

**Mise en œuvre, évaluation et application d'un réseau électronique de praticiens pour la
surveillance de la santé mentale au Canada¹**

Rapport soumis à l'Agence de la santé publique du Canada²

30 septembre 2011

Présenté, au nom de la Société canadienne de psychologie, par :

Ashley Ronson, M.Sc., Société canadienne de psychologie
Karen R. Cohen, Ph.D., Société canadienne de psychologie
John Hunsley, Ph.D., Université d'Ottawa

¹ La production du présent document a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada.

² Les points de vue exprimés dans ces pages ne représentent pas nécessairement ceux de l'Agence de la santé publique du Canada.

Table des matières

Liste des tableaux.....	3
Liste des figures.....	5
Liste des annexes.....	6
Introduction.....	7
Étape 1 : Premier questionnaire.....	9
Description et conception du questionnaire.....	9
Recrutement et administration du questionnaire.....	10
Résultats du premier questionnaire.....	13
Différences de groupe.....	16
Différences entre les sexes.....	16
Différences en ce qui a trait au diplôme.....	16
Différences relatives au champ de la psychologie.....	20
Différences entre psychologues exerçant dans un organisme public et psychologues exerçant en cabinet privé.....	22
Rétroaction des participants au sujet du premier questionnaire.....	27
Étape 2 : Deuxième questionnaire.....	29
Description et conception du questionnaire.....	29
Méthodologie du deuxième questionnaire.....	30
Sélection des participants : amorçage.....	30
Échantillonnage en temps réel.....	32
Analyse et variables utilisées.....	34
Résultats du deuxième questionnaire.....	36
Corrélations.....	36
Vérification de la cohérence.....	37
Fréquences et percentiles.....	38
Caractéristiques démographiques du client.....	39
Caractéristiques des services fournis au client.....	41
Fonctionnement psychosocial du client.....	44
Comparaisons entre les deux questionnaires.....	47
Étape 3 : Groupes de discussion.....	54
Caractéristiques démographiques des participants aux groupes de discussion.....	54
Groupe de discussion d'Ottawa.....	57
Groupe de discussion de Halifax.....	58
Groupe de discussion de Vancouver.....	60
Conclusions du groupe de discussion.....	61
Étape 4 : Troisième questionnaire.....	61
Description et conception du questionnaire.....	61
Recrutement et administration.....	64
Résultats du troisième questionnaire.....	66
Caractéristiques démographiques des praticiens.....	67

Caractéristiques démographiques des clients.....	68
Caractéristiques des services fournis à la clientèle.....	70
Fonctionnement psychosocial des clients.....	78
Comparaisons de groupe entre praticiens.....	82
Différences entre clients.....	84
Défis posés par la prestation des services au client.....	87
Étape 5 : Enquête 4.....	95
Description et élaboration de l'enquête.....	95
Recrutement et administration.....	98
Résultats de l'enquête 4.....	99
Caractéristiques démographiques des praticiens.....	100
Caractéristiques démographiques des clients.....	101
Caractéristiques de la maladie chronique du client.....	102
Caractéristiques des services fournis aux clients.....	110
Fonctionnement psychosocial des clients.....	116
Comparaisons des groupes entre les praticiens.....	118
Différences entre clients.....	120
Défis posés par la prestation de services aux clients.....	121
Comparaison des résultats avec d'autres sources de données.....	128
Données sur les praticiens.....	130
Données sur les clients en général.....	133
Commentaires sur la validité convergente.....	135
Rétroaction au sujet des expériences de l'enquête.....	137
Résultats.....	138
Principales recommandations au sujet des sondages futurs.....	147
Conclusions.....	148
Bibliographie.....	150

Liste des tableaux

Tableau 1. Enquête 1 : Données démographiques des psychologues autorisés au Canada.....	152
Tableau 2. Enquête 1 : Caractéristiques de la pratique des psychologues autorisés au Canada.....	153
Tableau 3. Enquête 1 : La nature de la prestation des services des psychologues autorisés au Canada.....	154
Tableau 4. Enquête 1 : Valeurs moyennes (avec écarts-types) des différences entre les groupes en ce qui concerne le temps de prestation du service professionnel.....	155
Tableau 5. Enquête 1 : Pourcentage moyen (avec écarts-types) du mode de paiement du client, séparé par le diplôme obtenu.....	156
Tableau 6. Enquête 1 : Résultats des tests d'hypothèse (valeurs F) pour les caractéristiques des praticiens.....	156
Tableau 7. Enquête 1 : Résultats des tests d'hypothèse (valeurs khi carré) pour les caractéristiques des praticiens.....	157
Tableau 8. Enquête 1 : Valeurs moyennes (écarts-types) des modes de paiement entre les praticiens dans divers types de pratiques.....	158
Tableau 9. Enquête 2 : Corrélations des variables analysées aux fins d'une évaluation de cohérence.....	159
Tableau 10. Enquête 2 : Analyse de cohérence pour les variables continues à l'aide du test signed-ranks de Wilcoxon.....	159
Tableau 11. Enquête 2 : Moyennes, médianes et écarts-types des caractéristiques des clients (variables continues).....	160
Tableau 12. Enquête 2 : Analyse de cohérence des variables catégoriques dichotomiques à l'aide du test de changement de McNemar.....	160
Tableau 13. Enquête 2 : Fréquences des données démographiques des clients.....	161
Tableau 14. Enquête 2 : Fréquences des caractéristiques de prestation des services aux clients.....	163
Tableau 15. Enquête 2 : Fréquences du fonctionnement psychosocial des clients.....	166
Tableau 16. Groupes de discussion : Données démographiques des participants.....	169
Tableau 17. Enquête 3 : Données démographiques des praticiens de la psychologie.....	172
Tableau 18. Enquête 3 : Fréquences pour les données démographiques des enfants et des jeunes clients.....	173
Tableau 19. Enquête 3 : Fréquences des caractéristiques de prestation de services aux enfants et aux jeunes clients.....	175
Tableau 20. Enquête 3 : Fréquences du fonctionnement psychosocial des enfants et des jeunes clients.....	178
Tableau 21. Enquête 4 : Données démographiques des praticiens de la psychologie.....	181
Tableau 22. Enquête 4 : Fréquences relatives aux données démographiques des clients.....	182

Tableau 23. Enquête 4 : Caractéristiques des maladies chroniques des clients.....	183
Tableau 24. Enquête 4 : Fréquences relatives aux caractéristiques de prestation des services aux clients.....	186
Tableau 25. Enquête 4 : Fréquences du fonctionnement psychosocial des clients.....	188
Tableau 26. Comparaison des données démographiques des praticiens de la psychologie et des caractéristiques de pratique entre les diverses enquêtes américaines.....	190
Tableau 27. Comparaison des données démographiques des praticiens de la psychologie et des caractéristiques de pratique entre les diverses enquêtes canadiennes.....	191
Tableau 28. Comparaison des données démographiques des clients des praticiens de la psychologie et du fonctionnement psychosocial.....	192

Liste des figures

<i>Figure 1.</i> Troisième questionnaire : services fournis aux enfants et aux jeunes.....	72
<i>Figure 2.</i> Troisième questionnaire : principaux défis à relever par les psychologues praticiens au Canada dans leur travail de fournisseurs de services à la clientèle.....	89
<i>Figure 3.</i> Troisième questionnaire : les sept défis les plus importants que doivent relever les psychologues canadiens, et leurs sous-thèmes respectifs.....	91
<i>Figure 4.</i> Quatrième questionnaire : impact des facteurs psychologiques sur la maladie chronique du client.....	105
<i>Figure 5.</i> Quatrième questionnaire : services fournis aux clients qui ont un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète.....	111
<i>Figure 6.</i> Quatrième questionnaire : principaux défis à relever par les psychologues praticiens au Canada dans leur travail de fournisseurs de services aux clients.....	122
<i>Figure 7.</i> Quatrième questionnaire : les six défis que doivent relever les psychologues canadiens, et leurs sous-thèmes respectifs.....	123

Liste des annexes

Annexe A : Questionnaire de l'enquête 1.....	193
Annexe B : Questionnaire de l'enquête 2.....	199
Annexe C : Message de recrutement auprès des organismes réglementaires.....	209
Annexe D : Questionnaire de l'enquête 3.....	211
Annexe E : Courriel de recrutement pour l'enquête 3.....	224
Annexe F : Courriel d'information sur le sondage d'admissibilité pour l'enquête 3.....	225
Annexe G : Enquête 3 : Sondage d'admissibilité.....	227
Annexe H : Questionnaire de l'enquête 4.....	229
Annexe I : Message de recrutement pour l'enquête 4.....	242
Annexe J : Questionnaire de rétroaction.....	244
Annexe K : Courriel de recrutement pour le questionnaire de rétroaction.....	251

Introduction

La création d'un réseau de psychologues praticiens pour la surveillance de la santé mentale au Canada est une initiative qui vise à recueillir de l'information sur les caractéristiques démographiques des psychologues praticiens, les services de soins de santé qu'ils fournissent et les caractéristiques démographiques et cliniques de la clientèle qu'ils traitent. L'information recueillie sera utilisée pour informer l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et la discipline de la psychologie sur les soins de santé dispensés par les psychologues au Canada. La Société canadienne de psychologie (SCP) espère que la technologie développée dans le cadre de ce projet permettra d'effectuer la collecte permanente de données sur l'exercice de la psychologie, lesquelles enrichiront les connaissances actuelles en ce qui en trait aux besoins en santé mentale des Canadiens et les services psychologiques qu'ils reçoivent.

La collecte d'information auprès des fournisseurs de soins de santé au Canada aidera, en partie, à comprendre clairement les besoins en santé mentale des Canadiens et les services qui leur sont fournis. Au Canada, les psychologues constituent le plus grand groupe réglementé de fournisseurs de soins de santé mentale spécialisés au pays. Toutefois, principalement parce que les psychologues exercent de plus en plus en cabinet privé, seule l'information sur les psychologues qui œuvrent dans des organismes publics, et sur les services qu'ils offrent est disponible. Parce qu'elle cible précisément les activités des psychologues, l'initiative de création du réseau de praticiens améliorera les connaissances actuelles sur les services de santé mentale au Canada. Nous enrichirons les sources de données existantes pour la surveillance des maladies chroniques et améliorerons, de ce fait, la planification, la coordination et l'évaluation

des systèmes de prestation de services de santé, afin de mieux servir et protéger les intérêts des Canadiens.

La constitution d'un réseau de psychologues praticiens fait partie d'un projet pilote mis sur pied en 2007. Des rapports antérieurs ont documenté la conception des deux premiers questionnaires (conceptualisation des questions, système d'enquêtes et méthode d'échantillonnage en temps réel), laquelle est utilisée dans le deuxième questionnaire et est décrite dans le présent rapport. Le rapport final du projet pilote se trouve à l'adresse <http://www.cpa.ca/praticiens/surveillanceandsurveys/>. Le succès du projet pilote a amené l'ASPC à accorder du financement à la SCP afin qu'elle mette en œuvre, évalue et applique le réseau de praticiens pour la surveillance de la santé mentale au Canada.

Les objectifs du projet se sont réalisés en cinq étapes :

Étape 1 : Administration du premier questionnaire – enquête sur les caractéristiques démographiques et les activités professionnelles des psychologues praticiens.

Étape 2 : Administration du deuxième questionnaire (deux volets) – enquête sur les caractéristiques démographiques de deux clients sélectionnés de façon aléatoire au moyen d'une méthode d'échantillonnage en temps réel, ainsi que les particularités de ces clients en ce qui a trait à leur santé mentale.

Étape 3 : Groupes de discussions composés de psychologues praticiens de partout au pays afin de définir deux questionnaires ciblés supplémentaires (p. ex. questions importantes reliées à la pratique, services fournis à des groupes particuliers de clients).

Étapes 4 et 5 : Conception (phase 4) et mise en œuvre (phase 5) de deux questionnaires ciblés supplémentaires. Avec la rétroaction fournie au terme du projet pilote et les résultats du deuxième questionnaire, on a établi que le troisième questionnaire devait s'adresser aux psychologues qui offrent des services aux enfants et aux jeunes. En outre, les résultats des groupes de discussion ont mis en évidence l'importance de bien comprendre les services psychologiques fournis aux adultes souffrant d'une maladie chronique. Le quatrième questionnaire a porté plus précisément sur les maladies cardiovasculaires et le diabète, deux maladies chroniques répandues dans la population canadienne.

Le présent rapport rend compte des conclusions de chacune des phases du projet : le questionnaire (caractéristiques démographiques et activités professionnelles des psychologues praticiens), le deuxième questionnaire (caractéristiques démographiques de la clientèle qui consulte les psychologues praticiens), les résultats des groupes de discussion, le troisième questionnaire (caractéristiques démographiques et cliniques des jeunes et des enfants) et le quatrième questionnaire (caractéristiques démographiques et cliniques des personnes atteintes d'une maladie chronique qui demandent des services psychologiques).

Étape 1 : Premier questionnaire

Description et conception du questionnaire

Les questions du premier et du deuxième questionnaire (voir les questionnaires à l'annexe A) ont été élaborées durant le projet pilote. Le rapport de l'élaboration et de la mise en œuvre des premier et deuxième questionnaires a été présenté à l'Agence de la santé

publique du Canada et publié, en 2008, sur le site Web de la SCP

(http://www.cpa.ca/cpsite/userfiles/Documents/Practice_Page/MHS_final_report.pdf).

Comme on l'a mentionné précédemment, le projet a pour but de fournir de l'information sur les caractéristiques démographiques (p. ex., âge, sexe, diplôme, domaine de spécialisation en psychologie) et les particularités des activités professionnelles des praticiens (p. ex. milieu et cadre où exercent les psychologues, types de services offerts, groupes d'âge de la clientèle) des psychologues et des psychologues associés au Canada³.

Recrutement et administration du questionnaire

Au Canada, la pratique de la psychologie est réglementée par les organismes de réglementation des provinces et des territoires. Ainsi, chaque organisme de réglementation tient la liste de tous les psychologues (appelés ci-après « psychologues inscrits ») qui ont l'autorisation d'exercer dans leur province ou leur territoire. À la fin de l'été 2009, nous avons communiqué par courriel avec chacun des organismes de réglementation, afin de leur décrire le projet et leur demander de l'aide pour recruter des participants parmi leurs psychologues inscrits (se reporter à l'annexe B : Courriel envoyé aux organismes de réglementation). Ce courriel comprenait le message que nous leur demandions d'envoyer, en notre nom, à chacun des psychologues inscrits. Les psychologues inscrits intéressés à participer au projet ont été invités à communiquer avec la gestionnaire du projet (Ashley Ronson). À la fin de la période de

³ Il existe, dans certaines provinces ou certains territoires au Canada, deux titres différents de psychologues agréés : psychologue titulaire d'un doctorat en psychologie et psychologue associé. Ces deux titres permettent au psychologue qui le porte d'exercer la psychologie de manière autonome. Dans le présent rapport, nous utilisons le terme « psychologues » pour désigner les participants au questionnaire.

recrutement (de la fin août 2009 au début octobre 2009), près de 1 000 psychologues inscrits de partout au Canada nous avaient manifesté par courriel leur intérêt à participer au projet.

Au départ, la taille de l'échantillon avait été fixée à plus ou moins 500 psychologues praticiens. La réponse des praticiens a largement dépassé ce chiffre mais, à cause des restrictions sur le plan du financement, il nous a été impossible d'accepter toutes les personnes intéressées. Cependant, l'intérêt considérable exprimé par les psychologues nous a permis de constituer un échantillonnage représentatif au sein de chaque province et territoire. Les psychologues sélectionnés ont été, par la suite, invités à répondre au questionnaire (c.-à-d. on a établi le bassin de psychologues inscrits dans chaque province, puis nous avons sélectionné les participants de manière aléatoire). Par exemple, les psychologues de la Nouvelle-Écosse représentent 3% du nombre total de psychologues agréés au Canada. Ainsi, environ 3% des participants sélectionnés étaient des psychologues agréés en Nouvelle-Écosse, qui se sont montrés intéressés à participer au projet. Nous avons constaté une certaine variabilité du taux de participation volontaire entre les provinces, ce qui signifie que, en raison de notre engagement à réaliser un échantillonnage basé sur les données provinciales sur les psychologues inscrits, nous avons amené l'échantillonnage final à 540 participants.

Le premier questionnaire reposait en grande partie sur l'instrument d'enquête utilisé durant la phase pilote. Parce que certaines modifications ont été apportées à cet instrument de façon à tenir compte de la rétroaction recueillie à cette phase du projet (modifications surlignées en jaune dans le questionnaire présenté à l'annexe A), le premier questionnaire a été de nouveau mis à l'essai auprès de cinq anglophones et de cinq francophones provenant de

l'échantillon courant (huit participants y ont répondu). Aucune préoccupation relative au contenu du questionnaire ou à la façon de le remplir n'a été soulevée pendant l'essai pilote. Lorsque le questionnaire a été prêt à être distribué, les participants invités ont reçu par courriel un nom d'utilisateur numérique et un mot de passe, ainsi que l'hyperlien les conduisant au questionnaire. Les participants ont répondu au premier questionnaire en ligne au moment qui leur convenait, durant le mois suivant la réception de l'invitation à y participer. On a envoyé par courriel un rappel à tous les participants qui n'avaient toujours pas rempli le questionnaire une semaine avant la fin de la période du questionnaire. On a repoussé la date d'échéance afin d'accommoder les quelques participants qui n'ont pas été en mesure de respecter la date d'échéance initiale.

À la fin du premier questionnaire, les participants ont été invités à fournir leur horaire de consultation durant une semaine typique. Le système logiciel du questionnaire a déterminé au hasard un moment particulier où le participant aurait à répondre au deuxième questionnaire. Ce moment correspond à celui où le praticien reçoit un patient, en fonction de l'horaire de consultation fourni. Les participants ont répondu au deuxième questionnaire environ deux mois après avoir répondu au premier. Pour le deuxième questionnaire, nous avons demandé aux répondants de baser leurs réponses sur le client qu'ils ont vu peu de temps avant ou après le moment sélectionné au hasard. Un sous-échantillon de 150 psychologues a été ciblé pour remplir le deuxième questionnaire à la deuxième étape du projet.

Résultats du premier questionnaire

Au total, 538 psychologues agréés et psychologues associés ont participé au premier questionnaire. Chaque province ou région était bien représentée, leur répartition respectant le nombre total des psychologues inscrits au Canada (voir le tableau 1, qui présente toutes les données démographiques). L'âge moyen des participants était de 43,6 ans ($\bar{E.-T.} = 10,2$; plage d'âge = 25 à 75 ans). Près des trois quarts des participants étaient des femmes ($N = 399$) et 26 p. cent des participants étaient des hommes ($N = 139$). Le nombre de participants titulaires d'un doctorat était plus nombreux que le nombre de psychologues détenteurs d'un diplôme de maîtrise (59% et 41%, respectivement). En ce qui a trait au champ de la psychologie pour lequel les participants ont reçu leur diplôme le plus élevé, les participants qui possèdent un diplôme en psychologie clinique (61%) sont les plus nombreux; les autres ont un diplôme en psychologie du counselling (12%), en neuropsychologie clinique (8%), en psychologie scolaire (8%) ou dans d'autres champs de la psychologie⁴ (11%). Environ le tiers des participants exercent leur profession depuis moins de cinq ans (35%); 24,9% des psychologues ont entre 6 et 10 ans d'expérience, 14% ont de 11 et 15 ans d'expérience, 11% ont de 16 et 20 ans d'expérience et 15% ont 20 ans d'expérience ou plus.

⁴ Vingt champs de la psychologie supplémentaires étaient énumérés dans la catégorie « Autre »; ces champs étaient, notamment, la psychologie du développement (1,9%), la psychopédagogie (1,7%), la psychologie expérimentale (1,7%) et la psychologie sociale (0,7%). Plusieurs participants ont dit également posséder un diplôme combinant deux domaines de spécialisation : psychologie clinique et psychologie du counselling (0,9%) ou psychologie clinique et psychologie scolaire (1,3%).

Les participants ont déclaré fournir, en moyenne chaque semaine, des services à 14 clients (*É.-T.* = 9,5, médiane = 15, plage d'âge = 0 à 70 ans)⁵. Quatre-vingts pour cent des psychologues ont rencontré 20 clients ou moins par semaine et 97% des psychologues ont vu 30 clients ou moins par semaine. Il se peut que le petit pourcentage de psychologues qui voient plus de 30 clients par semaine fournisse des services en groupe, mais dans le présent questionnaire, nous ne tenons pas compte de la distinction entre le type de clientèle (individus ou groupes). On a également demandé aux participants de parler des caractéristiques générales de leurs activités professionnelles. Les participants avaient, en particulier, à répondre à des questions relatives à leur cadre de pratique (public ou privé), leurs heures de consultation, la plage d'âge des clients auxquels ils offrent des services et les types de problèmes présentés par leurs clients (voir le tableau 2). Les trois quarts des participants exercent à temps plein la profession de psychologue. Un peu plus du tiers des participants pratiquent, la majeure partie du temps, dans un établissement public, et exercent, dans une moindre mesure, en cabinet privé (36%), tandis que près du quart des participants offrent exclusivement leurs services en cabinet privé (28%) ou exclusivement dans des organismes publics (23%). La majorité des psychologues ont affirmé fournir des services aux jeunes adultes (81%) et aux adultes (80%), mais plus de la moitié des participants dispensent des services aux adolescents (62%) et aux aînés (52%). La majorité des participants ont indiqué fournir des services pour traiter des troubles de l'humeur (84%) et des troubles anxieux (88%), ce qui est conforme aux données épidémiologiques sur la prévalence des problèmes de santé mentale chez les Canadiens (Santé

⁵ Ces résultats incluent les praticiens qui exercent à temps plein et à mi-temps, et ceux dont le nombre d'heures de travail est inférieur à celui d'un praticien à mi-temps. Ils comprennent également les praticiens qui offrent principalement des services d'évaluation, des traitements thérapeutiques et des services de consultation.

Canada, 2002). En outre, les psychologues offrent habituellement des services pour aider à régler des problèmes plus vastes, comme les conflits intrapersonnels (84%), les problèmes interpersonnels (77%) et les difficultés d'adaptation aux stressors de la vie quotidienne.

Les participants ont également indiqué la nature des services qu'ils dispensent, y compris les types de services psychologiques fournis, les domaines de consultation, le temps consacré à diverses activités professionnelles, le mode de paiement des clients et l'orientation théorique du praticien (voir le tableau 3). Les catégories de réponses ne sont pas absolument exclusives; à savoir, les participants avaient la possibilité de sélectionner plus d'une réponse, si cela s'appliquait à leurs activités. La majorité des participants ont déclaré faire, entre autres, de la thérapie individuelle (85%), des évaluations de l'humeur et du comportement (74%), des consultations cliniques ou du counselling (65%), ainsi que des évaluations du fonctionnement intellectuel (54%), notamment. Les participants ont également indiqué consacrer la majeure partie de leurs activités de consultation à des organismes de santé (48%) et des établissements d'enseignement (36%). Comme nous nous y attendions, les praticiens consacrent la majeure partie de leur temps à l'intervention (41%) et à l'évaluation (28%). Près de la moitié des praticiens (48%) ont indiqué que les services donnés à la clientèle sont payés par l'intermédiaire d'un établissement public, tandis que le tiers des praticiens ont mentionné que leurs clients les paient directement pour les services fournis (11% des clients paient de leur propre poche et 23% sont remboursés par leur assurance). On a également demandé aux participants de préciser le type d'intervention psychologique qu'ils utilisent (p. ex. thérapie cognitivo-comportementale, thérapie axée sur le système familial, etc.). Les praticiens pouvaient

sélectionner plus d'un type d'intervention. La majorité d'entre eux ont déclaré employer les thérapies cognitivo-comportementales, bien que d'autres approches étaient représentées.

Différences de groupe

Afin de détecter les différences de groupe entre certaines variables clés, nous avons effectué une analyse de variance – une méthode statistique utilisée pour analyser des variables numériques, et une analyse du chi-carré – une méthode statistique utilisée pour analyser des variables nominales. On a eu recours à une valeur de signification de $p < 0,01$ afin de minimiser les taux d'erreur associés aux comparaisons multiples. Plusieurs différences significatives ont été constatées par rapport aux variables suivantes : sexe, diplôme, champ de la psychologie et type de pratique (dans des organismes publics ou en exercice privé). Se reporter au tableau 6, pour les résultats de l'analyse de variance, et au tableau 7, pour les résultats de l'analyse du chi-carré.

Différences entre les sexes. Les praticiens de sexe masculin (âge moyen de 46,4 ans) sont beaucoup plus âgés que les praticiens de sexe féminin (âge moyen de 42,7). Comme nous nous y attendions, une plus grande proportion d'hommes (52%) a plus de 10 ans d'expérience en tant que psychologue. Cela cadre avec ce que nous savons des nouvelles caractéristiques démographiques des psychologues et des autres professionnels de la santé (p. ex. médecins), lesquelles sont marquées par l'augmentation constante du nombre de femmes (Institut canadien d'information sur la santé [ICIS], 2008).

Différences en ce qui a trait au diplôme. Nous avons constaté des différences entre les praticiens qui détiennent un diplôme de doctorat et ceux qui possèdent une maîtrise, dans le

cas des variables suivantes : nombre moyen de clients par semaine, temps consacré aux activités professionnelles, modes de paiement, champ de la psychologie, province de résidence, type de services fournis et problèmes présentés par les clients. Les praticiens titulaires d'une maîtrise (nombre moyen de clients/semaine = 15,9) fournissent des services à un nombre significativement plus élevé que ceux qui détiennent un doctorat (nombre moyen de clients/semaine = 13,6). Les participants devaient indiquer le pourcentage du temps qu'ils consacrent à l'évaluation, l'intervention, aux activités de consultation, à l'enseignement, à la recherche et à d'autres activités (voir le tableau 4, pour les valeurs moyennes, et le tableau 6, pour les résultats de l'analyse de variance). Les praticiens détenteurs d'un doctorat consacrent beaucoup plus de temps à l'évaluation, l'enseignement et la recherche que ceux qui sont titulaires d'une maîtrise. En revanche, les praticiens titulaires d'une maîtrise consacrent beaucoup plus de temps à l'intervention que les praticiens qui possèdent un doctorat. On n'a constaté aucune différence significative entre les praticiens détenteurs d'une maîtrise et ceux qui possèdent un doctorat par rapport au temps consacré à d'autres activités professionnelles.

Les participants ont également indiqué les modes de paiement de leurs clients (se reporter au tableau 5, pour les valeurs moyennes). On leur a demandé de préciser le pourcentage de clients qui utilisent les modes de paiement suivants : frais payés directement sans régime d'assurance-maladie complémentaire, frais remboursés directement par la majorité ou la totalité des régimes d'assurance-maladie, frais payés directement par un régime d'indemnisation des accidentés du travail, frais payés par un autre assureur, frais payés par un programme d'aide aux employés, frais payés par l'intermédiaire d'une institution financée par

l'État ou services gratuits. Le nombre de clients qui paient directement pour les services qu'ils reçoivent est significativement plus élevé chez les psychologues titulaires d'une maîtrise que chez ceux qui possèdent un doctorat, les services étant remboursés par un régime d'assurance-maladie complémentaire ou par l'intermédiaire d'un programme d'aide aux employés. Comparativement à ceux que voient les praticiens qui possèdent une maîtrise, les clients des praticiens détenteurs d'un diplôme de doctorat sont beaucoup plus nombreux à payer directement les services par l'entremise d'une institution subventionnée par l'État ou à recevoir des services gratuits. Aucune différence significative n'a été constatée entre les praticiens détenteurs d'une maîtrise et ceux qui possèdent un doctorat pour ce qui est du nombre de clients qui paient directement, sans régime d'assurance-maladie complémentaire, ceux qui sont remboursés par un régime d'indemnisation des accidentés du travail ou ceux dont les frais sont payés par une autre assurance.

En ce qui a trait au champ de la psychologie, à savoir psychologie clinique, psychologie du counselling, neuropsychologie, psychologie scolaire ou autre (se reporter au tableau 7, pour les valeurs de l'analyse du chi-carré), des différences entre praticiens détenteurs d'un diplôme de maîtrise et praticiens titulaires d'un doctorat ont été observées. Les praticiens titulaires d'un diplôme de doctorat qui exercent la psychologie clinique (63%), la neuropsychologie (79%) et un autre champ de la psychologie (67%) sont significativement plus nombreux que ceux qui possèdent une maîtrise et exercent dans le même domaine. Toutefois, le nombre de praticiens détenteurs d'un diplôme de maîtrise qui exercent la psychologie du counselling (60%) et la

psychologie scolaire (74%) sont significativement plus nombreux que leurs homologues titulaires d'un doctorat.

De plus, on a constaté des différences entre praticiens détenteurs d'un diplôme de maîtrise et praticiens titulaires d'un doctorat en ce qui a trait à la province de résidence (voir le tableau 7). Au Québec et dans les provinces de l'est du Canada (Nouveau-Brunswick, Nouvelle-Écosse, Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador), les psychologues praticiens sont plus susceptibles d'avoir un diplôme de maîtrise qu'un doctorat (69% et 63%, respectivement). Par contre, dans les provinces de l'ouest (Colombie-Britannique, Alberta, Saskatchewan et Manitoba), les praticiens sont plus susceptibles de posséder un diplôme de doctorat qu'un diplôme de maîtrise (70% et 88%, respectivement). Ces résultats montrent que la province de résidence est un facteur qui influe de manière significative sur les différences observées au chapitre du diplôme le plus élevé détenu par les psychologues praticiens au Canada⁶.

L'évaluation de l'humeur ou du comportement, l'évaluation du fonctionnement intellectuel, l'évaluation neuropsychologique, l'évaluation professionnelle, la thérapie individuelle, la thérapie familiale, la thérapie de couple, la thérapie de groupe, les services de consultation auprès des organisations ou de consultant en programme, ainsi que les conseils cliniques ou le counselling, sont les types de services que déclarent fournir les praticiens. Les types de services offerts à la clientèle sont différents, qu'ils soient donnés par un praticien titulaire d'un doctorat ou un praticien détenteur d'un diplôme de maîtrise (voir le tableau 7). En particulier, comparativement à ceux qui ont une maîtrise, les praticiens titulaires d'un doctorat

⁶ Vous trouverez à l'adresse suivante de l'information sur les diplômes requis dans chaque province pour exercer la profession de psychologue : <http://www.cpa.ca/cpsite/userfiles/Documents/advocacy/PSWAIT/PSWAIT%20Report.pdf>

fournissent dans une plus grande mesure des évaluations de l'humeur et du comportement (66%), des évaluations du fonctionnement intellectuel (68%), des évaluations neuropsychologiques (73%) et des services de consultation auprès des organisations ou de consultant en programme (69%). On ne constate aucune différence significative entre détenteurs d'un doctorat et détenteurs d'une maîtrise pour ce qui est des évaluations professionnelles, de la thérapie individuelle, de la thérapie de groupe, de la thérapie familiale, de la thérapie de couple et de consultation clinique et de counselling.

Pour finir, il existe des différences entre praticiens titulaires d'un doctorat et praticiens détenteurs d'une maîtrise relativement aux types de problèmes présentés par les clients auxquels ils donnent des services psychologiques (voir le tableau 7, pour les résultats de l'analyse du chi-carré, et le tableau 2, pour la liste des problèmes présentés par les clients). Comparativement aux praticiens titulaires d'un diplôme de maîtrise, ceux qui sont titulaires d'un doctorat fournissent un nombre de services significativement plus élevé à des clients qui présentent des conflits intrapersonnels (56% par rapport à 44%), des problèmes interpersonnels (54% par rapport à 46%), des problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif (69% par rapport à 31%), une psychose (71% par rapport à 29%) et des difficultés à prendre en charge sa santé et à vivre avec une blessure ou avec la maladie (66% par rapport à 34%).

Différences relatives au champ de la psychologie. Il existe des différences quant à l'âge des praticiens, au nombre moyen de clients rencontrés chaque semaine et au temps consacré aux activités professionnelles, selon le champ de pratique (voir le tableau pour les valeurs de F). Les praticiens qui exercent dans le champ de la neuropsychologie (âge moyen de 39 ans) sont

significativement plus jeunes que ceux qui exercent dans le champ de la psychologie du counselling (âge moyen de 45 ans), la psychologie scolaire (âge moyen de 46 ans) et dans un autre champ de la psychologie (âge moyen de 49 ans). De plus, les psychologues cliniciens (âge moyen de 42 ans) sont significativement plus jeunes que ceux qui déclarent exercer dans un autre champ de la psychologie.

Par ailleurs, le nombre moyen de clients rencontrés chaque semaine varie en fonction du champ de la psychologie (voir le tableau 6). Chaque semaine, les neuropsychologues (environ six clients) fournissent des services à un nombre significativement moins élevé de clients que le font les psychologues cliniciens (environ 16 clients), les psychologues en counselling (environ 16 clients), les psychologues scolaires (environ 11 clients) et les psychologues qui exercent dans un autre champ de la psychologie (environ 14 clients). En outre, chaque semaine, les psychologues scolaires fournissent des services à un nombre significativement moins élevé de clients que les psychologues en counselling et les psychologues cliniciens. Ces résultats confirment le fait que l'exercice de la neuropsychologie consiste principalement en des activités d'évaluation, les évaluations neuropsychologiques exigeant un ou deux jours.

Enfin, le temps consacré à des activités professionnelles particulières varie selon le champ de la psychologie (voir le tableau 4, pour les valeurs moyennes, et le tableau 6, pour les valeurs de F). Comparativement aux psychologues cliniciens, aux psychologues en counselling et aux psychologues qui exercent dans un autre champ de la psychologie, le temps que consacrent les neuropsychologues à l'évaluation est significativement plus élevé, et celui qu'ils

consacrent à l'intervention est significativement moins élevé, tandis que les psychologues cliniciens consacrent plus de temps à l'intervention que ceux qui exercent dans un autre champ de la psychologie. Les psychologues scolaires passent plus de temps à la prestation de services de consultation que les psychologues cliniciens et les neuropsychologues, tandis que les neuropsychologues consacrent beaucoup moins de temps à la prestation de services de consultation que les psychologues qui exercent dans un autre champ de la psychologie. Pour ce qui est de l'enseignement et des autres activités professionnelles, on n'a constaté aucune différence entre les psychologues, peu importe le secteur de la psychologie.

Différences entre psychologues exerçant dans un organisme public et psychologues exerçant en cabinet privé. Les psychologues ont indiqué le type d'activités professionnelles auxquelles ils prennent part, en précisant leur cadre d'exercice : exclusivement dans un organisme public, principalement dans un organisme public et marginalement en cabinet privé, autant en cabinet privé que dans un organisme public, principalement en cabinet privé et marginalement dans un organisme public, et exclusivement en cabinet privé. On a effectué des comparaisons entre les praticiens qui exercent exclusivement dans un organisme public et en cabinet privé, et entre l'ensemble des praticiens, sans égard à la catégorie de type de pratique, en fonction des variables suivantes : diplôme, nombre moyen de clients rencontrés, champ de la psychologie, province de résidence, temps consacré aux activités professionnelles, modes de paiement, type de services fournis, services de consultation et problèmes présentés par les clients (voir le tableau 6, pour les valeurs de F , et le tableau 7, pour les valeurs de l'analyse du chi-carré).

Le nombre de praticiens détenteurs d'un diplôme de doctorat (67%) qui exercent exclusivement dans un organisme public est significativement plus élevé que le nombre de psychologues titulaires d'un diplôme de maîtrise (33%) qui exercent dans le même contexte. Aucune différence significative n'a été notée entre les psychologues qui exercent strictement dans un organisme public et ceux qui exercent exclusivement en cabinet privé pour ce qui est du nombre moyen de clients rencontrés chaque semaine. Lorsque l'on compare toutes les catégories en fonction du type de pratique, on découvre que les psychologues qui exercent principalement dans un organisme public fournissent des services à un nombre significativement moins élevé de clients (environ 12 clients) que les psychologues qui exercent principalement en cabinet privé (environ 16 clients) et les praticiens qui exercent strictement en cabinet privé (environ 17 clients). Comme l'indiquent les analyses suivantes, ces différences sont liées aux secteurs de la psychologie et aux types de services fournis.

On a constaté certaines différences liées au champ de la psychologie, selon le cadre de pratique. Le nombre de psychologues dont le champ de la psychologie est la psychologie clinique (63%) et le counselling (54%) est significativement plus élevé chez les praticiens qui exercent exclusivement en cabinet privé. En revanche, les neuropsychologues (55%) et les psychologues scolaires (83%) qui exercent strictement dans un organisme public sont significativement plus nombreux que ceux qui exercent exclusivement en cabinet privé. Pour ce qui est de la province de résidence, on a également observé certaines différences entre praticiens qui exercent strictement dans un organisme public et praticiens qui exercent exclusivement en cabinet privé. Par rapport à l'ensemble du Canada, les praticiens qui exercent

strictement dans un organisme public se trouvent pour la plupart dans l'Ouest (32%) et en Ontario (45%). De plus, par rapport à l'ensemble du Canada, les praticiens qui exercent exclusivement en cabinet privé se trouvent pour la plupart au Québec (43%) et en Ontario (30%).

Certaines différences ont été notées relativement au temps consacré par les psychologues à diverses activités professionnelles (voir le tableau 4, pour les valeurs moyennes, et le tableau 6, pour les résultats de l'analyse de variance). Lorsque l'on compare les psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public et ceux qui exercent strictement en cabinet privé, on constate que le temps consacré à l'enseignement et à la recherche est significativement plus élevé chez les premiers que chez les seconds. Par contre, le temps consacré à l'intervention est significativement plus élevé chez les psychologues qui exercent exclusivement en cabinet privé que chez ceux qui exercent strictement dans un organisme public. Après avoir analysé séparément chaque catégorie d'activités professionnelles dans chaque type de pratique, on a noté plusieurs différences quant au temps consacré à l'évaluation, l'intervention, l'enseignement et la recherche (se reporter au tableau 4). Les différences entre les psychologues appartenant à la catégorie des praticiens qui exercent autant en cabinet privé que dans un organisme public étaient peu claires à cause du faible nombre de participants appartenant à ce groupe.

Conformément à la nature des cadres de pratique dans lesquels sont fournis les services, on a constaté des différences quant aux modes de paiement versé aux psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public et à ceux qui exercent strictement en

cabinet privé (voir le tableau 8, pour les valeurs moyennes, et le tableau 6, pour les résultats de l'analyse de variance). Les psychologues exerçant dans un organisme public fournissent des services à des clients dont les frais sont couverts presque uniquement par une institution subventionnée par l'État; en revanche, les psychologues en exercice privé sont beaucoup plus nombreux à fournir des services à des clients qui paient directement les frais au moyen d'un autre mode de paiement. Plusieurs différences relatives aux modes de paiement étaient évidentes parmi les types de pratique (se reporter au tableau 8).

Les types de services fournis sont différents selon qu'ils sont donnés par des psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public ou des praticiens qui exercent strictement en cabinet privé. Comparativement aux psychologues qui exercent exclusivement en cabinet privé, le nombre de praticiens exerçant strictement dans un organisme public qui font des évaluations de l'humeur et du comportement (51%), des évaluations du fonctionnement intellectuel (64%), des évaluations neuropsychologiques (19,5%), qui offrent des services de consultations auprès des organisations ou sont consultants en programme (67%) et font de la thérapie de groupe (64%), est significativement plus élevé. Toutefois, comparativement aux psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public, les psychologues qui exercent strictement en cabinet privé sont significativement plus nombreux à fournir de la thérapie individuelle (64%), de la thérapie de couple (84%) et des évaluations professionnelles (80%). En ce qui a trait à la prestation de services de consultation clinique et de counselling, ainsi qu'à la prestation de thérapie familiale, aucune différence n'a été notée.

On a également noté des différences entre psychologues qui exercent exclusivement et dans un organisme public et praticiens qui exercent strictement en cabinet privé quant au type de services de consultation fournis. Les psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public conseillent davantage les organismes de santé (64%), les établissements d'enseignement (69%) et le système judiciaire (85%), tandis qu'un plus grand nombre de praticiens qui exercent strictement en cabinet privé conseillent le secteur des entreprises (100%). Aucune différence significative n'a été notée entre praticiens quant aux services de consultation donnés à des établissements correctionnels, des organismes communautaires et aux types de services-conseils de la catégorie « Autre ».

Enfin, on a noté certaines différences entre psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public et praticiens qui exercent strictement en cabinet privé, quant aux types de problèmes présentés par les clients auxquels ils offrent des services psychologiques. Comparativement aux psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public, les praticiens qui exercent strictement en cabinet privé sont plus nombreux à fournir des services à des clients qui souffrent de troubles de l'humeur (59%), de troubles anxieux (61%), de conflits intrapersonnels (61%), de problèmes interpersonnels (66%), de problèmes d'ordre professionnel (75%), de difficultés à prendre en charge leur santé, une blessure ou une maladie (67%), de difficultés d'adaptation aux stressseurs de la vie quotidienne (69%), de troubles somatoformes (71%), et de violence sexuelle et de traumatismes (66%). Comparativement aux praticiens qui exercent exclusivement en cabinet privé, les psychologues qui exercent exclusivement dans un organisme public sont plus nombreux à fournir des services à des clients

qui souffrent de troubles psychologiques chez l'enfant (57%), des problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'enfant (68%), de psychose (61%) et de problèmes d'apprentissage (62%). On n'a constaté aucune différence significative entre tous les praticiens qui offrent des services à des clients qui présentent des troubles de la personnalité, des difficultés sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'adulte, des troubles de l'alimentation, des troubles de la sexualité, des troubles du sommeil, de toxicomanie et d'autres problèmes figurant dans la catégorie « Autre ».

Rétroaction des participants au sujet du premier questionnaire

Les participants ont eu la possibilité de donner leur opinion sur le premier questionnaire. L'examen des commentaires formulés permet de dégager quatre thèmes : commentaires positifs à propos du questionnaire, discussions sur les implications des résultats du questionnaire, questions ou préoccupations concernant le questionnaire et suggestions d'améliorations à apporter au questionnaire. Selon les participants, le questionnaire était facile à remplir et à comprendre. Il n'a pas demandé trop de temps aux participants et plusieurs d'entre eux montraient beaucoup d'enthousiasme à l'idée de participer au projet. Toutefois, pour quelques participants, il a été difficile de répondre avec exactitude à certaines des questions. Par exemple, comme c'est le cas de plusieurs questionnaires, les participants ont eu parfois à choisir une réponse entre deux choix de réponse, même si aucune d'entre elles n'était tout à fait exacte (p. ex. heures de travail pour les praticiens à temps plein et heures de travail pour les praticiens à mi-temps).

Nous avons demandé aux praticiens de nous parler de leurs heures de travail habituelles durant une journée; toutefois, ces heures n'étaient pas nécessairement constantes d'un jour à l'autre ni d'une semaine à l'autre. Certains psychologues praticiens ont fait remarquer qu'il leur arrive de donner uniquement que des services de consultation ou d'évaluer les problèmes du client (lesquels figurent dans les choix de réponse), mais qu'ils ne *traitent* pas nécessairement les problèmes du client. Pour une partie des participants, le questionnaire était trop axé sur les psychologues cliniciens ou les psychologues de la santé qui offrent de la thérapie conventionnelle, et qu'il ne tient pas compte des activités des autres psychologues praticiens. Plus précisément, les questions du questionnaire ne saisissent pas bien le travail des praticiens qui se concentrent sur des populations particulières de personnes (p. ex. enfants autistes) ou qui prennent part à des activités professionnelles spécialisées (p. ex., évaluations des lésions corporelles et de l'invalidité, évaluations au tribunal de la famille). Les participants ont fait plusieurs suggestions quant au libellé des questions afin d'améliorer les futurs questionnaires. Certains psychologues prennent part à des activités de recherche en dehors de leur lieu de travail principal, lesquelles n'étaient pas prises en compte dans les questions du questionnaire (p. ex. documentation, formation ou supervision).

Grâce à ces commentaires et suggestions, les futurs questionnaires incluront des définitions plus détaillées de l'exercice en cabinet privé et dans un organisme public, des activités de consultation et de l'intervention. Il serait utile de demander aux psychologues de nous parler des limites de leur pratique et du nombre idéal de clients qu'ils aimeraient rencontrer chaque semaine. L'intervalle de clients rencontrés par les participants est très grand

(0 à 70), ce qui donne à penser que notre échantillonnage ne constituait pas un groupe homogène. Il serait utile de mieux comprendre et définir ce que nous demandons, en fonction du genre de pratique. En outre, les futurs questionnaires pourraient essayer de prendre en compte le milieu de travail des psychologues praticiens; avec les changements que connaît la profession de la santé au Canada (p. ex. pratique en collaboration, soutien spécialisé aux soins de santé primaires), il serait utile de dresser le portrait du milieu de travail des psychologues et de leurs collaborateurs. Par ailleurs, il serait intéressant de connaître le nombre de personnes qui communiquent avec des praticiens à la recherche de services, mais qui ne répondent pas aux critères pour recevoir les services, ne peuvent se permettre les services ou, autrement, décident de cesser de recevoir les services. En dernier lieu, il serait utile de demander aux praticiens d'indiquer les changements apportés à leurs modèles de pratique (p. ex. changements relatifs aux problèmes de leur clientèle ou aux services offerts), d'évaluer leurs services et les résultats pour les clients, ainsi que les facteurs qui améliorent l'efficacité de la pratique, ou qui sont susceptibles de le faire, ce qui nous fera mieux comprendre comment s'exerce la psychologie au Canada.

Étape 2 : Deuxième questionnaire

Description et conception du questionnaire

L'élaboration des questions du deuxième questionnaire a également été effectuée à la phase pilote du projet

(http://www.cpa.ca/cpsite/userfiles/Documents/Practice_Page/MHS_final_report.pdf). La

deuxième étape du projet (c.-à-d. la mise en œuvre du deuxième questionnaire) avait pour but

de fournir de l'information sur les caractéristiques démographiques (p. ex., âge, sexe, origine ethnique, langue, situation de famille, etc.) et les particularités de la santé psychologique (p. ex. facteurs de risque, problèmes des clients, nombre de séances de thérapie avec le client, types de services fournis, etc.) des clients rencontrés par les psychologues praticiens canadiens.

Une question, absente du projet pilote, a été ajoutée au deuxième questionnaire (vous trouverez à l'annexe A les modifications apportées au deuxième questionnaire, surlignées en jaune). On a ajouté cette question afin de s'assurer que les personnes qui interviennent dans la prestation des services psychologiques sont définies avec une plus grande précision. Par souci de précision et de clarté, le libellé des six questions a été modifié, en particulier, les questions qui concernent l'âge des clients. Le deuxième questionnaire n'a pas été mis à l'essai à l'étape 2 du projet, en grande partie parce que les changements apportés à la version pilote n'étaient pas considérés comme étant importants et en raison de la nature relativement complexe de l'échantillonnage en temps réel.

Méthodologie du deuxième questionnaire

Sélection des participants : amorçage

Le projet pilote a marqué l'élaboration effective du présent outil de surveillance sur le Web. L'étape 2 du présent projet a établi la taille de l'échantillon nécessaire pour représenter la population mère. On a utilisé l'amorçage pour déterminer combien de participants, sur les 540 de l'échantillon initial, pourraient être utilisés de manière fiable pour représenter l'échantillon maître dans les deux questionnaires supplémentaires. L'amorçage fait appel à l'estimation de la

précision des variables statistiques (p. ex. moyennes, variances, percentiles) en désignant par le sort des sous-ensembles multiples de données tirées d'un plus grand ensemble de données.

Sur l'ensemble de données complet des 540 participants, un échantillon aléatoire de 150 cas a été sélectionné afin d'être comparé à un plus grand ensemble de données, selon plusieurs variables. On a calculé les fréquences, les moyennes, les écarts-types et les intervalles de confiance en fonction des variables à l'étude suivantes : âge, sexe, diplôme, champ de la psychologie, province, années d'expérience et cadre de pratique (organisme public ou cabinet privé). On a extrait de l'ensemble de données complet des sous-échantillons aléatoires de 125, 150 et 175 et répété cette opération à 30 reprises afin d'assurer l'exactitude de l'échantillon. Les valeurs moyennes des variables statistiques des 30 itérations pour chacune des variables à l'étude ont été calculées et comparées au plus grand ensemble de données. Par exemple, à chaque itération, l'âge moyen du sous-ensemble de données était calculé. On a alors comparé la moyenne des valeurs moyennes à l'âge moyen du plus grand ensemble de données. Lorsqu'aucune différence significative n'était détectée, le sous-échantillon était considéré comme une approximation adéquate du plus grand ensemble de données. Selon les analyses de l'amorçage, un sous-échantillon de 150 participants a été sélectionné pour le deuxième questionnaire, ce qui correspondait au budget de la proposition de projet initiale à allouer au questionnaire.

Les participants ont répondu au deuxième questionnaire (environ un client choisi au hasard) à deux occasions; la plupart des participants ont respecté le délai de deux semaines pour remplir le questionnaire, tandis que les autres ont eu deux semaines supplémentaires

pour répondre au questionnaire à cause de la période de vacances. En demandant aux participants de remplir le deuxième questionnaire à deux moments séparés, nous avons pu vérifier la cohérence des données produites par l'outil de surveillance. Étant donné que les participants étaient susceptibles de fournir de l'information sur des clients différents à chaque volet du questionnaire, nous nous attendions à des niveaux de cohérence globaux modérés. Bien que nous prévoyions que les résultats du premier et du deuxième volet seraient similaires dans l'ensemble (p. ex. les types de problèmes présentés par les clients rencontrés par le groupe de participants à chaque étape seraient censés être similaires), le type de services fournis par chaque praticien serait raisonnablement différent, parce que nous supposons que les réponses du participant allaient se rapporter à des clients différents, à chacun des deux volets.

Échantillonnage en temps réel

La méthode de l'échantillonnage a été utilisée pour la conception du deuxième questionnaire. Il était impossible de demander aux participants de considérer tous leurs dossiers en cours, voire plusieurs clients. Toutefois, nous voulions que les praticiens considèrent un client choisi au hasard plutôt qu'un client qu'ils auraient eux-mêmes sélectionné. L'échantillonnage en temps réel a pour but d'aider à la collecte de données sur des sujets choisis au hasard et non choisis par la personne interrogée. L'un des objectifs du présent projet était de déterminer si l'échantillonnage en temps réel est une méthode valide pour questionner les psychologues afin de comprendre les particularités de leur pratique et des

clients auxquels ils donnent des services. L'échantillonnage en temps réel fonctionne de la manière suivante :

- Le système du questionnaire utilisait une liste de numéros d'identification attribués aux psychologues qui allaient participer au deuxième questionnaire.
- Le système a déterminé au hasard le moment où le participant répondrait au deuxième questionnaire (p. ex. mardi à 15 h 25) fondé sur l'horaire de consultation fourni par les participants lorsqu'ils ont rempli le premier questionnaire.
- Les participants avaient 48 heures, à partir du moment où ils recevaient l'invitation par courriel, pour répondre au deuxième questionnaire.
- Pour le premier volet du deuxième questionnaire, les participants étaient invités à indiquer de nouveau leurs disponibilités; le système du questionnaire a donc pu déterminer aléatoirement le moment où serait administré le deuxième volet du questionnaire. La deuxième invitation à participer au questionnaire a été envoyée 14 à 20 jours après que le participant a répondu au premier volet du deuxième questionnaire. Certains participants ont reçu l'invitation environ 30 à 45 jours après avoir terminé le premier volet du deuxième questionnaire parce que la période où étaient envoyées les invitations coïncidait avec les vacances de Noël (durant cette période, les participants étaient moins disponibles ou fournissaient moins de services).

Afin d'optimiser le taux de participation, on a fait savoir aux participants qu'ils ne seraient payés que s'ils remplissaient les deux volets du questionnaire. Le taux de réponse au

deuxième questionnaire était élevé, la plupart des participants invités ayant été en mesure de répondre aux deux volets du questionnaire.

Analyse et variables utilisées

L'analyse du deuxième questionnaire s'est faite en plusieurs étapes. En plus de calculer les moyennes et les fréquences de l'ensemble des variables utilisées dans les deux volets du questionnaire, il a fallu établir la cohérence de la méthode d'échantillonnage en temps réel. L'un des avantages de l'échantillonnage en temps réel vient du fait qu'il permet une collecte relativement peu biaisée des données sur des clients particuliers; en compilant les données pour l'ensemble des répondants, nous espérons obtenir une représentation précise des clients qui reçoivent des services psychologiques au Canada. Toutefois, comme nous recueillons les données tirées de l'étude d'un seul client par participant, il se peut que la compilation des données ne donne pas une représentation exacte de la gamme de clients qui reçoivent des services. Suivant les procédures utilisées dans les méthodes d'échantillonnage événementiel, l'analyse de la cohérence des données obtenues à chaque étape prévoit une certaine évaluation du degré auquel les données relatives à nos variables sont susceptibles de représenter adéquatement les caractéristiques à l'étude.

Afin d'évaluer la cohérence de l'information reçue aux deux volets du questionnaire, on a sélectionné plusieurs variables. L'âge du client, le nombre de séances de thérapie tenues à ce jour et le nombre de séances supplémentaires requises pour dispenser le service dans sa totalité étaient les variables numériques sélectionnées pour l'analyse. Six variables supplémentaires ont été consignées pour simplifier l'analyse. Le nombre total de facteurs de

risque, le nombre total de problèmes présentés, le nombre total de maladies chroniques, le nombre total de professionnels de la santé rencontrés en plus du psychologue, le nombre total de recommandations à d'autres services de soins de santé et le nombre total de diagnostics supplémentaires du DSM ont été produits et analysés. Le test de normalité a révélé que toutes les variables étaient non normales, à l'exception de la variable de l'âge du client. On a donc analysé l'âge du client au moyen d'un test *t* pour échantillons dépendants, tandis que les autres variables numériques ont été analysées à l'aide d'un test de rang de Wilcoxon, un test non paramétrique utilisé pour comparer deux échantillons de population connexes avec des variables numériques. La valeur prédictive a été établie à 0,01 afin de s'adapter à des analyses multiples.

Les variables nominales sélectionnées pour l'analyse étaient les suivantes : sexe, langue du client, nationalité, origine ethnique, situation de famille, orientation sexuelle, milieu de vie, niveau de scolarité, situation professionnelle, langue dans laquelle est donné le service, autres services de santé reçus pour le ou les mêmes problèmes présentés, milieu de prestation de services, mode de paiement, origine de la recommandation, médication employée, type de services reçus, présence d'un problème de santé chronique, évaluation de l'état de santé général et diagnostics du DSM. Cependant, étant donné que plusieurs des variables ont des catégories de réponses multiples, il n'existe actuellement aucune procédure statistique non paramétrique pour échantillons dépendants permettant de les analyser. Les variables qui comportent des résultats dichotomiques (c.-à-d. origine ethnique, citoyenneté, autres services de santé reçus, type de services fournis et présence d'un problème de santé chronique) ont été

analysées à l'aide d'un test du chi-carré de McNemar, un test non paramétrique utilisé pour comparer deux échantillons de populations connexes comportant des variables nominales dichotomiques. Encore une fois, la valeur prédictive a été établie à 0,01.

Résultats du deuxième questionnaire

Corrélations

Les variables à l'étude ont été corrélées avec les variables des deux volets du questionnaire au moyen du coefficient de corrélation des rangs de Spearman, le coefficient de corrélation utilisé pour les données non paramétriques, sauf l'âge du client, lequel a été analysé avec le coefficient de corrélation r de Pearson. Par exemple, l'âge du client sélectionné au premier volet, a été corrélé avec celui du client sélectionné au deuxième volet. Se reporter au tableau 9, qui montre toutes les variables corrélées. Un bon nombre de ces variables étaient significativement corrélées, certaines d'entre elles montrant une forte corrélation l'une avec l'autre (c.-à-d. âge du client, évaluation neuropsychologique et thérapie humaniste). Près du tiers des variables n'avaient aucune corrélation entre elles : nombre total de problèmes de santé chroniques, recommandation à un autre professionnel pour recevoir un autre traitement, nombre total de diagnostics supplémentaires du DSM, nationalité, évaluation de l'humeur et du comportement, thérapie psychodynamique, thérapie systémique de la famille et présence d'un problème de santé chronique. Les corrélations non significatives indiquent que les réponses relatives à ces variables données par les participants au premier volet du questionnaire ne sont pas associées à celles données au deuxième volet.

Vérification de la cohérence

Comme il a été mentionné ci-dessus, l'un des objectifs de l'étape 2 du projet consistait à déterminer la cohérence des données fournies par la méthode d'échantillonnage en temps réel. Pour ce faire, on a comparé les réponses données au premier volet du deuxième questionnaire (volet 1) avec les réponses données au deuxième volet du deuxième questionnaire (volet 2). Si l'on ne constatait aucune différence significative entre une variable du premier volet et la même variable, dans le deuxième volet, on supposait alors que la sélection aléatoire d'un client sur lequel les participants basent leurs réponses est une méthode adéquate pour saisir toute la gamme des clients rencontrés par les psychologues praticiens canadiens.

L'âge du client étudié au premier volet (âge moyen = 31,9) n'était pas significativement différent de celui du client étudié au deuxième volet (âge moyen = 33,5) du questionnaire, $t(138) = -1,29, ns$. On n'a noté aucune différence significative entre le volet 1 et le volet 2 du questionnaire pour ce qui est du nombre de séances passées avec un client, du nombre de séances supplémentaires requises et du nombre total de problèmes présentés, de maladies chroniques, d'autres services de santé reçus et de diagnostics supplémentaires du DSM (voir le tableau 10, pour les scores Z, et le tableau 11, pour les moyennes, les médianes et les écarts-types). Entre le volet 1 et le volet 2 du questionnaire, on a constaté des différences significatives par rapport au nombre total de facteurs de risque et au nombre total de recommandations à un professionnel pour recevoir un autre traitement. Bien que les clients étudiés dans chaque volet du questionnaire aient été similaires pour la plupart des variables

comparées (mentionnées ci-dessus), y compris le nombre de problèmes présentés, il semble que la gravité des problèmes des clients était différente d'un volet à l'autre.

Toutes les variables nominales dichotomiques analysées à l'aide du test du chi-carré de McNemar n'étaient pas significativement différentes les unes des autres, dans les deux volets du questionnaire (voir le tableau 12, pour les valeurs de l'analyse du chi-carré, et le tableau 13, pour les fréquences). Malheureusement, sans test d'hypothèse approprié, il a été impossible d'analyser plusieurs variables nominales : sexe⁷, langue du client, langue dans laquelle est donné le service, situation de famille, orientation sexuelle, milieu de vie, niveau de scolarité, situation professionnelle, occupation, présence d'un diagnostic du DSM, diagnostic principal du DSM, évaluation de l'état de santé, milieu de prestation des services, mode de paiement, origine de la recommandation, médication employée et bénéficiaire du service. Même en l'absence de tests statistiques adéquats, nous pouvons confirmer une cohérence modérée des caractéristiques des clients et des services fournis, lorsque deux clients sont sélectionnés au hasard parmi la clientèle de chaque psychologue. Toutefois, nous demeurons prudents et nous efforçons de ne pas généraliser les caractéristiques des clients sur la base des données tirées d'un client choisi aléatoirement parmi cette clientèle.

Fréquences et percentiles

Cent quarante psychologues praticiens ont rempli les deux volets du questionnaire. À chaque fois, les participants ont donné des renseignements sur un client choisi au hasard et les

⁷ Pour le deuxième questionnaire, la catégorie du sexe incluait les hommes et les femmes transgenres. Quatre choix de réponse étaient donc présentés à la catégorie du sexe.

résultats ont été regroupés en trois catégories : caractéristiques démographiques du client, particularités des services fournis au client et fonctionnement psychosocial du client.

Caractéristiques démographiques du client. L'ensemble des caractéristiques démographiques nominales du client est présenté au tableau 13, et l'âge du client est indiqué au tableau 11. Suivant les renseignements recueillis à chaque volet du questionnaire, les femmes sont plus nombreuses à recevoir des services (65% et 54%) que les hommes (34% et 46%). Toutefois, le nombre de femmes rencontrées par le psychologue est légèrement plus élevé dans le premier questionnaire. L'âge moyen des clients est de 32,3 ans (plage d'âge = 5 à 84 ans) au premier volet, et de 33,5 ans (plage d'âge = 5 à 79 ans) au deuxième volet. La quasi-totalité des clients était de race blanche (85% au volet 1, et 87% au volet 2) et née au Canada (94% pour les deux volets). Parmi les clients nés à l'étranger et installés au Canada, la plupart étaient des résidents permanents. Près des deux tiers des clients parlent anglais à la maison et le tiers des clients parlent français à la maison.

Selon les renseignements fournis par les participants, la plupart des clients sont hétérosexuels, tandis que pour près du cinquième des clients, l'orientation sexuelle n'est pas connue (souvent à cause du jeune âge du client). Moins de 5% des clients sont gais/lesbiennes et bisexuels, pour chaque catégorie, dans les deux volets du questionnaire. Environ la moitié sont célibataires ou n'ont jamais été mariés. Le cinquième et le quart des clients (volet 1 et volet 2, respectivement) sont mariés. D'après les renseignements fournis par les participants dans les deux volets du questionnaire, près de 15% des clients vivent en union de fait. Sans

égard au volet du questionnaire, moins de 10% des clients sont séparés, divorcés ou veufs. La presque totalité des clients demeure dans une résidence privée (p. ex. maison, appartement).

Le niveau de scolarité (pour les clients de plus de 17 ans) variait légèrement d'un volet à l'autre. Au premier volet du questionnaire, le nombre de participants ayant déclaré que leurs clients ont fait des études secondaires ou possèdent un diplôme d'études secondaires (les deux catégories, et environ 17% des clients) que les autres niveaux de scolarité sont plus nombreux. Moins de 15% des clients de chaque catégorie possèdent un certificat ou un diplôme collégial et un grade de premier cycle. Dans le deuxième volet du questionnaire, la proportion de clients à ne pas avoir dépassé la huitième année (environ 24%) était plus grande. Le nombre de clients détenant un diplôme d'études secondaires et un grade de premier cycle correspondait au premier volet du questionnaire (20% et 14%, respectivement). Selon les renseignements fournis dans les deux volets du questionnaire, environ le tiers des clients ont un emploi à temps plein. Même si, au deuxième volet, le nombre de clients déclarés par les participants comme étant étudiants est légèrement inférieur (18%, dans le premier volet, 11%, dans le deuxième volet), le nombre de clients qui travaillaient à mi-temps, étaient sans emploi ou recevaient des prestations d'invalidité était constant d'un volet à l'autre du questionnaire. Parmi les clients qui occupaient un emploi, le nombre de ceux qui travaillaient dans le domaine de la vente et des services était plus élevé dans le premier volet du questionnaire, tandis que, dans le deuxième volet du questionnaire, le nombre de clients qui travaillaient dans le secteur administratif était plus grand.

Caractéristiques des services fournis au client. Les caractéristiques des services fournis à la clientèle sont présentées au tableau 11, pour les variables continues, et au tableau 14, pour les variables nominales. Au premier volet du questionnaire, le nombre moyen de séances de thérapie avec le client choisi était de 14 tandis que, au deuxième volet du questionnaire, il était d'environ 24. Le nombre médian de séances était de cinq et d'environ huit, au premier et au deuxième volet, respectivement. Au premier volet, 51% des participants ont indiqué avoir déjà rencontré leur client à cinq reprises ou moins, tandis que 76% des participants avaient rencontré leur client à 15 reprises ou moins. Au deuxième volet, 50% des participants ont indiqué qu'ils avaient déjà rencontré leur client à sept reprises ou moins, et 81% des participants avaient rencontré leur client à 25 reprises ou moins.

Au premier volet du questionnaire, les participants ont déclaré qu'ils prévoyaient, en moyenne, 11 séances supplémentaires avec le client choisi et, au deuxième volet du questionnaire, 14 séances supplémentaires en moyenne. Le nombre médian de séances prévues était de six au premier volet et de huit, au deuxième volet. La plage du nombre de séances de thérapie était étendue. Selon les réponses des participants, elle passait de 0 à 75 séances supplémentaires au premier volet, et de 0 à 240, au deuxième volet. De plus, plusieurs observations aberrantes ont contribué à la grande étendue de la plage du nombre de séances supplémentaires prévues. Au premier volet, 54% des participants prévoyaient avoir à rencontrer leur client six fois ou moins, et 86% des participants prévoyaient avoir à rencontrer leur client 20 fois ou moins. Au deuxième volet, 54% des participants prévoyaient huit séances

supplémentaires ou moins et 88% des participants prévoyaient 20 séances supplémentaires ou moins.

Autant au premier qu'au deuxième volet, les deux tiers des séances de thérapie se sont tenu en anglais, tandis que le tiers des séances se sont tenues en français. Aux deux volets du questionnaire, environ la moitié des rencontres avait lieu dans un grand centre urbain; le quart des rencontres se sont déroulées dans une petite ville; 15% des séances se sont déroulées en banlieue d'un grand centre urbain et seulement 5 à 7% des rencontres ont eu lieu en milieu rural. Selon les réponses des participants, approximativement 40% des séances de thérapie se sont déroulées dans un bureau individuel, pour les psychologues en exercice privé, le tiers des rencontres ont eu lieu dans un établissement public de santé, 12% des séances se sont tenues dans des locaux partagés, pour les psychologues en exercice privé, et 7% des rencontres ont eu lieu dans un établissement scolaire. Moins de 5% des séances se sont tenues dans chacun des contextes suivants : établissement correctionnel, services fournis dans un organisme communautaire ou dans la rue, université ou collège. Près des trois quarts des participants ont déclaré fournir des services au client seulement, et 5% ont dit fournir des services au client et aux personnes significatives dans leur entourage. Au premier volet du questionnaire, 14% des clients étaient reçus avec un membre de la famille. Cette proportion passe à 6%, au deuxième volet du questionnaire. Moins de 5% des clients ont été rencontrés avec un parent-substitut, un fournisseur de services ou une autre personne.

Selon les réponses données par les participants aux deux volets du questionnaire, les services fournis aux clients sont payés, pour une grande part, par l'intermédiaire d'une

institution subventionnée par l'État (37%). Toutefois, la proportion combinée de clients qui paient directement et de ceux dont les frais sont remboursés par une assurance est de 37 à 41%. Aux deux volets du questionnaire, pour moins de 10% des clients, les services étaient payés par un régime d'indemnisation des accidentés du travail, par une autre assurance, par l'employeur, étaient offerts gratuitement, ou payés au moyen d'une autre méthode de paiement.

Dans les deux volets du questionnaire, près de la moitié des praticiens ont déclaré offrir la thérapie cognitivo-comportementale pendant leurs rencontres avec le client. Au premier volet du questionnaire, le tiers des praticiens ont affirmé effectuer des évaluations de l'humeur, du comportement et de la personnalité, tandis qu'au deuxième volet du questionnaire, le cinquième des praticiens a dit fournir ce genre de services. Dans chaque volet du questionnaire, le cinquième des praticiens a déclaré offrir de la thérapie humaniste et d'autres genres de services. De dix à treize pour cent des clients ont subi une évaluation du fonctionnement intellectuel et suivi une thérapie interpersonnelle ou une thérapie psychodynamique, respectivement. Selon les réponses données au premier et au deuxième volet du questionnaire par les participants, moins de 10% des clients ont subi une évaluation neuropsychologique, une évaluation professionnelle ou reçu une thérapie systémique de la famille.

Environ 20% des clients se sont adressés directement au psychologue pour demander des services ou ont été recommandés par leur médecin. Les autres professionnels de la santé ont adressé près de 11 à 13% des clients aux services d'un psychologue. Moins de 10% des clients ont été dirigés par un autre client, le système judiciaire, un membre de la famille, le

système scolaire, un psychologue, un psychiatre ou un régime d'assurance. Quarante-six pour cent des clients, dans le premier volet du questionnaire, et 58% des clients, dans le deuxième volet du questionnaire, recevaient des services de soins de santé liés au problème qu'ils présentaient. À ce chapitre, le nombre de clients qui recevaient les services d'un omnipraticien (29% et 24%, dans le premier volet et le deuxième volet, respectivement) ou d'un psychiatre (22% et 19%, dans le premier volet et le deuxième volet, respectivement) était plus élevé. Dans les deux volets du questionnaire, les deux tiers des praticiens n'ont pas aiguillé leurs clients vers d'autres services. Parmi ceux qui l'ont fait, 10 à 13% ont dirigé leurs clients vers un autre professionnel afin de recevoir d'autres traitements des problèmes de santé mentale et 8 à 11% ont dirigé leurs clients vers un autre professionnel afin de faire évaluer leur médication.

Un peu plus de la moitié des clients ne prenaient aucune médication. Le tiers des clients consommaient des antidépresseurs. Moins de 10% prenaient chacune des médications suivantes : anxiolytiques (6 à 7%), antipsychotiques (9 à 11%), stimulants (1 à 6%), hypnotiques (1 à 2%) et thymorégulateurs (approximativement 4%). Les participants ont indiqué que, pour la majorité des clients, la médication était prescrite par un psychiatre (23%) ou par un omnipraticien (17%).

Fonctionnement psychosocial du client. Les données sur le fonctionnement psychosocial du client sont présentées au tableau 11, pour les variables continues, et au tableau 15, pour les variables nominales. Le facteur de risque le plus fréquemment cité et rencontré chez le client était la maladie mentale d'un parent (facteur présent chez 50% des clients au premier volet du questionnaire, et 34% des clients au deuxième volet du

questionnaire). Le deuxième facteur de risque le plus souvent cité était les problèmes conjugaux, qui étaient présents, selon les participants, chez 30% des clients au premier volet du questionnaire et 21% des clients au deuxième volet du questionnaire. En outre, la violence physique et sexuelle (17 à 21% des clients) et d'autres facteurs de risque (15 à 24% des clients) ont été plus souvent mentionnés que le reste des facteurs de risque. La proportion de clients ayant indiqué ne présenter aucun facteur de risque (33%) est plus élevée dans le deuxième volet du questionnaire que dans le premier volet du questionnaire, où elle était de 14%. Selon les réponses données par les participants autant au premier qu'au deuxième volet du questionnaire, les clients présentaient en moyenne trois problèmes psychologiques. Les conflits intrapersonnels (41% et 36% des clients) et les problèmes interpersonnels (51% et 38% des clients) étaient les problèmes présentés les plus souvent mentionnés. Venaient ensuite les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, avec 31 à 44% et 34 à 37%, respectivement. Dans les deux volets du questionnaire, près du tiers des clients présentaient des problèmes liés à l'adaptation aux stressors de la vie quotidienne. Les problèmes psychologiques suivants ont été mentionnés chez moins de 10% des clients : troubles de la personnalité, problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'adulte, problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'enfant, psychose, troubles de l'alimentation, troubles du sommeil, troubles somatoformes, troubles de la sexualité et abus d'alcool ou d'autres drogues. Selon les réponses des participants, un très petit nombre de clients avait un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues sans lien avec le problème présenté : 16% des clients au premier volet, et 9% des clients au deuxième volet.

Les praticiens ont d'abord indiqué que le fonctionnement quotidien de leurs clients était modérément (51% des clients dans le premier volet du questionnaire, et 47% clients dans le deuxième volet) ou gravement (45% des clients dans le premier volet du questionnaire et 44% des clients dans le deuxième volet du questionnaire) affecté par les problèmes qu'ils présentaient. De plus, les praticiens ont mentionné que, grâce aux services reçus jusqu'à ce jour, l'état de santé s'était amélioré pour la moitié des clients et s'était énormément amélioré pour le cinquième des clients. Cependant, ils n'ont vu aucun changement chez le quart des clients environ. Chose intéressante, environ 50% des clients étaient, selon les participants, plus enclins à se dire en bonne santé ou en très bonne santé, probablement parce qu'ils ont tendance à exclure la santé psychologique lorsqu'ils évaluent leur état de santé globale.

À peu près la moitié des participants ont mentionné que leurs clients étaient atteints d'une maladie chronique. Les problèmes de santé chroniques les plus cités étaient liés aux fonctions mentales (14% des clients dans le premier volet du questionnaire et 13% des clients dans le deuxième volet du questionnaire) et aux fonctions neurologiques (12% dans le premier volet du questionnaire et 11% dans le deuxième volet du questionnaire). Les autres problèmes de santé chroniques ont été notés chez moins de 10% des clients. On a demandé aux praticiens de parler du fonctionnement quotidien de leurs clients relativement à la présence d'une maladie chronique. Pour près du quart des clients, le fonctionnement quotidien était affecté modérément par une maladie chronique. Pour 25% des clients environ, le fonctionnement quotidien était peu ou pas du tout affecté par la présence d'une maladie chronique. Les participants ont indiqué que plus de la moitié de leurs clients (62% des clients dans le premier

volet du questionnaire et 51% des clients dans le deuxième volet du questionnaire) avaient reçu un diagnostic du DSM. On a demandé aux participants de faire la liste des diagnostics du DSM reçus par leurs clients. Pour leur simplifier la tâche, nous avons divisé ces diagnostics en quatre catégories : troubles de l'humeur et troubles anxieux, psychose, troubles chez l'enfant et autres troubles. Présents chez 28 à 36% des clients, les troubles de l'humeur et les troubles anxieux sont les diagnostics principaux du DSM les plus cités. Les troubles chez l'enfant se retrouvaient chez 6 à 9% des clients, tandis que les psychoses se retrouvaient chez moins de 2% des clients. Près des deux tiers des clients qui ont reçu des diagnostics supplémentaires du DSM avaient un seul diagnostic supplémentaire du DSM. Le quart des clients qui ont reçu des diagnostics supplémentaires du DSM avaient deux diagnostics supplémentaires du DSM.

Comparaisons entre les deux questionnaires

Les résultats du premier questionnaire fournissent des renseignements généraux sur les psychologues praticiens au Canada et les services qu'ils fournissent à leurs clients. Les données issues du deuxième questionnaire complètent cette information, car elles ont permis aux praticiens de donner un portrait détaillé de clients particuliers et des services donnés durant une séance de thérapie précise. Nous avons pu corroborer et étoffer l'information issue du premier questionnaire au moyen des données obtenues au deuxième questionnaire. Les questionnaires étaient comparables dans cinq domaines : groupe d'âge du client, problèmes présentés, cadre de pratique, mode de paiement et types de services fournis. Les données tirées du premier et du deuxième questionnaire ont été combinées pour nous permettre de

procéder à des analyses du chi-carré supplémentaires, qui comparent la présence d'un diagnostic du DSM avec le diplôme obtenu et le cadre de pratique (privé par opp. à public).

La majorité des praticiens qui ont répondu au premier questionnaire ont déclaré fournir des services aux jeunes adultes (81%) et aux adultes (80%). Près des deux tiers des praticiens ont indiqué fournir des services aux adolescents (63%) et plus ou moins la moitié des praticiens disent offrir des services aux personnes âgées (52%) et aux enfants (46%). Ces chiffres sont largement représentatifs de la clientèle des praticiens. En ce qui a trait à l'âge des clients choisis pour le deuxième questionnaire, nous nous attendions à certaines différences par rapport au premier questionnaire. Au-delà de la moitié des clients étaient des adultes (56% dans le premier volet et 61% dans le deuxième volet). Environ le cinquième des clients était des adolescents (19% dans le premier volet et 17% dans le deuxième volet) et un client sur dix était un jeune adulte (12% dans le premier volet et 9% dans le deuxième volet). Un très faible nombre de clients étaient des enfants (9% des clients dans les deux volets du questionnaire) et des personnes âgées (4% des clients dans les deux volets du questionnaire). En somme, cela signifie que, même si plusieurs psychologues fournissent des services à une vaste plage d'âge de clients, la majorité de leur clientèle est constituée d'adultes et d'adolescents.

En ce qui concerne les cinq problèmes présentés les plus répandus, on constate certaines similitudes entre les types de problèmes pour lesquels les praticiens fournissent des services et le pourcentage de clients qui reçoivent effectivement ces services. Dans le deuxième questionnaire, le problème présenté le plus fréquemment cité appartenait à la catégorie des conflits intrapersonnels (51% dans le premier volet et 38% dans le deuxième volet). Dans le

premier questionnaire, les praticiens ont indiqué qu'il s'agit d'un problème répandu (84% des praticiens). Les conflits intrapersonnels étaient presque aussi courants que les troubles anxieux (traités par 88% des praticiens) et étaient aussi répandus que les troubles de l'humeur (traités également par 84% des praticiens) dans le premier questionnaire. Les troubles de l'humeur étaient pratiquement aussi fréquents que les troubles anxieux, en particulier au premier volet du deuxième questionnaire (44% et 31% des clients souffrent d'un trouble de l'humeur, comparativement à 37% et 34% des clients, qui souffrent de troubles anxieux). Les problèmes interpersonnels (41% et 36% des clients à chaque volet du deuxième questionnaire) étaient mentionnés aussi souvent dans le deuxième questionnaire que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, même si ce problème était mentionné un peu moins fréquemment dans le premier questionnaire (traité par 78% des praticiens). La fréquence des difficultés d'adaptation aux stressors de la vie quotidienne était similaire dans les deux questionnaires; dans les deux cas, ce problème arrivait au cinquième rang au chapitre des problèmes les plus souvent mentionnés. Environ le tiers des clients recevait des services pour des problèmes d'adaptation (33% dans le premier volet et 31% dans le deuxième volet), tandis que, dans le premier questionnaire, 71% des praticiens ont dit fournir des services pour aider leurs clients à résoudre des problèmes d'adaptation aux stressors de la vie quotidienne.

Dans le premier questionnaire, on a demandé aux participants de parler de leur cadre de pratique en général. Vingt-huit pour cent des praticiens ont indiqué fournir des services exclusivement en cabinet privé. Dans le deuxième questionnaire, les participants avaient à indiquer le type de milieu où les clients reçoivent des services psychologiques (p. ex. bureau

privé personnel, locaux partagés par un groupe de psychologues, établissement de santé public, etc.). Dans les deux volets du questionnaire, 41% des clients étaient rencontrés dans un bureau privé par un psychologue en exercice privé, et 13% des clients étaient rencontrés dans des locaux partagés par des psychologues en exercice privé. Le nombre des praticiens exerçant en cabinet privé était également différent d'un questionnaire à l'autre; dans le premier questionnaire, 23% des praticiens exerçaient strictement dans un organisme public et, dans les deux volets du deuxième questionnaire, 31% des praticiens exerçaient exclusivement en cabinet privé. Ces différences s'expliquent sans doute par le fait que la moitié des praticiens qui ont répondu au premier questionnaire ont indiqué exercer à la fois en cabinet privé et dans un organisme public. Mais il semble qu'un plus grand nombre de praticiens qui exercent à la fois en cabinet privé et dans un organisme public aient répondu au questionnaire en se rapportant à une séance en cabinet privé.

Les praticiens ont déclaré que les services fournis sont payés principalement par un organisme public ou directement par le client (frais remboursés en partie par une assurance ou payés de la propre poche du client). Les réponses données au premier questionnaire et au deuxième questionnaire étaient similaires. Trente-quatre pour cent des praticiens ont indiqué, au premier questionnaire, que leurs clients paient directement les services. Dans le deuxième questionnaire, les praticiens ont déclaré que 31% (premier volet) et 41% (deuxième volet) des clients ont payé directement les services. Près de la moitié des praticiens ont indiqué, dans le premier questionnaire, que leurs services sont payés par un organisme subventionné par l'État. La proportion de clients dont les services sont payés par un organisme subventionné par l'État

baisse légèrement, passant de 37% dans le deuxième volet du deuxième questionnaire à 38% dans le premier volet du deuxième questionnaire.

Dans le premier questionnaire, la plupart des praticiens ont déclaré faire des évaluations de l'humeur, du comportement et de la personnalité (74%). Dans le deuxième questionnaire, ce type de services est également le type de services le plus fréquent, avec 32% des praticiens qui font des évaluations de l'humeur, du comportement et de la personnalité, dans le premier volet, et 19% qui font de même, dans le deuxième volet. Dans le premier questionnaire, autour de la moitié des praticiens ont indiqué fournir des évaluations du fonctionnement intellectuel (54%). Dans le deuxième questionnaire également, ce type d'évaluation vient au deuxième rang des évaluations les plus fréquentes, 14% des clients ayant subi une évaluation du fonctionnement intellectuel dans le premier volet et 13% des clients ayant subi le même type d'évaluation dans le deuxième volet. Un petit nombre de praticiens qui ont rempli le premier questionnaire ont déclaré faire des évaluations neuropsychologiques (17%) et des évaluations professionnelles (14%). Réciproquement, selon les données issues du deuxième questionnaire, très peu de clients ont subi une évaluation neuropsychologique (7% dans le premier volet et 6% dans le deuxième volet) ou une évaluation professionnelle (4% dans les deux volets du questionnaire).

La plupart des praticiens ont indiqué, dans le premier questionnaire, utiliser la thérapie cognitivo-comportementale (80%), souvent combinée avec d'autres types de thérapie, comme la thérapie humaniste ou la thérapie expérientielle (31% des praticiens), la thérapie interpersonnelle (23%), la thérapie psychodynamique (26%) ou la thérapie systémique de la

famille (21%). Conformément à ces résultats, les clients qui suivent une thérapie cognitivo-comportementale sont plus nombreux dans le deuxième questionnaire que ceux qui suivent d'autres types de thérapie (47% des clients dans les deux volets du questionnaire). Plusieurs clients suivaient également une thérapie humaniste ou expérientielle, soit 24% des clients dans le premier volet du deuxième questionnaire et 20% des clients dans le deuxième volet. Très peu de clients suivaient une thérapie interpersonnelle (11% des clients dans le premier volet et 14% des clients dans le deuxième volet) et une thérapie psychodynamique (11% des clients dans les deux volets du deuxième questionnaire). Un très faible nombre de clients suivaient une thérapie systémique de la famille, soit 5% des clients dans le premier volet et 6% des clients dans le deuxième volet.

Nous avons réalisé d'autres analyses du chi-carré lorsque nous avons combiné les données issues du premier questionnaire et celles issues du deuxième questionnaire. La présence d'un diagnostic du DSM variait selon le diplôme du psychologue (maîtrise ou doctorat) et le cadre de pratique (privé ou public). Selon les données issues du premier volet du deuxième questionnaire, les détenteurs d'un diplôme de doctorat (88%) étaient significativement plus nombreux que les praticiens titulaires d'une maîtrise (51%) à traiter des clients qui ont reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM, $\chi^2(1) = 19,03$, $p < 0,001$, $v \text{ de Cramer} = 0,41$. Pour ce qui est du cadre de pratique des psychologues, des différences significatives ont été notées dans le premier volet. Comparativement aux psychologues en exercice privé (64%), les praticiens exerçant dans un organisme public (92%) étaient significativement plus nombreux à traiter des clients qui ont reçu un diagnostic de

troubles mentaux répertoriés dans le DSM (64%), $\chi^2 (1) = 9,03, p = 0,003, v \text{ de Cramer} = 0,32$.

Les résultats obtenus au deuxième volet étaient similaires pour les deux variables. Les praticiens détenteurs d'un doctorat étaient significativement plus nombreux (72%) que les praticiens titulaires d'une maîtrise (42%) à traiter des clients qui ont reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM, $\chi^2 (1) = 10,75, p < 0,001, v \text{ de Cramer} = 0,30$. Enfin, comparativement aux psychologues en exercice privé (43%), les praticiens qui exercent dans un organisme public (75%) sont significativement plus nombreux à traiter des clients qui ont reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM, $\chi^2 (1) = 9,29, p = 0,002, v \text{ de Cramer} = 0,32$. Comme il a été question ci-dessus, les praticiens détenteurs d'un doctorat sont plus susceptibles de travailler dans des organismes publics, et les praticiens titulaires d'une maîtrise sont plus susceptibles d'exercer en cabinet privé. Cela s'explique peut-être par le fait que les organismes publics dépendent de compétences plus vastes ou plus développées, plus représentatives de celles des praticiens détenteurs d'un doctorat, comme les évaluations spécialisées de cas et de troubles plus complexes, ainsi qu'une expertise en recherche.

Étape 3 : Groupes de discussion

Des groupes de discussion, composés de psychologues praticiens, se sont tenus au cours de l'été 2010 dans trois grandes villes canadiennes : Ottawa, Halifax et Vancouver. Avec ces groupes de discussion, nous voulions recueillir de l'information de la part de psychologues praticiens aux antécédents professionnels variés, afin de déterminer le contenu des deux questionnaires ciblés supplémentaires. Nous voulions également connaître les préoccupations

des psychologues canadiens ou le type de problèmes qu'ils rencontrent dans l'exercice de leur profession.

Caractéristiques démographiques des participants aux groupes de discussion

Au total, 19 psychologues praticiens ont participé aux trois groupes de discussion (voir le tableau 16, pour la liste complète des caractéristiques démographiques). L'âge moyen des participants était de 51,89 ans ($\acute{E}.-T.$ = 11,1; plage d'âge = 32 à 66 ans). La plupart des participants étaient des femmes (79%) et détenaient un diplôme de doctorat (95%). Environ la moitié des participants aux groupes de discussion avait un diplôme en psychologie clinique (52%), tandis que ceux qui avaient un diplôme en psychologie du counselling (16%), en neuropsychologie clinique (11%) et un autre diplôme, indiqué dans la catégorie « Autre » (21%), étaient moins nombreux. Les spécialités figurant dans la catégorie « Autre » étaient la psychologie du développement, la psychologie expérimentale ou la psychologie sociale. Près de la moitié des participants exerçaient la psychologie depuis plus de 20 ans (47%), 21% exerçaient depuis 11 à 20 ans et 32%, depuis moins de 10 ans. La majorité des participants (79%) exerçaient dans une certaine mesure en cabinet privé; 42% exerçaient exclusivement en cabinet privé et 37% exerçaient à la fois dans un organisme public et en cabinet privé. Les participants restants exerçaient exclusivement dans un organisme public (21%). Au-delà de la moitié des participants travaillaient à temps plein (63%), et 32% des psychologues travaillaient à mi-temps, ou moins.

En moyenne, les psychologues participants consacrent la plupart de leurs activités professionnelles à l'intervention (38%) et à l'évaluation (22%). Ils se consacrent dans une

moindre mesure à la consultation (12%), l'enseignement (12%), la recherche (5%) et à d'autres activités indiquées dans la catégorie « Autre » (11%; cela inclut de la supervision occasionnelle).

Les participants offrent également une variété de services à leurs clients en général, dont l'évaluation de l'humeur et du comportement (58% des psychologues praticiens), l'évaluation du fonctionnement intellectuel (32%), l'évaluation neuropsychologique (21%), la thérapie individuelle (79%), la thérapie familiale (32%), la thérapie de couple (32%), la thérapie de groupe (21%), des services de consultation auprès des organisations ou de consultant en programme (11%) et de la consultation clinique ou du counselling (47%). Les orientations théoriques des participants sont très variées, l'approche cognitivo-comportementale (53%) étant la plus employée, comparativement à d'autres approches, comme l'approche interpersonnelle (37%), psychodynamique (26%), humaniste (26%), l'approche systémique de la famille (26%) et une autre approche, indiquée dans la catégorie « Autre » (26%, qui comprend l'approche expérientielle, l'hypnothérapie, la psychologie énergétique et la thérapie axée sur la recherche de solutions). Les participants ont déclaré fournir différents services de consultation, principalement auprès d'organismes de santé (42%), d'établissements d'enseignement (42%) et d'organismes communautaires (32%). Ils ont dit fournir, dans une moindre mesure, des services de consultation auprès du secteur des entreprises (11%), du système judiciaire (21%) et d'autres secteurs ou personnes, indiqués dans la catégorie « Autre » (16%, ce qui inclut les organisations gouvernementales et les parents). Vingt-six pour cent des praticiens ne fournissent pas de services de consultation.

Les participants aux groupes de discussion ont mentionné fournir des services psychologiques à des clients de différents groupes d'âge. Plus de la moitié des praticiens ont déclaré offrir des services à des jeunes de 12 à 17 ans (58%), à de jeunes adultes de 18 à 25 ans (68%) et à des adultes de 26 à 59 ans (60%). Les praticiens qui fournissent des services à des enfants de moins de 12 ans (47%) et aux adultes de plus de 60 ans (42%) sont un peu moins nombreux. Les problèmes qu'ils traitent sont variés. Les plus courants sont, notamment, les troubles de l'humeur (68%), les troubles anxieux (68%), les problèmes intrapersonnels (74%), les problèmes interpersonnels (63%), les problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant (53%), l'adaptation aux stressors de la vie quotidienne (63%), ainsi que la violence sexuelle et les traumatismes (47%). Les praticiens traitent, à un moindre degré, certains autres problèmes : troubles de la personnalité (32%), problèmes d'ordre professionnel (16%), problèmes d'apprentissage (37%), problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'adulte (11%), problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'enfant (32%), psychose (5%), difficultés à prendre en charge sa santé et à vivre avec une blessure ou avec la maladie (37%), troubles de l'alimentation (32%), troubles du sommeil (32%), troubles somatoformes (21%), troubles de la sexualité (16%), abus d'alcool ou d'autres drogues (21%) et problèmes figurant dans la catégorie « Autre » (21%, lesquels comprennent les troubles de l'attachement, les problèmes reliés à l'adoption, la séparation/divorce, l'éducation des enfants, les phobies par rapport à la santé, etc.). Dans la plupart des cas, les services que fournissent les praticiens sont payés par une institution subventionnée par l'État (47%), sont payés directement et remboursés en partie (42%), ou payés directement, sans être remboursés par une assurance (24%). Dans quelques

cas seulement, les services sont payés par un régime d'indemnisation des accidentés du travail (6%), une autre assurance (6%), un programme d'aide aux employés (6%) et offerts gratuitement (6%).

En ce qui a trait à l'âge des clients et au nombre de clients rencontrés chaque semaine ($M = 12,21$, $É.-T. = 8,47$), on n'a constaté aucune différence significative entre les praticiens d'Ottawa, de Halifax et de Vancouver.

Groupe de discussion d'Ottawa

Le premier groupe de discussion, qui s'est tenu à Ottawa, en Ontario, était composé de praticiens qui fournissent des services psychologiques aux enfants ou aux jeunes. La rétroaction donnée par les participants sur le premier et le deuxième questionnaire nous a appris que ces derniers n'arrivaient pas à évaluer adéquatement les activités des psychologues auprès des enfants et des jeunes. Par conséquent, nous avons sollicité l'aide de neuf psychologues praticiens locaux afin qu'ils révisent le contenu des questions du deuxième questionnaire de façon à en accroître la pertinence par rapport à la clientèle des enfants et des jeunes (voir l'étape 4 : Troisième questionnaire, pour un complément d'information sur la conception du questionnaire portant sur les enfants et les jeunes). Les participants au groupe de discussion ont également discuté des nouveaux rôles que jouent les psychologues d'aujourd'hui et des problèmes présentés les plus importants, en plus d'échanger des idées sur les futures enquêtes sentinelles. Ces échanges ont permis de dégager les thèmes suivants :

Nouveaux rôles

Consultation et collaboration (goulots d'étranglement, temps)

Attention à porter aux résultats

Problèmes présentés les plus importants

Problèmes familiaux et divorce

Problèmes liés à l'éducation des enfants

Problèmes associés à la technologie (cyberintimidation)

Réussite scolaire des garçons

Accroissement de la gravité des problèmes

Augmentation des actes d'automutilation

Psychoses

Services aux jeunes enfants

Maladie mentale chez le parent

Suggestion de thèmes pour l'enquête sentinelle

Divorce

Pratique en collaboration

Groupe de discussion de Halifax

Le deuxième groupe de discussion, qui s'est tenu à Halifax, en Nouvelle-Écosse, était composé de praticiens qui fournissent des services psychologiques dans des établissements de santé publics. De plus, cinq psychologues praticiens ont fait des commentaires sur les nouveaux rôles des psychologues et les problèmes présentés les plus importants, en plus de parler des futures enquêtes sentinelles. Leurs commentaires ont permis de dégager les thèmes suivants :

Nouveaux rôles

Diminution de la prestation de services et augmentation de la supervision des étudiants et d'autres fournisseurs

Triage accru

Conditions de travail de moins en moins intéressantes, comparativement au secteur privé

Les psychologues qui exercent dans un organisme public sont au début ou à la fin de leur carrière

Congés plus hâtifs et augmentation du nombre de patients externes

Demande de services accrue

La télésanté est nécessaire, mais son implantation est difficile

Besoin de se pencher sur l'harmonisation des besoins à l'égard des services et des services disponibles

Problèmes présentés les plus importants

Répercussions du style de vie sur la santé

Dépression et anxiété

Prise en charge de maladies plus graves et plus complexes chez les patients

Vieillesse de la population

Suggestion de thèmes pour l'enquête sentinelle

États de santé complexes et comorbidité

Transfert des connaissances et enseignement

Groupe de discussion de Vancouver

Le dernier groupe de discussion, tenu à Vancouver, en Colombie-Britannique, était composé de praticiens qui fournissent des services psychologiques en cabinet privé. Les cinq praticiens du groupe de discussion de cette ville ont fourni des commentaires sur les mêmes sujets que les deux groupes de discussion précédents, en particulier en ce qui a trait aux nouveaux rôles des psychologues, aux problèmes présentés les plus importants et aux thèmes des futures enquêtes sentinelles.

Nouveaux rôles

Demande de thérapie de couple accrue, par des couples dont le début de la relation est plus récent

Les clients déterminent le traitement requis au lieu de présenter le problème qui les amène à consulter

L'anxiété est plus fréquente que la dépression

Différents types de dépendance (p. ex. Internet)

Stress environnementaux (travail, économie)

Besoin de modèles qui appuient le travail en collaboration

Problèmes présentés les plus importants

Dépression

Anxiété

Relations

Service ou technique spécialisés

Adolescents

Couple

Adaptation à d'autres problèmes de santé chroniques

Suggestion de thèmes pour l'enquête sentinelle

Psychologiques et fonctionnement, et non la maladie mentale

Conclusions du groupe de discussion

Avec l'aide des psychologues praticiens qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes, nous avons été en mesure d'élaborer un questionnaire pertinent et adéquat portant sur la clientèle des enfants et des jeunes (Troisième questionnaire : la conception et le contenu du questionnaire sont expliqués ci-dessous). La rétroaction recueillie auprès des deux autres groupes de discussion nous a amenés à concevoir un questionnaire portant sur les problèmes de santé chroniques (notamment, les maladies cardiovasculaires et le diabète) et la coexistence de problèmes psychologiques (Quatrième questionnaire : la conception et le contenu du questionnaire sont expliqués ci-dessous).

Étape 4 : Troisième questionnaire

Description et conception du questionnaire

Comme il a été question précédemment, le deuxième questionnaire (un questionnaire général portant sur un client choisi au hasard) n'a pas saisi adéquatement la grande variété d'expériences des clients rencontrés par les psychologues praticiens qui fournissent des services aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans. C'est pourquoi le troisième questionnaire a été conçu en collaboration avec les psychologues praticiens qui fournissent des

services à cette clientèle. Grâce à la contribution de ce groupe de praticiens bien informés, nous avons pu élaborer des questions centrées sur les clients, qui correspondent au groupe d'âge étudié et tiennent compte de leurs caractéristiques démographiques et cliniques et de leur fonctionnement psychosocial.

Compte tenu de la rétroaction recueillie auprès du groupe de discussion d'Ottawa, plusieurs modifications quant au libellé ont été apportées aux questions du deuxième questionnaire afin que celles-ci soient plus applicables aux enfants et aux jeunes rencontrés par les psychologues. Ces modifications sont décrites ci-dessous (toutes les questions modifiées depuis le deuxième questionnaire sont présentées à l'annexe A et surlignées en jaune). Étant donné que, dans bien des cas, les parents, les enseignants ou d'autres personnes prennent part aux services psychologiques donnés aux enfants ou aux jeunes, on a utilisé, lorsqu'il le fallait, le terme « client identifié » au lieu du terme « client », employé dans les questionnaires précédents. Pour plusieurs questions, les choix de réponses ont été modifiés afin de tenir compte des expériences des enfants et des jeunes. Parmi les changements apportés aux questions, mentionnons le milieu de vie du client (c.-à-d. les choix de réponses « une seule résidence, plusieurs résidences, placement familial et foyer de groupe » ont remplacé « résidence privée, garde en établissement et milieu institutionnel), les facteurs de risques (c.-à-d. 11 choix de réponse ont été ajoutés et un choix de réponse a été modifié), les problèmes présentés par les clients (c.-à-d. nous avons ajouté 11 choix de réponse et en avons supprimé deux), les diagnostics du DSM (c.-à-d. les participants avaient la possibilité d'indiquer « Je n'utilise pas le DSM »), les recommandations à d'autres professionnels ou services (c.-à-d.

quatre choix de réponse ont été ajoutés) et le mode de paiement pour les services reçus (c.-à-d. nous avons ajouté trois choix de réponse et en avons supprimé deux).

Par souci de précision et pour tenir compte des caractéristiques de la clientèle, deux questions ont été reformulées. Il s'agit, premièrement, de la situation relative à l'emploi (c.-à-d. pour être conscient des différents âges d'embauche partout au Canada et demander d'une façon générale si le client a un travail rémunéré à quelque titre que ce soit) et la présence d'une maladie chronique (c.-à-d. en ajoutant la proposition « mais elle n'est *pas* le problème présenté par le client » à la fin de la question, afin de préciser si le problème principal présenté par le client est associé ou non à une maladie chronique). La structure de deux autres questions a été modifiée de façon à recueillir des renseignements plus précis. Dans le deuxième questionnaire, les participants devaient sélectionner, à partir d'une liste de services (évaluation, traitement et consultation), ceux qu'ils ont offerts au client choisi au hasard. En revanche, dans le troisième questionnaire, les participants ont eu à indiquer en termes généraux les services (évaluation, traitement ou consultation) fournis au client sélectionné (ou à toute autre combinaison de ceux-ci) pendant la séance où ils ont reçu le client choisi au hasard. Les participants pouvaient ensuite préciser, en répondant à une question ouverte, les types d'évaluation, de traitement ou de consultation fournis au client. L'autre question du deuxième questionnaire ayant été modifiée dans le troisième questionnaire concernait le nombre total de rencontres antérieures avec le client. Au lieu de demander aux participants d'indiquer, globalement, le nombre de séances de thérapie auxquelles a pris part le client, ils ont eu à préciser séparément le nombre de séances consacrées à l'évaluation, la thérapie et la consultation.

En plus de modifier certaines questions du deuxième questionnaire, il a fallu en ajouter de nouvelles au troisième questionnaire. Les questions ajoutées portaient sur la structure familiale du client identifié, la fréquentation scolaire (notamment, préciser l'année en cours ou si le client identifié a redoublé une année), le genre d'école, les classes ou les programmes pour enfants en difficulté, les consultations auprès des membres du système scolaire, les consultations auprès d'autres parties qui gravitent autour du client identifié, les effets des maladies chroniques sur la famille (le cas échéant), le recours de la famille aux services ou au soutien communautaires, le milieu où se trouve la résidence du client identifié (p. ex. rural, suburbain, urbain) et les trois principales difficultés que le psychologue participant a rencontrées pour donner le meilleur service possible au client sélectionné. Se reporter aux questions surlignées en vert, indiquées à l'annexe A, qui présente les versions complètes des nouvelles questions.

Recrutement et administration

Pour recruter les participants du troisième questionnaire, nous nous sommes servis de la liste maîtresse de participants utilisée à l'étape initiale de recrutement du premier questionnaire; dans cette liste se trouvaient les coordonnées de près de 1 000 psychologues praticiens de partout au Canada. On a envoyé à la majorité des participants figurant sur la liste un message de recrutement général (voir l'annexe B). Parce que les praticiens de l'Ontario intéressés à participer au projet initial étaient plus nombreux, près de la moitié des praticiens ontariens ont été mis au courant du recrutement. Plus de 200 psychologues se sont dits intéressés à participer au troisième questionnaire. La majorité des praticiens ont indiqué fournir

principalement des services aux jeunes et aux enfants, même si, pour certains participants, les enfants et les jeunes ne représentaient qu'une petite partie de leur clientèle.

Tous les praticiens qui souhaitaient participer au troisième questionnaire ont reçu une invitation par courriel où l'on expliquait le projet en général (voir l'annexe B) et on les invitait à remplir le questionnaire de vérification de l'admissibilité (voir l'annexe A), lequel avait deux objectifs principaux : recueillir de l'information démographique générale sur les participants qui ont répondu au troisième questionnaire (p. ex. âge du psychologue praticien, diplôme obtenu, sexe, champ de la psychologie, province, exercice dans un organisme public ou en cabinet privé, etc.) et nous permettre de déterminer au hasard le moment où le participant répondrait au questionnaire en question (c.-à-d. méthode d'échantillonnage en temps réel).

Pour le troisième questionnaire, nous étions censés, à l'origine, utiliser l'échantillonnage en temps réel pratiquement de la même façon que celui utilisé au deuxième questionnaire, mais, au moment de l'administration du questionnaire, la base de données qui hébergeait les questionnaires et le codage de l'échantillonnage en temps réel a rencontré des problèmes technologiques. Il a donc été impossible de faire un envoi automatisé des invitations; nous avons dû par conséquent les envoyer individuellement, parce que l'outil de planification de l'administration du questionnaire (c.-à-d. le code qui lit la disponibilité des participants pour les rencontres avec leurs clients et sélectionne au hasard une journée et une heure dans cette plage de disponibilité, qui détermineront le moment où le participant répondra au questionnaire) ne fonctionnait pas adéquatement. Comme nous devons respecter l'échéance convenue pour l'achèvement du projet, nous n'avons pas suffisamment de temps pour

remettre en état l'outil de la planification, l'étape du lancement du troisième questionnaire étant déjà atteinte. Afin de contourner ces problèmes, le gestionnaire du projet a saisi dans une feuille de travail les noms d'utilisateurs et leur disponibilité. On a utilisé la version abrégée de la table de nombres aléatoires de Fisher et Yates (1974) pour attribuer au hasard l'heure et la journée où le participant répondrait au questionnaire. Se reporter au *Survey Procedures Manual* pour des détails supplémentaires. Chaque participant a reçu son invitation à participer au questionnaire à un moment programmé aléatoirement (durant toute la journée de travail, du lundi au vendredi), bien que ce moment ne soit pas aussi précis qu'un moment choisi au hasard au moyen de la méthode d'échantillonnage en temps réel. Les participants qui n'ont pu respecter le délai précisé dans leur invitation (c.-à-d. ils devaient répondre au questionnaire dans un délai de 48 heures) ont été invités de nouveau à remplir le questionnaire la semaine suivante.

Résultats du troisième questionnaire

Cent trente-sept psychologues praticiens ont répondu au troisième questionnaire. Les participants ont donné des renseignements relatifs à un enfant ou un jeune sélectionné de façon aléatoire. Les résultats sont exposés comme suit : caractéristiques démographiques des praticiens, caractéristiques démographiques des clients, fonctionnement psychosocial des clients, différences entre les groupes de praticiens, différences parmi la clientèle et principaux défis auxquels fait face le psychologue pour dispenser les services au client choisi au hasard. On a calculé les fréquences et les pourcentages pour toutes les variables nominales; les moyennes et les écarts-types ont été calculés pour les variables numériques correspondantes dans le

questionnaire. Les différences de groupe ont été analysées au moyen d'une analyse de variance à un critère de classification ou des tests du chi carré, selon la variable étudiée.

Caractéristiques démographiques des praticiens

Les participants avaient, en moyenne, 42,69 ans ($\bar{X} - T. = 9,56$), pour une plage d'âge de 27 à 72 ans. Comme dans les questionnaires précédents, la majorité des participants étaient des femmes (80%). La province de résidence des participants était également semblable à celle des questionnaires précédents. Trente et un pour cent des psychologues ont déclaré vivre au Québec, la province la plus représentée. Le nombre de participants résidant en Alberta (12%), en Colombie-Britannique (13%), en Ontario (15%) et en Nouvelle-Écosse (15%) était moins élevé. Moins de 5% des participants ont indiqué vivre dans chacune des provinces suivantes : Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard, Saskatchewan, Manitoba et Terre-Neuve-et-Labrador.

Constatation intéressante, le nombre de participants détenteurs d'un diplôme de maîtrise (51%) a dépassé très légèrement le nombre de participants titulaires d'un doctorat (49%), à la différence des questionnaires précédents. Parmi ces praticiens, la plupart avaient un diplôme en psychologie clinique (51%). Les détenteurs d'un diplôme en psychologie scolaire (22%) arrivaient au deuxième rang. Les participants titulaires d'un diplôme en psychologie du counselling (9%), en neuropsychologie clinique (7%), en psychologie du développement (3%) et un diplôme dans la catégorie « Autre » (9%, parmi lesquels une combinaison de diplômes en psychologie clinique, psychologie du développement, psychopédagogie et psychologie judiciaire) étaient moins nombreux. La majorité des participants (88%) ont affirmé fournir des

services psychologiques aux enfants et aux jeunes, lesquels se donnaient, la plupart du temps, dans des organismes publics (68%). L'ensemble des caractéristiques démographiques des psychologues praticiens se trouve au tableau 17.

Caractéristiques démographiques des clients

Sur les 137 enfants et jeunes qui ont fait l'objet du troisième questionnaire, 51% étaient de sexe féminin et 48% de sexe masculin, tandis que 1% a été identifié comme des transgenres. Les clients avaient, en moyenne, 11,85 ans ($\text{É.-T.} = 3,82$), avec une plage d'âge de un an à 18 ans. Pour plus de la moitié des clients (57%), l'orientation sexuelle était « inconnue ». Parmi les praticiens qui connaissaient l'orientation sexuelle de leur client, 39% ont indiqué que leur client était hétérosexuel, 3% ont indiqué que leur client était bisexuel, et 1,5% ont indiqué que leur client était homosexuel (gai ou lesbienne). Pour ce qui est de la structure familiale des enfants et des jeunes étudiés, celle composée de deux parents, mariés ou conjoints de fait (50%), est la plus courante. Viennent ensuite les familles monoparentales (18%). La structure familiale des 30% d'enfants et de jeunes restants ressemble à ceci : famille recomposée (9,5%), placement en famille d'accueil (6%), garde conjointe (5%), prise en charge par un membre de la famille élargie (2%) ou « Autre » (8%, ce qui inclut foyer de groupe, parent veuf, pupille sous tutelle judiciaire ou une combinaison de structures familiales). Les enfants et les jeunes étudiés dans ce questionnaire habitaient principalement dans une seule résidence (78%). Les clients qui vivaient dans plusieurs résidences (12%), étaient placés en famille d'accueil (7%) ou dans un foyer de groupe (3%) étaient moins nombreux.

La plupart des clients parlent anglais à la maison (65%), et près du quart des clients parlent français à la maison (26%). Neuf pour cent des clients parlent une autre langue, à la maison et ailleurs, notamment le pendjabi (1,5%), l'espagnol (1,5%), ou encore deux langues (1,5%). La majorité des clients étaient de race blanche (82%). Parmi les 18% des clients qui étaient d'une origine ethnique différente, les principales identités ethniques indiquées par les participants étaient les suivantes : autochtone (4%), latino-américaine (3%), sud-asiatique (3%), arabe (2%) ou multiethnique (3%). La majorité des clients sont nés au Canada (93%), et parmi ceux qui sont arrivés au Canada après leur naissance, 5% étaient des immigrants. Les clients immigrants vivaient au Canada depuis environ six ans, en moyenne ($\bar{E.-T.} = 4,44$).

La majorité des clients étudiés fréquentaient l'école (87%), tandis que 11% n'allaient pas à l'école. Deux pour cent des praticiens ignoraient si leur client fréquentait ou non l'école. La majorité des clients qui allaient à l'école fréquentaient une école publique (77%). Environ 10% des clients fréquentaient une école privée et 13% des clients étaient trop jeunes pour aller à l'école au moment de l'administration du questionnaire. Plus de la moitié des jeunes et des enfants étudiaient dans des programmes spéciaux, dont des programmes pour élève lent⁸ (44,5%), pour les élèves ayant des troubles d'apprentissage (28%), des problèmes de comportement (19%), une déficience développementale (4%), les élèves doués (3%), les élèves ayant des problèmes de santé mentale (2%) et les élèves dans la catégorie « Autre » (6%, ce qui comprend, notamment, différents programmes pour les élèves ayant un trouble de la parole ou du langage). En moyenne, les clients étaient en sixième année ($\bar{E.-T.} = 3,47$), l'année scolaire

⁸ Les membres du groupe de discussion ont recommandé d'utiliser le terme « élève lent » car il exprime une vaste gamme de problèmes scolaires qui répondent, ou ne répondent pas, aux critères diagnostics.

fréquentée allant de la prématernelle et la maternelle jusqu'à la treizième année. Quatorze pour cent des clients ont redoublé une année, mais 3% des praticiens ignoraient si leur client avait redoublé une année. Soixante et onze pour cent des clients ne travaillaient pas à quelque titre que ce soit. Plus ou moins 7% des clients avaient un emploi à mi-temps et 3% des praticiens ont indiqué ne pas savoir si leur client travaillait ou non. Toutes les caractéristiques démographiques des enfants et des jeunes étudiés sont énumérées dans le tableau 18.

Caractéristiques des services fournis à la clientèle

Tout comme dans le deuxième questionnaire, les praticiens avaient, dans le troisième questionnaire, à préciser les types de services fournis à l'enfant ou au jeune, ou les autres services que reçoit le client en plus des services psychologiques. Les données relatives aux caractéristiques des services donnés à la clientèle sont présentées dans le tableau 19. La majorité des rencontres avec le client se sont déroulées en anglais (72%), tandis que quelques séances se sont déroulées en français (28%), et une séance a été offerte en pendjabi. Les praticiens ont déclaré fournir une variété de services durant la rencontre avec le client sélectionné de façon aléatoire. Le plus souvent, ils ont fourni un traitement psychologique (56%) et une évaluation (55,5%) au client. Les services de consultation étaient les moins fréquents (28,5%). Les participants devaient décrire, sous forme de réponse libre, les types d'évaluation, de traitement ou de consultation fournis au client étudié. Un résumé des services fournis est présenté à la figure 1.

Les praticiens participants ont énuméré cinq types d'évaluation réalisés durant la rencontre avec l'enfant ou le jeune choisi au hasard : évaluation initiale, évaluation

psychopédagogique, évaluation neuropsychologique, évaluation de la santé mentale et d'autres types d'évaluation. Peu de praticiens effectuaient l'évaluation initiale des clients, laquelle consiste habituellement en un entretien direct avec le client et sa famille. Plus souvent, les psychologues praticiens effectuaient des évaluations psychopédagogiques afin de déterminer si le client a des difficultés d'apprentissage ou d'examiner sa capacité cognitive, son rendement scolaire ou les facteurs sociaux ou affectifs susceptibles d'interférer dans son fonctionnement à l'école. Un participant a mentionné avoir fourni une évaluation psychopédagogique afin de déterminer si le client était admissible à un financement permanent. Les praticiens ont utilisé un éventail de tests psychométriques pour mesurer l'intelligence, la mémoire, le vocabulaire, les habiletés visuo-motrices, le comportement et le traitement des informations auditives. Parmi les tests utilisés, les participants ont mentionné l'échelle d'intelligence pour enfants de Wechsler-Bellevue (version IV) et l'échelle d'intelligence pour adultes de Wechsler (version IV) (pour mesurer l'intelligence), le test d'intégration visiomotrice de Beery (épreuve de coordination main-œil), le Test de rendement individuel de Wechsler (version II) (pour évaluer l'aptitude aux études), l'échelle de Connors (pour l'observation par les parents ou les enseignants des symptômes d'hyperactivité avec déficit de l'attention), l'échelle de vocabulaire en images Peabody (pour le vocabulaire), le *Test of Auditory Processing Skills* (TAPS) (pour évaluer le traitement des informations auditives), le *Behavior Assessment System for Children* (BASC-2) (pour l'évaluation du comportement) et le test d'habileté visio-perceptuelle (version 3) (pour la perception visuelle). Plusieurs praticiens ont effectué des évaluations neuropsychologiques – afin d'évaluer les fonctions exécutives, le fonctionnement cognitif, le

comportement ou le fonctionnement affectif – et des évaluations de la santé mentale – afin d'évaluer les diagnostics et les traitements recommandés. Les participants ont dit utiliser les évaluations de la santé mentale spécialement dans le but de déterminer avec précision la dépression, l'anxiété, la colère, les troubles de l'alimentation, les comportements suicidaires ou les troubles du spectre autistique. Un petit nombre de praticiens a également indiqué effectuer des évaluations au moyen de tests normalisés et d'outils d'observation afin de déterminer les compétences parentales, la maturité scolaire et les facteurs psychologiques.

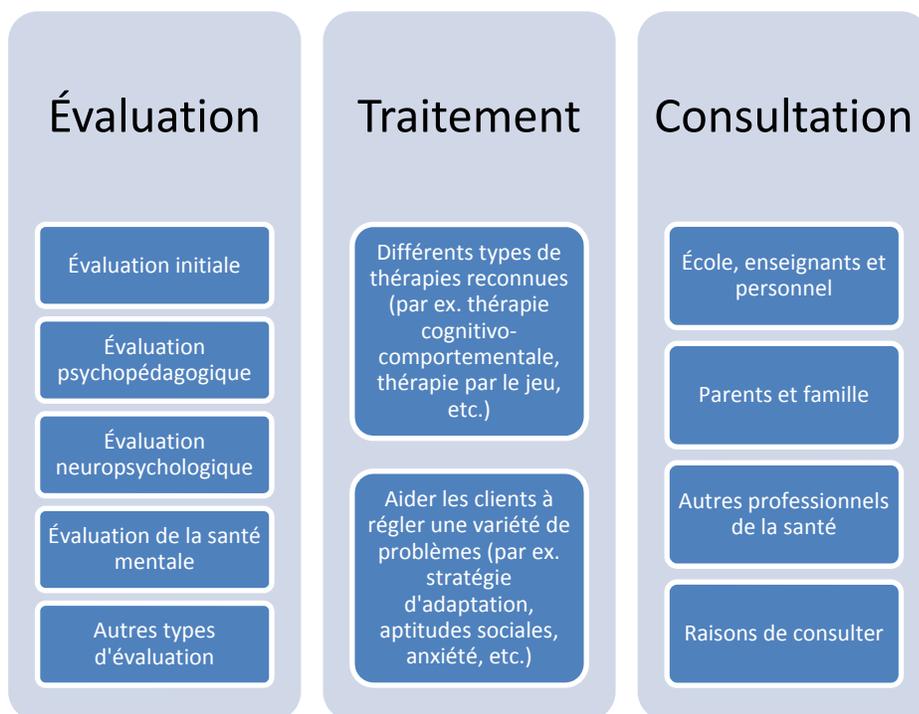


Figure 1. Troisième questionnaire : services fournis aux enfants et aux jeunes

Les approches thérapeutiques destinées aux enfants et aux jeunes étaient très variables.

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'approche la plus souvent mentionnée. Seul un faible nombre de participants n'offraient que la TCC à leurs clients. La TCC combinée à d'autres types de thérapie, parmi lesquels la thérapie systémique de la famille, la thérapie comportementale dialectique, la thérapie basée sur la conscience, la thérapie orientée vers l'insight, la psychothérapie existentielle humaniste, la thérapie interactive, la thérapie par le jeu, la thérapie axée sur la recherche de solutions, la thérapie du récit et l'hypnothérapie, entre autres. La plupart du temps, le traitement est individuel, mais certains clients ont suivi une thérapie de groupe. Les praticiens ont dit fournir des traitements pour régler un éventail de problèmes et aider leurs clients à développer certaines habiletés, notamment : développement de stratégies d'adaptation, augmentation de la capacité de résilience, amélioration de la communication, développement de l'estime de soi, gestion de la douleur, soutien aux parents ou à la famille, gestion de la colère, éducation des parents et traitement des problèmes affectifs et de comportement.

Comme il a été question précédemment, un petit nombre de praticiens ont fourni des services de consultation pendant la rencontre avec le client choisi au hasard. Ceux qui l'ont fait ont indiqué qu'ils conseillaient principalement les parents ou la famille et le personnel scolaire. Quelques praticiens ont également déclaré conseiller d'autres professionnels, dont un autre partenaire de soins, le psychiatre de la famille ou le personnel de programme. Les raisons qui amènent à fournir des services de consultation sont axées sur les programmes de formation et la programmation sociale, le diagnostic ou la présentation des symptômes, la gestion des problèmes de comportement en classe, l'assiduité scolaire, l'examen des résultats d'une

évaluation et des recommandations ou l'élaboration d'une approche collaborative à propos du traitement.

Dans ce questionnaire, les psychologues praticiens devaient répondre à d'autres questions sur les consultations. Dans le système scolaire, les praticiens ont consulté principalement les enseignants (47%) dans le cadre des services fournis au client qui faisait l'objet du questionnaire. Les personnes le plus souvent consultées dans le système scolaire étaient le directeur ou le directeur adjoint (28%), un psychologue (22%) ou un aide-éducateur (15%). Parce que les participants pouvaient choisir plus d'une réponse, ces pourcentages étaient supérieurs à 100%. Les personnes le moins souvent consultées dans le système scolaire étaient les conseillers d'orientation (4%) et les conseillers scolaires (2%). Environ 39% des praticiens n'ont consulté personne dans le système scolaire, dans le cadre des services fournis au client choisi de manière aléatoire.

Le ou les parents de l'enfant ou du jeune étaient souvent rencontrés pendant toute la durée des services psychologiques (80% des praticiens ont indiqué que les parents prenaient part au traitement). Les psychologues praticiens ont également mentionné que d'autres membres de la famille (14%), le médecin de famille (10%), d'autres personnes indiquées dans la catégorie « Autre » (11%, y compris les amis, un autre psychologue, un psychiatre ou un ergothérapeute) ou du personnel d'un service de soutien communautaire (8%) participent au traitement du client. Quelques praticiens ont déclaré qu'un travailleur social (5%) ou un médecin spécialiste (4%) prennent part au traitement du client. Durant la séance de thérapie avec le client choisi au hasard, plus de la moitié des praticiens ont rencontré individuellement le

client (58%). Trente-cinq pour cent des praticiens ont indiqué que les parents avaient participé à la séance. Dans moins de 10% des cas, les membres de la famille (4%), un parent-substitut (4%), un autre fournisseur de services (5%) ou une autre personne (9,5%, y compris les clients d'une thérapie de groupe, le personnel scolaire ou un interprète) ont participé à la séance avec le psychologue.

Par ailleurs, les participants devaient indiquer si leur client prenait des médicaments, et si la médication avait un lien avec le problème présenté. Un peu moins du tiers de clients consommait des médicaments (30%); 1,5% des praticiens ignorait si leur client prenait des médicaments. Chez les enfants et les jeunes qui prenaient des médicaments, la médication la plus courante était constituée de stimulants (15%), d'antidépresseurs (12%) et d'antipsychotiques (11%). Quelques clients consommaient des anxiolytiques (2%), des thymorégulateurs (1,5%) ou une autre médication, indiquée dans la catégorie « Autre » (2%). Parmi les psychologues praticiens qui ont indiqué que leur client prenait des médicaments, 58,5% ont mentionné que la médication était surtout prescrite par un psychiatre. Pour près du cinquième des clients qui prenaient des médicaments, la médication était prescrite par le médecin de famille (22%) ou un pédiatre (19,5%). Près du quart des praticiens ont indiqué que la médication utilisée par le client sélectionné au hasard était liée au problème présenté (23%), mais seulement 10% des praticiens ont indiqué que leur client prenait des médicaments qui n'ont aucun lien avec le problème présenté.

Environ le quart des praticiens ont indiqué que leur client recevait un autre service de soins de santé pour traiter le problème présenté (26%). Les services reçus par les clients étaient

donnés par une vaste gamme de professionnels, dont des psychiatres (39% des clients qui reçoivent d'autres services de soins de santé), des médecins de famille (25%), des travailleurs sociaux (19%), des organismes de services sociaux (14%), d'autres psychologues (17%), des ergothérapeutes (11%), des conseillers (8%) ou d'autres professionnels, indiqués dans la catégorie « Autre » (25%, notamment des infirmières praticiennes, des physiothérapeutes ou des agents de probation). En outre, près du quart des praticiens ont mentionné que leur client recevait des services communautaires, la plupart du temps, fournis par une ressource communautaire ou un centre de santé communautaire (56% des clients utilisant des services communautaires). Par ailleurs, certains clients ont reçu de la formation parentale (28%), ont participé à des groupes de soutien (12,5%), des groupes ou des classes de développement des habiletés sociales (12,5%), ont reçu du tutorat (9%) ou ont pris part à d'autres genres de programmes, indiqués dans la catégorie « Autre » (34%, y compris des services de protection de la jeunesse et des soins de santé).

Les psychologues participants ont indiqué que leur client avait été orienté vers leurs services par différentes sources. Dans la plupart des cas, ce sont les parents (35%) ou le système scolaire (33%) qui ont recommandé au client d'aller chercher des services psychologiques. Un petit nombre de clients a été orienté par les services sociaux (13%), le médecin de famille (12%), un autre psychologue (9,5%) ou un autre professionnel de la santé (9,5%). Enfin, dans une très faible proportion, le client est allé chercher directement les services du psychologue (6%) ou a été recommandé par l'une des sources suivantes : un psychiatre (7%), le système judiciaire (5%), un autre client (5%), un membre de la famille (2%), un service

d'orientation professionnelle (1,5%) ou un service communautaire (1%). En outre, plus de la moitié des praticiens ont déclaré recommander à leur client de se tourner vers d'autres services, parmi lesquels les services pédagogiques (16%), la formation parentale (14%), l'évaluation de la médication (12%), un autre traitement des problèmes de santé mentale (10%), une évaluation psychologique (9,5%) ou un autre service de soins de santé (14%). Très peu de clients ont été orientés vers des services d'aide à l'enfance et à la famille (6%), un omnipraticien ou un médecin spécialiste (5%), des services de soutien ou des groupes d'entraide (4%), des services sociaux (3%), des services de traitement pour les toxicomanes (2%), des services d'hébergement (1,5%), de la formation aux tâches de la vie quotidienne (1%) ou un autre service, indiqué dans la catégorie « Autre » (9,5%, y compris des évaluations, un autre professionnel de la santé ou du soutien professionnel).

Selon les réponses données par les participants, les clients vivaient dans différents milieux urbains. Le tiers des clients choisis au hasard vivait dans un grand centre urbain (34%), tandis que le quart des clients vivait en banlieue d'un grand centre urbain (25,5%) ou dans une petite ville (26%). Peu de clients vivaient en milieu rural (14%). Il est en de même des cadres de pratique des participants. Près de la moitié des psychologues praticiens exercent dans un grand centre urbain (47%) et environ le cinquième des praticiens exerce en banlieue d'un grand centre urbain (22%) ou dans une petite ville (19%). Encore une fois, un faible nombre de praticiens exerce en milieu rural (12%). Plus de la moitié des services psychologiques étaient dispensés dans un organisme public – 35% des services ont été fournis dans un organisme de soins de santé public et 21%, dans une école, tandis que 40% des services psychologiques ont

été donnés par un psychologue en exercice privé – 31% des rencontres se sont tenues dans un bureau individuel et 9% des rencontres ont eu lieu dans des locaux partagés par un groupe de psychologues. Dans très peu de cas, les services psychologiques étaient fournis dans un autre cadre (4%), parmi lesquels des centres de détention, des programmes communautaires ou une agence de protection de l'enfance. Les participants ont indiqué que les services psychologiques étaient, en grande partie, financés par l'État (48%), même si certains services étaient payés en entier par un organisme public (21%) ou payés directement par le parent-substitut du client et remboursés en entier (13%). Un faible nombre de participants ont déclaré que leurs services étaient payés directement sans être remboursés (4%), payés directement et remboursés en partie (9%), étaient offerts gratuitement (1%) ou payés selon un mode de paiement différent, indiqué dans la catégorie « Autre » (6%, notamment par une assurance ou un programme d'aide aux employés).

Fonctionnement psychosocial des clients

Les participants avaient à donner de l'information sur le fonctionnement psychosocial de leur client, c'est-à-dire décrire les facteurs de risque du client, les problèmes présentés, les diagnostics de troubles mentaux répertoriés dans le DSM, le fonctionnement quotidien, l'évolution de leur problème, la présence et le type de maladie chronique, l'évaluation de l'état de santé et la consommation d'alcool et d'autres drogues (voir le tableau 20). Chez les clients sélectionnés de façon aléatoire, les facteurs de risques le plus souvent mentionnés étaient les suivants : problèmes de rendement scolaire (52%), trouble mental chez un parent (48%), problèmes conjugaux dans la famille (47%) et comportement agressif ou colère (38%). Les

facteurs de risque suivants étaient présents chez près du cinquième des clients : peurs anormales (23%), problèmes d'attachement (22%), refus d'aller à l'école (20%) et exposition à un événement traumatisant (20%). Un plus petit nombre de clients étaient vulnérables aux problèmes de santé mentale pour diverses raisons : violence physique ou sexuelle (18%), intimidation (17%), enfant retiré de sa famille (15%), deuil (12%) et diagnostic de problème de santé mentale (10%). Les facteurs de risque le moins fréquemment cités, qui se trouvaient chez moins de 10% des clients, étaient les suivants : problèmes liés à la mobilité de l'enfant (c.-à-d. déménagement fréquents, chez 9,5% des clients), autres problèmes de santé (9,5%), déficience physique (7%), traumatisme crânien (3%), naissance prématurée (3%) et maladie congénitale (2%). Vingt pour cent des praticiens ont indiqué que leur client présentait un autre facteur de risque, indiqué dans la catégorie « Autre », notamment l'intervention des services de protection de la jeunesse, d'autres types de violence, des problèmes de développement et des problèmes liés à l'éducation des enfants. Cinq pour cent des psychologues praticiens ont indiqué que leur client ne présentait aucun facteur de risque et quatre pour cent d'entre eux ignoraient si leur client présentait des facteurs de risque. Fait intéressant, seuls 12% des clients ne présentaient qu'un facteur de risque. Comme le montre le tableau 20, plus de la moitié des clients (58%) présentaient de deux à cinq facteurs de risque et près du quart des clients (23%) présentait six facteurs de risque ou plus. En moyenne, les clients présentaient approximativement quatre facteurs de risque ($\bar{X} = 2,71$).

Les participants ont déclaré que leurs clients présentaient différents problèmes psychologiques. En moyenne, les clients présentaient 3,5 problèmes psychologiques

($\bar{E.-T.} = 2,33$). Comme c'est le cas du nombre de facteurs de risque chez le client, 27% des clients présentaient cinq problèmes ou plus, et la moitié des clients présentaient de deux à quatre problèmes psychologiques. À peu près le quart des clients ne présentait qu'un problème psychologique. Chez les enfants et les jeunes, les problèmes présentés les plus fréquents étaient les problèmes de comportement (46%), les problèmes intrapersonnels (39%), les problèmes d'apprentissage (39%), l'anxiété (36%), les troubles de l'attention (29%) et les troubles de l'humeur (27%). Quelques clients, quand même assez nombreux, présentaient des problèmes liés à l'adaptation aux stressors de la vie quotidienne (21%), des actes d'automutilation (17%), des troubles de l'attachement (12%) ou des problèmes liés à la séparation des parents (11%). D'après les réponses données par les participants, moins de 10% des clients souffraient d'autisme (9,5%), de troubles du sommeil (9,5%), de problèmes cognitifs (9%), de problèmes découlant de la violence sexuelle ou d'un traumatisme (7%), de troubles de l'alimentation (7%), de violence physique (6%), de psychose (4%), de problèmes psychosexuels (3%), de problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues (2%), ainsi que des difficultés à prendre en charge sa santé et à vivre avec une blessure ou avec la maladie (2%). Certains clients ont eu recours à des services psychologiques pour faire évaluer un enfant doué (2%), faire évaluer la maturité scolaire d'un enfant (4%) ou pour une consultation pré- ou post-adoption (1,5%). Onze pour cent des praticiens ont indiqué que leur client présentait d'autres problèmes psychologiques ou besoins, indiqués dans la catégorie « Autre », parmi lesquels les problèmes ou besoins suivants : réévaluation, aide pour les victimes d'intimidation, maladie d'un parent en phase terminale et relations difficiles avec les parents. Selon les réponses données par les

participants, la grande majorité des clients n'avaient aucun problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues (92%).

Quarante-sept pour cent des enfants et des jeunes étudiés ont reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM. À part pour les 26% de clients qui n'ont pas un tel diagnostic, 22% des praticiens n'avaient pas terminé l'évaluation et 1,5% ignorait si leur client avait reçu un diagnostic de troubles mentaux du DSM. Trois pour cent des praticiens ont déclaré ne pas utiliser le système de classification du DSM pour déterminer les problèmes psychologiques du client. Toutefois, un participant a mentionné utiliser le système de codification provincial employé pour désigner les enfants en difficulté d'apprentissage. Chez les clients qui ont reçu un diagnostic de troubles mentaux du DSM, les troubles les plus courants sont la dépression et les troubles anxieux (36%) et le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (32%). Les praticiens ont indiqué que certains clients ont reçu un diagnostic de trouble du développement (11%, y compris l'autisme), un trouble des conduites (5%), un trouble d'apprentissage (5%), une psychose (1%) ou un autre type de trouble (17%, ce qui inclut les troubles dissociatifs, les troubles de l'alimentation, les troubles d'adaptation ou un autre trouble infantile). Pratiquement tous les praticiens ont indiqué que les enfants et les jeunes qu'ils traitaient étaient moyennement ou gravement affectés par le problème qu'ils présentaient (94%). Malgré la gravité des problèmes psychologiques, 62% des praticiens ont mentionné que l'état de leur client s'était amélioré, parfois beaucoup, depuis le début du traitement. Vingt-deux pour cent des praticiens ont déclaré que l'état de leur client est resté le même depuis le début du traitement psychologique.

Selon les réponses données par les psychologues praticiens, 14% des enfants et des jeunes choisis au hasard souffraient d'une maladie chronique, une proportion nettement moins grande que chez les clients étudiés dans le deuxième questionnaire (approximativement 50% des clients). Les maladies chroniques les plus courantes touchaient les fonctions mentales (26%), les fonctions de contrôle de la motricité globale et de la motricité fine (21%), les fonctions gastro-intestinales (21%) et d'autres fonctions, indiquées dans la catégorie « Autre » (26%, ce qui comprend les problèmes liés à l'obésité, aux troubles du sommeil, aux allergies et à la dorsalgie). Dans une moindre mesure, les clients avaient des problèmes associés aux fonctions neurologiques (10,5%), aux fonctions du langage (10,5%), aux fonctions du système endocrinien (10,5%), aux fonctions respiratoires (10,5%) et aux fonctions immunologiques (10,5%). Un peu plus du tiers des enfants et des jeunes étudiés dans le cadre du troisième questionnaire étaient peu affectés par leur maladie chronique (37%), tandis que 42% des clients étaient moyennement affectés par leur maladie chronique. Vingt et un pour cent des clients étaient gravement affectés par leur maladie chronique. Malgré la présence d'une maladie chronique et de problèmes psychologiques, 43% des clients (ou leur parent-substitut) ont dit de leur santé qu'elle était très bonne ou excellente et 30% des clients, que leur santé était bonne. Un petit nombre de clients ont évalué leur santé comme étant moyenne ou mauvaise (18%).

Comparaisons de groupe entre praticiens

Comme c'était le cas des analyses des résultats du deuxième questionnaire, il était intéressant de déterminer s'il y avait des différences quant aux services psychologiques et aux caractéristiques des clients selon les types de praticiens (p. ex. praticiens détenteurs d'un

diplôme de maîtrise et d'un doctorat, et psychologues en exercice public et privé). Nous voulions savoir si les groupes de praticiens présentaient des différences relativement aux variables suivantes : âge du client, sexe du client, année scolaire, nombre de séances avec le client, nombre total de facteurs de risque, nombre total de problèmes présentés, chaque facteur de risque, chaque problème présenté, le diagnostic du DSM rajusté (c.-à-d. variable s'appliquant seulement aux praticiens qui ont évalué leur client), la présence d'une maladie chronique et la médication. La valeur prédictive a été établie à 0,01 afin de s'adapter à des analyses multiples.

Nous avons effectué des analyses de variance des variables continues. Aucune différence significative entre praticiens détenteurs d'une maîtrise et praticiens titulaires d'un doctorat n'a été notée pour ce qui est de l'âge du client, l'année scolaire, le nombre de séances avec le client (p. ex. thérapie, évaluation, consultation et séances supplémentaires), le nombre total de facteurs de risque et le nombre total de problèmes présentés. De la même façon, aucune différence significative entre les praticiens qui exercent dans un organisme public ou les psychologues en exercice privé n'a été observée par rapport aux mêmes variables. Nous avons soumis à des tests du chi-carré les variables nominales en question, notamment le sexe du client, les facteurs de risque, les problèmes présentés, le diagnostic du DSM rajusté, la présence d'une maladie chronique et la médication. Chose intéressante, chacun des deux groupes de praticiens était significativement différent en ce qui a trait à la variable du diagnostic du DSM rajusté (réponse « oui » ou « non », précisant si le client a reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM). Les psychologues praticiens titulaires d'un doctorat étaient

plus nombreux à déclarer que le client avait un trouble mental répertorié dans le DSM (60%) que les psychologues praticiens détenteurs d'une maîtrise (40%), $\chi^2 = 6,59$, $p = 0,01$, v de Cramer $V = 0,26$. Dans une proportion encore plus élevée, les psychologues qui exercent dans un organisme public étaient plus nombreux (74%) à avoir établi un diagnostic de troubles mentaux du DSM, comparativement aux psychologues en exercice privé (26%), $\chi^2 = 7,16$, $p = 0,007$, v de Cramer $= 0,27$. On a également constaté des différences significatives entre praticiens exerçant dans un organisme public et psychologues en exercice privé dans le cas des clients qui présentaient comme facteur de risque des problèmes de rendement scolaire.

Comparativement aux psychologues en exercice privé (21%), $\chi^2 = 8,17$, $p = 0,004$, v de Cramer $= 0,24$, les praticiens qui exerçaient dans un organisme public étaient plus nombreux (79%) à avoir un client présentant comme facteur de risque des problèmes de rendement scolaire. Nous n'avons constaté aucune différence significative entre les types des praticiens pour ce qui est du sexe du client, des facteurs de risque (mis à part les problèmes de rendement scolaire), des problèmes présentés, de la présence d'une maladie chronique et de l'utilisation d'une médication.

Différences entre clients

Par ailleurs, nous avons cru qu'il serait intéressant de déterminer s'il existait des différences au chapitre des caractéristiques psychologiques entre différents groupes de clients, en particulier en ce qui a trait au sexe, à la structure familiale et à la participation à un programme spécial. Les variables de comparaison étaient le nombre de facteurs de risque, le nombre total de problèmes présentés, chaque facteur de risque énuméré, chaque problème

présenté énuméré, le diagnostic du DSM rajusté et la médication. Les différences de groupe ont été soumises à des analyses de variance associée au nombre total de facteurs de risque et au nombre total de problèmes présentés. Pour cette dernière variable, aucune différence significative n'a été notée entre les groupes de clients. De même, aucune différence significative n'a été constatée entre clients de sexe masculin et clients de sexe féminin en ce qui a trait au nombre total de facteurs de risque. Cependant, on a noté des différences significatives par rapport au nombre total de facteurs de risque entre les clients ayant une structure familiale différente ($F(2,133) = 20,97, p < 0,001$) et les clients qui participaient à un programme spécial ($F(1,135) = 14,59, p < 0,001$). Les tests d'homogénéité de la variance de ces analyses ont soulevé des préoccupations (c.-à-d. le test de Levene était significatif); on doit donc interpréter ces résultats avec prudence. Dans le cas des variables composées de plus de deux groupes (p. ex. structure familiale), le test post-hoc de Games-Howell a servi à déterminer les différences entre des groupes multiples. Les facteurs de risque chez les enfants et les jeunes qui vivent avec leurs parents (p. ex. deux parents mariés ou conjoints de fait; $M = 2,67, \acute{E}.-T. = 1,90$) sont beaucoup moins nombreux que chez les jeunes et les enfants qui vivent avec un seul parent ($M = 5,0, \acute{E}.-T. = 2,84$) et dans une autre structure familiale, indiquée dans la catégorie « Autre » (p. ex. garde partagée, famille recomposée, etc.; $M = 5,48, \acute{E}.-T. = 2,79$). En outre, chez les enfants et les jeunes qui participaient à un programme spécial, les facteurs de risque étaient beaucoup plus nombreux ($M = 4,76, \acute{E}.-T. = 2,93$) que chez les jeunes et les enfants qui ne participaient pas à un programme spécial ($M = 3,08, \acute{E}.-T. = 2,13$).

On a, de nouveau, soumis à des tests du chi-carré les variables nominales en question, notamment les facteurs de risque, les problèmes présentés, le diagnostic du DSM rajusté et la médication. Les différences selon le sexe du client étaient peu significatives pour ce qui est du diagnostic du DSM, la majorité des facteurs de risque, plusieurs des problèmes présentés, la participation à un programme spécial et l'utilisation d'une médication. Toutefois, on a constaté des différences significatives selon le sexe du client relativement à deux des facteurs de risque et à quatre des problèmes présentés. D'une façon intéressante, les clients de sexe féminin étaient plus nombreux (64%) à présenter comme facteur de risque la maladie mentale d'un parent, comparativement aux clients de sexe masculin (36%), $\chi^2 = 7,67$, $p = 0,006$, *v de Cramer* = 0,24, mais les clients de sexe masculin (62%) qui présentaient comme facteur de risque des problèmes de rendement scolaire étaient plus nombreux que ceux de sexe féminin, $\chi^2 = 10,75$, $p = 0,001$, *v de Cramer* = 0,28. On a noté des différences entre les clients de sexe masculin et ceux de sexe féminin qui souffrent de troubles anxieux, de problèmes de comportement, de troubles de l'attention et de problèmes d'apprentissage. Le nombre de clients de sexe féminin (71%) souffrant de troubles anxieux étaient beaucoup élevé, comparativement aux clients de sexe masculin (29%), $\chi^2 = 12,22$, $p < 0,001$, *v de Cramer* = 0,30. Comparativement aux clients de sexe féminin, les clients de sexe masculin présentaient beaucoup plus souvent des problèmes de comportement (62%; $\chi^2 = 8,41$, $p = 0,004$, *v de Cramer* = 0,25), des troubles de l'attention (70%; $\chi^2 = 10,46$, $p = 0,001$, *v de Cramer* = 0,28) et des problèmes d'apprentissage (76%; $\chi^2 = 26,91$, $p < 0,001$, *v de Cramer* = 0,45). Étant donné que le *v de Cramer* indique dans quelle mesure un facteur particulier a une incidence sur une autre

variable, le sexe semble avoir une incidence importante sur les troubles anxieux et les problèmes d'apprentissage, tout particulièrement.

Les mêmes variables nominales ont été comparées pour les enfants et les jeunes qui ne participaient pas à un programme spécial. On a constaté des différences significatives entre les deux groupes de clients ayant reçu un diagnostic du DSM, trois facteurs de risque et un problème présenté. Pour le reste des facteurs de risque, de la plupart des problèmes présentés et de l'utilisation d'une médication, on n'a constaté aucune différence significative. Parmi les enfants et les jeunes qui participaient à un programme spécial, ceux qui ont reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM étaient significativement plus nombreux (60%) que ceux qui ne participaient pas à un programme spécial (40%), $\chi^2 = 9,63$, $p = 0,002$, v de *Cramer* = 0,31. Parallèlement, les clients qui ne participaient pas à un programme spécial étaient beaucoup plus nombreux que les autres à présenter les facteurs de risque suivants : problèmes d'agressivité (71%; $\chi^2 = 11,63$, $p = 0,001$, v de *Cramer* = 0,29), problèmes de rendement scolaire (72%; $\chi^2 = 21,96$, $p < 0,001$, v de *Cramer* = 0,40) et refus d'aller à l'école (79%; $\chi^2 = 9,55$, $p = 0,002$, v de *Cramer* = 0,26). Pour finir, les enfants et les jeunes qui participaient à un programme spécial étaient significativement plus susceptibles de présenter des problèmes d'apprentissage (72%) que ceux qui ne participaient pas à un programme spécial (28%), $\chi^2 = 13,83$, $p < 0,001$, v de *Cramer* = 0,32.

Défis posés par la prestation des services au client

À la dernière question du troisième questionnaire, les psychologues praticiens devaient décrire brièvement les trois facteurs qui rendaient plus difficile la prestation des services ou qui

les empêchaient d'offrir les meilleurs services possibles au client choisi au hasard. Bien que certaines difficultés soient propres au client, un grand nombre de praticiens rencontraient plusieurs d'entre elles. Les défis ont été regroupés en sept thèmes, présentés selon leur fréquence, le premier de la liste étant le plus fréquent : problématique propre à la famille (32% de toutes les réponses), manque de ressources, de financement et de services (26%), problématique du client (15.5%), manque de communication et de collaboration entre les partenaires de soins (10%), difficultés avec les services sociaux (5%), problèmes d'accès (3%), et ingérence par d'autres professionnels (7%)(voir la figure 2). Les participants ont décrit, sous chaque thème, plusieurs genres de défi, présentés dans la figure 3. Les défis décrits ci-dessous représentent les expériences de la majorité des psychologues praticiens qui ont répondu au questionnaire; 14 participants ont indiqué qu'ils ne rencontraient aucune difficulté dans la prestation des services ou n'ont pas répondu à la question.

La majorité des praticiens ont mentionné cinq problématiques propres à la famille qui font obstacle à la prestation des services au client. Les participants ont mentionné le manque de participation de la famille dans les soins donnés au client; le parent ou le parent-substitut sont trop occupés, ils sont peu motivés à faire le suivi des soins donnés à leur enfant ou ils se refusent simplement à aider leur enfant à surmonter ses problèmes de santé mentale. En outre, les parents et les parents-substituts ne soutenaient pas leur enfant – en blâmant leur enfant pour ses problèmes de santé mentale – et voulaient que l'on règle rapidement et facilement le problème de leur enfant, tout en ayant à intervenir le moins possible. Selon les

réponses données par les praticiens, dans certains cas, les parents ne reconnaissent pas leur rôle dans le traitement des problèmes de santé mentale de leur enfant. Un autre défi découle



Figure 2. Troisième questionnaire : principaux défis à relever par les psychologues praticiens au Canada dans leur travail de fournisseurs de services à la clientèle.

du milieu familial négatif où grandit l'enfant. Les participants ont mentionné que les conflits familiaux, les relations tendues entre le parent et l'enfant, l'instabilité conjugale des parents et l'absence de résidence stable avaient une incidence sur les services psychologiques donnés à l'enfant ou au jeune. Les praticiens ont indiqué que les problèmes de santé mentale des parents (p. ex. anxiété, dépression, alcoolisme) ont eux aussi une incidence sur les services

psychologiques fournis au client. Un petit nombre de praticiens ont mentionné que certains parents se préoccupaient davantage de leur réputation et de celle de leur enfant que du bien-être de ce dernier. En plus de ces défis, l'absence de compétences chez le parent ou de ressources, ou encore le comportement des parents (p. ex. criminalité, traits de personnalité), amplifient les problèmes de santé mentale du client.

Plusieurs praticiens ont indiqué que le manque de ressources, de financement et de services les empêchait de donner les meilleurs services possible au client en question. Bien sûr, les participants ont noté que le financement des frais associés aux services psychologiques est certainement une préoccupation pour les parents et les parents-substituts qui ne peuvent se les permettre. Les participants ont mentionné également le manque de financement public pour payer les services requis (p. ex. pour augmenter les services offerts et réduire le nombre de cas, accroître les services dans les écoles et les services pour traiter des cas complexes) et le régime d'assurance-maladie complémentaire. Le manque de financement a diminué d'autant les services offerts. Les participants ont mentionné le manque de services d'appui de la collectivité, l'absence de traitement et de services spécialisés, ainsi que le manque de services d'appui dans les écoles (p. ex. aucun service en ASL, aucun local pour administrer les tests). Dans certains cas, les clients recevaient un traitement inapproprié ou devaient attendre avant de recevoir l'approche thérapeutique appropriée à cause du manque de financement et de services disponibles. Les praticiens ont également constaté les effets dans le cadre de leur travail; un petit nombre d'entre eux ont déclaré souffrir du manque de ressources à leur disposition et à la disposition de leurs clients (p. ex., afin de compléter la thérapie, favoriser le

développement des compétences ou disposer de ressources professionnelles dans les hôpitaux).

Problématique propre à la famille	Exacerbation des problèmes du client Non-participation de la famille aux soins du client Problèmes mentaux et physiques du ou des parents Milieu familial négatif Préoccupations relatives à l'image de la famille
Problématique du client	Facteurs démographiques des clients Gravité du problème de santé mentale Le client ne collabore pas
Manque de ressources, de financement et de services	Manque de financement privé Manque de financement public Manque de ressources Manque de services Manque de soutien et de services dans les écoles
Manque de communication/collaboration entre les partenaires de soins	Manque de collaboration avec les services sociaux Entre les autres professionnels qui interviennent dans les soins Manque d'information Manque de collaboration de la part de l'école Difficulté à harmoniser diverses approches de traitement Manque de collaboration avec les partenaires de soins
Difficultés avec les services sociaux	Manque de soutien pour les familles Incapacité à fournir un suivi des soins Manque de connaissances Manque de services adéquats
Problèmes d'accès	Obstacles géographiques Restrictions imposées aux programmes Longues listes d'attente et forte demande Conflits d'horaire
Ingérence par d'autres professionnels	Instabilité des soins donnés aux clients Aucune supervision professionnelle Évaluation juste du client

Figure 3. Troisième questionnaire : les sept défis les plus importants que doivent relever les psychologues canadiens, et leurs sous-thèmes respectifs

Par ailleurs, les enfants ou les jeunes eux-mêmes présentent des défis particuliers pour les psychologues praticiens qui veulent leur donner les meilleurs services possible. Les facteurs démographiques du client présentent des défis pour les praticiens (c.-à-d. la difficulté et les implications liées au diagnostic de maladie mentale chez les jeunes clients), y compris le jeune âge du client, les facteurs culturels et les questions linguistiques. La gravité du problème de santé mentale de l'enfant ou du jeune est une préoccupation pour les praticiens. Souvent, les clients étudiés se présentaient avec des problèmes concomitants et multiples ou avec des problèmes très graves et très complexes. Il était donc difficile pour les praticiens de déterminer le problème à traiter en premier lieu, ainsi que l'approche à utiliser pour le traiter, en tenant compte d'autres limites du système. Certains participants ont mentionné que les clients étaient, parfois, réticents à s'aider et à s'engager dans le processus de traitement. Selon les réponses fournies par les praticiens, la non-observance des traitements et le manque de constance par rapport aux services, le manque de motivation à améliorer sa santé mentale et la méconnaissance du problème n'étaient pas rares. De plus, certains clients refusent d'aller à l'école, ce qui les prive des services psychologiques fournis à l'école, ou hésitent ou sont réticents à parler de leurs problèmes au psychologue praticien.

En plus des défis que nous avons énumérés ci-dessus, les psychologues praticiens ont indiqué qu'il est difficile de fournir les meilleurs services possible aux enfants et aux jeunes à cause du manque de communication et de collaboration avec les autres partenaires de soins,

en particulier lorsqu'il s'agit d'un professionnel de la santé, de l'école et d'autres services sociaux qui s'occupent du cas. Les participants ont dit manquer de temps pour coordonner les horaires entre les professionnels afin de collaborer aux soins donnés au client et de coordonner les efforts auprès des multiples fournisseurs de soins de façon à concevoir le plan de soutien du client. Dans les écoles, certains praticiens trouvent difficile de collaborer avec les enseignants et les psychologues scolaires. En outre, selon certains praticiens, la communication entre l'école et les parents est mauvaise. La collaboration avec les services de protection de l'enfance et d'autres services sociaux représente un défi, en particulier lorsqu'on essaie d'intervenir auprès de la famille. Les praticiens ont déclaré qu'il devient difficile d'harmoniser les approches de traitement de différents thérapeutes ou d'autres professionnels de la santé qui participent aux soins. Dans certains cas, le client recevait des services identiques de la part d'un psychologue en exercice privé. Pour certains praticiens, il est difficile d'avoir accès à des partenaires pour donner des soins en collaboration, parce qu'ils n'ont pas un accès direct à la psychiatrie ou à d'autres services de santé mentale, nécessaires pour fournir des soins en collaboration. Ils évoquent également les restrictions imposées par la loi provinciale sur la protection de la vie privée, qui limitent la prestation de soins en collaboration avec les partenaires de soins. Pour finir, certains praticiens mentionnent le manque d'information à leur disposition pour le travail en collaboration, notamment en ce qui a trait à la disponibilité des méthodes d'enseignement fondées sur les preuves, l'accès aux documents de la Cour et aux documents juridiques, ainsi que le manque d'information sur les interventions antérieures reçues par le client.

Pour plusieurs praticiens, les services sociaux qui représentent un défi pendant le traitement du client. Parce qu'ils sont inefficaces, certains services sociaux n'arrivent pas à offrir du soutien aux familles. Les praticiens ont mentionné le manque de traitements disponibles pour soutenir le milieu de vie, l'absence de programmes de répit adéquats pour éviter l'épuisement professionnel, les retards avant de recevoir du soutien à domicile et l'accès limité au soutien communautaire pour les parents. De plus, en raison de leur inefficacité, certains services sociaux ne parviennent pas à assurer le suivi des soins fournis à l'enfant ou au jeune. Que ce soit en raison du manque de services communautaires abordables pour assurer le suivi, de l'incapacité des services sociaux à fournir aux parents la gestion du suivi ou du fait que les autres professionnels de la santé qui interviennent dans le dossier omettent de faire le suivi auprès du client, c'est le bien-être de l'enfant ou du jeune qui en souffre. De plus, les participants ont mentionné le manque de connaissances au sein des services sociaux, en particulier parmi le personnel en foyer de groupe, et entourant la compréhension du risque, et la capacité de dispenser un enseignement dans le milieu universitaire et le milieu social. Un autre défi important au sein des services sociaux découle du manque de services adéquats. La sensibilisation et l'organisation communautaires sont insuffisantes pour créer des services de groupes spécialisés. À certains clients, aucun traitement n'était fourni à l'intérieur des services sociaux, ni soutien pour les aider à régler leurs problèmes (p. ex. la famille d'origine était négligente). Un participant a mentionné que l'organisme de services sociaux qui participaient aux soins donnés au client mettait la pression afin de résoudre les problèmes, sans que l'approche qu'il employait soit conforme à l'intérêt supérieur de l'enfant.

L'accès aux services est un autre défi qui nuit à la prestation des services aux enfants et aux jeunes. Pour un petit nombre de participants, les obstacles géographiques ont une incidence sur la prestation des services psychologiques; dans certains cas, le lieu de résidence du client était très éloigné des services psychologiques disponibles, tandis que dans d'autres cas, le client vivait tout simplement à l'extérieur de circonscription hospitalière qui offre le programme de traitement. D'autres restrictions imposées aux programmes limitent le nombre de séances et le temps alloué au processus de traitement. De plus, certains praticiens ont souligné l'ampleur des listes d'attente et la demande élevée de services psychologiques; les enfants et les jeunes ne reçoivent pas les services lorsqu'ils en ont besoin.

En dernier lieu, un faible nombre de participants ont indiqué que certaines questions d'ordre professionnel nuisent à la prestation de services optimaux. Un praticien a déclaré ne recevoir aucune supervision professionnelle. Quelques praticiens ont, également, indiqué qu'il est difficile de fournir des services psychologiques optimaux au client choisi au hasard en raison de l'instabilité des soins donnés à l'enfant ou au jeune : déplacements multiples des fournisseurs, va-et-vient entre les programmes hospitaliers qui offrent différents services et changements fréquents de fournisseurs de services.

Étape 5 : Quatrième questionnaire

Description et conception du questionnaire

La conception du quatrième questionnaire était également fondée sur la rétroaction fournie par les groupes de discussion convoqués à Halifax et Vancouver. Bien que plusieurs suggestions aient émané des groupes de travail, nous avons décidé de nous concentrer, dans le

quatrième questionnaire, sur les clients chez lesquels coexiste plus d'une maladie chronique, ainsi que sur les effets de ces troubles de santé sur la santé mentale et le fonctionnement psychosocial. Nous en avons décidé ainsi parce que le rôle des facteurs psychologiques et de la santé est d'un grand intérêt pour l'expertise de la science et de la pratique de la psychologie et parce que les maladies chroniques (comme les maladies cardiovasculaires et le diabète, sur lesquels portait le quatrième questionnaire) représentent un sujet de préoccupation au Canada et ailleurs dans le monde. Encore une fois, les questions du deuxième questionnaire ont servi de canevas de base, à partir duquel les questions ont été adaptées afin de refléter ces populations de clients. Un bon nombre de questions ont été reformulées ou remaniées, tandis que quelques nouvelles questions ont été ajoutées au quatrième questionnaire.

Avant la conception ou le remaniement des questions du questionnaire, on a recueilli de l'information sur les troubles de santé chroniques les plus répandus dans la population canadienne et sur leurs effets sur la santé mentale. À cette fin, nous avons consulté des articles de revues savantes, des documents PDF provenant d'institutions gouvernementales et publiques et des enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes réalisées par Statistique Canada. Par la suite, la gestionnaire du projet a généré un grand nombre de questions ayant trait à l'impact d'une maladie chronique sur la personne qui en souffre. Ces questions portaient sur les sujets suivants :

- Relations, travail, fonctionnement quotidien, famille, stress
- Troubles de santé concomitants
- Médicaments

- Bref historique de la maladie chronique
- Liens avec les problèmes de santé mentale
- Traitement, consultation

Par la suite, la gestionnaire du projet, la chef de la direction de la Société canadienne de psychologie (SPC), D^{re} Karen Cohen, et le consultant, D^r John Hunsley, se sont rencontrés afin de discuter de l'ébauche du questionnaire et de le peaufiner. Au cours de la réunion, ils ont discuté de plusieurs possibilités quant à la direction et la portée du questionnaire. Les maladies chroniques affectant les Canadiens étant très nombreuses, il était impossible de créer un questionnaire portant sur une grande sélection de maladies chroniques, et leurs effets sur la santé mentale et le fonctionnement psychosocial. Afin de réduire l'étendue du questionnaire, ses concepteurs ont décidé de se concentrer, dans le quatrième questionnaire, sur les deux maladies chroniques les plus répandues : les maladies cardiovasculaires et le diabète. Ces maladies ont été sélectionnées à cause de leur prévalence élevée chez les Canadiens, comparativement aux autres problèmes de santé chronique.

La majorité des questions des deuxième et troisième questionnaires portant sur les caractéristiques démographiques des clients et les caractéristiques des services fournis au client ont été modifiées afin d'être utilisées dans le quatrième questionnaire. D'autres questions portant précisément sur chaque maladie chronique du client ont été ajoutées au quatrième questionnaire. Ces questions traitaient, en particulier, de l'impact psychosocial, des liens avec les problèmes de santé mentale et des approches des psychologues praticiens pour intervenir auprès d'un client qui souffre d'une maladie chronique (voir les questions du

quatrième questionnaire, à l'annexe A). Afin d'assurer le caractère adéquat et la pertinence des questions et des choix de réponse, on a rédigé trois ébauches du questionnaire. Les participants ont été invités à remplir le questionnaire en se basant, pour y répondre, sur un de leurs clients qui souffre, soit d'une maladie cardiovasculaire, soit du diabète. Par conséquent, pour le questionnaire en ligne, on a subdivisé le questionnaire en deux questionnaires distincts : le premier porte sur le diagnostic de maladie cardiovasculaire connue, et le deuxième, semblable au premier, sur le diabète connu.

Recrutement et administration

Comme pour les autres questionnaires, des messages de recrutement ont été envoyés à tous les participants intéressés figurant sur la liste maîtresse des participants. Un très petit nombre de psychologues praticiens ont dit souhaiter remplir le quatrième questionnaire; nous avons donc dû chercher d'autres façons de recruter les participants. Un message de recrutement a alors été envoyé à des organismes partenaires de la SPC, comme les directeurs des programmes de formation agréés par la SCP, des représentants du Conseil de la Direction générale de la pratique de la SCP, des membres du Conseil des départements de psychologie du Canada et trois sections de la SCP (santé, psychologie clinique et psychologie du counseling). Malgré tous nos efforts, il a été difficile de recruter des participants. Le message de recrutement (voir l'annexe B) s'adressait à tous les psychologues praticiens qui traitent des clients atteints d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète, que les services qu'ils offrent soient destinés, ou non, à cette population particulière de clients. Parmi les praticiens qui ont répondu favorablement à l'invitation, ceux dont les clients répondaient aux critères du

questionnaire étaient peu nombreux, la plupart d'entre eux ne recevant que rarement des services. Pour cette raison, il était peu pratique d'utiliser la méthode d'échantillonnage en temps réel (c.-à-d. la méthode utilisée pour la conception du deuxième questionnaire). Les participants ont alors été invités à donner de l'information sur le client qui répondait aux critères, rencontré le plus récemment au cours des semaines précédentes, au lieu de donner des renseignements sur le client rencontré immédiatement avant la réception du courriel leur demandant de remplir le questionnaire. Les participants avaient à remplir le questionnaire à trois moments différents, à savoir une fois par semaine, pour trois semaines consécutives, au jour de la semaine, sélectionné aléatoirement.

Résultats du quatrième questionnaire

Quatre-vingt-douze psychologues praticiens ont rempli le quatrième questionnaire. Les participants ont donné des renseignements sur un client adulte choisi au hasard, qui a un diagnostic, soit de maladie cardiovasculaire, soit de diabète. Les résultats sont exposés comme suit : caractéristiques démographiques du praticien, caractéristiques démographiques du client, caractéristiques de la maladie chronique du client, caractéristiques des services fournis au client, fonctionnement psychosocial du client, différences entre les groupes de praticiens et principaux défis auxquels fait face le psychologue pour dispenser les services au client sélectionné. On a calculé les fréquences et les pourcentages pour toutes les variables nominales; les moyennes et les écarts-types ont été calculés pour les variables numériques correspondantes dans le questionnaire. Les différences de groupe ont été analysées au moyen

d'une analyse de variance à un critère de classification ou de tests du chi carré, selon la variable étudiée.

Caractéristiques démographiques des praticiens

Les participants avaient en moyenne 45,97 ans ($\bar{X} = 45,97$, $T. = 10,5$), pour une plage d'âge de 26 à 69 ans. Comme dans les questionnaires précédents, la majorité des participants sont de sexe féminin (75%). La province de résidence des participants est également semblable à celle des questionnaires précédents. Trente-trois pour cent des psychologues praticiens ont déclaré vivre au Québec, encore une fois, la province la plus représentée. L'Ontario est également bien représenté, 26% des participants provenant de cette province. Le nombre de participants résidant dans les provinces de l'ouest (Alberta, Colombie-Britannique, Saskatchewan et Manitoba; 25%) est moins élevé, tandis que seulement 14% des participants viennent des provinces de l'est : Nouveau-Brunswick, île-du-Prince-Édouard, Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador.

À la différence du questionnaire précédent, qui se concentrait sur les services aux jeunes et aux familles, mais similairement aux premier et deuxième questionnaires, les praticiens titulaires d'un doctorat (54%) sont légèrement plus nombreux que ceux qui sont détenteurs d'un diplôme de maîtrise (43%). Parmi ces praticiens, la plupart ont un diplôme en psychologie clinique (68%), comparativement aux autres champs de la psychologie. Les détenteurs d'un diplôme en psychologie du counselling (15%) arrivent au deuxième rang, avec

un petit nombre de détenteurs d'un diplôme en neuropsychologie clinique (5%), en psychologie scolaire (4%) et un diplôme dans la catégorie « Autre » (5% ; neuroscience, psychopédagogie, psychologie générale ou diplôme combinant psychologie clinique et neuropsychologie ou psychologie de la réadaptation et neuropsychologie clinique). Trente-cinq pour cent des praticiens exercent principalement en cabinet privé et 65% des praticiens travaillent dans un organisme public.

Les praticiens ont mentionné que seulement 36% ($\bar{E.T.} = 32,8$, plage d'âge = 1 à 100%) de leur clientèle est, en moyenne, constituée de clients qui souffrent, soit d'une maladie cardiovasculaire, soit du diabète. Globalement, 86% des praticiens ont déclaré fournir des services psychologiques à des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire et 89% des praticiens ont déclaré fournir des services psychologiques à des personnes atteintes de diabète. Toutes les caractéristiques démographiques des psychologues praticiens se trouvent au tableau 21.

Caractéristiques démographiques des clients

Sur les 92 clients ayant un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète qui ont fait l'objet du questionnaire, 45% sont de sexe féminin et 55% , de sexe masculin. Les clients ont en moyenne 48,2 ans ($\bar{E.T.} = 15,49$), avec une plage d'âge de 18 à 91 ans. La plupart des clients sont hétérosexuels (90%). Selon les renseignements fournis par les participants, la moitié des clients sont mariés ou conjoints de fait et 30% des clients sont célibataires. Moins de 10% sont veufs (8%), séparés (4%) ou divorcés (7%), tandis que pour 1% des clients, la situation de famille est inconnue. Les clients étudiés dans ce questionnaire habitent principalement dans

une résidence privée (89%). Enfin, pour 5% des clients, le milieu de vie a été classé dans la catégorie « Autre ».

La majorité des clients sont de race blanche (87%). Parmi les 13% de clients qui sont d'une origine ethnique différente, les principales identités ethniques sont les suivantes : autochtone (3%), noire (3%), sud-asiatique (2%), japonaise (1%), coréenne (1%) ou multiethnique (2%). Les participants à déclarer que leurs clients ont fait, au moins, des études universitaires ou possèdent un diplôme universitaire ou un diplôme d'études supérieures (38% des clients), par rapport aux autres niveaux de scolarité, sont plus nombreux. Vingt pour cent des clients ont déclaré posséder un certificat ou un diplôme d'études collégiales et un grade de premier cycle ou un certificat ou un diplôme d'une école de métiers, tandis que 19% des clients ont un diplôme d'études secondaires. Vingt-quatre pour cent des clients adultes n'ont pas de diplôme d'études secondaires. Un nombre équivalent de clients ont un emploi à temps plein (30%) ou n'ont pas d'emploi (30%). Seize pour cent des clients ont un emploi à temps partiel et 20% des clients reçoivent une pension d'invalidité. Pour 2% des clients, la situation professionnelle est inconnue. Toutes les caractéristiques démographiques des clients se trouvent au tableau 22.

Caractéristiques de la maladie chronique du client

Selon les participants, les clients ayant un diagnostic de diabète (48%) sont plus nombreux que ceux ayant un diagnostic de maladie cardiovasculaire (36%). Un petit nombre de clients souffre de ces deux maladies (16%). Parmi les clients diabétiques, 75% souffrent de diabète de type 2, et 25%, de diabète de type 1. Quatre-vingt-dix pour cent des clients atteints

d'une maladie cardiovasculaire ont développé cette maladie, mais seulement 5% des clients ayant d'une maladie cardiovasculaire en souffrent depuis leur naissance. Quelques clients connaissent l'existence de leur maladie chronique depuis un an ou moins (12%). Plus de la moitié des clients savent qu'ils souffrent d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète depuis 10 ans ou moins : 35% des clients ont reçu leur diagnostic il y a moins de cinq ans (un à cinq ans) et, pour 32% des clients qui souffrent de l'une des deux maladies chroniques étudiées, le diagnostic date de 5 à 10 ans. Vingt-deux pour cent des clients souffrent de leur maladie chronique depuis plus de 10 ans. Chez 46% des clients, la maladie s'est aggravée depuis le diagnostic, mais chez 23% des clients, elle est restée stable. Seuls 20% des clients ont vu leur état s'améliorer (17%) ou s'améliorer considérablement (3%).

Nous avons demandé aux praticiens d'indiquer si leurs clients recourent à leurs services principalement pour les aider à vivre avec une maladie cardiovasculaire ou le diabète. La majorité des clients ne faisaient pas appel aux services psychologiques pour gérer la maladie chronique dont ils souffrent (76%). Nous avons également demandé aux praticiens si les problèmes psychologiques du client sont apparus avant ou après le diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète. Le nombre de clients dont les problèmes psychologiques datent d'avant le diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète (43%) est pratiquement identique au nombre de clients dont les problèmes psychologiques sont apparus après le diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète (42%). Quatorze pour cent des praticiens ignoraient à quel moment les problèmes psychologiques de leur client sont survenus (avant ou après le diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète). Les sources de stress vécu par

les clients sont variées. Soixante et un pour cent des clients vivent du stress familial – le type de stress le plus souvent mentionné. Dans une proportion pratiquement égale, les clients font face au stress professionnel (45%) et au stress social (42%). Dans une moindre mesure, les clients font face au stress relationnel (39%) et connaissent des difficultés financières (35%).

Chez 77% des clients, les facteurs psychologiques ont un impact sur la maladie cardiovasculaire ou le diabète, comme le montre la figure 4. Il arrive souvent que ces facteurs – stress, mécanismes d'adaptation déficients, problèmes de santé mentale, exigences de la vie quotidienne et incapacité à modifier son mode de vie – se combinent, ce qui aggrave la maladie chronique du client. Selon plusieurs praticiens, les degrés de stress vécu par leurs clients engendrent d'autres problèmes, comme des problèmes de sommeil, l'élévation de la pression sanguine ou l'hypertension, et des accidents vasculaires cérébraux, lesquels aggravent leur maladie cardiovasculaire ou leur diabète. De plus, les effets du stress créent un cercle vicieux, le stress créant des effets secondaires physiques négatifs, qui ont des répercussions sur la maladie chronique, laquelle, en retour, augmente le stress. Certains praticiens ont mentionné que leurs clients adoptent des mécanismes d'adaptation déficients, comme l'automédication, pour composer avec leurs problèmes de santé mentale et la maladie chronique, comme la consommation de tabac et d'alcool – des comportements qui ont une incidence directe sur leur santé physique.



Figure 4. Quatrième questionnaire : impact des facteurs psychologiques sur la maladie chronique du client.

Parmi les facteurs qui aggravent la maladie chronique du client, les problèmes de santé mentale sont les plus fréquemment mentionnés. Parce qu'elle réduit la motivation du client à maintenir de saines habitudes de vie ou à adopter un mode de vie plus sain (p. ex., faire régulièrement de l'exercice, manger plus sainement), la dépression a une incidence importante sur la santé physique. En outre, les praticiens ont mentionné que la dépression contribue au développement de mécanismes d'adaptation inadéquats chez certains clients, qui, parfois,

n'arrivent pas à accepter la maladie chronique dont ils souffrent. L'anxiété a également des répercussions importantes, certains praticiens ayant indiqué que leurs clients ont de la difficulté à se concentrer, se sentent impuissants et s'inquiètent pour leur santé. En outre, l'estime de soi globale a un impact sur la maladie chronique. Les clients qui ont une piètre image d'eux-mêmes sont moins enclins à prendre soin de leur santé et adoptent de mauvaises habitudes alimentaires. Les problèmes découlant des exigences de la vie quotidienne, comme les conflits au travail et les problèmes relationnels, ont un impact négatif sur la maladie chronique du client, et sont souvent aggravés par le stress. Selon les praticiens participants, l'ensemble de ces facteurs contribue considérablement à l'incapacité du client à modifier son mode de vie. Les problèmes de santé mentale (dépression et anxiété, principalement, mais également douleur chronique, dans certains cas), le manque de motivation, la faible estime de soi, le degré de stress, les problèmes de personnalité, les inquiétudes et les peurs constantes par rapport à sa santé, les exigences de la vie professionnelle et le manque de soutien de la part de l'entourage, affectent négativement la capacité du client à apporter à son mode de vie les changements appropriés pour améliorer sa santé physique.

Près de la moitié des clients souffrent d'une maladie chronique concomitante. Chez seulement 5% des clients, la maladie chronique concomitante n'a aucun lien avec le problème psychologique présenté, tandis que chez 41% des clients, elle contribue au problème présenté. Dix pour cent des praticiens ignoraient si, chez leur client, plus d'une maladie chronique coexiste. La maladie chronique concomitante la plus fréquemment citée touche les fonctions neurologiques (26% des clients). Viennent ensuite d'autres maladies chroniques concomitantes,

lesquelles touchent les fonctions du système endocrinien (17%), les fonctions de contrôle de la motricité globale et de la motricité fine (14%), les fonctions respiratoires (13%) et les fonctions cardiaques (11%). Moins de 10% des clients souffrent de chacune des autres maladies chroniques concomitantes (voir le tableau 23). Selon les réponses des praticiens, les problèmes de santé mentale ou la ou les maladies chroniques dont le client souffre entravent principalement son fonctionnement quotidien, de façon modérée (55%) ou grave (27%). Seuls 15% des clients sont très légèrement affectés par leurs problèmes de santé mentale ou leur maladie chronique. La coexistence des problèmes de santé mentale et d'une maladie chronique (présents chez 54% des clients) explique principalement les difficultés vécues par le client sur le plan du fonctionnement quotidien. Les praticiens ont mentionné que, chez 29% des clients, les entraves au fonctionnement quotidien viennent exclusivement des problèmes psychologiques présentés. Chez 15% des clients, les difficultés au chapitre du fonctionnement quotidien sont causées entièrement par la maladie chronique.

Nous avons demandé aux praticiens si les membres de la famille du client sélectionné s'impliquaient dans les services psychologiques qu'ils lui fournissent. Chez seulement 20% des clients, les membres de la famille s'impliquent dans les services. Nous avons également demandé aux praticiens participants d'évaluer l'impact sur la famille des problèmes psychologiques présentés et de la maladie cardiovasculaire ou du diabète. Chez 49% des clients, la famille est affectée modérément par les problèmes psychologiques présentés et la maladie cardiovasculaire ou le diabète du client. Chez 28% des clients, la famille en est gravement affectée. Chez seulement 12% des clients, la famille est légèrement affectée par les problèmes

psychologiques présentés et la maladie cardiovasculaire ou le diabète du client. L'impact sur la famille est déterminé d'abord par l'effet conjugué du problème psychologique présenté et la présence d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète (50% des clients). Chez 35% des clients, les problèmes psychologiques déterminent l'impact sur la famille, tandis que chez 12% des clients, la maladie cardiovasculaire ou le diabète déterminent l'impact sur la famille.

Les praticiens ont également commenté l'impact des problèmes psychologiques présentés et de la maladie cardiovasculaire ou du diabète sur la capacité de travailler du client. Chez 42% des clients, les problèmes psychologiques présentés et la présence d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète ont de graves répercussions sur leur capacité de travailler. Chez 24% des clients, ces facteurs ont un impact modéré, et chez 20% des clients, l'impact est minime. Comme c'est le cas de l'impact sur la famille, l'impact sur la capacité de travailler est déterminé par l'effet conjugué du problème psychologique présenté et la présence de la maladie cardiovasculaire ou du diabète (42% des clients). Chez 29% des clients, le problème psychologique présenté détermine principalement l'impact sur la capacité de travailler, tandis que chez 16% des clients, c'est la maladie cardiovasculaire ou le diabète qui détermine principalement l'impact sur la capacité de travailler du client.

Les praticiens avaient à répondre à diverses questions concernant les services qu'ils fournissent aux clients qui ont un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète, parmi lesquelles des questions sur le point central du traitement psychologique, la participation de la famille au traitement et la collaboration avec d'autres fournisseurs de soins de santé. Chez près de la moitié des clients, la gestion de la maladie cardiovasculaire ou le contrôle du diabète du

client n'est pas le principal objet du traitement prodigué dans le cadre des services psychologiques fournis. Trente-neuf pour cent des praticiens ont déclaré que la gestion de la maladie chronique du client est occasionnellement seulement l'objectif du traitement, et 13% des praticiens ont indiqué que la maladie chronique est rarement le point central du traitement. La gestion de la maladie cardiovasculaire ou le contrôle du diabète est, la moitié du temps, l'objet principal du traitement pour 29% des clients, et ils sont toujours, ou très souvent, l'objectif du traitement pour 18% des clients. Plus de la moitié des praticiens ont indiqué que la détresse vécue par le client atteint d'une maladie chronique ou de diabète est toujours ou très souvent (34%), ou la moitié du temps (28%), le point central du traitement offert au patient atteint de ces maladies chroniques. La détresse associée à la maladie cardiovasculaire ou au diabète est occasionnellement l'objet principal du traitement pour 28% des clients et est rarement le point de mire du traitement pour 10% des clients.

En général, les praticiens ont déclaré que les membres de la famille ou d'autres personnes significatives pour le client s'impliquent rarement (38%) ou occasionnellement seulement (34%) dans les services psychologiques. Quatorze pour cent des praticiens ont indiqué que la famille s'implique toujours ou très souvent dans les services psychologiques. Le même pourcentage de praticiens a mentionné que la famille s'implique la moitié du temps dans les services psychologiques. À peine plus de la moitié des praticiens (55%) ont déclaré avoir collaboré avec le fournisseur de soins de première ligne à une ou deux reprises durant le traitement psychologique. Vingt-huit pour cent des praticiens ont collaboré régulièrement avec le fournisseur de soins de première ligne, et 16% des praticiens n'ont jamais collaboré avec le

fournisseur de soins de première ligne. Cependant, 61% des praticiens ont collaboré avec d'autres fournisseurs de soins de santé. Se reporter au tableau 23, qui présente toutes les données sur les caractéristiques des maladies chroniques des clients.

Caractéristiques des services fournis aux clients

Tout comme pour les questionnaires précédents, les praticiens ont eu à préciser les types de services fournis aux clients ayant un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète, ou les autres services que reçoit le client en plus des services psychologiques. Les données relatives aux caractéristiques des services donnés aux clients sont présentées au tableau 24. On a également demandé aux praticiens d'indiquer le nombre de séances prévues avec le client sélectionné (y compris les séances passées, actuelles et futures). Le nombre moyen de séances prévues par les praticiens est d'environ 34 (*É.T.* = 43,04). Le nombre médian de séances est de 20 et le nombre total de séances va de 0 à 200 séances. Les praticiens ont déclaré avoir fourni une variété de services durant la rencontre avec le client sélectionné. Le plus souvent, il s'agit d'un traitement (76%). Les consultations (23%) et les évaluations (37%) sont moins fréquentes. Comme dans le troisième questionnaire, les participants devaient décrire, sous forme de réponse libre, les types d'évaluation, de traitement ou de consultation fournis au client en questions. Un résumé des services fournis est présenté à la figure 5.

Les praticiens participants ont énuméré six types d'évaluation réalisés durant la séance sélectionnée : évaluation de la santé mentale générale, évaluation neuropsychologique, entretien direct ou évaluation initiale, évaluation d'un trouble de l'humeur ou de troubles anxieux, évaluation liée à la maladie chronique (p. ex. déterminants psychologiques et sociaux

des risques, obstacles à la prise en charge personnelle) et autres types d'évaluation. Bien que peu de praticiens effectuent des évaluations durant les séances avec le client, le cas échéant, l'évaluation la plus fréquemment citée concerne la santé mentale générale (25%). Un plus petit nombre de praticiens ont effectué une évaluation neuropsychologique (19%). Le nombre de praticiens à avoir procédé à l'évaluation initiale du client (17%), laquelle consiste habituellement en un entretien direct avec le client afin de considérer la famille d'origine, les difficultés actuelles du client et l'impact de la maladie chronique, est similaire.

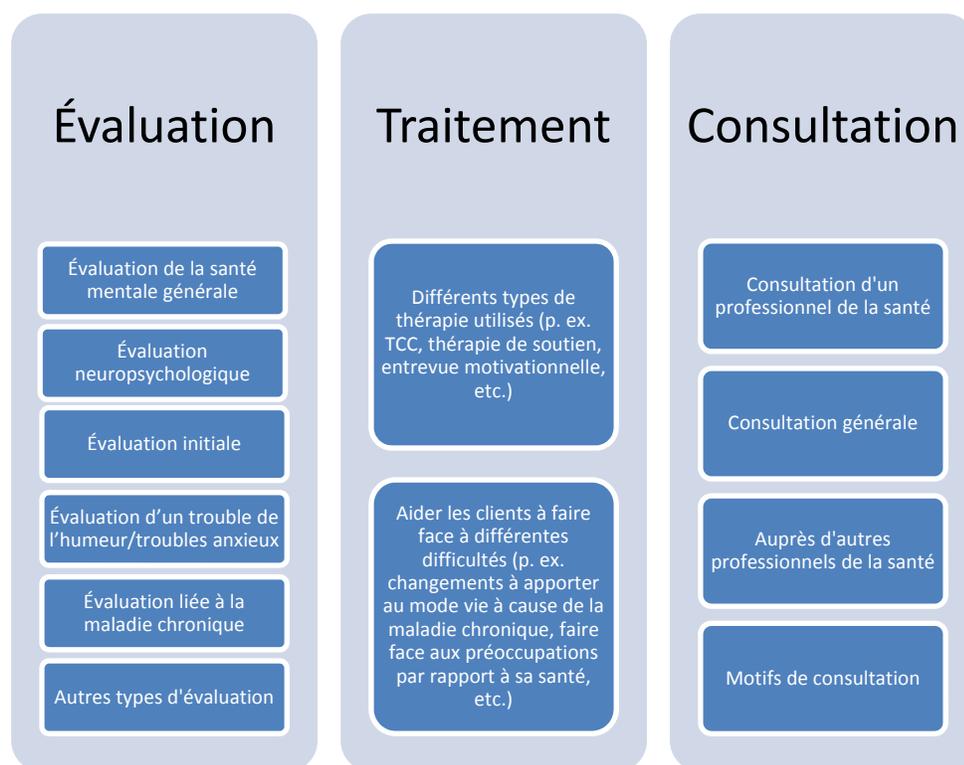


Figure 5. Quatrième questionnaire : services fournis aux clients qui ont un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète

Quatorze pour cent des praticiens ont déclaré faire des évaluations des troubles de l'humeur et des troubles anxieux chez leurs clients. Quelques praticiens ont aussi indiqué évaluer précisément la maladie chronique du client. Dix-neuf pour cent des praticiens utilisent d'autres types d'évaluation, notamment évaluation du risque, évaluation de la capacité d'adaptation à la vie quotidienne, évaluation psychiatrique, évaluation des accidents du travail et évaluation des besoins psychosociaux. Ces évaluations servent également à la collecte de données et à l'examen des dossiers médicaux.

Les approches thérapeutiques pour traiter les clients qui souffrent d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète sont extrêmement variées. À l'instar des réponses données au questionnaire précédent, la thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est l'approche la plus souvent mentionnée (TCC; utilisée dans 36% des séances). Seul un faible nombre de participants n'offrent que la TCC à leurs clients. Un très grand nombre de participants utilisent la TCC combinée à d'autres types de thérapie, principalement la thérapie de soutien, la technique d'entrevue motivationnelle et d'autres psychothérapies non précisées. En outre, les praticiens font appel à une multitude d'approches thérapeutiques différentes, comme le counselling pour personnes endeuillées, la thérapie comportementale dialectique, la thérapie orientée vers l'insight, la psychothérapie existentielle humaniste, la psychothérapie interpersonnelle, la psychothérapie centrée sur le client, la relaxation et la thérapie centrée sur les émotions. En général, le traitement est individuel, mais certains clients suivent une thérapie de groupe. Les praticiens ont dit fournir des traitements pour régler un éventail de problèmes et aider leurs clients à développer certaines habiletés, notamment modifier son mode de vie

pour vivre avec une maladie chronique, faire face aux problèmes de santé, aider les clients à exprimer leurs émotions, gestion de la douleur, ainsi que différents problèmes de santé mentale (la dépression étant le problème de santé mentale le plus fréquemment cité).

À l'instar des résultats du questionnaire précédent, un petit nombre de praticiens ont fourni des services de consultation au cours de la rencontre avec le client choisi au hasard. Ceux qui l'ont fait ont déclaré avoir fait une consultation auprès d'un professionnel de la santé, ou fourni des conseils à propos de l'acuité mentale, la fonctionnalité, l'examen de la médication ou l'examen de la réadaptation. Quelques praticiens ont également déclaré consulter d'autres professionnels de la santé, comme les membres de l'équipe multidisciplinaire de soins afin d'obtenir une évaluation physiologique. Les raisons qui ont amené à consulter sont, notamment, la présentation des symptômes, le soutien psychologique et l'éclaircissement d'une demande « de ne pas réanimer ».

Les psychologues praticiens avaient à répondre à une question supplémentaire portant sur les consultations auprès d'autres professionnels de la santé. La plupart des praticiens ont consulté d'autres professionnels de la santé à propos des soins donnés au client sélectionné. En général, le professionnel de la santé consulté est le médecin de famille (pour 35% des clients), un médecin spécialiste (pour 26% des clients) et un diététiste (pour 23% des clients). Viennent ensuite un physiothérapeute (13%), une infirmière (13%), un ergothérapeute (12%) ou un psychiatre (11%). Parmi les professionnels de la santé les moins consultés, mentionnons un autre psychologue (4%), un travailleur social (3%), un orthophoniste (2%) et un ludothérapeute (2%). Près de 26% des praticiens n'ont pas consulté d'autres professionnels de la santé.

Les participants devaient également indiquer si leur client prend des médicaments.

Environ la moitié des clients consomme des médicaments (49%); 3% des praticiens ignorait si leur client prend des médicaments. Chez les clients qui prennent des médicaments, la médication la plus courante sont les antidépresseurs (45%) et les anxiolytiques (14%). Un petit nombre de clients prennent des thymorégulateurs (3%), des hypnotiques (3%), des antipsychotiques (1%) ou un autre type de médication (2%). Parmi les psychologues praticiens qui ont indiqué que leur client prend des médicaments, 60% ont mentionné que la médication est prescrite par un médecin de famille. Pour près du tiers des clients qui prennent des médicaments, la médication est prescrite par un psychiatre (36%). Enfin, pour 4% des clients, la médication a été prescrite par un autre médecin spécialiste.

Environ la moitié des praticiens ont indiqué que leur client reçoit un autre service de soins de santé pour traiter le problème présenté (55%). Les services reçus par les clients sont fournis par une vaste gamme de professionnels, dont des omnipraticiens (37% des clients qui reçoivent des services de soins de santé), des médecins spécialistes (25%), des psychiatres (18%) et des infirmières praticiennes ou d'autres types d'infirmières (18%). Moins de 10% des clients reçoivent des services des professionnels suivants : un physiothérapeute (9%), un autre psychologue (8%), un travailleur social (6%), un ergothérapeute (3%), un conseiller (3%), un orthophoniste (2%), un organisme de services sociaux (1%) ou un autre professionnel, indiqué dans la catégorie « Autre » (2%).

Les psychologues participants ont indiqué que leur client a été orienté vers leurs services par quelques sources seulement. La plupart des clients ont été référés par leur

médecin de famille (30%). Un petit nombre de clients ont été dirigés vers le psychologue par un autre professionnel de la santé (18%), ou alors, le client s'est adressé directement au psychologue pour recevoir des services (14%). Dans quelques cas seulement, les clients ont été orientés par leur compagnie d'assurances (10%), un psychiatre (5%), les services sociaux (4%), un autre psychologue (3%), le système scolaire (3%), un autre client (3%), un service d'orientation professionnelle (3%), un service communautaire (2%), un membre de la famille (1%) ou le système judiciaire (1%). Un peu moins de la moitié des praticiens ont déclaré recommander à leur client de se tourner vers d'autres services, parmi lesquels un autre service de santé (23%), une évaluation de la médication (15%), un autre traitement des problèmes de santé mentale (12%) ou des services de soutien ou des groupes d'entraide (12%). Très peu de clients ont été orientés vers des services sociaux (5%), des services diététiques (3%), des services de traitement pour les toxicomanes (2%) ou une évaluation psychologique (1%). Aucun client n'a été orienté vers des services d'aide à l'enfance et à la famille.

Plus de la moitié des services psychologiques sont fournis dans un établissement de santé public (56%), tandis que 39% des services psychologiques sont donnés par un psychologue en exercice privé – 30% des rencontres se tiennent dans un bureau individuel et 9% des rencontres ont lieu dans des locaux partagés par un groupe de psychologues. Dans quelques cas seulement, les services psychologiques sont fournis dans d'autres cadres d'exercice (4%), parmi lesquels des programmes communautaires ou dans les écoles.

Fonctionnement psychosocial des clients

Les participants avaient à donner de l'information sur le fonctionnement psychosocial de leur client, y compris les facteurs de risque du client, les problèmes présentés, les diagnostics de troubles mentaux répertoriés dans le DSM, le fonctionnement quotidien, l'évolution du problème de santé, l'évaluation de l'état de santé et la consommation d'alcool et de drogue (voir le tableau 25). Chez les clients sélectionnés de façon aléatoire, les facteurs de risques le plus souvent mentionnés sont les suivants : autres problèmes de santé mentale (38%), exposition à un événement traumatisant (31%), maladie mentale d'un parent (26%), problèmes conjugaux (26%) et déficience physique (20%). Les facteurs de risque suivants sont présents chez moins du cinquième des clients : violence physique ou sexuelle (16%), deuil (13%) et incapacité à terminer ses études secondaires (13%). Selon les réponses des participants, un très petit nombre de clients est vulnérable aux problèmes de santé mentale causés par les motifs suivants : mobilité du client ou déménagements fréquents (8%), enfant retiré de sa famille (4%), obésité (3%) et autres facteurs de risque (18%, incluant personnes adoptées, problèmes d'alcool, intimidation, traits de personnalité dépendante et dynamique familiale malsaine). Quatorze pour cent des psychologues praticiens ont indiqué que leur client ne présente aucun facteur de risque et 2% d'entre eux ignorent si leur client présente des facteurs de risque. Comme le montre le tableau 25, plus du quart des clients (55%) présentent plus de deux facteurs de risque.

Les participants ont déclaré que leurs clients présentent différents problèmes psychologiques. En moyenne, les clients présentent 3,5 problèmes psychologiques ($\bar{E.T.} = 2,11$).

Fait intéressant à noter, 28% des clients présentent cinq problèmes ou plus et à peine plus de la moitié des clients présentent de deux à quatre problèmes psychologiques (54%). Seuls 17% des clients ne présentent qu'un problème psychologique. La plupart des problèmes présentés par les clients souffrant d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète sont les suivants : troubles de l'humeur (50%), difficultés d'adaptation aux stressors de la vie quotidienne (45%), difficultés à prendre sa santé en main et à vivre avec une blessure ou avec la maladie (43%), troubles anxieux (42%), conflits intrapersonnels (37%) et problèmes interpersonnels (36%). Un petit nombre de clients présentent des troubles du sommeil (17%), des problèmes d'ordre professionnel (13%) et des problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif chez l'adulte (12%). D'après les réponses données par les participants, moins de 10% des clients souffrent d'un trouble de la personnalité (9%), ont subi de la violence sexuelle ou un traumatisme (8%), ont des problèmes de toxicomanie (8%), des problèmes psychosexuels chez l'enfant (6%), des troubles de l'alimentation (6%), des troubles somatoformes (5%), des troubles d'apprentissage (5%), des troubles de la sexualité (1%) et d'autres problèmes classés dans la catégorie « Autre » (10%, notamment obésité, dépendance au jeu et isolement social). Pour ce qui est des problèmes de consommation d'alcool ou de drogue, la majorité des praticiens ont mentionné que leurs clients n'ont aucun problème de cet ordre (77%). D'après les réponses des participants, le quart des clients ont des pensées suicidaires, des idées de suicide ou des tendances suicidaires.

Dans le présent questionnaire, 61% des clients ont reçu un diagnostic de troubles mentaux répertoriés dans le DSM; c'est plus que ce qu'ont révélé les questionnaires

précédents. À part pour les 26% de clients qui n'ont pas un tel diagnostic, 4% des praticiens n'ont pas terminé l'évaluation et 3% ignorent si leur client a un diagnostic de troubles mentaux du DSM. Cinq pour cent des praticiens ont déclaré ne pas utiliser le système de classification du DSM pour déterminer les problèmes psychologiques de ses clients. Chez les clients qui ont un diagnostic de troubles mentaux du DSM, les troubles les plus courants sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux (39%). Les praticiens ont indiqué que certains de leurs clients ont un diagnostic de toxicomanie (4%) ou de trouble de l'adaptation (3%). Onze pour cent des clients présentent un autre type de trouble : troubles infantiles, troubles cognitifs, troubles de l'alimentation, trouble de la personnalité et trouble appartenant à la catégorie « Autre », dans le DSM. Pratiquement tous les praticiens ont indiqué que leur client est moyennement ou gravement affecté par le problème qu'il présente (90%). Malgré la gravité des problèmes psychologiques, et l'aggravation fréquente avec le temps d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète, 78% des praticiens ont mentionné que l'état de leur client s'est amélioré, parfois beaucoup, depuis le début du traitement. Probablement à cause de la coexistence d'une maladie chronique et de problèmes psychologiques, 56% des clients ont qualifié leur santé de moyenne ou mauvaise. Vingt-cinq pour cent des clients ont dit être en bonne santé. Peu de clients se sont dits en très bonne santé ou en excellente santé (11%).

Comparaisons de groupe entre praticiens

À l'instar des analyses des résultats du troisième questionnaire, il était intéressant de déterminer s'il y a des différences quant aux services psychologiques et aux caractéristiques des clients selon les types de praticiens (p. ex. praticiens détenteurs d'un diplôme de maîtrise et

d'un doctorat, et psychologues en exercice public et privé). Nous voulions savoir si les groupes de praticiens présentent des différences relativement aux variables suivantes : diagnostic du client, nombre de séances avec le client, nombre total de facteurs de risque, nombre total de problèmes présentés, les quatre problèmes présentés les plus souvent mentionnés (c.-à-d., troubles de l'humeur, troubles anxieux, difficultés à prendre sa santé en main et à vivre avec une blessure ou avec la maladie, difficultés d'adaptation aux stressors de la vie quotidienne), le diagnostic du DSM rajusté (c.-à-d., variable s'appliquant seulement aux praticiens qui ont évalué leur client) et la présence d'une maladie chronique concomitante. La valeur prédictive a été établie à 0,01 afin de s'adapter à des analyses multiples.

Nous avons effectué des analyses de variance des variables continues et avons soumis à des tests du chi-carré les variables nominales. Aucune différence significative entre praticiens détenteurs d'une maîtrise et praticiens titulaires d'un doctorat n'a été notée pour chacune des variables analysées, sauf pour le problème présenté « difficultés à prendre sa santé en main et à vivre avec une blessure ou avec la maladie ». Les praticiens détenteurs d'un doctorat sont plus nombreux à avoir des clients qui présentent ce problème psychologique (75%) que ceux qui sont titulaires d'un diplôme de maîtrise (25%), $\chi^2 = 11,03$, $p = 0,001$, v de Cramer = 0,35. Pour aucune des variables analysées, on n'a trouvé de différences significatives entre psychologues en exercice public et psychologues en exercice privé. Il se peut que la taille relativement petite de l'échantillon et le niveau $p < 0,01$ utilisé expliquent, du moins en partie, l'absence de différences significatives dans l'ensemble de données.

Différences entre clients

Par ailleurs, nous avons cru qu'il serait intéressant de déterminer s'il existe des différences au chapitre des caractéristiques psychologiques entre différents groupes de clients, en particulier en ce qui a trait au sexe et au diagnostic du client (c.-à-d., présence d'une maladie cardiovasculaire ou de diabète). Les variables de comparaison étaient le nombre de facteurs de risque, le nombre total de problèmes présentés, les quatre problèmes présentés les plus souvent mentionnés (énumérés ci-dessus), le diagnostic du DSM rajusté (c.-à-d., variable s'appliquant seulement aux praticiens qui ont évalué leur client), la présence d'une maladie chronique concomitante, les pensées suicidaires, les médicaments utilisés, la relation rajustée entre le problème présenté et la maladie chronique (afin de savoir si les problèmes psychologiques ont précédé ou suivi le diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète) et les cinq sources de stress (p. ex. travail, famille, financier, relations et social). Nous avons effectué des analyses de variance des variables continues et avons soumis à des tests du chi-carré les variables nominales. Aucune différence significative entre clients ayant un diagnostic de maladie cardiovasculaire et clients ayant un diagnostic de diabète n'a été observée. De même, aucune différence significative entre les clients de sexe masculin et ceux de sexe féminin n'a été notée. Encore une fois, il se peut que la taille relativement petite de l'échantillon et le niveau $p < 0,01$ utilisé aient empêché de mettre en évidence des différences entre groupes de clients.

Défis posés par la prestation des services aux clients

Comme dans le troisième questionnaire, les psychologues praticiens devaient décrire brièvement les trois facteurs qui rendent plus difficile la prestation des services ou qui les empêchent d'offrir les meilleurs services possibles au client sélectionné. Les défis sont regroupés en six thèmes, présentés selon leur fréquence, le premier de la liste étant le plus fréquent : manque de services ou problèmes d'accès (30% de toutes les réponses), problématique du client (26%), manque de communication et de collaboration entre les partenaires de soins (16%), manque de ressources, de financement et de services (13%), manque de soutien (12%), et problématique propre à la famille (2%) (voir la figure 6). Les participants ont décrit, sous chaque thème, plusieurs genres de défi, présentés à la figure 7. Les défis décrits ci-dessous représentent les expériences de la majorité des psychologues praticiens qui ont répondu au questionnaire; 17% des participants ont dit ne rencontrer aucune difficulté dans la prestation des services ou étaient incapables de répondre à la question (p. ex. première rencontre avec le client).

Au premier rang des défis à relever par les psychologues qui fournissent des services psychologiques on retrouve le manque de services disponibles ou les problèmes d'accès. Cela est particulièrement vrai dans le cas des services spécialisés. Dans le cadre du traitement, on doit faire appel à différentes spécialités : exercice et alimentation, populations autochtones, préoccupations relatives à l'image corporelle, diabète et obésité, clients ayant reçu un diagnostic de trouble de la personnalité, clients qui doivent subir une chirurgie bariatrique ou spécialiste dans ce domaine, et pour aider les clients à vivre avec une maladie chronique

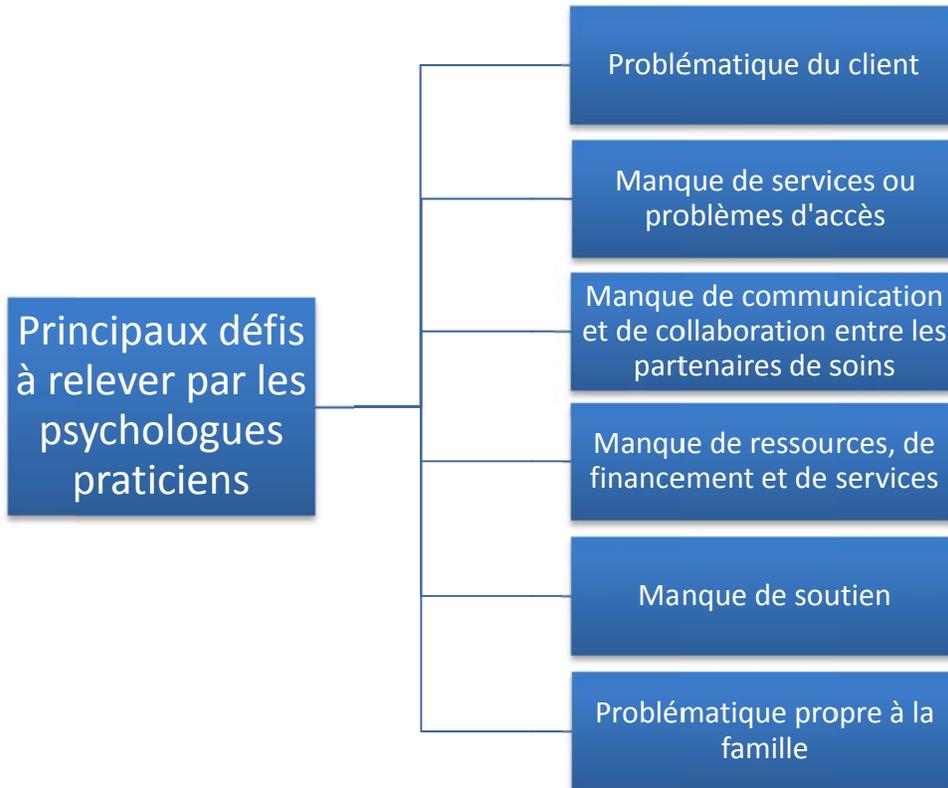


Figure 6. Quatrième questionnaire : principaux défis à relever par les psychologues praticiens au Canada dans leur travail de fournisseurs de services aux clients.

psychique et psychologique. Selon les praticiens qui ont répondu au questionnaire, les services offrant de la thérapie de groupe, les services de consultation externe qui peuvent suivre le client et les services de santé mentale en milieu de travail sont insuffisants. La disponibilité des services généraux requis par le client pose également problème. Les praticiens ont mentionné que les professionnels de la santé dans la collectivité ne suffisent pas à aider à gérer les problèmes des clients. En particulier, les praticiens ont souligné la pénurie de médecins de famille, de psychiatres et d'infirmières praticiennes. De plus, ils ont l'impression que,

Problématique du client	Gravité des problèmes de santé mentale Ambivalence à l'égard du traitement Complications aggravant la santé physique, qui interfèrent avec le traitement Personnalité ou caractéristiques démographiques Éloignement du lieu de prestation des services et problèmes de transport Autres défis
Manque de services ou problèmes d'accès	Manque de services spécialisés Disponibilité des services requis Manque de services de soutien Listes d'attente et horaires surchargés Autres défis liés aux services
Manque de communication et de collaboration entre les partenaires de soins	Entre les autres professionnels qui interviennent dans le dossier Incapacité de coordonner l'information donnée aux clients Manque de communication entre les partenaires de soins
Manque de ressources, de financement et de services	Manque de financement pour les services Manque de financement disponible pour les clients Financement insuffisant Manque de ressources
Manque de soutien	De la part des proches De la part de la collectivité De la part des fournisseurs ou des services de soins de santé
Problématique propre à la famille	Famille qui ne coopère pas Famille dysfonctionnelle

Figure 7. Quatrième questionnaire : les six défis que doivent relever les psychologues canadiens, et leurs sous-thèmes respectifs.

dans certaines unités de soins, comme les unités gériatriques et les unités spécialisées dans les troubles de l'alimentation, il y a peu d'espace pour les clients. Les listes d'attente et les horaires

surchargés représentent également un problème pour les praticiens. La lourde charge de travail des praticiens (p. ex., besoins non cliniques, nombre élevé de cas, temps limité pour le travail direct auprès des clients) n'est pas l'unique facteur à avoir une incidence négative sur les services. Les listes d'attente pour consulter d'autres fournisseurs de soins de santé, et la disponibilité de ces fournisseurs, affectent également les services. Les praticiens estiment aussi que les services de soutien mis à la disposition des partenaires et les services de soins de longue durée, de même que les services d'hébergement, ne suffisent pas. Les praticiens ont mentionné d'autres défis relatifs au manque de services, comme le peu de souplesse dans le système de soins de santé, les longues attentes avant de recevoir les services, l'incapacité d'orienter les clients dans d'autres établissements de santé public et l'obligation de donner des services aux seuls clients qui répondent à certains critères (ce qui exclue les autres clients, qui ont eux aussi besoin des services).

Les psychologues praticiens ont dégagé six problématiques chez les clients, qui ont une incidence sur les services psychologiques donnés au client. Ces défis sont les suivants : gravité des problèmes de santé mentale, ambivalence à l'égard du traitement, complications aggravant la santé physique, qui interfèrent avec le traitement, personnalité ou caractéristiques démographiques, éloignement géographique du lieu de prestation des services et problèmes de transport, et d'autres défis, classés dans la catégorie « Autre ». Les praticiens ont mentionné que, à cause de la gravité des problèmes de santé mentale du client, il est difficile de fournir les meilleurs services possibles, en ce qui a trait, en particulier, à la comorbidité et à la chronicité des problèmes de santé mentale du client. Chez certains clients, les problèmes de santé

mentale se sont aggravés avec le temps, et les troubles cognitifs et psychologiques ont nui au traitement. Un praticien a mentionné que les problèmes de santé mentale de son client ont été diagnostiqués bien après la première manifestation du problème. Pour les praticiens qui ont répondu au présent questionnaire, l'ambivalence du client à l'égard du traitement est une préoccupation majeure. Certains praticiens ont déclaré que, en général, les clients ne sont pas motivés à aller mieux, suivent irrégulièrement le traitement, ne prennent pas leurs médicaments et refusent de recourir aux services d'autres fournisseurs de soins de santé.

Les complications aggravant la santé physique du client interfèrent également avec le traitement. Les praticiens ont indiqué qu'il est parfois difficile de planifier des séances de thérapie en fonction des autres traitements médicaux du client, et que les séances de counselling sont interrompues à cause de l'hospitalisation d'un client pour subir une opération. Les problèmes de santé physique du client priment sur les problèmes psychologiques et leur traitement, ce qui contribue à limiter la communication avec le client, et empêche le client de profiter de services pédagogiques. Certains praticiens surmontent ces difficultés en tenant des séances par téléphone pour prodiguer le traitement. Selon certains praticiens, la personnalité du client ou ses caractéristiques démographiques ont une incidence sur la prestation des services psychologiques. Différents facteurs ont un impact sur les services et le traitement : style de personnalité passive du client, questions linguistiques, pensée rigide et concrète et dramatisation de l'état de santé. Plusieurs praticiens ont mentionné que l'éloignement géographique du centre de traitement ou de la clinique, ou les problèmes de transport pour s'y rendre et y recevoir des services avaient une incidence sur les services. D'autres difficultés

entravent la prestation des services psychologiques au client sélectionné. Certains clients passent des soins pédiatriques aux soins pour adultes, et ne recourent plus aux services. À cause d'horaires de travail irréguliers ou de moyens de transport variables, les clients ont de la difficulté à prendre leur santé en main. Chez certains clients, le traitement est inefficace (p. ex. techniques de réduction du stress), tandis que d'autres clients ne peuvent se trouver du travail à cause de conflits relationnels.

Les praticiens ont également l'impression que le manque de communication et de collaboration entre les partenaires de soins a un impact sur les services fournis au client sélectionné. Ils s'inquiètent, en particulier, de la faible collaboration avec les psychiatres, les médecins, les compagnies d'assurances, et entre les praticiens en exercice privé et ceux qui travaillent dans un organisme public. Selon certains praticiens, il est difficile de s'impliquer ou d'entrer en contact avec les autres fournisseurs de soins de santé pour établir le plan de traitement du client sélectionné. De plus, les praticiens déplorent l'absence apparente de concertation et de cohérence à l'égard des soins, entre les fournisseurs de soins de première ligne. Outre les problèmes découlant de l'absence de collaboration avec les autres fournisseurs de soins de santé, les praticiens ont mentionné les problèmes de communication avec les partenaires de soins, en particulier les médecins spécialistes ou les professionnels qui interviennent dans les soins donnés au client, ou encore, la clinique. Par ailleurs, les praticiens se préoccupent tous de l'incapacité à coordonner l'information donnée au client. Les praticiens ont noté que les clients reçoivent de l'information médicale contradictoire de la part des différents médecins spécialistes. La possibilité que certains médecins prescrivent des

médicaments sans connaître ou avoir consulté les autres dossiers médicaux du client et la médication utilisée au moment de prescrire les médicaments inquiète également les praticiens. Le manque de ressources ou de financement pour assurer les services est un autre défi souligné par les praticiens qui ont répondu au questionnaire. Les praticiens ont mentionné le manque de financement offert au client, en particulier pour le suivi ou les soins continus, le counselling d'emploi, la psychothérapie et les services de diététique. La capacité financière des clients pour, non seulement, profiter des soins requis, mais aussi payer les médicaments, est un autre sujet de préoccupation. Les multiples services requis (pour la santé physique et mentale) peuvent causer à la famille du client des difficultés financières. De plus, le financement pour recevoir les services psychologiques du praticien est limité. Pour plusieurs praticiens, le nombre limité de séances dont bénéficie le client empêche de lui donner les meilleurs services possible. Selon les praticiens qui ont participé au questionnaire, les restrictions quant au nombre de séances seraient le fait de garanties limitées aux régimes d'assurances et deviennent la norme dans le système public de soins de santé. En outre, les praticiens estiment que les ressources communautaires et pédagogiques mises à la disposition du client sont insuffisantes.

Les praticiens ont mentionné un cinquième défi qui nuit à la prestation des services au client sélectionné : le manque de soutien de la part des proches, de la collectivité et des fournisseurs de soins de santé. Plusieurs praticiens ont indiqué que leurs clients n'ont pas le soutien de leur famille pour les aider dans leur traitement. Les praticiens se préoccupent également du manque de soutien de la part de la collectivité, notamment en ce qui a trait aux sources de référence disponibles à la suite de l'évaluation du client, de l'absence de soutien de

la part de l'employeur pour apporter les aménagements nécessaires, du manque de soutien à long terme pour prendre en charge une maladie chronique physique et mentale et des garanties insuffisantes offertes par la compagnie d'assurances.

Pour finir, les praticiens ont mentionné deux problématiques propres à la famille, qui les empêchent de donner les meilleurs services possible au client sélectionné. Dans certains cas, la famille du client ne coopère pas; en général, c'est le partenaire ou le conjoint qui refuse de participer au counselling ou de donner des renseignements adéquats sur l'impact psychologique de la maladie du client. Dans d'autres cas, la dynamique familiale est considérée comme problématique en raison de modes de fonctionnement familiaux négatifs persistants, et réfractaires au changement.

Comparaison des résultats avec d'autres sources de données

L'examen des données tirées de toutes les enquêtes par rapport à celles obtenues d'autres sources, comme des établissements publics et des articles de revue publiés, qui avaient des construits d'enquêtes semblables s'inscrivait aussi dans les objectifs du projet. Cette comparaison visait à aider à déterminer la validité convergente des données démographiques et cliniques agrégées des enquêtes du projet. Les renseignements obtenus sur les caractéristiques démographiques et de la pratique des praticiens de la psychologie ont été comparés à des données semblables obtenues d'autres sources, notamment la recherche évaluée par les pairs. Une recherche des articles de revue publiés a été effectuée dans PsychInfo et PsycNET⁹, à l'aide d'une combinaison des termes de recherche suivants :

⁹ PsychInfo et PsycNET font partie des bases de données électroniques de l'American Psychological Association qui publient les ressources qui font le plus autorité et qui sont les plus exhaustives en sciences du comportement.

démographie, psychologie, clinique et santé mentale. Malheureusement, les données des caractéristiques démographiques et cliniques sur les enfants et les jeunes clients (Enquête 3) et les clients atteints d'une MCV ou du diabète (Enquête 4) ne pouvaient pas être comparées avec les données provenant d'autres sources parce que nous n'avons pas pu à ce moment trouver de données comparables qui faisaient état des caractéristiques cliniques des clients des praticiens de la psychologie. La plus grande part des données disponibles sur les problèmes de santé mentale les décrivent dans une population générale. Nous étions d'avis qu'il ne serait pas approprié de comparer la prévalence des problèmes de santé mentale dans un échantillon de clients qui avaient cherché précisément des services de psychologie (bien que nous ne savions pas si cet échantillon était représentatif de tous les clients qui cherchaient à obtenir des services de psychologie) avec les taux de prévalence des problèmes de santé mentale des échantillons représentatifs de la population en générale. Évidemment, il y aura davantage de personnes qui présentent des problèmes et des troubles de santé mentale dans un échantillon de clients des psychologues qu'il n'y en aura dans la population générale. Cependant, nous avons été en mesure de comparer certaines caractéristiques démographiques et cliniques de notre échantillon de clients général (Enquête 2) avec des données semblables recueillies dans le cadre du projet pilote (le précurseur du projet actuel) et de l'enquête PracticeNet¹⁰ de l'American Psychological Association (APA) (un réseau électronique qui recueille des renseignements au sujet de la psychologie professionnelle provenant des psychologues dans la

¹⁰ Pour plus d'information sur l'étude de PracticeNet, veuillez vous rendre au lien suivant : <http://apapracticenet.net/introduction.asp>

pratique). Une grande part des données pertinentes trouvées est résumée ici et comparée par rapport aux constatations du présent projet.

Données sur les praticiens

Les données sur les caractéristiques démographiques et de la pratique des praticiens de la psychologie ont été recueillies depuis les années 1960. Malheureusement, les études n'ont pas recueilli les mêmes types de données sur les praticiens de la psychologie, mais il y a certaines similarités dans la collecte de données entre les études (voir le tableau 26 et le tableau 27). Pour des fins de simplification, la comparaison des données sur les praticiens a été séparée dans deux tableaux; le tableau 26 indique les données des études menées aux États-Unis et le tableau 27 indique celles des études menées au Canada. Six des études américaines (Garfield & Kurtz, 1976; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Norcross et coll., 2005; Prochaska & Norcross, 1983; Rachelson & Clance, 1980) ont porté sur les praticiens de la psychologie qui étaient membres d'une division précise de l'American Psychological Association (p. ex. psychologie clinique, psychothérapie). La septième étude, celle de PracticeNet de l'APA (Bufka et coll., 2005), était ouverte à tous les membres de l'APA compte non tenu de l'appartenance à une division précise. Une étude de Hunsley et Lefebvre (1990) qui a échantillonné les membres du Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé (RCPOSS), celle de l'Association of State and Provincial Psychology Boards (ASPPB) qui a recueilli des données sur les praticiens de la psychologie autorisés aux États-Unis et au Canada en 2008-2009 (communication personnelle de J. Hunsley, le 10 novembre 2009), ainsi qu'une étude dans le cadre du projet pilote du Réseau de la pratique électronique de la Société

canadienne de psychologie qui a recueilli des données semblables à celles du présent projet faisaient partie des données canadiennes comparatives utilisées.

L'âge moyen des praticiens de la psychologie dans toutes les études, lorsqu'il était relevé, était relativement semblable, soit de 43,1 à 53,3 ans. Même s'il n'y avait que très peu de représentation des praticiennes dans la plupart des études américaines dans les échantillons de comparaisons (un reflet relativement exact des données démographiques actuelles des praticiens aux États-Unis au moment de chaque enquête), la proportion de praticiennes en psychologie est passée avec le temps de 16% en 1976 à 55% en 2003. Les données des études canadiennes ont révélé une tendance semblable, passant de 21,6% en 1990 à 74,2% dans l'étude actuelle. Cependant, il se pourrait que la représentation de 74% des praticiennes de la psychologie dans ce projet pourrait surestimer le nombre de psychologues autorisés femmes. Il y avait une grande différence dans les études sur le plan des diplômes. Presque tous les praticiens dans les études menées aux États-Unis étaient titulaires d'un doctorat (86-99% des participants), contrairement aux praticiens dans le présent projet et d'autres études canadiennes où il y avait entre 59% et 81% des praticiens participants qui étaient titulaires d'un doctorat. Cette différence s'explique par les différences dans les exigences relatives à l'autorisation d'exercer aux États-Unis et au Canada en ce sens où le doctorat est requis pour l'autorisation d'exercer des psychologues dans la plupart des administrations américaines ce qui n'est pas le cas au Canada¹¹. Peu d'études ont demandé aux praticiens d'indiquer le domaine de la psychologie dans lequel ils avaient obtenu leur diplôme (Bufka et coll., 2005;

¹¹ <http://www.cpa.ca/education/accreditation/PTlicensingrequirements/>

Cohen et coll., 2008; Morrow-Bradley & Elliott, 1986; Norcross et coll., 2005). Sauf pour une étude (Norcross et coll., 2005) où la proportion des praticiens titulaires de diplôme en psychologie clinique et en psychologie du counseling était différente que le reste, il y avait une proportion semblable de praticiens dans l'ensemble des études qui avaient obtenu leur diplôme en psychologie clinique (61-72%) et en psychologie du counseling (11-18%). Le projet pilote (Cohen et coll., 2008) a fait état d'une prévalence beaucoup plus faible de praticiens titulaires de diplôme en psychologie clinique seulement (47,5%).

Certaines des études ont demandé aux praticiens d'indiquer leur nombre d'années de pratique ce qui a produit une certaine variabilité entre les études. Rachelson et Clance (1980), Cohen et coll. (2008) et les données de l'ASPPB (communication personnelle de J. Hunsley, le 10 novembre 2009) ont révélé une proportion semblable de praticiens qui avaient été dans la pratique pendant moins de 10 ans comme ce fut notre cas, soit environ 53-60%. Cette proportion est beaucoup moins élevée dans d'autres études qui ont évalué cette caractéristique de la pratique (Garfield & Kurtz, 1976; Prochaska & Norcross, 1983). Certaines des études aux États-Unis ont révélé une proportion beaucoup plus élevée de praticiens dans la pratique privée (51% et 61%) que dans le présent projet et d'autres études canadiennes (25-33%). Toutefois les données sur les praticiens étaient relativement semblables en ce qui touche le temps passé dans des activités professionnelles particulières. Dans chaque enquête, y compris le présent projet, la plus grande proportion du temps des praticiens était passée dans l'intervention ou le traitement (p. ex. la psychothérapie individuelle). Il y avait des différences en ce qui concerne le temps professionnel passé à l'évaluation, l'enseignement et la recherche,

où les praticiens des études faites au Canada passaient plus de temps à faire des évaluations que les praticiens dans les études américaines.

Données sur les clients en général

Comme il a été mentionné précédemment, il y a peu de données sur les caractéristiques démographiques et cliniques sur les clients des praticiens de la psychologie. Nous étions d'avis qu'il serait approprié de comparer les données sur les clients de l'Enquête 2 avec celles de l'étude précurseur et l'inspiration du présent projet, c.-à-d. le projet pilote de Cohen et coll. (2008), et l'enquête de PracticeNet de l'APA (Bufka et coll., 2005). Même si nous pouvons faire des comparaisons générales entre les données, nous ne pouvons pas tirer de conclusions précises en ce moment en raison du manque de données et des différences dans les tailles d'échantillon. Le projet pilote (Cohen et coll., 2008) n'a été en mesure de ne recueillir des données que sur 58 praticiens et les données signalées obtenues dans l'enquête PracticeNet de l'APA est un agrégat des résultats de toutes les enquêtes menées entre 2001 et 2003. Les données démographiques des clients (c.-à-d. âge, sexe, ethnicité et situation de famille) et les caractéristiques de fonctionnement psychosocial (certains problèmes de santé mentale, diagnostic, source d'aiguillage et médication) sont indiquées au tableau 28.

En grande partie, les données démographiques des clients étaient semblables dans l'ensemble des études, particulièrement en ce qui concerne l'âge des clients (entre 32 et 38 ans), le sexe (une plus grande proportion de clientes échantillonnées) et l'ethnicité (principalement des Blancs). La proportion de clients qui étaient mariés était semblable dans l'ensemble des études (environ le quart des clients), mais il y avait une proportion plus élevée

de clients dans l'enquête de PracticeNet de l'APA qui n'avaient jamais été mariés ou qui s'étaient divorcés. Un plus grand nombre de différences entre les clients sont apparues en ce qui concerne les caractéristiques de fonctionnement psychosocial du client. La proportion de clients ayant des problèmes d'humeur était semblable dans l'ensemble des études. Cependant, les clients vus par les praticiens qui ont participé à l'enquête PracticeNet de l'APA avaient des taux plus faibles d'anxiété et de problèmes d'ajustement et des taux plus élevés de consommation de drogues et de problèmes de personnalité comparativement aux clients des praticiens dans le présent projet et le projet pilote¹². En outre, en examinant si le client avait effectivement reçu un diagnostic conforme au Diagnostic and Statistics Manual-IV-TR (APA, 1994), les taux de diagnostic étaient beaucoup plus élevés chez les clients des praticiens qui ont participé à l'étude PracticeNet (86-90%) comparativement aux clients du présent projet (51-62%) et le projet pilote (67%). Cette constatation peut être liée au fait que le doctorat est une exigence prédominante de l'autorisation d'exercer aux États-Unis, que plus d'échantillons de psychologues américains sont titulaires d'un doctorat, plutôt que d'une maîtrise, comparativement aux échantillons canadiens. Dans le projet actuel, nous avons observé qu'il était beaucoup plus vraisemblable que les psychologues titulaires d'un doctorat fassent des diagnostics DSM, plutôt que les psychologues titulaires d'une maîtrise.

La proportion de clients qui s'étaient présentés eux-mêmes à un psychologue ou qui avaient été aiguillés par des professionnels était relativement semblable entre les études. Il y avait un taux légèrement plus faible de clients qui s'étaient présentés eux-mêmes dans le projet pilote et un

¹² Exception : Les clients des praticiens dans le projet pilote manifestaient le taux le plus élevé de problèmes de personnalité. Tous les autres énoncés de comparaison sont véridiques.

taux légèrement plus faible de personnes qui avaient été aiguillées par d'autres professionnels dans le présent projet comparativement aux autres études. La proportion de clients qui prenaient des médicaments était semblable dans le présent projet et le projet pilote, mais légèrement plus élevée dans l'enquête PracticeNet de l'APA. Le professionnel de la santé qui avait prescrit le médicament aux clients était différent entre les études; dans le projet PracticeNet de l'APA et le projet pilote, un plus grand nombre de psychiatres que de médecins avaient prescrit des médicaments aux clients alors que l'inverse était vrai dans le présent projet.

Commentaires sur la validité convergente

Des renseignements pertinents au sujet des praticiens de la psychologie et sur les caractéristiques démographiques et de santé mentale des clients ont été recueillis dans des articles et des rapports évalués par des pairs et comparés avec les constatations du présent projet. Cette comparaison a été accomplie dans le but de déterminer si les conclusions du présent projet sont conséquentes avec les données d'autres sources. Les comparaisons entre les études de cette nature posent des défis parce qu'elles sont menées à différents points dans le temps, échantillonnent des individus différents et posent différentes questions. Cependant, plusieurs points de convergence dans les données ont ressorti. Même si certaines caractéristiques de la pratique et démographiques de notre échantillon de psychologues étaient comparables à d'autres sources de données, il était clair que les tendances démographiques et de la pratique ont changé au cours des 50 dernières années. Les données étaient convergentes quant à l'âge moyen des praticiens, le domaine de spécialisation (c.-à-d. la

psychologie clinique en prédominance), et la répartition des heures du professionnel (c.-à-d. qu'il s'occupait principalement d'intervention/traitement). D'autres données sur les praticiens ont changé avec le temps, particulièrement le sexe des praticiens de la psychologie (c.-à-d. qu'il y a davantage de femmes représentées actuellement dans la profession que par le passé), les années d'expérience dans la pratique (c.-à-d. une plus grande proportion de praticiens en début de carrière ont participé à l'étude), et le nombre dans la pratique privée (c.-à-d. qu'il semble y avoir un plus grand nombre de psychologues qui pratiquent dans le secteur privé aujourd'hui que dans le passé).

Même si les clients étaient semblables dans l'ensemble des études en termes de démographie, il y avait des différences notables en ce qui touche le fonctionnement psychosocial. Les taux de prévalence des troubles de l'humeur et de l'anxiété chez les clients étaient semblables dans le présent projet qu'avec ceux du projet pilote, mais différent des données des clients américains. De la même façon, la proportion de clients qui prenaient des médicaments et par qui ces médicaments étaient prescrits était différente entre les clients canadiens et américains. Comme il a été mentionné précédemment, ces comparaisons ne sont pas particulièrement concluantes, mais nous avons obtenu une plus grande compréhension des types de clients qui accèdent aux services de psychologie—et ils semblent semblables au Canada et aux États-Unis—et les problèmes de santé mentale qu'ils présentent au praticien—semblent être différents au Canada et aux États-Unis. Les données sur les enfants et les jeunes clients, ainsi que les clients des services de psychologie qui ont été diagnostiqués d'une MCV ou du diabète, ne pouvaient se comparer à celles des autres sources. C'est là une indication qu'il

faut mener davantage de recherche sur différents groupes de clients et leurs problèmes de santé mentale. Il se pourrait qu'à mesure que des données sur les clients des praticiens font surface, nous obtiendrons une image plus claire des types de clients qui utilisent les services psychologiques et les problèmes qu'ils présentent aux praticiens de la psychologie.

Rétroaction au sujet des expériences du sondage

Dans le cadre des objectifs du projet, après avoir réussi à recueillir et analyser les données des quatre sondages, nous avons effectué une évaluation formative des procédures du sondage. En plus d'avoir fait réviser le Manuel des procédures du sondage par des experts, nous avons demandé à un petit sous-échantillon de participants qui avaient répondu aux sondages 3 et 4 de remplir un questionnaire de rétroaction au sujet de leur expérience du sondage. Avec l'aide du consultant de projet D^r John Hunsley et de la chef de la direction de la SCP, D^{re} Karen Cohen, le questionnaire de rétroaction a été élaboré dans le but de cibler les domaines d'intérêt clés suivants à partir desquels obtenir une rétroaction (voir à l'annexe XX le questionnaire au complet) :

- Temps requis pour répondre au questionnaire
- Contenu des sondages futurs
- Réponses aux questions en ligne (p. ex., clarté, facilité)
- Étendue/profondeur des questions
- Fonctionnalité du questionnaire en ligne/méthodologie utilisée
- Diffusion de l'information
- Rémunération et recrutement

Les questions ont été élaborées en fonction de ces concepts dans le but d'améliorer l'utilisabilité et la clarté des sondages futurs, réduire le fardeau sur le répondant, cibler des sujets importants dans la pratique de la psychologie dans les sondages futurs, diffuser les conclusions de la manière la plus efficace et utile possible et acquérir la rétroaction sur l'expérience d'ensemble de remplir les sondages.

Lorsque le questionnaire a été finalisé, les questions du sondage ont été saisies dans une base de données de sondage en ligne appelée Lime Survey. Lime Survey est un site de sondage en ligne qui ne demande pas aux participants d'entrer des renseignements d'ouverture de session et toutes les données soumises restent entièrement anonymes. On a envoyé à tous les participants qui ont rempli le sondage 3 et le sondage 4 un courriel de recrutement (voir l'annexe XX) leur demandant de formuler une rétroaction sur leur expérience relative au sondage. Nous voulions recruter 30 participants qui nous livreraient leur rétroaction, soit environ 10 participants francophones et 20 participants anglophones avec une distribution égale de chaque sondage. Nous avons fait parvenir aux participants intéressés un lien au sondage et ils disposaient de deux semaines pour y répondre.

Résultats

À la fin de la période de deux semaines, 31 praticiens ont fait parvenir leur rétroaction au sujet de leur expérience du sondage. Nous avons demandé aux praticiens les sondages auxquels ils avaient participé pendant tout le projet; 55% avaient répondu au sondage 3 et 55% avaient répondu au sondage 4 (19% des praticiens avaient répondu aux deux sondages). Cinquante-huit pour cent des praticiens avaient aussi répondu au sondage 1 et 29% avaient

aussi répondu au sondage 2. Parmi les praticiens qui ont formulé une rétroaction, 74% avaient répondu aux sondages en anglais et 26% en français.

La section suivante du questionnaire de rétroaction demandait aux participants de formuler des idées au sujet du contenu des sondages à l'avenir, particulièrement en ce qui touche les populations spécifiques de clients et de problèmes psychologiques. Les praticiens ont suggéré que les sondages futurs pourraient s'intéresser aux problèmes dans les populations de clients suivantes : les Premières nations, le militaire, les adultes plus âgés, les enfants et les adolescents et les nouveaux arrivants, les immigrants et les réfugiés. Les populations de clients éprouvant des maladies mentales graves et persistantes, les sans abri, les clients ayant subi des traumatismes crâniens, les clients au prise avec des problèmes de toxicomanie, les femmes victimes d'abus sexuel et les jeunes adultes (p. ex., ayant des troubles de l'alimentation ou qui vivent avec leurs parents et qui n'ont pas été en mesure de se détacher) sont au nombre des suggestions moins fréquemment mentionnées. De nombreuses suggestions concernant des problèmes psychologiques spécifiques ont été mises de l'avant par les praticiens qui ont répondu au questionnaire de rétroaction. Il s'agissait notamment des problèmes de toxicomanie ou de dépendance aux médicaments, des problèmes d'attachement, des problèmes d'anxiété et des troubles d'humeur, de déficiences cognitives et de problèmes d'attention. Certains praticiens ont également fait valoir que les sondages futurs pourraient cibler les troubles de la personnalité, les troubles causés par l'alcoolisation fœtale et les traumatismes et la douleur ainsi que le trouble de stress post-traumatique. Les praticiens ont également formulé d'autres suggestions quant au contenu de sondages futurs. Notamment un

point de mire sur les pratiques spéciales chez les fournisseurs, les stratégies et les approches thérapeutiques, la recherche sur les systèmes de santé, le rôle de la connaissance psychologique dans la pratique d'autres professions, les études longitudinales, la politique et la législation relatives à la santé mentale et les choix de carrières des étudiants en psychologie clinique—c'est-à-dire le monde universitaire par opposition au monde de la pratique.

Près de la moitié des praticiens (48%) ont indiqué qu'ils avaient passé de 10 à 20 minutes en moyenne à répondre au(x) questionnaire(s). Environ le tiers (32%) des praticiens avaient pris plus de 20 minutes pour remplir le ou les questionnaires. Les autres praticiens ont indiqué qu'ils avaient passé moins de 10 minutes à répondre au(x) questionnaire(s). Nous avons demandé aux praticiens d'indiquer le temps qu'ils avaient passé à répondre au questionnaire s'ils avaient indiqué qu'il leur avait fallu plus de 20 minutes et 16% de ces praticiens ont indiqué qu'ils avaient pris de 30 à 45 minutes pour répondre au questionnaire. Six pour cent a indiqué qu'il avait fallu de 20 à 25 minutes pour remplir le questionnaire. Cinquante-huit pour cent des praticiens ont indiqué qu'un questionnaire d'une durée de 10 à 30 minutes est acceptable pour un sondage, alors que 32% des praticiens ont indiqué qu'il était acceptable de prendre de 30 à 45 minutes pour répondre à un sondage.

La majorité des praticiens qui ont répondu au questionnaire de rétroaction étaient en accord ou fortement en accord qu'il était facile pour eux de répondre aux données démographiques concernant le client (p. ex., âge, sexe, état matrimonial, etc.), aux caractéristiques de service (p. ex. services fournis, contexte de la pratique, etc.) et aux questions sur le fonctionnement psychosocial du client (p. ex. facteurs de risque, problèmes

présentés, etc.), c'est-à-dire qu'ils avaient facilement accès aux renseignements ou ils pouvaient facilement se rappeler des détails relatifs au client choisi. Dans un même ordre d'idées, la majorité des praticiens étaient d'accord ou fortement d'accord que ces mêmes questions étaient claires et facilement compréhensibles. Les praticiens étaient en mesure d'ajouter des commentaires ou des suggestions au sujet de ces groupes de questions comme dans la catégorie « autre » pour la plupart des questions parce que certains praticiens trouvaient qu'il était difficile de catégoriser certains clients dans certaines dimensions. Un répondant a mentionné que les questions sur les caractéristiques de service ne capturaient pas le processus de planification du traitement et que nous devrions songer à demander les traitements qui sont considérés, mais qui n'ont pas encore été coordonnés ou assurés. Aussi, les états chroniques ne pourraient pas être aussi unidimensionnels que ne le laissent entendre les questions. On a suggéré que nous essayons de cibler l'interaction entre les états chroniques et la santé mentale davantage en profondeur.

Dans un même ordre d'idée, nous avons demandé aux praticiens si les données démographiques relatives aux clients, les caractéristiques de service et les questions au sujet du fonctionnement psychosocial des clients saisissaient de façon adéquate tous les renseignements pertinents au sujet du client choisi. La majorité des praticiens, entre 74 et 84%, étaient d'accord que les questions mentionnées précédemment ciblait adéquatement les renseignements pertinents au client. Plusieurs praticiens ont offert des suggestions dans le but d'améliorer la portée des questions. Au sujet des renseignements démographiques, il a été suggéré que nous continuions à demander des questions au sujet de la langue du client et de

tout accommodement nécessaire (p. ex. si le client était malentendant), de se concentrer davantage sur la distinction rurale-urbaine des populations de clients et de demander s'il y avait des problèmes de dépendance aux médicaments, comme celle aux opioïdes. Les aspects spirituels des services de psychologie, les stressés légaux, l'approche transdisciplinaire dans le contexte des soins primaires et une insistance accrue sur les questions concernant les séances avec le ou les parents ou le ou les gardiens (en menant des sondages auprès des enfants et des jeunes clients) faisaient partie des suggestions de questions sur les caractéristiques de service additionnelles. Peu de suggestions ont été formulées au sujet des questions sur le fonctionnement psychosocial des clients; cependant, on a noté que les questions pourraient porter sur l'aspect spirituel du fonctionnement psychosocial et si le client était compétent ou avait besoin qu'un gardien lui soit assigné.

À peu près tous les praticiens étaient d'accord ou fortement en accord que le questionnaire en ligne était facile à utiliser et commode. Même si plus de la moitié des praticiens étaient d'accord ou fortement en accord que la méthodologie d'échantillonnage en temps réel était aussi facile et commode à utiliser, certains praticiens n'en convenaient pas. Être invité à remplir un sondage alors qu'on est en vacances, profiter d'un délai plus long pour remplir le sondage (p. ex., 72 heures plutôt que 48 heures) et la difficulté de gérer une réponse dans le cadre de temps avec les horaires occupés et des circonstances imprévues faisaient partie des problèmes soulevés en ce qui concerne l'échantillonnage en temps réel. Aucun participant n'a indiqué qu'il fallait enlever des questions des sondages originaux.

Nous avons demandé aux praticiens de formuler une rétroaction en ce qui concerne le processus de diffusion de l'information. Tout particulièrement, nous étions intéressés à savoir ce que les praticiens pensaient que la SCP devrait faire de l'information obtenue des sondages. Plus de la moitié des praticiens ont indiqué que la SCP devrait publier les résultats des sondages du projet non seulement dans les revues universitaires, mais aussi dans Psynopsis (publication des membres de la SCP), sur le site Web de la SCP et aussi profiter de la diffusion que pouvaient faire les associations et les organismes réglementaires provinciaux. Les praticiens ont souligné l'importance de remettre cette information aux participants du sondage, aux membres de la SCP et aux psychologues qui pourraient délimiter la valeur du service fourni par les psychologues et le rôle de la psychologie au Canada. Nous avons également noté que les résultats du projet pourraient être utilisés dans le cadre des activités de représentation dans le domaine des services de santé mentale auprès de groupes de clients particuliers et promouvoir le rôle de la psychologie dans les pratiques de soins de santé. De plus, certains praticiens ont souligné qu'il serait important de diffuser les résultats de ce projet auprès du grand public dans le but de créer une sensibilisation à l'efficacité des traitements en psychologie.

Nous avons demandé aux praticiens d'indiquer ce que serait le meilleur véhicule pour transmettre les résultats des sondages au grand public, aux praticiens de la psychologie et au gouvernement et/ou décideurs. Un nombre égal de praticiens ont signalé que les médias sociaux (61%) et les brochures (61%) constitueraient le meilleur mécanisme de transmission des résultats de ce projet au grand public et environ la moitié des praticiens (55%) ont indiqué que le site Web de la SCP serait aussi un tout aussi bon véhicule de transmission de l'information au

public. Moins de la moitié des praticiens ont indiqué que les revues (36%) et d'« autres » méthodes (42%) seraient idéales pour transmettre les résultats au grand public. Les participants avaient une opinion différente quant au meilleur véhicule pour transmettre les résultats à d'autres praticiens de la psychologie; la majorité des praticiens ont indiqué que le site Web de la SCP (81%) et les revues (71%) seraient un véhicule idéal. Les médias sociaux (29%), les brochures (26%) et les « autres » méthodes (36%) recevaient moins fréquemment l'aval comme de bons moyens de transmettre les résultats à d'autres praticiens de la psychologie. Près de la moitié des praticiens ont indiqué que le site Web de la SCP (48%) et les brochures (48%) seraient un bon moyen de diffuser l'information auprès des gouvernements ou des décideurs. Les médias sociaux (26%) et les revues (36%) recevaient moins fréquemment l'aval comme de bons véhicules pour transmettre les résultats au gouvernement ou aux décideurs. Cependant, les praticiens ont mentionné que d'« autres » méthodes (55%) pourraient être plus efficaces pour transmettre les résultats du projet au gouvernement et aux décideurs. Un grand nombre de praticiens ont souligné que des réunions directes, l'envoi de rapports ou de résumés, la création de brochures ciblées dans la langue appropriée pour tous les niveaux de gouvernement et de décideurs seraient une très bonne façon de diffuser les résultats de ce projet. Les praticiens ont également noté d'autres manières de diffuser les résultats de ce projet au grand public et à d'autres praticiens de la psychologie. Les communiqués de presse et les nouvelles à la télévision, à la radio et dans les journaux ont le plus souvent été signalés comme les « autres » méthodes de transmission de l'information au grand public. Encore ici, les praticiens ont souligné que la publication des conclusions du projet dans le bulletin des

associations provinciales serait une très bonne façon de transmettre les conclusions du projet aux praticiens de la psychologie.

Les sondages créés à partir du projet et les résultats qui en découlent sont inestimables dans la description de la pratique des psychologues et, par conséquent, leur rôle dans la gestion des problèmes de santé mentale des Canadiens. Cela étant dit, il pourrait être difficile d'aller de l'avant avec les sondages futurs sans l'entente de contribution avec l'Agence de la santé publique du Canada, qui nous a permis de dédommager les praticiens pour le temps qu'ils ont passé à remplir les sondages. Par conséquent, nous avons demandé aux praticiens s'ils répondraient à d'autres sondages additionnels de ce type sans rémunération financière; 74% d'entre eux ont indiqué qu'ils répondraient de bon gré aux sondages futurs sans rémunération financière, mais 19% n'ont pas voulu répondre à la question. De plus, nous avons demandé aux praticiens qui ont participé s'ils avaient des idées sur la façon d'encourager les praticiens de la psychologie à participer au processus de sondage sans qu'ils ne reçoivent de rémunération financière. Un grand nombre de praticiens ont indiqué qu'ils souligneraient l'importance de la recherche dans la pratique de la psychologie et ce que les conclusions peuvent faire pour la promotion de la profession de la psychologie et appuyer le profil public et gouvernemental de la psychologie. D'autres praticiens ont noté que le fait de fournir des résultats aux praticiens qui ont participé, en réduisant au minimum (environ 20 minutes tout au plus) le temps consacré aux sondages et en démontrant comment les résultats seront partagés avec les intervenants (p. ex., le grand public, les directions pertinentes du gouvernement) encourageraient la participation. Certains praticiens ont également fait des suggestions d'incitatifs, comme des

crédits ou des certificats pour des livres, des rabais pour les frais d'adhésion, des rabais pour les frais de congrès et des crédits d'éducation permanente.

En plus de demander aux praticiens comment nous pouvions encourager la participation aux sondages futurs, nous avons aussi demandé aux praticiens d'identifier une durée idéale de réponse à ces sondages et la meilleure méthode qui permettrait d'aviser les praticiens au sujet des sondages à venir. Soixante-quatre pour cent des praticiens ont indiqué que n'importe quand au cours de l'année serait un bon moment pour recruter des participants au sondage. Le recrutement des participants au sondage au cours d'un renouvellement de l'adhésion à la SCP ou une inscription provinciale recevait l'assentiment de 36% et 42% des praticiens respectivement. Une minorité de praticiens a indiqué que le moment idéal pour le recrutement dans le cadre d'un sondage, comme les mois d'automne ou d'hiver et avant ou après des élections. Les praticiens qui ont participé ont indiqué que la meilleure méthode pour aviser les praticiens de la psychologie au sujet de sondages à venir est par le courrier électronique (84%). Certains praticiens ont aussi indiqué que Psynopsis (45%), le Portail de recrutement des participants en recherche de la SCP (PRPR; 36%) et par le truchement des organismes réglementaires provinciaux et territoriaux (36%) seraient aussi de bonnes méthodes pour aviser les praticiens de la participation à un sondage.

Un grand nombre de praticiens ont formulé des commentaires additionnels au sujet de leur expérience du sondage. Ces commentaires présentaient une rétroaction grandement positive indiquant qu'ils avaient aimé participer et appréciaient la recherche sur la pratique de la psychologie au Canada. Certains praticiens ont profité de l'occasion pour mettre l'accent sur

la nécessité de faire valoir au public que la psychologie peut aider et qu'ils attendent avec impatience de voir les résultats de ce projet.

Principales recommandations au sujet des sondages futurs

- Maintenir la durée du sondage à environ 20 à 30 minutes, ce qui est jugé acceptable et qui ne constitue pas un trop lourd fardeau.
- Maintenir le niveau de langage et de spécificité des questions actuelles étant donné qu'elles sont claires, compréhensibles et que l'information nécessaire pour répondre aux questions est facilement disponible.
- Maintenir l'uniformité des questions démographiques sur les clients; continuer de poser des questions sur la langue et le contexte résidentiel du client (p. ex. rural ou urbain).
- Même si les praticiens ne semblaient pas favoriser une période de l'année ou une autre pour le recrutement de répondants au sondage, nous sommes d'avis qu'il est plus difficile de recruter des participants au cours de l'été et à l'approche des congés des fêtes. Le recrutement pour les sondages devrait éviter à l'avenir ces périodes de l'année.
- Les sondages futurs devraient se concentrer sur la collecte de données démographiques et cliniques sur des populations de clients spécifiques. Les suggestions pour les populations de clients ciblées comprenaient les Premières nations, le militaire, les adultes plus âgés, les enfants et les adolescents et les nouveaux arrivants, les immigrants et les réfugiés. Les sondages futurs devraient aussi cibler des problèmes particuliers, comme la toxicomanie, les troubles de l'enfance (p. ex., l'attachement, les

problèmes d'attention), les problèmes d'anxiété et d'humeur et les déficiences cognitives.

- Diffuser les résultats de ce projet et des sondages futurs aux intervenants intéressés, notamment le grand public, les praticiens de la psychologie et les décideurs dans le but de promouvoir le rôle de la psychologie dans la pratique de la santé et le bien-être.

Conclusions

Les objectifs et les résultats attendus à chaque étape du projet se sont entièrement concrétisés. Nous avons réussi à recruter un échantillon représentatif de plus de 500 psychologues praticiens de partout au Canada, qui nous ont fourni de l'information sur leurs activités professionnelles en tant que praticiens, ainsi que des données démographiques les concernant. De plus, nous sommes parvenus à recruter des participants qui ont accepté de remplir un questionnaire général sur leur clientèle, ainsi que deux autres questionnaires portant sur les caractéristiques démographiques d'un client sélectionné de façon aléatoire, et les particularités de ce client sur le plan de la santé mentale. Bien que l'échantillonnage en temps réel ne soit pas un outil méthodologique infaillible, nous avons été en mesure, avec cette méthode, de confirmer une cohérence moyenne entre les deux volets du deuxième questionnaire. L'analyse du quatrième questionnaire donne à penser que l'échantillonnage en temps réel est plus utile pour la conception d'un questionnaire général sur la clientèle (comme les deuxième et troisième questionnaires), comparativement à un questionnaire ciblé, qui s'adresse à un groupe de clients particuliers (clients ayant un diagnostic de maladie cardiovasculaire ou de diabète, comme c'est le cas du quatrième questionnaire). Les

commentaires et suggestions fournis par les participants (présentés en détail dans le rapport final) aideront à améliorer la pertinence et l'exhaustivité des futurs questionnaires qui seront élaborés dans le cadre de ce projet, ainsi que la conception de futurs instruments d'enquête. La SCP entretient l'espoir qu'elle peut soutenir le projet et examine actuellement des façons avec lesquelles nous pouvons recueillir davantage de données courantes au sujet de la prestation des services de psychologie au Canada.

Bibliographie

- American Psychiatric Association. (2000). *DSM IV-TR: Diagnostic and statistical manual for mental disorders* (Revised 4th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Bufka, L., Reed, G.M., Tucker, J.A., & Iguchi, M.Y. (2005). APA's Practice Research Network. Paper presented at 113th Annual Convention of the American Psychological Association, Washington, DC.
- Cohen, K., Hunsley, J., Westmacott, R., & Flear, N. (2008). *Development and implementation of an electronic practice network for mental health surveillance in Canada—Final Report*. Canadian Psychological Association: Ottawa, Canada.
- Garfield, S.L., & Kurtz, R. (1976). Clinical psychologists in the 1970s. *American Psychologist*, 31, 1-9.
- Hunsley, J., & Lefebvre, M. (1990). A survey of the practices and activities of Canadian clinical psychologists. *Canadian Psychology*, 31, 350-358.
- Morrow-Bradley, C., & Elliott, R. (1986). Utilization of psychotherapy research by practicing psychotherapists. *American Psychologist*, 41, 188-197.
- Norcross, J.C., Karg, R.S., & Prochaska, J.O. (1997). Clinical psychologists in the 1990s: II. *The Clinical Psychologist*, 50(3), 4-11.
- Norcross, J.C., Karpiak, C.P., & Santoro, S.O. (2005). Clinical psychologists across the years: The Division of Clinical Psychology from 1960 to 2003. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 1467-1483.

Norcross, J.C., & Wogan, M. (1983). American psychotherapists of diverse persuasions:

Characteristics, theories, practices, and clients. *Professional Psychology: Research and Practice, 14*, 529-539.

Prochaska, J.O., & Norcross, J.C. (1983). Contemporary psychotherapists: A national survey of characteristics, practices, orientations, and attitudes. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice, 20*, 161-173.

Rachelson, J., & Clance, P.R. (1980). Attitudes of psychotherapists toward the 1970 APA standards for psychotherapy training. *Professional Psychology, 11*, 261-267.

Tableau 1

Enquête 1 : Données démographiques des psychologues autorisés au Canada

Variable		Fréquence	%
Sexe	Femme	399	74.2
	Homme	139	25.8
Diplôme	Maîtrise	221	41.1
	Doctorat	317	58.9
Domaine de la psychologie	Psychologie clinique	329	61.2
	Psychologie de counseling	65	12.1
	Neuropsychologie clinique	42	7.8
	Psychologie scolaire	42	7.8
	Autre ^a	60	11.2
Province	Colombie-Britannique	34	6.3
	Alberta	50	9.3
	Saskatchewan	29	5.4
	Manitoba	19	3.5
	Ontario	170	31.6
	Québec	190	35.3
	Provinces de l'est ^b	46	8.5
Lieu de résidence	Urbain	518	96.3
	Rurale	20	3.7

^a Vingt champs de la psychologie supplémentaires figuraient dans la catégorie « Autre », notamment la psychologie du développement (1,9%), la psychopédagogie (1,7%), la psychologie expérimentale (1,7%) et la psychologie sociale (0,7%). En outre, plusieurs participants ont indiqué posséder un diplôme combinant la psychologie clinique et la psychologie du counseling (0,9%) ou la psychologie clinique et la psychologie scolaire (1,3%).

^b Les provinces de l'est du Canada sont le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. À cause de l'effectif insuffisant des cellules (moins de 10 dans certaines provinces), les données ont été combinées.

Tableau 2

Enquête 1 : Caractéristiques de la pratique des psychologues autorisés au Canada

Variable		Fréquence	%
Lieu de pratique	Organisme public exclusivement	123	22.9
	Organisme public principalement	195	36.2
	Autant public que privé	26	4.8
	Cabinet privé principalement	46	8.6
	Cabinet privé exclusivement	148	27.5
Pratique à temps plein ou temps partiel	Temps plein	404	75.1
	Temps partiel	99	18.4
	Moins que temps partiel	35	6.5
Âge des clients	Enfants moins de 12 ans	247	45.9
	Adolescents (12 à 17 ans)	338	62.8
	Jeunes adultes (18 à 25 ans)	437	81.2
	Adultes (25 à 59 ans)	430	79.9
	Adultes âgées (plus de 60 ans)	281	52.2
Problèmes présentés	Troubles de l'humeur	450	83.6
	Troubles anxieux	474	88.1
	Troubles de la personnalité	283	52.6
	Problèmes intrapersonnels	450	83.6
	Problèmes interpersonnels	417	77.5
	Questions professionnelles	182	33.8
	Problèmes d'apprentissage	229	42.6
	Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte	147	27.3
	Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant	175	32.5
	Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant	248	46.1
	Psychose	116	21.6
	Gestion de la santé, des blessures et de la maladie	220	40.9
	Ajustement aux événements stressants de la vie	382	71
	Troubles de l'alimentation	164	30.5
	Troubles du sommeil	192	35.7
	Troubles somatoformes	174	32.3
	Abus sexuel et traumatisme	287	53.3
	Troubles sexuels	89	16.5
	Consommation ou abus de drogue et d'alcool	165	30.7
	Autre ^a	66	12.3

^a Vingt-sept problèmes supplémentaires figuraient dans la catégorie « Autre », notamment les problèmes de développement (1,1%), les problèmes de comportement chez les enfants (1,1%), l'autisme (0,9%), les traumatismes cérébraux (0,7%) et le trouble de stress post-traumatique (0,7%).

Tableau 3

Enquête 1 : La nature de la prestation des services des psychologues autorisés au Canada

Variable		Fréquence	%
Type de services	Évaluation du comportement ou de la personnalité	399	74.2
	Évaluation du fonctionnement intellectuel	290	53.9
	Évaluation neuropsychologique	90	16.7
	Évaluation professionnelle	76	14.1
	Thérapie individuelle	456	84.8
	Thérapie familiale	143	26.6
	Thérapie conjugale	147	27.3
	Thérapie de groupe	107	19.9
	Consultation en matière d'organisation ou de programme	124	23.0
	Consultation clinique/counseling	350	65.1
Approche théorique	Cognitivo-comportementale	429	79.7
	Interpersonnelle	124	23.0
	Psychodynamique	142	26.4
	Humaniste : Expérientielle	164	30.5
	Systèmes familiaux	112	20.8
	Autre ^a	110	20.4
Consultations	Organisations ou équipes de soins de santé	257	47.8
	Entreprises privées	41	7.6
	Établissements d'enseignement	191	35.5
	Établissements correctionnels	42	7.8
	Système juridique	69	12.8
	Organismes communautaires	183	34
	Autre ^b	63	11.7
	Aucun service de consultation	126	23.4
		Moyenne	SD
Distribution de temps professionnel (%)	Évaluation	28.5	24.3
	Intervention	41.3	30.1
	Consultation	13.3	16.2
	Enseignement	5.9	10.6
	Recherche	5.5	13.1
	Autre ^c	5.6	12.3
	Paie directement les services, sans remboursement	11.3	17.7
Méthode de paiement (%)	Paie directement les services, lesquels sont remboursés en grande partie	22.8	27.5
	Payés directement par une commission des accidents du travail	3.4	10.6
	Payés directement par l'employeur par le biais d'un programme d'aide aux employés	6.1	15.2
	Reçoit les services au sein d'un établissement public	48.2	43.6
	Payés directement par d'autres assureurs ou	6.9	16.0

programmes		
Reçoit des services bénévoles	1.3	3.3

^a Les participants ont énuméré 29 autres positions théoriques qui caractérisent leur pratique, notamment l'approche intégrative ou éclectique (2,6%), l'approche neurocognitive (1,9%), l'intégration neuroémotionnelle par les mouvements oculaires (1,5%), l'approche axée sur la recherche de solutions (1,7%), l'approche systémique (1,1%), l'approche développementale (1,1%), l'approche féministe (1,1%) et l'approche psychanalytique (0,9%).

^b Les participants ont également déclaré consulter d'autres ressources (14), notamment d'autres psychologues (2,6%), d'autres professionnels (1,7%), des ressources gouvernementales (1,7%), des membres de la famille (1,9%), des organisations ou des centres de traitement (1,1%).

^c Les participants n'ont pas précisé le temps consacré à d'autres types d'activités professionnelles.

Tableau 4

Enquête 1 : Valeurs moyennes (avec écarts-types) des différences entre les groupes en ce qui concerne le temps de prestation du service professionnel

Variable	Group	Évaluation	Intervention	Consultation	Enseignement	Recherche	Autre
Diplôme	Maîtrise	23.6 (23.4)	50.0 (31.4)	14.8 (19.7)	4.2 (11.5)	3.2 (10.3)	4.2(11.2)
	Doctorat	31.8 (24.4) _a	35.2 (27.5) _a	12.2 (13.2)	7.0 (9.9) _a	7.2 (14.6) _a	6.6 (12.9)
Domaine de la psychologie	Psychologie clinique	24.5 (21.7) _{bc}	47.5 (28.9) _{bc}	11.5 (15.3) _c	5.5 (10.4)	5.8 (14.2)	5.2 (11.5)
	Psychologie de counseling	20.7 (20.9) _{bc}	47.2 (29.7) _{bc}	17.3 (20.9)	5.7 (10.5)	2.5 (8.2)	6.6 (14.9)
	Neuropsychologie	55.4 (25.8)	14.5 (19.9)	8.3 (12.8)	10.1 (14.0)	9.1 (13.8)	2.7 (6.3)
	Scolaire	43.3 (24.0)	25.7 (23.0)	19.7 (12.8) _b	4.1 (8.9)	1.6 (3.9)	5.5 (10.6)
	Autre	29.5 (24.9) _{bc}	30.7 (30.7) _b	17.4 (17.0) _b	6.5 (10.0)	7.4 (14.2)	8.6 (16.3)
	Organisme public exclusivement	38.9 (24.5)	29.4 (25.2) _f	16.3 (12.4)	3.6 (4.9)	4.8 (10.6) _i	7.1 (14.7)
Lieu de pratique	Public en grande partie	28.3 (24.1) _d	34.0 (25.7) _f	12.1 (13.5)	8.6 (13.8) _{gh}	9.4 (17.9)	7.7 (14.1)
	Également les deux	27.7 (24.4)	42.1 (26.9) _f	10.5 (14.8)	11.1 (14.1) _h	7.3 (12.9)	1.3 (4.0)
	Privé en grande partie	26.0 (24.9)	41.2 (30.8) _f	17.5 (20.8)	10.4 (12.5) _{gh}	3.6 (7.6) _i	1.3 (4.9)
	Cabinet privé exclusivement	20.9 (21.5) _{de}	60.7 (30.3)	11.5 (20.1)	1.8 (4.3)	1.4 (5.5) _i	3.7 (8.9)

Nota. Les moyennes partageant un indice commun sont significativement différentes l'une de l'autre à $p < 0,01$.

Tableau 5

Enquête 1 : Pourcentage moyen (avec écarts-types) du mode de paiement du client, séparé par le diplôme obtenu

Méthode de paiement (%)	Maîtrise	Doctorat
Paiement directe	10.7 (15.3)	11.7 (19.2)
Remboursé en grande partie**	27.7 (29.1)	19.4 (25.8)
Commission des accidents du travail	2.5 (5.7)	4.9 (12.9)
Autre assurance	5.4 (13.1)	7.9 (17.7)
Programme d'aide aux employés**	11.3 (20.4)	2.4 (8.6)
Établissement public**	41.6 (43.8)	52.8 (43.0)
Bénévoles**	0.8 (2.4)	1.7 (3.8)

** p < .01

Tableau 6

Enquête 1 : Résultats des tests d'hypothèse (valeurs F) pour les caractéristiques des praticiens

Variable	Sexe	Diplôme	Domaine de la psychologie	Excl. public vs. excl. privé	Type de pratique: Toutes catégories
Âge	13.7**	0.1	8.9**		
Nombre de clients		15.9	13.2**	5.1	7.1**
Temps professionnel					
Intervention		33.3**	19.5**	83.5**	27.8**
Évaluation		15.1**	24.2**	8.9	9.9**
Consultation		3.6	5.8**	5.3	2.8
Enseignement		9.7	2.2	11.1**	15.3**
Recherche		12.0**	2.9	11.6**	8.8**
Autre		5.1	1.6	5.4	5.0
Méthode de paiement					
Paiement directe		0.4		96.9**	30.4**
Remboursé en grande partie**		12.1**		271.0**	67.8**
Commission des accidents du travail		2.8		17.2**	3.5**
Autre assurance		3.3		44.8**	17.4**
Programme d'aide aux employés**		47.9**		46.7**	14.1**
Établissement public**		8.7		2882.0	258.8**
Bénévoles**		9.8		13.1**	5.2**

** p < .01

Tableau 7

Enquête 1 : Résultats des tests d'hypothèse (valeurs khi carré) pour les caractéristiques des praticiens

Variable	Sexe	Diplôme	Type de pratique
Diplôme			6.6**
Domaine de la psychologie	4.0	38.6**	21.6**
Province		134.4**	51.5**
Années d'expériences	11.2**		
Type de services			
Évaluation: humeur/comportement		33.5**	9.4**
Évaluation: fonctionnement intellectuel		21.1**	41.7**
Évaluation neuropsychologique		9.3**	10.0**
Évaluation professionnelle		0.2	12.2**
Thérapie individuelle		4.5	47.1**
Thérapie familiale		0.1	5.1
Thérapie conjugale		2.9	41.8**
Thérapie de groupe		4.8	8.6**
Consultation en matière d'organisation ou de programme		7.3**	16.1**
Consultation clinique/counseling		3.2	0.7
Problèmes présentés			
Troubles de l'humeur		0.7	10.5**
Troubles anxieux		1.4	26.4**
Troubles de la personnalité		0.0	2.9
Problèmes intrapersonnels		8.3**	25.4**
Problèmes interpersonnels		15.4**	46.4**
Questions professionnelles		4.3	23.9**
Problèmes d'apprentissage		6.2	22.9**
Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte		8.0**	0.0
Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant		1.7	27.3**
Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant		1.1	12.3**
Psychose		8.5**	7.4**
Gestion de la santé, des blessures et de la maladie		7.5**	12.1**
Ajustement aux événements stressants de la vie		4.6	63.0**
Troubles de l'alimentation		1.0	2.0
Troubles du sommeil		0.0	5.9
Troubles somatoformes		2.5	13.5**
Abus sexuel et traumatisme		5.3	19.4**
Troubles sexuels		0.3	3.4
Consommation drogues/ abus d'alcools		0.1	1.7
Autre		0.3	0.2

Consultation	Organisations ou équipes de soins de santé	29.0**
	Entreprises privées	20.9**
	Établissements d'enseignement	30.0**
	Établissements correctionnels	0.2
	Système juridique	13.9**
	Organismes communautaires	5.6
	Autre	2.9

**p < .01

Tableau 8

Enquête 1 : Valeurs moyennes (écarts-types) des modes de paiement entre les praticiens dans divers types de pratiques

Méthode de paiement	Type de pratique				
	Organisme public exclusivement	Principalement public	Autant public que privé	Principalement privé	Cabinet privé exclusivement
Paiement directe	1.1 (9.3)	8.3 (14.6) _a	14.1 (14.3) _a	21.2 (22.1) _{ab}	20.3 (19.9) _{ab}
Remboursé en grande partie	1.3 (6.0)	16.3 (24.1) _a	31.4 (24.6) _{ad}	40.0 (25.4) _{ad}	42.3 (27.1) _{ad}
Commission des accidents du travail	1.0 (9.1) _c	3.5 (12.2)	1.7 (4.0) _c	4.2 (12.4)	5.5 (9.1)
Autre assurance	0.8 (7.0)	4.3 (10.9) _e	6.8 (12.8)	7.7 (16.3)	15.1 (22.8) _{ef}
Programme d'aide aux employés	0.2 (1.3)	4.2 (14.0) _{gh}	4.0 (10.0) _h	10.4 (17.6) _g	12.5 (19.9) _g
Établissement public	95.3 (17.9)	62.3 (36.6) _i	39.9 (25.0) _{ij}	13.9 (20.2) _{ijk}	2.6 (10.0) _{ijkl}
Bénévoles	0.4 (2.7)	1.2 (3.1)	2.1 (5.3)	2.6 (4.2) _m	1.8 (3.2) _m

Nota. Les moyennes partageant un indice commun sont significativement différentes l'une de l'autre à p < 0,01.

Tableau 9

Enquête 2 : Corrélations des variables analysées aux fins d'une évaluation de cohérence

Variable	Spearman's rho
Âge du client	.57**
Nombre de sessions avec le client	.33**
Nombre additionnels de sessions	.44**
Nombre totale des facteurs de risque	.33**
Nombre totale de problèmes présentés	.33**
Nombre totale de troubles chroniques	.21
Recommandation pour autre traitement	.02
Reçoit autres services de santé	.28**
Nombre totale de diagnostics additionnelles du DSM-IV-TR	.01
L'ethnicité du client	.38**
Nationalité	.07
Reçoit autres services de santé	-.26**
Type de services: Évaluation de l'humeur, du comportement, et la personnalité	.18
Type de services: Évaluation du fonctionnement intellectuel	.46**
Type de services: Évaluation neurologique	1.00**
Type de services: Évaluation professionnelle	--
Type de services: CBT	.45**
Type de services: Thérapie interpersonnelle	.39**
Type de services: Thérapie psychodynamique	-.09
Type de services: Thérapie humaniste	.63**
Type de services: Thérapie de systèmes familiaux	.23
Type de services: Autre service rendue	.36**
Présence d'un trouble état chronique	.11

**p < .01

Tableau 10

Enquête 2 : Analyse de cohérence pour les variables continues à l'aide du test signed-ranks de Wilcoxon

Variable	Z	Effect size (r)
Nombre de sessions avec le client	1.28	
Nombre additionnels de sessions	.48	
Nombre totale des facteurs de risque	-3.78**	.32
Nombre totale de problèmes présentés	-3.27	
Nombre totale de troubles chroniques	-.47	
Recommandation pour autre traitement	3.84**	.33
Reçoit autres services de santé	-1.36	
Nombre totale de diagnostics additionnelles du DSM-IV-TR	-.97	

**p < .01

Tableau 11

Enquête 2 : Moyennes, médianes et écarts-types des caractéristiques des clients (variables continues)

Variable	Volet 1			Volet 2		
	Moyenne	Médian	SD	Moyenne	Médian	SD
Âge du client	32.3	32	16.7	33.5	36	16.3
Nombre de sessions avec le client	14.2	5	22.2	23.8	7.5	46.8
Nombre additionnels de sessions	11.2	6	13.4	14.0	8	26.8
Nombre totale des facteurs de risque	1.7	1	1.3	1.2	1	1.2
Nombre totale de problèmes présentés	3.4	3	2.1	2.8	3	1.6
Nombre totale de troubles chroniques	0.7	0	0.9	0.7	0	1.0
Recommandation pour autre traitement	0.2	0	0.5	0.5	0	0.8
Reçoit autres services de santé	0.8	0	1.0	0.7	0	1.0
Nombre totale de diagnostics additionnelles du DSM-IV-TR	0.8	1	0.9	0.7	0	0.9

Tableau 12

Enquête 2 : Analyse de cohérence des variables catégoriques dichotomiques à l'aide du test de changement de McNemar

Variable	McNemar χ^2
Présence d'un trouble état chronique	.40
Nationalité	.00
Reçoit autres services de santé	2.88
Type de services: Évaluation de l'humeur, du comportement, et la personnalité	5.06
Type de services: Évaluation du fonctionnement intellectuel	.57
Type de services: Évaluation neurologique	.00
Type de services: Évaluation professionnelle	.00
Type de services: CBT	1.23
Type de services: Thérapie interpersonnelle	.00
Type de services: Thérapie psychodynamique	.13
Type de services: Thérapie humaniste	.25
Type de services: Thérapie de systèmes familiaux	.00
Type de services: Autre service rendue	.14

Tableau 13

Enquête 2 : Fréquences des données démographiques des clients

Variable		Volet 1		Volet 2	
		N	%	N	%
Sexe	Homme	47	33.6	64	45.7
	Femme	91	65.0	76	54.3
	TransSexe	2	1.4	0	0
Ethnicité	Blancs	119	85.0	122	87.1
	Autre ^a	21	15.0	18	12.9
Langage	Anglais	87	62.1	87	62.1
	Français	47	33.6	47	33.6
	Autre ^b	6	4.3	6	4.3
Nationalité	Né au Canada	132	94.3	132	94.3
	Déménagé au Canada	8	5.7	8	5.7
État de la citoyenneté	Immigré	6	4.3	6	4.3
	Réfugié	0	0	0	0
	Inconnue	2	1.4	2	1.4
État civil	Marié	30	21.4	36	25.7
	Union libre	22	15.7	19	13.6
	Veuf ou veuve	2	1.4	5	3.6
	Séparé	9	6.4	8	5.7
	Divorcé	9	6.4	10	7.1
	Célibataire et jamais marié	64	45.7	60	42.9
	Inconnue	4	2.9	2	1.4
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	110	78.6	111	79.3
	Gai/lesbienne	4	2.9	3	2.1
	Bisexuel	1	0.7	2	1.4
	Inconnue	25	17.9	24	17.1
Conditions de logement	Résidence privée	128	91.4	131	93.6
	Soins en établissement	3	2.1	4	2.9
	Milieu correctionnel	7	5	3	2.1
	Sans abri	0	0	0	0
	Autre	2	1.4	2	1.4
Niveau d'instruction	8e année ou moins	4	2.9	33	23.6
	Partie des études secondaires	24	17.1	12	8.6
	Diplôme d'études secondaires	23	17.1	28	20.0
	Certificat ou diplôme collégial	19	13.6	15	10.7
	Certificat ou diplôme d'une	3	2.1	7	5

	école de métier				
	Partie du premier cycle	8	5.7	9	6.4
	Diplôme du premier cycle	19	13.6	20	14.3
	Grade supérieur ou titre professionnel	7	5	8	5.7
	Inconnue	3	2.1	0	0
	Sans objet	30	21.4	8	5.7
Emploi	Temps plein	48	34.3	52	37.1
	Temps partiel	9	6.4	10	7.1
	Non	22	15.7	20	14.3
	Reçoit une indemnité	14	10.0	18	12.9
	Inconnue	2	1.4	0	0
	Étudiant	25	17.9	16	11.4
	Sans objet	20	14.3	24	17.1
Occupation	Gestion	7	5.0	4	2.9
	Titre professionnel	11	7.9	12	8.6
	Occupation technique	8	5.7	9	6.4
	Administrative	4	2.8	15	10.7
	Ventes ou service	23	16.4	11	7.9
	Métiers, transport, équipement	5	3.6	6	4.3
	Traitement, fabrication	3	2.1	2	1.4
	Autre ^c	7	5.0	7	5.0
	Sans objet	74	52.9	70	50.0

^a Les autres langues utilisées par les clients sont, entre autres, l'ASL, le croate, l'hindi et l'espagnol.

^b Les autres origines ethniques ont été regroupées en raison de l'effectif insuffisant des cellules. Les clients sont, notamment, des personnes d'origine chinoise, personnes noires et des Autochtones.

^c Les autres occupations des clients sont, notamment : policier, ambulancier paramédical, artiste et militaire.

Tableau 14

Enquête 2 : Fréquences des caractéristiques de prestation des services aux clients

Variable		Volet 1		Volet 2	
		N	%	N	%
Langage de service	Anglais	92	65.7	93	66.4
	Français	47	33.6	46	32.9
	Autre	1	0.7	1	0.7
Milieu de résidence	Grand centre urbain	71	50.7	76	54.3
	Banlieue d'un grand centre urbain	22	15.7	22	15.7
	Petite ville ou village	37	26.4	35	25.0
	Milieu rural	10	7.1	7	5.0
Récipient des services	Client seul	102	72.9	110	78.6
	Client avec un proche	7	5.0	6	4.3
	Client avec un ou des membres de famille	20	14.3	9	6.4
	Client avec un ou plusieurs gardiens	0	0	3	2.1
	Client avec un ou plusieurs autres fournisseurs de services	4	2.9	6	4.3
	Client avec quelqu'un d'autre	7	5.0	6	4.3
Lieu de prestation des services	Cabinet privé: pratique en groupe	18	12.9	17	12.1
	Cabinet privé: pratique individuel	58	41.4	61	43.6
	Établissement de soins de santé public	44	31.4	44	31.4
	Établissement correctionnel	2	1.4	2	1.4
	Programme communautaire ou programme de quartier	3	2.1	2	1.4
	École	10	7.1	10	7.1
	Centre de counseling universitaire ou collégial ou clinique de psychologie	5	3.6	4	2.9
Méthode de paiement	Paiement directe	15	10.7	17	12.1
	Remboursé en grande partie	28	20	41	29.3
	Commission des accidents du travail	7	5.0	7	5.0
	Autre assurance	10	7.1	11	7.9
	Programme d'aide aux employés	14	10.0	5	3.6
	Établissement public	53	37.9	52	37.1
	Bénévoles	3	2.1	0	0
Autre ^a	11	7.8	7	5.0	
Type de services	Évaluation humeur, comportement	45	32.1	27	19.3
	Évaluation fonctionnement intellectuel	19	13.6	18	12.9
	Évaluation neurologique	10	7.1	9	6.4
	Évaluation professionnelle	5	3.6	5	3.6
	CBT	66	47.1	66	47.1
	Thérapie interpersonnelle	15	10.7	20	14.3
	Thérapie psychodynamique	15	10.7	15	10.7
	Thérapie humaniste	33	23.6	28	20.0

	Thérapie systèmes familiaux	7	5.0	9	6.4
	Autre ^b	26	18.6	30	21.4
Autres services de santé	Reçoit des services	64	45.7	81	57.9
	Psychiatre	31	22.1	26	18.6
	Médecin	40	28.6	33	23.6
	Infirmière praticienne	2	1.4	5	3.6
	Psychologue	5	3.6	4	2.9
	Conseiller	5	3.6	4	2.9
	Professionnel de l'enseignement	8	5.7	4	2.9
	Autre ^c	20	14.3	18	12.9
Source de référence	Par lui-même	31	22.1	35	25.0
	Autre client	7	5.0	2	1.4
	Système juridique	7	5.0	4	2.9
	Membre de famille	12	8.6	13	9.3
	Système scolaire	11	7.9	12	8.6
	Psychologue	10	7.1	11	7.9
	Psychiatre	6	4.3	11	7.9
	Médecin	27	19.3	28	20.0
	Autre professionnel de la santé	18	12.9	16	11.4
	Système d'assurance	11	7.9	8	5.7
Référence à d'autres services	Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques	5	3.6	2	1.4
	Autre traitement en santé mentale	18	12.9	14	10.0
	Évaluation psychologique	4	2.9	7	5.0
	Aide à l'enfance et à la famille	3	2.1	6	4.3
	Services sociaux	8	5.7	5	3.6
	Évaluation des médicaments	15	10.7	12	8.6
	Autre soins médicaux	8	5.7	7	5.0
	Soutien ou groupes d'entraide	12	8.6	17	12.1
	Aucune référence	90	64.3	93	66.4
Reçoit des médicaments	Oui	59	42.1	59	42.1
	Non	76	54.3	74	52.9
	Inconnue	5	3.6	7	5.0
Type de médicaments	Antidépresseurs	46	32.9	48	34.3
	Anxiolytiques	9	6.4	10	7.1
	Antipsychotiques	12	8.6	15	10.7
	Stimulants	8	5.7	1	0.7
	Hypnotiques	3	2.1	2	1.4
	Psychorégulateurs	5	3.6	6	4.3
	Inconnue	1	0.7	0	0
Préscripteur de médicaments	Médecin	24	17.1	34	24.3
	Psychiatre	32	22.9	23	16.4
	Infirmière praticienne	0	0	1	0.7
	Autre médecin spécialiste	3	2.1	1	0.7

	Sans objet	81	57.9	81	57.9
Médicaments liés aux problèmes de santé		38	27.1	39	27.9
	Oui	94	67.1	92	65.7
	Non	8	5.7	9	6.4
Médicaments non-liés aux problèmes de santé	Inconnue	21	15.0	31	22.1
	Oui	87	62.1	87	62.1
	Non	32	22.9	22	15.7
	Inconnue				

^a Les autres modes de paiement sont, notamment : organisme de services pour les enfants et les familles, organisme d'aide aux victimes d'acte criminel, subvention de recherche, ou une combinaison de différents modes de paiement. ^b Les autres services fournis sont, notamment : services d'évaluation, services de consultation, psychoéducation et différents genres de thérapie.

^c Certains clients reçoivent des services de soins de santé donnés par d'autres professionnels (travailleur social, diététiste, neurologue, physiothérapeute) ou par une équipe multidisciplinaire.

Tableau 15.

Enquête 2 : Fréquences du fonctionnement psychosocial des clients

Variable		Volet 1		Volet 2	
		N	%	N	%
Facteurs de risques	Problèmes familiaux de santé mentale	70	50.0	47	33.6
	Problèmes conjugaux	42	30.0	30	21.4
	Décès d'un membre de famille pendant l'enfance	5	3.6	8	5.7
	Mobilité	15	10.7	9	6.4
	Pas de diplôme secondaire	20	14.3	9	6.4
	Violence physique or sexuelle pendant l'enfance	29	20.7	24	17.1
	Retiré de la famille	10	7.1	9	6.4
	Autre ^a	33	23.6	21	15.0
	Inconnue	8	5.7	7	5.0
	Aucune risque	19	13.6	46	32.9
	Nombre total des facteurs de risques	1	62	50.8	51
2		30	24.6	25	12.8
3		16	13.1	12	12.8
4		9	7.4	4	4.3
5		4	3.3	1	1.1
6		1	0.8	1	1.1
Problèmes présentés	Troubles de l'humeur	62	44.3	44	31.4
	Troubles anxieux	52	37.1	48	34.3
	Troubles de la personnalité	15	10.7	13	9.3
	Problèmes intrapersonnels	71	50.7	53	37.9
	Problèmes interpersonnels	58	41.4	51	36.4
	Questions professionnelles	17	12.1	9	6.4
	Problèmes d'apprentissage	20	14.3	20	14.3
	Prob. fonct. cognitif chez l'adulte	7	5.0	9	6.4
	Prob. fonct. cognitif chez l'enfant	9	6.4	9	6.4
	Prob. psychosociaux chez l'enfant	26	18.6	17	12.1
	Psychose	2	1.4	5	3.6
	Gestion de la santé	14	10.0	20	14.3
	Ajustement aux évènements stressants	46	32.9	43	30.7
	Troubles de l'alimentation	8	5.7	5	3.6
	Troubles de sommeil	13	9.3	3	2.1
	Troubles somatoformes	7	5.0	7	5.0
	Abus sexuel et traumatisme	15	10.7	10	7.1
	Troubles sexuels	1	0.7	0	0
	Abus de drogues/alcools	10	7.1	6	4.3
	Autre ^b	24	17.1	19	13.6

Fonctionnement quotidien	Aucun	1	0.7	2	1.4
	Peu	2	1.4	10	7.1
	Modéré	72	51.4	66	47.1
	Grave	63	45.0	61	43.6
	Inconnue	2	1.4	1	0.7
Changements observés	Disparition complète	3	2.1	3	2.1
	Amélioration importante	27	19.3	30	21.4
	Amélioration	70	50.0	71	50.7
	Aucun changement	39	27.9	35	25.0
	Détérioration	1	0.7	1	0.7
Troubles d'état chronique	Fonctions neurologiques	17	12.1	16	11.4
	Fonctions mentales	19	13.6	18	12.9
	Motricité globale et fine	12	8.6	9	6.4
	Fonctions visuelles	1	0.7	3	2.1
	Fonctions auditives	2	1.4	2	1.4
	Fonctions de la parole et du langage	9	6.4	6	4.3
	Fonctions gastro-intestinales	5	3.6	10	7.1
	Fonctions endocriniennes	2	1.4	3	2.1
	Fonctions cardiaques	4	2.9	2	1.4
	Fonctions respiratoires	4	2.9	3	2.1
	Fonctions immunologiques	2	1.4	3	2.1
	Autre ^c	13	9.3	17	12.1
	Inconnue	8	5.7	7	5.0
Aucun trouble d'état chronique	72	51.4	78	55.7	
Nombre total de troubles d'état chronique	1	45	65.2	43	68.3
	2	18	26.1	8	12.7
	3	5	7.2	8	12.7
	4-5	1	1.4	4	6.3
Fonctionnement quotidien des troubles d'état chronique	Aucun	15	10.7	13	9.3
	Peu	22	15.7	19	13.6
	Modéré	36	25.7	40	28.6
	Grave	19	13.6	14	10.0
	Inconnue	2	1.4	2	1.4
	Sans objet	46	32.9	52	37.1
Auto-évaluation: état de santé	Excellent	18	12.9	21	15.0
	Très bon	36	25.7	23	16.4
	Bon	38	27.1	42	30.0
	Passable	23	16.4	33	23.6
	Faible	19	13.6	13	9.3
	Inconnue	6	4.3	8	5.7
Diagnostic du DSM	Oui	87	62.1	72	51.4
	Non	28	20.0	45	32.1

	Évaluation incomplète	16	11.4	17	12.1
	Inconnue	9	6.4	6	4.3
Diagnostique du DSM primaire	Aucun	28	20.0	45	32.1
	Humeur/anxiété	50	35.7	39	27.9
	Psychose	2	1.4	3	2.1
	Troubles de l'enfance	12	8.6	9	6.4
	Autre	20	14.3	14	10.0
Nombre total des diagnostiques du DSM additionnelles	1	31	64.6	17	60.7
	2	12	25.0	7	25.0
	3	5	10.4	4	14.3
Abus de drogues/alcools	Oui	23	16.4	13	9.3
	Non	103	73.6	119	85.0
	Inconnue	14	10.0	8	5.7

^a Les autres facteurs de risque sont, notamment : facteurs liés au travail, problèmes à la naissance, traumatisme physique, facteurs liés à l'école, facteurs liés à la famille, diagnostic précoce et facteurs multiples.

^b Les autres problèmes présentés par les clients sont, notamment : difficultés intellectuelles, problèmes familiaux, comportement criminel, trouble de stress post-traumatique.

^c Les autres maladies chroniques sont, notamment : blessures, problèmes de santé préexistants, blessure à la moelle épinière ou maladies chroniques multiples.

Tableau 16

Groupes de discussion : Données démographiques des participants

Variable		Fréquence	%
Sexe	Femme	15	78.9
	Homme	4	21.1
Diplôme	Maîtrise	1	5.3
	Doctorat	18	94.7
Domaine de la psychologie	Psychologie clinique	10	52.6
	Psychologie de counseling	3	15.8
	Neuropsychologie clinique	2	10.5
	Psychologie scolaire	0	0
	Autre	4	21.1
Ville	Vancouver	5	26.3
	Ottawa	9	47.4
	Halifax	5	26.3
Années en pratique	Less than 10 years	6	31.6
	11-20 years	4	21.0
	20+ years	9	47.4
Lieu de pratique	Organisme public exclusivement	4	21.1
	Combinaison de public et privé	7	36.8
	Cabinet privé exclusivement	8	42.1
Pratique à temps plein ou temps partiel	Temps plein	12	63.2
	Temps partiel	3	15.8
	Moins que temps partiel	3	15.8
Âge des clients	Enfants moins de 12 ans	9	47.4
	Adolescents (12 à 17 ans) (12-17)	11	57.9
	Jeunes adultes (18 à 25 ans)	13	68.4
	Adultes (25 à 59 ans)	11	57.9
	Adultes âgées (plus de 60 ans)	8	42.1
Problèmes présentés	Troubles de l'humeur	13	68.4
	Troubles anxieux	13	68.4
	Troubles de la personnalité	6	31.6
	Problèmes intrapersonnels	14	73.7
	Problèmes interpersonnels	12	63.2
	Questions professionnelles	3	15.8
	Problèmes d'apprentissage	7	36.8
	Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte	2	10.5
	Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant	6	31.6
	Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant	10	52.6

	Psychose	1	5.3
	Gestion de la santé, des blessures et de la maladie	7	36.8
	Ajustement aux événements stressants de la vie	12	63.2
	Troubles de l'alimentation	6	31.6
	Troubles du sommeil	6	31.6
	Troubles somatoformes	4	21.1
	Abus sexuel et traumatisme	9	47.4
	Troubles sexuels	3	15.8
	Consommation ou abus de drogue et d'alcool	4	21.1
	Autre	4	21.1
Type de services	Évaluation du comportement ou de la personnalité	11	57.9
	Évaluation du fonctionnement intellectuel	6	31.6
	Évaluation neuropsychologique	4	21.1
	Évaluation professionnelle	0	0
	Thérapie individuelle	15	78.9
	Thérapie familiale	6	31.6
	Thérapie conjugale	6	31.6
	Thérapie de groupe	4	21.1
	Consultation en matière d'organisation ou de programme	2	10.5
	Consultation clinique/ counseling	9	47.4
Approche théorique	Cognitivo-comportementale	10	52.6
	Interpersonnelle	7	36.8
	Psychodynamique	5	26.3
	Humaniste : Expérientielle	5	26.3
	Systèmes familiaux	5	26.3
	Autre	5	26.3
Type de consultations	Organisations ou équipes de soins de santé	8	42.1
	Entreprises privées	2	10.5
	Établissements d'enseignement	8	42.1
	Établissements correctionnels	0	0
	Système juridique	4	21.1
	Organismes communautaires	6	31.6
	Autre	3	15.8
	Aucun service de consultation	5	26.3
		Moyenne	SD
Distribution du temps professionnel (%)	Évaluation	22.4	24.0
	Intervention	37.6	32.7
	Consultation	11.8	20.9
	Enseignement	11.84	17.9
	Recherche	5.26	7.5
	Autre	11.1	25.7
Méthode de paiement	Paie directement les services, sans	24.1	30.9

pour services (%)	remboursement		
	Paie directement les services, lesquels sont remboursés en grande partie	41.6	39.4
	Payés directement par une commission des accidents du travail	5.7	22.6
	Payés directement par l'employeur par le biais d'un programme d'aide aux employés	6.2	22.7
	Reçoit les services au sein d'un établissement public	47.0	50.9
	Payés directement par d'autres assureurs ou programmes	5.7	22.6
	Reçoit des services bénévoles	5.5	22.6
Nombre moyen de clients par semaine		12.2	8.5

Tableau 17

Enquête 3 : Données démographiques des praticiens de la psychologie

Variable		Fréquence	%
Sexe	Femme	109	79.6
	Homme	28	20.4
Diplôme	Maîtrise	70	51.1
	Doctorat	67	48.9
Domaine de la psychologie	Psychologie clinique	70	51.1
	Psychologie de counseling	12	8.8
	Neuropsychologie clinique	9	6.6
	Psychologie scolaire	30	21.9
	Psychologie du développement	4	2.9
	Autre ^a	12	8.8
Province	Colombie-Britannique	18	13.1
	Alberta	17	12.4
	Saskatchewan	5	3.6
	Manitoba	4	2.9
	Ontario	20	14.6
	Québec	42	30.7
	Provinces de l'est ^b	31	22.6
Services provisionnés aux enfants/adolescents principalement	Oui	120	87.6
	No	16	11.7
Type de pratique	>50% cabinet privé	44	32.1
	>50% organisme public	93	67.9

^a Trois autres champs de la psychologie figuraient dans la catégorie « Autre », y compris la psychologie judiciaire, la psychopédagogie et la psychophysiologie. Plusieurs participants ont déclaré posséder un diplôme combinant psychologie clinique, psychologie du counselling, psychologie du développement ou psychologie scolaire.

^b Les provinces de l'est du Canada sont le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador. À cause de l'effectif insuffisant des cellules (moins de 10 dans certaines provinces), les données ont été combinées.

Tableau 18

Enquête 3 : Fréquences pour les données démographiques des enfants et des jeunes clients

Variable		N	%
Sexe	Homme	66	48.2
	Femme	70	51.1
	Transgenre	1	0.7
Ethnicité	Blancs	112	81.8
	Autre ^a	25	18.2
Langage	Anglais	89	65.0
	Français	36	26.3
	Autre ^b	12	8.8
Nationalité	Né au Canada	128	93.4
	Déménagé au Canada	9	6.6
État de la citoyenneté	Immigré	7	5.1
	Réfugié	0	0
	Inconnue	2	1.5
Structure familiale	Couple marié	69	50.4
	Parent seul	25	18.2
	Autre ^c	42	30.6
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	53	38.7
	Gai/lesbienne	2	1.5
	Bisexuel	4	2.9
	Inconnue	78	56.9
Conditions de logement	Résidence simple	107	78.1
	Résidences multiples	17	12.4
	Placement familiale	9	6.6
	Foyer de groupe	4	2.9
	Sans abri	0	0
	Autre	1	0.7
Fréquente l'école régulièrement	Oui	119	86.9
	Non	15	10.9
	Inconnue	3	2.2
Type d'école	École publique	105	76.6
	École privée	14	10.2
	Scolarisée à la maison	0	0
	Pas assez âgé pour l'école	18	13.1
Programmes spéciales	Troubles d'apprentissage	38	27.7
	Déficience développementale	5	3.6
	Comportement	26	19.0

	Élève lent	61	44.5
	Doué	4	2.9
	Problèmes de santé mentale	3	2.2
	Autre	8	5.8
	Aucun	65	47.4
Doublée une année	Oui	19	13.9
	Non	111	81.0
	Inconnue	4	2.9
Travail rémunéré	Temps plein	0	0
	Temps partiel	9	6.6
	Non	97	70.8
	Inconnue	4	2.9
	Sans objet	27	19.7

^a Les autres origines ethniques ont été regroupées en raison de l'effectif insuffisant des cellules. Les clients sont, notamment, d'origine autochtone, latino-américaine, sud-asiatique et arabe.

^b Les autres langues utilisées par les clients sont, entre autres, l'ASL, le croate, l'hindi et l'espagnol.

^c Lorsqu'ils ont rempli le questionnaire, les participants pouvaient choisir parmi différentes structures familiales, énumérées à l'annexe A : Questions du troisième questionnaire (note 7). Toutefois, aux fins de l'analyse, plusieurs des réponses données ont été regroupées dans la catégorie « Autre », et ce, en raison de l'effectif insuffisant des cellules. Les structures familiales les plus souvent rapportées dans la catégorie « Autre » sont les suivantes : famille recomposée (9,5 %), famille d'accueil (5,8%), garde conjointe (5,1%) et famille élargie, comme parent-substitut (2,2 %). Les structures familiales qui représentent les autres clients sont : foyer de groupe, parent veuf, pupille sous tutelle judiciaire ou une combinaison des choix de réponses proposés. Un participant n'a pas répondu à la question.

Tableau 19

Enquête 3 : Fréquences des caractéristiques de prestation de services aux enfants et aux jeunes clients

Variable		<i>N</i>	%
Langage de service	Anglais	99	72.3
	Français	38	27.7
	Autre (Punjabi)	1	0.7
Services provisionées	Évaluation	76	55.5
	Traitement	77	56.2
	Consultation	39	28.5
Consulted avec	Enseignant	65	47.4
	Assistant en éducation	20	14.6
	Autre psychologue	30	21.9
	Principal ou vice-principal	38	27.7
	Conseiller d'orientation	6	4.4
	Conseiller employé par l'école	3	2.2
	Autre	9	6.6
	Aucun service de consultation	53	38.7
Récipients des services	Parent(s)	110	80.3
	Membres de famille	19	13.9
	Médecin de famille	14	10.2
	Personnel de soutien de la communauté	11	8.0
	Travailleur social	7	5.1
	Pédiâtre ou spécialiste médecin	6	4.4
	Autre	15	10.9
	Client seul	8	5.5
	Vu cette session	Client seul	80
Avec parents		48	35.0
Client avec un ou des membres de famille		5	3.6
Client avec un ou plusieurs gardiens		6	4.4
Client avec un ou plusieurs autres fournisseurs de services		7	5.1
Client avec quelqu'un d'autre		13	9.5
Reçoit des médicaments		Oui	41
	Non	94	68.6
	Inconnue	4	2.9
Médicaments	Antidépresseurs	16	11.7
	Anxiolytiques	3	2.2
	Antipsychotiques	15	10.9
	Stimulants	21	15.3
	Hypnotiques	0	0
	Psychorégulateurs	2	1.5

	Inconnue	1	0.7
	Autre	3	2.2
Préscripteur de médicaments	Médecin	9	22.0
	Psychiatre	24	17.5
	Pédiâtre	8	19.5
	Infirmière praticienne	0	0
	Autre médecin spécialiste	0	0
Médicaments liés aux problèmes de santé	Oui	31	22.6
	Non	102	74.5
	Inconnue	4	2.9
Médicaments non-liés aux problèmes de santé	Oui	14	10.2
	Non	118	86.1
	Inconnue	5	3.6
Autres services de santé	Reçoit des services	36	26.3
	Psychiatre	14	38.9
	Médecin	9	25.0
	Travailleur social	7	19.4
	Psychologue	6	16.7
	Conseiller	3	8.3
	Orthophoniste	2	5.6
	Ergothérapeute	4	11.1
	Organismes de service sociaux	5	13.9
	Autre ^a	9	25.0
Services communautaires	Reçoit des services communautaires	32	23.4
	Ressource communautaires ou centre de santé centre	18	56.3
	Aptitudes sociales	4	12.5
	Groupes de soutien	4	12.5
	Apprentissage de compétences familiales	9	28.1
	Tutorat	3	9.4
	Camps de thérapie	1	3.1
	Autre ^b	11	34.4
Source de référence	Lui-même	8	5.8
	Parent	48	35.0
	Autre client	7	5.1
	Système juridique	7	5.1
	Membre de famille	3	2.2
	Système scolaire	45	32.8
	Psychologue	13	9.5
	Psychiatre	10	7.3
	Médecin	16	11.7
	Autre professionnel de la santé	13	9.5
	Système d'assurance	0	0

	Service communautaire	1	0.7
	Services sociaux	18	13.1
	Service d'aiguillage professionnel	2	1.5
Référence à d'autres services	Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques	3	2.2
	Autre traitement en santé mentale	14	10.2
	Évaluation psychologique	13	9.5
	Éducationnel	22	16.1
	Apprentissage de compétences familiales	20	14.6
	Activités de la vie quotidienne	1	0.7
	Hébergement	2	1.5
	Aide à l'enfance et à la famille	8	5.8
	Services sociaux	4	2.9
	Évaluation des médicaments	16	11.7
	Médecin	7	5.1
	Autre service de santé	19	13.9
	Soutien ou groupes d'entraide	6	4.4
	Autre	13	9.5
	Aucune référence	62	45.3
Milieu de pratique	Grand centre urbain	65	47.4
	Banlieue d'un grand centre urbain	30	21.9
	Petite ville ou village	26	19
	Milieu rural	16	11.7
Milieu de résidence du client	Grand centre urbain	47	34.3
	Banlieue d'un grand centre urbain	35	25.5
	Petite ville ou village	36	26.3
	Milieu rural	19	13.9
Lieu de prestation des services	Cabinet privé: pratique en groupe	18	12.9
	Cabinet privé: pratique individuel	58	41.4
	Établissement de soins de santé public	44	31.4
	Établissement correctionnel	2	1.4
	Programme communautaire ou programme de quartier	3	2.1
	École	10	7.1
	Centre de counseling universitaire ou collégial ou clinique de psychologie	5	3.6
Méthode de paiement	Paiement directe	5	3.6
	Remboursé en grande partie	12	8.8
	Commission des accidents du travail	18	13.1
	Autre assurance	66	48.2
	Programme d'aide aux employés	29	21.2
	Établissement public	0	0
	Bénévoles	1	0.7
	Autre ^a	6	5.8

^a Certains clients reçoivent d'autres services de soins de santé dispensés par une infirmière praticienne, un pédiatre, un neurologue, un physiothérapeute, un anesthésiologiste, un éducateur spécialisé ou un agent de probation.

^b Les clients ont accès à un vaste éventail de services communautaires, notamment : évaluations supplémentaires, counselling pour les familles, services de protection de la jeunesse et soins palliatifs.

Tableau 20

Enquête 3 : Fréquences du fonctionnement psychosocial des enfants et des jeunes clients

Variable		N	%
Facteurs de risques	Problèmes familiaux de santé mentale	66	48.2
	Déficiences physiques	9	6.6
	Diagnostic de santé mentale	14	10.2
	Problèmes conjugaux in the family	64	46.7
	Décès dans la famille	17	12.4
	Mobilité	13	9.5
	Problèmes de rendement scolaire	71	51.8
	Violence physique ou sexuelle	25	18.2
	Retiré de la famille	21	15.3
	Difficultés d'attachement	30	21.9
	Intimidation	23	16.8
	Agression et/ou colère	52	38.0
	Peurs inhabituelles	31	22.6
	Évitement scolaire	28	20.4
	Naissance prématurée	4	2.9
	Problèmes de santé congénitaux	3	2.2
	Autre problèmes de santé	13	9.5
	Exposition à des événements traumatiques	28	20.4
	Traumatisme crânien	4	2.9
	Autre ^a	27	19.7
Inconnue	5	3.6	
Aucun risque	7	5.1	
Nombre total des facteurs de risques	1	17	12.4
	2	20	14.6
	3	20	14.6
	4	21	15.3
	5	18	13.1
	6 ou plus	32	23.4
Problèmes présentés	Troubles de l'humeur	37	27.0
	Troubles anxieux	49	35.8
	Problèmes de comportement	63	46.0
	Problèmes intrapersonnels	54	39.4
	Problèmes d'attention	40	29.2
	Évaluation de douance	3	2.2
	Problèmes d'apprentissage	54	39.4

	État de préparation à l'école	6	4.4
	Problèmes de l'attachement	16	11.7
	Problèmes cognitifs	12	8.8
	Troubles du spectre autistique	13	9.5
	Comportements d'auto-agression	23	16.8
	Psychose	5	3.6
	Gestion de la santé	3	2.2
	Ajustement aux événements stressants	29	21.2
	Séparation parental	15	10.9
	Consultation pour adoption	2	1.5
	Troubles de l'alimentation	9	6.6
	Troubles de sommeil	13	9.5
	Troubles somatoformes	0	0
	Abus sexuel et traumatisme	10	7.3
	Abus et traumatisme physique	8	5.8
	Problèmes psychosexuels	4	2.9
	Abus de drogues/alcools	3	2.2
	Autre ^b	15	10.9
Nombre total de problèmes présentés	1	31	22.6
	2	24	17.5
	3	24	17.5
	4	20	14.6
	5 ou plus	38	27.7
Fonctionnement quotidien	Aucun	1	0.7
	Peu	7	5.1
	Modéré	72	52.6
	Grave	57	41.6
Changements observés	Disparition complète	1	0.7
	Amélioration importante	28	20.4
	Amélioration	57	41.6
	Aucun changement	30	21.9
	Détérioration	1	0.7
	Sans objet	20	14.6
Diagnostique du DSM	Oui	65	47.4
	Non	36	26.3
	Évaluation incomplète	30	21.9
	Inconnue	2	1.5
	N'utilise pas le DSM	4	2.9
Diagnostique primaire du DSM	Aucun	36	26.3
	Humeur/anxiété	20	35.7
	Psychose	2	1.4
	THADA	21	32.3
	Développement (Autisme incluse)	7	10.8
	Conduites	3	4.6
	Apprentissage	3	4.6
	Autre ^c	11	16.9

Nombre total des diagnostics	1	47	61.8
additionnelles du DSM	2	24	31.6
	3	5	6.6
Abus de drogues/alcools	Oui	7	5.1
	Non	126	92.0
	Inconnue	4	2.9
Présence de troubles d'état chronique	Oui	19	13.9
	Non	114	83.2
	Inconnue	4	2.9
Troubles d'état chronique	Fonctions neurologiques	2	10.5
	Fonctions mentales	5	26.3
	Motricité globale et fine fonctions	4	21.1
	Fonctions visuelles	0	0
	Fonctions auditives	1	5.3
	Fonctions de la parole et du langage	2	10.5
	Fonctions gastro-intestinales	4	21.1
	Fonctions endocriniennes	2	10.5
	Fonctions cardiaques	1	5.3
	Fonctions respiratoires	2	10.5
	Fonctions immunologiques	2	10.5
	Autre ^d	5	26.3
Fonctionnement quotidien des troubles d'état chronique	Aucun	0	0
	Peu	7	36.8
	Modéré	8	42.1
	Grave	4	21.1
	Inconnue	0	0
Auto-évaluation: état de santé	Excellent	21	15.3
	Très bon	38	27.7
	Bon	41	29.9
	Passable	19	13.9
	Faible	6	4.4
	Inconnue	12	8.8

^a Les autres facteurs de risque sont, notamment : autres types de violence (verbale, psychologique, morale), problèmes sur le plan du fonctionnement cognitif, problèmes de développement, compétences parentales déficientes, criminalité parentale et absence des parents.

^b Les autres raisons qui amènent à recourir à des services psychologiques sont, notamment : intimidation, médication, parent atteint d'une maladie terminale, problèmes de propreté, enfant retiré de sa famille, tentative de suicide et réévaluation.

^c Les autres troubles mentaux du DSM sont, notamment : trouble dissociatif, troubles de l'alimentation, troubles d'adaptation, ainsi que d'autres troubles chez l'enfant : attachement, tics et arriération mentale.

^d Les autres maladies chroniques sont, notamment : blessures, problèmes de santé préexistants, blessure à la moelle épinière et maladies chroniques multiples.

Tableau 21

Enquête 4 : Données démographiques des praticiens de la psychologie

Variable		Fréquence	%
Sexe	Femme	69	75.0
	Homme	23	25.0
Diplôme ^a	Maîtrise	40	43.5
	Doctorat	50	54.3
Domaine de la psychologie	Psychologie clinique	63	68.5
	Psychologie de counseling	14	15.2
	Neuropsychologie clinique	5	5.4
	Psychologie scolaire	4	4.3
	Autre ^b	6	5.4
Province ^c	Provinces de l'ouest	25	27.2
	Ontario	24	26.1
	Québec	30	32.6
	Provinces de l'est	13	14.1
Prestation de services principalement aux clients diagnostiqués avec la maladie cardiovasculaire	Oui	79	85.9
	No	13	14.1
Prestation de services principalement aux clients diagnostiqués avec la diabète	Oui	82	89.1
	No	10	10.9
Type de pratique	>50% cabinet privé	32	34.8
	>50% organisme public	60	65.2

^aLes données au sujet du diplôme des participants étaient manquantes pour deux participants.

^bUn petit nombre de domaines additionnels de la psychologie ont été énumérés dans la catégorie « autre », notamment la neuroscience, la psychologie pédagogique et le diplôme de psychologie générale. Deux participants ont également indiqué qu'ils étaient titulaires d'un diplôme en psychologie clinique et neurologique ou en psychologie de la réhabilitation et en neuropsychologie clinique.

^cLes données ont été combinées parce que les dimensions des cellules étaient plus petites que 10 pour certaines provinces. Les provinces de l'Ouest comprennent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba. Les provinces de l'Est comprennent le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard et Terre-Neuve-et-Labrador.

Tableau 22

Enquête 4 : Fréquences relatives aux données démographiques des clients

Variable		N	%
Sexe	Homme	51	55.4
	Femme	41	44.6
Ethnicité	Blancs	80	87.0
	Autre ^a	12	13.0
Orientation sexuelle	Hétérosexuel	83	90.2
	Gai/lesbienne	3	3.3
	Bisexuel	1	1.1
	Inconnue	5	5.4
État civil	Marié ou union libre	46	50.0
	Veuf ou veuve	7	7.6
	Divorcé ou séparé	10	10.9
	Célibataire	28	30.4
	Inconnue	1	1.1
Conditions de logement	Résidence privée	82	89.1
	Soins en établissement	3	3.3
	Milieu correctionnel	1	1.1
	Sans abri	1	1.1
	Autre	5	5.4
Niveau d'instruction	Partie des études secondaires ou moins	22	23.9
	Diplôme d'études secondaires	17	18.5
	Certificat ou diplôme collegial/école de métier	18	19.6
	Au moins une partie du premier cycle ou plus	35	38.0
	Inconnue	2	2.2
Work	Temps plein	28	30.4
	Temps partiel	15	16.3
	Non	28	30.4
	Reçoit une indemnité	19	20.7
	Inconnue	2	2.2

^aLes autres ethnicités ont été agrégées en raison des petites tailles de cellule. Les ethnicités des clients étaient les suivantes : Autochtones, Noirs, Asiatiques du Sud, Japonais, Coréens et ethnicité mixte.

Tableau 23

Enquête 4 : Caractéristiques des maladies chroniques des clients

Variable		N	%
Diagnostic du client	Maladie cardiovasculaire	33	35.9
	Diabète	44	47.8
	Les deux	15	16.3
L'état de la maladie	Acquis	43	46.7
	De naissance	5	5.4
	Sans objet	44	47.8
Diabète	Type 1	11	12
	Type 2	33	35.9
	Sans objet	48	52.2
Quand a-t-on diagnostiqué le client	Au cours de la dernière année	11	12.0
	Il y a 1 à 5 ans	32	34.8
	5 à 10 ans	29	31.5
	Plus de 10 ans	20	21.7
Changements observés	Détérioration	42	45.7
	Aucun changement	21	22.8
	Amélioration	16	17.4
	Amélioration importante	3	3.3
	Inconnue	10	10.9
Client recherche les services pour la gestion de sa maladie	Oui	22	23.9
	Non	70	76.1
Relation entre les problèmes psychologiques et la maladie chronique	Précède	40	43.5
	Suit	39	42.4
	Inconnue	13	14.1
Troubles d'état chronique influencés par les facteurs psychologiques	Oui	71	77.2
	Non	21	22.8
Stress	Travail	41	44.6
	Famille	56	60.9
	Relation	36	39.1
	Financier	33	35.9
	Social	39	42.4
États chroniques comorbides	Oui, l'état chronique <i>n'est pas</i> partie du problème présenté	5	5.4
	Oui, l'état chronique <i>contribue</i> au problème présenté	38	41.3
	Non	40	43.5

	Inconnue	9	9.8
	Neurologiques	24	26.1
	Mentales	8	8.7
	Motricité globale et fine	13	14.1
	Visuelles	2	2.2
	Auditives	1	1.1
	Langage	6	6.5
	Gastro-intestinales	8	8.7
	Endocrinales	16	17.4
	Cardiaques	10	10.9
	Respiratoires	12	13.0
	Immunologiques	5	5.4
	Autres	11	12.0
Fonctionnement quotidien des troubles d'état chronique	Aucun	1	1.1
	Peu	14	15.2
	Modéré	51	55.4
	Grave	25	27.2
	Inconnue	1	1.1
Cause de la restriction de fonctionnement	Maladie atteint d'un état chronique	14	15.2
	Problème psychologiques présenté	27	29.3
	Les deux	50	54.3
Influence sur la famille	Aucun	3	3.3
	Peu	11	12.0
	Modéré	45	48.9
	Grave	26	28.3
	Inconnue	7	7.6
Cause de l'influence sur la famille	Maladie cardiovasculaire/Diabète	11	12.0
	Problème psychologique présenté	32	34.8
	Les deux	46	50.0
Influence sur le travail	Aucun	5	5.4
	Peu	18	19.6
	Modéré	22	23.9
	Grave	39	42.4
	Inconnue	0	0
Cause de l'influence sur le travail	Maladie cardiovasculaire/Diabète	15	16.3
	Problème psychologique présenté	27	29.3
	Les deux	37	40.2
Point de mire du traitement: gestion de la maladie cardiovasculaire/Diabète	Toujours ou le plus souvent	17	18.5
	La moitié du temps	27	29.3
	Occasionnellement	36	39.1
	Rarement	12	13.0

Point de mire du Traitement: Détresse	Toujours ou le plus souvent	31	14.1
	La moitié du temps	13	14.1
	Occasionnellement	31	33.7
	Rarement	35	38.0
Fréquence de collaboration avec le fournisseur de soins primaires	Régulièrement	26	28.3
	Une ou deux fois	51	55.4
	Jamais	15	16.3
Collaboration avec d'autres fournisseurs de services de santé	Oui	56	60.9
	Non	36	39.1

Tableau 24

Enquête 4 : Fréquences relatives aux caractéristiques de prestation des services aux clients

Variable		N	%
Prestation de service	Évaluation	34	37.0
	Traitement	70	76.1
	Consultation	21	22.8
Consulté par rapport au client avec d'autres fournisseurs de services de santé	Médecin de famille	65	47.4
	Diététicien	21	22.8
	Ergothérapeute	11	12.0
	Physiothérapeute	12	13.0
	Spécialiste en médecine	24	26.1
	Psychiatre	10	10.9
	Infirmière	12	13.0
	Orthophoniste	2	2.2
	Travailleur social	3	3.3
	Autre psychologue	4	4.3
	Thérapeute de récréation	2	2.2
	Autre ^a	9	9.8
	Aucun service de consultation	24	26.1
Reçoit des médicaments	Oui	45	48.9
	Non	44	47.8
	Inconnue	3	3.3
Médicaments	Antidépresseurs	41	44.6
	Anxiolytiques	13	14.1
	Antipsychotiques	1	1.1
	Stimulants	0	0
	Hypnotiques	3	3.3
	Psychorégulateurs	3	3.3
	Inconnue	0	0
	Autre	2	2.2
Préscripteur de médicaments	Médecin	27	60.0
	Psychiatre	16	35.5
	Infirmière praticienne	0	0
	Autre Spécialiste de médecin	2	4.4
Autres services de santé	Reçoit des services	51	55.4
	Psychiatre	17	18.5
	Médecin	34	37.0
	Infirmière praticienne	17	18.5
	Travailleur social	6	6.5
	Psychologue	7	7.6
	Conseiller	3	3.3
	Orthophoniste	2	2.2
	Ergothérapeute	3	3.3

	Organismes de services sociaux	1	1.1
	Physiothérapeute	8	8.7
	Spécialiste de médecine	23	25.0
	Autre ^b	2	2.2
Source de référence	Lui-même	13	14.1
	Autre client	3	3.3
	Système juridique	1	1.1
	Membre de famille	1	1.1
	Système scolaire	3	3.3
	Psychologue	3	3.3
	Psychiatre	5	5.4
	Médecin	28	30.4
	Autre professionnel de la santé	17	18.5
	Système d'assurance	9	9.8
	Service communautaire	2	2.2
	Services sociaux	4	4.3
	Service d'aiguillage professionnel	3	3.3
La famille reçoit des services	Oui	18	19.6
	Non	74	80.4
Référence à d'autres services	Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques	2	2.2
	Autre traitement en santé mentale	11	12.0
	Évaluation psychologique	1	1.1
	Aide à l'enfance et à la famille	0	0
	Services sociaux	5	5.4
	Évaluation des médicaments	14	15.2
	Autres services de santé ^c	21	22.8
	Soutien ou groupes d'entraide	11	12.0
	Alimentation	3	3.3
	Aucune référence	49	53.3
Milieu de pratique	Cabinet privé: pratique en groupe	8	8.7
	Cabinet privé: pratique individuel	28	30.4
	Établissement de soins de santé public	52	56.5
	Établissement correctionnel	0	0
	Programme communautaire	2	2.2
	École	2	2.2

^a Les autres professionnels de la santé qui ont été consultés étaient les suivants : services de crise, un professionnel de la santé en gériatrie, un kinésologue, un pharmacien, un conseiller en carrière et un conseiller scolaire. Deux participants ont indiqué qu'ils avaient accès aux dossiers hospitaliers du client.

^b Certains clients ont reçu d'autres services de santé d'un professionnel de la gériatrie et d'un ludothérapeute.

^c Parmi les autres services de santé qui ont fait de l'aiguillage on trouve : les services de soutien à la réhabilitation, les cliniques de spécialité, des responsables tests de diagnostic, d'autres professionnels de la santé (comme les omnipraticiens, les psychiatres, les kinésologues, les naturopathes), les ergothérapeutes et les services de pastorale.

Tableau 25

Enquête 4 : Fréquences du fonctionnement psychosocial des clients

Variable		N	%	
Facteurs de risques	Problèmes familiaux de santé mentale	24	26.1	
	Déficiences physiques	18	19.6	
	Autres problèmes de santé mentales	35	38.0	
	Problèmes conjugaux	24	26.1	
	Décès dans la famille	12	13.0	
	Mobilité	7	7.6	
	Exposition aux événements traumatiques	29	31.5	
	Violence physique ou sexuelle	15	16.3	
	Retiré de la famille	4	4.3	
	Pas de diplôme secondaire	12	13.0	
	Obésité	3	3.3	
	Autre ^a	17	18.5	
	Inconnue	2	2.2	
	Aucun risque	13	14.1	
	Nombre total des facteurs de risques	0	14	15.2
		1	28	30.4
2		18	19.6	
3		14	15.2	
4 ou plus		18	19.6	
Problèmes présentés	Troubles de l'humeur	46	50.0	
	Troubles anxieux	39	42.2	
	Troubles de la personnalité	8	8.7	
	Problèmes intrapersonnels	34	37.0	
	Problèmes interpersonnels	33	35.9	
	Questions professionnelles	12	13.0	
	Problèmes d'apprentissage	5	5.4	
	Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte	11	12.0	
	Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant	0	0	
	Psychosocial problems of childhood	6	6.5	
	Psychose	0	0	
	Gestion de la santé	42	45.6	
	Ajustement aux événements stressants	41	44.6	
	Troubles de l'alimentation	6	6.5	
	Troubles du sommeil	16	17.4	
	Troubles somatoformes	5	5.4	
	Abus sexuel et traumatisme	7	7.6	
Troubles sexuels	1	1.1		

	Abus de drogues/alcools	7	7.6
	Autre ^b	6	6.5
Nombre total de problèmes présentés	1	16	17.4
	2	17	18.5
	3	20	21.7
	4	13	14.1
	5	12	13.0
	6 ou plus	14	15.2
Fonctionnement quotidien	Aucun	2	2.2
	Peu	4	4.3
	Modéré	39	42.4
	Grave	44	47.8
Changements observés	Disparition complète	0	0
	Amélioration importante	19	20.7
	Amélioration	53	57.6
	Aucun changement	9	9.8
	Détérioration	3	3.3
	Sans objet	8	8.7
Diagnostic du DSM	Oui	56	60.9
	Non	24	26.1
	Évaluation incomplète	4	4.3
	Inconnue	3	3.3
	N'utilise pas le DSM	5	5.4
Diagnostic du DSM primaire	Aucun	24	26.1
	Humeur/anxiété	36	39.1
	Abus de drogues/alcools	4	4.3
	Troubles d'ajustement	3	3.3
	Autre ^c	10	10.9
Nombre total des diagnostics du DSM additionnelles	1	36	39.1
	2	15	16.3
	3	5	5.4
Abus de drogues/alcools	Oui	13	14.1
	No	71	77.2
	Inconnue	8	8.7
Pensées suicidaires	Oui	23	25.0
	No	68	73.9
	Inconnue	1	1.1
Auto-évaluation: état de santé	Excellent	2	2.2
	Très bon	8	8.7
	Bon	23	25

Passable	30	32.6
Faible	22	23.9
Inconnue	7	7.6

^aParmi les autres facteurs de risque on trouve : l'adoption, les problèmes d'alcool, l'intimidation, les caractéristiques d'une personnalité dépendante, les dynamiques familiales malsaines, l'adhésion à des régimes de santé, la séparation des parents, les problèmes de relation, les traumatismes crâniens graves et l'abus verbal.

^bParmi les autres raisons pour être aiguillé vers les services psychologiques on trouve : les épisodes de confusion et de comportement inhabituel, l'obésité, les problèmes de jeu, l'isolement sociale, un traumatisme et la perte de poids.

^cParmi les autres troubles DSM on trouve : les troubles de l'enfance, les troubles cognitifs, les troubles de l'alimentation, les troubles de la personnalité et les troubles qui se retrouvent dans la catégorie « autre » dans le DSM.

Tableau 26

Comparaison des données démographiques des praticiens de la psychologie et des caractéristiques de pratique entre les diverses enquêtes américaines

Variable	Survey 1	Garfield & Kurtz (1976)	Rachelson & Clance (1980)	Norcross & Wogan (1983)	Prochaska & Norcross (1983)	M-B & Elliott (1986)	APA Practice Net	Norcross et al. (2005)	
Échantillon	538	855	192	318	410	279		654	
Âge moyen (SD)	43.6 (10.2)	46.8 (10.4)		43.1	45.6 (10.7)	47.8	50.8 (NA)	53.3 (10.3)	
Diplôme	Doctorat	58.9	97%		85.5%	97.3%	88%	94.2%	99%
Sexe	Femme	74.2	16%	16%	23.9%	27%	30%	55%	34%
Spécialization de psychologie	Psychologie clinique	61.2				72%	65.5%	90%	
	Counseling	12.1				18%	19.7%	4%	
Années en pratique	< 10 years	59.5	30.5%	60%		46.1%			
	10-19 years	25.3	36.0%						
	20+ years	15.2	33.5%					20% ^a	
Cabinet privé		27.5	23%			51.2%	61%	39%	
Distribution du temps professionnel	Psychothérapie individuelle	41.3%	25%		20.2 hrs	53.5%		34%	
	Enseignement	5.9%	13%		2.1 hrs	8.8%		10%	
	Évaluation	28.5%	9.8%			10.8%		15%	
	Recherche	5.5%	7%		1.1 hrs	3.9%		14%	

^aNorcross et coll. (2005) n'ont que fait état d'un pourcentage de psychologues qui avaient été dans la pratique pendant plus de 30 ans

Tableau 27

Comparaison des données démographiques des praticiens de la psychologie et des caractéristiques de pratique entre les diverses enquêtes canadiennes

Variable		Enquête 1	Cohen et al. (2008) Pilot report	Hunsley & Lefebvre (1990)	ASPPB data (2009)
Échantillon		538	80	88	189
Moyenne age (SD)		43.6 (10.2)	48 (10.0)	44.9 (7.5)	
Diplôme	Doctorat	58.9%	81.3%	73.8%	65%
Sexe	Femme	74.2%	68.8%	21.6%	70%
Spécialization de psychologie	Psychologie clinique	61.2%	47.5%		
	Counseling	12.1%	11.2%		
Années en pratique	< 10 years	59.5%	52.5%		60%
	10-19 years	25.3%	17.5%		
	20+ years	15.2%	30%		40%
Cabinet privé		41.1%	27.5%	33%	25%
Distribution du temps professionnel	Psychothérapie individuelle	41.3%	36.6%	45.1%	
	Enseignement	5.9%	7.7%	6.1%	
	Évaluation	28.5%	30.5%	15.9%	
	Recherche	5.5%	4.6%	4.4%	

Tableau 28

Comparaison des données démographiques des clients des praticiens de la psychologie et du fonctionnement psychosocial

Variable		Survey 2		Cohen et al. (2008) Pilot report	APA's PracticeNet
		Volet 1	Volet 2		
Échantillon		140	140	58	NA
Âge du client moyen		32.3 (16.7)	33.5 (16.3)	32.4 (16.6)	38.5 (NA)
Sexe	Femme	65%	54%	48%	60%
Ethnicité	Blancs	85%	87%	84.5%	80%
État civil	Marié	21.4%	25.7%	25.9%	25%
	Jamais marié	45.7%	42.9%	51.7%	53%
	Divorcé	6.4%	7.1%	10.3%	15%
Problèmes présentés	Humeur	44.3%	31.4%	37.9%	35-46%
	Anxiété	37.1%	34.3%	43.1%	16-19%
	Abus de drogues/alcools	7.1%	4.3%	12.1%	25%
	Ajustement	32.9%	30.7%	25.9%	12-20%
	Personnalité	10.7%	9.3%	20.7%	13-16%
Diagnostique du DSM	Oui	62.1%	51.4%	67.2%	86-90%
Source de référence	Lui-même	22.1%	25%	12.1%	26.1%
	Autre fournisseur	43.6%	47.1%	55.2%	52.2%
Reçoit des médicaments		42.1%	42.1%	43.1%	54.2%
Préscripteur de médicaments	Psychiatre	52.2%	39.0%	60%	70%
	Médecin	40.7%	57.6%	36%	24%

Nota. Les données de l'enquête PracticeNet de l'APA sont une agrégation de toutes les enquêtes menées entre 2001 et 2003.

ANNEXE A

Questionnaire de l'enquête 1

1. **Quel âge avez vous?** _____
2. **Quel est votre sexe?**
 - Homme
 - Femme
3. **Diplôme sur lequel repose votre agrément à titre de psychologue:**
 - Maîtrise
 - Doctorat
4. **Domaine de la psychologie pour lequel vous avez obtenu votre diplôme le plus élevé:**
 - Psychologie clinique
 - Psychologie du counseling
 - Neuropsychologie clinique
 - Psychologie scolaire
 - Autre(s) (veuillez préciser): _____
5. **Quels sont les trois premiers chiffres de votre code postal?** _____
6. **Depuis combien de temps êtes-vous autorisé à exercer la psychologie sans supervision?**
 - 0-5 ans
 - 6-10 ans
 - 11-15 ans
 - 16-20 ans
 - 20 + ans
7. **Quel pourcentage de votre temps consacrez-vous aux activités professionnelles suivantes? (Veuillez-vous assurer que votre total est égal à 100 %)**
 - Évaluation
 - Intervention

- Consultation
- Enseignement
- Recherche
- Autre(s) : _____

8. En quoi consistent vos activités professionnelles:

- Exclusivement au sein d'un établissement public (p. ex. hôpital, école, établissement correctionnel)
- Principalement au sein d'un établissement public et pratique privée à temps partiel
- Partagées également entre les activités au sein d'un établissement public et la pratique privée
- Principalement en pratique privée avec certains services offerts au sein d'un établissement public
- Exclusivement en pratique privée

9. Est-ce que vous travaillez à :

- Temps plein (au moins 35 heures par semaine)
- Mi-temps
- Nombre d'heures inférieures au travail à mi-temps

10. En moyenne, à combien de clients fournissez-vous des services de santé mentale par semaine ? _____

11. Type de services offerts aux clients directement¹³: (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Évaluation, notamment des tests psychométriques de l'humeur, du comportement ou de la personnalité
- Évaluation, notamment des tests psychométriques du fonctionnement intellectuel
- Évaluation neuropsychologique
- Évaluation professionnelle
- Thérapie Individuelle
- Thérapie familiale
- Thérapie conjugale
- Thérapie de groupe
- Consultation en matière d'organisation ou de programme
- Consultation clinique/ counseling

¹³ Par souci de précision, l'expression « directement aux clients » a été ajoutée.

12. Quelle approche théorique utilisez-vous? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Cognitivo-comportementale
- Interpersonnelle
- Psychodynamique
- Humaniste : Expérientielle
- Systèmes familiaux
- Autre(s) _____

13. Offrez-vous des services aux groupes de personnes suivants? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Enfants de moins de 12 ans
- Adolescents (12 à 17 ans)
- Jeunes adultes (18 à 25 ans)
- Adultes (26-59 ans)
- Personnes âgées (plus de 60 ans)

14. Faites-vous des consultations auprès des groupes suivants? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Organisations ou équipes de soins de santé
- Entreprises privées
- Établissements d'enseignement
- Établissements correctionnels
- Système juridique
- Organismes communautaires
- Autre(s) (veuillez préciser) : _____
- Aucun service de consultation

15. Types de problèmes que vous traitez dans le cadre de vos services: (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Problèmes intrapersonnels (p.ex. estime de soi, confiance en soi, colère, comportement)
- Problèmes interpersonnels: conflits relationnels

- Questions professionnelles
- Problèmes d'apprentissage
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte (autres que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant (autres que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant
- Psychose
- Gestion de la santé, des blessures et de la maladie
- Ajustement aux événements stressants de la vie (problèmes professionnels et conjugaux, deuil)
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes (p.ex douleur chronique)
- Abus sexuel et traumatisme
- Troubles sexuels
- Consommation ou abus de drogue et d'alcool
- Autre(s) (veuillez préciser): _____

16. Quel pourcentage de vos clients : (Veuillez-vous assurer que votre total est égal à 100 %)

- Paie directement les services, sans remboursement d'un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Paie les services directement, lesquels sont remboursés en totalité ou en grande partie par un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Reçoit les services payés directement par une commission des accidents du travail (p.ex. CSPAAT)
- Reçoit les services payés directement par d'autres assureurs ou programmes (p.ex. assurance-accident de véhicule automobile)
- Reçoit les services payés directement par l'employeur par le biais d'un programme d'aide aux employés
- Reçoit les services au sein d'un établissement public (p.ex. hôpital, école, établissement correctionnel)
- Reçoit des services bénévoles

17. Les participants qui répondent au présent sondage recevront des honoraires de 75\$. Veuillez verser mes honoraires comme suit:

- Me verser les honoraires ou les verser à mon bureau privé
- Verser mes honoraires aux activités de la fondation de la SCP

- Verser mes honoraires à un autre charité ou bénéficiaire. Veuillez préciser.¹⁴
-

18. Veuillez envoyer les honoraires à l'adresse suivante:

Nom: _____
Adresse: _____
Ville: _____
Province: _____
Code postal: _____

19. Pour réaliser le prochain sondage, c'est possible¹⁵ que nous communiquerons avec vous à un moment choisi au hasard pendant vos heures de travail. Au cours d'une semaine de travail normale, quels jours voyez-vous vos clients?

- Dimanche
 Lundi
 Mardi
 Mercredi
 Jeudi
 Vendredi
 Samedi

20. Au cours d'une journée de travail normale, à quelle heure voyez-vous vos clients? (utilisez le format xx:xx sur 24 heures)

Début de la première rencontre: _____
Fin de la dernière rencontre: _____

¹⁴ Les participants du questionnaire réalisé durant la phase pilote ont reçu des honoraires de 50 \$. Auparavant, les participants avaient la possibilité de facturer leurs honoraires à « Initiatives de représentation de la SCP ». Ils facturent désormais leurs honoraires à la « Fondation de la SCP » (une initiative visant à répondre aux besoins du public à l'égard des connaissances en psychologie, des services fournis par les psychologues et des programmes offerts), conformément aux exigences de l'entente avec l'Agence de la santé publique du Canada. De plus, parmi les choix de réponse, la catégorie « Récipiendaire » n'était, initialement, que le troisième choix. Celle-ci a été élargie afin d'inclure « Autre don de bienfaisance ».

¹⁵ Chaque participant du premier questionnaire réalisé dans le cadre du projet pilote a été invité à remplir le deuxième questionnaire. Cela n'a pas été possible dans le cas du présent projet – plus de 500 participants ont rempli le premier questionnaire, tandis que 150 avaient prévu à leur budget de remplir le deuxième questionnaire. Le libellé de cette question a donc été modifié afin de tenir compte de la possibilité que la plupart des participants ne soient pas invités à remplir le questionnaire suivant.

21. Est-ce que vous avez des questions ou des commentaires? Vos réponses sont appréciées.¹⁶

¹⁶ Cette question a été ajoutée afin de recueillir les commentaires des participants sur le questionnaire et la façon de le remplir.

ANNEXE B

Questionnaire de l'enquête 2

1. Sexe du client:

- Homme
- Femme
- Transgenre

2. Âge du client: _____

3. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de fois avez-vous rencontré ce client?

4. Combien d'autres fois prévoyez-vous rencontrer ce client? _____

5. Le client manifeste-t-il des facteurs de risques précoces ou identifiables de problèmes de santé mentale? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Problèmes ou antécédents familiaux de santé mentale
- Problèmes conjugaux
- Décès d'un membre de la famille pendant l'enfance
- Mobilité (p.ex. déménagements fréquents)
- N'a pas de diplôme d'études secondaires
- Violence physique ou sexuelle pendant l'enfance
- Retiré de la famille par les autorités de protection de l'enfance
- Ne sait pas
- Aucun facteur de risque
- Autre (veuillez préciser): _____

6. Le client est-il:

- Blanc
- Chinois
- Origine de l'Asie du Sud (p.ex. Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)
- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Originaire de l'Asie du Sud-Est (p.ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien, etc.)
- Arabe

- Originaire de l'Asie occidentale (p.ex. Afghan, Iranien, etc.)
- Japonais
- Coréen
- Peuples autochtones d'Amérique du Nord (Indien de l'Amérique du Nord, Métis, Inuit)
- Autre (veuillez préciser): _____

7. Langue parlée à la maison:

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser) : _____

8. Langue utilisée lors des rencontres:

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser): _____

9.1) Le client est-il né au Canada ou s'est-il installé au Canada?

- Né au Canada
- N'est pas né au Canada et vit ici depuis _____ ans

9.2) En vertu de quel statut le client s'est-il installé au Canada?

- Immigrant
- Réfugié
- Inconnue

10. État civil:

- Marié
- Union libre
- Veuf ou veuve
- Séparé
- Divorcé
- Célibataire et jamais marié
- Inconnue

11. Orientation sexuelle déclarée par le client:

- Hétérosexuel
- Gai/lesbienne

- Bisexuel
- Inconnue

12. Conditions de logement du client:

- Résidence privée
- Soins en établissement
- Milieu institutionnel
- Sans abri
- Autre (veuillez préciser) : _____

13. Pour les clients de 17 ans ou plus, veuillez indiquer leur niveau d'instruction¹⁷:

- 8e année ou moins
- Une partie des études secondaires
- Diplôme d'études secondaires
- Certificat ou diplôme collégial
- Certificat ou diplôme d'une école de métier
- Une partie du premier cycle
- Diplôme de premier cycle
- Grade supérieur ou titre professionnel
- Inconnue
- Sans objet

14. Si votre client a plus de 16 ans, est-il un étudiant?

- Temps plein
- Temps partiel
- Non
- Sans objet

15.1) Le client a-t-il un emploi?

- À temps plein
- À temps partiel
- Non
- Non, mais reçoit une indemnité¹⁸

¹⁷ Le libellé de cette question a été modifié par souci de précision, et pour éviter de confondre les résultats des clients plus jeunes qui sont obligés de fréquenter l'école et qui, vraisemblablement, n'auront pas atteint un diplôme supérieur au diplôme d'études secondaires. La même explication s'applique à la question 14.

- Inconnue
- Sans objet

15.2) Quel genre de poste occupe votre client?

- Gestion
- Professionnel (p.ex. avocat, comptable, médecin, infirmier ou infirmière, psychologue)
- Technologue, technicien ou emploi technique
- Administration, finances ou personnel de bureau
- Ventes ou service
- Personne de métier, secteur des transports ou opérateur de machinerie
- Emploi dans le secteur agricole, forestier, des pêches ou minier
- Emploi dans le secteur du traitement, de la fabrication ou des services publics
- Autre (veuillez préciser): _____

16. Quel est le problème qui a amené votre client à vous consulter? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Problèmes intrapersonnels (p.ex. estime de soi, confiance en soi, colère, comportement)
- Problèmes interpersonnels /conflits relationnels
- Questions professionnelles
- Problèmes d'apprentissage
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte (autre que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant (autres que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant
- Psychose
- Gestion de la santé, des blessures et de la maladie
- Ajustement aux événements stressants de la vie (problèmes professionnels et conjugaux, deuil)
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes (p.ex. douleur chronique)
- Abus sexuel et traumatisme
- Troubles sexuels
- Consommation ou abus de drogue et d'alcool

¹⁸ Ce choix de réponse a été ajouté afin d'inclure les personnes qui ne peuvent travailler, mais qui reçoivent une indemnité du gouvernement.

Autre(s) (veuillez préciser): _____

17. Veuillez coter dans quelle mesure le ou les problèmes de votre client avaient, selon vous, des répercussions négatives sur son fonctionnement quotidien avant le début du traitement prodigué:

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

18. Depuis que vous avez commencé à voir ce client, comment évalueriez-vous les changements observés en ce qui a trait aux problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Disparition complète
- Amélioration importante
- Amélioration
- Aucun changement
- Détérioration

19.1) Le client reçoit-il un autre service de santé pour traiter les problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Oui
- Non

19.2) De qui reçoit-il ces services? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Psychiatre
- Médecin de famille ou omnipraticien
- Infirmière praticienne
- Psychologue
- Conseiller
- Professionnel de l'enseignement¹⁹
- Autre (veuillez préciser): _____

¹⁹ Le libellé de cette réponse a été modifié afin d'inclure tous les professionnels de l'éducation, et non seulement les enseignants.

20. Le client rapporte-t-il des problèmes liés à une maladie, un trouble ou un état chroniques? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Fonctions neurologiques
- Fonctions mentales
- Motricité globale et motricité fine
- Fonctions visuelles
- Fonctions auditives
- Fonctions de la parole et du langage
- Fonctions gastro-intestinales
- Fonctions endocriniennes
- Fonctions cardiaques
- Fonctions respiratoires
- Fonctions immunologiques
- Autre (veuillez préciser) : _____
- Inconnue
- Aucune affection chronique

21. Veuillez évaluer dans quelle mesure le fonctionnement quotidien de votre client est limité, selon vous, par un ou des maladies, troubles ou états chroniques?

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

22. Auto-évaluation du client par rapport à son état de santé (si le client a moins de 14 ans, veuillez indiquer l'évaluation de son état de santé par le fournisseur de soins):

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Faible
- Inconnue

23.1) Votre client a-t-il reçu un diagnostic de trouble mental du DSM-IV?

- Oui
- Non
- Évaluation diagnostique non terminée

- Inconnue

23.2) Quels sont les diagnostics? (cliquez ici pour consulter les codes de diagnostic DSM-IV)

Diagnostic primaire: _____

Autre Diagnostic: _____

Autre Diagnostic: _____

Autre Diagnostic: _____

24. Votre client présente-t-il un problème de consommation de drogue ou d'alcool ou un trouble qui ne correspond pas au problème pour lequel il vous consulte, mais qui lui est relié?

- Oui
- Non
- Inconnue

25. Dans quel milieu ou organisation donnez-vous des services à votre client?

- Cabinet privé - pratique en groupe
- Cabinet privé – exercice individuel
- Établissement de soins de santé public (p.ex., hôpital, clinique)
- Établissement correctionnel
- Programme communautaire ou programme de quartier
- École
- Centre de counseling universitaire ou collégial ou clinique de psychologie

26. Comment le client ou le gardien du client a-t-il payé pour le service? Le service a été:

- Paie directement les services, sans remboursement d'un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Paie les services directement, lesquels sont remboursés en totalité ou en grande partie par un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Reçoit les services payés directement par une commission des accidents du travail (p. ex. CSPAAT)
- Reçoit les services payés directement par d'autres assureurs ou programmes (p. ex. assurance-accident de véhicule automobile)
- Reçoit les services payés directement par l'employeur par le biais d'un programme d'aide aux employés
- Reçoit les services au sein d'un établissement public (p. ex. hôpital, école, établissement correctionnel)

- Reçoit des services bénévoles
- Autre(s) (veuillez préciser): _____

27. Quel(s) service(s) avez-vous fourni au client au cours de cette consultation? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Évaluation, notamment des tests psychométriques de l'humeur, du comportement, ou de la personnalité
- Évaluation, notamment des tests psychométriques du fonctionnement intellectuel
- Évaluation neuropsychologique
- Évaluation professionnelle
- Thérapie cognitivo-comportementale
- Thérapie interpersonnelle
- Thérapie psychodynamique
- Thérapie humaniste/expérientielle
- Thérapie des systèmes familiaux
- Autre(s) (veuillez préciser): _____

28. Dans cette séance, qui a été inclus dans la prestation du service?²⁰

- Client seul
- Client avec un proche (p. ex. partenaire, conjoint, colocataire)
- Client avec un ou des membres de la famille
- Client avec un ou plusieurs autres gardiens
- Client avec un ou plusieurs autres fournisseurs de services
- Client avec quelqu'un d'autre (veuillez préciser) : _____

29. Lieu de prestation des services

- Grand centre urbain
- Banlieue d'un grand centre urbain
- Petite ville ou village
- Milieu rural

²⁰ Cette question a été ajoutée afin de s'assurer que les personnes qui sont intervenues dans la prestation des services psychologiques sont décrites avec une plus grande précision.

30. Par qui le client vous a-t-il été référé?

- Par lui-même
- Autre client
- Système juridique
- Membre de la famille
- Système scolaire
- Psychologue
- Psychiatre
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Régime d'assurance

31.1) Le client prend-il des médicaments psychotropes?

- Oui
- Non
- Inconnue

31.2) Le cas échéant, quels sont ces médicaments? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Antidépresseur
- Anxiolytique
- Antipsychotique
- Stimulant
- Hypnotique
- Psychorégulateur
- Inconnue

31.3) Le cas échéant, par qui ce médicament est-il prescrit?

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Psychiatre
- Infirmière praticienne
- Autre médecin spécialiste

32. Votre client prend-il des médicaments pour traiter un problème de santé qui est lié au problème pour lequel il vous consulte? (p. ex. il vous consulte pour aider à gérer la douleur chronique et prend des analgésiques)

- Oui
- Non
- Inconnue

33. Votre client prend-il des médicaments pour un autre problème de santé qui n'est pas lié au problème pour lequel il vous consulte? (p. ex. il vous consulte pour traiter une dépression et prend un médicament antihypertenseur)

- Oui
- Non
- Inconnue

34. Avez-vous référé ce client vers d'autres services? (Cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques
- Autre traitement en santé mentale
- Évaluation psychologique (neuropsychologique, pédagogique, professionnelle)
- Aide à l'enfance et à la famille
- Services sociaux autres que l'aide à l'enfance et à la famille
- Évaluation des médicaments
- Autres soins médicaux
- Soutien ou groupes d'entraide
- Aucune référence

ANNEXE C

Message de recrutement auprès des organismes réglementaires

Objet : Réseau de la pratique de la SCP

À tous les organismes réglementaires

L'été tire à sa fin et nous devenons plus occupés... C'est aussi le cas de la SCP qui s'apprête à entamer les prochaines étapes du Projet de surveillance de la santé mentale (financé par l'Agence de la santé publique du Canada)—un projet qui permettra la collecte de données au sujet des caractéristiques de pratique et démographiques des praticiens de la psychologie au Canada, ainsi que les caractéristiques démographiques et cliniques de leurs clients.

Ce projet vise à améliorer ce que nous savons déjà au sujet des services de santé mentale au Canada en ciblant tout particulièrement les activités des psychologues. Nous allons étendre les sources de données de surveillance des maladies chroniques et par conséquent améliorerons la planification, la coordination et l'évaluation des systèmes de maladie chronique afin de mieux servir et protéger les intérêts de la population canadienne.

Karen Cohen, la chef de la direction de la SCP, a déjà communiqué avec vous pour demander votre aide en passant l'information au sujet de ce projet à vos membres. Certaines provinces ont déjà passé notre message et leur aide a été grandement appréciée! Si vous ne l'avez pas déjà fait et êtes intéressé à prendre part à cette initiative, veuillez faire parvenir notre message aux membres chez vous (voir ci-dessous).

N'hésitez pas à communiquer avec moi si vous avez des questions ou des préoccupations au sujet de ma demande. Si vous n'êtes pas en mesure de faire circuler ce message par voie électronique, mais seriez intéressés à ce que nous envoyions le message par courrier, veuillez me le laisser savoir et nous prendrons les dispositions pour le faire.

Compte tenu que les organismes réglementaires du Canada ont les listes les plus exhaustives des praticiens de la psychologie autorisés au pays, votre aide est grandement nécessaire et appréciée! À titre de gestionnaire de projet pour cette entreprise, j'aimerais beaucoup que vous nous aidiez à diffuser notre demande. Si vous êtes au courant de toute autre façon où je pourrais aider à faire parvenir ce message aux psychologues, veuillez me le laisser savoir. Je suis facilement joignable par courriel ou par téléphone à mes coordonnées ci-dessous.

Je vous remercie pour votre considération. C'est vraiment un projet qui contribuera d'une façon significative à répondre aux besoins en santé mentale de la population canadienne.

Je vous remercie.

La dernière fois que nous avons communiqué avec vous, nous étions à la recherche de praticiens en psychologie pour participer à une enquête-pilote en ligne sur les activités des psychologues. La SCP a le plaisir d'avoir conclu un autre accord de contribution avec l'ASPC qui nous permettra d'administrer des enquêtes revues et révisées de façons plus large à des praticiens de la psychologie et de créer d'autres formes d'enquêtes qui cibleront différents genres d'activités en psychologie.

Nous avons donc besoin de la participation de 500 psychologues d'un bout à l'autre du Canada. Nous demanderons à ces 500 psychologues de remplir d'un à quatre questionnaire d'enquêtes en ligne au cours de deux ans. Ces enquêtes porteront sur les caractéristiques de leur pratique (p. ex. le domaine de spécialité, le genre de problèmes et les groupes de patients rencontrés) ainsi que des questions au sujet des caractéristiques cliniques et démographiques des clients rencontrés. Il pourrait falloir environ 45 minutes pour répondre à chaque enquête et les psychologues participants recevront 75 \$ par enquête.

Si vous avez le temps de contribuer à ce projet très utile, veuillez communiquer avec nous à practicenetwork@cpa.ca pour marquer votre intérêt et/ou obtenir plus d'information. Il s'agit d'une occasion importante pour la psychologie canadienne de contribuer à ce qui est connu au sujet des demandes en santé mentale et l'utilisation des services au Canada.

Annexe D

Questionnaire de l'enquête 3

Ce questionnaire s'adresse aux praticiens de la psychologie qui assurent la prestation de services aux enfants et aux jeunes de moins de 18 ans. Pensez au client à qui vous fournissez des services à un moment donné aléatoire (ou le client que vous avez vu le plus près de cette heure choisie de façon aléatoire) et répondez aux questions suivantes.

1. Sexe du client:

- Homme
- Femme
- Transgenre

2. Âge du client: _____**3. L'ethnicité déclarée par le client et/ou le parent ou gardien :**

- Blanc
- Chinois
- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Originaire de l'Asie du Sud (p.ex. Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)
- Originaire de l'Asie du Sud-Est (p.ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien, etc.)
- Originaire de l'Asie occidentale (p.ex. Afghan, Iranien, etc.)
- Arabe
- Japonais
- Peuples autochtones d'Amérique du Nord (Indien de l'Amérique du Nord, Métis, Inuit)
- Autre (veuillez préciser): _____

4. Langue parlée à la maison:

- Anglais
- Français
- Autre (veuillez préciser) : _____

5. Le client est-il né au Canada ou s'est-il installé au Canada?

- Né au Canada
- N'est pas né au Canada et vit ici depuis _____ ans

6. En vertu de quel statut le client s'est-il installé au Canada?

- Immigrant
- Réfugié
- Inconnue

7. L'orientation sexuelle déclarée par le client, si elle est connue :

- Hétérosexuel
- Gai/lesbienne
- Bisexuel
- Inconnue

8. Quelle est la structure familiale actuelle du client?

- Couple marié
- Couple non marié
- Parent seul
- Famille reconstituée (p. ex. beaux-parents, frères et sœurs par alliance)
- Gardiens appartenant à la famille étendue (p. ex. grands-parents, oncles, tantes, etc.)
- Frère(s) ou sœur(s) adulte(s) gardien(s) de l'enfant ou du jeune
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

9. Conditions de logement du client:

- Résidence simple
- Résidences multiples
- Placement familial
- Foyer de groupe
- Sans-abri ou refuge
- Autre (*veuillez préciser*) _____

10. Est-ce que le client identifié fréquente l'école régulièrement?

- Oui
- Non
- Inconnue
- Sans objet, le client n'est pas d'âge scolaire

11. En quelle année se trouve le client qui a été identifié? _____

12. Est-ce que le client identifié a déjà doublé une année?

- Oui
- Non
- Inconnue

13. Quel type d'école fréquente le client identifié?

- École publique
- École privée
- Scolarisé à la maison

14. Est-ce que le client assiste à des programmes ou des classes spéciales pour n'importe quelle des raisons suivantes? (Cochez toutes celles qui s'appliquent)

- Trouble d'apprentissage
- Déficience développementale
- Comportement
- Élève lent
- Doué
- Autre (veuillez préciser): _____

15. Est-ce que le client occupe un travail rémunéré de quelque sorte?

- Temps plein
- Temps partiel
- Non
- Inconnue
- Sans objet

16. Si le client travaille, que fait-il?

17. Langue utilisée lors des rencontres:

- Anglais

- Français
- Autre (veuillez préciser)

18. Quel service avez-vous fourni au client au cours de la séance? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Évaluation
- Traitement
- Consultation

19. Veuillez préciser et décrire brièvement le type d'évaluation, de thérapie et/ou de consultation que vous effectuez :

20. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de séances de THÉRAPIE avez vous fait avec le client identifié? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

21. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de séances d'ÉVALUATION avez vous fait avec le client identifié? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

22. Y compris la séance d'aujourd'hui, combien de séances de CONSULTATION avez vous fait avec le client identifié? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

23. Combien d'autres séances de tous les types prévoyez vous donner au client identifié ou à son sujet? (Inclure les séances avec les parents, les enseignants, etc.)

24. Au cours de toutes les séances à ce jour, avez vous déjà consulté quelqu'un du système scolaire par rapport au traitement du client identifié?

- Enseignant
- Assistant en education
- Autre psychologue
- Principal ou vice principal
- Autre (veuillez préciser): _____

25. Au cours de toutes les séances à ce jour, consultez-vous quelqu'un au sujet du traitement du client identifié (autre que le client lui-même)?

- Parent(s)
- Autre(s) membre(s) de la famille
- Médecin de famille
- Autre (veuillez préciser): _____

26. Dans cette séance, avez-vous vu seulement le client identifié?

- Oui
- Non

27. Dans cette séance, qui d'autre était inclus dans la prestation du service? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Parent(s)
- Autre membre de la famille autre que le gardien
- Autre gardien
- Autre fournisseur de services
- Autre (veuillez préciser)

28. Le client a-t-il des facteurs de risque identifiables pour des problèmes de santé mentale? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Problèmes ou antécédents familiaux de santé mentale
- Déficience physique et/ou maladie à long terme dans la famille
- Problèmes conjugaux dans la famille (p. ex. séparation, divorce, instabilité familiale)
- Décès d'un membre de la famille pendant l'enfance
- Mobilité (p. ex. déménagements fréquents)
- Violence physique ou sexuelle pendant l'enfance
- Enlèvement de la famille par le bureau de protection de l'enfance; placements multiples
- Difficultés d'attachement
- Intimidation
- Agression et/ou colère
- Peurs inhabituelles, phobies
- Problèmes de rendement scolaire
- Évitement scolaire, école buissonnière
- Naissance prématurée
- Problèmes de santé congénitaux (y compris les états génétiques)
- Autres problèmes de santé

- Exposition à des événements traumatiques
- Traumatisme crânien (développemental ou acquis)
- Autre (veuillez préciser)
- Inconnue
- Aucun facteur de risque

29. Quelles sont les raisons pour lesquelles le client veut obtenir des services ou qu'il a été amené pour des services? (Cochez tout ce qui s'applique) :

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Problèmes ou troubles de comportement
- Problèmes intrapersonnels (p. ex. estime de soi, confiance en soi, colère, gêne)
- Problèmes ou troubles de l'attention (p. ex. HDA, THADA)
- Problèmes d'apprentissage
- Évaluation de douance
- État de préparation à l'école
- Problèmes ou troubles de l'attachement
- Problèmes cognitifs autre que d'apprentissage (y compris les retards de développement)
- Troubles du spectre autistique
- Comportements d'auto agression (p. ex. gestes ou pensées suicidaires, automutilation)
- Psychose
- Gestion de la santé, des blessures et de la maladie
- Ajustement aux événements stressants de la vie (problèmes professionnels et conjugaux, deuil)
- Séparation ou divorce parental
- Consultation pour adoption
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes (p. ex. douleur chronique)
- Abus sexuel et traumatisme
- Abus et traumatisme physique
- Problèmes psychosexuels
- Consommation ou abus de drogue et d'alcool
- Autre (veuillez préciser): _____

30. Votre client a-t-il reçu un diagnostic de trouble mental du DSM-IV?

- Oui
- Non

- Évaluation diagnostique non terminée
- Inconnue
- Je n'utilise pas le DSM

30.2 Si vous n'utilisez pas le DSM, est ce que vous vous servez d'une méthode de classification différente? (p. ex. ICD 10)

- Oui (veuillez préciser):
- Non

30.3 Quels sont les diagnostics? (cliquez ici pour consulter les codes de diagnostic DSM-IV)

Diagnostic primaire: _____

Autre Diagnostic: _____

Autre Diagnostic: _____

Autre Diagnostic: _____

31. Veuillez coter dans quelle mesure le ou les problèmes de votre client avaient, selon vous, des répercussions négatives sur son fonctionnement quotidien avant le début du traitement prodigué :

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

32. Depuis que vous avez commencé à voir ce client, comment évalueriez- vous les changements observés en ce qui a trait aux problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Disparition complete
- Amélioration importante
- Amélioration
- Aucun changement
- Détérioration
- Sans objet

33. Le client fait-il état de problèmes liés à une maladie chronique, un trouble ou un état, mais ce n'est pas le problème qu'il présente?

- Oui
- Non

- Inconnue

34. Quelles sont les fonctions touchées par les troubles chroniques du client? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Fonctions neurologiques
- Fonctions mentales
- Motricité globale et motricité fine
- Fonctions visuelles
- Fonctions auditives
- Fonctions de la parole et du langage
- Fonctions gastro-intestinales
- Fonctions endocriniennes
- Fonctions cardiaques
- Fonctions respiratoires
- Fonctions immunologiques
- Autre (veuillez préciser)

35. Veuillez évaluer dans quelle mesure le fonctionnement quotidien de votre client est limité, selon vous, par un ou des maladies, troubles ou états chroniques?

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

36. Veuillez évaluer l'étendue à laquelle vous croyez que la maladie chronique, le trouble ou l'état du client a une influence sur la famille :

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

37. L'évaluation du client ou du parent de l'état de santé du client :

- Excellent

- Très bon
- Bon
- Passable
- Faible
- Inconnue

38. Votre client présente-t-il un problème de consommation de drogue ou d'alcool ou un trouble qui ne correspond pas au problème pour lequel il vous consulte, mais qui lui est relié?

- Oui
- Non
- Inconnue

39. Est-ce qu'un médicament psychotrope est administré au client pour un problème de santé mentale?

- Oui
- Non
- Inconnue

39.2 Le cas échéant, quels sont ces médicaments? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Antidépresseur
- Anxiolytique
- Antipsychotique
- Stimulant
- Hypnotique
- Psychorégulateur
- Inconnue
- Autre (veuillez préciser)

39.3 Le cas échéant, par qui ce médicament est-il prescrit?

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Pédiatre
- Autre médecin spécialiste
- Psychiatre
- Infirmière praticienne
- Autre professionnel de la santé

40. Est-ce que votre client prend un médicament pour un problème de santé qui est lié au problème qu'il présente? (p. ex. est ce qu'il reçoit des services relativement au diagnostic de THADA et qu'il prend du Ritalin)

- Oui
- Non
- Inconnue

41. Est-ce que votre client prend un médicament pour un autre problème de santé non relié au problème qu'il présente? (p. ex. il reçoit des services relativement à un problème d'apprentissage, mais le client prend aussi de l'insuline parce qu'il est diabétique)

- Oui
- Non
- Inconnue

42. Est-ce que le client reçoit les services d'un autre fournisseur de soins de santé régulier pour le même problème qu'il présente?

- Oui
- Non

42.2 De qui reçoit-il ces services?

- Psychiatre
- Médecin de famille ou omnipraticien
- Infirmière praticienne
- Psychologue
- Conseiller
- Travailleur social
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Organisme de services sociaux
- Physiothérapeute
- Autre (veuillez préciser)

43. Le client ou le gardien reçoit-il ou participe-t-il à des services ou du soutien communautaires liés au problème que présente le client?

- Oui
- Non

43.2 Quel type de service ou de soutien communautaire?

- Grands frères/grandes sœurs
- Camps de thérapie
- Groupes de soutien (p. ex. deuil, divorce)
- Aptitudes sociales
- Équipe de suivi intensif dans le milieu
- Apprentissage de compétences familiales et parentales
- Ressource communautaire ou centre de santé
- Autre (veuillez préciser) : _____

44. Par qui le client vous a-t-il été référé?

- Par lui-même
- Parent(s)
- Autre client
- Système juridique
- Membre de la famille
- Système scolaire
- Psychologue
- Psychiatre
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Régime d'assurance
- Service communautaire
- Services sociaux (p. ex. SCS)
- Service d'aiguillage professionnel

45. Avez-vous référé ce client vers d'autres services? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques
- Autre traitement en santé mentale
- Évaluation psychologique (neuropsychologique, pédagogique, professionnelle)
- Pédagogique (p. ex. tutorat)
- Formation ou soutien parental

- Activités de la vie quotidienne
- Hébergement
- Aide à l'enfance et à la famille
- Services sociaux autres que l'aide à l'enfance et à la famille
- Médicaments
- Autre question de santé (p. ex. orthophonie, ergothérapie)
- Soutien ou groupes d'entraide
- Autre (veuillez préciser)
- Aucune référence

46. Lieu de prestation des services:

- Grand centre urbain
- Banlieue d'un grand centre urbain
- Petite ville ou village
- Milieu rural

47. Le client habite :

- Grand centre urbain
- Banlieue d'un grand centre urbain
- Petite ville ou village
- Milieu rural

48. Dans quel type de contexte ou d'organisation avez vous assuré la prestation de services à ce client?

- Contexte de pratique privée – pratique de groupe
- Contexte de pratique privée – pratique individuelle
- Organisme de soins de santé public (p. ex. hôpital, clinique)
- Centre de détention
- Programme communautaire
- Service d'aide sociale à l'enfance
- École

49. Comment le client ou le gardien du client a-t-il payé pour le service? Le service a été:

- Paie directement les services, sans remboursement d'un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Paie directement les services, certains ont été remboursés par des services complémentaires de santé

- Paie directement les services, lesquels sont remboursés en totalité ou en grande partie par un régime d'assurance-maladie complémentaire
- Reçoit les services au sein d'un établissement public (p. ex. hôpital, école, établissement correctionnel)
- Les services reçus ont été payés en partie par un organisme gouvernemental
- Les services reçus ont été payés en totalité par un organisme gouvernemental
- Reçoit des services bénévoles
- Autre (veuillez préciser)

50. Brièvement, quels sont les trois principaux facteurs qui vous mettent au défi dans la prestation du meilleur service possible pour ce client en particulier? (p. ex. manque de services spécialisés dans la communauté, manque de financement pour le service nécessaire, manque de collaboration entre les partenaires de soins, manque de soutien des parents ou d'autres engagés dans le soin de l'enfant)

Annexe E

Courriel de recrutement pour l'enquête 3

Objet : Réseau de la pratique de la SCP : recrutement pour le 3^e questionnaire

Bonjour,

Vous pourriez vous rappeler il y a quelque temps que vous avez reçu un courriel de la SCP qui vous demandait de participer à la **création d'un réseau électronique de la pratique de la psychologie**. Le but du réseau **était de nous permettre de recueillir de l'information relative aux caractéristiques de la pratique et de la démographie des praticiens en psychologie au Canada ainsi qu'aux caractéristiques démographiques et cliniques des clients qu'ils évaluent et qu'ils soignent**. Vous pourriez aussi vous rappeler que cette initiative a été financée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) qui reconnaît que la collecte d'information sur les activités des psychologues est essentielle à la compréhension des besoins et des services en santé mentale au pays.

La dernière fois que nous avons communiqué avec vous, nous cherchions tous les types de psychologues dans la pratique qui accepteraient de participer à une enquête en ligne portant sur les activités des psychologues. **La SCP tente maintenant de recruter des praticiens qui assurent la prestation de services à des enfants et/ou adolescents**. L'enquête précédente n'a pas permis de saisir de façon adéquate la nature et la portée de la pratique des psychologues qui s'occupent des enfants et des adolescents.

Nous voulons recruter 150 psychologues, d'un bout à l'autre du Canada, qui voudraient participer à l'enquête. L'enquête porte sur les caractéristiques démographiques et cliniques particulières des enfants et des adolescents. Vous êtes admissible à participer si vous assurez actuellement la prestation de services (p. ex., thérapie, évaluation, intervention) auprès d'enfants et d'adolescents d'au plus 17 ans (y compris les séances avec les parents, les soignants, les enseignants, etc.). Il faudra environ 45 minutes de votre temps pour répondre au questionnaire et nous allons rémunérer les participants 75 \$ pour leur participation à l'enquête au complet.

Veillez communiquer avec nous à practicenetwork@cpa.ca pour nous indiquer votre intérêt et/ou obtenir plus d'information. C'est une occasion pour la psychologie canadienne de contribuer à ce qui est connu au sujet des besoins en santé mentale et de l'utilisation des services au Canada.

Au nom de Karen Cohen, la directrice générale de la SCP, je vous remercie beaucoup et vous salue bien chaleureusement!

Annexe F

Courriel d'information sur le sondage d'admissibilité pour l'enquête 3

Objet : Réseau de la pratique de la SCP : invitation à remplir le questionnaire d'admissibilité

Bonjour,

Je vous remercie de votre intérêt à participer à ce projet de recherche innovateur au sujet des caractéristiques démographiques et cliniques des enfants et des adolescents dont vous vous occupez. Dans le cadre de l'entente de contribution financée par l'Agence de santé publique du Canada, ce projet vise à compléter nos connaissances actuelles sur la santé mentale de la population canadienne et les services qui leur sont fournis.

Pour plus d'information sur la portée complète du projet et les résultats des deux premières phases de l'enquête, veuillez-vous rendre à notre page Web :

www.cpa.ca/surveillanceandsurveys

Les enquêtes précédentes n'ont pas permis de saisir de façon adéquate la nature et la portée de la pratique des psychologues qui s'occupent des enfants et des adolescents. Reconnaisant cette lacune, la SCP a élaboré une enquête qui vise à obtenir des données démographiques sur les enfants et les adolescents, le fonctionnement psychosocial et les caractéristiques du service. Cent cinquante praticiens psychologues rempliront ce questionnaire, qui prendra au plus 45 minutes de leur temps. Ils recevront 75 \$ pour leur participation.

Semblable à la méthodologie de la 2^e enquête, cette enquête utilisera **l'échantillonnage en temps réel**, qui demande à ce que les participants répondent au questionnaire sur client choisi au hasard. Veuillez vous rendre au lien suivant et remplir le **QUESTIONNAIRE D'ADMISSIBILITÉ** :

www.cpa.ca/sondageadmissible

Votre ID utilisateur est : [user_id]

Votre mot de passe est : [password]

L'information recueillie dans ce questionnaire d'admissibilité nous permettra d'obtenir des données démographiques clés sur les praticiens psychologues qui peuvent participer à la 3^e enquête. *Même si nous ne visons pas à obtenir une représentativité parfaite des psychologues au Canada, divers participants provenant de chaque province et choisis en fonction d'autres caractéristiques démographiques clés seront retenus pour remplir le 3^e questionnaire.*

Le questionnaire d'admissibilité nous permettra aussi de déterminer un moment aléatoire dans votre semaine de travail pour que vous répondiez au questionnaire proprement dit; vous

répondrez 3^e questionnaire par rapport au dernier client (enfant ou adolescent) que vous avez vu au moment de recevoir l'invitation à remplir le questionnaire et vous aurez **48 heures** pour rendre vos réponses.

Votre volonté de participer est grandement appréciée et votre contribution au projet est inestimable. Je vous remercie à nouveau d'avoir exprimé votre intérêt, **le 3^e questionnaire sera disponible mi-novembre.**

Merci beaucoup encore une fois.

Ashley

Annexe G

Enquête 3 : Sondage d'admissibilité

1. Quel âge avez vous?
2. Quel est votre sexe?
 - Femme
 - Homme
3. Diplôme sur lequel repose votre agrément à titre de psychologue :
 - Maîtrise
 - Doctorat
4. Domaine de la psychologie pour lequel vous avez obtenu votre diplôme le plus élevé :
 - Psychologie clinique
 - Psychologie du counseling
 - Neuropsychologie clinique
 - Psychologie scolaire
 - Psychologie du développement
 - Autre(s) (veuillez préciser)
5. Province où vous êtes un psychologue praticien autorisé :
 - Colombie-Britannique
 - Alberta
 - Saskatchewan
 - Manitoba
 - Ontario
 - Québec
 - Nouveau-Brunswick
 - Nouvelle-Écosse
 - Île-du-Prince-Édouard
 - Terre-Neuve et Labrador
6. Comment pouviez-vous le mieux décrire votre pratique?
 - 50 % ou plus dans la pratique privée

- 50 % ou plus dans la pratique publique
- 7. Est-ce que vous fournissez principalement des services aux enfants et aux adolescents (y compris leurs parents, leurs enseignants, etc.)?
 - Oui
 - Non
- 8. Au cours d'une semaine de travail normale, quels jours voyez-vous vos clients?
 - Dimanche
 - Lundi
 - Mardi
 - Mercredi
 - Jeudi
 - Vendredi
 - Samedi
- 9. Au cours d'une journée de travail normale, à quelle heure voyez-vous vos clients?
(Utilisez le format XX:XX sur 24 heures):
 - Début de la première rencontre:
 - Fin de la dernière rencontre:

Annexe H

Questionnaire de l'enquête 4

Ce sondage s'adresse aux praticiens en psychologie qui assurent la prestation des services à des adultes de 18 ans et plus qui sont atteints d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète. La maladie cardiovasculaire de votre client peut être liée au problème que le client vous a présenté pour les services de psychologie ou il peut être un état coïncidant.

Pensez au client adulte le plus *récent* atteint de maladie cardiovasculaire à qui vous avez assuré un service et répondez aux questions suivantes.

**Veuillez suivre les instructions en rouge lorsque c'est indiqué. Choisissez UNE réponse pour chaque question à moins que ce soit indiqué autrement. **

1. Un de mes clients adultes qui a recouru à mes services récemment souffre de :

- Maladie cardiovasculaire (continue avec #3)
- Diabète (continue avec #2)
- Les deux (répond à #2 et #3)
- Aucun (cessez de compléter le sondage)

2. De quel type de diabète le client souffre-t-il :

- Type 1 (diagnostiqué avant 30 ans)
- Type 2 (progressif, diagnostiqué au stade adulte)

continue avec #4

3. Est-ce que l'état du client peut être décrit comme :

- Acquis
- De naissance (continue avec #5)

4. Quand a-t-on diagnostiqué le diabète du client?

- Au cours de la dernière année
- Il y a 1 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- Plus de 10 ans

5. Depuis le diagnostic, quelle est l'état de la maladie du client :

- Détérioration
- Aucun changement
- Amélioration
- Amélioration importante
- Inconnue

6. Sexe du client:

- Homme
- Femme

7. Âge du client: _____

8. L'ethnicité déclarée par le client et/ou le parent ou gardien :

- Blanc
- Chinois
- Noir
- Philippin
- Latino-américain
- Originaire de l'Asie du Sud (p.ex. Indien, Pakistanais, Sri Lankais, etc.)
- Originaire de l'Asie du Sud-Est (p.ex. Cambodgien, Indonésien, Laotien, Vietnamien, etc.)
- Originaire de l'Asie occidentale (p.ex. Afghan, Iranien, etc.)
- Arabe
- Japonais
- Peuples autochtones d'Amérique du Nord (Indien de l'Amérique du Nord, Métis, Inuit)
- Autre (*veuillez préciser*): _____

9. L'orientation sexuelle déclarée par le client, si elle est connue :

- Hétérosexuel
- Gai/lesbienne
- Bisexuel
- Inconnue

10. État civil:

- Marié
- Union libre

- Veuf ou veuve
- Séparé
- Divorcé
- Célibataire et jamais marié
- Inconnue

11. Conditions de logement du client:

- Résidence privée
- Soins en établissement
- Milieu correctionnel
- Sans abri
- Autre (*veuillez préciser*) _____

12. Veuillez indiquer leur niveau d'instruction:

- 8e année ou moins
- Une partie des études secondaires
- Diplôme d'études secondaires
- Certificat ou diplôme collégial
- Certificat ou diplôme d'une école de métier
- Une partie du premier cycle
- Diplôme de premier cycle
- Grade supérieur ou titre professionnel
- Inconnue

13. Le client a-t-il un emploi?

- À temps plein
- À temps partiel
- Non
- Reçoit une indemnité
- Inconnue

14. Quel service avez-vous fourni au client au cours de la séance? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Évaluation
- Traitement
- Consultation

14.2 Veuillez préciser et décrire brièvement le type d'évaluation, de thérapie et/ou de consultation que vous effectuez :

15. Combien de séances de traitement totales prévoyez-vous fournir à ce client? (Y compris toutes les séances antérieures et futures) :

16. Jusqu'à maintenant dans la prestation de vos services à ce client, avez-vous consulté d'autres professionnels de la santé par rapport au traitement du client? (*Cochez tout ce qui s'applique*)

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Diététicien ou nutritionniste
- Ergothérapeute
- Physiothérapeute
- Spécialiste en médecine (endocrinologue, cardiologue)
- Autre (*veuillez préciser*) : _____
- N'a pas consulté

17. Est-ce que le client reçoit les services d'un autre fournisseur de soins de santé régulier pour le même problème qu'il présente?

- Oui (*continue avec #17.2*)
- Non (*continue avec #18*)

17.2 De qui reçoit-il ces services?

- Psychiatre
- Médecin de famille ou omnipraticien
- Infirmière praticienne
- Psychologue
- Conseiller
- Travailleur social
- Orthophoniste
- Ergothérapeute
- Organisme de services sociaux
- Physiothérapeute

- Spécialiste en médecine (endocrinologue, cardiologue)
- Autre (*veuillez préciser*): _____

18 Par qui le client vous a-t-il été référé?

- Par lui-même
- Autre client
- Système juridique
- Membre de la famille
- Système scolaire
- Psychologue
- Psychiatre
- Médecin
- Autre professionnel de la santé
- Régime d'assurance
- Service communautaire
- Services sociaux
- Service d'aiguillage professionnel

19 Avez-vous référé ce client vers d'autres services? (*cochez tout ce qui s'applique*)

- Traitement pour les toxicomanies et les alcooliques
- Autre traitement en santé mentale
- Évaluation psychologique (neuropsychologique, pédagogique, professionnelle)
- Aide à l'enfance et à la famille
- Services sociaux autres que l'aide à l'enfance et à la famille
- Évaluation des médicaments
- Autres soins médicaux (*veuillez préciser*): _____
- Soutien ou groupes d'entraide
- Aucune référence

20 Dans quel type de contexte ou d'organisation avez-vous assuré la prestation de services à ce client?

- Contexte de pratique privée – pratique de groupe
- Contexte de pratique privée – pratique individuelle
- Organisme de soins de santé public (p. ex. hôpital, clinique)
- Centre de détention
- Programme communautaire
- École

21 Le client manifeste-t-il des facteurs de risques précoces ou identifiables de problèmes de santé mentale? (*cochez tout ce qui s'applique*)

- Problèmes ou antécédents familiaux de santé mentale
- Déficience physique et/ou maladie à long terme dans la famille
- Autres problèmes de santé
- Problèmes conjugaux
- Décès d'un membre de la famille
- Exposition à des événements traumatiques
- Mobilité (p.ex. déménagements fréquents)
- N'a pas de diplôme d'études secondaires
- Violence physique ou sexuelle pendant l'enfance
- Retiré de la famille par les autorités de protection de l'enfance
- Ne sait pas
- Aucun facteur de risque
- Autre (*veuillez préciser*): _____

22 Quelles sont les raisons pour lesquelles le client veut obtenir des services ou qu'il a été amené pour des services? (*Cochez tout ce qui s'applique*) :

- Troubles de l'humeur
- Troubles anxieux
- Troubles de la personnalité
- Problèmes intrapersonnels (p.ex. estime de soi, confiance en soi, colère, comportement)
- Problèmes interpersonnels /conflits relationnels
- Questions professionnelles
- Problèmes d'apprentissage
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'adulte (autre que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes de fonctionnement cognitif chez l'enfant (autres que les problèmes d'apprentissage)
- Problèmes psychologiques et psychosociaux chez l'enfant
- Psychose
- Gestion de la santé, des blessures et de la maladie
- Ajustement aux événements stressants de la vie (problèmes professionnels et conjugaux, deuil)
- Troubles de l'alimentation
- Troubles du sommeil
- Troubles somatoformes (p.ex. douleur chronique)
- Abus sexuel et traumatisme
- Troubles sexuels

- Consommation ou abus de drogue et d'alcool
- Autre(s) (veuillez préciser): _____

23 Votre client a-t-il reçu un diagnostic de trouble mental du DSM-IV?

- Oui (continue avec #23.3)
- Non (continue avec #24)
- Évaluation diagnostique non terminée (continue avec #24)
- Inconnue (continue avec #24)
- Je n'utilise pas le DSM (continue avec #23.2)

23.2 Si vous n'utilisez pas le DSM, est ce que vous vous servez d'une méthode de classification différente? (p. ex. ICD 10)

- Oui (veuillez préciser): _____
- Non

continue avec #24

23.3 Quels sont les diagnostics? (cliquez ici pour consulter les codes de diagnostic DSM-IV)

Diagnostic primaire: _____
Autre Diagnostic: _____
Autre Diagnostic: _____
Autre Diagnostic: _____

24 Veuillez coter dans quelle mesure le ou les problèmes de votre client avaient, selon vous, des répercussions négatives sur son fonctionnement quotidien avant le début du traitement prodigué :

- Aucun
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

25 Depuis que vous avez commencé à voir ce client, comment évalueriez- vous les changements observés en ce qui a trait aux problèmes pour lesquels il vous consulte?

- Disparition complete
- Amélioration importante
- Amélioration

- Aucun changement
- Détérioration
- Sans objet

26 Auto-évaluation du client par rapport à son état de santé:

- Excellent
- Très bon
- Bon
- Passable
- Faible
- Inconnue

27 Votre client présente-t-il un problème de consommation de drogue ou d'alcool ou un trouble qui ne correspond pas au problème pour lequel il vous consulte, mais qui lui est relié?

- Oui
- Non
- Inconnue

28 Est-ce que le client a des pensées, des idéations ou des tendances suicidaires?

- Oui
- Non
- Inconnue

29 Est-ce qu'un médicament psychotrope est administré au client pour un problème de santé mentale?

- Oui (continue avec #29.2)
- Non (continue avec #30)
- Inconnue (continue avec #30)

29.2 Le cas échéant, quels sont ces médicaments? (cochez plus d'un énoncé, s'il y a lieu)

- Antidépresseur
- Anxiolytique
- Antipsychotique
- Stimulant
- Hypnotique

- Psychorégulateur
- Inconnue
- Autre (*veuillez préciser*) : _____

29.3 Le cas échéant, par qui ce médicament est-il prescrit?

- Médecin de famille ou omnipraticien
- Autre médecin spécialiste
- Psychiatre
- Infirmière praticienne
- Autre professionnel de la santé

30 Est-ce que le client a cherché à obtenir des services de psychologie principalement pour gérer sa maladie cardiovasculaire/diabète?

- Oui
- Non

31 Est-ce que les problèmes psychologiques du client précèdent le diagnostic de maladie cardiovasculaire/diabète ou la suivent?

- Précède
- Suit
- Je ne sais pas

32 Est-ce que vous ou tout autre fournisseur de soins de santé du client croyez que la maladie cardiovasculaire/diabète du client est influencée par des facteurs psychologiques (dépression, gestion du stress)?

- Oui (*continue avec #32.2*)
- Non (*continue to #33*)

32.2 Décrivez brièvement comment les facteurs psychologiques pourraient avoir une incidence sur le client et la gestion de sa maladie cardiovasculaire :

33 Quelle(s) source(s) de stress importantes d'un point de vue clinique le client doit-il gérer?

- Travail
- Famille
- Relation
- Financier
- Social

34 Est-ce que les membres de la famille ou ses proches sont engagés dans les services psychologiques que vous assurez au client?

- Oui
- Non

35 Est-ce que le client manifeste un ou des états chroniques comorbides, autres que la maladie cardiovasculaire et le problème psychologique qu'il présente?

- Oui, l'état comorbide ne fait *pas* partie du problème qu'il présente (continue avec #35.2)
- Oui, l'état comorbide *contribue* au problème qu'il présente (continue avec #35.2)
- Non (continue avec #36.1)
- Inconnue (continue avec #36.1)

35.2 Quelles sont les fonctions touchées par les troubles chroniques du client? (Cochez tout ce qui s'applique)

- Fonctions neurologiques
- Fonctions mentales
- Motricité globale et motricité fine
- Fonctions visuelles
- Fonctions auditives
- Fonctions de la parole et du langage
- Fonctions gastro-intestinales
- Fonctions endocrinales (p. ex., régulation de la température du corps, sommeil, métabolisme, croissance)
- Fonctions cardiaques (p. ex., maladies ou états influençant le fonctionnement du coeur)
- Fonctions respiratoires
- Fonctions immunologiques
- Autre (veuillez préciser): _____

36 Veuillez évaluer l'étendue à laquelle vous croyez que le fonctionnement quotidien du client est limité par ses problèmes de santé mentale ou physique :

- Aucun (continue avec #37.1)
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

36.2 Est-ce que la restriction dans le fonctionnement est liée au(x) maladie(s) atteint d'un état chronique du client ou par le problème psychologique qu'il présente?

- Maladie(s) atteint d'un état chronique
- Problème psychologique qu'il présente
- Les deux

37. Veuillez évaluer l'étendue à laquelle vous croyez que la maladie cardiovasculaire/diabète du client et/ou le problème psychologique qu'il présente a une influence sur sa famille ou ses proches :

- Aucun (continue avec #38.1)
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

37.2 Est-ce que l'influence sur la famille est causée par la maladie cardiovasculaire du client ou le problème psychologique qu'il présente?

- Maladie(s) atteint d'un état chronique
- Problème psychologique qu'il présente
- Les deux

38. Veuillez évaluer l'étendue à laquelle vous croyez que la maladie cardiovasculaire du client et/ou le problème psychologique qu'il présente a une influence sur sa capacité de travailler :

- Aucun (continue avec #39)
- Peu
- Modéré
- Grave
- Inconnue

38.2 Est-ce que l'influence sur sa capacité de travailler est causée par la maladie cardiovasculaire du client ou le problème psychologique qu'il présente?

- Maladie(s) atteint d'un état chronique
- Problème psychologique qu'il présente
- Les deux

39. Brièvement, quels sont les trois principaux facteurs qui vous mettent au défi dans la prestation du meilleur service possible pour ce client en particulier? (p. ex. manque de services spécialisés dans la communauté, manque de financement pour le service nécessaire, manque de collaboration entre les partenaires de soins, manque de soutien des autres engagés dans le soin du client)

Questions de pratique générale portant sur la maladie cardiovasculaire ou le diabète

40. En général, lorsque vous assurez la prestation de services à des clients adultes atteints de maladie cardiovasculaire, dans quelle mesure la **gestion de la maladie cardiovasculaire/ le diabète** constitue-t-elle un point de mire du traitement? (Par gestion, nous entendons la gestion comportementale comme le maintien d'un régime d'exercices ou alimentaire, la gestion du stress, etc.)

- La gestion de la maladie cardiovasculaire est toujours ou le plus souvent un point de mire du traitement
- La moitié du temps un point de mire du traitement
- Occasionnellement un point de mire du traitement
- Rarement ou jamais un point de mire du traitement

41. En général, lorsque vous assurez la prestation de services à des clients adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire, dans quelle mesure la **détresse psychologique associée à la maladie cardiovasculaire/le diabète** est un point de mire du traitement? Nous entendons ici l'aide aux clients adultes à faire face à une crainte de crise cardiaque ou de la mort, la tristesse de la perte ou du changement d'activité imposé par la maladie, le regret ou le remords concernant l'incidence de la maladie sur les membres de la famille, etc.

- La détresse psychologique associée à la maladie cardiovasculaire est toujours ou la plupart du temps un point de mire du traitement
- La moitié du temps un point de mire du traitement

- Occasionnellement un point de mire du traitement
- Rarement ou jamais un point de mire du traitement

42. En général, lorsque vous assurez la prestation de services à des clients adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire/le diabète, dans quelle mesure engagez-vous la famille ou les proches du client?

- Toujours
- La moitié du temps
- Occasionnellement
- Rarement ou jamais

43. En général, lorsque vous assurez la prestation de services à des clients adultes atteints d'une maladie cardiovasculaire/le diabète, communiquez-vous avec le fournisseur de soins primaires (p. ex. médecin de famille) ou le fournisseur de soins spécialisés (p. ex. cardiologue, endocrinologue) qui gère les aspects physiques de la maladie cardiovasculaire du client?

- Régulièrement
- Une ou deux fois au cours du traitement psychologique
- Jamais

44. En général, est-ce que vous collaborez avec des fournisseurs de soins de santé autres que médical ou infirmier (p. ex. ergothérapeute, pharmacien, ludothérapeute) pour aider vos clients adultes à gérer leur maladie cardiovasculaire ?

- Oui
- Non

45. Le cas échéant, avec qui collaborez-vous? _____

Annexe I

Message de recrutement pour l'enquête 4

Objet : Réseau de la pratique de la SCP : recrutement pour le 4^e questionnaire

Bonjour,

Le réseau électronique de la pratique de la SCP fait encore une fois appel à votre participation!

Le but du réseau **était de nous permettre de recueillir de l'information relative aux caractéristiques de la pratique et de la démographie des praticiens en psychologie au Canada ainsi qu'aux caractéristiques démographiques et cliniques des clients qu'ils évaluent et qu'ils soignent.** Vous pourriez aussi vous rappeler que cette initiative a été financée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) qui reconnaît que la collecte d'information sur les activités des psychologues est essentielle à la compréhension des besoins et des services en santé mentale au pays.

Au cours des phases précédentes, nous cherchions tous les types de praticiens en psychologie qui acceptaient de participer à des sondages sur le Web au sujet des activités des psychologues. La SCP a récemment recruté des praticiens qui assuraient la prestation de services aux enfants et aux jeunes étant donné que les sondages précédents n'avaient pas cerné de façon adéquate la nature et la portée de la pratique des psychologues qui s'occupent des enfants et des jeunes. **Aujourd'hui, la SCP cherche des praticiens qui assurent la prestation de services à des personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète.** Vous ne devez pas nécessairement être un psychologue dans le domaine de la santé pour participer à cette enquête; tous les praticiens sont invités à participer en autant qu'ils assurent des services de psychologie à des clients atteints de l'un ou l'autre de ces états chroniques.

Nous voulons recruter 150 psychologues, d'un bout à l'autre du Canada, qui voudraient participer à l'enquête. L'enquête cible les caractéristiques démographiques et cliniques particulières aux clients atteints d'une maladie cardiovasculaire ou du diabète. Vous pouvez participer si vous assurez actuellement la prestation de services psychologiques (thérapie, évaluation, intervention) aux clients souffrant de l'un de ces états chroniques particuliers. Il faudra environ 45-60 minutes de votre temps pour répondre au questionnaire et nous allons rémunérer les participants 75 \$ pour leur participation à l'enquête au complet.

Veillez communiquer avec nous à practicenetwork@cpa.ca pour nous indiquer votre intérêt et/ou obtenir plus d'information. C'est une occasion pour la psychologie canadienne de contribuer à ce qui est connu au sujet des besoins en santé mentale et de l'utilisation des services au Canada.

Au nom de Karen Cohen, la directrice générale de la SCP, je vous remercie beaucoup et vous salue bien chaleureusement!

Ashley

Annexe J

Questionnaire de rétroaction

Nous vous avons demandé de remplir ce questionnaire parce que vous avez participé à notre projet de réseau de la pratique électronique. En participant, vous avez eu l'occasion de remplir une série de questionnaires qui recueillaient des données sur la démographie, la pratique et les aspects cliniques à votre sujet et à celui de vos clients. Afin de nous aider à améliorer les questionnaires futurs de façon de pouvoir continuer à recueillir des données au sujet de la pratique de la psychologie au Canada, nous apprécierions vraiment que vous preniez quelques minutes de votre temps pour nous livrer votre rétroaction au sujet de votre participation à l'enquête.

Nous vous demandons d'être honnête et ouvert. Vos réponses, qu'elles soient positives ou négatives, sont précieuses pour nous.

Le questionnaire initial que vous avez rempli vous est fourni pour fins de référence à l'enquête. Les questions d'enquête ont été organisées en catégories : les questions sur la démographie des clients (p. ex., âge, sexe, etc.), les questions sur les caractéristiques de service (p. ex., services fournis, aiguillages, etc.) et les questions sur le fonctionnement psychosocial des clients (p. ex., facteurs de risque, problèmes présentés, etc.) pour qu'il soit plus facile pour vous de remplir ce questionnaire sur votre rétroaction.

Pour commencer à répondre au questionnaire, cliquez sur suivant.

1. À quel(s) questionnaire(s) avez-vous répondu? (cochez tout ce qui s'applique)
 - S1 : Questionnaire sur les fournisseurs de services en santé mentale (automne 2009)
 - S2 : Questionnaire sur les clients des services de santé mentale (automne 2009)
 - S3 : Questionnaire sur les clients enfants et jeunes (automne 2010/hiver 2011)
 - S4 : Clients ayant un état de santé chronique (hiver/printemps 2011)

2. Dans quelle langue avez-vous rempli le questionnaire?
 - Anglais
 - Français

3. Combien de temps vous a-t-il fallu approximativement pour remplir le questionnaire? (Si vous avez rempli plus d'un questionnaire, veuillez répondre avec le temps moyen pour remplir chacun des questionnaires. N'évaluez pas le temps pour le *questionnaire 1 : questionnaire sur les fournisseurs de services en santé mentale* dans votre calcul.)
 - Moins de 5 minutes
 - 5-10 minutes

- 10-20 minutes
- Plus de 20 minutes. Veuillez évaluer le temps en minutes:

4. Quel est le temps acceptable maximum pour répondre à un questionnaire sur la pratique de la psychologie (en minutes)?
- Moins de 10 minutes
 - 10-30 minutes
 - 30-45 minutes
 - Plus de 45 minutes

5. Quels types d'enquêtes aimeriez-vous que la SCP entreprenne à l'avenir?

Sur des populations spécifiques de clients? (p. ex., Premières nations, militaires, adultes plus âgés, etc.) Veuillez préciser :

Clients ayant des problèmes particuliers? (p. ex., troubles de l'alimentation, troubles d'anxiété, troubles de comportement, etc.) Veuillez préciser :

Autre? Veuillez préciser :

6. Indiquez dans quelle mesure vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant : Il a été **facile** pour moi de répondre aux questions _____ au sujet d'un client choisi de façon aléatoire; c'est-à-dire, vous aviez en main tous les renseignements sur le client choisi. *Veuillez-vous référer aux questionnaires fournis dans le lien sur la page d'accueil des questions individuelles.*

	Fortement en accord	En accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
Démographie					
Caractéristiques					

de service					
Fonctionnement psychosocial					

7. Veuillez expliquer pourquoi il était facile ou pas facile pour vous de répondre à ces questions.

8. Indiquez dans quelle mesure (niveau) vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant : Les questions de l'enquête concernant _____ étaient **claires et facilement compréhensibles**. *Veuillez-vous référer aux questionnaires fournis dans le lien sur la page d'accueil des questions individuelles.*

	Fortement en accord	En accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
Données démographiques sur le client					
Caractéristiques de service					
Fonctionnement psychosocial du client					

9. Veuillez indiquer et expliquer les questions qui n'étaient pas claires ou qui portaient à une mauvaise interprétation, le cas échéant.

10. Est-ce que le questionnaire saisissait tous ou la plupart des aspects des données démographiques de base sur le client?

- Oui
- Non

Si vous répondez non, quelles questions étaient manquantes?

11. Est-ce que le questionnaire saisissait tous ou la plupart des aspects des caractéristiques de service psychologique?

- Oui
- Non

Si vous répondez non, quelles questions étaient manquantes?

12. Est-ce que le questionnaire saisissait tous ou la plupart des aspects sur le fonctionnement psychosocial du client?

- Oui
- Non

Si vous répondez non, quelles questions étaient manquantes?

13. Indiquez dans quelle mesure (niveau) vous êtes d'accord avec l'énoncé suivant : Le _____ était **facile à utiliser** et **commode**.

	Fortement en accord	En accord	Neutre	En désaccord	Fortement en désaccord
Questionnaire en ligne					

Échantillonnage en temps réel*					
--------------------------------	--	--	--	--	--

*L'échantillonnage en temps réel a été la méthodologie utilisée pour les questionnaires 2, 3 et 4. Ce genre d'échantillonnage exige que les participants fournissent leurs heures de pratique et leur disponibilité. Une heure aléatoire est choisie dans la plage de disponibilité des participants pour laquelle le participant peut répondre au questionnaire concernant son client le plus récent.

14. Veuillez indiquer et expliquer tous les problèmes ou préoccupations que vous pourriez avoir eu concernant le format en ligne du questionnaire ou la méthodologie d'échantillonnage en temps réel, le cas échéant.

15. Est-ce que vous enlèveriez des questions dans l'enquête?

- Oui
 Non

Le cas échéant, quelles questions supprimeriez-vous et pourquoi?

16. Qu'est-ce que vous aimeriez que la SCP fasse avec les données de ces enquêtes?

17. Quel est le meilleur moyen de communiquer les résultats des enquêtes aux groupes suivants d'intervenants? (Sélectionnez tout ce qui s'applique)

	Le grand public	Praticiens de la psychologie	Gouvernement, décideurs
Site Web de la SCP			
Médias sociaux (p. ex., Twitter,			

Facebook)			
Brochures, dépliants			
Publications dans une revue			
Autre			

18. Quelles autres méthodes de communication de l'information suggèreriez-vous, le cas échéant?

19. Est-ce que vous participeriez à d'autres enquêtes de ce type sans compensation financière?

- Oui
 Non

20. Avez-vous des idées sur la façon d'encourager les praticiens de la psychologie à participer au processus d'enquête, particulièrement si nous n'étions pas en mesure de les rémunérer pour le faire? (p. ex., offrir d'autres incitatifs, insister sur l'importance de la recherche sur la pratique de la psychologie, fournir des copies des résultats de l'enquête)

21. Quel est le meilleur moment pour sonder les praticiens? (*Sélectionnez tout ce qui s'applique*)

- Au moment du renouvellement de l'adhésion à la SCP
 En conjonction avec l'inscription provinciale
 N'importe quel moment
 Autre, veuillez préciser :

22. Quelle est la meilleure façon d'informer les praticiens au sujet de la participation à ces types d'enquêtes? (*Sélectionnez tout ce qui s'applique*)

- Portail de recherche en ligne (p. ex., PRPR de la SCP)
 Publications à l'intention des membres (p. ex., Psynopsis)
 Courriel

Par l'organisme réglementaire

Autre, veuillez préciser :

23. Avez-vous des commentaires additionnels à formuler au sujet de votre participation à l'enquête?

Annexe K

Courriel de recrutement pour le questionnaire de rétroaction

Objet : Réseau de la pratique de la SCP : rétroaction sur votre participation à l'enquête
Bonjour,

Le projet de réseau de la pratique électronique de la SCP a terminé quatre enquêtes sur deux années au sujet de divers aspects de la pratique de la psychologie au pays. L'intention du réseau a été de nous permettre de recueillir des données sur les caractéristiques de la pratique et de la démographie des praticiens de la psychologie canadienne ainsi que les caractéristiques démographiques et cliniques des clients qu'ils rencontrent et traitent. Comme vous pourriez vous souvenir, cette initiative a été financée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC) qui reconnaissait que, recueillir des données sur les activités des psychologues est essentiel pour comprendre les besoins et services en santé mentale de la population canadienne.

Maintenant que le projet est terminé, nous demandons aux participants de nous fournir une rétroaction au sujet de leurs expériences de l'enquête.

Nous cherchons **30 participants** pour remplir un bref questionnaire sur la rétroaction. Vous êtes admissible à participer si vous avez rempli au moins l'un des questionnaires d'enquête :

Questionnaire 3 : Questionnaire sur les clients enfants et jeunes

Questionnaire 4 : Clients ayant un état de santé chronique

Veillez noter que la participation en répondant au questionnaire sur la rétroaction est sur une base bénévole; les participants ne seront pas rémunérés pour remplir le questionnaire.

Veillez communiquer avec nous à practicenetwork@cpa.ca pour manifester votre intérêt. C'est une occasion pour les participants de contribuer au processus d'enquête et de formuler des idées utiles sur la façon d'améliorer l'administration des enquêtes futures.

Au nom de Karen Cohen, la chef de la direction de la SCP, je vous remercie beaucoup.

Ashley