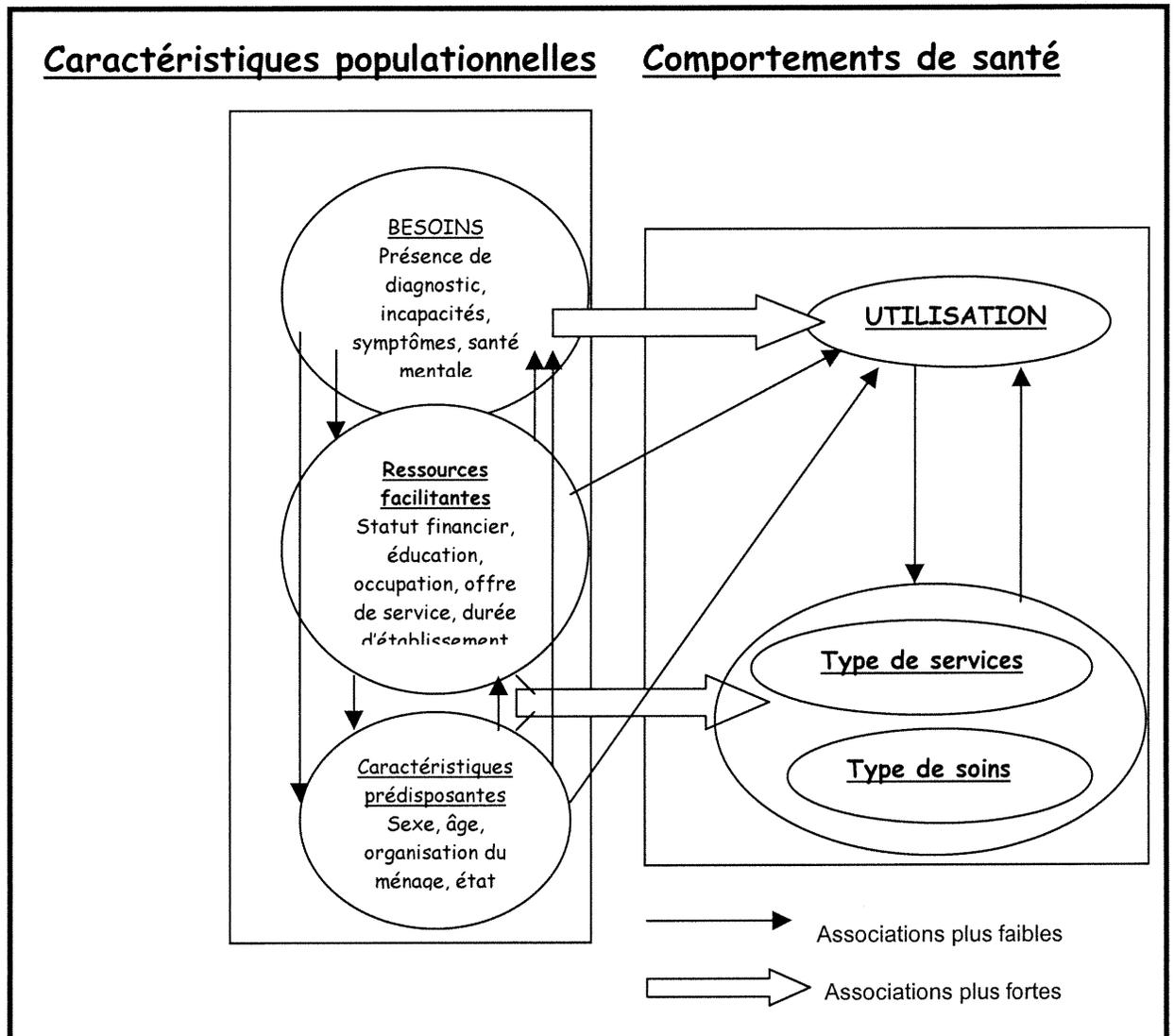
### **III. Modèle conceptuel**

Selon Thornicroft (1991), les modèles plus complexes prédisent mieux l'utilisation. Le modèle qui semble le mieux prédire l'utilisation est un modèle qui se base sur les indicateurs sociaux (Lesage, 1996).

Les modèles utilisés dans la littérature sont : celui d'Andersen (1973, 1995), celui de Pescosolido (1991, 1996) et celui Commander (1997) (*Pathways to care*). Notons toutefois que la majorité des études n'utilisent pas un modèle théorique explicitement défini.

Le modèle que nous avons choisi s'inspire de celui d'Andersen (1973 et 1995) et est adapté à la revue de littérature sur l'utilisation des services en santé mentale. La figure 2 constitue une schématisation du modèle conceptuel sur lequel se base notre étude. La population à l'étude (définie dans la section méthodologie) étant composée d'individus résidant sur l'Île de Montréal, nous pouvons supposer qu'ils subissent des influences similaires du même système de santé et de l'environnement urbain. De plus, nous n'avons pas de données sur les résultats de l'utilisation. Nous nous intéresserons donc plus particulièrement aux facteurs prédictifs de l'utilisation de services : il s'agit des facteurs prédisposants (caractéristiques individuelles), facilitants (accessibilité) et de besoins. La revue de la littérature nous a révélé que les besoins influençaient directement et

principalement l'utilisation et que les caractéristiques individuelles et les mesures d'accessibilité (statut socio-économique, entre autres) influençaient le type d'utilisation.



**Figure 2 : Modèle conceptuel (adapté d'Andersen (1973, 1995))**

Nous nous attarderons particulièrement à la relation facteurs facilitants - utilisation et types d'utilisation, une fois contrôlé l'effet des besoins et des facteurs prédisposants. Ceci correspond, selon Andersen (1995) à évaluer

l'accessibilité des services. Nous croyons que cela est pertinent dans le contexte fortement privatisé des services de santé mentale au Québec dans le cadre d'un système de santé publique. Lefebvre (1998) a souligné l'inégalité au niveau de l'accessibilité du système de santé mentale québécois sans toutefois l'étudier spécifiquement.

#### **IV. OBJECTIFS DE RECHERCHE**

1. Décrire les taux d'utilisation globaux et spécifiques des services liés à des raisons de santé mentale (pour problèmes nerveux, émotifs, d'alcool ou de drogues), dans la population adulte de l'Île de Montréal, pour une période de 12 mois.
  
2. Identifier les facteurs associés à l'utilisation d'un service quelconque et ceux associés à l'utilisation des différents types de services pour des raisons de santé mentale (pour problèmes nerveux, émotifs, d'alcool ou de drogues) en ce qui concerne les besoins, les facteurs prédisposants et les facteurs facilitants.
  
3. Analyser l'influence des facteurs facilitants sur l'utilisation globale et spécifique, après avoir contrôlé l'effet des besoins et des caractéristiques prédisposantes.

## **V. MÉTHODOLOGIE**

### **1. Devis et source de données**

Cette étude suit un devis transversal. Les études que nous avons consultées, dans le domaine, suivant un devis longitudinal (Joung (1995), Mustard (1996) et Lavik (1983)) confirment les associations trouvées dans les devis transversaux. Le devis transversal demeure donc très pertinent dans le domaine.

Les données sont tirées de l'Enquête sur le bien-être psychologique des Montréalais qui s'est déroulée en 1999 (de mars à mai), à Montréal. La population cible était composée de personnes de plus de 18 ans, non-institutionnalisées, vivant dans un ménage privé, sur l'Île de Montréal. Les critères d'inclusion étaient les suivants : devoir posséder un téléphone et pouvoir s'exprimer suffisamment en français ou en anglais pour pouvoir répondre au questionnaire. Les données ont été obtenues lors d'une entrevue téléphonique d'une durée moyenne de 30 minutes. Le nombre de questions posées à chaque personne dépendait de sa réponse à certaines questions. Par exemple, si les réponses à un ensemble de questions laissaient présager une forme ou l'autre de trouble mental, des questions plus spécifiques sur ce trouble étaient posées.

L'utilisation du téléphone pour la cueillette de données dans le cadre d'enquêtes populationnelles relatives à la santé mentale est une procédure qui a été validée par Fournier, en 1997. Les entrevues face à face offrent souvent un contenu plus riche, mais elles sont plus longues et plus coûteuses et fournissent, en bout de ligne, des résultats comparables (Fournier, 1997).

Un échantillon aléatoire fut constitué à partir de numéros de téléphone générés par la firme de sondage mandatée pour passer les entrevues. Un échantillon de 7052 numéros de ménages privés a ainsi été construit. Le taux de réponse fut de 66,7 %, ce qui est plus bas que la norme de 75 % généralement établie pour ce genre d'enquête (Fournier, 1997). Pour cette raison, différentes pondérations ont été effectuées afin que les données reflètent mieux les caractéristiques de la population selon le dernier recensement de Statistiques Canada (1996).

Les données ont été organisées dans une banque de données de SPSS (version 10.0 pour Windows) et compilées pour 4704 personnes.

## **2. Variables et instruments de mesure**

Les variables dépendantes sont l'utilisation globale et spécifique de services pour fins de santé mentale, au cours des 12 derniers mois. Les définitions des différentes variables dépendantes sont présentées dans le TABLEAU 2

de l'article. Il s'agit de variables dichotomiques (*Avez-vous utilisé [Oui ou Non] [tel ou tel service] pour des problèmes émotifs ou nerveux, au cours des 12 derniers mois?*). Les différents types d'utilisation ont été mesurés comme dans l'Ontario Mental Health Survey (1990). L'instrument a toutefois été adapté pour cette enquête et comporte 18 questions dichotomiques.

Les variables indépendantes sont les besoins, les caractéristiques prédisposantes et les facteurs facilitants tels que définis dans le modèle d'Andersen (1973 et 1995). Elles sont présentées, pour la plupart, dans les tableaux 3 et 4 de l'article.

Les besoins incluent les diagnostics présents et passés, la perception de sa santé mentale, les idées suicidaires et les incapacités. Ces variables ont été mesurées à l'aide du CIDIS pour les troubles mentaux et de questions tirées de l'Enquête Santé Québec pour les autres dimensions. À partir des variables sus-mentionnées, une variable globale a été créée (*Overall Needs = 1 si au moins une de ces variables = 1 et Overall Needs = 0 si toutes ces variables = 0*). Une variable symptôme a été créée *a posteriori* à partir des critères diagnostiques déjà établis et en enlevant les indicateurs de sévérité (incapacités et consommation de médicament). Pour ce qui est des diagnostics, nous n'avons retenu que ceux liés aux troubles anxieux et affectifs. Nous ne disposons pas d'autant de données valides pour les troubles liés à l'abus de substance et le questionnaire n'abordait pas du tout

les psychoses. Notons toutefois que les troubles anxio-affectifs sont les plus prévalants (Fournier M.A., 1994 et Fournier L., 1997) et sont associés à d'importants coûts sociaux (absentéisme au travail, burnout, suicide) qui en font une priorité de santé publique.

Les caractéristiques prédisposantes incluent le sexe, l'âge, l'état matrimonial et l'organisation du ménage. Ces variables ont été mesurées à partir des questions provenant principalement de l'Enquête Santé Québec.

Le sexe peut être féminin (=1) ou masculin (=0). L'âge est une variable catégorielle (voir tableau 3 de l'article pour les catégories) parce que, dans la littérature, l'association entre l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale et l'âge est une association curvilinéaire où les 25-44 ans semblent faire plus appel aux services que les autres catégories d'âge. L'état matrimonial correspond à l'état civil des individus (voir tableau 3 de l'article pour les catégories). Finalement, l'organisation du ménage correspond aux liens qui unissent les différents individus vivant sous un même toit (voir tableau 3 de l'article pour les catégories).

Les facteurs facilitants incluent le statut financier perçu, la scolarité relative (ajustée pour l'âge), la sous-région psychiatrique, la date d'établissement au Canada et l'occupation. Ces variables ont également été mesurées par des questions provenant principalement de l'Enquête Santé Québec.

La scolarité relative est calculée à partir du plus haut niveau de scolarité atteint par une personne et son âge. Le niveau de scolarité relative d'un individu correspond à sa situation par rapport au niveau de scolarité moyen des personnes du même groupe d'âge que lui.

Notons que pour représenter le concept d'occupation, nous avons choisi une variable dichotomique (au travail ou aux études / autre situation occupationnelle) plutôt qu'une variable à catégories multiples. La variable choisie reflète donc plus un niveau d'occupation plutôt qu'un type d'occupation.

Nous avons retenu le statut financier perçu (c.-à-d. comment les personnes interrogées évaluent leur propre situation financière (voir tableau 3 de l'article pour les catégories)) plutôt que le revenu car cette variable contenait un plus grand nombre de données valides. De plus, le statut financier perçu reflète la relation revenu - style de vie.

À Montréal, le territoire est découpé en 6 secteurs administratifs en ce qui concernent les services publics de santé mentale (MSSSQ, 1997). Contrairement aux soins de santé physiques, les soins psychiatriques sont sectorisés. Les individus vivants dans un territoire donné doivent utiliser les services disponibles sur leur territoire (MSSSQ, 1997). Ainsi, nous pouvons

supposer que la variable sous-région administrative (catégories = est, ouest, centre-est, centre-ouest, nord et sud-ouest) est une approximation (PROXY) de la disponibilité des services publics dans le secteur de résidence d'une personne.

Enfin, entre la langue maternelle et la date d'établissement au Canada, nous avons retenu date d'établissement au Canada. Les deux variables étaient fortement corrélées (0,67) et ne pouvaient donc être maintenues ensemble sans altérer les résultats de régression. Un quart de la population montréalaise n'ont ni le français, ni l'anglais comme langue maternelle mais 85 % de ceux-ci fonctionnent dans la plupart de leurs activités quotidiennes en français ou en anglais (Statistiques Canada, 1996). La durée d'établissement nous semble donc mieux refléter la réalité immigrante de Montréal et d'autres études dans le domaine de la santé publique ont fait ressortir l'importance de cette variable ou de ces variantes (citées dans Jean-Vernet, 2001).

Tous les instruments de mesure utilisés possèdent de très bonnes qualités métrologiques et ont été prétestés dans le cadre de cette enquête (D.S.P., 1998 et 2000). La plupart avaient déjà été adaptés et validés dans une étude de Fournier et coll. (1997), dans le quartier est de Montréal.

### **3. Analyses statistiques**

Les analyses ont été effectuées sur SPSS 10.0 pour Windows. Les données étaient pondérées tel que mentionné plus haut. Tout d'abord, nous avons procédé à des analyses bivariées en utilisant des tests du Chi carré pour examiner les relations existantes entre les variables dépendantes et indépendantes et pour réduire le nombre de variables indépendantes tel que mentionné précédemment. Lors de ces analyses, nous avons également procédé à des mesures de corrélation. Nous avons retenu les variables dont les niveaux de corrélation étaient inférieurs à 0,5.

Par la suite, nous avons procédé à des analyses de régression logistique multiple afin de mesurer l'influence relative de chaque variable indépendante sur les variables dépendantes. Aussi, la procédure de régression nous a permis de contrôler les besoins et les caractéristiques prédisposantes afin de faire ressortir de façon encore plus spécifique l'influence des facteurs facilitants. Les analyses ont été faites en suivant le modèle conceptuel. C'est-à-dire que les variables ont été entrées par bloc dans le modèle statistique. Il y avait 3 blocs qui contenaient respectivement les variables besoins, les variables caractéristiques prédisposantes et les facteurs facilitants. Les blocs ont été entrés dans cet ordre selon une procédure pas-à-pas progressive.

## **VI. ARTICLE**

### **Utilisation of services for mental health reasons in Montreal: the influence of enabling factors**

*Natacha Bielinski, Léo-Roch Poirier, Louise Fournier,  
Carole Poulin, Odette Lemoine, Raynald Pineault*

---

#### **ABSTRACT**

**Keys words:** Service organisation, health care system, utilisation of services, mental health, Montreal, adult population, epidemiological survey, factors, public health, Andersen model.

---

Almost 50% of the population admit they have had mental health problems at least once in their lives. On the other hand, a small minority of people with mental disorders uses services for mental health reasons. The main goal of this study is to identify the factors associated with utilisation of services. Our conceptual model is adapted from Andersen's model of utilisation of health care services.

This is a cross-sectional study based on data from the *Enquête sur le bien-être psychologique des Montréalais*, a telephone survey, which took place in Montreal, in 1999. The target population was constituted of all adult Montrealers living in private households. A sample of 4,704 subjects was randomly created. After conducting bivariate analyses between independent variables (needs, predisposing factors, enabling factors) and dependent variables (the different types of utilisation of services for mental health reasons), multiple logistic regression analyses were performed to assess the simultaneous influence of different independent variables.

Our study showed that 14.8% of Montrealers used services for mental health reasons in the past 12 months (mainly public and general services). Needs were the main predictors of utilisation. Age gender and marital status appear in most models. Accessibility factors are absent from the global model but present in some specific models. These results should help target public health interventions in the mental health field and guide policy-makers in the restructuration of the mental health system in Montreal. Indeed, this study confirms the importance of primary care in mental health and the need to increase the accessibility of specialised services.

---

The Canadian Health Care services claim to provide free, accessible care in a publicly funded context. Mental health is part of this public health system where, paradoxically, 40% of the people who use services for mental health reasons (in Quebec) do so in a private practice setting (Lefebvre, 1998).

Are services in Montreal as universally accessible as they are supposed to be? What are the predictors of use of mental health services? Are enabling resources (proxies to accessibility) playing a role in the utilisation of services

for Montreal residents? And finally, are these predictors of use the same for the utilisation of any services and the utilisation of different types of services? These are some of the questions that we will try to answer in this paper.

As Lefebvre (1998) mentioned, utilisation varies across countries and cities. Large-scale epidemiological surveys around the world reported utilisation rates varying from 7.8% (Ontario Mental Health Survey, 1996) to 14.6% (Netherlands Mental Health Survey, 2000). The last epidemiological survey that took place in Montreal (in the eastern area) reported a 12.8% utilisation rate.

In the literature, we found two types of articles on utilisation of mental health services: Those which studied and analysed the factors predicting utilisation globally (the vast majority of studies) and those which studied and analysed the utilisation of specific types of services. Our review of the studies lead us to conclude that it is useful to make a distinction between the different types of care (general services or specialised services)<sup>1</sup> and the different type of services (public, private or community services)<sup>2</sup>.

## **Utilisation and Need**

---

<sup>1</sup> Bland (1990), Badawi (1996), Bijl (2000), Shapiro (1984), Fournier (1990), ESQ (1994), Mainous (1993)

<sup>2</sup> Poirier (*to be published*)

Studies on the subject are unanimous. Needs (diagnosis, disabilities, suicidal ideas, symptoms, perception of mental health) are the largest (by far) predictors of use for mental health reasons (Lefebvre (1998), Lin (1996) among others). But, according to some, needs will determine the choice to seek help, but not necessarily the choice of the provider (Nainous (1993), Frank (1989)). Despite the fact that need will be the best predictor for use, the vast majority of people with needs do not seek help: 56% to 80% (McAlpine & Mechanics (2000), Bijl (2000), Vera (1998), Fournier (1997), Thornicroft (1991)). People with substance abuse problems are the least likely to seek help and people with mood disorders are the most prone to seek help (Bijl, 2000).

### **Utilisation and predisposing factors**

Age, sex, and marital status have all been associated with use of services for mental health reasons (Pescosolido (1998), Vera (1998), Bland (1996), Badawi (1996), Lin (1996), Shapiro (1984), Fournier (1997), Wu (1999), Horwitz (1998), Thornicroft (1991)). Age has been found to have a curvilinear association with utilisation. Thus, the 25-44-group (30-44 in Baldwin (1996) and Commander (1997)) use more services for mental health reasons, and the young and the elderly use less (Bland (1990), Lin (1996)). Age has an effect on the choice of type of service (Vera 1998). Young adults seem more prone to use specialised services, while older

people will consult their General Practitioner for mental health reasons (Vera 1998, Horowitz 1998).

Women are more prone to use services in general (Pescosolido (1998), Wu (1999), Bland (1990), Lin (1996), Fournier (1997), Shapiro (1984)). But, gender has more of an impact on the type of use. For example, men are more likely to use specialised services (Shapiro 1984), emergency services (Watson 1978) and chronic services (Lark 1983) for mental health reasons than women.

Single and separated people are more prone to use services than married people (Wu (1999), Lin (1996), Badawi (1996), Thornicroft (1991)). Widowed or divorced people are equally more likely to use services - for the same level of need (Commander 1997, Thornicroft 1991). Single people are more prone to use specialised services and emergency services than married people (Vera (1998), Bijl (2000), Oyenumi (1992)). The organisation of the household and the utilisation of services for mental health reasons seem interrelated according to Badawi & al. (1996). They report that households headed by single mothers and households constituted of single people are more prone to use services. They also state that utilisation varies from one household to the next but that individuals in the same household tend to present the same utilisation patterns (Badawi & al., 1996).

### **Utilisation and enabling resources**

Financial status has an impact on the decision to seek help (Vazquez 1990), and even more so on the choice of types of help sought. (Vera (1998), Oyenumi (1992)). The poorer people are up to six times less likely to use services when they have needs than the wealthier people - in a non-publicly funded system (McAlpine and Mechanics (2000)).

Educational level achieved is also an important predicting factor: the more educated a person is, the more s/he will use the health care system in a time of need (Pescosolido (1998), Bijl (2000), Badawi (1996)).

Unemployed people use services more, for mental health reasons (Bijl (2000), Badawi (1996)), but, when needs are controlled in analyses, the opposite association is observed (Commander 1997). According to Stuart (2000), availability and capacity of resources do not seem to have an impact on utilisation in a public funded system.

Based on the review of the literature, we adapted the Andersen model to mental health service use. We kept the key concept: needs, predisposing factors, and enabling factors. In general, needs are likely to be the main predictors of utilisation of any services. Predisposing and enabling factors are more likely to have an impact on the different types of utilisation rather

than on the global variable. All groups of variables are believed to be inter-related. Our analysis strategy follows this model.

## **Method**

### *Sampling and Procedure*

This study uses data collected in an epidemiological survey ("Enquete sur le bien-être psychologique des Montréalais") that took place in Montréal in 1999.

In this survey, 4,704 subjects were drawn from the adult population living in a private household, in Montreal. The respondents had to have a telephone and be fluent in French or English in order to answer the questions posed to them by a private polling firm. Montreal is the largest populated urban area in Quebec with varying levels of income and a multi-cultural face which has 57.6% French speaking population, 18% English speaking and 24.4% Allophone (Statistics Canada, 1996).

Within the catchment area, 7,052 households with listed phone numbers were randomly selected. The data was collected between March 1999 and May 1999. The response rate was 66.7 %.

### *Variables*

Dependant variables are global and specific utilisation of services for mental health reason in the past 12 months. They are dichotomous variables (Y/N) and their definitions are presented in table 2.

Independent variables are needs, predisposing factors and enabling factors. They are presented in table 3 and 4. Needs include diagnosis present and past, perception of own mental health, suicidal ideas and disabilities. From these variables we created a global variable (Overall Needs = 1 if at least one of those variables = 1 and Overall Needs = 0 if all of them =0). At posteriori, we created a symptoms variable with the criteria for diagnosis but removing the severity criteria, which are disabilities and intake of medication. Note that only non-substance-related anxio-affective disorders have been included in the diagnoses variables because of the availability of valid data.

Predisposing factors include gender (woman = 1 and man = 0), age (a categorial variable (see table 3 for categories) because of the curvilinear association between age and utilisation of services foer mental health reason as found in the litterature), marital status (see table 3 for categories) and househod organisation (which describes the links that exist between individuals living under the same roof (see table 3 for categories)).

Finally, enabling factors are occupation (working or studying vs other), perceived financial status (an individual assessment of his/her own financial situation (see table 3 for categories)), relative level of education ( highest level of education completed, adjusted for age), date of establishment in Canada (see table 3 for categories) and administrative sectors (see table 3 for categories). In Montreal, public mental health services are sectorized, which means that they are organised in 6 sectors and that individuals must use the services available in their area (MSSSQ, 1997). For this reason, we are using the administrative sector variable as a PROXY of the availability of public services for an individual in the area of his/her residence.

### *Instruments*

All the instruments used in this survey are standardised and have been used in previous similar surveys. To measure the independent variables we used different instruments. To detect mental disorders, the Composite International Diagnostic Interview Simplified (CIDIS) was used (Kovess and Fournier, 1990). The disorders screened were depression, dysthymia, generalised anxiety, phobias, panic and substance-related disorders (one of the sections specifically addressed suicidal ideas). The disabilities and subjective mental health were measured with questions from Enquête Santé Québec (Santé Québec, 1998). Finally, some questions concerned socio-demographics and more specifically : gender, age, marital status, place of

birth, language, education, spirituality, occupation and socio-economic status.

To measure the dependant variable, the use of mental health services, we used an instrument adapted from the Ontario Mental Health Survey (Ministry of Health, Ontario, 1990). The scale has 18 dichotomous questions on professional consultations and settings for emotionally-based, nervous, or substance-related problems. The reference period for these questions was the past 12-months and lifetime (not presented here).

### *Data Analysis*

Analyses were run on the SPSS 10.0 Windows program. The data was weighted to be representative of the latest population census (Statistics Canada, 1996).

First, bivariate analyses were performed using chi-square tests to examine the relationship between the independent variables and the dependent variables, which are: general services, specialised services (types of care), private services, public services, and community services (types of services) during the past 12 months (see table 2 for the definitions of dependent variables). From those analyses, we retained independent variables found in table 3 and 4, for which the importance in explaining utilisation was confirmed by many studies, to perform the regression analyses.

Dependent variable	Definition
Any service	Use of at least one of the following services for mental health reasons in the past 12 months: GP, psychiatrist, other M.D., psychologist or psychotherapist, social worker, nurse or occupational therapist, other professional, clergy, alternative medicine specialist, C.L.S.C. services, hospital services, emergency services, outpatient care, support groups, community organisations, crisis telephone lines, crisis centre, drug or alcohol rehab centre.
General care	Use of at least one of the following services for mental health reasons in the past 12 months : GP, M.D. (excluding psychiatrist), C.L.S.C. services, social worker, nurse or OT, clergy
Specialised care	Use of at least one of the following services for mental health reasons in the past 12 months : Psychiatrist, psychologist or psychotherapist, other professional, alternative medicine specialist, hospital services, emergency services, outpatient care, support groups, community organisations, crisis telephone lines, crisis centre, drug or alcohol rehab centre
Public services	Use of at least one of the following services for mental health reasons in the past 12 months : GP, psychiatrist, other M.D., psychologists or psychotherapists (in public institutions), social worker, nurse or occupational therapist, C.L.S.C. services, hospital services, emergency services, outpatient care
Private services	Use of at least one of the following services for mental health reasons in the past 12 months : Psychologists or psychotherapists in private practice, alternative medicine specialist
Community services	Use of at least one of the following services for mental health reasons in the past 12 months : Other professionals, priest, support groups, community organisations, crisis telephone lines, crisis centres, drug or alcohol rehab centre

**Table 2:** Definition of the dependent variables

Multiple logistic regressions were then performed for each of the dependent variables. This was done to measure the relative role of each significant variable as well as to evaluate any possible interaction between them. Also, logistic regression offered the possibility to control the effects of needs and predisposing factors variables, in order to be able to ascertain the relative

role of enabling resources in the utilisation of services for mental health reasons. Multiple logistic regressions were performed according to our conceptual model. Independent variables were entered in three blocks - needs, predisposing factors, and enabling factors, in that order. The variables of each block were entered with a forward stepwise procedure. Finally, following the same procedure, we did some extra analyses on the following sub-samples: subjects with overall needs (*past or present diagnosis or suicidal ideas or poor perceived mental health or disabilities*), subjects with only symptoms, subjects with only a present diagnosis, subjects with only a past diagnosis.

## RESULTS

### *Socio-demographics and prevalence of the different types of utilisation*

Data concerning socio-demographic information on the sample, and those concerning the prevalence of the different mental distresses are presented in table 3 and 4 respectively.

<b>Socio-demographics</b>		<b>Proportion (%)</b>
<b>Gender</b>		
	Women	52.3
	Men	47.7
<b>Age groups</b>		
	18-24	11.3
	25-44	41.9
	45-64	29.4
	65+	17.4
<b>Marital status</b>		
	Married or living with partners	52.9
	Separated or divorced	10.3
	Widow or widower	7.2
	Single	19.6

<b>Household organisation</b>	
Living alone	21.4
Couple without kids	23.6
Single parent families	6.8
Couple with kids	33.2
Roommates without kids	15.1
<b>Relative level of education</b> (1 lowest to 5 highest)	
1-2	38.5
3-4-5	61.5
<b>Date of establishment in Canada</b>	
Born in Canada	68.6
more than 5 years	24.6
Less than 5 years	6.8
<b>Perceived financial status</b>	
Wealthy	23.5
Comfortable	62.3
Poor & very poor	14.2
<b>Occupational status</b>	
Worker or student	67.5
Others	32.5

**Table 3: Socio-demographics of the sample** (n = 4704)

<b>Needs variables</b>	<b>Proportion (%)</b>
Diagnosis (non-substance-related)	
Actual	11.1
Past	16.8
None	73.1
Disabilities (past 4 weeks)	
None	92.0
At least one	8.0
Subjective mental health (actual)	
Good	93.3
Poor	6.7
Suicidal ideas (past 12 months)	
Yes	3.5
No	96.5
Symptoms without any diagnosis (life)	
Yes	17.7
No	82.3
Overall Needs	
Yes	17.5
No	82.5

**Table 4: Prevalence of needs variables** (n = 4430)

The prevalence of the past-year utilisation according to the different types of use is presented in Table 5.

<b>Utilisation</b>	<b>Proportion (%)</b>
<b>ANY SERVICES</b>	<b>14.9</b>
General Practitioner	6.7
Psychiatrist	2.7
Other MDs	2.3
Psychologist	4.9
Social worker	2.1
Nurse or occupational therapist	1.8
Alternative medicines practitioner	2.0
Member of the clergy	1.5
Other professional	0.5
C.L.S.C.	2.2
Emergency Room	1.1
Hospital	0.6
Outpatient psychiatric clinic	1.5
Psychiatric day centre	0.4
Crisis centre	0.3
Support group	1.6
Community organisation	0.4
911 or other emergency lines	1.5
Rehabilitation centre (for drug or alcohol abuse)	0.3
General services	11.9
Specialised services	8.3
Public services	11.0
Private services	4.5
Community services	4.1
Utilisation of individuals with overall needs (n = 577)	44.8
Utilisation of individuals with a present diagnosis (n = 300)	52.7
Utilisation of individuals with a past diagnosis (n= 525)	30.2
Utilisation of individuals with symptoms without a diagnosis (n = 623)	10.0

**Table 5: Prevalence of utilisation of the different types of services** (n = 4704 if not otherwise specified)

Almost 15% of the population used services for mental health reasons in the past 12 months. Among the different professionals, GPs were the most consulted for mental health reasons (7% of the population consulted a GP in the past 12 months), followed by psychologists (5%) and psychiatrists (2.7%). Less than 1% of the population was hospitalised for mental health reasons in the past 12 months and slightly more went to emergency rooms. General services (refer to table 2 for definitions) were used more than specialised services for mental health reasons. Montrealers also used more public services than private or community services. (Note that individuals could have used more than one type of services in the past 12 months). Finally, 44.8% of people with needs used services for mental health reasons (10.0% of people with symptoms (but no diagnosis), 52.7% of people with present diagnosis, 30.2% of people with a past diagnosis).

### **Bivariate analyses**

The results of the bivariate analyses between the independent variables and the different types of utilisation are presented in table 6.

		At least one service	General services	Specialised services	Public services	Private services	Community services
<b>NEEDS</b>							
Diagnosis	None	7.0	5.6	3.2	5.0	2.3	1.4
	Present	52.7 <sup>1</sup>	45.3 <sup>1</sup>	36.2 <sup>1</sup>	45.4 <sup>1</sup>	13.7 <sup>1</sup>	19.1 <sup>1</sup>
	Past	30.3	23.8	16.2	21.9	10.5	7.4
Suicidal ideas	Yes	61.4 <sup>1</sup>	56.8 <sup>1</sup>	50.6 <sup>1</sup>	58.0 <sup>1</sup>	18.2 <sup>1</sup>	20.7 <sup>1</sup>
	No	13.8	11.1	7.2	10.3	4.3	3.5
Subjective mental health	Poor	43.0 <sup>1</sup>	38.0 <sup>1</sup>	31.2 <sup>1</sup>	39.9 <sup>1</sup>	10.6 <sup>1</sup>	13.1 <sup>1</sup>
	Good	13.3	10.6	6.9	9.7	4.3	3.4
Disabilities	Yes	57.4 <sup>1</sup>	49.8 <sup>1</sup>	38.3 <sup>1</sup>	52.0 <sup>1</sup>	15.7 <sup>1</sup>	17.0 <sup>1</sup>
	No	11.8	9.4	6.1	8.5	3.8	3.0
Symptoms (no diagnosis)	Yes	10.0	8.4	4.2	6.8	3.1	2.9
	No	15.9 <sup>1</sup>	12.9 <sup>1</sup>	9.2 <sup>1</sup>	12.3 <sup>1</sup>	4.9 <sup>1</sup>	4.2 <sup>1</sup>
<b>PREDISPOSING FACTORS</b>							
Gender	Male	11.6	9.0	7.2	8.8	3.0	3.8
	Female	18.3 <sup>1</sup>	15.3 <sup>1</sup>	9.5 <sup>2</sup>	14.1 <sup>1</sup>	6.2 <sup>1</sup>	4.2
Age	18-24 y.	14.5	11.1	8.0	10.3	3.4	5.7 <sup>1</sup>
	25-44 y.	17.6 <sup>1</sup>	14.4 <sup>2</sup>	10.3 <sup>1</sup>	12.6	6.7 <sup>1</sup>	4.9
	45-64 y.	15.4	12.0	9.0	12.1	4.8	3.6
	65 y. +	10.8	9.9	4.2	10.1	1.1	1.7
Marital status	Married	11.6	9.4	5.9	8.6	3.6	2.7
	Separated	24.6 <sup>1</sup>	19.4 <sup>1</sup>	15.4 <sup>1</sup>	19.0 <sup>1</sup>	9.6 <sup>1</sup>	6.7 <sup>1</sup>
	Widow(er)	15.6	14.7	6.7	14.4	2.2	3.6
	Single	17.9	14.5	10.8	13.4	5.4	5.4
Household organisation	Living single	18.6	14.6	11.7	15.0	5.7	4.7
	Couple without kids	12.4	10.0	6.3	9.4	4.0	3.0
	Single parent families	27.0 <sup>1</sup>	23.7 <sup>1</sup>	15.8 <sup>1</sup>	21.1 <sup>1</sup>	9.3 <sup>1</sup>	8.9 <sup>1</sup>
	Couple with kids	11.4	9.3	5.7	8.5	3.3	2.9
	Roommate without kids	17.0	14.1	9.5	12.2	5.3	4.7

		At least one service	General services	Specialised services	Public services	Private services	Community services
<b>ENABLING FACTORS</b>							
Financial status	Wealthy	13.9	10.6	8.0	9.9	5.5	3.3
	Comfortable	14.7	11.9	7.6	11.0	4.6	3.8
	Poor or very poor	20.5 <sup>1</sup>	18.1 <sup>1</sup>	13.5 <sup>1</sup>	18.2 <sup>1</sup>	3.8	6.6 <sup>2</sup>
Level of education	Low	15.1	12.9 <sup>2</sup>	7.4	12.5 <sup>2</sup>	2.4	4.8
	High	15.7 <sup>1</sup>	12.4	9.4 <sup>1</sup>	11.4	6.3 <sup>1</sup>	3.7
Occupation	Employed or student	15.4	12.0	8.8	10.7	6.0 <sup>1</sup>	4.0
	Others	14.9	13.2	7.8	13.8 <sup>2</sup>	2.0	4.0
Years in Canada	Born in Canada	16.7 <sup>1</sup>	13.7 <sup>1</sup>	9.3	12.6	5.5 <sup>1</sup>	4.2
	+ 5 years	12.0	10.0	6.7	9.6	3.2	3.5
	- 5 years	12.3	8.7	7.2	9.9	2.1	4.1
Administrative sectors	West	13.6	10.6	7.6	10.7	3.3	4.4
	North	11.1	8.9	5.8	8.1	4.4	2.8
	South-west	20.1 <sup>1</sup>	16.6 <sup>1</sup>	10.8	16.0 <sup>1</sup>	5.6	5.2
	Centre-west	14.8	11.7	8.2	9.5	6.2	3.8
	Centre-east	18.4	14.6	11.2 <sup>2</sup>	14.9	5.7	4.4
	East	14.1	12.2	7.6	11.4	3.4	3.8

<sup>1</sup>: p < 0.01

<sup>2</sup>: p < 0.05

**99**: Variation coefficient > 25%. Given for information purposes only

**Table 6: Percentages of utilisation : results of the bivariate analyses between independent variables and the different types of utilisation (n = 4430)**

### *Needs vs. utilisation*

The **needs** variables (present or past diagnosis, suicidal ideas, subjective mental health and disabilities) are associated with all types of uses (p < 0.01). The only exception is the symptoms without diagnosis variable. In effect, for this particular case, the subjects with symptoms but no diagnosis (lifetime) have been compared to the respondents with no symptoms AND the respondents with diagnosis. This explains the reverse association

observed. The symptoms without diagnosis variable was created for sub-sample and regression analyses (which correct this phenomena because diagnoses will be controlled). Hence, it does not present a particular interest in bivariate analysis.

#### *Predisposing factors vs. utilisation*

In general, women seem to consistently use services more systematically than men (utilisation of any services, utilisation of general and specialised services, utilisation of public and private services). The only exception is with community services where gender is not significantly associated with use.

The 25 - 44 age group seems more prone to use at least one type of service: general, specialised and private services in particular. Young people (18-24) seem more likely to use community services.

Marital status is a significant variable for all types of use. The separated or divorced group of individuals is more associated with utilisation ( $p < 0.01$ ). The variable household organisation is significant for all types of services. Single parent families seem more prone to use the different types of services.

*Enabling resources vs. utilisation*

Perceived financial status is associated with increased utilisation of all types of services except private services where the association is also reverse. The poor and very poor group is the most statistically significant.

A higher level of education is associated with a higher rate of use of at least one type of service, specialised and private services. This variable is not statistically significant for all of the other types of uses.

People with an established occupation are more likely to use private services but less likely to use public services.

The number of years a person has been established in Canada is significantly related to the corresponding increase in the utilisation of at least one type of service, general and private services.

The psychiatric-sub-area showing the highest prevalence of utilisation of general and public services is the southwest sector. But the people in the eastern-centre area used more specialised services. This variable was not statistically significant for all the other types of utilisation.

## Logistic regression analysis

A synthesis of all the models of the different types of utilisation is presented in table 8. The global model is presented in table 7.

Variables	Odds / Ratio	Confidence interval	
Present diagnosis	9.41***	6.71	13.19
Disabilities	4.96***	3.54	6.96
Past diagnosis	4.81***	3.62	6.39
Age (25 – 44y. vs. 18 –24 y.)	1.88**	1.25	2.84
Marital status			
(separated or divorced vs. married people)	1.78**	1.27	2.50
Suicidal ideas	1.76*	1.02	3.02
Subjective mental health	1.73**	1.18	2.56
Age (45-64y. vs. 18-24)	1.64*	1.04	2.58
Marital status (single vs. Married people)	1.46**	1.10	1.94
Gender (women)	1.44**	1.14	1.82
Symptoms without lifetime diagnosis	1.42*	1.01	2.00

$R^2 = 0.304$

\*:  $p < 0.05$

\*\* :  $p < 0.01$

\*\*\* :  $p < 0.001$

**Table7: Global model of utilisation** (n = 4430)

	Any Serv.	General	Special.	Public	Private	Comm.	Utilisation of individuals with overall needs	With symptoms	With dx present	With dx past
Dx pres.	9.41 <sup>1</sup>	8.98 <sup>1</sup>	9.11 <sup>1</sup>	8.22 <sup>1</sup>	4.35 <sup>1</sup>	17.75 <sup>1</sup>	4.48 <sup>1</sup>	----	-----	N.S.
Dx past	4.81 <sup>1</sup>	4.47 <sup>1</sup>	4.03 <sup>1</sup>	3.83 <sup>1</sup>	3.60 <sup>1</sup>	7.05 <sup>1</sup>	3.54 <sup>1</sup>	-----	N.S.	-----
Incap.	4.96 <sup>1</sup>	4.44 <sup>1</sup>	3.64 <sup>1</sup>	5.67 <sup>1</sup>	2.66 <sup>1</sup>	2.60 <sup>1</sup>	3.21 <sup>1</sup>	4.32 <sup>1</sup>	2.69 <sup>1</sup>	8.09 <sup>1</sup>
Suic. Id.	1.76 <sup>2</sup>	1.99 <sup>2</sup>	2.45 <sup>1</sup>	2.11 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	1.92 <sup>2</sup>	N.S.	N.S.	N.S.
Subj. MH	1.73 <sup>1</sup>	1.76 <sup>1</sup>	1.99 <sup>1</sup>	2.00 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	2.08 <sup>2</sup>	N.S.
Sympt.	1.42 <sup>2</sup>	1.59 <sup>2</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	2.82 <sup>1</sup>	N.S.	-----	N.S.	N.S.
Gender	1.44 <sup>1</sup>	1.49 <sup>1</sup>	N.S.	1.33 <sup>2</sup>	1.71 <sup>1</sup>	N.S.	1.58 <sup>2</sup>	2.19 <sup>2</sup>	N.S.	N.S.
Age	1.88 <sup>1</sup>	2.04 <sup>1</sup>	1.97 <sup>1</sup>	N.S.	2.12 <sup>2</sup>	N.S.	3.36 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	4.41 <sup>1</sup>
Marital Status	1.78 <sup>1</sup>	N.S.	2.23 <sup>1</sup>	1.76 <sup>1</sup>	2.39 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Hosehold org.	N.S.	2.24 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	4.21 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.
Perc. Fin Status	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Educ.	N.S.	N.S.	1.69 <sup>1</sup>	N.S.	3.29 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Occup.	N.S.	N.S.	N.S.	0.67 <sup>1</sup>	2.24 <sup>1</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	0.56 <sup>2</sup>	N.S.
D. Etab.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	4.64 <sup>2</sup>	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
Adm. sectors	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.	N.S.
R <sup>2</sup>	0.30	0.29	0.30	0.31	0.21	0.20	0.21	0.11	0.15	0.18

Nagelkerke

<sup>1</sup>: P < 0.01<sup>2</sup>: p < 0.05

N.S. : Not statistically significant

*NB : For categorical variables, the odd ratio of the category with the highest one is given.***Table 8: Odds ratios for the statistical models of the different types of utilisation**

(n = 4430 except for the last 4 models where n = 577, n = 300, n = 525 and n = 623 respectively)

*Utilisation of at least one type of service*

Individuals with a mental disorder (as defined by CIDIS) are 9.41 times more likely to use at least one type of service for mental health reasons than individuals who never had any mental disorder. Disabilities come second with 4.96 as an Odd Ratio. The other needs variables are also all associated

with utilisation in general, in the following order of OR importance: past diagnosis (OR = 4.81), suicidal ideas (OR = 1.76), subjective mental health (OR = 1.73) and presence of symptoms without diagnosis (OR = 1.42). Once needs have been included in the model, most predisposing factors (age, gender, and marital status) are associated with utilisation. The direction of the associations confirms what we found in the literature: being a woman, being between 25 and 44 years old, and being separated or divorced, are predictors of a higher rate of utilisation of services for mental health reasons.

Finally, no enabling resources variable (perceived financial status, education, occupation, date of establishment in Canada, administrative sectors) was predicting utilisation of any services when needs and predisposing factors are taken into account.

#### *Types of care*

For general services, results are very close to those obtained for global utilisation. It differs in the fact that past diagnosis has a higher O.R. than disabilities and that marital status is replaced by household organisation (individuals living in single parent families are more prone to use than the others) as a predisposing factor. Finally, like in the global model, no enabling factor variable is found in the model of the utilisation of general services.

In the specialised care model, present diagnosis, past diagnosis, disabilities, perceived mental health, and suicidal ideas variables appear in that order. Marital status and age are the predisposing variables present in the model. Separated or divorced individuals are almost 2 times more likely to use specialised services for mental health reasons than married ones. Those aged 25-44 are more likely to use services than those aged 18-24. Relative education enters into the model as the only enabling factor. People with a higher level of education seem more prone to use specialised services for mental health reasons than those with a lower level of education.

#### *Types of services*

**Needs** are once again the main variables in the model of public service utilisation, in the same order as in the general service utilisation model. The only other variables in the model are the predisposing factors marital status and gender. Women and separated or divorced individuals are more prone to use public services.

The statistical model of the utilisation of private services is the one that differs the most from the global model. We find only three variables of needs: diagnosis present, past, and disabilities. Furthermore, they are preceded – in importance of odd ratio - by an enabling factor: date of establishment in Canada. Persons born here are almost 5 times more likely to use private services than those who were not. Education and occupation

are the other enabling factors in this model. Individuals with a higher level of education and individuals who are working or studying are more likely to use private services than their counterparts. Finally, as for predisposing factors, being a woman, being separated or divorced and being aged 25 to 44 years old, is linked to the utilisation of private services.

Needs are the only variables associated with utilisation of community services (in order: present diagnosis, past diagnosis, symptoms without diagnosis and disabilities).

#### *Analyses on sub-samples*

Since the needs seemed to be main predicting variables for all the types of utilisation, we decided to do further analyses to see what factors were associated with utilisation of people with different types of needs. We present the results here (refer to table 8 for the models).

#### **INDIVIDUALS WITH OVERALL NEEDS**

The proportion of individuals with overall needs (past or present diagnosis, disabilities, poor subjective mental health, or suicidal ideas) who used at least one type of services in the past year is 44.8%. These individuals are definitely the ones who should be using services. The order of the needs in this sub-model of the global one is: present diagnosis, past diagnosis, disabilities, and suicidal ideas. Men and younger people (18-24) are less

likely to use services when they have overall needs. No enabling factors seem to hinder utilisation of people with overall needs.

#### **INDIVIDUALS WITH SYMPTOMS**

Ten percent (10.0%) of individuals who presented symptoms of a mental disorder - but who were never labelled with a diagnosis - used at least one type of service in the past 12 months. This type of utilisation could be considered preventive because it took place before the symptoms were severe enough to become criteria of a diagnosis. Women and individuals living in a single-parent household were more prone to use services in that context. Also, individuals who presented disabilities in the past 4 weeks, on top of those symptoms, are 4 times more likely to use services than those who did not present any disabilities.

#### **INDIVIDUALS WITH A PRESENT DIAGNOSIS**

More than half (52.7%) of the sub-sample of individuals who had an actual diagnosis, used services for mental health reasons in the past 12 months. In that group, persons with disabilities are almost 3 times more likely to use services than those without. People in that sample with a poor perception of their mental health are 2 times more likely to use services than those with a good perception. Not being employed or studying is also linked to utilisation of services for people who have a diagnosis of a mental disorder.

### **INDIVIDUALS WITH A PAST DIAGNOSIS**

The proportion of people with a past diagnosis (but without a diagnosis in the past 12 months) who used services for mental health reasons in the past 12 months is 30.2%. The main reason why those people would still use services seems to be due to the fact that they still have problems. In fact, individuals in that group who had disabilities for mental health reasons in the past 4 weeks, are 8 times more likely to use services than those without. Also, people with a poor perception of their mental health will be more prone to use services. Finally, individuals aged 25-64 are more likely to use services for mental health reasons than the younger (18-24) or older ones (65+).

### **DISCUSSION**

This epidemiological survey reported one of the highest rates of utilisation of mental health services found in the literature with 14.8%. We know that our morbidity rate in mental health is comparable with other countries and that it didn't increase with time (ESQ, 1998). Since we used similar methodology as other surveys (O.M.H.S. (1990) and Fournier (1997)), this high rate could probably be attributed to changes in the attitudes of the population, or in the mental health services. Maybe mental health is becoming less of a taboo because people are more prone to admit they have sought help for mental health reasons. It is also possible that the services have simply become more accessible. More specific studies would provide answers to those

questions. As for the fact that Montrealers use more general services for mental health reasons than specialised services, this reflects what was already found in the literature (Shapiro (1984), Fournier (1997) among others). It also emphasises the fact that primary care (especially general practitioner) is essential in identifying, treating and referring individuals with mental health problems. The fact that almost a third of users used private services in a publicly funded system raises concerns, especially when one considers the fact that 55% of people with overall needs did not use any services for mental health reasons. This probably reflects a lack of accessibility, or adequacy of the existing public or community services. This is a clear demonstration of the urgent need for further research in this field and for taking appropriate measures to correct this situation.

From the analysis of the global model of utilisation, we can conclude that needs are the most determinant factor associated with the utilisation of at least one type of service. Our results also concur to confirm the hypothesis advanced by Bijl (2000) that disabilities could be a mediator between the presence of a mental disorder and the decision to seek formal care. Disabilities come second in the order of odd ratios in the global model. When we did the analysis on the sub-samples we found that disabilities were also importantly associated with utilisation.

By examining the global model, we also realised that enabling resources do not noticeably influence utilisation, once needs and predisposing factors have been taken into account. We could think that this is due to the fact that Montreal's health system offers universal access to its population for at least one contact with the formal system of care for mental health -as enabling factors are PROXY to accessibility (Andersen, 1995). But this could be misleading. For this reason, it is interesting to look at the different types of utilisation.

The specific models of utilisation differ from the global model, even if needs do remain the main predictors in most cases. This was found in other studies on the subject (Mainous, 1993; Frank, 1989) and supports our conceptual model.

As we saw earlier, education is associated with the utilisation of specialised services. Individuals with higher education use more of this type of care. This might be due to the fact that their higher level of education helps them to better identify and describe more clearly their symptoms. We can also presume that they are generally more familiar with the health care system as well as the available resources that are available to them. All of these elements probably have an influence on the primary care professional regarding recognition of the patient's problem and the decision to refer the patient to a mental health specialist. A deeper analysis of the user's pathway

to care, based on a definition close to the Donabedian (1973) model, would be necessary for exploring this question further. Vera et al. (1998) found that a higher socio-economic status is associated with a higher use of specialised services. Financial status does not seem to influence use of specialised services (the variable does not come out in the regression analyses). But, this could be due to the high correlation between needs and financial status - once needs are introduced in the model, this leaves no room for financial status.

The proportion of individuals with need that do not seek help (55.2%) is lower than those found in other similar studies (McAlpine and Mechanic (2000), Fournier (1997), Vera et al. (1998), Thornicroft (1991) and Kessler (1984)). We were anticipating that lower figure because we were looking specifically at anxious and affective disorders for which the utilisation rate should be higher according to Bijl (2000).

When we consider the characteristics of individuals who use emergency services for mental health reasons, we realize that they are mainly men, single and unemployed people (Oyemuni, 1992). These people are also the least prone to use the different types of services for mental health reasons. These facts lead us to consider the impact of the social network, which was not studied here but which is at the centre of Pescosolido's (1998, 1996 and 1991) and Vera's (1998) research. According to them, the wider social

network of women and of married and working or studying people has a protective effect on mental health and helps solve benign problems. Furthermore, the social network might even stimulate people with more severe problems to seek professional assistance more promptly before the condition has become really severe and necessitates emergency services. Oyenumi (1992), in his study on emergency services, confirms that 57% of psychiatric emergency services users do not have any social network. Finally, adding to the protective effect of the social network, occupation (like working or studying) has a potent positive effect on people as described in human occupation theories (Kielhofner, 1980).

In most specific models, at least one enabling factor variable appears. They are PROXY to accessibility as we saw earlier (Andersen, 1995). Mental health services in Montreal might not be as universally accessible as they are pretended to be. While education, occupation and date of establishment appear in at least one model, financial status and service availability are not strongly associated with the different types of utilisation. Of course, perceived financial status is not a very strong variable because it is very subjective. And, as mentioned earlier, it is too strongly linked to needs to be able to appear in those regression models. Nevertheless, presumably this variable plays a role further in the user's pathway to care. As we have stated before, our research methodology was based upon a restrictive definition of utilisation: a single contact with the care system. The individual's financial

status might have an impact on access to specialised services and on the length, maintenance and intensity of the utilisation of those services that could also be compromised by waiting lists or attitude of the professionals as suggested by Lefebvre (1998). Once again, it would be important to explore that issue in further research.

The fact that the psychiatric sub-region variable (PROXY to resources availability) was not associated to utilisation and its different types, as defined in the present study, can have numerous explanations. One could be that GP and psychologists in private practice services are not sectoralized and are therefore available to all Montreal's population. Access to a single contact with the system of care through a general (GP) or specialised (psychologist) service is uniform. These professionals are the main resources for people with anxio-affective disorders. The situation of individuals with severe and persisting problems is very different: the scope of services and the type of care differs considerably from one administrative sector to the other (Poirier, *to be published*).

According to Stuart (2000), socio-demographical characteristics - not the availability of services – primarily determine utilisation of these services, in a publicly funded health system. Finally, variations concerning the offering of services will probably have an impact on the user's pathway to care, on the possibility of referrals to the different resources, and therefore on the

ultimate results, in terms of client satisfaction and their needs being met. Once again, a larger scale study is essential to confirm these hypotheses.

## **Conclusion**

In conclusion, this study succeeds in providing quality data as a first level of knowledge concerning the mental health field in Montreal. Results show that almost 15% of Montrealers used services for mental health reasons during the past 12 months - mainly towards public providers and toward general services. The variables mostly associated with utilisation are the needs variables. These were found in the global and in all of the specific models. The predisposing factors mainly found in the different models were age and gender. Few enabling factors were associated with utilisation for mental health reasons (from none in the global model to up to three in the private service model).

Because many Montrealers turn towards private specialised services (almost a third of users), because education - as a PROXY of socio-economical status - is associated to the use of specialised services, and because specialised services have the potential to produce good results - accessibility of specialised services has to be improved. Furthermore, accessibility of all types of mental health services will need to be assessed thoroughly.

Access to a single contact with the system was studied here, but the problems and limits to access probably lie further along the pathway to care. A study design other than cross-sectional would be necessary to analyse that pathway to care. At the same time, actions need to be taken like instituting a wide campaign of information and sensibilisation towards anxio-affective disorders aimed at the primary care practitioners and the general population.

The true challenge of re-configuring the mental health services lies in adapting the existing services to the needs, characteristics and behaviour of the population that they were meant to serve.

## **VII. DISCUSSION**

### **1) Principaux résultats**

Comme nous l'avons vu, près de 15 % des Montréalais ont utilisé des services aux fins de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Ils l'ont fait principalement auprès de services publics et la majorité de ces personnes ont reçu des soins généraux. Les besoins semblent être les principales variables associées à l'utilisation sous toutes ses formes. Même les utilisateurs présentant des besoins spécifiques (symptômes, diagnostic actuel, diagnostic passé) vont utiliser des services pour des raisons de santé mentale s'ils présentent d'autres manifestations de souffrance psychique. Les facteurs prédisposants ressortent également dans la plupart des types d'utilisation. Il s'agit surtout du genre et de l'âge. Comme dans les études précédentes sur le sujet, à besoins égaux, les femmes utilisent plus que les hommes. Pour ce qui est de l'âge, nous retrouvons le groupe des 25-44 ans comme principaux utilisateurs de services comme dans d'autres études mais également le groupe des 45-64 ans qui utilise plus que les plus jeunes (18-24 ans) et que les plus âgés (65 ans et +). Le modèle d'utilisation d'un service quelconque (modèle général) diffère des modèles des différents types d'utilisation. Les facteurs facilitants sont absents du modèle général, mais on en retrouve au moins un dans chaque modèle spécifique et presque tous sont présents dans celui de l'utilisation des services privés. Finalement, notons que les variables statut financier et sous-région (variable

représentant l'offre de service par secteur) sont absentes de tous les modèles.

## **2) Discussion**

Le taux d'utilisation répertorié dans la présente enquête est un des plus élevés des grandes enquêtes populationnelles des 10 dernières années (cf. tableau 1). Cela reflète-t-il une prévalence plus élevée de problèmes de santé mentale dans la population montréalaise, puisque les concepts d'utilisation et de maladie mentale sont si intimement liés? Non, nous répond la dernière Enquête Santé Québec selon laquelle les indicateurs de détresse psychologique sont restés stables par rapport à l'Enquête précédente (ESQ, 1998). Alors, peut-être que le système de santé québécois est un des plus accessibles au monde en ce qui a trait à la santé mentale. Il se pourrait aussi que la population de Montréal soit plus encline à avouer avoir utilisé des services pour fin de santé mentale. Peu importe la raison, cette étude ne dispose pas de l'ensemble des informations nécessaires pour répondre de façon définitive à cette question. Les pistes sus-présentées méritent néanmoins d'être explorées plus spécifiquement afin de décider des actions de santé publique qu'il y aurait à poser.

De l'analyse des résultats en ce qui a trait à l'utilisation d'un service quelconque, nous retenons que les besoins sont les variables principalement associées à l'utilisation de services pour des raisons de santé mentale et les

facteurs facilitants n'influencent pas l'utilisation générale. Dans le modèle général, nous constatons également l'absence de facteurs facilitants. Nous pourrions penser que ceci est dû au fait que le système de santé montréalais offre un accès universel à sa population en ce qui a trait à un premier contact avec le réseau formel pour raison de santé mentale. Notre type de devis ne nous permettant pas d'émettre directement ce type de conclusions, nous voyons donc, ici, tout l'intérêt d'examiner ce qui se passe au niveau des différents types d'utilisation.

Nous avons vu que la variable scolarité relative est associée aux services spécialisés et privés (qui sont pour la plupart spécialisés). Les personnes les plus scolarisées utilisent plus ce type de service. Ceci est probablement dû au fait qu'elles peuvent mieux identifier et décrire leurs symptômes, qu'elles ont probablement une meilleure connaissance du système de soin et des ressources disponibles pour répondre le mieux à leur besoin. Tous ces éléments ont probablement une influence sur le comportement du professionnel de première ligne quant à l'identification du problème et à la décision de référer à un spécialiste de santé mentale. Une analyse plus approfondie du suivi des soins de l'utilisateur, basée sur une définition de l'utilisation se rapprochant plus du modèle de Donabedian (1973), serait nécessaire pour explorer cette question. Vera et al. (1998) affirmaient qu'un plus haut statut socio-économique était associé à une plus grande utilisation des services spécialisés. À première vue, on pourrait croire que le statut

financier n'a pas d'influence (la variable ne ressortant pas lors des analyses de régression) sur l'utilisation des services spécialisés. En revanche, toutes les études sur le sujet sont unanimes : le statut financier et les manifestations de souffrance psychique sont intimement liés (Lefebvre (1998), Fournier (1997)). Une fois les besoins entrés dans le modèle, il ne reste donc plus de place pour que cette variable ressorte. La différence de niveau de scolarité semble être une barrière potentielle de l'accès aux services et une meilleure approximation du statut socio-économique. En contrepartie, les familles monoparentales et les personnes présentant un statut occupationnel moins élevé semblent plus enclines à utiliser des services généraux. Ces deux variables représentent aussi potentiellement des approximations intéressantes d'un statut socio-économique plus faible. Ajoutons que, selon Bogquist (1993) les professionnels de soins primaires (soins généraux) ne parviennent à détecter que 50 % des cas de troubles mentaux. Des soins plus spécialisés sont probablement garants d'un cheminement thérapeutique plus bénéfique. En résumé, nous pouvons supposer que le statut socio-économique et l'utilisation d'un type de soins (généraux ou spécialisés) sont associés.

En ce qui a trait aux services communautaires, les résultats révèlent peu de barrières quant à leur accès : seules les variables besoins y sont associées. Cependant, ces services peuvent être considérés comme complémentaires car un petit nombre de personnes (1,4 %) les utilisent pour des raisons de

santé mentale sans avoir utilisé aucun autre type de services. Ils sont souvent spécialisés et répondent à des besoins spécifiques. Le problème d'accessibilité de ces services se retrouve peut-être en amont : ils sont peu connus des professionnels de première ligne (pouvant y référer des clients) et de la population elle-même. Encore une fois, une étude plus spécifique sur ce type de services serait nécessaire.

Plus du tiers des utilisateurs ont eu recours à des services privés. Il s'agit de services spécialisés pouvant fournir de bons résultats en ce qui a trait aux services de santé mentale. Ce sont également les services pour lesquels on retrouve le moins d'attente et, donc, ceux qui peuvent produire des résultats plus rapidement, avant que la situation ne dégénère (Lefebvre, 1998). Par contre, ce sont les moins accessibles financièrement et leur modèle présente le plus de facteurs facilitants – approximations de l'accessibilité. Encore une fois, nous pouvons supposer que le statut socio-économique est associé à l'utilisation d'un type de services (entre publiques, privés et communautaires).

Dans le cadre de cette étude, des analyses sur des sous-échantillons de personnes présentant différents types de besoins ont été effectuées. Dans les modèles résultant de ces analyses, les besoins occupaient encore une fois la majeure partie du modèle laissant très peu de place aux facteurs prédisposants et encore moins aux ressources facilitantes. Les  $R^2$  plus

faibles de ces modèles laissent cependant supposer un manque de variables explicatives. Parmi ces variables « oubliées » (la plupart, non-disponibles pour analyses) on retrouve les croyances et les connaissances des individus face à la santé mentale, le réseau social et la qualité du support disponible ainsi que les caractéristiques des ressources du système de soin formel et informel. Nous retrouvons ces variables dans différentes études portant sur l'utilisation des services dans le domaine de la santé mentale (Vera (1998), Pescosolido (1998)) mais il s'agit la plupart du temps de devis qualitatifs ou longitudinaux. En plus de mieux expliquer le comportement des individus en situation de besoin, ces variables font probablement partie de la fraction inexpliquée de nos modèles de régression pour les différents types d'utilisation.

Les définitions des différents types de soins et de services sont probablement fiables. En effet, les résultats obtenus reflètent, de manière générale, ce que l'on retrouve dans la littérature tel que nous l'avons vu précédemment. Le fait que les variables prédictrices de l'utilisation dans son sens large diffèrent de façon importante de celles des différents types d'utilisation démontre la nécessité d'utiliser ce type de catégorisation dans des études similaires. En effet, ces variables fournissent des informations sur certaines spécificités de l'organisation des services. Cette même information permet de mieux cibler les interventions et les besoins ultérieurs de recherche dans le domaine.

Rappelons la proportion inquiétante de personnes avec des besoins qui ne consultent pas (55 %). Bien sûr, cette proportion est plus basse que celle retrouvée dans d'autres études sur le sujet (McAlpine et Mechanic (2000), Fournier (1997), Vera et al. (1998), Thornicroft (1991) et Kessler (1984)) mais on aurait pu s'attendre à des proportions plus faibles puisque nous nous attardions principalement à des troubles anxieux et affectifs pour lesquels le taux d'utilisation serait plus élevé (jusqu'à 60 % selon Bijl (2000)).

Les utilisateurs des services d'urgences pour des raisons de santé mentale sont surtout des hommes, des célibataires et des personnes sans emploi (Oyemuni, 1992). Par contre, ce sont également ces personnes qui utilisent le moins de services de manière générale. Ceci nous amène à considérer l'effet du réseau social qui n'a pas été analysé dans la présente étude mais qui est au cœur des recherches de Pescosolido (1998 a) et b), 1996 et 1991) et de Vera (1998). Selon ces auteures, le réseau social élargi des personnes mariées et des personnes au travail aurait un effet protecteur au niveau de la santé mentale et parviendrait même à contrôler les problèmes les moins graves. En contrepartie, le réseau stimulerait les personnes présentant des problèmes plus sévères à consulter un professionnel avant qu'elles ne se retrouvent en situation d'urgence. D'ailleurs, Oyemuni (1992), toujours dans son étude sur les services d'urgence, confirme que 57 % des utilisateurs d'urgences psychiatriques n'ont pas de réseau social. Finalement,

en plus de l'effet protecteur d'un réseau possiblement plus élargi, les personnes au travail ou aux études bénéficient de l'effet bénéfique de l'occupation tel que décrit dans les théories sur l'occupation humaine (Kielhofner, 1980).

De nombreuses approximations de l'accessibilité semblent associées aux différents types d'utilisation. La scolarité, l'occupation et la date d'établissement au Canada ressortent toutes dans au moins un modèle spécifique. Par contre, la variable statut financier ne ressort pas (probablement pour les raisons relevées plus haut) et la variable sous-région non plus.

Le fait que la sous-région (approximation d'offre de service) ne soit pas associée à l'utilisation telle que définie dans la présente étude et à ses différents types peut avoir de nombreuses explications. En effet, il se peut que les services de médecins généralistes et de psychologues en cabinets privés, n'étant pas sectorisés, soient plus accessibles à l'ensemble de la population montréalaise. L'accès à un premier contact avec le système de soin, que ce soit par une ressource générale (médecin généraliste) ou une ressource spécialisée (psychologue privé) est donc uniforme. Ce sont les principales ressources des personnes présentant des troubles anxio-affectifs. Il se peut que l'on retrouve une plus grande différence chez les personnes présentant des troubles graves et persistants pour lesquelles la panoplie de

services et le type de prise en charge diffèrent grandement d'une sous-région à l'autre (Poirier, *à paraître*).

Selon Stuart (2000), ce sont les caractéristiques socio-démographiques et les besoins de la population qui déterminent l'accès aux services et non l'offre de service dans un système de santé publique. Finalement, les variations au niveau de l'offre auront probablement un impact sur le cheminement de l'utilisateur à travers les services, les références possibles aux différentes ressources disponibles et donc sur les résultats en terme de satisfaction par rapport aux services et de besoins satisfaits. Encore une fois, un autre type d'étude (qualitative ou mixte) ou sur un plus grand échantillon est essentiel pour mieux analyser cette problématique.

### **3) Faiblesses de l'étude**

Abordons à présent la question des biais potentiels de l'étude. Tout d'abord, il pourrait y avoir le biais de la réponse attendue. Une enquête portant sur la santé mentale, qui est un sujet encore tabou dans notre société, ne pourra prétendre obtenir des données qui reflètent complètement la réalité. En effet, nous sommes conscients que de nombreux répondants donneront des réponses « attendues » plutôt que de vraies réponses. Pour limiter l'incidence de cette tendance, nous avons comparé les données de notre étude à celles d'autres études du même genre. Comme nous l'avons vu, nous arrivons à des résultats similaires, de façon générale.

Ensuite, nous pourrions nous attendre à un biais de mémoire qui est possible dans ce type d'étude. Cependant, Camirand & al (1994) ont démontré que ce sont surtout les personnes en bonne santé qui sont susceptibles de sous-estimer leur consommation de services. D'ailleurs, Fournier et coll. (1997) ont validé, dans la récente enquête semblable à celle sur laquelle repose notre étude, leurs résultats avec les données d'utilisation de l'hôpital local arrivant à des proportions d'utilisateurs comparables.

Un échantillon de type aléatoire devrait assurer une bonne représentativité de la population cible. Par contre, dans ce type d'étude (enquête téléphonique), il a été démontré que les hommes, les ménages avec enfants, les travailleurs ainsi que les extrêmes des niveaux socio-économiques (très pauvres et très riches) sont sous-représentés (DSP, 1998). Nous avons donc effectué une pondération de nos données en fonction des caractéristiques socio-démographiques populationnelles dressées par Statistiques Canada (1996). Différentes pondérations ont été créées en fonction des données disponibles.

Un devis transversal engendre inévitablement une impossibilité de contrôler la directionnalité et de prouver une causalité : seules des associations peuvent être identifiées. Nous émettons donc nos conclusions avec prudence.

#### **4) Apport de l'étude au champ de la santé publique**

Cette recherche s'inscrit dans la lignée des études basées sur les données d'enquêtes épidémiologiques (voir références du tableau 1) dans le champ de l'utilisation des services en santé mentale. Le fait qu'elle ait comme contexte une société où les soins de santé sont couverts par un régime majoritairement public permet d'explorer différentes dimensions de l'accessibilité autres que financières représentées dans notre modèle conceptuel par les ressources facilitantes. On peut supposer que les barrières associées au statut socio-économique d'un individu transcendent le revenu et se situent également au niveau de la scolarité, de la connaissance du système de soins, des attitudes des professionnels et des contraintes d'un système public (ex. : listes d'attente) auxquelles ce même individu est soumis parce que les services privés sont hors de sa portée.

Une des innovations de cette étude est d'avoir tenté d'aborder les différentes dimensions de l'utilisation. Ces différentes dimensions sont généralement étudiées séparément dans le cadre d'études spécifiques. L'utilisation est une variable complexe dans la modélisation de ces facteurs explicatifs d'une part mais également dans sa réalité propre. Mieux conceptualiser l'utilisation permet de construire des protocoles et des outils de recherche plus précis, d'obtenir de l'information de plus grande valeur et donc de mieux orienter les interventions de santé publique. La qualité et la quantité d'informations disponibles nous ont également permis d'effectuer

des analyses par sous-échantillons de personnes présentant différents types de besoins.

Des interventions de santé publique telles des campagnes d'information sur la reconnaissance des symptômes, par exemple, pourraient stimuler une utilisation plus précoce et peut-être donner de meilleurs résultats. En outre, nous recommandons que les professionnels de première ligne soient plus sensibilisés aux différents problèmes de santé mentale car ce sont souvent eux qui ont la clé de l'accès aux soins spécialisés. De plus, le fait que près du tiers des utilisateurs se tournent vers des ressources privées est inquiétant. Ceci s'ajoute aux nombreux indices de problèmes potentiels au niveau de l'accessibilité des différents services mentionnés précédemment. Ceci démontre toute la nécessité de ré-évaluer l'accessibilité du système de santé mentale dans son ensemble et l'accessibilité des services spécialisés encore plus précisément.

Cette étude est intéressante par son apport au champ de la santé publique dans le domaine de l'utilisation des services de santé mentale mais également par l'éclairage qu'elle fournit sur les services de santé mentale à Montréal. À cet égard, elle informe les décideurs du domaine de la santé publique de ce qui favorise ou limite potentiellement l'utilisation des différents types de services et a donc un impact potentiel sur l'organisation des services. Finalement, la nature même de cette étude permet de soulever

des questions de recherches futures (dans le domaine et dans le contexte montréalais) qui fourniront à leur tour l'information nécessaire au maintien ou à la modification des interventions de santé publique.

## **VIII. CONCLUSION**

Cette étude a le mérite de fournir un premier niveau de connaissance basé sur des données de qualité en ce qui concerne la santé mentale des Montréalais et ce, malgré les limites relevées précédemment.

Nous avons vu que près de 15 % des Montréalais ont utilisé des services aux fins de santé mentale au cours des 12 derniers mois (principalement auprès de services publics et des soins généraux). Les besoins semblent être les principales variables associées à l'utilisation sous toutes ses formes. De plus, les facteurs prédisposants ressortent dans la plupart des modèles et les facteurs facilitants sont absents du modèle général mais présents dans les modèles spécifiques.

À la lumière des résultats présentés ici, des interventions de santé publique (telles des campagnes d'information et de sensibilisation) ainsi que des pistes de recherches ultérieures semblent s'imposer.

Nous retenons également que, d'une part, l'utilisation est un concept dont la complexité mérite une modélisation élargie (telles celles proposées par Pescosolido (1991) ou Donabedian (1973), par exemple) et dont il est important d'explorer toutes les facettes (les différents types et la relation avec les besoins, entre autres) pour prétendre le saisir. Ensuite, il faut

retenir que l'accessibilité s'étend au-delà des barrières financières aux services et de la disponibilité des ressources.

Pour être efficace, une reconfiguration du système de santé telle que celle entreprise depuis 1997 au niveau de la santé mentale devra se faire en tenant compte des besoins, des caractéristiques et des comportements de la population desservie. Des études comme celles-ci seront autant de guides pour les décideurs mais, compte tenu de la complexité des réalités étudiées, il nous reste encore tout un univers de recherche à explorer.

## IX. Références

- Andersen, R., **Revisiting the behavioral model and access to medical care : does it matter?**, Journal of health and social behavior, 1995, vol. 36, p. 1-10
- Andersen, R., Newman, J., **Societal and individual determinants of medical care utilisation in the United States**, Milbank Memorial Fund Quaterly Journal, 1973, vol. 51, p. 95-124
- Badawi M. et collaborateurs, **Use of mental health services by households in the United States**, Psychiatric services, 1996, vol. 47, #4, p. 376-380
- Bijl, R., Ravelli, A., **Psychiatric morbidity, service use and need for care in the general population : results of the Netherlands Mental Health survey and incidence study**, American journal of psychiatric health, 2000, vol. 90, # 4, p. 602-607
- Bland R. et collaborateurs, **Health care utilisation for emotional problems : results from a community survey**, Canadian journal of psychiatry, 1990, vol. 35
- Borgquist et collaborateurs, **Perceived health and high consumers of care : a study of mental health problems in a swedish primary health care district**, Psychological medicine, 1993, vol. 23, p. 763-770
- Buckingham K., Freeman P., **Socio-demographic and morbidity indicators of need in relation to the use of community health services**, British journal of medicine, 1997, vol. 315, # 7114, p. 994-996
- Camirand et collaborateurs, **La sous-déclaration des services médicaux dans l'enquête Santé Québec**, Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, 1994
- Commander M.-J., Dharan S., Odell S., Surtees P., **Access to mental health care in an inner city health district II : Association with demographic factors**, British journal of psychiatry, 1997, vol. 170, p. 317-320

- Direction de la Santé Publique de Montréal-Centre, **Enquête de santé mentale auprès de la population de la région de Montréal-Centre**, 1998 inédit
- Donabedian, A., Aspects of medical care administration : specifying requirements for health care, 1973, Harvard University Press, Cambridge, Mass.
- Dusseault G., **L'utilisation des services de santé**, Département d'administration de la santé, Université de Montréal, 1993
- Fournier, L. et collaborateurs, **Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental health disorders and service utilisation : a Montréal catchment area study**, Canadian Journal of Psychiatry, 1997, vol. 42, p. 737-743
- Fournier L., Kovess V., **A comparison of mail and telephone interview strategies for mental surveys**, Canadian journal of psychiatry, 1990, vol. 38, # 8, p. 525-533
- Fournier MA et collaborateurs, **Chapitre 15 : Recours aux services de santé**, Enquête Santé Québec (ESQ), Gouvernement du Québec, 1994
- Frank R., Camlet M., **Determining provider choice for the treatment of mental disorders**, Health services research, 1989, vol. 24, # 1, p. 83-103
- Horwitz A., Uttaro T., **Age and mental health services**, Community mental health journal, 1998, vol. 34, #3
- Howard K. et collaborateurs, **Patterns of mental health services utilisation**, Archives of general psychiatry, 1996, vol. 53, p. 696-703
- Jean-Vernet D., **La perception du diabète et de son traitement chez les clients d'origine indienne et haïtienne**, Département de médecine social et préventive, Université de Montréal, 2001
- Joung et collaborateurs, **Marital status and health care utilisation**, International journal of epidemiology, 1995
- Kelly A., Jones W., **Small area variation in the utilisation of mental health services : implication of health planning and allocation of resources**, Canadian journal of psychiatry, 1995, vol. 40, # 9, p. 527-532

- Kessler et collaborateurs, **Differences in the use of psychiatric outpatient services between the U.S. and Ontario**, New England Journal of medicine, 1997, vol.336, p. 551-557
- Kessler et collaborateurs, **Lifetime and 12 months prevalence of DSM III – R psychiatric disorders in the U.S.**, Archives of general psychiatry, 1994, vol. 51, p. 8-18
- Kielhofner G., **A model of human occupation**, American Journal of occupational therapy, 1980, vol. 34
- Lavik N., **Utilisation of mental health services over a given period**, Acta Psychiatrica Scandinavia, 1983, vol. 67, p. 404-413
- Lefebvre J. et collaborateurs, **Factors related to utilisation of services for mental health reasons in Montréal, Canada** Social psychiatry and psychiatric epidemiology, 1998, vol. 33, p. 291-298
- Lesage A. et collaborateurs, **Estimating local area needs for psychiatric care : a case study**, British journal of psychiatry, 1996, vol. 169, p. 49-57
- Lin et collaborateurs, **The use of mental health services in Ontario : epidemiologic findings**, Canadian journal of psychiatry, 1996
- Mainous A., Reed E., **Choice of provider**, Hospital and community psychiatry, 1993, vol. 44, #3
- McAlpine D. et Mechanic D., **Utilisation of specialty mental health care among persons with mental illnesses**, Health services research, 2000, vol. 35, # 1, p. 277-292
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux du Québec (MSSSQ), Orientations pour la transformation des services de santé mentale, Gouvernement du Québec, avril 1997
- Ministry of health, Ontario, Ontario health survey, Mental health supplement, 1990
- Oyenumi, L. et collaborateurs, **Psychiatric emergency services in a Canadian city**, Canadian journal of psychiatry, 1992, vol. 37, p. 91-99
- Pescosolido B. et collaborateurs, **Social networks and patterns of use among the poor with mental health problems in Puerto Rico**, Medical care, 1998, vol. 36, # 7, p. 1057-1072

- Pescosolido B., **Bringing the community into utilisation models**, Research in the sociology of health care, 1996, vol 13, p 171-197
- Pescosolido B., **Illness careers and network ties : a conceptual model of utilisation and compliance**, Advance in medical sociology, 1991, vol 2, p 161-184
- Pineault, R. et Daveluy, C., La planification de la santé : concepts, méthodes et stratégies, 1995, Éditions nouvelles, Montréal
- Poirier, L.-R. et collaborateurs, **Inventaires de ressources en santé mentale à Montréal**, D.S.P., à paraître
- Rhodes et Goering, **Gender differences in the utilisation of outpatient mental health services**, Journal of Mental Health Administration, vol. 21, p.338-346
- Shapiro et collaborateurs, **Utilisation and mental health services**, Archives of general psychiatry, 1984, vol. 41, p. 971-978
- Statistiques Canada, **Données du recensement de 1996**, Cahiers de résultats, 1997
- Stephens, T. et collaborateurs, **La santé mentale de la population canadienne : une analyse exhaustive**, Maladies chroniques au Canada, 1999, vol. 20, # 3, p. 131-140
- Taube, 1986 dans Mustard, C. et collaborateurs, **Intensive use of mental health care**, Canadian journal of psychiatry, 1996, vol. 41, # 2, p. 93-101
- Thornicroft G., **Social deprivation and rates of treated mental disorders : Developing statistical models to predict psychiatric services utilisation**, British journal of psychiatry, 1991, vol. 158, p. 475-484
- Vasquez J.-L. et collaborateurs, **Mental health and medical consultations in primary care settings**, Psychological medicine, 1990, vol. 20, # 3, p. 681-694
- Vera M. et collaborateurs, **Help seeking for mental health care among poor Puerto Ricans**, Medical care, 1998, vol. 36, # 7, p. 1047-1056

- Watson G., **Utilisation of emergency departments for psychiatric treatment**, Canadian psychiatric association journal, 1978, vol. 23, p. 143-148
- Wiggers et collaborateurs, **Prevalence and frequency of health service use: association with occupational prestige and educational attainment**, Australian journal of public health, 1995
- Wu et collaborateurs, **Influence of comorbid alcohol and psychiatric disorders on utilisation of mental health services in the National Comorbidity Survey**, American journal of psychiatry, 1999, vol. 156, #8, p. 1230-1236