

Université de Sherbrooke

Étude des déterminants de l'utilisation des services ambulatoires de santé pour la dépression au Canada : Différences de genre

Par
Sarah Gagné
Département des sciences de la santé communautaire

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du grade de maître ès sciences (M.Sc.) en Sciences Cliniques

Sherbrooke, Québec, Canada
Septembre, 2015

Membres du jury d'évaluation
Helen-Maria Vasiliadis, directrice de recherche
Programme de Sciences Cliniques
Michel Prévile, directeur de recherche
Programme de Sciences Cliniques
Élise Roy, membre interne du jury
Programme de Sciences Cliniques
Aline Drapeau, membre externe du jury
Département de Psychiatrie et Département de Médecine sociale et préventive
Faculté de Médecine, Université de Montréal

Étude des déterminants de l'utilisation des services ambulatoires de santé pour la dépression au Canada : Différences de genre

Par

Sarah Gagné

Département des sciences de la santé communautaire

Mémoire présenté à la Faculté de médecine et des sciences de la santé en vue de l'obtention du diplôme du maître ès sciences (M.Sc.) en Sciences Cliniques, Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Québec, Canada, J1H 5N4

Au Canada, il existe un écart entre le niveau de dépression dans la population générale et le niveau de traitement reçu. Près de la moitié des individus souffrant de dépression majeure dans la communauté ne vont pas chercher de l'aide professionnelle, et plus du deux-tiers de ceux qui consultent ne sont pas traités ou reçoivent un traitement inapproprié ou insuffisant. Dans le contexte actuel, où les hommes investissent moins les services ambulatoires pour des raisons de santé mentale que les femmes, il est important de mieux comprendre les déterminants et les barrières d'accès aux soins en fonction du genre. Le but de ce mémoire était donc : (1) examiner les différences de genre dans l'utilisation des services ambulatoires de santé mentale pour la dépression, et (2) identifier les déterminants et les barrières d'accès aux soins chez les canadiens et canadiennes ayant une dépression majeure dans la communauté. Pour répondre à cet objectif, une étude a été réalisée avec les données provenant de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes, Cycle 1.2 Santé Mentale et Bien-être (ESCC 1.2) conduit par Statistique Canada en 2002 (n= 36 984). L'échantillon incluait les personnes de 15 ans et plus ayant répondu aux critères d'un épisode de dépression majeure selon le DSM-IV au courant des 12 mois qui ont précédé l'entrevue (n=1763). Des analyses de régressions logistiques multivariées stratifiées en fonction du genre ont été effectuées avec le logiciel SPSS 18.0 afin de déterminer les facteurs associés à l'utilisation des services au cours des 12 derniers mois spécifiques aux hommes et aux femmes. Les résultats de l'étude ont montré que 54% des répondants ayant une dépression ont utilisé les services de santé pour des raisons de santé mentale au courant de la dernière année. La probabilité de consulter un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois pour des raisons de santé mentale était similaire chez les hommes et les femmes. Toutefois, les femmes dépressives comparativement aux hommes dépressifs consultaient davantage un omnipraticien. Les facteurs associés à l'utilisation des services ambulatoires incluait pour les hommes, le revenu du ménage, et pour les femmes, un âge de moins de 65 ans, la présence de soutien social, un manque de disponibilité des services, la présence de pensées ou de tentatives suicidaires et une moins bonne santé mentale perçue. Les résultats de cette étude suggèrent la présence d'inégalités socio-économiques quant à l'accès aux soins pour la dépression, et indiquent que certains groupes devraient être ciblés, soit, les femmes âgées de 65 ans et plus, et les hommes avec des idées suicidaires. Mots-clés: genre, utilisation des services de santé mentale, dépression.

TABLE DES MATIÈRES

1. résumé	iii
2. Liste des tableaux	vi
3. Liste des figures	vii
4. Listes des abréviations	viii
1. Introduction	1
2. Problématique	3
2.1 La dépression dans la population générale.....	3
2.1.1 Prévalence	4
2.1.2 Fardeau de la maladie	5
2.1.3 Le genre et la dépression	6
2.2 Utilisation des services ambulatoires de santé pour des raisons de santé mentale dans la population ayant une dépression majeure	8
2.2.1 Types de services consultés pour des raisons de santé mentale dans la population ayant une dépression majeure	9
2.3 Cadre conceptuel de l'utilisation des services pour la dépression.....	11
3. Revue de littérature	13
3.1 Recension des écrits	13
3.2 L'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale dans la population avec dépression majeure	14
3.2.1 Prévalence	15
3.2.2 Déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale chez la population ayant une dépression.....	18
3.2.2.1 Facteurs prédisposants	19
3.2.2.2 Facteurs facilitants/inhibants.....	21
3.2.2.3 Facteurs de besoin	22
3.2.3 Déterminants de l'utilisation des services de santé selon la spécialité des professionnels de santé dans la population ayant une dépression majeure.....	23
3.3 Résumé et retombées potentielles	24
4. Objectifs de recherche	28
5. Méthodologie.....	29
5.1 Devis utilisé	29
5.2 Population à l'étude/accessible.....	29
5.3 Méthode d'échantillonnage.....	29
5.4 Procédure de recrutement des participants	31
5.5 Échantillon analytique.....	31
5.6 Mesure des variables d'intérêts	32
5.6.1 Variables dépendantes	33
5.6.2 Variables indépendantes	34
5.6.3 Variables ne pouvant être incluses dans les analyses	39
5.7 Stratégie d'analyse	39
5.7.1 Pondération	40
5.8 Considérations éthiques	41
6. Avant-propos de l'article 1	42
7. Résumé de l'article 1	43
8. Article	44

9. Discussion générale	74
9.1 Déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale dans la population ayant une dépression majeure	74
9.2 Déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale selon la spécialité des professionnels de santé dans la population ayant une dépression majeure	77
9.3 Du point de vue clinique et de santé publique.....	78
9.4 Du point de vue de la recherche	80
9.5 Forces et limites	80
10. Conclusion	83
11. Remerciements	84
12. Bibliographie	85
Annexes	97
Annexe 1:.....	98
Liste des problèmes de santé chroniques de l'ESCC 1.2	98
Annexe 2:.....	99
Les questions de l'ESCC 1.2 servant à la construction des variables dépendantes et indépendantes.....	99
Annexe 3:	108
Résumé de l'article publié	108

LISTE DES TABLEAUX

Article

<u>Tableau 1</u> Characteristics of the study sample meeting past year (12-month) criteria for major depressive episode as a function of type of outpatient service use by gender (n = 1743)	66
<u>Tableau 2</u> Gender specific multivariate analyses on the determinants of service use for mental health reasons among individuals with past year major depression (n = 1743)	69
<u>Tableau 3</u> Gender specific multinomial regression analyses on the determinants associated with type of outpatient service use among users (n = 946)	71

LISTE DES FIGURES

<u>Figure 1</u>	Adaptation du modèle comportemental d'Andersen et Newman.....	66
<u>Figure 2</u>	Caractéristiques de l'échantillonnage ESCC 1.2.....	69
<u>Figure 3</u>	Caractéristiques de l'échantillon analytique	69

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ACSM	Association Canadienne de Santé Mentale
APA	American Psychiatric Association
ASPC	Agence de la santé publique du Canada
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CCHS 1.2	Canadian Community Health Survey on Mental Health and Well Being, cycle 1.2
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CIQSS	interuniversitaire québécois de statistiques sociales
CPA	Canadian Psychiatric Association
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition
DSM-IV-TR	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition Text Revision
DSM-V	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5e édition
EPA	Enquête sur la population active
ESCC 1.2	l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes, Cycle 1.2 Santé Mentale et Bien-être
ICCSM	Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
MF/Omni	Médecin de famille ou omnipraticien seulement
MSSS	Ministère de la Santé et des Services Sociaux
OMHS	Enquête sur la Santé en Ontario, supplément Santé Mentale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PSM	Professionnels de Santé Mentale seulement
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec

1. INTRODUCTION

Au Canada, il est admis que près de 12% de la population générale connaîtra au cours de sa vie un épisode de dépression majeure (Patten *et al.*, 2006; Tempier *et al.*, 2010), et parmi ceux atteints, 27% peuvent être considérés comme des cas chroniques (Satyanarayana *et al.*, 2009).

La dépression a un impact important sur les individus (Katon *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 1997; Kessler, 2012; Simon, 2003; Simon *et al.*, 2005; Stephens et Joubert, 2001). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, l'incapacité liée à la dépression est classée comme l'une des plus élevées parmi toutes les maladies (OMS, 2001). De plus, la dépression est associée à une incapacité physique (Simon, 2003), à une faible qualité de vie pour les personnes atteintes et leurs proches (Simon, 2003) et est l'une des causes les plus importantes de suicide (Satyanarayana *et al.*, 2009; Simon, 2003; Wulsin *et al.*, 1999). Malgré la présence de traitements efficaces pour la dépression, incluant la pharmacothérapie et la psychothérapie (CPA, 2001), près de 50% des personnes vivant dans la communauté ne consultent pas pour leur dépression ou pour leurs problèmes de santé mentale (NICE, 2004; Vasiliadis *et al.*, 2005).

Ainsi, l'étude des déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale chez les personnes ayant un trouble de dépression majeure est essentielle afin d'identifier les barrières à une meilleure prise en charge de cette population et afin d'identifier les populations vulnérables. Mon intérêt pour mieux comprendre les disparités de genre en matière de santé m'a poussée à explorer les différences entre les hommes et les femmes concernant la dépression et l'accès aux divers services de santé qui sont d'importants enjeux de recherche en santé publique.

Ce mémoire est composé d'un article et dresse un portrait des hommes et des femmes ayant une dépression majeure qui utilisent les services ambulatoires de santé pour leur santé mentale. Les données de cette étude proviennent d'un échantillon représentatif de la population canadienne vivant dans la communauté. En utilisant le cadre conceptuel d'Anderson et Newman (1973),

cette étude examine les facteurs prédisposants, inhibants/facilitants et les facteurs de besoin associés à l'utilisation des services de santé, afin de déterminer s'il existe des disparités dans les déterminants et les barrières d'accès aux soins entre les hommes et les femmes.

Les résultats de cette étude contribueront à mieux comprendre les barrières d'accès aux soins chez les canadiens et les canadiennes souffrant de dépression majeure. Ils pourront également contribuer à informer les autorités de santé publique en charge de campagnes de promotion visant les populations plus vulnérables dans la planification de programmes.

2. PROBLÉMATIQUE

2.1 La dépression dans la population générale

Afin de reconnaître une dépression clinique, les professionnels de la santé utilisent les critères diagnostiques du Manuel diagnostique et statistique de santé mentale (DSM). Selon la dernière version du DSM (DSM-V), la dépression majeure est qualifiée de trouble de l'humeur (distinct des troubles de l'humeur bipolaire) pouvant être épisodique, mais aussi récurrente ou chronique, qui se caractérise par des symptômes tels que la tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, une modification de l'appétit, des troubles du sommeil, de la fatigue ou une baisse d'énergie, un changement psychomoteur, une perte d'estime de soi, une perte de concentration et des pensées de mort récurrentes. Afin de répondre aux critères diagnostiques du DSM-V, un épisode dépressif majeur est avéré lorsqu'une personne présente sur une période d'au moins deux semaines consécutives, 5 symptômes ou plus énumérés ci-dessus incluant un des deux symptômes principaux : la présence de tristesse ou une perte d'intérêt, qui interfèrent avec les activités quotidiennes et qui ne sont pas imputables à une autre affection médicale ou à la prise de médicaments (American Psychiatric Association, 2013).

La dépression survient souvent après un évènement stressant dans la vie d'un individu et est associée à des déterminants sociodémographiques tels que le sexe féminin, l'âge, la présence de soutien social, le statut de veuf, divorcé ou séparé, un faible revenu, ainsi qu'à des conséquences sur la qualité de vie des individus (Starkes *et al.*, 2005).

La dépression peut aussi être accompagnée de symptômes d'anxiété (OMS, 2012). En plus de pouvoir compromettre tous les aspects du fonctionnement social, la dépression est associée à une diminution de la qualité de vie des individus, et à une augmentation de la mortalité, principalement causé par le suicide (Satyanarayana *et al.*, 2009; Simon, 2003; Wulsin *et al.*, 1999).

Ce trouble psychiatrique est associé à une utilisation non-optimale des services de santé mentale (Katon *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 1997; Kessler, 2012; Simon, 2003; Simon *et al.*, 2005; Stephens *et al.*, 2001), à une augmentation des coûts liés au traitement (Simon, 2003; Stephens *et al.*, 2001), ainsi qu'à une baisse de productivité en raison des jours de travail perdus (Simon, 2003).

2.1.1 Prévalence

Au Canada, comme ailleurs à travers le monde, la dépression majeure représente un enjeu important de santé publique considérant sa prévalence élevée dans la population générale, ainsi que le fardeau économique qu'entraîne le traitement de la dépression pour le système de santé (OMS, 2012).

Selon les derniers estimés de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la dépression affecte aujourd'hui 350 millions de personnes à travers le monde, soit environ 5% de la population mondiale (OMS, 2012). Dépendamment du pays concerné et des définitions utilisées, la prévalence sur un an de ce trouble se situe entre 1,2% et 10,4%, (Andrade *et al.*, 2003; de Girolamo *et al.*, 2006; Hasin *et al.*, 2005; Kessler *et al.*, 2010; Patten *et al.*, 2006; Tempier *et al.*, 2010).

Au Canada, suivant les données de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes du cycle 1.2 - Santé mentale et bien-être (ESCC 1.2) effectuée par Statistique Canada en 2002 (ESCC 1.2), 12,2% de la population Canadienne âgée de 15 ans et plus ont déclaré souffrir de symptômes qui répondent aux critères d'une dépression majeure à un moment quelconque durant leur vie (prévalence à vie), et 4,8% au cours des 12 derniers mois (prévalence sur 12 mois) (Patten *et al.*, 2006; Tempier *et al.*, 2010). Des taux similaires ont été observés dans l'Enquête sur la Santé en Ontario (OMHS) (Andrade *et al.*, 2003). Toutefois, il est à noter que les prévalences estimées dans ces enquêtes épidémiologiques transversales pourraient être sous-estimées car les données auto-déclarées sont sujettes à un biais de rappel ou de désirabilité, et ne tiennent pas compte des personnes vivant dans les

établissements de soins ou des sans-abris qui peuvent avoir des profils cliniques de santé mentale différents que celles dans la population générale.

2.1.2 Fardeau de la maladie

Tenant compte de la prévalence élevée dans la population générale et des conséquences sur la qualité de vie d'un individu, la dépression représente un important fardeau individuel, social et économique sur le système de santé (Katon *et al.*, 2003; Kessler *et al.*, 1997; Kessler, 2012; Simon, 2003; Simon *et al.*, 2005; Stephens et Joubert, 2001). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé, la dépression majeure est aujourd'hui la première cause d'incapacité dans le monde et figure au quatrième rang des dix principales causes de morbidité (OMS, 2001). Il est projeté qu'en 2020 la dépression occupera le deuxième rang, après les maladies cardiaques ischémiques (Murray et Lopez, 1996), et qu'en 2030, le VIH/sida devrait être la seule maladie dans le monde entier avec un fardeau plus lourd que la dépression (Mathers et Loncar, 2006).

Pour le système de soins de santé, les coûts reliés à la dépression sont substantiels, car les personnes avec un trouble de l'humeur sont de grands utilisateurs des services de médecine générale, et particulièrement les soins de santé primaires et les services d'urgence (Koopmans *et al.*, 2005). Par ailleurs, la dépression majeure est aussi associée à des coûts indirects importants, dont la perte de productivité au travail (due à l'absentéisme et le présentéisme), aux demandes d'assurance-invalidité, ainsi qu'à la perte de revenu et du chômage, et les coûts associés à la mortalité précoce par suicide (Koopmans *et al.*, 2005).

En effet, Stephens et Joubert (2001) ont rapportés au Canada des coûts directs totalisant environ 6.2 milliards de dollars annuellement associés aux traitements de la dépression (médicaments, visites médicales, hôpitaux et autres institutions), et des coûts indirects totalisant 96.7 millions de dollars (perte du travail rémunéré et non-rémunéré)(Stephens et Joubert, 2001).

2.1.3 Le genre et la dépression

Bien que la dépression soit la première cause d'incapacité dans le monde pour les hommes et les femmes, le fardeau de la maladie est 50% plus élevé pour les femmes que pour les hommes (OMS, 2008). En fait, la dépression est la principale cause de morbidité chez les femmes, autant dans les pays à faible revenu qu'à revenu élevé (OMS, 2008).

Dans la littérature, les études épidémiologiques effectuées auprès de la population générale à travers le monde font systématiquement état de prévalences plus élevées de dépression majeure chez les femmes comparativement aux hommes (Piccinelli *et al.*, 1997). En effet, les femmes seraient 2 à 3 fois plus touchées par la dépression que les hommes (OMS, 2002). Dépendamment des définitions utilisées et des pays concernés, les études populationnelles rapportent des prévalences annuelles allant jusqu'à 4% chez les hommes et 7% chez les femmes (Hasin *et al.*, 2005; Patten *et al.*, 2006). Au Canada, des différences similaires ont été rapportées sur une période d'un an dans l'enquête effectuée par Statistique Canada en 2002; 5,0% des femmes versus 2,9% des hommes (Patten *et al.*, 2006). Toutefois, cet écart entre les hommes et les femmes s'observe surtout chez les adultes, et est nul pendant l'enfance, et peu marqué chez les personnes âgées (65 ans et plus) (Mosier *et al.*, 2010).

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), c'est un sérieux problème de santé publique et davantage de recherches sont nécessaires afin de réduire cette surreprésentation de femmes dépressives, et ceci afin de contribuer à diminuer significativement le fardeau mondial d'incapacité qui est causé par les troubles psychologiques (OMS, 2001; OMS, 2002). C'est d'ailleurs ce qui a conduit plusieurs chercheurs à examiner au cours des dernières années quels sont les facteurs de risque qui pourraient potentiellement expliquer la plus grande proportion de femmes que d'hommes atteints par la dépression. Plusieurs facteurs génétiques, biologiques (hormones sexuelles, changement hormonaux) et psychosociaux (problèmes conjugaux, soutien social inadéquat, situation financière pauvre, mauvaise situation socioéconomique,

stigmatisation, perception des symptômes, inégalités sociales, violence) ont été suggérés pour expliquer la plus grande vulnérabilité des femmes (OMS, 2002; Kuehner, 2003; Hopcroft et Bradley, 2007; Van de Velde *et al.*, 2010; Piccinelli et Wilkinson, 2000).

Ainsi, les différences biologiques (sexe) ou socialement construites (genre) entre les hommes et les femmes influencent leur prédisposition à certains problèmes de santé mentale, tel que la dépression majeure, et leur susceptibilité à réclamer des soins de santé (Hammarström et Annandale, 2012). Les recherches antérieures portant sur la prévalence de l'utilisation des services pour des problèmes de santé mentale provenant d'enquêtes dans la population générale ont montré que les femmes utilisent davantage que les hommes les services ambulatoires de santé pour un problème émotionnel ou pour un trouble psychiatrique (Andrews *et al.*, 2001; Bebbington *et al.*, 2003; Leaf et Bruce, 1987; Lefebvre *et al.*, 1998; Lin *et al.*, 1996; Mosier *et al.*, 2010; Rhodes *et al.*, 2002; Rhodes *et al.*, 2006; Ten Have *et al.*, 2001; Vasiliadis *et al.*, 2005; Smith *et al.*, 2013; Wang, Lane *et al.*, 2005). Toutefois, les études portant sur la population ayant une dépression majeure rapportent des résultats contradictoires; certains ont rapporté des différences entre les hommes et les femmes dans la probabilité de recours aux soins de santé pour des raisons de santé mentale (Angst *et al.*, 2002; Burns *et al.*, 2000; Galbaud-du-fort *et al.*, 1999) alors que d'autres n'ont rapporté aucune différence (Cole *et al.*, 2007; Hamalainen *et al.*, 2008; Schomerus *et al.*, 2012; Smith *et al.*, 2013; Starkes *et al.*, 2005; Ten Have *et al.*, 2004; Wang *et al.*, 2003).

Les résultats de ces recherches suggèrent que certains facteurs peuvent agir différemment sur le comportement des hommes dépressifs et des femmes dépressives dans leurs recherches d'aides professionnelles. Toutefois, il y a un manque d'études portant sur les facteurs qui influencent le recours aux services ambulatoires de santé pour des raisons de santé mentale parmi les hommes et les femmes ayant une dépression majeure dans la population générale.

2.2 Utilisation des services ambulatoires de santé pour des raisons de santé mentale dans la population ayant une dépression majeure

Bien que de nombreux traitements sont disponibles (pharmacothérapie et psychothérapie) et ont montré leur efficacité pour la dépression (CPA, 2001), près de seulement la moitié des personnes souffrant de dépression dans la communauté reçoivent de l'aide professionnelle pour leur condition (Aalto-Setälä *et al.*, 2002; Alonso *et al.*, 2004; Burns *et al.*, 2000; Ojeda et McGuire, 2006; Schomerus *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2013; Starkes *et al.*, 2005; Wang, Lane *et al.*, 2005; Wang, Patten *et al.*, 2005), et près du deux tiers restent non traitées ou reçoivent un traitement inapproprié ou insuffisant (Cameron *et al.*, 2009; Cepoiu *et al.*, 2008; Chan *et al.*, 2006; Kohn *et al.*, 2004; Lecrubier, 2007; McQuaid *et al.*, 1999; Piek *et al.*, 2011).

Étant donné le fardeau personnel, économique et social associé à la dépression, le traitement de la dépression est un enjeu important de santé publique. Une dépression non traitée peut conduire à des épisodes subséquents et chroniques qui pourraient demander des interventions plus complexes. Il est donc primordial de mieux comprendre les barrières et les déterminants de l'utilisation des services de santé pour la dépression afin de mieux cibler les inégalités dans l'accès aux soins pour les personnes qui présentent un besoin.

De plus, dans le contexte actuel où les hommes utilisent moins les services ambulatoires pour des raisons de santé mentale que les femmes (Leaf et Bruce, 1987; Lin *et al.*, 1996; Mosier *et al.*, 2010; Rhodes *et al.*, 2002; Rhodes *et al.*, 2006; Smith *et al.*, 2013; Vasiliadis *et al.*, 2005; Wang, Lane *et al.*, 2005; Wang, Patten *et al.*, 2005), il est aussi important de mieux comprendre les déterminants et les barrières d'accès aux soins en fonction du genre. Cependant, le sujet est encore peu documenté parmi la population ayant une dépression majeure.

2.2.1 Types de services consultés pour des raisons de santé mentale dans la population ayant une dépression majeure

Au Canada, comme ailleurs dans le monde, les médecins de famille ou les omnipraticiens jouent un rôle clé dans la gestion des problèmes de santé mentale; ils sont la porte d'entrée des services de santé et se trouvent à être le principal fournisseur de services visité pour des raisons de santé mentale (Bland *et al.*, 1997; Kessler *et al.*, 1994; Kovess-Masfety *et al.*, 2007; Meadows *et al.*, 2001; Parikh *et al.*, 1997; Vasiliadis *et al.*, 2005). Les efforts et les initiatives visant à fournir des soins de santé mentale de qualité ont évolué vers l'intégration de systèmes forts de soins primaires bien harmonisés aux soins spécialisés en santé mentale (Johnson *et al.*, 2007; Kates *et al.*, 1997; Mechanic *et al.*, 1997; Menehetti *et al.*, 2006; Nickels *et al.*, 1996).

Au Canada, dans le cadre du Plan d'action en santé mentale, le rapport du comité sénatorial (Kirby, 2006) recommande d'ailleurs l'implantation d'un système axé sur l'accès à une gamme diversifiée de services pour mieux répondre aux besoins de la population, ainsi qu'à une dispensation de ces services dans la communauté et leur intégration dans un but de continuité des soins. Il est d'ailleurs suggéré que les troubles de santé mentale communs, tel que la dépression majeure, devraient être traité auprès des soins primaires avec le support de spécialistes en santé mentale (Kirby, 2006).

À partir de données qui ont été recueillies systématiquement dans toutes les provinces du Canada, les résultats provenant de l'enquête ESCC 1.2 ont montrés que sur l'ensemble des personnes qui ont consulté un professionnel pour un problème de santé mentale durant leur vie, la plupart (45%) ont choisi un omnipraticien, alors que 25% ont opté pour un psychiatre, 23% pour un psychologue et 21% pour un travailleur social (Kates *et al.*, 1996; Kates, 2002, Lesage *et al.*, 2006). Les données de cette enquête ont aussi montré que parmi les répondants qui ont consulté au courant de la dernière année pour un problème de santé mentale, 37% ont consulté uniquement un omnipraticien, 33% ont consulté un autre professionnel de la santé mentale (psychiatre, psychologue, travailleur social, conseiller, psychothérapeute, infirmiers, autres

médecins), et 30% avait vu à la fois un omnipraticien et un autre professionnel de la santé (Vasiliadis *et al.*, 2009).

Malgré que les omnipraticiens et les médecins de famille constituent le groupe de professionnel le plus souvent consulté pour des raisons de santé mentale, les résultats provenant de données d'une enquête populationnelle (CCHS 1.1) portant sur la population ayant une dépression majeure vivant dans l'Ouest du Canada suggèrent qu'un nombre plus élevé de personnes ayant une dépression consulte un professionnel autre qu'un omnipraticien (Starkes *et al.*, 2005). Cette étude révèle en outre que, parmi les répondants ayant un diagnostic probable de dépression dans les 12 mois qui ont précédé l'entrevue, 20,3% ont consulté un omnipraticien au courant de la dernière année pour leurs problèmes de santé mentale. La moitié d'entre eux ont consulté que l'omnipraticien (12,4%) tandis que l'autre moitié a également recouru à un autre professionnel de la santé (8,3%) (psychiatre, psychologue, psychothérapeute, conseiller, travailleur social, infirmier). Le nombre de répondants ayant consulté un professionnel autre qu'un omnipraticien (20,0%) était beaucoup plus élevé que le nombre de répondants ayant uniquement recouru à l'assistance d'un omnipraticien (12,4%). En effet, parmi ceux qui ont contacté un professionnel autre qu'un omnipraticien à propos de leur santé mentale, la plupart (71%) n'ont pas consulté leur omnipraticien (Starkes *et al.*, 2005). Ces résultats soulèvent que parmi les utilisateurs, 31% ont consulté uniquement un omnipraticien, 49% ont consulté un autre professionnel de la santé mentale (psychiatre, psychologue, travailleur social, conseiller, psychothérapeute, infirmiers), et 20% avait vu à la fois un omnipraticien et un autre professionnel. Ceci suggère qu'une faible proportion de personnes souffrant de dépression majeure dans la communauté utilisent les services partagés par un omnipraticien et un autre professionnel en santé mentale, et qu'il y a potentiellement des barrières d'accès aux soins. D'autres part, les soins délivrés par les autres professionnels en santé mentale, tels que les psychiatres, psychologues, psychothérapeutes, gestionnaires de cas (infirmière ou travailleur social) semblent occuper une place plus importante que les soins délivrés par les médecins omnipraticiens chez les personnes dépressives.

Dans le contexte actuel de la réforme du système de santé mentale axée sur un renforcement de la collaboration entre les médecins omnipraticiens, les spécialistes et les autres professionnels (Johnson, 2007 ; Kates *et al.*, 1997 ; Mechanic, 1997 ; Menehetti *et al.*, 2006 ; Nickels et McIntyre, 1996), il est important d'examiner les facteurs associés à l'usage exclusif des services délivrés par les médecins omnipraticiens comparativement à l'usage exclusif des services délivrés par les autres professionnels de la santé, et à l'usage partagé des services délivrés par les médecins omnipraticiens et les autres professionnels de la santé.

2.3 Cadre conceptuel de l'utilisation des services pour la dépression

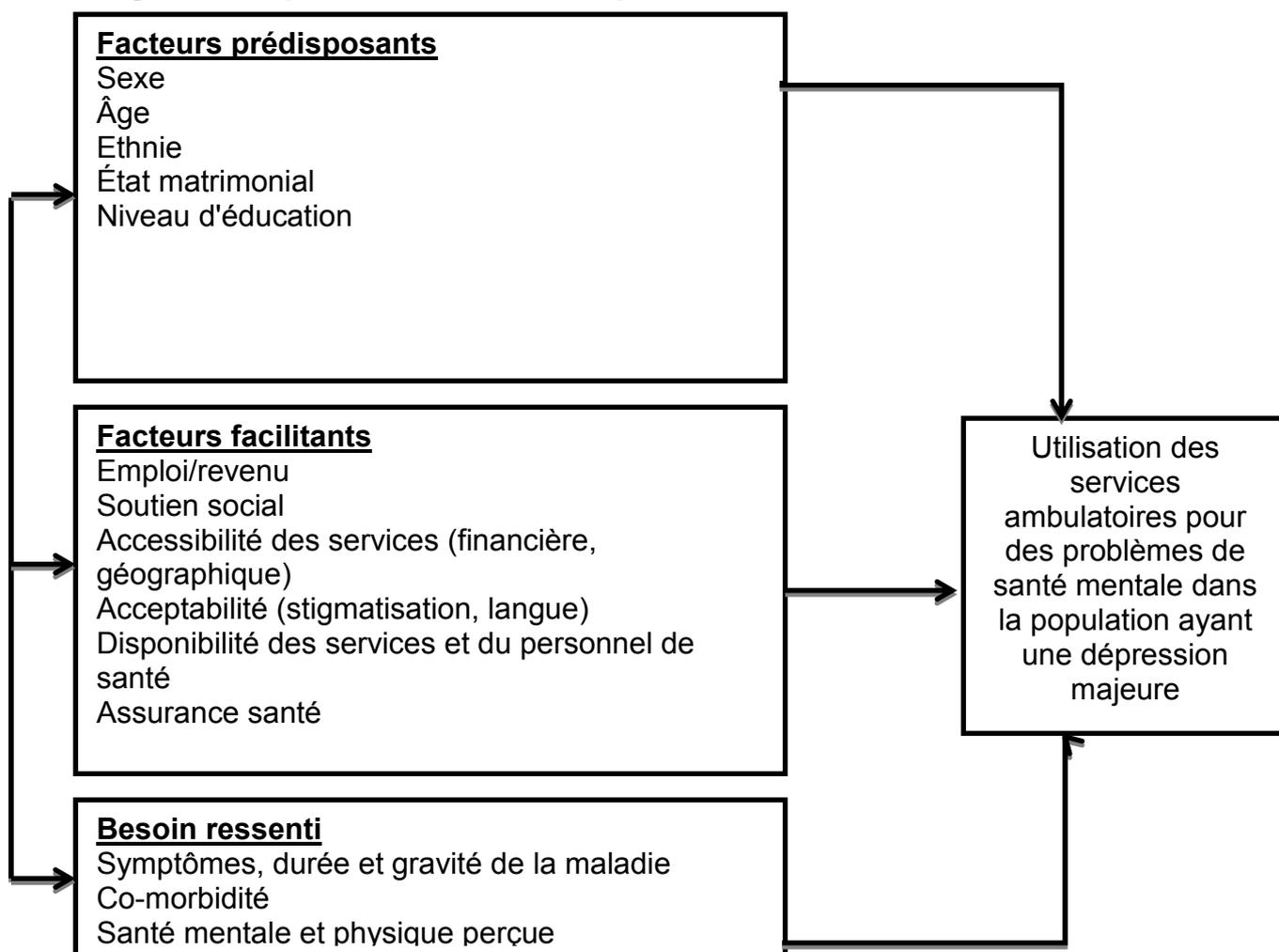
Parmi les modèles conceptuels utilisés pour expliquer les comportements reliés à l'utilisation des services de santé, le modèle comportemental proposé par Andersen et Newman (1973, 1995) a été le plus largement utilisé. Ce cadre de référence a été utilisé dans ce mémoire pour expliquer l'utilisation des services de santé primaires pour des symptômes de dépression (Figure 1). Ce modèle stipule que l'utilisation des services de santé dépend de facteurs prédisposants, de facteurs facilitants ou inhibants, et d'un besoin ressenti d'améliorer sa santé (Andersen et Newman, 1973, 1995).

Dans ce cadre, les facteurs qui prédisposent une personne vers l'utilisation des services de santé comprennent l'âge, le sexe/genre, la composition de la famille (la taille de la famille et l'état matrimonial), la structure sociale (la profession, la classe sociale, le niveau d'éducation et l'origine ethnique) et les croyances en matière de santé, y compris les attitudes à l'égard des médecins, les soins de santé et la maladie. Les facteurs facilitants l'utilisation de services de santé comprennent les ressources en terme de revenus, de soutien social, d'assurance santé, d'accès à une source régulière de soins de santé, ainsi que les ressources nécessaires au sein de la communauté, telles que la disponibilité des services et du personnel de santé, et le temps d'attente. Enfin selon ce modèle, le besoin d'utiliser des services de santé est déclenché par l'apparition de la maladie en question. Le besoin indique comment les personnes perçoivent leur propre état de santé général, ainsi que leur

perception des symptômes, de la douleur et des inquiétudes concernant leur santé, ainsi que leur jugement à savoir si leur maladie nécessite une attention médicale.

Une adaptation de ce modèle a été appliquée à notre problématique de recherche pour sélectionner les facteurs prédictifs potentiels de l'utilisation des services ambulatoires de santé pour la dépression.

Figure 1 Adaptation du modèle comportemental d'Andersen et Newman



3. REVUE DE LITTÉRATURE

Le but de cette revue de la littérature est de donner un portrait des connaissances actuelles sur l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale parmi les personnes souffrant de dépression majeure dans la population générale, ainsi que de documenter les déterminants et les barrières d'accès aux services de santé pour la dépression. Les différences de genre sont aussi présentées. Les différentes limites méthodologiques des études recensées sont discutées.

3.1 Recension des écrits

Dans le cadre de ma recherche, une recension des écrits a été faite à partir des banques de données suivantes: Medline, CINAHL, Academic Search Complete, ProQuest. Une recherche boule de neige a également été effectuée à partir des articles trouvés. Seulement les articles en anglais ou en français ont été inclus.

Afin de cibler les études pertinentes, la stratégie suivante a été adoptée: tout d'abord, les études abordant la dépression et l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale ont été retenues. Ensuite, les études portant sur les différences de genre/sexe, la dépression et l'utilisation des services ou la demande d'aide pour des raisons de santé mentale ont été retenues.

Comme les études recensées variaient au niveau de la méthodologie utilisée, afin de mieux comprendre les différences entre les utilisateurs et les non-utilisateurs des services, les études retenues ont été celles effectuées auprès de la population vivant dans la communauté, où l'utilisation des services de santé était mesurée à l'aide de données auto-rapportées à partir d'enquêtes populationnelles. Par ailleurs, les études retenues ont été celles qui ont mesuré la dépression majeure selon un instrument diagnostique qui reflète les critères diagnostiques utilisés par les professionnels en santé mentale, tels que ceux établis par le DSM.

3.2 L'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale dans la population avec dépression majeure

L'utilisation des services de santé mentale est mesurée de différentes façon dans la littérature (par exemple : en terme de contact selon le type de professionnel consulté, type et nombre d'actes rendus, nombre de visites faites à un professionnel de la santé, référence, durée de séjour dans le cas d'un hébergement ou d'une hospitalisation ou en terme d'utilisation des services pharmaceutiques). Dans ce mémoire, il sera question du "contact" avec les services ambulatoires de santé pour des raisons de santé mentale, tel que définit par George et ses collaborateurs (1989), c'est à dire comme tous les services fournis à des fins d'identification, de diagnostic ou de traitement pour des problèmes de santé mentale dans un cadre ambulatoire, soit dans une clinique ou un bureau, auprès d'un individu ou d'un groupe de personne.

Il existe plusieurs façons de mesurer l'utilisation des services de santé ambulatoires pour un problème émotionnel ou pour des raisons de santé mentale, soit selon la perspective du patient ou selon celle du médecin. Lorsque l'utilisation est mesurée selon la perspective du patient, elle se base sur les services tels que rapportés par les patients. Ces mesures auto-rapportées sont souvent utilisées dans les études ayant comme source de données des enquêtes populationnelles. Par exemple, dans la plupart des enquêtes populationnelles, des investigateurs demandent aux répondants s'ils ont consulté un ou plusieurs professionnels (médecin de famille, omnipraticien, médecin spécialiste, infirmière, travailleur social, conseiller, psychothérapeute, psychiatre, psychologue, groupe d'entraide, lignes d'aide téléphonique, internet, conseiller spirituel) pour des problèmes de santé mentale. Cette consultation est dans la plupart des études mesurées au cours des derniers 12 mois précédents l'entrevue ou mesurée au courant de toute la vie. Toutefois, cette méthode peut être influencée par des biais de rappel et de désirabilité sociale.

L'utilisation des services pour des raisons de santé mentale peut aussi être mesurée selon la perspective du médecin. Ces mesures, telles que les codes diagnostiques ou les codes de services utilisés par les professionnels de la santé, sont plus objectives puisqu'elles s'appuient sur des volumes de services

médicaux offerts par les médecins aux patients et répertoriés dans des banques de données. Ces mesures sont souvent utilisées dans les études ayant comme source de données des banques de données administratives ou des dossiers médicaux. Or, ces banques ne contiennent pas d'information sur plusieurs services de santé mentale, telles que les visites en clinique externe sans consultation chez le psychiatre, les visites dans le réseau privé chez le psychologue, ou un contact avec un organisme communautaire. Par ailleurs, les données incluses dans ces banques sont limitées d'un point de vue de santé publique, car elles comprennent seulement ceux qui utilisent les services, faisant en sorte que les différences entre les utilisateurs et les non-utilisateurs ne peuvent pas être étudiés. Les biais de rappel et de désirabilité sociale sont cependant minimisés par ces mesures. L'une ou l'autre des méthodes de mesure peut être utilisée en fonction de la nature de la source de données et de la population étudiée.

Étant donné que les études dans la littérature portant sur l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale varient au niveau de (1) la période de référence (6 mois, 12 mois, au cours de la vie); (2) la source et le type d'assistance; (3) et le type et la sévérité du problème de santé mentale (Rickwood et Thomas, 2012); il s'avère difficile de comparer les études entre elles.

3.2.1 Prévalence

Au cours des dernières années, la principale approche pour mesurer le nombre de personnes qui ont besoin de soins dans la communauté pour leur santé mentale a été de fournir la prévalence de troubles psychiatriques cliniquement significatifs sur la base de critères diagnostiques explicites, se basant en outre sur les critères du DSM (Spitzer, 1998).

Toutefois, même si l'utilisation des services de santé n'est pas fonction d'un diagnostic psychiatrique précis mais plutôt fonction des symptômes vécus par la personne, qui peuvent ne pas rencontrer le seuil diagnostique clinique (Sareen *et al.*, 2005), les résultats d'études épidémiologiques provenant d'enquêtes en Amérique du Nord et en Europe rapportent systématiquement

qu'approximativement les deux tiers des personnes qui répondent aux critères diagnostiques d'un trouble de santé mentale dans la population générale ne vont pas chercher de l'aide professionnelle pour leur condition et ont donc possiblement un besoin non comblé (Andrews *et al.*, 2000 ; Bijl et Ravelli, 2000; Bristow et Patten, 2002; Fournier *et al.*, 1997; Kessler *et al.*, 2001; Regier *et al.*, 1993; Sareen *et al.*, 2005). Toutefois, ces taux diffèrent selon le trouble de santé mentale en question.

Chez les personnes avec un diagnostic probable de dépression vivant dans la communauté, la prévalence d'utilisation des services de santé mentale se situe entre 35% et 56%, dépendamment des définitions utilisées et du pays concerné (Aalto-Setälä *et al.*, 2002; Alonso *et al.*, 2004; Burns *et al.*, 2000; Cole *et al.*, 2008; Hämäläinen *et al.*, 2008; Katz *et al.*, 1997; Ojeda et McGuire, 2006; Schomerus *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2013; Spijker *et al.*, 2001; Starkes *et al.*, 2005; Wang, Lane *et al.*, 2005; Wang, Patten *et al.*, 2005). Au Canada, des résultats similaires ont été rapportés (Smith *et al.*, 2013; Starkes *et al.*, 2005), et soulèvent que parmi ceux ayant rapporté un trouble dépressif majeur au courant de la dernière année, seulement une minorité (14,6% à 28,0%) ont reçu un traitement suivant les recommandations cliniques canadiennes (Diverty & Beaudet, 1997; Katz *et al.*, 1997; Starkes *et al.*, 2005).

Les estimations de l'utilisation des services ne sont pas entièrement comparables entre ces études antérieures en raison des différences dans les populations, la période de référence, les éléments du questionnaire, et les méthodes de collecte de données. Toutefois, les sujets dans ces études ont tous été recrutés selon leur diagnostic probable de dépression au courant de la même période de référence utilisée pour mesurer l'utilisation des services, et ceci à partir d'enquêtes populationnelles. La majorité de ces études ont mesuré l'utilisation des services de santé mentale à l'aide de données auto-rapportées dans les enquêtes (Alonso *et al.*, 2004; Katz *et al.*, 1997; Smith *et al.*, 2013; Spijker *et al.*, 2001; Starkes *et al.*, 2005; Wang, Lane *et al.*, 2005; Wang, Patten *et al.*, 2005; Wang *et al.*, 2000), alors que d'autres ont jumelé les données d'enquête à un registre de données administratives provenant de réclamations d'assurance médicale ou de codes de services (Smith *et al.*, 2013; Rhodes *et*

al., 2006). D'une perspective de santé publique, afin d'avoir un portrait représentatif de l'utilisation dans la population générale, il est préférable de mesurer l'utilisation à l'aide de données d'enquête nationale ou régionale. Les données auto-déclarées ont comme principal avantage de mesurer plusieurs types de services, incluant ceux qui ne sont pas couverts par le régime publique d'assurance médicale comme les services de psychologie, et ceci de manière standardisée dans tous les milieux géographiques, ce qui permet une meilleure comparaison des résultats.

Par ailleurs, la provenance et la sélection des participants peuvent expliquer cette grande variabilité entre les études. Par exemple, dans l'étude de Katz et collaborateurs (1997), les auteurs ont mesuré une prévalence d'utilisation des services de 35% aux États-Unis et de 55% en Ontario au Canada auprès de personnes avec dépression majeure.

La mesure de l'utilisation peut aussi influencer la variabilité observée entre les études. Par exemple, Smith et collaborateurs (2013) ont mesuré l'utilisation à l'aide de données auto-rapportées provenant d'enquête populationnelle effectuée en Ontario, et jumelées à des données administratives qui tenaient seulement compte des services médicaux délivrés, donc ne tenaient pas compte d'une visite chez un psychologue, pouvant ainsi sous-estimer l'utilisation des services spécialisés.

D'autres part, il est difficile de comparer des études qui utilisent une définition plus large ou plus restrictive de l'utilisation des services de santé pour des raisons de santé mentale. Dans les études ayant comme source de données des enquêtes populationnelles, les consultations peuvent comprendre différents types de prestataires dont : les omnipraticiens, les médecins de famille, les autres types de médecins (non psychiatres), les psychiatres, les psychologues, les infirmières, les travailleurs sociaux, les conseillers, les psychothérapeutes et les intervenants de regroupements bénévoles. Ces prestataires peuvent être regroupés en différentes catégories de services selon le modèle conceptuel à l'étude. Par exemple, certains ont catégorisé les fournisseurs en quatre catégories de services : 1) les *services de médecine générale*, qui comprend les omnipraticiens, les médecins de famille et les autres types de médecins

(non psychiatres); 2) les *services spécialisés en santé mentale*, qui comprend les psychiatres et les psychologues; 3) les *services délivrés par d'autres professionnels de la santé*, incluant les infirmières, les travailleurs sociaux, les conseillers et les psychothérapeutes; et 4) les *services par des réseaux de groupes d'entraide ou offert dans le secteur sans but lucratif* par des intervenants de regroupements bénévoles (groupes de soutien sur Internet, les groupes d'entraide, les lignes d'aide téléphonique) (Lesage *et al.*, 2006). D'autres ont inclus dans la définition de l'utilisation des services seulement les services de médecine générale et/ou les services spécialisés (psychologue et psychiatre) (Smith *et al.*, 2013).

Malgré la disponibilité de traitements potentiellement efficaces, et malgré l'impact que peut avoir la dépression sur le fonctionnement social et sur la qualité de vie d'un individu, les études dans littérature effectuées à l'aide d'enquêtes populationnelles montrent systématiquement que seulement une minorité de personnes qui pourraient bénéficier d'un traitement professionnel pour la dépression en font la demande. La sous-utilisation des services de santé chez la population dépressive est un problème de santé publique majeur. Le système de soins de santé doit donc faire un meilleur travail dans l'identification des personnes qui ont besoin de soins, et doit aider à éliminer les obstacles cliniques et sociaux dans les services de santé mentale. C'est d'ailleurs ce qui a amené plusieurs chercheurs à identifier les facteurs prédictifs associés à l'utilisation des services pour la dépression, et à mieux comprendre les différences entre les utilisateurs et les non utilisateurs des services.

3.2.2 Déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale chez la population ayant une dépression

Dans la littérature, bien que plusieurs études se sont intéressées aux déterminants de l'utilisation des services de santé mentale, beaucoup moins d'études se sont intéressées aux facteurs prédictifs associés à l'utilisation des services de santé mentale parmi la population avec un trouble de dépression majeure.

La section suivante décrit la littérature existante sur les différentes composantes entrant dans le modèle d'Andersen (1973, 1995) et leur association avec l'utilisation des services de santé pour des raisons de santé mentale parmi la population ayant une dépression.

3.2.2.1 Facteurs prédisposants

Certains auteurs ont rapporté des différences entre les hommes et les femmes dans la probabilité de recours aux soins parmi la population répondant aux critères d'un trouble de dépression majeure (Burns *et al.*, 2000; Ojeda et McGuire, 2006; Galbaud du Fort *et al.*, 1999; Pérez-Zepeda *et al.*, 2013), alors que d'autres n'ont rapporté aucune différence (Cole *et al.*, 2008; Hamalainen *et al.*, 2008; Schomerus *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2013; Starkes *et al.*, 2005; Cheug *et al.*, 2009; ten Have *et al.*, 2004; Wang *et al.*, 2003; Wang, Patten *et al.*, 2005; Wu *et al.*, 2001).

Dans une étude effectuée auprès d'un échantillon de 24 677 adultes de l'Ontario, Smith et ses collaborateurs (2013) ont examiné à l'aide de données sur la dépression obtenues à partir de l'ESCC 1.1 (2000-01) et jumelés à des dossiers médicaux, si les personnes qui répondent aux critères de dépression majeure dans la communauté reçoivent un traitement dans l'année suivant l'entrevue, et comment le genre affecte l'utilisation (Smith *et al.*, 2013). Les résultats ont montré que les femmes utilisent en plus grand nombre que les hommes les services de santé pour leurs problèmes de santé mentale, mais pas les services spécialisés. La différence entre les hommes et les femmes était plus élevée parmi ceux sans dépression, par opposition à ceux qui rapportaient une dépression. En référence à ces auteurs, ceci suggère que les hommes tendent davantage à retarder de consulter un médecin pour des problèmes de santé mentale de sévérité plus faible, mais demandent de l'aide une fois que le problème atteint un certain seuil de gravité. Cette constatation concorde avec les recherches antérieures suggérant qu'une fois que les hommes reconnaissent leurs problèmes émotionnels, ils sont tout aussi susceptibles que les femmes d'utiliser les services de santé mentale (Kessler *et al.*, 1981).

Il est donc clair dans ces études que les différences de genre s'observent surtout chez les personnes confrontées à des problèmes de santé mentale de sévérité faible ou modérée (Smith *et al.*, 2013; Ten Have *et al.*, 2001; Wang Lane *et al.*, 2005). Lorsque le trouble devient plus sévère ou atteint un seuil clinique, les études rapportent en général que les hommes et les femmes vont consulter dans les mêmes proportions (Cole *et al.*, 2008; Hamalainen *et al.*, 2008; Schomerus *et al.*, 2013; Smith *et al.*, 2013; Starkes *et al.*, 2005; Cheug *et al.*, 2009; ten Have *et al.*, 2004; Wang *et al.*, 2003; Wang, Patten *et al.*, 2005; Wu *et al.*, 2001).

Seulement une étude a examiné si les facteurs prédictifs de l'utilisation des services varient en fonction du genre, et ceci spécifiquement auprès de la population avec un diagnostic probable de dépression dans la communauté. En utilisant les données d'une enquête populationnelle effectuée auprès de la communauté, Ojeda et ses collègues (2006) ont rapporté les déterminants spécifiques au genre associés à l'utilisation des services ambulatoires de santé mentale, et ceci en mettant l'accent sur les Latinos et les Afro-Américains souffrant de dépression majeure (Ojeda *et al.*, 2005). Les auteurs ont constaté qu'un âge avancé était une barrière d'accès aux soins chez les hommes déprimés, alors que chez les femmes déprimées, un faible niveau de scolarité était une barrière aux soins. Les résultats ont également montré que les minorités ethniques / raciales avaient moins tendance à utiliser les services de santé chez les hommes et les femmes. En outre, les auteurs ont étudié l'effet de facteurs sociaux et individuels, tels que le besoin perçu ou la stigmatisation, les barrières financières, les barrières du système de santé, les obstacles d'accès général et les barrières sociales aux soins. Des différences entre les genres n'ont toutefois pas été détectées. Compte tenu de la population spécifique de cette étude, les résultats ne peuvent être généralisés à d'autres populations.

Par ailleurs, en plus du sexe féminin, le fait d'être âgé entre 25 et 65 ans (Schomerus *et al.*, 2012; Starkes *et al.*, 2005), avoir une meilleure éducation (Schomerus *et al.*, 2012; Starkes *et al.*, 2005), vivre seul (Hamalainen *et al.*,

2008), et l'ethnie caucasienne (Tiwari et al., 2008) ont été associés à l'utilisation des services de santé parmi la population avec dépression.

3.2.2.2 Facteurs facilitants/inhibants

Peu d'études dans la littérature ont traité des facteurs facilitants ou inhibants l'utilisation des services ambulatoires de santé pour des raisons de santé mentale parmi la population avec dépression majeure. Schomerus et ses collaborateurs (2012) ont montré que la présence de support social est associée à l'utilisation des services de santé dans la population avec une dépression majeure.

De plus, les raisons les plus fréquemment données pour ne pas consulter chez les personnes avec une condition clinique significative dans la communauté ont été étudiées. Meltzer et ses collègues (2003) ont examiné, à partir de données d'une enquête nationale provenant de la Grande Bretagne, les raisons faisant en sorte qu'une personne avec un trouble névrotique significatif n'obtient pas de soins, et ont constaté que 25% avaient déclaré ne pas avoir consulté un médecin quand il/elle aurait dû. Les raisons les plus courantes pour ne pas demander de soins étaient: (1) ne pense pas que quiconque pourrait aider (28%), (2) devrait être en mesure de faire face par soi-même (28%), (3) ne pense pas que c'était nécessaire (17%), (4) pense que ça irait mieux (15%), et (5) trop gênés de discuter avec quelqu'un (13%) (Meltzer *et al.*, 2003). Une autre étude a montré que parmi les personnes avec une condition psychiatrique, la raison la plus fréquemment donnée pour ne pas consulter (72%) ou pour abandonner le traitement (58%) est la croyance que le trouble s'en ira par soi-même ou devrait être en mesure de faire face par soi-même (Kessler *et al.*, 2001). En plus des questions d'acceptabilité, soit l'attitude envers la maladie ou envers le système de soins de santé, les auteurs ont aussi montré que parmi ceux qui n'ont pas consulté, 45% ont rapporté qu'ils pensaient que consulter n'aiderait pas (Kessler *et al.*, 2001).

Au Canada, l'enquête menée par Statistique Canada en matière de santé mentale (ESCC 1.2, 2002) comprenait des questions similaires. Les résultats

d'études portant sur ces données ont suggéré que parmi les personnes avec un trouble probable de dépression majeure dans la communauté, plusieurs barrières aux soins de santé pourraient être en cause, tels que la disponibilité et l'accessibilité des services, ainsi que l'acceptabilité (attitudes envers la maladie ou le système de soins) pourraient jouer un rôle déterminant pour les soins reçus (Sareen *et al.*, 2005).

De plus, le revenu et le type d'assurance santé n'ont pas été largement étudiés comme déterminant de l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale parmi la population dépressive. En effet, peu d'études sur l'utilisation des services ambulatoires pour la dépression ont été conduites dans un contexte d'assurance publique tel que celui au Canada. Le fait de recruter des participants qui ont accès à un régime d'assurance de soins de santé publique versus un régime d'assurance privée peut avoir un impact sur l'utilisation des services. En utilisant les données du Joint Canada U.S. Survey, Vasiliadis et ses collaborateurs (Vasiliadis *et al.*, 2007) ont démontré des inégalités socio-économiques quant à l'utilisation des services de santé parmi les répondants avec une dépression. La couverture d'assurance était un facteur important quant à l'utilisation des services de santé pour la dépression. Il devient alors difficile de comparer les études entre elles puisqu'il existe des différences socio-économiques non négligeables pouvant avoir un impact sur l'utilisation mesurée.

3.2.2.3 Facteurs de besoin

La présence d'idées suicidaires (Burns *et al.*, 2000; Cheung *et al.*, 2009; Galbaud du Fort *et al.*, 1999; Starkes *et al.*, 2005), d'anxiété (Galbaud du Fort *et al.*, 1999; Cheung *et al.*, 2009; Hamalainen *et al.*, 2008), d'abus de substances (Galbaud du Fort *et al.*, 1999) et la présence de dépression chronique (Starkes *et al.*, 2005) ou sévère (Hamalainen *et al.*, 2008; Schomerus *et al.*, 2012) sont tous des facteurs ayant été rapportés comme associés à l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale chez une population ayant une dépression.

À l'aide de données Canadiennes provenant de l'enquête ESCC 1.2, Wang et ses collaborateurs (2005) ont rapporté que parmi les répondants ayant un trouble de dépression majeure dans les 12 mois précédents l'entrevue, ceux ayant rapporté avoir au moins une condition médicale chronique, des tentatives de suicide ou un trouble comorbide, tel que l'anxiété, avaient plus tendance d'utiliser les services conventionnels (médecin, psychiatre, psychologue, infirmières, travailleur social) pour leur santé mentale au courant de la dernière année (Wang *et al.*, 2005).

3.2.3 Déterminants de l'utilisation des services de santé selon la spécialité des professionnels de santé dans la population ayant une dépression majeure

Quelques études populationnelles se sont intéressées aux déterminants associés à une consultation auprès des services de médecine générale versus les services spécialisés en santé mentale chez une population ayant une dépression. En utilisant les données de Epidemiologic Catchment Area (ECA), Burns et collaborateurs (2000) ont montré que les facteurs associés avec l'utilisation des services spécialisés en santé mentale, par comparaison aux services de médecine générale, étaient un statut matrimoniale de célibataire, une dépression récurrente, une mauvaise santé physique perçue et la présence d'anxiété (Burns *et al.*, 2000). Par ailleurs, quelques études ont montré que comparativement aux médecins généralistes, les spécialistes en santé mentale traitent davantage les personnes avec une dépression plus sévère et complexe (Wang et Patten 2007; Kessler *et al.*, 1999).

De plus, à l'aide de données provenant d'une enquête populationnelle effectuées au Canada, Starkes et ses collaborateurs (2005) ont montré une association entre l'utilisation des services spécialisés en santé mentale et la présence de pensées suicidaires et de dépression persistante (Starkes *et al.*, 2005). En outre, il a été montré dans la littérature que les personnes présentant des symptômes plus graves tels que des symptômes somatiques, définis comme « la perte de poids ou le gain de poids », « insomnie ou hypersomnie » et « fatigue ou perte d'énergie », la présence de dépression et d'anxiété, et la présence d'idées suicidaires, tendent à consulter davantage les services

spécialisés en santé mentale par opposition à aucune utilisation (Ten Have *et al.*, 2004).

Bien qu'il y a eu quelques investigations sur les facteurs prédictifs de l'utilisation des services ambulatoires dans la population canadienne parmi les personnes dépressives, ainsi que sur les facteurs associés à une visite auprès d'un omnipraticien versus un spécialiste en santé mentale, peu est encore connu sur les déterminants et barrières associés à l'utilisation des soins partagés par les omnipraticiens et les autres professionnels en santé mentale.

À l'aide de données provenant de l'enquête ESCC 1.2, Vasiliadis et ses collaborateurs (2009) avaient pour objectifs d'examiner les déterminants qui amènent les Canadiens et Canadiennes à consulter pour des raisons de santé mentale un médecin de famille, un psychologue, un psychiatre, un psychothérapeute et les autres professionnels en santé mentale, ainsi que de comparer les déterminants de l'utilisation des services en fonction des différents types de fournisseur de services. Les résultats ont suggéré que les hommes avaient une plus faible probabilité de consulter conjointement un médecin de famille et un autre professionnel en santé mentale, mais pas un psychiatre; et les personnes moins instruites avaient une plus faible probabilité de consulter les psychologues et les autres professionnels de la santé (Vasiliadis *et al.*, 2009). Toutefois, une des limites de cette étude est qu'elle ne porte pas spécifiquement sur la population avec dépression, donc il est difficile de généraliser à la population dépressive.

3.3 Résumé et retombées potentielles

La recension des écrits a permis de souligner plusieurs facteurs individuels et contextuels associés à l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale chez les hommes et chez les femmes souffrant de dépression, mais a également permis de soulever plusieurs défis méthodologiques associés à cette mesure. En effet, les résultats rapportés dans la littérature diffèrent en fonction de la population étudiée et de la méthodologie.

Les écrits antérieurs permettent de constater que peu d'informations existent en ce qui concerne les barrières aux soins chez les personnes dépressives. De plus, même si la plupart des études ont montré des différences de genre dans l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale, la majorité de ces études n'ont pas été conçus pour faire ressortir les disparités entre les hommes et les femmes dans les déterminants de l'utilisation des services de santé mentale et dans les barrières aux soins, et ceci spécifiquement chez la population dépressive. Par ailleurs, peu d'études ont été conduites dans un contexte d'assurance publique tel que celui au Canada.

Ainsi, il est clair qu'il existe un écart entre le niveau de la psychopathologie de dépression dans la population et le niveau de traitement reçu. Une dépression majeure qui n'est pas traitée convenablement a plusieurs conséquences, telles qu'une utilisation plus grande des services de santé, une augmentation des rechutes et des récurrences de la maladie qui pourrait demander des interventions plus complexes, et cela peut même aller jusqu'à l'augmentation du taux de suicide. Étant donné le fardeau économique et social que peuvent entraîner ces conséquences de ne pas traiter de manière efficace, et considérant que la dépression est un trouble qui se traite, il devient primordial, d'une perspective de santé publique, d'identifier les déterminants et les barrières d'accès associés à l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale, et plus précisément les déterminants modifiables chez les personnes qui répondent aux critères diagnostiques de dépression dans la communauté.

De plus, compte tenu que la dépression représente un important fardeau social et économique sur le système de santé, et étant donné que beaucoup d'hommes et de femmes touchés par la dépression ne demandent pas d'aide, il est impératif que de meilleures approches se trouvent à encourager les hommes et les femmes ayant besoin d'obtenir des soins. Des analyses spécifiques au genre portant sur les déterminants de l'utilisation des services peuvent mettre en évidence les disparités dans l'utilisation des services et les obstacles aux soins qui peuvent aider à informer les campagnes de santé

mentale publiques visant à la stigmatisation des maladies mentales, et la perception négative des prestataires et du système en santé mentale.

L'identification des facteurs prédictifs potentiels de l'utilisation des services en santé mentale au Canada peut avoir d'importantes implications dans les politiques et la planification en santé publique. Considérant que les différences biologiques ou socialement construites entre les hommes et les femmes influencent leur prédisposition à présenter une dépression majeure, et influencent leur susceptibilité à réclamer des soins de santé; il est important de tenir compte des différences de genre/sexe lors de l'étude des facteurs prédictifs qui influencent le recours aux soins pour des problèmes de santé mentale. L'OMS (2002-06) a d'ailleurs recommandé que les politiques en santé mentale devraient tenir compte des différences de genre dans l'accès aux soins de santé mentale. D'une perspective de santé publique, mettre en évidence les disparités dans l'utilisation des services de santé et dans les obstacles d'accès aux soins chez les personnes avec un trouble dépressif majeur pourrait aider à informer les campagnes de promotion en santé mentale à cibler les populations plus vulnérables, et à adopter des stratégies différentes selon le genre afin d'encourager l'utilisation des services.

Aucune étude, à ma connaissance, n'a examiné les facteurs prédictifs de l'utilisation des services spécifiquement pour la dépression en fonction du genre/sexe dans un contexte canadien. Le fait d'obtenir davantage d'informations sur l'efficacité et l'efficience du système de santé actuel, ainsi que de déterminer des façons d'améliorer la prestation des services de santé mentale pour la dépression pourrait permettre une meilleure gestion et identification des hommes et des femmes qui présentent des besoins non-comblés pour leur dépression. De plus, dans l'éventualité que la dépression majeure devient la deuxième cause d'incapacité mondiale d'ici à 2020, il est impératif que le système de soins de santé mentale soit prêt à mieux détecter et gérer la dépression, et ceci en tenant compte des différences entre les hommes et les femmes.

Ce mémoire se propose donc d'examiner si le système de soins de santé mentale du Canada répond aux besoins des hommes et des femmes confrontés aux symptômes de dépression, et si l'accès aux différents types de soins en santé mentale est entravé par des facteurs cliniques ou sociodémographiques chez ces deux groupes. L'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes, Cycle 1.2 Santé mentale et bien-être 2002, offre une occasion unique d'examiner ces questions. La collecte des données dans cette enquête a permis d'évaluer le taux d'utilisation des différents types de services offerts, ainsi que les barrières et déterminants de l'utilisation des services de santé mentale chez les résidents du Canada avec une dépression en 2002.

4. OBJECTIFS DE RECHERCHE

L'objectif de cette recherche était de documenter s'il existe des différences entre les hommes et les femmes dans les déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale parmi les personnes ayant une dépression majeure vivant en communauté dans les provinces du Canada. Le deuxième objectif de cette recherche était d'examiner parmi les utilisateurs, les déterminants de l'utilisation des services ambulatoires de santé par type de prestataires consultés. Afin de répondre à ces objectifs généraux, voici les objectifs spécifiques visés:

1. Parmi la population ayant une dépression majeure, déterminer s'il existe des différences entre les hommes et les femmes dans la prévalence d'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale par type de service:

(i) Médecin de famille ou omnipraticien seulement (MF/Omni seul);

(ii) Professionnels de Santé Mentale seulement (PSM seul);

(iii) MF/Omni + PSM.

2. Documenter les déterminants associés à l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale et les barrières d'accès aux soins parmi les hommes et chez les femmes ayant une dépression majeure.

3. Parmi les utilisateurs des services ambulatoires, comparer les déterminants de l'utilisation des différents types de services (MF/Omni seul versus PSM seul versus MF/Omni + PSM) parmi les hommes et les femmes ayant une dépression majeure.

5. MÉTHODOLOGIE

Cette étude a été réalisée à partir de données provenant de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes - Cycle 1.2 Santé Mentale et Bien-être 2002 (ESCC 1.2), qui a été effectuée en 2002 par Statistique Canada. Il s'agit d'une analyse secondaire utilisant certaines données de l'enquête, mais avec des objectifs spécifiques qui sont en lien avec l'étude principale. La méthodologie de recherche de l'étude principale sera tout d'abord décrite et les spécifications de l'étude secondaire seront ensuite présentées.

5.1 Devis utilisé

L'ESCC 1.2 est une enquête nationale effectuée par Statistique Canada auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant en communauté d'environ 38 500 Canadiens. Cette enquête a utilisé un devis transversal afin de fournir des informations sur la prévalence des troubles de santé mentale, et afin de mieux documenter les déterminants de la santé mentale et l'utilisation des services de santé mentale à travers le Canada. Dans le cadre de mon projet, le devis utilisé est le même que pour l'ESCC 1.2 puisque des analyses secondaires des données de l'ESCC 1.2 ont été effectuées.

5.2 Population à l'étude/accessible

La population à l'étude et la population accessible étaient la population âgée de 15 ans et plus vivant à domicile dans les dix provinces du Canada. Les personnes vivant dans les régions éloignées ou au Nord du Canada, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les personnes vivant en établissement ont été exclus pour des raisons de faisabilité. Au moment de l'étude, ces exclusions représentaient environ 2% de la population cible.

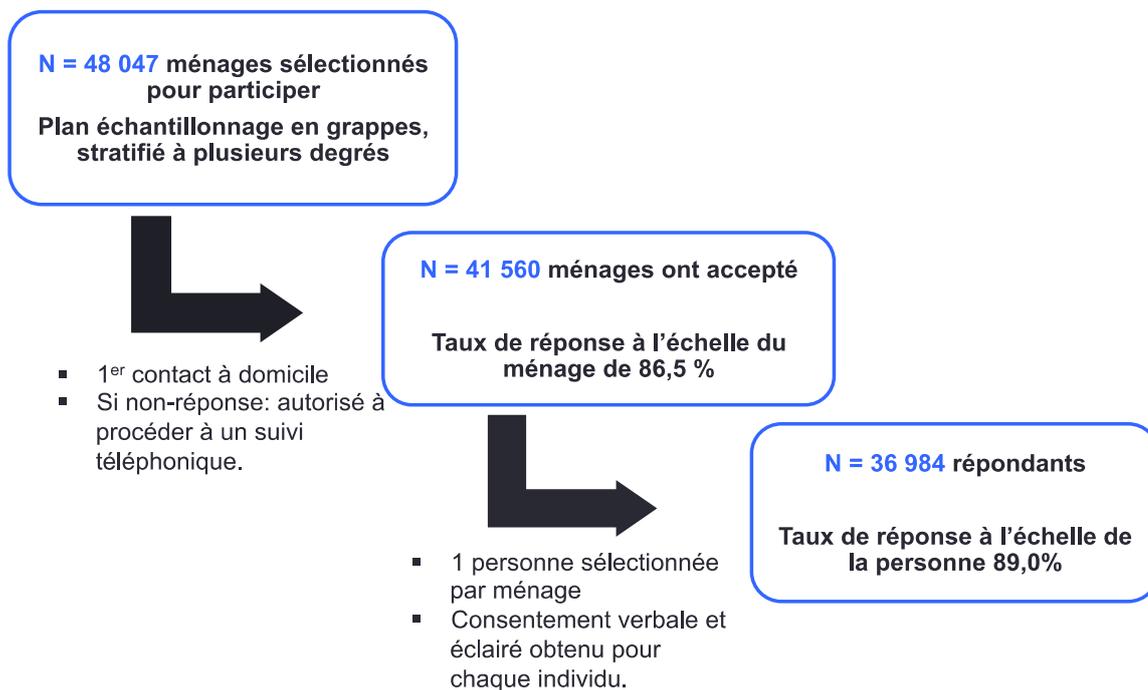
5.3 Méthode d'échantillonnage

L'échantillon de l'ESCC 1.2 a été constitué selon un plan d'échantillonnage en grappe avec stratification à plusieurs degrés (Statistique Canada, 2003). Afin de produire des estimations fiables à l'échelle provinciale et nationale, l'échantillon a été réparti proportionnellement à la racine carrée de la population estimée de chaque province. L'ESCC 1.2 s'est servi de la base aréolaire conçue pour

l'Enquête sur la population active (EPA) comme base de sondage. Le plan d'échantillonnage de l'EPA a été pris en compte pour la sélection de l'échantillon de logements de l'ESCC 1.2. Le plan complexe de l'EPA est un plan d'échantillonnage à deux degrés stratifiés dont chaque strate est formée de grappes. À la première étape, chaque province a été répartie en zones géographiques (métropolitaine, urbaine et rurale) afin que la proportion de chaque région soit représentée étant donné les différentes variations régionales en ce qui a trait à l'organisation des services de santé. Pour chaque zone géographique, des strates en fonction des données géographiques ont été formées en premier lieu, puis ensuite des strates selon les caractéristiques socioéconomiques. Pour chaque strate, l'EPA a sélectionné des grappes selon un échantillonnage avec probabilité proportionnelle à la taille. À la deuxième étape, une liste de logements est dressée pour chaque grappe, puis un échantillon systématique de logements est sélectionné dans chaque liste. Ensuite, une fois que l'échantillon de logements a été sélectionné, la sélection d'un membre dans chaque ménage comme répondant constituait la dernière étape. Lors de la visite à domicile d'un logement, un répondant était sélectionné aléatoirement parmi la liste de toutes les personnes éligibles faisant parti du ménage. La probabilité de sélection était définie en fonction de l'âge et de la composition du ménage, et a été conçue de façon à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés.

Parmi les 48 047 ménages sélectionnés pour participer à l'ESCC, un total de 41560 ménages a accepté de participer, pour un taux de réponses à l'échelle du ménage de 86,5%. Parmi ces ménages répondants, un total de 36984 répondants ont accepté de participer, pour un taux de réponses à l'échelle de la personne de 89,0%. À l'échelle canadienne, un taux de réponses combinées de 77,0% a été observé. Puisque l'information disponible concernant les non-répondants était limitée à la période de la collecte des données et à un indicateur du milieu rural/urbain, il se pourrait que les répondants aient des caractéristiques différentes des non-répondants. La figure 2 représente le diagramme de l'échantillonnage de l'ESCC 1.2.

Figure 2. Caractéristiques de l'échantillonnage ESCC 1.2



5.4 Procédure de recrutement des participants

Un premier contact à domicile a été effectué par l'entremise d'interviewers pour chaque logement sélectionné pour participer à l'enquête. Une personne par ménage était sélectionnée aléatoirement en fonction de l'âge et de la composition du ménage. Les personnes rejointes étaient alors invitées à participer à une entrevue en face-à-face.

La collecte de données consistait en des entrevues en face-à-face en utilisant une méthode d'interview assistée par ordinateur et a eu lieu entre Mai et Décembre 2002.

5.5 Échantillon analytique

Afin de documenter s'il existe des différences chez les hommes et les femmes dans les déterminants de l'utilisation des services de santé spécifiquement chez les personnes avec une dépression majeure, l'échantillon analytique utilisé incluait les répondants qui présentaient une dépression majeure selon les

critères du DSM-IV au courant des 12 mois qui ont précédé l'entrevue (n=1763).

Figure 3. Caractéristiques de l'échantillon analytique

Échantillon initial de l'enquête ESCC 1.2	(n=36 984)	
Exclusion sur la base du DSM-IV	(n=35 221)	
Participants avec dépression majeure Au courant des 12 derniers mois	(n=1763)	

La dépression majeure a été définie selon les critères diagnostiques du DSM-IV en 2002 et a été évaluée en utilisant l'adaptation canadienne de la version du CIDI (Composite International Diagnostic Interview Instrument) utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé Mentale. Cet outil diagnostique psychiatrique est utilisé par les non-spécialistes et produit des diagnostics probables selon les définitions du DSM-IV. Les versions précédentes du CIDI ont démontré une bonne validité et fiabilité (Kessler et Ustun, 2004; Wittchen, 1994). Dans l'enquête ESCC 1.2, les individus qui ont présenté l'un des deux symptômes essentiels de la dépression au courant des 12 mois qui ont précédé l'entrevue, soit un symptôme de tristesse ou une perte d'intérêt dans les activités quotidiennes habituelles, et ceci presque tous les jours, pour la plupart de la journée, pendant au moins deux semaines consécutives, et qui ont rapporté au moins 5 des 7 symptômes associés à la dépression; ces personnes ont été classées comme ayant une dépression majeure. Les personnes devaient aussi rapporter un dysfonctionnement dans au moins un domaine de fonctionnement social afin d'être considérées comme ayant une dépression. (APA, 2000).

5.6 Mesure des variables d'intérêts

Dans ce mémoire, toutes les variables ont été sélectionnées à partir du fichier public de l'ESCC 1.2. Les questions sélectionnées dans l'ESCC 1.2 pour la construction des variables à l'étude sont présentées à l'Annexe 2.

5.6.1 Variables dépendantes

La section suivante présente les définitions de la variable dépendante utilisée pour mesurer l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale.

Puisque mon échantillon porte sur les personnes qui ont présenté les critères de dépression majeure au courant des 12 mois précédents l'entrevue, et que je souhaite étudier l'utilisation des services de santé pour la dépression spécifiquement, mes variables dépendantes ont aussi été mesurées au courant de cette même période, soit au courant des 12 mois qui ont précédés l'entrevue.

Dans ce mémoire, la variable dépendante était l'utilisation des services de santé pour des raisons de santé mentale et a été mesurée par au moins une consultation médicale auto-rapportée par le sujet pour des problèmes concernant ses émotions, sa santé mentale ou pour sa consommation d'alcool ou de drogues, dans les 12 mois précédents l'entrevue, et ceci à partir de la question dans l'enquête: « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà consulté, en personne ou par téléphone, un médecin ou un autre professionnel au sujet de vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? ».

Aux fins de notre analyse, le nombre de consultations a été dichotomisé : (1) \geq 1 consultation (0) aucune consultation. Seulement les services de santé délivrés par les prestataires suivants ont été considérés : médecin de famille, omnipraticien, psychiatre, psychologue, travailleur social, conseiller, infirmière, ou un autre médecin (cardiologue, gynécologue, urologue, allergologue, ou un autre médecin). Les services délivrés par les conseillers religieux ainsi que le recours aux réseaux de groupes d'entraide étaient aussi disponibles dans l'enquête. Cependant, nous avons seulement considéré les services ambulatoires de santé qui sont compris dans le système de médecine générale (omnipraticiens et autres spécialistes), dans les soins de santé mentale spécialisés (psychiatre et psychologue) et les autres professionnels (infirmières, travailleurs sociaux, conseillers) car ce sont les services qui sont les plus

consultés et auprès desquels il a été observé à maintes reprises dans la littérature une différence entre les hommes et les femmes.

L'utilisation des services de santé pour des raisons de santé mentale a aussi été définie selon le type de prestataires consultés en catégories mutuellement exclusives. Les répondants étaient codés comme ayant effectué au moins une visite auprès: (1) Médecin de famille/Omnipraticien exclusivement (2) Professionnel de la santé mentale exclusivement, incluant psychiatre, psychologue, travailleur social, conseiller, infirmière, ou un autre médecin (3) Médecin de famille/Omnipraticien et Professionnel de la santé mentale.

5.6.2 Variables indépendantes

Les facteurs prédisposants suivants ont été étudiés : l'âge, le niveau d'éducation et le statut matrimonial. Les facteurs facilitants étudiés étaient : le revenu, le support social, l'accessibilité, l'acceptabilité et la disponibilité des services. Finalement, les facteurs de besoin qui ont été mesurés incluaient : la présence de maladies chroniques, l'état de santé mentale perçue, la présence de troubles comorbides tels que l'anxiété ou abus de substances, la présence d'idées suicidaires et la présence de dépression somatique.

L'âge a été regroupé en quatre catégories (1) 15-24 ans (2) 25-44 ans (3) 45-64 ans (0) 65 ans et plus. Le niveau d'éducation a été regroupé en deux catégories (0) aucun/primaire, ou (1) secondaire/postsecondaire. L'état matrimonial a été regroupé en deux catégories : (0) marié/union civil, ou (1) célibataire/divorcé/séparée/veuf.

Le revenu familial annuel ajusté pour le nombre de personnes qui habite le ménage a été dichotomisé : (1) revenu moyen ou élevé ($\geq 15\ 000$ \$ si 1 ou 2 personnes; $\geq 20\ 000$ \$ si 3 ou 4 personnes; $\geq 30\ 000$ \$ si 5 personnes ou plus) ou (0) faible revenu ($< 15\ 000$ \$ si 1 ou 2 personnes; $< 20\ 000$ \$ si 3 ou 4 personnes; $< 30\ 000$ \$ si 5 personnes ou plus).

Dans l'ESCC 1.2, le soutien social a été mesuré à l'aide des indicateurs fournis par la *Medical Outcomes Study (MOS) Social Support Survey*, élaboré par Sherbourne et Stewart (1991). À partir d'un groupe initial de 50 éléments,

l'indice retenu dans l'enquête de Statistique Canada en a gardé 19 relatifs au soutien fonctionnel et couvrant les cinq dimensions suivantes : 1) Soutien émotionnel – l'expression d'une affectivité positive, d'une compréhension empathique et de l'encouragement des expressions des sentiments ; 2) Soutien informationnel – l'offre de conseils, d'information, d'orientation ou de rétroaction ; 3) Soutien concret – la prestation d'aide matérielle ou d'aide en terme de comportement ; 4) Interaction sociale positive – la capacité que les autres personnes ont d'avoir du plaisir avec vous ; 5) Affection – qui concerne l'expression d'amour et d'affection. Les analyses empiriques ont montré que les éléments concernant le soutien émotionnel et informationnel devraient être regroupés. Le niveau de soutien social au courant des 12 derniers mois précédents l'entrevue a été mesuré dans cette étude à l'aide d'un index basé sur trois types de soutien social : soutien concret, émotionnel ou informationnel. Puisque presque tous les répondants rapportaient au moins une source de soutien social dans une des cinq dimensions, nous avons inclus seulement le soutien concret, émotionnel ou informationnel considérant qu'on voulait davantage identifier ces dimensions sur l'utilisation des services ambulatoires, plutôt que l'affection que le répondant reçoit ou les interactions sociales positives. Ainsi, le nombre de sources de soutien social varient sur une échelle 0 à 3. Il a ensuite été regroupé en deux catégories : (1) ≥ 1 source de soutien social la plupart du temps et (0) aucune source de soutien social la plupart du temps.

Les barrières d'accès aux services de santé mentale ont été mesurées à partir des réponses à 3 questions dans l'enquête effectuée par Statistique Canada. Les raisons pour lesquelles les besoins de soins de santé ne sont pas satisfaits peuvent être classées dans trois catégories : 1) disponibilité des services ; 2) accessibilité des services ; 3) acceptabilité des services. Ces catégories sont basées sur l'article de Chen et Hou (2002).

La variable mesurant les obstacles à recevoir des services de santé mentale en raison de la disponibilité des services indique si les répondants ayant déclaré un besoin perçu de soins en santé mentale non satisfaits ont eu des problèmes à obtenir des services de soins de santé mentale en raison de l'indisponibilité

des services. Les problèmes de disponibilité comprennent 1) attendre trop longtemps et 2) l'aide n'est pas disponible dans la région ou 3) au moment requis. Les réponses ont été codées comme (0) répondant n'a pas signalé d'obstacles à obtenir des soins de santé mentale en raison de problèmes de disponibilité ou (1) répondant a déclaré des obstacles à obtenir des services de soins de santé mentale en raison de problèmes de disponibilité.

Les obstacles d'accessibilité, incluant 1) le coût, 2) le manque de transport ou des questions telles que 3) la garde des enfants ou 4) des horaires ont aussi été mesurés, et codés comme : (0) répondant n'a pas signalé d'obstacles à obtenir des soins de santé mentale en raison de problèmes d'accessibilité ou (1) répondant a déclaré des obstacles à obtenir des services de soins de santé mentale en raison de problèmes d'accessibilité.

Les barrières d'acceptabilité, incluant 1) les demandes concurrentes sur le temps des individus, ou 2) les individus ont choisi de ne pas faire appel aux soins de santé mentale en raison de leur attitude à l'égard de la maladie, ou 3) en raison des fournisseurs de soins de santé ou 4) du système de soins de santé, ont été mesurés et codés comme : (0) répondant n'a pas signalé des obstacles à obtenir des services de soins de santé mentale en raison de problèmes d'acceptabilité ou (1) répondant a déclaré obstacles à obtenir des services de soins de santé mentale en raison de problèmes d'acceptabilité. Ceci inclut ne pas avoir consulté car ne voulait pas déranger, n'avait pas le temps, préférerait gérer leurs problèmes de santé mentale par eux-mêmes, ne pensait pas que consulter pourrait aider, avait peur de poser des questions ou des problèmes à cause de la langue.

Ainsi, les questions d'accessibilité, d'acceptabilité ou de disponibilité visaient à déterminer si le répondant a déclaré un besoin perçu non-comblé ou satisfait de soins de santé mentale en raison de barrières l'accessibilité (oui / non), d'acceptabilité (oui / non), ou de disponibilité (oui / non).

Aux fins de l'analyse, les répondants ont été catégorisés comme ayant une (1) « dépression somatique » versus une (0) « dépression pure » telle que proposée par Silverstein (Silverstein et al., 2013). Cet auteur a montré que

comparativement aux hommes dépressifs, les femmes dépressives sont près du double à présenter une dépression somatique, mais pas une dépression pure, et a suggérer que la plus grande susceptibilité des femmes à présenter des symptômes somatiques pourrait influencer le recours aux soins de santé (Silverstein et al., 2013). La « dépression somatique » a été définie selon la présence de trois symptômes de dépression, soit une perturbation de l'appétit (gain/perte de poids, modification de l'appétit), de la fatigue ou une perte d'énergie, et des troubles du sommeil dans le cadre d'un épisode dépressif. Un changement de poids significatif a été défini comme 10 livres ou de 4 kg. Le gain de poids en raison de la grossesse et la perte de poids due à la maladie ont été exclus. La variable dépression somatique a été dichotomisé (oui/non).

Une variable indiquant la présence de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide au courant des 12 mois précédents l'entrevue a été créée pour classer les répondants selon qu'il / elle a pensé à se suicider ou à prendre son / sa propre vie ou selon qu'il / elle tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois. La variable a été catégorisée par l'absence (0) ou la présence (1) de pensées ou de tentatives suicidaires.

L'état de santé physique a été déterminé à partir d'une liste de 31 conditions médicales chroniques qualifiant le répondant comme souffrant (1) ou non (0) d'un problème de santé chronique qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. Les problèmes de santé chroniques sur lesquels s'appuie cette variable sont présentés à l'Annexe 1. Par ailleurs, le statut de santé mentale perçue a été déterminé à partir d'une question demandant si en général ils perçoivent leur santé mentale excellente, très bonne, bonne, passable ou pauvre. Les individus ayant répondu (1) excellente / très bonne ont été catégorisés comme ayant une bonne santé mentale perçue, et ceux ayant répondu (0) bonne / passable / pauvre ont été identifiés comme ayant une moins bonne. Les réponses aux mêmes questions concernant la santé physique ont été traitées de la même manière afin d'obtenir une variable dichotomique pour la santé physique perçue.

Finalement, l'impact des troubles de santé mentale concomitants à la dépression ont aussi été examinés. Ceux-ci incluent la présence (1) ou

l'absence (0) d'un trouble d'anxiété qui comprend la manie, l'agoraphobie, la phobie sociale, le trouble de panique, et la présence (1) ou l'absence (0) d'un trouble de dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites au cours des 12 mois précédents l'entrevue. Dans l'ESCC 1.2, l'épisode de manie est caractérisé par des sentiments exagérés de bien-être, d'énergie et de confiance en soi qui peuvent mener la personne à perdre la notion de la réalité, incluant comme symptômes : la fuite des idées ou la sensation que les pensées défilent trop vite, l'augmentation de l'estime de soi, la réduction du besoin de sommeil, le désir de parler constamment et l'irritabilité. Le trouble panique est caractérisé par des attaques récurrentes et inattendues de crainte intense et d'anxiété accompagnées de symptômes physiologiques (palpitations, douleur à la poitrine, sensation d'étouffement ou d'étranglement, sensation de vertige, transpiration, nausées ou gêne abdominale, tremblements ou bouffées de chaleur ou frissons). La phobie sociale est caractérisée par une peur persistante et irrationnelle, de situations durant lesquelles la personne pourrait être observée attentivement et jugée par autrui, incluant comme symptômes l'évitement ou l'anticipation anxieuse des situations redoutées et des symptômes physiques (augmentation du rythme cardiaque, nausées, bouche sèche, sueurs, douleurs à la poitrine, vertiges, étourdissements et attaques de panique). Finalement, l'agoraphobie est caractérisée par la peur et l'évitement d'être dans des endroits ou des situations où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours, pouvant inclure des étourdissements, des sueurs, des douleurs à la poitrine, des nausées, un sentiment d'impuissance ou de détachement, ou un sentiment que le corps ou l'environnement n'est pas réel. Comme la dépression majeure, le trouble d'anxiété et le trouble de dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites ont été mesurés à partir des critères diagnostiques du DSM-IV, et ont été évalués en utilisant l'adaptation canadienne de la version du CIDI (Composite International Diagnostic Interview Instrument) utilisée par l'Organisation Mondiale de la Santé Mentale.

Ces variables ont été incluses dans l'analyse considérant que les femmes dépressives ont une plus grande probabilité à présenter des troubles anxieux concomitants que les hommes, alors que les hommes ont une plus grande

probabilité à présenter des troubles d'abus de substances concomitants (Kuehner, 2003; Angst *et al.*, 2002).

5.6.3 Variables ne pouvant être incluses dans les analyses

Il existe différentes données qui ne pouvaient pas être incluses dans cette étude pour les raisons décrites ci-dessous. Tout d'abord, nous étions limités par les variables présentes dans le fichier public de l'enquête ESCC 1.2. Par exemple, l'impact de l'ethnie n'a pas pu être étudié puisque cette variable n'était pas présente dans le fichier public.

Par ailleurs, malgré que cette étude ait examiné si les barrières d'acceptabilité ont un impact sur l'utilisation des services de santé en général, cette étude n'a pas pu évaluer directement l'impact de la langue ou de la stigmatisation sur l'utilisation des services puisque la proportion d'individus qui ont choisi de participer à l'entrevue dans une autre langue que l'anglais ou le français, et la proportion des individus qui ont rapporté être embarrassés de consulter étaient de moins que 2%. Ainsi, il n'y avait pas un assez grand nombre de participants pour analyser ces variables séparément.

5.7 Stratégie d'analyse

Les analyses ont été effectuées à l'aide du logiciel SPSS 18.0.

Objectif 1 :

Une première analyse de régression logistique bivariée a été conduite pour l'ensemble des variables indépendantes avec un seuil de signification de 5% avant l'inclusion dans le modèle final de régression multivariée. Les rapports de cotes (RC) ont été utilisés comme mesure d'association et sont présentés avec leur intervalle de confiance (IC) à 95%.

Des analyses descriptives concernant les différences entre les hommes et les femmes dans les prévalences d'utilisation des services selon les types de professionnels consultés ont aussi été incluses.

Les analyses descriptives et bivariées fournissent un profil des caractéristiques d'utilisation selon les déterminants potentiels chez les hommes et les femmes. Une approche d'analyse multivariée a été utilisée pour examiner l'impact des déterminants potentiels sur l'utilisation des services et sur le type de services utilisés.

Objectif 2 :

Parmi les personnes ayant rapporté souffrir de dépression au cours des douze mois précédents l'entrevue, une analyse de régression logistique multivariée a été utilisée pour examiner l'impact des facteurs prédisposants, facilitants et de besoin sur l'utilisation des services de santé mentale.

Une régression logistique multivariée (Hosmer et Lemeshow, 1989) stratifiée selon le genre a été effectuée afin d'étudier l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale (oui versus non) en fonction des variables indépendantes présentées.

Objectif 3 :

Nous avons également mené des analyses de régression logistique multinomiale stratifiée selon le genre pour déterminer parmi les utilisateurs des services ambulatoires au cours des 12 derniers mois, les facteurs associés à une consultation chez un omnipraticien ou un médecin de famille seulement, comparativement à une consultation chez un omnipraticien et un autre spécialiste de la santé mentale conjointement.

Les variances totales expliquées par les modèles ont été calculées en utilisant le Nagelkerke pseudo-R carré.

5.7.1 Pondération

Pour retrouver la structure de la population du Canada, les données ont été pondérées. Toutes les données présentées ont été pondérées selon Statistique Canada pour faire face à la stratégie d'échantillonnage complexe. Afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC 1.2, les poids de la

population obtenus par les chercheurs de Statistique Canada ont été utilisés pour obtenir les estimations appropriées pour les analyses univariées, bivariées et analyses multivariées.

5.8 Considérations éthiques

L'utilisation des données et l'analyse des données pour le projet de recherche ont été approuvées par Statistique Canada par le biais du CIQSS (Centre interuniversitaire québécois de statistiques sociales). Par ailleurs nous avons utilisé les données comprises dans le fichier public qui assure l'anonymat des répondants. Toutes les analyses des données ont été effectuées sur place au Centre de recherche de l'hôpital Charles LeMoine, garantissant ainsi le respect des contrôles et procédures de sécurité en place et protégeant la confidentialité des données.

6. AVANT-PROPOS DE L'ARTICLE 1

Gender differences in general and specialty outpatient mental health services use for depression.

Auteurs: Sarah Gagné, Helen-Maria Vasiliadis, Michel Prévile,

Statut: publié à *BMC Psychiatry*: Gagné S, Vasiliadis HM, & Prévile M (2014) Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression. *BMC Psychiatry*, 14135. doi:10.1186/1471-244X-14-135 (voir Annexe 3)

Avant-propos: L'article rédigé dans le cadre de ce mémoire est un article portant sur les différences de genre dans l'utilisation des services ambulatoires de santé mentale dans la population Canadienne vivant en communauté. Plusieurs éléments tels que les facteurs individuels et contextuels sont inclus dans cet article. L'article a entièrement été rédigé par Sarah Gagné.

7. RÉSUMÉ DE L'ARTICLE 1

Introduction: L'objectif de cette étude était d'identifier les différences entre les hommes et les femmes dans les déterminants de l'utilisation des services ambulatoires de santé mentale pour la dépression.

Méthode: Les données utilisées dans cette étude proviennent l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes, Cycle 1.2 Santé Mentale et Bien-être (ESCC 1.2) conduit par Statistique Canada en 2002 (N= 36 984). L'échantillon a été limité aux répondants rencontrant les critères diagnostiques de dépression majeure probable dans les 12 mois précédents l'entrevue (n= 1743). Des analyses de régression logistique multivariée selon le sexe ont été réalisées.

Résultats: Les résultats ont montré que 54,3% des personnes interrogées répondant aux critères de la dépression majeure avaient consulté pour des raisons de santé mentale dans les 12 mois précédents l'entrevue. Les hommes avaient une plus grande probabilité à consulter un médecin généraliste et un spécialiste de la santé mentale au courant de la dernière année, par opposition aux femmes. Toutefois, les femmes avaient une plus grande probabilité que les hommes à consulter un médecin généraliste par opposition à aucune utilisation. Les disparités entre les genres dans les déterminants liés à l'utilisation des services ambulatoires inclus pour les hommes, le revenu du ménage, et pour les femmes, un plus jeune âge, la présence de soutien social, des barrières de disponibilité, la présence de pensées ou de tentatives suicidaires et une moins bonne santé mentale perçue.

Conclusion: Ces résultats nous amènent à conclure que la poursuite d'efforts afin de promouvoir l'accès aux soins de santé mentale sont nécessaires pour les hommes et les femmes touchées par la dépression, et ce, afin de cibler les populations vulnérables spécifiques et d'augmenter l'utilisation des services.

8. Article

Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression

Sarah Gagné^{1,2,*}

Email: Sarah.m.Gagne@USherbrooke.ca

Helen-Maria Vasiliadis^{1,2}

Email: Helen-Maria.Vasiliadis@USherbrooke.ca

Michel Prévile^{1,2}

Email: Michel.Preville@USherbrooke.ca

¹ Faculty of Medicine and Health Sciences, Université de Sherbrooke, Sherbrooke, Canada

² Charles Lemoyne Research Centre, 150, place Charles-LeMoyne, Bureau 200, Longueuil, (Québec) J4K 0A8, Canada

* Corresponding author. Charles Lemoyne Research Centre, 150, place Charles-LeMoyne, Bureau 200, Longueuil, (Québec) J4K 0A8, Canada

Abstract

Background

This study ascertain gender-specific determinants of outpatient mental health (MH) service use for depression to highlight gender disparities in barriers to care and explain how depressed men and women in need of care might differ in their help-seeking behaviour.

Methods

Data used in this study came from the Canadian Community Health Survey on Mental Health and Well Being, cycle 1.2 (CCHS 1.2) conducted by Statistics Canada in 2002 ($N = 36,984$). The sample was limited to respondents filling criteria for a probable major depression in the 12 months prior to the interview ($n = 1743$). Gender-specific multivariate logistic regression analyses were carried out.

Results

The results showed that 54.3% of respondents meeting criteria for major depression had consulted for mental health reasons in the year prior to interview. When looking at type of outpatient mental health service use, males were more likely to consult a general practitioner and a mental health specialist in the past year as opposed to females. However, females were more likely to consult a general practitioner only as

opposed to no service use than males. Gender specific differences in determinants associated with outpatient service use included for males, lower adjusted household income, and for females, a younger age, the presence of social support, self-reported availability barriers, the presence of self-reported suicidal thoughts or attempt and a poorer self-perceived mental health.

Conclusions

Efforts to promote access to mental health care are needed for men and women affected by depression, and this, to target specific vulnerable populations and increase utilization rates.

Keywords

Gender, Mental health service use, Depression

Background

Major depression is a significant public health issue and is a major cause of disability worldwide [1]. Community based surveys estimate 12-month prevalence rates ranging from 2.9% to 3.6% among men and 5.0% to 6.9% among women in the general population [2,3]. Not only is this highly prevalent mental disorder associated with increased mental health service use and increased costs due to treatment and reduced productivity due to days lost from work [4-9] it is also associated with decreased quality of life and social functioning, and increased mortality, primarily from suicide [7,10,11]. Although many treatments are available and have shown their efficacy for major depression, roughly half of depressed individuals will not seek professional help [12-23], and up to two-thirds will remain untreated or receive inappropriate or inadequate treatment [24-30]. Failure to receive treatment for those depressed individuals in need of care represents a major public health concern.

Many population-based studies have focused on reporting the determinants of service use for mental health reasons. One recurrent factor associated with mental

health service use in the general population is female gender [20,22,31-37]. Studies focusing on populations with depression have shown inconsistent findings with regards to gender. Some have reported gender differences in the likelihood of seeking mental health care [14,18,38,39] whereas others have not [15,16,19,20,23,40-43]. An earlier study, focusing on gender differences by type of mental health service use, showed that females were more likely to consult general medical services, but not specialised mental health services [31]. Using data from a Canadian population based community sample of adults aged 18–65 years old, Drapeau and colleagues (2009) showed that women were more likely to use general medical services, psychological services and psychiatric services and this after controlling for the presence of major depression [44]. The authors, focusing on social roles, showed that women in employed work were more likely to use the services of psychologists whereas men who were in employed work were less likely to use general and psychiatric services. In another study using the same Canadian population based sample, Vasiliadis and colleagues (2009) showed that the odds of consulting with a family physician only, a family physician and a psychologist, and a family physician and other mental health professional (nurse, social worker, counsellor) but not a psychiatrist in the past year were larger in females than males [45]. Other studies have shown greater use of mental health specialised services in men [22,35].

Although most studies have shown gender differences in mental health service use, the majority of these studies were not designed to highlight gender disparities in barriers to care and to examine how depressed men and women might differ in their help-seeking behaviour. An earlier study carried out by Albizu-Garcia and colleagues (2001) in a community sample of adults inhabiting poor areas in Puerto Rico

reported that males were more likely to use services when exhibiting morbidity and a poorer self-reported mental health, whereas women were more likely to consult mental health services if they had a history of prior mental health treatment [46]. In the general population, others have also shown that social and cultural factors and those related to acceptability issues (i.e. stigma against mental illness, health care providers, the health care system) and the perception and recognition of symptoms, have a differential impact on help seeking behaviours among men and women [31,44,47-49]. However, these studies also suggest that these factors may have less of an impact on the decision to use services when the disorder reaches a clinical threshold [31,44,47-49]. Using data from a community based survey focusing on Latinos and African Americans with major depression, Ojeda and colleagues (2006) reported gender specific determinants of outpatient mental health service use and found that older age was a barrier to service use in depressed males, and low education attainment in depressed females [18]. The results also showed that ethnic/racial minorities were barriers to service use in both males and females. Moreover, the authors also studied the effect of social and individual factors such as perceived need or stigma, financial barriers, health system barriers, general access barriers and social barriers to care. Gender differences however were not detected here. Given the specific populations of these studies the results cannot be generalised to other populations.

Given the high individual, societal and economic burden associated with depression, and given that many depressed men and women don't seek help, it is imperative that better approaches are found to encourage men and women with needs to seek care. The gender specific analyses of the determinants of service use among depressed men and women can highlight disparities in service use and barriers to care which

can help inform public mental health campaigns aimed at stigma against mental illness, and the negative perception of mental health providers and the system. Further, in Canada, mental health action plans have called for common mental disorders to be treated in primary care with the support of mental health specialists [50]. Studies have also shown better perceived care and perceived mental health needs being met when general practitioners (GP) / family physicians (FP) and mental health practitioners are consulted [51]. The objectives of this study were to therefore carry out gender-specific analyses and to ascertain the determinants of outpatient mental health service use among individuals with probable depression in a representative sample of Canadian community living residents. Using Andersen's behavioural model of health service use, we studied predisposing, enabling/impeding, and need factors that have been identified in the literature. We also studied past year outpatient health service use for depression by type of providers consulted: (i) GP/FP only; (ii) GP/FP and other mental health specialist (psychiatrist, psychologist, social worker, nurse, and counsellor/psychotherapist); (iii) mental health specialist only.

Methods

Population

This study used data from the Canadian Community Health Survey on Mental Health and Well Being, cycle 1.2 (CCHS 1.2) conducted by Statistics Canada in 2002 ($N = 36,984$). The CCHS 1.2 was a cross-sectional survey of a nationally representative sample of non-institutionalized individuals aged 15 years and older living in private dwellings. The survey was designed to assess the prevalence and determinants of mental disorders, such as major depression, in the population and to document

mental health service use, including antidepressant use, in Canada. Respondents were randomly selected using a stratified, multistage, clustered area sample. The overall response rate for the CCHS 1.2 in Canada was 77%. A detailed description of the method of selection of household interviews is reported elsewhere design [52].

The study protocol conformed to the Helsinki declaration of ethics and consent. The study protocol was reviewed and approved by the ethics committee of the University of Sherbrooke. All participants provided a signed informed consent.

Study sample

In this study, the sample was limited to respondents filling the criteria for a probable major depression ($n = 1743$) in the 12 months prior to interview, which represented a prevalence of major depression reaching 4.8% overall, and 5.9% for females and 3.7% for males. In the CCHS 1.2, the presence of psychiatric disorders was measured using the computer-assisted version of the modified WMH-CIDI interview [51]. Questions were based on a Canadian adaptation of the World Health Organisation's CIDI as used in the World Mental Health (WMH) project [53]. The WMH-CIDI assessed mental health profiles based on the definitions and criteria as outlined in the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV) [54].

For the presence of a probable major depressive episode (MDE): Participants were first screened by questions, which asked about mood (sad, empty, or depressed), being discouraged or having a loss of interest in most things usually enjoyed, at any time in the person's lifetime. Those answering positive to any item were then included in the depression module to assess whether they met criteria for

depression. Participants who were screened into the depression module were then asked a series of symptom-related questions. Respondents who experienced a lifetime major depressive episode reported the following CCHS 1.2/WMH-CIDI criteria: 1) a period of two weeks or more with depressed mood or loss of interest or pleasure; 2) at least five additional symptoms (significant weight loss/gain or change in appetite, insomnia or hypersomnia, psychomotor agitation or retardation, fatigue or loss of energy, feelings of worthlessness, diminished ability to think or concentrate, recurrent thoughts of death); 3) clinically significant distress or social or occupational impairment; and 4) the symptoms are not better accounted for by bereavement. Respondents who experienced a major depressive episode in the past 12 months and reported a 12-month episode marked with impairment in occupational or social functioning were included in our study sample.

Measures

Outcome variable

The outcome variable was past year mental health service use which was ascertained by questions that focused on service use for mental health reasons about emotions, mental health or use of alcohol or drugs. Past year service use (yes/no) in this paper was defined as using at least one outpatient resource for problems concerning emotions, mental health or use of alcohol or drugs in the 12 months prior to the interview. Specifically, outpatient service use was determined using self-reported questions assessing whether the respondent had ever consulted for mental health reasons a professional such as a GP/FP, psychologist, psychiatrists, other physician specialist, nurse, social worker, and counsellors. We

did not consider in this study mental health service use during a hospitalisation or emergency department visit.

Respondent's mental health status

For the purpose of this analysis, respondents with a past year major depressive episode were categorized as those having a 'somatic depression' versus those with a 'pure depression' [55]. Somatic depression was defined as having experienced all of the following symptoms for at least 2 weeks nearly every day: 1) appetite disturbance (loss/weight gain, change in appetite), 2) fatigue or loss of energy, 3) sleep disturbance (trouble falling asleep, staying asleep or waking too early or sleeping more than usual). A significant weight change was defined as 10 pounds or 4 kg. Weight gain due to pregnancy and weight loss due to illness were excluded. Respondents with 'pure depression' met criteria for MDE, but did not report all 3 somatic symptoms mentioned.

Among the need factors, we also considered the presence of self-reported suicide thoughts or attempts during the past year. Other mental disorders ascertained in the CCHS 1.2 such as the presence (yes/no) of anxiety disorders (AD), which included the presence of agoraphobia, social phobia, or panic disorder, and substance dependence of alcohol or illicit drugs in the past 12 months were also included. Self-perceived mental health was included in the analyses as excellent/very good versus good/fair/poor.

Respondent's physical health status

The presence (Yes/No) of a chronic condition was also considered based on a record of 36 chronic medical conditions (i.e. cardiovascular, metabolic, respiratory

diseases, etc.) qualified as “long-term conditions that are expected to last or have already lasted 6 months or more that have been diagnosed by a health professional”.

Enabling factors

Barriers to mental health service use were measured using 3 questions relating to whether the respondent reported a perceived unmet mental health care need due to accessibility (yes/no), acceptability (yes/no), or availability (yes/no) factors. Accessibility factors included cost, lack of transportation or issues such as childcare or scheduling. Availability barriers included waiting too long, help not available in area or at the time required. Acceptability issues included competing demands on their time, individuals chose to do without mental health care because of their attitude towards the illness, health care providers or the health care system. Examples include: deciding not to bother, not getting around to it, preferred to manage it themselves, didn't think it could help, afraid to ask or language problems.

Social support was also studied and included tangible, emotional and informational. The presence of at least one of these sources of social support for most or all of the time in the past year was considered.

Adjusted household income for the number of people living in the household was retained and included two categories (high versus low).

Predisposing factors

The socio-demographic variables included in the analyses were: age (15–24, 25–49, 50–64, and 65 years and greater); education (less than high school versus high school and higher level attained); and marital status (married/common law versus separated/widowed/divorced/single).

Analyses

In order to assess the determinants of service use, we used gender specific logistic regression to model past year outpatient mental health service use (yes/no) as a function of the predisposing, enabling and need study variables. We also carried out gender specific multinomial logistic regression analyses to determine, among outpatient service users, the factors associated with past year use of (i) GP/FP only versus GP/FP and other mental health specialists, and use of (ii) GP/FP only versus other mental health specialists only. With regards to missing data, there were no significant gender differences. All data presented were weighted according to Statistics Canada to deal with the complex sampling strategy [56]. The data were analyzed using SPSS version 18.0, and the total variance explained by the model was calculated using Nagelkerke Pseudo-R square.

Results

The characteristics of the sample by gender are presented in Table 1. The multinomial regression analyses showed that the odds of consulting a GP/FP and a mental health specialist in the past year as opposed to a GP/FP only was 1.4 times larger in males than females (1.41 OR; 95% CI: 1.02 – 1.94). Further, the odds of consulting a GP/FP only as opposed to not consulting was 1.4 times larger in females than males (1.43 OR; 95% CI: 1.06 – 1.92).

Table 1 Characteristics of the study sample meeting past year (12-month) criteria for major depressive episode as a function of type of outpatient service use by gender (n = 1743)

	FEMALES		MALES		OR	CI (95%)
	N (%)		N (%)			
Mental health service use	600 / 1084 (55,4%)		346 / 659 (52,5%)		1.22	(0.92 – 1.36)
					OR	CI (95%)
Primary (FP only)	185 (17,1%)		84 (13,2%)		1.00	
FP and mental health specialist	275 (25,4%)		175 (26,6%)		1.41	(1.02-1.94)
Mental health specialist only	140 (12,9%)		87 (13,2%)		1.38	(0.95-1.99)
No contact	484 (44,6%)		313 (47,5%)		1.43	(1.06-1.92)
Variables	FEMALES	OR	CI (95%)	MALES	OR	CI (95%)
	N (%)			N (%)		
<i>Predisposing factors</i>						
Age						
15 – 24	109 / 249 (43,8)	1.64	(0.89 – 3.02)	51 / 137 (37,2)	0.49	(0.25 – 0.94)
25 – 44	288 / 471 (61,1)	3.30	(1.83 – 5.95)	156 / 279 (55,9)	1.04	(0.57 – 1.92)
45 – 64	185 / 308 (60,1)	3.15	(1.72 – 5.76)	113 / 195 (57,9)	1.13	(0.61 – 2.13)
65 +	18 / 56 (32,1)	Reference		27 / 49 (55,1)	Reference	
Education						
< secondary	122 / 273 (44,7)	Reference		83 / 164 (50,6)	Reference	
secondary	472 / 800 (59,0)	1.78	(1.35 – 2.35)	261 / 489 (53,4)	1.11	(0.78 – 1.57)
Marital status						
Widow/sep/div/single	348 / 616 (56,5)	1.12	(0.88 – 1.42)	205 / 375 (54,7)	1.23	(0.90 – 1.67)
Married/common-law	251 / 467 (53,7)	Reference		141 / 284 (49,6)	Reference	
<i>Enabling factors</i>						
Household adjusted Income						
Low	122 / 200 (61,0)	1.28	(0.94 – 1.76)	61 / 89 (68,5)	2.22	(1.37 – 3.58)
High	437 / 797 (54,8)	Reference		266 / 531 (50,1)	Reference	
Social support						
No (none/a little/some)	41 / 77 (53,2)	0.91	(0.57 – 1.45)	46 / 72 (63,9)	1.67	(1.01 – 2.76)

Yes (most/all the time)	559 / 1007 (55,5)	Reference		300 / 587 (51,1)	Reference	
Accessibility						
No	564 / 1033 (54,6)	Reference		327 / 628 (52,1)	Reference	
Yes	28 / 43 (65,1)	1.55	(0.82 – 2.94)	15 / 27 (55,6)	1.11	(0.52 – 2.39)
Acceptability						
No	480 / 882 (54,4)	Reference		275 / 514 (53,5)	Reference	
Yes	112 / 194 (57,7)	1.15	(0.84 – 1.57)	68 / 142 (47,9)	0.79	(0.55 – 1.15)
Availability						
No	542 / 1011 (53,6)	Reference		313 / 600 (52,2)	Reference	
Yes	50 / 64 (78,1)	3.02	(1.66 – 5.50)	30 / 56 (53,6)	1.05	(0.61 – 1.82)
Need factors						
Chronic illness						
No	45 / 120 (37,5)	Reference		33 / 115 (28,7)	Reference	
Yes	554 / 962 (57,6)	2.26	(1.53 – 3.34)	313 / 544 (57,5)	3.34	(2.15 – 5.17)
Anxiety						
No	377 / 746 (50,5)	Reference		190 / 418 (45,5)	Reference	
Yes	197 / 279 (70,6)	2.34	(1.74 – 3.14)	140 / 215 (65,1)	2.25	(1.60 – 3.16)
Addictions						
No	551 / 1009 (54,6)	Reference		288 / 549 (52,5)	Reference	
Yes	47 / 69 (68,1)	1.76	(1.05 – 2.95)	55 / 106 (51,9)	0.97	(0.64 – 1.47)
Somatic symptoms						
Less than 3	130 / 278 (46,8)	Reference		95 / 210 (45,2)	Reference	
3	470 / 806 (58,3)	1.59	(1.21 – 2.29)	251 / 449 (55,9)	1.54	(1.11 – 2.14)
Past year suicide thought or attempt						
No	409 / 819 (49,9)	Reference		222 / 435 (51,0)	Reference	
Yes	191 / 265 (72,1)	2.60	(1.93 – 3.52)	124 / 224 (55,4)	1.18	(0.86 – 1.64)
Perceived mental health						
Good/fair/poor	505 / 821 (61,5)	2.76	(2.07 – 3.69)	296 / 526 (56,3)	2.14	(1.45 – 3.17)
Very good / excellent	95 / 258 (36,8)	Reference		50 / 133 (37,6)	Reference	

The gender specific determinants associated with overall outpatient service use for mental health reasons are presented in Table 2. The results of the multivariate regression analyses showed that for both females and males with a MDE, the determinants associated with outpatient service use included higher education, marital status of being single, widowed, separated or divorced, the presence of a chronic illness and the presence of anxiety. Gender specific differences in determinants associated with outpatient service use included for males, lower adjusted household income (2.14 OR; 95% CI: 1.24–3.71), and for females, younger age [(25 to 44 years (2.77 OR; 95% CI: 1.34–5.74); 45 to 64 years (2.59 OR; 95% CI: 1.24–5.42)], the presence of social support (2.63 OR; 95% CI: (1.43 – 4.76), self-reported availability barriers (2.05 OR; 95% CI: 1.02–4.10), the presence of self-reported suicidal thoughts or attempt (2.80 OR; 95% CI: 1.92–4.09) and a poorer self-perceived mental health (1.80 OR; 95% CI: 1.27–2.55). Finally, the models explained 22% and 17% of the variability observed in outpatient service use for females and males.

Table 2 Gender specific multivariate analyses on the determinants of service use for mental health reasons among individuals with past year major depression (n = 1743)

Variables	FEMALES		MALES	
	Adjusted OR*	CI (95%)	Adjusted OR*	CI (95%)
Predisposing factors				
Age				
15 – 24	1.18	(0.54 – 2.54)	0.49	(0.21 – 1.13)
25 – 44	2.77	(1.34 – 5.74)	1.08	(0.51 – 2.30)
45 – 64	2.59	(1.24 – 5.42)	0.84	(0.39 – 1.80)
65 +	Reference		Reference	
Education				
Secondary versus < secondary	2.00	(1.39 – 2.88)	1.55	(1.00 – 2.40)
Marital status				
Widow/sep/div/single versus Married/common-law	1.43	(1.04 – 1.96)	1.67	(1.11 – 2.51)
Enabling factors				
Household adjusted Income				
Low versus high	1.15	(0.78 – 1.70)	2.14	(1.24 – 3.71)
Social support				
Most/all the time versus None/a little/some	2.63	(1.43 – 4.76)	0.83	(0.43 – 1.69)
Accessibility (Yes versus No)				
	0.87	(0.41 – 1.87)	1.41	(0.55 – 3.65)
Acceptability (Yes versus No)				
	0.93	(0.62 – 1.39)	0.67	(0.42 – 1.05)
Availability (Yes versus No)				
	2.05	(1.02 – 4.10)	0.69	(0.36 – 1.32)
Need factors				
Chronic illness (Yes versus No)				
	1.89	(1.18 – 3.00)	2.45	(1.48 – 4.08)
Anxiety (Yes versus No)				
	1.99	(1.40 – 2.83)	2.22	(1.48 – 3.34)
Addictions (Yes versus No)				
	1.39	(0.74 – 1.87)	0.98	(0.60 – 1.66)
Somatic symptoms				
3 versus < 3	1.34	(0.96 – 1.87)	1.33	(0.91 – 1.96)
Past year suicide thought or attempt (Yes versus No)				
	2.80	(1.92 – 4.09)	0.83	(0.55 – 1.24)
Perceived mental health				
Good/fair/poor versus Very good / excellent	1.80	(1.27 – 2.55)	1.47	(0.92 – 2.37)
R square of Nagelkerke	0.22		0.17	

*Adjusted for all other variables in model.

Among the respondents who met criteria for major depression, 946 (54.3%) had consulted for mental health reasons in the year prior to interview. The gender specific determinants associated with type of outpatient service use among users are presented in Table 3. The determinants associated with past year use of both GP/FP and mental health specialist services, as opposed to the use of a GP/FP only included, for males, poorer self perceived mental health status (2.45 OR; 95% CI: 1.00–6.01), the presence of an anxiety disorder (2.30 OR; 95% CI: 1.17–4.52) and self-reported acceptability barriers (0.32 OR; 95% CI: 0.14–0.74), whereas for females the determinants included marital status (1.83 OR; 95% CI: 1.17–2.85). When looking at the determinants associated with past year use of a mental health specialist only as opposed to GP/FP only, the determinants for males included the presence of self-reported accessibility barriers (0.07 OR; 95% CI: 0.01–0.74) and a MDE characterized by the presence of 3 somatic symptoms (0.35 OR; 95% CI: 0.16 – 0.77), whereas in females the determinants included self-reported acceptability (0.40 OR; 95% CI: 0.18–0.87) and availability barriers (3.47 OR; 95% CI: 1.30–9.26).

Table 3 Gender specific multinomial regression analyses on the determinants associated with type of outpatient service use among users (n = 946)

Variables	Females				Males				
	GP/FP and mental health specialist versus GP/FP only		Mental health specialist only versus GP/FP only		GP/FP and mental health specialist versus GP/FP only		Mental health specialist only versus GP/FP only		
	Adjusted OR*	CI (95%)	Adjusted OR*	CI (95%)	Adjusted OR*	CI (95%)	Adjusted OR*	CI (95%)	
Predisposing factors									
Age									
15 – 24	2.17	(0.49 – 9.65)	1.04	(0.24 – 4.58)	0.98	(0.24 – 3.99)	2.68	(0.39 – 18.33)	
25 – 44	2.15	(0.52 – 9.00)	1.12	(0.28 – 4.55)	0.63	(0.19 – 2.03)	2.39	(0.42 – 13.67)	
45 – 64	1.88	(0.45 – 7.89)	0.42	(0.10 – 1.77)	1.14	(0.35 – 3.78)	2.77	(0.47 – 16.21)	
65 +	Reference		Reference		Reference		Reference		
Education	1.56	(0.88 – 2.74)	0.99	(0.51 – 1.94)	1.99	(0.98 – 4.03)	1.50	(0.65 – 3.47)	
Secondary versus < secondary									
Marital status	1.83	(1.17 – 2.85)	1.24	(0.72 – 2.15)	1.03	(0.51 – 2.05)	1.70	(0.75 – 3.85)	
Widow/sep/div/single versus Married/common-law									
Enabling factors									
Household adjusted income	0.96	(0.57 – 1.62)	1.12	(0.59 – 2.11)	0.80	(0.35 – 1.84)	0.62	(0.24 – 1.62)	
Low versus high									
Social support	0.93	(0.38 – 2.29)	0.70	(0.22 – 2.25)	1.44	(0.50 – 4.14)	1.14	(0.32 – 4.09)	
None/a little/some versus Most/all the time									
Accessibility (Yes versus No)	1.34	(0.47 – 3.79)	1.10	(0.29 – 4.20)	0.39	(0.09 – 1.77)	0.07	(0.01 – 0.74)	
Acceptability (Yes versus No)	1.13	(0.65 – 1.96)	0.40	(0.18 – 0.87)	0.32	(0.14 – 0.74)	1.89	(0.79 – 4.54)	
Availability (Yes versus No)	2.30	(0.94 – 5.61)	3.47	(1.30 – 9.26)	1.13	(0.37 – 3.41)	0.61	(0.15 – 2.48)	
Need factors									
Chronic illness (Yes versus No)	1.11	(0.48 – 2.57)	0.58	(0.23 – 1.46)	1.37	(0.48 – 3.90)	0.71	(0.24 – 2.06)	
Anxiety (Yes versus No)	1.22	(0.78 – 1.91)	1.17	(0.67 – 2.04)	2.30	(1.17 – 4.52)	2.16	(0.98 – 4.77)	
Addictions (Yes versus No)	0.75	(0.34 – 1.63)	0.83	(0.31 – 2.20)	1.65	(0.69 – 3.97)	0.79	(0.29 – 2.20)	
Somatic symptoms	0.94	(0.55 – 1.59)	0.60	(0.32 – 1.12)	1.00	(0.49 – 2.07)	0.35	(0.16 – 0.77)	
3 versus < 3									
Past year suicide thought or attempt (Yes versus No)	1.23	(0.79 – 1.92)	0.88	(0.49 – 1.56)	1.39	(0.70 – 2.77)	1.32	(0.59 – 2.92)	
Perceived mental health	0.59	(0.31 – 1.10)	0.69	(0.33 – 1.41)	2.45	(1.00 – 6.01)	0.48	(0.19 – 1.22)	
Good/fair/poor versus Very good / excellent									
R square of Nagelkerke	0.26				0.11				

*Adjusted for all other variables in model. Significant effects are shown in bold.

Discussion

This study contributes to the present literature by reporting on gender-specific determinants of outpatient service use for mental health reasons among respondents meeting criteria for a past year major depressive disorder in a large population based study. Moreover, this study compared variables associated with the exclusive and joint use of GP/FP and mental health specialist services for mental health reasons by users diagnosed with a MDE.

Our findings showed that close to 55% and 53% of females and males with a MDE in the past year consulted a professional for mental health reasons, which is similar to estimates in the National Comorbidity Survey Replication in the US, a large population based study, reporting service use rates reaching 56.8% among respondents with a major depressive disorder [21].

In this study, males and females with depression were just as likely to have consulted for a mental health reason. This finding concord with previous research suggesting that once men recognize their emotional problems, they are equally as likely as women to use mental health services [57]. Others have also reported that once a mental health problem reaches a certain threshold of severity, there is no significant difference between genders in the likelihood of seeking mental health care [20].

In females, mental health service use was greater in the age groups between 25 and 64 years as opposed to the 65 years and over age group, which has been similarly reported elsewhere [18,33]. Considering that most seniors consult a family physician annually, but that only a few seek treatment for their

mental health problems and are treated, [15], better detection of mental health needs especially among older women is needed in primary care. The presence of social support was also associated with increased mental health service use in females, but not in males. In other general population based studies, the number of relatives was associated with decreased mental health service use in both males and females [46]. The difference in results may be due to the fact that we reported on a sample with depression and we included tangible (someone to take respondent to doctor, or carry out daily activities and help with meals), emotional and informational social support (have someone listen and advise them, confide in, someone that gives information and understands mental health problems). However, this suggest that the social network may play an important role on help-seeking behaviours of depressed individuals, and more so among women. Some have also suggested, people are less likely to support men in seeking mental health services as it goes against the prescribed role for men [58].

Further, the presence of self-reported suicidal thoughts or attempts and a poorer self- perceived mental health was also associated with mental health service use in females but not males. One study to date focusing on gender specific determinants of service use and suicidal ideation did not find any gender differences [59]. This study however reported on an older adult population and results may therefore not be comparable. It is however noteworthy that depressed males with suicidal ideation, controlling for other chronic and co-morbid conditions, were not more likely to seek mental health services. This has important implications for suicide prevention strategies.

In this study, mental health service use for males was positively associated with lower adjusted household income. This was similarly reported in a recent study on older adults with suicidal ideation in a public managed health care system [59]. In the study carried out by Ojeda and colleagues however (2006), household income was not associated with outpatient service use [18]. The differing results may in part be explained by the fact that we studied adjusted household income for number of people residing in the home as opposed to total household income, and in part by the fact that Canada has a public managed health care system which facilitates access to health services for vulnerable populations.

Previous large population studies have also reported on the determinants of general medical and mental health specialty services. Using data from the Epidemiologic Catchment Area (ECA), Burns and colleagues (2000) showed that the factors associated with specialty mental health service use as opposed to general medical services in individuals with depression were marital status of not being married, recurrent depression, poor perceived physical health and the presence of anxiety [14]. Others have found that men are more likely to use specialty mental health services for psychiatric disorders [22,35]. Moreover, it has been shown that mental health specialist services versus general medical services treat individuals with more severe and complex depression [51,60]. Previous population based studies in Canada have also shown that receipt of specialty mental health care is associated with greater illness severity such as the presence of suicidal thoughts and persistent depression [23]. Further, individuals exhibiting more severe symptoms such as somatic symptoms, defined as 'weight loss or weight gain', 'insomnia or hypersomnia' and 'fatigue

or loss of energy', the presence of comorbid depression and anxiety, and the presence of suicidal ideation were more likely to have consulted mental health specialist services as opposed to no use [41].

In this study, we examined the gender specific differences in the determinants associated with the use of specialty mental health service with and without the use of general medical services (i.e. GP/FP) as opposed to the use of GP/FP only. The results showed that for males, the determinants associated with the joint use of GP/FP and mental health specialist services as opposed to the use of a GP/FP only included poorer self perceived mental health status and the presence of an anxiety disorder. This was not observed in females suggesting that need factors are more important predictors of mental health specialist service use in males. This concurs with previous findings suggesting that primary care physicians might show greater willingness to treat women while preferring to refer men to specialist services [22]. As our results also considered the presence of alcohol or drug abuse/dependence, future studies should focus on other factors that may explain this gender difference.

The results also showed that for males the presence of 3 or more somatic symptoms was associated with consulting GP/FP only as opposed to mental health specialist services only, but not associated with GP/FP and mental health specialist as opposed to GP/FP only. This is contrary to the report of Burns (2000) who did not find such an association [14]. Ten Have and colleagues however (2004), on a Dutch population based sample of adults with a lifetime major and minor depression, showed that individuals exhibiting more severe vegetative symptoms, defined as appetite, sleep and fatigue disturbance were

more likely to have received specialised treatment [41]. The results however reported in these studies did not differentiate between males and females as was the case in our study.

The study findings also showed an association between self-reported barriers related to an unmet mental health care need and mental health care use. In males, the presence of accessibility barriers such as the inability to pay, scheduling conflicts and transportation was associated with consulting a GP/FP only as opposed to a mental health specialist. Further, the use of mental health professionals only in females as compared to the use of GP/FP only was positively associated with self-reported availability barriers such as waiting too long for services, help not available in area or at the time required. This suggests that females are more likely to consult other resources than a GP/FP in the presence of a mental health need.

Further, the presence of an unmet mental health need due to acceptability factors in females was associated with consulting a GP/FP only as opposed to a mental health professional only. This suggests that among females the decision to do without mental health care because of their attitudes towards the illness, health care providers or the health care system, negatively impacts the use of mental health specialists only which includes the services of psychiatrists, psychologists and social workers. This may be due to the lack of information regarding the type of mental health services offered by these professionals. In males, the presence of acceptability barriers was associated with consulting a GP/FP only as opposed to a mental health specialist and GP/FP, but not as opposed to a mental health specialist only. These results suggest that for males

with acceptability issues consulting a GP/FP only when one is available is preferred to consulting mental health specialists. Others have similarly reported that the strongest predictor of help seeking from a general practitioner for males has been self-reported embarrassment [61].

The findings of this study need to be considered with the following limitations. The study sample excluded depressed people living in institutions or hospitalised, those living in the territories and homeless individuals. The results cannot be generalised to these populations as they may have more serious mental health issues and higher co-morbidities as well as different barriers in accessing health services. Mental health service use in this study did not include medications or hospitalisations, which might have underestimated past year mental health service use. Although depression and mental health service use were measured for their presence in the previous year, it is possible that the mental health service use reported was not for the depression itself but for another mental health problem. Finally, given the cross-sectional nature of the data, it is not possible to discern the temporal sequence regarding past year mental health service use and reported barriers of unmet mental health needs. Longitudinal data with incident cases of depression with a study on pathways to care would be more informative. Further, although the results are based on data originating from 2002, there have not been any significant changes to the delivery of primary mental health care since then. Finally, the results of this study were based on secondary data analyses of the public data file of the CCHS1.2 survey and we could not control for a number of factors. One being, minority status and ethnic/racial groups which have been associated with mental health service use in some studies [18] but not others [36].

Conclusion

In conclusion, the findings indicate that close to half of Canadian women and men with a probable depression did not use any outpatient mental health services in the past year. This represents a sizeable proportion of the population who has an unmet mental health care need. This is an important concern in the context of a public managed health care system as in Canada. It was noted that depressed males with suicidal ideation, controlling for other chronic and co-morbid conditions, were not more likely to seek mental health services. This has important implications for suicide prevention strategies among men. Further, depressed females aged 65 years and older were less likely to seek mental health services. This suggests that strategies designed to increase access to mental health services should focus on this vulnerable population. Finally, this study highlighted gender differences in the determinants of health service use and barriers to care that can serve as the basis for specific population strategies to increase utilization rates such as increased anti-stigma campaigns and the recognition of symptoms, and information regarding available effective treatments for depression.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Authors' contributions

SG, the corresponding author, contributed to the literature review and carried out the analyses and interpretation of data, and the writing of the paper. H MV participated in the study design, the interpretation of the results and the writing of the paper. MP participated in the interpretation and the writing of the paper. All authors (SG, H MV, MP) read and approved the final manuscript.

Acknowledgements

Funding for this study was provided by Moisan-Turcotte grant in Mental Health. Dr. Vasiliadis is a J2 Research Scholar with the Fonds de la Recherche en Santé du Québec.

References

1. World Federation for Mental Health Organization: **Depression: a global crisis.** [http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf.]
2. Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B: **Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(10):1097–1106.
3. Patten S, Wang J, Williams J, Currie S, Beck C, Maxwell C, El-Guebaly N: **Descriptive epidemiology of major depression in Canada.** *Can J Psychiatry* 2006, **51**(2):84–90.
4. Katon W: **Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness.** *Biol Psychiatry* 2003, **54**(3):216–226.
5. Kessler RC, Frank RG: **The impact of psychiatric disorders on work loss days.** *Psychol Med* 1997, **27**(4):861–873.
6. Kessler R: **The costs of depression.** *Psychiatr Clin North Am* 2012, **35**(1):1–14.
7. Simon G: **Social and economic burden of mood disorders.** *Biol Psychiatry* 2003, **54**(3):208–215.
8. Simon G, Katon W, Lin E, Ludman E, VonKorff M, Ciechanowski P, Young B: **Diabetes complications and depression as predictors of health service costs.** *Gen Hosp Psychiatry* 2005, **27**(5):344–351.
9. Stephens T, Joubert N: **The economic burden of mental health problems in Canada.** *Chronic Dis Can* 2001, **22**(1):18–23.
10. Satyanarayana S, Enns M, Cox B, Sareen J: **Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being.** *Can J Psychiatry* 2009, **54**(6):389–398.
11. Wulsin L, Vaillant G, Wells V: **A systematic review of the mortality of depression.** *Psychosom Med* 1999, **61**(1):6–17.

12. Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J: **Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression.** *J Affect Disord* 2002, **70**(1):35–47.
13. Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, Vollebergh W: **Use of mental health services in Europe: results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project.** *Acta Psychiatr Scand Suppl* 2004, **109**(420):47–54.
14. Burns B, Ryan Wagner H, Gaynes B, Wells K, Schulberg H: **General medical and specialty mental health service use for major depression.** *Int J Psychiatry Med* 2000, **30**(2):127–143.
15. Cole M, McCusker J, Sewitch M, Ciampi A, Dyachenko A: **Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression.** *Int Psychogeriatr* 2008, **20**(3):554–570.
16. Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S, Kiviruusu O: **Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland.** *Depress Anxiety* 2008, **25**(1):27–37.
17. Katz S, Kessler R, Frank R, Leaf P, Lin E, Edlund M: **The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care.** *Am J Public Health* 1997, **87**(7):1136–1143.
18. Ojeda V, McGuire T: **Gender and racial/ethnic differences in use of outpatient mental health and substance use services by depressed adults.** *Psychiatry Q* 2006, **77**(3):211–222.
19. Schomerus G, Appel K, Meffert P, Luppä M, Andersen R, Grabe H, Baumeister S: **Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013, **48**(11):1809–1817.
20. Smith K, Matheson F, Moineddin R, Dunn J, Lu H, Cairney J, Glazier R: **Gender differences in mental health service utilization among respondents reporting depression in a national health survey.** *Health* 2013, **5**(10):1561–1571.
21. Wang J, Patten S, Williams J, Currie S, Beck C, Maxwell C, El-Guebaly N: **Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders.** *Can J Psychiatry* 2005, **50**(10):652–659.
22. Wang P, Lane M, Olfson M, Pincus H, Wells K, Kessler R: **Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication.** *Arch Gen Psychiatry* 2005, **62**(6):629–640.

23. Starkes J, Poulin C, Kisely S: **Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada.** *Can J Psychiatry* 2005, **50**(10):580–590.
24. Cameron I, Lawton K, Reid I: **Appropriateness of antidepressant prescribing: an observational study in a Scottish primary-care setting.** *Br J Gen Pract* 2009, **59**(566):644–649.
25. Cepoiu M, McCusker J, Cole M, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A: **Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis.** *J Gen Intern Med* 2008, **23**(1):25–36.
26. Chan K, Bird C, Weiss R, Duan N, Meredith L, Sherbourne C: **Does patient-provider gender concordance affect mental health care received by primary care patients with major depression?** *Womens Health Issues* 2006, **16**(3):122–132.
27. Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B: **The treatment gap in mental health care.** *Bull World Health Organ* 2004, **82**(11):858–866.
28. Lecrubier Y: **Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies.** *J Clin Psychiatry* 2007, **68**(2):36–41.
29. McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME: **Depression in a primary care clinic: The prevalence and impact of an unrecognized disorder.** *Affect Disord* 1999, **55**:1–10.
30. Piek E, van der Meer K, Hoogendijk WG, Penninx BH, Nolen WA: **Most antidepressant Use in primary care is justified; results of the Netherlands study of depression and anxiety.** *PLoS One* 2011, **6**(3):1–8.
31. Leaf PJ, Bruce ML: **Gender differences in the use of mental health-related services: A re-examination.** *J Health Soc Behav* 1987, **28**:171–183.
32. Lin E, Goering P, Offord D, Campbell D, Boyle M: **The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings.** *Can J Psychiatry* 1996, **41**(9):572–577.
33. Mosier K, Vasiliadis HM, Lepnurm M, Puchala C, Pekrul C, Tempier R: **Prevalence of mental disorders and service utilization in seniors: results from the Canadian community health survey cycle 1.2.** *Int J Geriatr Psychiatry* 2010, **25**(10):960–967.
34. Rhodes A, Goering P, To T, Williams J: **Gender and outpatient mental health service use.** *Soc Sci Med* 2002, **54**(1):1–10.
35. Rhodes A, Jaakkimainen R, Bondy S, Fung K: **Depression and mental health visits to physicians—a prospective records-based study.** *Soc Sci Med* 2006, **62**(4):828–834.

36. Tiwari S, Wang J: **Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2008, **43**(11):866–871.
37. Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Boyer R: **Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access.** *Can J Psychiatry* 2005, **50**(10):614–619.
38. Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine J, Mendlewicz J, Tylee A: **Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies.** *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2002, **252**(5):201–209.
39. Galbaud du Fort G, Newman S, Boothroyd L, Bland R: **Treatment seeking for depression: role of depressive symptoms and comorbid psychiatric diagnoses.** *J Affect Disord* 1999, **52**(1–3):31–40.
40. Cheung A, Dewa C, Cairney J, Veldhuizen S, Schaffer A: **Factors associated with use of mental health services for depressed and/or suicidal youth aged 15–24.** *Community Ment Health J* 2009, **45**(4):300–306.
41. ten Have M, de Graaf R, Vollebergh W, Beekman A: **What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS).** *J Affect Disord* 2004, **80**(2–3):239–248.
42. Wang J, Langille D, Patten S: **Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors.** *Psychiatr Serv* 2003, **54**(6):878–883.
43. Wu P, Hoven C, Cohen P, Liu X, Moore R, Tiet Q, Bird H: **Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents.** *Psychiatr Serv* 2001, **52**(2):189–195.
44. Drapeau A, Boyer R, Lesage A: **The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services.** *J Behav Health Serv Res* 2009, **36**(3):372–384.
45. Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N: **General practice and mental health care: determinants of outpatient service use.** *Can J Psychiatry* 2009, **54**(7):468–476.
46. Albizu-Garcia C, Alegría M, Freeman D, Vera M: **Gender and health services use for a mental health problem.** *Soc Sci Med* 2001, **53**(7):865–878.
47. Moller-Leimkuhler A: **Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural literature with a particular reference to depression.** *J Affect Disord* 2002, **71**(1–3):1–9.

48. Galdas PM, Cheater F, Marshall P: **Men and health help-seeking behaviour: Literature review.** *J Adv Nurs* 2005, **49**:616–623.
49. Green CA, Pope CR: **Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis.** *Soc Sci Med* 1999, **48**:1363–1372.
50. The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology: **Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada.** [www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/rep02may06-e.htm].
51. Wang J, Patten S: **Perceived effectiveness of mental health care provided by primary-care physicians and mental health specialists.** *Psychosomatics* 2007, **48**(2):123–127.
52. Gravel R, Béland Y: **The Canadian community health survey: mental health and well-being.** *Can J Psychiatry* 2005, **50**(10):573–579.
53. Kessler RC, Ustun TB: **The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI).** *Int J Methods Psychiatr* 2004, **13**:93–121.
54. APA: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Edition 4 (DSM-IV), Text Revision.* Washington DC: American Psychiatric Association; 2000.
55. Silverstein B, Edwards T, Gamma A, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J: **The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression.** *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2013, **48**(2):257–263.
56. Gravel R: *Canadian community health survey: mental health and well-being, public use microdata file guide (82M0021GPE).* Ottawa: Statistics Canada; 2002.
57. Kessler R, Brown R, Broman C: **Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys.** *J Health Soc Behav* 1981, **22**(1):49–64.
58. Addis ME, Mahalik JR: **Men, masculinity, and the contexts of help seeking.** *Am Psychol* 2003, **58**:5–14.
59. Vasiliadis HM, Gagné S, Jozwiak N, Prévaille M: **Gender differences in health service use for mental health reasons in community dwelling older adults with suicidal ideation.** *Int Psychogeriatr* 2013, **25**(3):374–381.

60. Kessler R, Zhao S, Katz S, Kouzis A, Frank R, Edlund M, Leaf P: **Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey.** *Am J Psychiatry* 1999, **156**(1):115–123.

61. Tedstone Doherty D, Kartalova-O'Doherty Y: **Gender and self-reported mental health problems: predictors of help seeking from a general practitioner.** *Br J Health Psychol* 2010, **15**:213–228.

9. DISCUSSION GÉNÉRALE

Cette étude contribue à la littérature actuelle en rendant compte des déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale chez les hommes et les femmes ayant une dépression majeure dans la communauté. En outre, cette étude a comparé les variables associées à l'usage exclusif et partagé des services dispensés par les omnipraticiens et les autres spécialistes en santé mentale parmi les utilisateurs diagnostiqués avec un trouble dépressif majeur.

Cette étude a montré que près de 55% des femmes et 53% des hommes répondant aux critères d'une dépression majeure au courant de la dernière année ont consulté un professionnel pour des raisons de santé mentale. Ces résultats sont similaires aux estimations de l'enquête populationnelle National Comorbidity Survey Replication effectuée aux États-Unis; ayant rapporté des taux d'utilisation qui atteignaient 56,8% (Wang, Patten *et al.*, 2005).

Par ailleurs, cette étude montre que les hommes et les femmes souffrant de dépression majeure présentent des probabilités similaires à consulter pour des raisons de santé mentale. Cette constatation concorde avec les recherches antérieures suggérant que lorsque les hommes reconnaissent leurs problèmes émotionnels, ils sont tout aussi susceptibles que les femmes à utiliser les services de santé mentale (Kessler *et al.*, 1981). D'autres ont également rapporté que lorsque le problème de santé mentale atteint un certain seuil de gravité, il n'y a pas de différence significative entre les genres dans la probabilité de recours aux soins de santé mentale (Smith *et al.*, 2013).

9.1 Déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale dans la population ayant une dépression majeure

Parmi les femmes, les résultats de l'étude ont montré que la prévalence d'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale était moins élevée parmi les aînés âgés de 65 ans et plus, ce qui a été rapporté ailleurs (Mosier *et al.*, 2010; Ojeda *et al.*, 2006). Considérant que la plupart des personnes âgées consultent un médecin de famille chaque année, mais que

seulement quelques-uns cherchent un traitement et sont traités pour leurs problèmes de santé mentale (Cole *et al.*, 2008), une meilleure détection des besoins en santé mentale est nécessaire particulièrement parmi les femmes âgées.

La présence de soutien social a également été associée à l'utilisation des services de santé mentale chez les femmes, mais pas chez les hommes. D'autres études, basées toutefois sur la population générale ont montré que le nombre de personnes dans l'entourage immédiat est associé à une diminution de l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale autant chez les hommes que chez les femmes (Albizu-Garcia *et al.*, 2001). Cette différence entre les études peuvent résulter du fait que nous avons utilisé un échantillon de personnes ayant une dépression, et que nous avons utilisé une mesure différente de soutien social incluant un support tangible (quelqu'un qui aide dans les activités quotidiennes ou repas), affectif et informationnel (quelqu'un pour se confier, qui donne des informations et comprend les problèmes de santé mentale). Cependant, cela suggère que le réseau social peut jouer un rôle important sur la demande d'aide des individus dépressifs, et davantage chez les femmes. Certains ont aussi suggéré que les personnes en général sont moins susceptibles de soutenir les hommes dans leur recherche d'aide pour des problèmes de santé mentale, car ceci va à l'encontre du rôle masculin prescrit pour les hommes (Addis *et al.*, 2003).

En outre, cette étude montre également qu'une mauvaise santé mentale perçue ainsi que la présence d'idées ou de tentatives suicidaires sont associés à l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale chez les femmes dépressives mais pas chez les hommes dépressifs. Seulement une étude à ce jour, en mettant l'accent sur le genre, les idéations suicidaires et l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale a trouvé des différences entre les hommes et les femmes (Vasiliadis *et al.*, 2013). Cependant, considérant que cette étude se rapporte à une population âgée, les résultats ne peuvent être comparables. Il convient toutefois de noter que les hommes dépressifs avec des idées suicidaires ont moins recours aux services de santé mentale que les femmes dépressives avec des idées suicidaires, et

ceci en contrôlant pour la présence de d'autres maladies chroniques et de conditions comorbides. Ceci peut avoir des implications importantes pour les stratégies de prévention du suicide, telles que de cibler davantage les hommes lors des campagnes de sensibilisation et de mobilisation en prévention du suicide, afin que les hommes soient au courant de l'existence des ressources d'aide.

Dans cette étude, chez les hommes dépressifs, l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale a été positivement associée au revenu du ménage. Cela a été rapporté de façon similaire dans une récente étude portant sur la population générale (Vasiliadis *et al.*, 2013). Toutefois, l'étude réalisée par Ojeda et ses collègues (2006) portant sur la population ayant une dépression majeure n'a pas trouvé d'association. Les différents résultats peuvent en partie être expliqués par le fait que nous avons étudié le revenu du ménage ajusté pour le nombre de personnes résidants plutôt que le revenu total du ménage, ainsi que par le fait que le Canada dispose d'un système de soins de santé publique qui facilite l'accès aux services de santé pour les populations plus vulnérables.

En somme, dans son modèle d'utilisation des soins de santé, Andersen fait valoir que l'accès équitable aux soins de santé se produit lorsque les variables démographiques et de besoin prédisent le plus l'utilisation des services (Andersen et Newman, 1973, 1995). Dans notre étude, les prédicteurs les plus robustes pour les hommes et pour les femmes de l'utilisation des services ambulatoires pour la dépression ont été les variables de besoin; les personnes les plus dans le besoin de traitement étaient les plus susceptibles d'en bénéficier. La constatation que les facteurs facilitants, tels que la présence de soutien social, le revenu du ménage et la disponibilité des services sont associés à l'utilisation des services, peut signaler un accès inéquitable. Pour réduire les inégalités dans les soins de santé mentale, les planificateurs des services de santé doivent être conscients des facteurs sous-jacents qui affectent l'utilisation des services parmi les populations mal desservies.

9.2 Déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale selon la spécialité des professionnels de santé dans la population ayant une dépression majeure

Les résultats de cette étude ont montré que pour les hommes dépressifs, les déterminants liés à l'utilisation conjointe d'un omnipraticien et d'un autre professionnel de la santé mentale, par opposition à l'utilisation d'un omnipraticien exclusivement, étaient: une faible santé mentale perçue et la présence d'un trouble comorbide d'anxiété. Ceci n'a pas été observé chez les femmes, suggérant que les facteurs de besoin sont les facteurs prédictifs les plus importants de l'utilisation des services partagés (omnipraticien et un autre professionnel de la santé mentale) chez les hommes dépressifs. Ce qui concorde avec les résultats antérieurs suggérant que les médecins omnipraticiens pourraient manifester plus de volonté à traiter les femmes tout en préférant référer les hommes à des services spécialisés (Wang, Lane *et al.*, 2005). Puisque nos analyses ont également considéré la présence d'abus / dépendance d'alcool ou de drogues, les études futures devraient se concentrer sur d'autres facteurs qui peuvent expliquer cette différence entre les genres.

Les résultats de l'étude ont également montré la présence de facteurs inhibants l'utilisation des services. Chez les hommes dépressifs, des barrières d'accès aux soins liés à l'accessibilité des services, tels que l'incapacité de payer, un conflit d'horaire ou de transport, ont été associés à la consultation d'un omnipraticien exclusivement, par opposition à un autre professionnel de la santé. Chez les femmes dépressives, le recours à un professionnel autre, par rapport à un omnipraticien exclusivement, a été positivement associé à la disponibilité des services. Les femmes dépressives ayant rapporté un temps d'attente trop long pour les services, une aide pas disponible dans la région ou au moment requis, avaient une plus grande probabilité à consulter un autre professionnel que l'omnipraticien. Ceci suggère que les femmes dépressives sont plus susceptibles de consulter d'autres ressources qu'un médecin généraliste en présence d'un besoin de santé mentale non comblé.

La présence d'un besoin de santé mentale non satisfait en raison de facteurs d'acceptabilité chez les femmes a été associée à la consultation d'un

omnipraticien exclusivement par opposition à la consultation d'un professionnel en santé mentale exclusivement. Ceci suggère que chez les femmes dépressives, la décision de ne pas consulter en raison d'attitudes négatives à l'égard de la maladie, des fournisseurs de soins ou à l'égard du système de soins de santé, a un impact sur le recours à un professionnel autre de la santé mentale, qui comprend les services de psychiatres, psychologues et travailleurs sociaux. Cela peut être dû à l'absence d'informations sur le type de services de santé mentale offerts par ces professionnels. Chez les hommes, la présence de barrières d'acceptabilité a été associée à la consultation d'un omnipraticien seulement par opposition à la consultation d'un autre professionnel de la santé et d'un omnipraticien. D'autres ont également rapporté que le plus robuste prédicteur de la recherche d'aide auprès d'un médecin généraliste pour les hommes est d'être embarrassé (Tedstone *et al.*, 2010).

9.3 Du point de vue clinique et de santé publique

Nos travaux ont mis en évidence que près de la moitié des canadiens et canadiennes souffrant d'une dépression majeure probable n'ont pas utilisé les services ambulatoires de santé mentale dans l'année écoulée. Cela représente une proportion importante de la population qui a un besoin de soins non satisfait. Ceci est une préoccupation importante dans le contexte d'un système public de santé au Canada.

Alors qu'il est rassurant de voir que des facteurs de besoin tels que la présence d'idées ou de tentatives suicidaires influencent fortement l'utilisation des services ambulatoires pour la dépression chez les femmes, il a été noté que les hommes dépressifs qui rapportent des idées suicidaires ne présentent pas une plus grande probabilité à recourir aux services de santé mentale, et ceci en contrôlant pour d'autres conditions chroniques et co-morbides. Ceci a des implications importantes pour les stratégies de prévention du suicide chez les hommes.

En outre, les femmes dépressives âgées de 65 ans et plus avaient une moins grande probabilité à recourir aux services ambulatoires de santé mentale. Ceci

suggère que les stratégies visant à accroître l'accès aux services de santé mentale devraient se concentrer sur cette population vulnérable.

Enfin, cette étude a mis en évidence des différences entre les hommes et les femmes dans les déterminants de l'utilisation des services ambulatoires et dans les barrières d'accès aux soins de santé mentale qui peuvent servir de base à l'élaboration de stratégies en fonction du genre afin d'augmenter le taux d'utilisation des services ambulatoires de santé mentale dans la population, telles que des campagnes de lutte contre la stigmatisation, ciblant la reconnaissance des symptômes, et la disponibilité de traitements efficaces pour la dépression.

En fait, de nombreux programmes de santé publique ont été mis en œuvre au courant des dernières années afin d'augmenter l'utilisation des services de santé parmi les personnes souffrant de dépression, tels que le programme PEARLS aux États-Unis qui enseigne des techniques de gestion de la dépression aux personnes âgées souffrant de dépression (<http://www.pearlsprogram.org>). *Healthy IDEAS* est un autre programme d'autogestion de la dépression conçu pour détecter et réduire la gravité des symptômes dépressifs chez les personnes âgées souffrant de maladies chroniques et ayant des limitations fonctionnelles (<https://www.ncoa.org/resources/program-summary-healthy-ideas/>). Par ailleurs, un exemple international de campagne de promotion de la santé mentale réussi est *beyondblue* en Australie (www.beyondblue.org.au). Beyondblue est un organisme national sans but lucratif qui se concentre sur la sensibilisation de la dépression. Les programmes visant à améliorer la sensibilisation et la stigmatisation de la communauté ont été montrés pour avoir un impact positif sur la connaissance de la dépression dans la population générale (Jorm *et al.*, 2005, 2006). Au Canada, des outils pour les hommes dépressifs sur le web sont disponibles afin de déstigmatiser la dépression et le suicide chez les hommes (<http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/48856.html>). Ainsi, ce mémoire peut servir de base à l'élaboration de tels programmes visant à améliorer la sensibilisation et la déstigmatisation de la dépression dans la communauté.

9.4 Du point de vue de la recherche

Cette étude s'ajoute aux études portant sur les déterminants de l'utilisation des services ambulatoires pour la dépression. La majorité des études dans la littérature n'ont pas été conçues pour expliquer comment les hommes et les femmes dépressifs peuvent différer dans leurs comportements de recherche d'aide. Le genre a été inclus dans la plupart des cas comme une covariable ou utilisé comme un facteur démographique pour représenter les segments de la population de l'étude. Les tentatives afin de correctement comprendre si les hommes et les femmes diffèrent dans l'utilisation des services ambulatoires pour un problème de santé mentale nécessitent des approches qui tiennent compte de la relation entre le genre et d'autres facteurs prédictifs par type d'utilisation de services de santé.

9.5 Forces et limites

Nos travaux comportent toutefois certaines limites. Les résultats de cette étude doivent être considérés avec les limitations suivantes. L'échantillon de l'étude exclut les personnes dépressives vivant en institution ou hospitalisées, ceux qui vivent dans les territoires éloignés, et les personnes sans abri. Les résultats ne peuvent être généralisés à ces populations car ils peuvent avoir des problèmes plus graves de santé mentale, davantage de comorbidités, ainsi que différents obstacles à l'accès aux services de santé. De plus, l'échantillon de l'étude porte sur les personnes de 15 ans et plus satisfaisant les critères diagnostiques d'une dépression majeure. Considérant que les facteurs associés à l'utilisation des services de santé mentale varient selon le groupe d'âge (Cheung *et al.*, 2009, Cole *et al.*, 2008; Perez-Zepeda *et al.*, 2013; Wu *et al.*, 2001) et que les variables indépendantes incluses dans l'étude peuvent ne pas être pertinentes pour certains groupes d'âge, tels que les adolescents ou les aînés, il aurait été favorable de ne pas inclure les adolescents dans ma population cible. Toutefois, puisque l'étude portait sur le fichier public de l'ESCC 1.2, il était impossible d'éliminer les 15-17 ans de l'analyse puisque les données sur l'âge sont disponibles uniquement en catégories déterminées par Statistique Canada.

Par ailleurs, considérant que notre étude portait spécifiquement sur la population générale, il est difficile de comparer les résultats de cette étude aux études antérieures qui portaient sur une population d'immigrants (Ojeda et McGuire, 2006) ou sur une population socioéconomiquement défavorisée (Albizu-garcia *et al.*, 2002).

La pondération des analyses ainsi que l'échantillonnage probabiliste de L'ESCC 1.2 permet la généralisation des résultats à l'ensemble de la population ayant une dépression vivant au Canada, soulignant par le fait même la forte validité externe de cette étude. Toutefois, il est possible que la puissance statistique ait été trop faible pour détecter une association significative entre certains déterminants et l'utilisation des services, notamment chez les hommes étant en nombre inférieur et étant moins nombreux à avoir consulté.

L'utilisation des services de santé mentale dans cette étude ne comprenait pas de médicaments ou d'hospitalisations, ce qui pourrait sous-estimer l'utilisation des services de santé mentale au cours de la dernière année. Bien que la dépression et l'utilisation des services de santé mentale aient été mesurées dans l'année précédente, il est possible que l'utilisation des services de santé mentale rapportée ne fût pas pour un problème relié à la dépression, mais pour un autre problème de santé mentale. De plus, considérant que les barrières à l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale varient en fonction du type de professionnel de la santé, la mesure de l'utilisation des services ambulatoires selon le type de professionnel ne permettait pas d'étudier les barrières spécifiques à chaque prestataire. Par ailleurs, l'expression « services partagés » dans ce mémoire fait référence à une collaboration entre l'omnipraticien et les autres professionnels de la santé consultés par les répondants, alors que l'ESCC 1.2 ne permet pas de savoir s'il y a effectivement eu collaboration.

En outre, compte tenu de la nature transversale des données, il est impossible de discerner la séquence temporelle entre certaines variables rapportées, par exemple, entre l'utilisation des services et la présence d'obstacles aux soins.

Une étude utilisant des données longitudinales et des cas incidents de dépression serait plus instructive.

Enfin, bien que les résultats soient basés sur des données datant de 2002, il n'y a pas eu de changements importants dans la prestation des soins de santé primaires en santé mentale depuis. Les résultats de cette étude ont été basés sur des analyses de données secondaires du fichier de l'enquête ESCC 1.2 de données publiques et nous ne pouvions pas contrôler un certain nombre de facteurs, tels que les groupes ethniques / raciales qui ont été associés à l'utilisation des services de santé mentale dans certaines études (Ojeda *et al.*, 2006). Ainsi, le choix des variables à l'étude était restreint aux variables présentes dans le fichier public de l'ESCC 1.2, faisant en sorte que le modèle de Andersen et Newman (1973, 1995) n'a pas pu être utilisé dans sa totalité. Si des données plus complètes sur les variables individuelles et contextuelles sont disponibles, le modèle d'Andersen est un cadre idéal avec lequel leur impact sur l'utilisation des services peut être évaluée.

10. CONCLUSION

En conclusion, ce mémoire de maîtrise contribue aux études portant sur le genre, la dépression et l'utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale. Il s'agit de la première étude évaluant des facteurs individuels et contextuels associés à l'utilisation des services de santé mentale en fonction du genre parmi les personnes souffrant de dépression majeure vivant dans la communauté au Canada. D'un point de vue de santé publique, cette étude démontre que de nombreux canadiens et canadiennes souffrent de dépression majeure dans la communauté et peu consultent un professionnel de la santé pour leur venir en aide. Des interventions afin d'accroître l'utilisation sont donc souhaitables, et ceci en fonction du genre. De plus, nos résultats suggèrent, entre autre, la présence d'inégalités socio-économiques quant à l'accès aux soins pour la dépression, et indiquent que certains groupes devraient être ciblés, soit, les femmes âgées de 65 ans et plus, et les hommes avec des idées suicidaires.

11. REMERCIEMENTS

Mes sincères remerciements vont à l'endroit de ma directrice de recherche, Dre Helen-Maria Vasilliadis, et de mon co-directeur de recherche Dr Michel Prévile, qui m'ont guidée et soutenue tout au long de ce travail. Ce fût un grand plaisir d'apprendre et de travailler à vos côtés. Merci pour votre disponibilité.

Je voudrais aussi remercier mes amis et collègues, Joëlle Brassard et Djamal Berbiche, qui ont su m'aider et me conseiller. Je remercie également toutes les personnes au centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne qui m'ont aidé lors de mon cheminement. Mille fois merci de votre présence.

Je remercie également les Fonds de Recherche en Santé du Québec, le couple Moisan-Turcotte, ainsi que le Réseau Québécois de Recherche sur le Vieillissement pour leur soutien financier dans le cadre de ma maîtrise.

Merci au Dr. Aline Drapeau et au Dr. Christine Loignon d'avoir accepté de faire partie du jury d'évaluation et d'avoir lu et évalué mon mémoire.

J'ai une pensée toute spéciale pour mes parents, Monique et Raymond, et mon frère, Mathieu, pour leur soutien indéfectible tout au long de mes études.

Je terminerai par toi, Massimo, qui m'a toujours soutenu et encouragé lors de mon cheminement académique. Je te suis entièrement reconnaissante. Merci pour tout le bonheur que tu m'offres.

12. BIBLIOGRAPHIE

- Aalto-Setälä T, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Lönnqvist J (2002) Psychiatric treatment seeking and psychosocial impairment among young adults with depression. *J Affect Disord* 70(1): 35–47.
- Addis ME, Mahalik JR (2003) Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *Am Psychol* 58: 5–14.
- Agence de la santé publique du Canada [ASPC] (2012) *Le rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de santé publique au Canada 2012 : Le sexe et le genre — Leur influence importante sur la santé*. Site du Gouvernement du Canada [en ligne]. <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2012/chap-3-fra.php>. Consulté le 4 septembre 2013.
- Albizu-Garcia C, Alegría M, Freeman D, Vera M (2001) Gender and health services use for a mental health problem. *Soc Sci Med* 53(7): 865–878.
- Alonso J, Angermeyer M, Bernert S, Bruffaerts R, Brugha T, Bryson H, Vollebergh W (2004) Use of mental health services in Europe: results from the european study of the epidemiology of mental disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 109(420): 47–54.
- American Psychiatric Association [APA] (2000) *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (4th ed. Text Revision)*. Washington, DC, Author.
- American Psychiatric Association [APA] (2013) *Diagnostic and Statistical manual of mental disorders (5th ed. Text Revision)*. Washington, DC, Author.
- American Psychiatric Association [APA] (2000) Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). *Am J Psychiatry* 157(4 Suppl):1–45
- American Psychiatric Association [APA] (2010) *Practice Guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (3rd ed.)*. Site de l'American Psychiatric Association [en ligne]. http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideTopic_7.aspx. Consulté le 28 février 2012.
- Andersen RM (1995) Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter? *J Health Social Behavior*, 36:1-10.
- Andersen R, Newman JF (1973) Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Mem Fund Q Health Soc*, 51(1): 95-124.

- Andrade L, Caraveo-Anduaga JJ, Berglund P, Bijl RV, De Graaf R, Vollebergh W, Wittchen H et al. (2003) The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International Journal Of Methods In Psychiatric Research* 12(1): 3-21.
- Andrews G, Sanderson K, Slade T, Issakidis C (2000) Why does the burden of disease persist? Relating the burden of anxiety and depression to effectiveness of treatment, *Bulletin of the World Health Organization* 78: 446-454.
- Andrews G, Issakidis C, Carter G (2001) Shortfall in mental health service utilisation. *British Journal of Psychiatry* 179: 417-25.
- Angst J, Gamma A, Gastpar M, Lépine J, Mendlewicz J, Tylee A (2002) Gender differences in depression. Epidemiological findings from the European DEPRES I and II studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 252(5): 201–209.
- Angst J, Gamma A, Benazzi F, Silverstein B, Ajdacic-Gross V, Eich D, Rössler W (2006) Atypical depressive syndromes in varying definitions. *European Archives Of Psychiatry And Clinical Neuroscience* 256(1): 44-54.
- Association Canadienne de Santé Mentale [ACSM] (2012) *Accès aux services*. [en ligne]. http://www.cmha.ca/fr/public_policy/acces-aux-services/#.VH8mub4c6L0. Consulté le 4 septembre 2013.
- Bebbington P, Meltzer H, Brugha T, Farrell M, Jenkins R, Ceresa C et al. (2003) Unequal access and unmet need: neurotic disorders and the use of primary care services. *International Review of Psychiatry* 15: 115-22.
- Bijl RV, Ravelli A (2000) Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychological Medicine* 30: 657-668.
- Blair-West GW, Cantor CH, Mellsop GW, Eyeson-Annan ML (1999) Lifetime suicide risk in major depression: sex and age determinants. *Journal of affective disorders* 55: 171-8.
- Bland RC, Newman SC, Orn H (1997) Help-seeking for psychiatric disorders, *Canadian Journal of Psychiatry* 42: 935-942.
- Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS (1994) The prevalence and distribution of major depression in a national community sample: The National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 151(7): 979-986.
- Bristow K, Patten S (2002) Treatment-Seeking Rates and Associated Mediating Factors Among Individuals With Depression. *Canadian Journal of Psychiatry* 47: 660-665.
- Burns B, Ryan Wagner H, Gaynes B, Wells K, Schulberg H (2000) General medical and specialty mental health service use for major depression. *Int J Psychiatry Med* 30(2): 127–143.

- Canadian Psychiatric Association [CPA], Canadian Network for mood and Anxiety Treatments [CANMAT] (2001) Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. *Can J Psychiatry* 46(suppl 1): 5S-101S.
- Cepoiu Cepoiu M, McCusker J, Cole M, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A (2008) Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med* 23(1): 25–36.
- Chan K, Bird C, Weiss R, Duan N, Meredith L, Sherbourne C (2006) Does patient-provider gender concordance affect mental health care received by primary care patients with major depression? *Womens Health Issues* 16(3): 122–132.
- Chen J & Hou F (2002) Unmet needs for health care. *Health Rep* 13(2):19-22.
- Cheung A, Dewa C, Cairney J, Veldhuizen S, Schaffer A (2009) Factors associated with use of mental health services for depressed and/or suicidal youth aged 15–24. *Community Ment Health J* 45(4): 300–306.
- Cole M, McCusker J, Sewitch M, Ciampi A, Dyachenko A (2008) Health services use for mental health problems by community-living seniors with depression. *Int Psychogeriatr* 20(3): 554–570.
- Commission Européenne (2004) *The State of Mental Health in the European Union*. [en ligne]. http://ec.europa.eu/health/ph_projects/2001/monitoring/fp_monitoring_2001_fre_p_06_en.pdf. Consulté le 4 septembre 2013.
- de Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, Warner R et al. (2006) Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Social Psychiatry And Psychiatric Epidemiology* 41(11): 853-861.
- Drapeau A, Boyer R, Lesage A (2009) The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services. *J Behav Health Serv Res* 36(3): 372–384.
- Diversity B, Beaudet MP (1997) La dépression: un trouble partiellement traité? *Rapports sur la santé* 8(4):9–19.
- Fournier L, Lesage AD, Toupin J, Cyr M (1997) Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal catchment area study. *Canadian Journal of Psychiatry* 42: 737-743.
- Galbaud du Fort G, Newman S, Boothroyd L, Bland R (1999) Treatment seeking for depression: role of depressive symptoms and comorbid psychiatric diagnoses. *J Affect Disord* 52(1–3): 31–40.
- Galdas PM, Cheater F, Marshall P (2005) Men and health help-seeking behaviour: Literature review. *J Adv Nurs* 49: 616–623.

- George LK (1989) *Definition, classification and measurement of mental health services*. In Taube CA, Mechanic D, Hohmann A (Eds.) *The Future of Mental Health Services Research*, pp. 303-319. Washington, D.C.: Supt. Of Docs., U.S. Govt. Printing Office. DHSS Pub. No (ADM)89-1600.
- Gravel R, Béland Y (2005) The Canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry* 50(10): 573–579.
- Green CA, Pope CR (1999) Gender, psychosocial factors and the use of medical services: A longitudinal analysis. *Soc Sci Med* 48: 1363–1372.
- Hämäläinen J, Isometsä E, Sihvo S, Pirkola S, Kiviruusu O (2008) Use of health services for major depressive and anxiety disorders in Finland. *Depress Anxiety* 25(1): 27–37.
- Hammarström A, Annandale E (2012) A Conceptual Muddle: An Empirical Analysis of the Use of ‘Sex’ and ‘Gender’ in ‘Gender-Specific Medicine’ Journals. *PLoS ONE* 7(4): e34193.
- Hasin D, Goodwin R, Stinson F, Grant B (2005) Epidemiology of major depressive disorder: results from the national epidemiologic survey on alcoholism and related conditions. *Arch Gen Psychiatry* 62(10): 1097–1106.
- Hopcroft RL & Bradley DB (2007) The sex difference in depression across 29 countries. *Social Forces* 85(4): 1483-1507.
- Hosmer DW & Lemeshow S (1989) *Applied logistic regression*. New York, Wiley.
- Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale [ICCSM] (2006) *Travaillant ensemble vers le rétablissement: les usagers, les familles, les aidants naturels et les prestataires de soins*. [en ligne]. <http://www.ccmhi.ca>. Consulté le 4 septembre 2013.
- Institut canadien d'information sur la santé [ICIS] (2011) *Indicateurs de santé 2011*. [en ligne]. https://secure.cihi.ca/free_products/health_indicators_2011_fr.pdf. Consulté le 4 septembre 2013.
- Johnson C (2007) Managing mental health issues in general practice. *Aust Fam Physician* 36: 202-225.
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM (2006) Changes in depression awareness and attitudes in Australia: the impact of beyondblue: the national depression initiative. *Aust N.Z.J.Psychiatry* 40: 42-46
- Jorm AF, Christensen H, Griffiths KM (2005) The impact of beyondblue: the national depression initiative on the Australian public's recognition of depression and beliefs about treatments. *Aust N.Z.J.Psychiatry* 39: 248-254
- Kates N (2002) Les soins partagés en santé mentale: la voie à suivre. *Le Médecin de famille canadien* 48: 859-861.

- Kates N, Craven M, Bishop J, Cinton T, Kraftcheck D, Leclair K, Leverette J, Nash L, Turner T (1996) Shared mental health care in Canada, CPA / CFPC Position Paper. [en ligne sur le site de *Canadian Psychiatric Association and The College of Family Physicians of Canada*]. http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Directories/_PDFs/Shared%20Mental%20Health%20Care%20in%20Canada.pdf. Consulté le 4 septembre 2013.
- Kates N, Craven M, Bishop J et al. (1997) Shared mental health care in Canada. *Can J Psychiatry* 42(8): 809-812.
- Katon W (2003) Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry* 54(3): 216–226.
- Katon W, Robinson P, Von Korff M, Lin E, Bush T, Ludman E, Simon G, Walker E (1996) A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care. *Archives of General Psychiatry* 53(10): 924-932.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Simon G, Walker E, Unützer J, Bush T, Russo J, Ludman E (1999) Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression : A randomized trial. *Archives of General Psychiatry* 56: 1109-1115.
- Katon W, Von Korff M, Lin E, Walker E, Simon GE, Bush T, Robinson P, Russo J, Ludman E (1995) Collaborative management to achieve treatment guidelines : Impact of depression of primary care. *Journal of the Medical Association* 23(13): 1026-1031.
- Katz S, Kessler R, Frank R, Leaf P, Lin E, Edlund M (1997) The use of outpatient mental health services in the United States and Ontario: the impact of mental morbidity and perceived need for care. *Am J Public Health* 87(7): 1136–1143.
- Kessler R (2012) The costs of depression. *Psychiatr Clin North Am* 35(1): 1–14.
- Kessler R, Birnbaum H, Stein D et al. (2010) Age differences in the prevalence and comorbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression And Anxiety* 27(4):351-364.
- Kessler R, Brown R, Broman C (1981) Sex differences in psychiatric help-seeking: evidence from four large-scale surveys. *J Health Soc Behav* 22(1): 49–64.
- Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, Manderscheid RW, Rosenheck RA, Walters EE, Wang PS (2001) The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Services Research* 36: 987-1007.
- Kessler RC, Frank RG (1997) The impact of psychiatric disorders on work loss days. *Psychol Med* 27(4): 861–873.
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS (1994) Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R

- psychiatric disorders in the United States. Results from the national comorbidity survey. *Arch Gen Psychiatry* 51(1): 8-19.
- Kessler RC, Ustun TB (2004) The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr* 13: 93–121.
- Kessler R, Zhao S, Katz S, Kouzis A, Frank R, Edlund M, Leaf P (1999) Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 156(1): 115–123.
- Kirby M (2006) *The Standing Senate Committee on Social Affairs, Science and Technology: Out of the shadows at last: transforming mental health, mental illness and addiction services in Canada*. [en ligne]. Site du Parlement du Canada www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/com-e/soci-e/rep-e/rep02may06-e.htm. Consulté le 4 septembre 2013.
- Kohn R, Saxena S, Levav I, Saraceno B (2004) The treatment gap in mental health care. *Bull World Health Organ* 82(11): 858–866.
- Kornstein SG, Schatzberg AF, Thase ME, Yonkers KA, McCullough JP, Keitner GI, Gelenberg AJ, Ryan CE, Hess AL, Harrison W, Davis SM, Keller MB (2000) Gender differences in chronic major and double depression. *J Affect Dis* 60: 1–11.
- Koopmans GT, Donker MC, Rutten FH (2005) Common mental disorders and use of general health services: a review of the literature on population based studies. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 111: 341-350.
- Kovess-Masfety V, Alonso J, Brugha TS et al. (2007) Differences in lifetime use of services for mental health problems in six European countries. *Psychiatr Serv* 58: 213–20.
- Kuehner C (2003) Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 108(3): 163-174.
- Leaf PJ, Bruce ML (1987) Gender differences in the use of mental health-related services: A re-examination. *J Health Soc Behav* 28: 171–183.
- Lecrubier Y (2007) Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry* 68(2): 36–41.
- Lefebvre J, Lesage A, Cyr M, Toupin J, Fournier L (1998) Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada. *Soc.Psychiatry Psychiatr.Epidemiol* 33: 291-298.
- Lesage A, Vasiliadis HM, Gagne MA, Dudgeon S, Kasman N, Hay C (2006) Prevalence of Mental Illness and Related Service Utilization in Canada: An

- analysis of the Canadian Community Health Survey [en ligne]. http://www.iusmm.ca/Documents/pdf/Hopital/Publications/prevalence_maladie_mentale.pdf. Consulté le 4 septembre 2013.
- Lin E, Goering P, Offord D, Campbell D, Boyle M (1996) The use of mental health services in Ontario: epidemiologic findings. *Can J Psychiatry* 41(9): 572–577.
- Mathers CD, Loncar D (2006) Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Med* 3(11): e442.
- McCracken C, Dalgard OS, Ayuso-Mateos JL, Casey P, Wilkinson G, Lehtinen V, Dowrick C (2006) Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *Br J Psychiatry* 189:161–167.
- McQuaid JR, Stein MB, Laffaye C, McCahill ME (1999) Depression in a primary care clinic: The prevalence and impact of an unrecognized disorder. *Affect Disord* 55: 1–10.
- Meadows G, Liaw T, Burgess P, Bobevski I, Fossey E (2001) Australian general practice and the meeting of needs for mental health care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 36: 595-603.
- Mechanic D (1997) Approaches for coordinating primary and specialty care for persons with mental illness. *Gen Hosp Psychiatry* 19: 395-402.
- Menehetti M, Tanicone I, Bortolotti B et al. (2006) Integration between general practice and mental health services in Italy: guidelines for consultation-liaison services implementation. *Int J Integr Care* 6: eO5.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS] (2009) *Santé Mentale : Les troubles de l'humeur*. Site du Gouvernement du Québec [en ligne]. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?Maladies_les_plus_frequentes. Consulté le 10 juin 2011.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux [MSSS] (2009) *Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Force des liens*. Site du Gouvernement du Québec [en ligne]. <http://msssa4.msss.gouv.qc.ca/fr/document/publication.nsf/0/8409aa194a47b7c385257020006bce71>. Consulté le 10 juin 2011.
- Moller-Leimkuhler A (2002) Barriers to help-seeking by men: a review of socio-cultural literature with a particular reference to depression. *J Affect Disord* 71(1–3): 1–9.
- Mosier K, Vasiliadis HM, Lepnurm M, Puchala C, Pekrul C, Tempier R (2010) Prevalence of mental disorders and service utilization in seniors: results from the Canadian community health survey cycle 1.2. *Int J Geriatr Psychiatry* 25(10): 960–967.

- Murray CJL, Lopez AD, editors. (1996a) The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020. *Global Burden of disease and Injury Series, Vol. 1*. Cambridge: Harvard University Press, 990 p.
- Mustard CA, Bielecky A, Etches J (2010) Mortalité par suicide selon la profession au Canada, 1991-2001. *Revue canadienne de psychiatrie* 55(6): 369-76.
- Navaneelan T (2012) Suicide rates : an overview. Statistics Canada Catalogue no. 82-624-X.
- National Institute for Clinical Excellence [NICE] (2004) *Depression: management of depression in primary and secondary care*. [en ligne]. <http://www.scamfyc.org/documentos/depression%20NICE.pdf>. Consulté le 4 septembre 2013.
- Nickels MW, McIntyre JS (1996) A model for psychiatric services in primary care settings. *Psychiatr Serv* 47: 522-526.
- Ojeda V, McGuire T (2006) Gender and racial/ethnic differences in use of outpatient mental health and substance use services by depressed adults. *Psychiatry Q* 77(3): 211–222.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2001) *Rapport sur la santé dans le monde – Santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Site de l'OMS [en ligne]. <https://apps.who.int/dsa/justpub/WHR2001FRENCH.pdf>. Consulté le 13 avril 2011.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2002-06) *Gender and Mental Health*. Site de l'OMS [en ligne]. <http://whqlibdoc.who.int/gender/2002/a85573.pdf>). Consulté le 4 septembre 2013.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2008) *The Global Burden of Disease 2004 update*. Site de l'OMS [en ligne]. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf. Consulté le 4 septembre 2013.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2011) *Gender and women's mental health*. Site de l'OMS [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/). Consulté le 4 septembre 2013.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2012) *World Health Organization: Depression: a global crisis*. Site de l'OMS [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/management/depression/wfmh_paper_depression_wmhd_2012.pdf. Consulté le 13 avril 2011.
- Organisation Mondiale de la Santé [OMS] (2013) *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*. [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/fr/. Consulté le 13 septembre 2014.

- Parikh SV, Lin E, Lesage AD (1997) Mental health treatment in Ontario: selected comparisons between the primary care and specialty sectors. *Canadian Journal of Psychiatry* 42: 929-934.
- Patten S, Wang J, Williams J, Currie S, Beck C, Maxwell C, El-Guebaly N (2006) Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry* 51(2): 84–90.
- Pérez-Zepeda MU, Arango-Lopera VE, Wagner FA, Gallo JJ, Sánchez-García S, Juárez-Cedillo T, & García-Peña C (2013) Factors associated with help-seeking behaviors in Mexican older individuals with depressive symptoms: a cross-sectional study. *International Journal Of Geriatric Psychiatry* 28(12): 1260-1269.
- Piccinelli M, Gomez Homen F, Tansella M (1997) *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Site de l'OMS [en ligne]. http://www.who.int/mental_health/media/en/54.pdf. Consulté le 4 septembre 2013.
- Piccinelli M & Wilkinson G (2000) Gender differences in depression : critical review. *British Journal of Psychiatry* 177: 486-492.
- Piek E, van der Meer K, Hoogendijk WG, Penninx BH, Nolen WA (2011) Most antidepressant Use in primary care is justified; results of the Netherlands study of depression and anxiety. *PLoS One* 6(3): 1–8.
- Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Myers JK, Kramer M, Robins LN, George LK, Karno M, Locke BZ (1993) One-month prevalence of mental disorders in the United States and sociodemographic characteristics: the Epidemiologic Catchment Area study. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 88: 35-47.
- Rhodes A, Goering P, To T, Williams J (2002) Gender and outpatient mental health service use. *Soc Sci Med* 54(1): 1–10.
- Rhodes A, Jaakkimainen R, Bondy S, Fung K (2006) Depression and mental health visits to physicians--a prospective records-based study. *Soc Sci Med* 62(4): 828–834.
- Rickwood D, Thomas K (2012) Conceptual measurement framework for help-seeking for mental health problems. *Psychology Research And Behavior Management* 5: 173-183.
- Romanow R (2006) *Building on Values: The Future of Health Care in Canada*. [en ligne]. Site du Gouvernement du Canada <http://www.publications.gc.ca/site/eng/237274/publication.html>. Consulté le 4 septembre 2013.
- Romans SE, Tyas J, Cohen MM, Silverstone T (2007) Gender differences in the symptoms of major depressive disorder. *J Nerv Ment Dis* 195: 905–911.

- Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Clara I, Yu BN (2005) Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample, *Canadian Journal of Psychiatry* 50: 643-651.
- Sareen J, Cox B J, Afifi TO, Yu BN & Stein MB (2005) Mental health service use in a nationally representative Canadian survey. *Canadian Journal Of Psychiatry* 50(12): 753-761.
- Satyanarayana S, Enns M, Cox B, Sareen J (2009) Prevalence and correlates of chronic depression in the canadian community health survey: mental health and well-being. *Can J Psychiatry* 54(6): 389–398.
- Schomerus G, Appel K, Meffert P, Luppia M, Andersen R, Grabe H, Baumeister S (2013) Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services use. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(11): 1809–1817.
- Sherbourne CD & Stewart AL (1991) « The MOS Support Survey » (Medical Outcomes Study Social Support Survey). *Social Sciences & Medicine*. 32: 705-714
- Silverstein B, Edwards T, Gamma A, Ajdacic-Gross V, Rössler W, Angst J (2013) The role played by depression associated with somatic symptomatology in accounting for the gender difference in the prevalence of depression. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 48(2): 257–263.
- Simon G (2003) Social and economic burden of mood disorders. *Biol Psychiatry* 54(3): 208–215.
- Simon G, Katon W, Lin E, Ludman E, VonKorff M, Ciechanowski P, Young B (2005) Diabetes complications and depression as predictors of health service costs. *Gen Hosp Psychiatry* 27(5): 344–351.
- Smith K, Matheson F, Moineddin R, Dunn J, Lu H, Cairney J, Glazier R (2013) Gender differences in mental health service utilization among respondents reporting depression in a national health survey. *Health* 5(10): 1561–1571.
- Spitzer RL (1998) Diagnosis and need for treatment are not the same. *Archives of General Psychiatry* 55: 120.
- Starkes J, Poulin C, Kisely S (2005) Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Can J Psychiatry* 50(10): 580–590.
- Statistique Canada (2004) *Canadian community health survey: mental health and well-being, public use microdata file guide (82M0021GPE)*. Ottawa: Statistics Canada.
- Statistique Canada (2003) *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être (ESCC)*. [en ligne].

http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015&Instald=5285&SurvId=1632

- Stephens T, Joubert N (2001) The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Dis Can* 22(1): 18–23.
- Swindle RW, Rao JK, Kelmy A, Plue L, Zhou XH, Eckert GJ, Weinberger M (2003) Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression. *International Journal of Psychiatry in Medicine* 33(1) 17-37.
- Tedstone Doherty D, Kartalova-O’Doherty Y (2010) Gender and self-reported mental health problems: predictors of help seeking from a general practitioner. *Br J Health Psychol* 15: 213–228.
- Tempier R, Vasiliadis HM, Gilbert F, Demyttenaere K, Bruffaerts R, Bonnewyn A, Lépine JP, Gasquet I, Mosier K, Lesage A, Puchala C, Lepnurm M, Kovess-Masféty V (2010) Comparing mental health of Francophone populations in Canada, France and Belgium: 12 month prevalence rates of common mental disorders (Part 1). *Canadian Journal of Psychiatry* 55(5): 289-294.
- Tempier R, Vasiliadis HM, Gilbert F, Demyttenaere K, Bruffaerts R, Bonnewyn A, Lépine JP, Gasquet I, Mosier K, Lesage A, Puchala C, Lepnurm M, Kovess-Masféty V (2010) Comparing mental health of Francophone populations in Canada, France and Belgium: 12 month prevalence rates of common mental disorders (Part 2). *Canadian Journal of Psychiatry* 55(5): 295-304.
- Ten Have M, de Graaf R, Vollebergh W, Beekman A (2004) What depressive symptoms are associated with the use of care services? Results from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *J Affect Disord* 80(2–3): 239–248.
- Tiwari S, Wang J (2008) Ethnic differences in mental health service use among White, Chinese, South Asian and South East Asian populations living in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43(11): 866–871.
- Van de Velde S, Bracke P & Levecque K (2010) Gender differences in depression in 23 European countries: cross-national variation in the gender gap in depression. *Social Science and Medicine* 71: 305–313.
- Vasiliadis HM, Gagné S, Jozwiak N, Prévaille M (2013) Gender differences in health service use for mental health reasons in community dwelling older adults with suicidal ideation. *Int Psychogeriatr* 25(3): 374–381.
- Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Boyer R (2005) Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Can J Psychiatry* 50(10): 614–619.
- Vasiliadis HM, Lesage A, Adair C, Wang PS, Kessler RC (2007) Depression and utilization of services – Do Canada and the US differ? Joint Canada / United States Survey of Health. *Psychiatric Services* 58: 63-71.

- Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N (2009) General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. *Can J Psychiatry* 54(7): 468–476.
- Walker EA, Katon EJ, Russo J, Von Korff M, Lin E, Simon G, Bush T, Ludman E, Unützer J (2000) Predictors of outcome in a primary care depression trial. *Journal of General Internal Medicine* 15: 859–867.
- Wang J, Langille D, Patten S (2003) Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors. *Psychiatr Serv* 54(6): 878–883.
- Wang P, Lane M, Olfson M, Pincus H, Wells K, Kessler R (2005) Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry* 62(6): 629–640.
- Wang J, Patten S (2007) Perceived effectiveness of mental health care provided by primary-care physicians and mental health specialists. *Psychosomatics* 48(2): 123–127.
- Wang J, Patten S, Williams J, Currie S, Beck C, Maxwell C, El-Guebaly N (2005) Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Can J Psychiatry* 50(10): 652–659.
- Wittchen HU (1994) Reliability and validity studies of the WHO-composite international diagnostic interview (CIDI): A critical review. *J Psychiatr Res* 28(1): 57–84.
- Wu P, Hoven C, Cohen P, Liu X, Moore R, Tiet Q, Bird H (2001) Factors associated with use of mental health services for depression by children and adolescents. *Psychiatr Serv* 52(2): 189–195.
- Wulsin L, Vaillant G, Wells V (1999) A systematic review of the mortality of depression. *Psychosom Med* 61(1): 6–17.

ANNEXES

*Annexe 1:**Liste des problèmes de santé chroniques de l'ESCC 1.2*

1. Allergies alimentaires
2. Autres allergies
3. Asthme
4. Fibromyalgie
5. Arthrite ou rhumatisme
6. Maux de dos
7. Hypertension
8. Migraines
9. Bronchite chronique
10. Emphysème ou broncho-pneumopathie chronique obstructive
11. Diabète
12. Épilepsie
13. Maladie cardiaque
14. Cancer
15. Ulcère à l'estomac
16. Accident vasculaire cérébral
17. Maladie de Crohn ou colite
18. Alzheimer ou démence cérébrale
19. Cataracte
20. Glaucome
21. Problème de la thyroïde
22. Syndrome de la fatigue chronique
23. Sensibilités aux agresseurs chimiques
24. Schizophrénie
25. Autre forme de psychose
26. Trouble de personnalité obsessionnelle-compulsive
27. Trouble dysthymique
28. Syndrome de stress post-traumatique
29. Autisme ou autre trouble de développement (syndrome d'Asperger ou syndrome de Rett)
30. Troubles d'apprentissage
31. Troubles de l'alimentation

Annexe 2:

Les questions de l'ESCC 1.2 servant à la construction des variables dépendantes et indépendantes

Variables dépendantes	Mesures	Nom des variable utilisées dans l'ESCC 1.2	Questions de l'ESCC 1.2
<i>Utilisation des services ambulatoires pour des raisons de santé mentale</i>	(1) au moins 1 consultation	SERBFYRU	<p>Au cours des 12 derniers mois, parmi les professionnels suivants, lesquels avez- vous déjà consulté, en personne ou par téléphone, au sujet de vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues?</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 Psychiatre . 2 Médecin de famille ou omnipraticien . 3 Autre médecin tel qu'un cardiologue, un gynécologue ou un urologue . 4 Psychologue . 5 Infirmière (infirmier) . 6 Travailleur ou travailleuse sociale, conseiller ou psychothérapeute . 9 Aucun
	(0) aucune consultation	Basée sur : SERB_05A, SERB_08, SERB_21, SERB_31, SERB_41, SERB_51, SERB_61, SERB_71, SERB_81, SERB_91, SERB_AOB, SERB_A1C, SERB_A2C	
	(1) Médecin de famille ou omnipraticien seulement (MF/Omni);		
	(2) Professionnels de Santé Mentale seulement (PSM);	Cette variable indique si le répondant a utilisé au cours des 12 derniers mois des ressources pour des problèmes reliés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogue.	
(3) MF/Omni + PSM.			

Facteurs	Variables indépendantes	Mesures	Nom des variables utilisées dans l'ESCC 1.2	Questions de l'ESCC 1.2
Facteurs prédisposants	Âge	(1) 15 à 24 (2) 25 à 44 (3) 45 à 65 (0) 65 ans et +	DHHB_AGE	ANC_Q03 Quel est l'âge de [nom du répondant]?
	État matrimonial	(0) marié/union civil (1) célibataire/ divorcé/séparée/veuf	DHHB_MS	MSNC_Q01 Quel est l'état matrimonial de [nom du répondant]? Est-[il/elle]:

				<ul style="list-style-type: none"> . 01 ... marié(e)? . 02 ... en union libre? . 03 ... veuf (ve)? . 04 ... séparé(e)? . 05 ... divorcé(e)? . 06 ... célibataire, jamais marié(e)?
	Scolarité	(0) aucun/primaire (1) secondaire/ postsecondaire	<p>EDUBDR10</p> <p>Basée sur : EDUB_1, EDUB_2, EDUB_3, EDUB_4</p> <p>La variable décrit le plus haut niveau de scolarité atteint par le répondant.</p>	<p>ED_Q01 Quel est le plus haut niveau d'études primaires ou secondaires que [nom EDUB_1 du répondant] a achevé?</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 8ième année ou moins (Québec : Secondaire II ou moins) . 2 9ième - 10ième années (Québec : Secondaire III ou IV, Terre-Neuve : 1ière année du secondaire) . 3 11ième - 13ième années (Québec : Secondaire V, Terre-Neuve : 2ième à 4ième années du secondaire) NSP, R <p>ED_Q02 [Nom du répondant] a-t-[il/elle] obtenu un diplôme d'études secondaires? EDUB_2</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 Oui . 2 Non NSP, R
Facteurs de besoins	Présence de maladies chroniques	(0) aucune (1) 1 ou plus	<p>CCCBF1</p> <p>Basée sur : CCCB_011, CCCB_021, CCCB_031, CCCB_041, CCCB_051, CCCB_061,</p>	<p>CCC_QINT Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé. Par « problème de santé de longue durée », on entend un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus.</p>

			<p>CCCB_071, CCCB_081, CCCB_91A, CCCB_91B, CCCB_101, CCCB_111, CCCB_121, CCCB_131, CCCB_141, CCCB_151, CCCB_171, CCCB_181, CCCB_191, CCCB_201, CCCB_211, CCCB_251, CCCB_261, CCCB_271, CCCB_281, CCCB_301, CCCB_311, CCCB_321, CCCB_331, CCCB_341, CCCB_901</p> <p>On peut déterminer si le répondant a un problème de santé chronique si celui-ci a répondu « oui » à l'un des problèmes mentionnés.</p>	
	<p><i>Présence de Troubles Anxieux (12 mois)</i></p>	<p>(0) Non (1) Oui (selon les critères DSM-IV)</p>	<p>HPBFYA</p> <p>Basée sur : AGPBDPY, PADBDDY, SOPBDPY</p> <p>Cette variable indique si le répondant remplit les critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI concernant l'un ou l'autre des troubles anxieux mesurés au cours des 12 derniers mois (agoraphobie, trouble panique, phobie sociale).</p>	
	<p><i>Présence d'abus de substances (12</i></p>	<p>(0) Non (1) Oui (selon les</p>	<p>MHPBFYSA</p>	

	<i>mois)</i>	<i>critères DSM-IV)</i>	Basée sur : ALDBDSF, IDGBFYDP Cette variable indique si le répondant remplit les critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI de dépendance à l'alcool ou à des drogues illicites au cours des 12 derniers mois.	
	<i>Présence de symptômes somatiques</i>	<i>(0)2 ou moins (1) 3 (Selon définition: Silverstein et al., 2013)</i>	DEPBDA23 Basée sur : DEPB_26A, DEPB_26B, DEPB_26C, DEPB_261, DEPB_26D, DEPB_262, DEPB_26E, DEPB_263, DEPB_26F, DEPB_264 Cette variable identifie les répondants qui ont déclaré une perte ou un gain de poids significatif en l'absence d'un régime, ou une diminution ou une augmentation de l'appétit presque tous les jours. Un changement significatif de poids est défini comme correspondant à 10 livres/4 kg. Sont exclus les gains de poids dû à la grossesse et la perte de poids due à une maladie. DEPBDA24 Basée sur : DEPB_26G, DEPB_26H Cette variable identifie les répondants qui ont déclaré souffrir d'insomnie (difficulté à s'endormir ou à	Au cours de cette période de 2 semaines, aviez-vous, presque tous les jours, beaucoup moins d'appétit qu'à l'habitude? Aviez-vous beaucoup plus d'appétit que d'habitude presque tous les jours? Au cours de cette période de 2 semaines, avez-vous pris du poids sans en avoir l'intention? Avez-vous pris du poids en raison d'une croissance physique ou d'une grossesse? Avez-vous perdu du poids sans en avoir l'intention? Avez-vous perdu du poids suite à un régime amaigrissant ou à cause d'une maladie physique? Au cours de cette période de 2 semaines, avez-vous eu beaucoup plus de difficultés qu'à l'habitude à vous endormir, à rester endormi ou vous êtes- vous réveillé^e trop tôt presque toutes les nuits? Au cours de cette période de 2 semaines, avez-vous dormi beaucoup plus qu'à l'habitude presque toutes les nuits? Dormiez-vous beaucoup moins que d'habitude sans vous sentir fatiguée ou somnolente?

			<p>demeurer endormi ou réveil précoce) ou d'hypersomnie (sommeil plus long qu'à l'ordinaire) associée à la dépression.</p> <p>DEPBDA26</p> <p>Basée sur : DEPB_26J</p> <p>Cette variable identifie les répondants qui déclarent une fatigue ou une diminution de l'énergie presque tous les jours.</p>	<p>Au cours de cette période de 2 semaines, vous êtes-vous sentie fatiguée ou manquez-vous d'énergie presque tous les jours, même si vous n'aviez pas travaillé beaucoup?</p>
	<p><i>Présence d'idées suicidaires (12 mois)</i></p>	<p>(0) Non (1) Oui</p>	<p>DEPBFSYT</p> <p>Basée sur : DEPB_A1A, DEPB_A1B, DEPBFSLT</p> <p>Cette variable permet de classer le répondant selon qu'il a pensé à se suicider au cours des 12 derniers mois.</p> <p>DEPBFSYA</p> <p>Basée sur : DEPB_C1A</p> <p>Cette variable permet de classer le répondant selon qu'il a déjà fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois.</p>	<p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE A?</p> <p>L'EXPÉRIENCE A est « Vous avez sérieusement pensé à vous suicider. »</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE A?</p> <p>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vécu l'EXPÉRIENCE C?</p> <p>L'EXPÉRIENCE C est « Vous avez fait une tentative de suicide. »</p>
	<p><i>Auto-perception de la condition de santé mentale</i></p>	<p>(1) excellente / très bonne (0) bonne / passable / pauvre</p>	<p>SCRBDMEN</p> <p>Basée sur : SCRB_082</p> <p>Cette variable décrit la santé mentale du</p>	<p>En général, diriez-vous que votre santé mentale est :</p> <p>. 1 ... excellente?</p> <p>. 2 ... très bonne?</p>

			répondant selon ses propres déclarations. Des scores plus élevés signalent une meilleure santé.	<ul style="list-style-type: none"> . 3 ... bonne? . 4 ... passable? . 5 ... mauvaise?
Facteurs facilitants	<i>Revenu du ménage</i>	<p>(0) <i>revenu moyen ou élevé</i> ($\geq 15\ 000$ \$ si 1 ou 2 personnes; $\geq 20\ 000$ \$ si 3 ou 4 personnes; $\geq 30\ 000$ \$ si 5 personnes ou plus)</p> <p>(1) <i>faible revenu</i> ($< 15\ 000$ \$ si 1 ou 2 personnes; $< 20\ 000$ \$ si 3 ou 4 personnes; $< 30\ 000$ \$ si 5 personnes ou plus)</p>	<p>INCB DIA2</p> <p>Basée sur : DHHBDHSZ, INCB_3A, INCB_3B, INCB_3C, INCB_3D, INCB_3E, INCB_3F</p> <p>La variable classe le revenu total du ménage dans 2 catégories basé sur le revenu total du ménage et le nombre de personnes vivant dans le ménage.</p>	<p>Dans quel groupe parmi ceux que je vais nommer estimez-vous que se situe le revenu de votre ménage? Le revenu total du ménage était-il de moins de 20 000 \$ ou de 20 000 \$ ou plus?</p> <p>Le revenu total du ménage était-il de moins de 10 000 \$ ou de 10 000 \$ ou plus ?</p> <p>Le revenu total du ménage était-il de moins de 5 000 \$ ou de 5 000 \$ ou plus?</p> <p>Le revenu total du ménage était-il de moins de 15 000 \$ ou de 15 000 \$ ou plus?</p> <p>Le revenu total du ménage était-il de moins de 40 000 \$ ou de 40 000 \$ ou plus?</p> <p>Le revenu total du ménage était-il de moins de 30 000 \$ ou de 30 000 \$ ou plus?</p>
	<i>Soutien social</i>	<p>(0) ≥ 1 <i>source de soutien social la plupart du temps</i></p> <p>(1) <i>aucune source de soutien social la plupart du temps</i></p>	<p>SSMBDTNG</p> <p>Basée sur : SSMB_02, SSMB_05, SSMB_12, SSMB_15</p> <p>La variable détermine le soutien concret dont dispose le répondant. On a demandé au répondant si quelqu'un pourrait l'aider s'il était confiné au lit, pour aller chez le médecin, pour lui préparer des repas ou pour faire les travaux ménagers.</p>	<p>Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin :</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 Jamais . 2 Rarement . 3 Parfois . 4 La plupart du temps . 5 Tout le temps <p>... une personne pour vous accompagner chez le médecin</p>

		<p>SSMBDAFF</p> <p>Basée sur : SSMB_06, SSMB_10, SSMB_20</p> <p>La variable détermine l'affection que le répondant reçoit. On a demandé au répondant si quelqu'un lui témoignait de l'amour, le prenait dans ses bras ou si quelqu'un l'aimait et le faisait se sentir désirable.</p> <p>SSMBDSOC</p> <p>Basée sur : SSMB_07, SSMB_11, SSMB_14, SSMB_18</p> <p>La variable détermine dans quelle mesure le répondant prend part à des interactions sociales positives. On a demandé au répondant s'il pouvait passer un bon moment avec quelqu'un, relaxer avec quelqu'un, faire des activités avec quelqu'un pour se changer les idées ou faire des choses plaisantes avec quelqu'un.</p> <p>SSMBDEMO</p> <p>Basée sur : SSMB_03, SSMB_04, SSMB_08, SSMB_09, SSMB_13, SSMB_16, SSMB_17, SSMB_19</p> <p>La variable suivante détermine le soutien émotionnel ou informationnel du répondant. On a demandé au répondant si quelqu'un pouvait l'écouter et le conseiller en temps de crise, lui donner des renseignements ou s'il avait quelqu'un à qui il</p>	<p>si vous en aviez besoin?</p> <p>.. une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire?</p> <p>.. une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade?</p> <p>une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection?</p> <p>.. une personne pour vous serrer dans ses bras?</p> <p>... une personne qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désirée?</p> <p>... une personne avec qui partager du bon temps?</p> <p>.. une personne avec qui vous détendre?</p> <p>.. une personne avec qui faire des activités distrayantes</p> <p>... une personne avec qui faire des choses agréables?</p> <p>... une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler?</p> <p>.. une personne qui vous conseille en situation de crise?</p> <p>... une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez?</p> <p>.. une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes?</p> <p>... une personne dont vous recherchez vraiment les conseils?</p> <p>...une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes?</p> <p>... une personne à qui</p>
--	--	--	--

			pouvait se confier et parler, ou quelqu'un qui comprend ses problèmes.	<p>demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel?</p> <p>... une personne qui comprend vos problèmes?</p>
	<i>Accessibilité des services médicaux</i>	(0) Non (1) Oui (coûts, problèmes transportation, garde enfant)	<p>SERBFACS</p> <p>Basée sur : SERB_A5A, SERB_A5E, SERB_A5F, SERB_A3</p> <p>Cet indicateur signale si le répondant a rapporté des besoins de soins de santé mentale perçus comme étant non satisfaits et qui ont trait à l'accessibilité. Les problèmes d'accessibilité sont des obstacles à l'obtention des services de santé pour les émotions, la santé mentale ou la consommation d'alcool ou de drogues tels que le coût, l'absence de moyen de transport ou ne pas savoir comment et où obtenir de l'aide.</p>	<p>Pourquoi n'avez vous pas reçu cette aide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 Préférait s'en occuper soi-même . 5 Ne pouvait pas payer . 6 Problèmes au niveau du transport, de la garde d'enfant ou de l'horaire <p>Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin d'aide pour vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues, mais vous ne l'avez pas obtenue?</p> <ul style="list-style-type: none"> .
	<i>Acceptabilité des services médicaux</i>	(0) Non (1) Oui (attitude maladie, professionnel ou système)	<p>SERBFACP</p> <p>Basée sur : SERB_A5A, SERB_A5B, SERB_A5C, SERB_A5D, SERB_A5J, SERB_A5K, SERB_A5L, SERB_A3</p> <p>Cet indicateur signale si le répondant a rapporté des besoins de soins de santé mentale perçus comme étant non satisfaits et qui ont trait à un</p>	<p>Pourquoi n'avez vous pas reçu cette aide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 Préférait s'en occuper soi-même . 2 Pensait que rien ne pouvait aider . 3 Ne savait pas où aller chercher de l'aide . 4 Peur de demander de l'aide ou de ce que les autres auraient pensé . 10 Ne s'en est pas occupé /

			<p>problème d'acceptabilité. Les problèmes d'acceptabilité sont ceux où une personne choisit de se passer des soins de santé à cause de demandes concurrentes de son temps ou à cause de son attitude à l'égard de la maladie, des prestataires de soins de santé ou du système de santé. Décider de ne pas se tracasser, ne pas avoir le temps de s'en occuper, préférer s'en occuper soi-même, penser que rien ne pourrait aider ou avoir peur de demander de l'aide sont des exemples de problèmes d'acceptabilité.</p>	<p>indifférent(e)</p> <ul style="list-style-type: none"> . 11 Problème de langue . 12 Responsabilités personnelles ou familiales <p>Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin d'aide pour vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues, mais vous ne l'avez pas obtenue?</p>
	<p><i>Disponibilité des services médicaux</i></p>	<p>(0) Non (1) Oui (temps d'attente, aide pas disponible dans région ou temps)</p>	<p>SERBFAVA</p> <p>Basée sur : SERB_A5A, SERB_A5G, SERB_A5H, SERB_A5I, SERB_A3</p> <p>Cet indicateur signale si le répondant a rapporté des besoins de soins de santé mentale perçus comme étant non satisfaits et qui ont trait à la disponibilité des services. Un temps d'attente trop long ou l'aide nécessaire est non disponible dans la région ou au moment requis sont des exemples de problèmes de disponibilité.</p>	<p>Pourquoi n'avez vous pas reçu cette aide ?</p> <ul style="list-style-type: none"> . 1 Préférerait s'en occuper soi-même . 7 Aide professionnelle non disponible – dans la région . 8 Aide professionnelle non disponible – à ce moment-là (p. ex., médecin en vacances, heures inappropriées) . 9 Temps d'attente était trop long <p>Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez senti que vous aviez besoin d'aide pour vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues, mais vous ne l'avez pas obtenue?</p>

Annexe 3: Résumé de l'article publié

NCBI Resources How To Sign in to NCBI

PubMed.gov US National Library of Medicine National Institutes of Health PubMed Advanced Search Help

Abstract

BMC Psychiatry. 2014 May 9;14:135. doi: 10.1186/1471-244X-14-135.

Gender differences in general and specialty outpatient mental health service use for depression.

Gagné S¹, Vasiliadis HM, Prévaille M.

Author information

Abstract

BACKGROUND: This study ascertained gender-specific determinants of outpatient mental health (MH) service use for depression to highlight any gender disparities in barriers to care and explain how depressed men and women in need of care might differ in their help-seeking behaviour.

METHODS: Data used in this study came from the Canadian Community Health Survey on Mental Health and Well Being, cycle 1.2 (CCHS 1.2) conducted by Statistics Canada in 2002 (N = 36,984). The sample was limited to respondents filling criteria for a probable major depression in the 12 months prior to the interview (n = 1743). Gender-specific multivariate logistic regression analyses were carried out.

RESULTS: The results showed that 54.3% of respondents meeting criteria for major depression had consulted for mental health reasons in the year prior to interview. When looking at type of outpatient mental health service use, males were more likely to consult a general practitioner and a mental health specialist in the past year as opposed to females. However, females were more likely to consult a general practitioner only as opposed to no service use than males. Gender specific differences in determinants associated with outpatient service use included for males, lower adjusted household income, and for females, a younger age, the presence of social support, self-reported availability barriers, the presence of self-reported suicidal thoughts or attempt and a poorer self-perceived mental health.

CONCLUSIONS: Continued efforts to promote access to mental health care are needed for men and women affected by depression, and this, to target specific vulnerable populations and increase utilization rates.

PMID: 24884891 [PubMed - in process] PMCID: PMC4028012 **Free PMC Article**

Publication Types

LinkOut - more resources

Send to

Full text links

Read free full text at BioMed Central PMC Full text

Save items

Add to Favorites

Related citations in PubMed

Gender differences in health service use for mental health reasons in [Int Psychogeriatr. 2013]

Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in [Can J Psychiatry. 2005]

General practice and mental health care: determinants of outpatient [Can J Psychiatry. 2009]

The Role of Gender and Income in Predicting Barriers to Men [Community Ment Health J. 2015]

Review Prevention of suicide and attempted suicide in Denmark. Epidem [Dan Med Bull. 2007]

See reviews... See all...

Related information

MedGen

References for this PMC Article

Free in PMC