

Université de Montréal

L'utilisation des services infirmiers de première ligne pour des raisons de santé mentale  
par des personnes souffrant de dépression et l'impact sur les besoins non comblés en  
fonction du sexe

Par  
Catherine Thériault

Faculté des sciences infirmières

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures et postdoctorales

En vue de l'obtention du grade maître ès sciences (M.Sc)  
en sciences infirmières

Septembre 2017  
© Catherine Thériault, 2017  
Université de Montréal

## *Résumé*

À ce jour, peu d'intérêt a été porté aux différences entre les hommes et les femmes en ce qui a trait aux besoins non comblés des personnes qui souffrent de dépression et qui consultent des infirmières de première ligne (IPL) pour des raisons de santé mentale. Dans ce contexte, l'objectif principal de cette étude est de déterminer si le fait d'avoir consulté une IPL pour des raisons de santé mentale par des personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur (ÉDM) est associé à une diminution du taux des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) et si cette association est influencée par le sexe de la personne qui consulte. Cinq autres objectifs spécifiques ont été retenus en lien avec l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale par les hommes et les femmes souffrant d'un EDM soit : décrire cette utilisation des services, décrire les types et les taux de BNCSM; décrire les raisons sous-jacentes aux BNCSM; étudier l'association entre l'utilisation des services d'une IPL et la présence BNCSM et finalement étudier cette même association séparément pour les hommes et pour les femmes souffrant d'un EDM. Une approche quantitative avec devis non expérimental de type transversal a été retenue pour répondre aux objectifs. Le présent mémoire de maîtrise est une analyse secondaire de données obtenues par le biais du projet Dialogue (2006-2010), une vaste enquête portant sur les facteurs organisationnels et contextuels influençant la qualité des services en santé mentale de première ligne (Réseau Qualaxia, 2008). Les calculs de taux prévalence et les analyses de régression logistique ont porté sur un échantillon composé de 915 personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédant l'entrevue au temps 1 (T1) du projet Dialogue. Les variables indépendantes ont été sélectionnées selon le modèle comportemental d'Andersen et de Newman (2005)

L'analyse des données a permis dégager que seulement le cinquième des participants souffrant d'un ÉDM a consulté une IPL pour des raisons de santé mentale au cours des 12 mois précédant l'entrevue à T1 du projet Dialogue. Une grande proportion des participants ayant utilisé les services d'une IPL ont vu la même infirmière qu'une seule fois. Ceux qui ont consulté une IPL à plusieurs reprises ont majoritairement affirmé ne pas avoir vu la même. Ensuite, l'IPL a décidé de référer environ un patient sur deux à un autre professionnel de la santé (ex. : médecin de famille/omnipraticien, psychologue, psychiatre). Même si la différence n'est pas statistiquement significative, l'IPL a davantage référé les hommes (67,3 %) que les femmes (51 %). De plus, nos résultats viennent confirmer que les personnes souffrant d'un ÉDM et qui consultent une IPL pour des raisons de santé mentale présentent des taux élevés de BNCSM. Les quatre types de BNCSM les plus fréquents chez les deux sexes sont : psychothérapie ou counseling, aide pour les relations interpersonnelles, information sur les services disponibles et information sur les troubles mentaux, les traitements et la médication. Alors que, pour expliquer la présence de BNCSM, la principale raison rapportée par les participants des deux sexes est : le fait de ne pas savoir où chercher de l'aide. Finalement, quatre facteurs ont été associés de manière significative avec le fait d'avoir des BNCSM chez la femme : avoir entre 18 et 24 ans, être marié ou en union libre, un trouble anxieux concomitant à l'ÉDM, un score au HADS-D à 11-13 ainsi que supérieur à 14. Toutefois, aucune variable confondante n'a été significativement associée avec le fait d'avoir des BNCSM chez l'homme. Il n'y a pas d'association entre le fait d'avoir consulté une IPL pour des raisons de santé mentale et le risque d'avoir rapporté des BNCSM chez les personnes vivant un ÉDM, et ce, peu importe le sexe. D'autres études sont nécessaires pour approfondir les connaissances sur les différences entre les sexes en ce qui concerne le fait d'avoir consulté une IPL pour des raisons de santé mentale et les BNCSM.

**Mots-clés :** infirmière de première ligne, dépression, sexe, homme, femme, besoins non comblés, santé mentale

### *Abstract*

To this day, little attention has been paid to differences between men and women with respect to the unmet needs of people with depression who consult primary-care nurses (PCN) for mental health reasons. In this context, the main objective of this study is to determine whether consulting a PCN for mental health reasons by people that were diagnosed with a major depressive episode (MDS) is associated with a decrease in the rate of unmet needs for mental health care (UNMHC) and whether this association is influenced by the sex of the person who consults. A cross-sectional non-experimental design was chosen in order to meet the objectives. Five other specific objectives were identified in relation to the consultation a PCN for mental health reasons by people that were diagnosed with a major MDS: describe the use of services, describe the types and rates UNMHC; describe the underlying reasons for the UNMHC; study the association between the use of the services of an PCN and the presence of UNMHC and finally study this same association separately for men and for women suffering from MDS. The purpose of the present Master's thesis is a secondary analysis of data obtained through the Dialogue Project (2006-2010), an extensive survey of organizational and contextual factors influencing the quality of primary mental health services (Qualaxia Network, 2008). The calculations of the prevalence rate and logistic regression analyzes were conducted on a sample of 915 people who experienced a major depressive episode in the 12 months preceding the interview T1 Dialogue project. The independent variables were selected according to the behavioral framework provided by Andersen and Newman (2005).

The data analysis revealed that only one fifth of participants with an MDS consulted a PCN for mental health reasons in the 12 months preceding the interview T1 Dialogue project. The great majority of participants using PCN services only saw the same

nurse once. Those who have consulted a PCN on several occasions have predominantly stated that they have not seen the same nurse at each visit. Subsequently, the PCN decided to refer approximately one in two patients to another health professionals (ex: family doctor, psychologist and psychiatrist). Although the difference is not considered statistically significant, PCN referred more men (67.3%) than women (51%) to other professionals. In addition, our findings confirm that individuals with MDS who consult a PCN for mental health reasons have high levels of UNMHC. The four most common types of UNMHC in both sexes are: psychotherapy or counseling, interpersonal skills assistance, information on available services, and information on mental disorders, treatment and medication. To explain the presence of UNMHC, the main reason reported by participants of both sexes is: not knowing where to seek help. Finally, four factors were significantly associated with having UNMHC in women: aged 18-24, married or common-law partnership, anxiety disorder associated with MDS, HADS-D scores between 11 and 13 or greater than 14. However, no confounding variables were significantly associated with having UNMHC in men. There is no association between having seen a PCN for mental health reasons and the risk of reporting UNMHC among people with MDS, regardless of the sex. Further studies are needed to increase knowledge about sex differences in regard of the consultation PCN for mental health reasons and UNMHC.

**Keywords:** primary-care nurse, depression, sex, man, woman, unmet needs, mental health.

## *Table des matières*

Résumé .....	ii
Abstract .....	iv
Table des matières .....	vi
Liste des tableaux .....	ix
Liste de figures .....	xi
Liste des acronymes .....	xii
Remerciements .....	xiii
Chapitre 1 La problématique de recherche .....	1
1.1 Objectifs de l'étude.....	3
Chapitre 2 Recension des écrits .....	4
2.1 La dépression .....	5
2.1.1 Définition de la dépression.....	5
2.1.2 Épidémiologie de la dépression.....	6
2.1.3 Présentation des symptômes de la dépression selon le sexe.....	10
2.1.4 Le dépistage de la dépression.....	15
2.2 Besoins de soins non comblés en santé mentale.....	19
2.2.1 Définition de besoin de soins non comblé.....	19
2.2.2 Facteurs associés aux besoins non comblés en santé mentale.....	19
2.2.3 Types de besoins de soins non comblés.....	23
2.3 Le rôle de l'infirmière .....	26
2.3.1 Définition du rôle de l'infirmière .....	26
2.3.2 Actes réservés lié à la santé mentale.....	26
2.4 Les services de santé de première ligne .....	28
2.4.1 Définition .....	29
2.4.2 Les services de santé de première ligne et la santé mentale .....	29
2.4.3 La collaboration.....	30
2.5 Cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé .....	32

2.5.1	Le modèle.....	33
Chapitre 3 La méthodologie.....		38
3.1	<i>Devis de recherche</i> .....	39
3.2	<i>Description du projet Dialogue</i> .....	39
3.2.1	Volet 1 : enquête contextuelle.....	40
3.2.2	Volet 2 : enquête organisationnelle.....	41
3.2.3	Volet 3 : enquête clientèle.....	41
3.2.4	Recrutement en salle d'attente (T0).....	42
3.2.5	Construction de l'échantillon du projet Dialogue.....	43
3.2.6	L'entrevue à T1 (6 mois).....	43
3.2.7	Les entrevues à T2 et T3.....	44
3.3	<i>Échantillon de la présente étude</i> .....	48
3.4	<i>Construction de la variable indépendante principale</i> .....	48
3.4.1	Description de la consultation d'une IPL pour des raisons de santé mentale 48	
3.5	<i>Construction de la variable dépendante</i> .....	50
3.5.1	Description de l'instrument.....	50
3.6	<i>Autres variables indépendantes (Variables de contrôle)</i> .....	52
3.6.1	Classification des variables selon le modèle.....	52
3.6.2	Description de la construction des variables.....	54
3.7	<i>Plan d'analyse</i> .....	57
3.8	<i>Considérations éthiques</i> .....	59
Chapitre 4 Résultats.....		61
4.1	<i>Description de l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale</i> 62	
4.2	<i>Taux et types de BNCSM</i> .....	65
4.3	<i>Les raisons rapportées pour expliquer la présence BNCSM</i> .....	67
4.4	<i>Facteurs associés à la présence de BNCSM</i> .....	70
4.5	<i>Facteurs associés à la présence BNCSM stratifiés selon le sexe</i> .....	73
Chapitre 5 Discussion.....		79
5.1	<i>Les principaux résultats</i> .....	80
5.1.1	L'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale.....	80
5.1.2	Les raisons rapportées aux BNCSM.....	88
5.1.3	Facteurs associés à la présence de BNCSM.....	89
5.2	<i>Les forces et les limites de l'étude</i> .....	95
5.2.1	Les forces.....	95
5.2.2	Les limites.....	96

5.3	<i>Implications pour les sciences infirmières</i> .....	97
5.3.1	Recommandations pour la profession infirmière.....	98
	Références .....	103
	Appendice A Questions retenues du projet Dialogue au T1 .....	115



*Liste des tableaux*

Tableau 1	Comparaison des symptômes dépressifs .....	18
Tableau 2	Mesures utilisées dans l'enquête clientèle du projet Dialogue aux temps T0 et T1 .....	47
Tableau 3	Description de l'utilisation des services d'une infirmière de première ligne (IPL) pour des raisons de santé mentale chez les participants qui ont vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) .....	64
Tableau 4	Description et comparaison des types de besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) parmi les hommes et les femmes ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) et les hommes et les femmes ayant vécu un ÉDM et ayant consulté une infirmière de première ligne (IPL) pour des raisons de santé mentale .....	66
Tableau 5	Description et comparaison des raisons rapportées pour expliquer la présence de besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) parmi les hommes et des femmes ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) ainsi que parmi les hommes et les femmes ayant aussi vécu un ÉDM et qui ont consulté une infirmière de première ligne (IPL).....	69
Tableau 6	Facteurs associés au fait de rapporter des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) dans la dernière année dans l'échantillon de participants ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) .....	71
Tableau 7	Facteurs associés au fait de rapporté des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) dans la dernière année dans l'échantillon de participants ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) différencié selon le sexe .....	75

Tableau 7	Facteurs associés au fait de rapporté des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) dans la dernière année dans l'échantillon de participants ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de t1 du projet Dialogue (2006-2010) différencié selon le sexe .....	77
Tableau 8	Questions retenues du questionnaire du projet Dialogue au t1 .....	116

*Liste de figures*

Figure 1 Cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé .....	34
Figure 2 Recrutement des participants pour le volet 3 : enquête clientèle du projet Dialogue (2006-2010).....	46
Figure 3 Variables à l'étude pour les objectifs spécifiques 1 à 4.....	53

*Liste des acronymes*

APA	<i>American Psychiatric Association</i>
BNCSM	Besoins non comblés en santé mentale
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CLSC	Centre local de services communautaires
CIUSS	Centre universitaire intégré de santé et des services sociaux
CIDIS	<i>Composite International Diagnostic Interview Simplified</i>
CER	Comités d'éthique à la recherche
CERES	Comité d'éthique de la recherche en santé
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
GMF	Groupe de médecine familiale
HADS	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
IPL	Infirmière de première ligne
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la santé
PASM	Plan d'action santé en mentale
PCNQ	<i>Perceived Need for Care Questionnaire</i>
RLS	Réseaux locaux de services
WHODAS	<i>WHO Disability Assessment Schedule</i>

### *Remerciements*

Un mémoire de maîtrise nécessite plusieurs mois voire plusieurs années de travail dans mon cas. Pendant toutes ces années de travail, j'ai rencontré un bon nombre de personnes qui m'ont aidé, m'ont accompagné et m'ont supporté à travers les bons moments, mais aussi dans les temps les plus difficiles. C'est pour cela que je désire remercier profondément les personnes sans qui la réalisation de ce projet de recherche n'aurait pu être possible.

Je voudrais tout d'abord remercier le directeur de ce mémoire, Arnaud Duhoux, pour sa rigueur scientifique, sa franchise et surtout ses judicieux conseils, qui ont contribué à alimenter ma réflexion. Je tiens à lui exprimer toute ma gratitude, car sans lui, ce mémoire n'aurait jamais pu se terminer. Je remercie aussi chaleureusement madame Caroline Larue, codirectrice de ce projet de recherche.

Un merci spécial à Yanick, collègue de travail et ami qui avait un très grand intérêt pour ce travail. Merci de ta franchise, ta disponibilité et de ton aptitude à me faire voir la vie autrement. Malheureusement, le sujet de ce mémoire rejoignait peut-être un peu trop ta réalité... Prends soin de toi là où tu es.

Je voudrais aussi exprimer ma reconnaissance envers mes amis et mes collègues qui m'ont apporté leur support moral et intellectuel tout au long de ma démarche. Merci à

Stéphanie, Émilie, Julie, Louise et Geneviève d'avoir toujours cru en moi, même dans les moments où je ne voyais plus la fin.

Finalement, un merci très spécial à mes parents sans qui je ne serais pas ici aujourd'hui. Merci pour le soutien, tant sur le plan émotionnel que matériel. Sans votre amour, votre fierté et votre générosité, je n'aurais su trouver la motivation et l'énergie terminer ce mémoire. Un énorme merci à ma mère pour ses dons de magicienne pour la mise en page.

*Chapitre 1*

*La problématique de recherche*

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2012), « la dépression est un trouble mental courant qui touche mondialement plus de 350 millions de personnes » (p.1). La dépression est la principale cause d'invalidité dans le monde (OMS, 2017). Les problèmes de santé mentale constituent une lourde charge pour la société, notamment en ce qui concerne l'utilisation des services de santé. Selon l'Ordre des psychologues du Québec (2010), au Canada, les coûts annuels directs et indirects de la dépression s'élèveraient à 14,4 milliards de dollars, ce qui classerait cette maladie comme l'une parmi les plus coûteuses.

La dépression est un trouble de l'humeur qui affecte la pensée, les agissements et le ressenti d'un individu (Olliffe et Ogrodniczuk, 2011). En Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons, pour établir un diagnostic formel, les professionnels se basent sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5), un ouvrage de référence produit par l'*American Psychiatric Association* (APA). Quelques auteurs critiquent toutefois les critères diagnostiques du DSM-5. C'est le cas de Johnson et coll. (2012) qui affirment que les critères pour le diagnostic de la dépression perpétuent et reproduisent des stéréotypes associant les symptômes de la dépression à des comportements typiquement féminins ce qui pourrait, en partie, expliquer le plus faible taux de diagnostic chez les hommes (2 femmes : 1 homme).

Les services de première ligne sont généralement le premier point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Par leur accessibilité, ils sont reconnus pour être aussi efficaces, voir même plus, que les services spécialisés pour traiter



les troubles mentaux, en plus de susciter moins de réticence en ce qui a trait à leur utilisation (Réseau Qualaxia, 2008). Les infirmières, qui ont un contact étroit avec les patients, ont un rôle central dans la détection, le traitement et le suivi des troubles mentaux (Mitchell et Kakkadasam, 2011). Grâce à leur formation académique, leur champ de pratique composé de dix-sept actes réservés ainsi que leur expérience clinique, elles possèdent les compétences nécessaires pour identifier les besoins en santé mentale et intervenir adéquatement (OIIQ, 2016). Une étude a démontré que, chez les hommes et les femmes satisfaisant aux critères de dépression ayant consulté un médecin de famille ou un autre spécialiste en santé mentale, le taux de besoins non comblés en santé mentale<sup>1</sup> était élevé et atteignait les 60 % (Starkes, Poulin et Kisely, 2005). Au cours de l'année 2012, le besoin le plus fréquemment exprimé était celui d'avoir des services de consultation psychosociale, suivi de près par un besoin en matière d'information (Sunderland et Findlay, 2013). Les deux dernières études citées ne font toutefois pas de différenciation selon le sexe (Starkes, Poulin et Kisely, 2005; Sunderland et Findlay, 2013). La recension des écrits a permis de constater qu'il y a un manque de connaissances sur les différences entre les hommes et les femmes souffrant de dépression, et ce, en ce qui a trait aux besoins non comblés. Ensuite, cette même recension a permis de mettre en évidence qu'aucune étude à ce jour ne traite de l'influence de consulter une infirmière de première ligne pour des raisons de santé mentale, sur les besoins non comblés chez les hommes et les femmes souffrant de dépression. Cette étude contribuera donc au

---

<sup>1</sup> Besoins non comblés en santé mentale : situation dans laquelle une personne ayant un trouble psychologique ne reçoit pas les soins requis (Bijl et Ravelli, 2000).

développement de la discipline infirmière, puisqu'elle permettra de mieux saisir la relation entre l'utilisation des services d'une infirmière de première ligne pour des raisons de santé mentale et les besoins non comblés en santé mentale. Dans cette étude, une attention particulière sera portée sur les différences de sexe en ce qui concerne les besoins non comblés en santé mentale. Enfin, les résultats de cette étude vont permettre aux infirmières d'adapter leurs interventions selon le sexe, dans un contexte de soins de première ligne, chez une clientèle souffrant de dépression.

Bon nombre d'études se basent sur le modèle comportemental de l'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman pour analyser les divers besoins de soins de santé mentale (Meadow et Burgess, 2009; Starkes, Poulin et Kisely, 2005; Sunderland et Findlay, 2013). Ce modèle « associe à l'utilisation des services de santé des facteurs de prédisposition (liés à la tendance de cette utilisation), des facteurs facilitants (disponibilité des installations et du personnel et la connaissance des ressources disponibles et la capacité à y accéder) et des facteurs liés au degré de maladie (état de santé) » (Sunderland et Findlay, 2013, p. 4). Le modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman est le cadre conceptuel de cette étude. Il est utilisé pour guider le choix des variables à l'étude. Pour le présent mémoire, une analyse secondaire des données obtenues par le biais du projet Dialogue (2006-2010), une vaste enquête portant sur les facteurs organisationnels et contextuels influençant la qualité des services en santé mentale de première ligne, a été effectuée (Réseau Qualaxia, 2008).

## 1.1 Objectifs de l'étude

L'objectif principal de cette étude est d'examiner si, chez des personnes souffrant d'un épisode dépressif majeur (ÉDM), le fait d'avoir consulté une infirmière de première ligne (IPL) pour des raisons de santé mentale est associé à un taux plus bas de besoins non comblés en santé mentale (BNCSM), et si cette association est influencée selon le sexe de la personne qui consulte.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont de :

1. Décrire l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale par les hommes et les femmes souffrant d'un EDM.
2. Décrire les types et les taux de BNCSM des hommes et des femmes souffrant d'un EDM.
3. Décrire les raisons rapportées par les hommes et les femmes souffrant d'un EDM pour expliquer la présence de BNCSM.
4. Étudier l'association entre l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale par les hommes et les femmes souffrant d'un EDM et la présence BNCSM.
5. Étudier l'association entre l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale et la présence BNCSM, et ce, séparément pour les hommes et pour les femmes souffrant d'un EDM.

*Chapitre 2*

*Recension des écrits*

Ce chapitre comprend cinq sections. La première section porte sur la définition et l'épidémiologie de la dépression ainsi que sur les symptômes et le dépistage. La deuxième définit les besoins non comblés en santé mentale ainsi que les facteurs qui leur sont associés. La troisième section décrit le rôle de l'infirmière tandis que la quatrième dépeint les services de première ligne. Enfin, nous présentons le cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé qui guide la présente étude.

## 2.1 La dépression

Dans un premier temps, nous proposerons une définition de la dépression et exposerons les critères diagnostiques. Dans un deuxième temps, l'épidémiologie de la dépression sera présentée. Ensuite, nous procéderons à une brève présentation des symptômes dépressifs selon le sexe. Finalement, nous consacrerons la dernière partie de cette section pour le dépistage de la dépression.

### 2.1.1 Définition de la dépression

La dépression est une maladie dont les répercussions touchent toutes les sphères de la vie et dépassent même largement la personne qui en souffre (OMS, 2012). L'OMS (2016) définit la dépression comme un trouble mental courant qui se traduit par une tristesse, une perte d'intérêt ou de plaisir, un sentiment de culpabilité ou une faible estime personnelle, des troubles du sommeil ou de l'appétit, d'une sensation de fatigue et des troubles de concentration. La dépression peut être de longue durée et récurrente. Ce

trouble mental touche principalement la capacité de l'individu à fonctionner au niveau professionnel et personnel ainsi qu'à exécuter la tâche de la vie quotidienne.

En Amérique du Nord et dans les pays anglo-saxons, pour établir un diagnostic formel, les professionnels se basent principalement sur le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM), un ouvrage de référence produit par l'APA. Selon la 5<sup>e</sup> édition du DSM, pour répondre aux critères d'un épisode dépressif majeur (tableau 1), une personne doit présenter au minimum cinq symptômes précis sur une période d'au moins deux semaines (American Psychiatric Association, 2014). Ces derniers doivent représenter un changement dans le fonctionnement antérieur. On doit absolument y retrouver une humeur dépressive et/ou une perte d'intérêt ou de plaisir. Les autres manifestations peuvent être : une perte ou un gain significatif de poids; de l'insomnie ou de l'hypersomnie; de l'agitation ou un ralentissement psychomoteur; une perte d'énergie; de la dévalorisation ou bien de la culpabilité excessive; une diminution de la capacité à se concentrer; avoir des pensées de mort récurrentes et/ou des idées suicidaires (American Psychiatric Association, 2014).

### 2.1.2 Épidémiologie de la dépression

#### Prévalence et facteur de risque

Selon l'Organisation mondiale de la santé (2012), 350 millions d'individus souffrent de dépression dans le monde. Au Canada, la dépression est un trouble mental fréquent (Patten et al., 2006). Le taux de prévalence annuel de 12,2 % chez les Canadiens (Patten et al., 2006). Ces taux sont similaires au Québec, avec un taux de prévalence à vie

de 13,9 % (Kairouz, Boyer, Nadeau, Perreault et Fiset-Laniel, 2008). Le trouble de l'humeur qu'est la dépression se présente sous diverses formes, et touchera près d'un Québécois sur cinq au cours de sa vie (Gouvernement du Québec, 2015; Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015).

Il est reconnu que les femmes sont plus sujettes à la dépression que les hommes. Plus précisément, le ratio est de deux femmes pour un homme (Agence de la santé publique du Canada, 2002; OMS, 2016). Au Québec, le taux de dépression est 9,9 % chez la femme comparativement à 5,9 % chez l'homme (Fleury et Grenier, 2012). Selon une étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois menée en 2002, la prévalence de la dépression majeure à vie était de 17 % chez les femmes et de 11 % chez les hommes (Institut de la statistique du Québec, 2010). Selon l'OMS (2012). En outre, chez les femmes, la violence conjugale est une cause importante de dépression et des pensées suicidaires.

La dépression ne discrimine pas. En effet, elle peut toucher autant les enfants que les adolescents, tout comme les adultes, jeunes ou vieux confondus (Gouvernement du Québec, 2015). Toutefois, des études antérieures ont démontré des différences de prévalence des troubles mentaux en fonction de l'âge. En effet, il y a une plus faible prévalence de dépression chez les personnes âgées par rapport aux jeunes adultes (Ford, Bryant et Kim, 2012). Le Canada n'y fait pas exception : la prévalence la plus élevée des troubles de l'humeur sur une période de 12 mois se retrouve chez la population âgée de

15 à 24 ans et principalement chez les femmes (Ford, Bryant et Kim, 2012). Plus précisément, sur une période de 12 mois, et ce, par rapport aux femmes âgées de 65 ans et plus, les femmes de 15 à 24 ans ont une 5 fois plus de probabilité de recevoir un diagnostic de dépression majeure (Kairouz et al. 2008).

L'issue la plus tragique de la dépression est le suicide (OMS, 2016). Bien qu'il soit un phénomène multifactoriel, des liens solides ont été établis entre la dépression et ce dernier (Mansfield et al., 2008; Ogrodniczuk et Oliffe, 2011; OMS, 2012; Tremblay et al., 2007). En 2007, on estimait la prévalence mondiale à 8 500 000 suicides réussis chaque année (Ogrodniczuk et Oliffe, 2011). Selon les mêmes auteurs, 30 à 70 % des gens morts par suicide étaient atteints d'un trouble de l'humeur et majoritairement de dépression (Ogrodniczuk et Oliffe, 2011). En 2010, 1 089 décès par suicide ont été enregistrés au Québec, dont 829 Québécois et 258 Québécoises (Légaré, Gagné, St-Laurent et Perron, 2013). Ainsi, comme lu dans Tremblay et Roy (2012), « considérant que la dépression est étroitement associée à la mortalité par suicide, la distribution de la dépression entre les femmes et les hommes semble indiquer une relation discordante. En effet, les femmes sont près de deux fois plus nombreuses à avoir un diagnostic de dépression, alors que le taux de suicide est trois à quatre fois plus élevé chez les hommes » (p. 6).



## La dépression : une maladie chronique

Les personnes souffrant de dépression subissent de multiples épisodes de rechute<sup>2</sup>, de récurrences<sup>3</sup> et parce qu'un épisode peut durer plusieurs mois, elle est considérée par plusieurs comme une maladie chronique (Monroe et Harkness, 2012; OMS, 2001). Plus précisément, en l'absence d'un traitement adéquat, dans 20 % des cas, la dépression devient un problème chronique sans rémission (OMS, 2001). Le taux de récurrence de la maladie est élevé. En effet, il est de 35 % au cours des deux premières années suivant l'épisode initial et de 60 % sur 12 ans (OMS, 2001). Selon Monroe et Harkness (2012), environ 60 % des individus ayant eu un diagnostic de dépression majeure auront un deuxième épisode, 70 % de ceux qui ont vécu cette seconde dépression majeure vont de nouveau en souffrir pour une troisième fois et 90 % de ceux ayant trois ou plusieurs épisodes subiront de futures récurrences.

## Coût sociétal de la dépression

La dépression est la première cause d'invalidité à travers le monde (OMS 2016). Chez les Canadiens dans la tranche d'âge se situant entre 15 et 59 ans, la dépression est la maladie imputable du plus grand nombre d'années perdues pour cause de décès prématuré ou d'incapacité (Rapport de l'état de santé publique, 2011). En plus d'être un fardeau pour la personne et sa famille, la dépression en représente aussi un pour notre société, car elle est désormais la première cause d'invalidité (OMS, 2016). De plus hauts taux de pauvreté

---

<sup>2</sup> Rechute : Reprise évolutive d'une maladie qui était en voie de guérison (Larousse, 2016).

<sup>3</sup> Récurrence : Réapparition d'une maladie qui était complètement guérie (Larousse, 2016).

et de chômage sont souvent présents chez les personnes atteintes de maladies mentales comme la dépression (Rapport de l'état de santé publique, 2011). Selon l'Ordre des psychologues du Québec (2010), les coûts annuels directs et indirects de la dépression au Canada s'élèveraient à 14,4 milliards de dollars, ce qui la classerait comme l'une des maladies les plus coûteuses au Canada. Comme l'indique l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal (2015), au Canada, les coûts d'invalidité se situeraient entre quatre à douze pour cent des coûts salariaux. De plus, les demandes de règlement lié à la dépression ont dorénavant dépassé celles relatives aux les maladies cardiovasculaires pour en faire la catégorie de coût d'invalidité qui augmentent le plus rapidement au Canada (Institut universitaire en santé mentale de Montréal, 2015)

### 2.1.3 Présentation des symptômes de la dépression selon le sexe

De nombreuses études ont comparé les hommes et les femmes et il a été établi que les deux sexes souffriraient de la dépression d'une manière similaire, mais qu'ils manifesteraient de façons différentes leur détresse psychologique (Emslie, Ridge, Ziebland, et Hunt, 2007; Johnson et al 2012). Ainsi, dans cette section, la distinction entre sexe et genre sera tout d'abord faite. Ensuite, la différenciation dans la présentation des symptômes dépressifs selon le sexe sera présentée selon 3 thèmes soit : l'expression des émotions, les symptômes somatiques et l'extériorisation des symptômes dépressifs.

## Définition du sexe

Il est parfois complexe de saisir exactement ce que l'on entend par le vocable « sexe » et comment ce dernier se distingue de celui de « genre » qui lui est étroitement lié (OMS, 2014). Le sexe réfère à un ensemble d'attributs biologiques chez l'humain (OMS, 2014). Il est principalement associé à des caractéristiques physiques et physiologiques, y compris les chromosomes sexuels, l'expression des gènes, les niveaux d'hormones et l'anatomie reproductive/sexuelle. Le sexe est généralement classé comme mâle ou femelle, mais il existe des variations dans les caractéristiques biologiques qui composent le sexe et la façon dont ces attributs sont exprimés (OMS, 2014; IRSC, 2010). Le genre, quant à lui, fait référence aux rôles socialement construits, aux comportements, aux expressions, aux activités et leurs attributs qu'une société considère comme adéquats pour les hommes et les femmes (OMS, 2014; IRSC, 2010). Le genre influence la façon dont les gens se perçoivent et perçoivent les autres, la façon dont ils agissent et interagissent entre eux ainsi que la hiérarchisation du pouvoir et des ressources dans la société (IRSC, 2010). Étant couramment conçu comme binaire (fille/femme et garçon/homme), le genre se traduit dans une multitude de comportements (OMS, 2014; IRSC, 2010).

## Expression des émotions

Tout d'abord, selon Emslie, Ridge, Ziebland et Hunt (2007) concernant l'expression des émotions, tant les femmes que les hommes essayent de diminuer leur détresse émotionnelle en évitant de penser à leurs problèmes. Pour y arriver, ils utilisent

une stratégie de repli sur soi-même, d'isolement ou de recherche de distractions (Emslie et al., 2007). Ensuite, une étude ayant utilisé un échantillon de convenance d'enseignants et d'étudiants (22 femmes et 16 hommes) discutant de leurs expériences lors d'entrevues narratives en profondeur sur le fait d'être déprimés a dégagé les résultats suivants : les femmes avaient tendance à faire état de leurs émotions en pleurant et en cherchant de l'aide alors que les hommes étaient plus disposés à tenter de supprimer leur désarroi par de la colère et/ou de la violence comme moyens d'expression de leurs émotions (Emslie et al., 2007). Un autre groupe de chercheurs, ayant utilisé la méthodologie de la théorisation ancrée, abonde dans le même sens précisant que les hommes tenteraient de cacher les émotions et de tenir une distance émotionnelle avec leurs pairs (Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009). Ils ont aussi constaté que les femmes utilisaient la verbalisation comme réponse à la dépression tandis que les hommes étaient plus enclins à externaliser (ex. : surinvestissement au travail) ou à somatiser (ex. : avoir des symptômes physiques) leur détresse (Chuick et al., 2009). De plus, les hommes ont décrit un processus dans lequel les émotions négatives telles que l'apathie, la tristesse, la solitude, l'irritabilité, la honte et la perte de contrôle étaient intensifiées, et ce, par le biais de suppression des émotions lorsque celle-ci était utilisée comme méthode d'adaptation (Chuick et al., 2009).

### Symptômes somatiques

Ensuite, selon Ogrodniczuk et Oliffe (2011), de nombreux hommes qui consultent des professionnels de la santé ne mentionnent pas d'emblée qu'ils se sentent tristes ou

déprimés. En fait, ils mentionnent rarement des problèmes d'ordre émotionnel ou comportemental; les hommes semblent être plus disposés à parler de leurs problèmes émotionnels comme étant un « stress » plutôt que de la tristesse ou de la dépression (Ogrodniczuk et Oliffe, 2011). Des études ont montré qu'ils ont généralement tendance à être alexithymiques<sup>4</sup> lors des consultations (Oliffe et Philipps, 2008). D'après de nombreuses études, les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à rapporter des symptômes somatiques plutôt que de verbaliser leur détresse émotionnelle (Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009; Emslie, Ridge, Ziebland et Hunt, 2007; Roy et Tremblay, 2009). Möller-Leimkühler (2001) vient compléter cette affirmation en indiquant que ce sont davantage les symptômes physiques qui sont le facteur déterminant de consultation et qui augmenteraient la probabilité de consulter en première ligne ce, peu importe le sexe. Cependant, contrairement aux femmes, les hommes ne feraient toutefois pas toujours mention de leurs problèmes psychosociaux comme une raison supplémentaire de consultation (Möller-Leimkühler, 2001). De plus, dans un groupe de discussion mené par l'Institut national de la santé mentale du Canada afin d'évaluer les connaissances sur la dépression, les hommes ont décrit leurs propres symptômes de dépression sans se rendre compte qu'ils étaient déprimés. Beaucoup ne savaient pas que les symptômes physiques, tels les céphalées, les troubles digestifs et la douleur chronique, pouvaient être associés à la dépression (Mental Health Canada, 2014).

---

<sup>4</sup> Alexithymie : Difficulté dans l'expression orale des émotions et à avoir tendance à décrire en détail les faits, les événements, les symptômes physiques.

## Extériorisation des symptômes dépressifs

L'extériorisation des symptômes dépressifs, plus particulièrement en ce qui a trait à l'abus de substances, diffère grandement d'un sexe à l'autre. Les hommes sont plus susceptibles que les femmes de développer un problème de consommation d'alcool ou de toxicomanie lorsqu'ils souffrent de dépression majeure (Leach et al., 2011). Nombre d'études attestent que ces comportements chez l'homme sont des symptômes atypiques de la dépression et qu'ils ne sont pas inclus dans les critères diagnostiques traditionnels (Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009; Emslie, Ridge, Ziebland, et Hunt, 2007; Ogrodniczuk et Oliffe, 2011; Möller-Leimkühler, 2001). En plus de l'abus de substances comme symptôme atypique de la dépression, l'homme dépressif peut aussi exprimer sa tristesse par une constellation de symptômes comprenant la colère, l'agressivité, l'hostilité, l'irritabilité, les comportements antisociaux, le retrait et peut devenir sexuellement actif outre mesure (Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009; Emslie, Ridge, Ziebland et Hunt, 2007; Ogrodniczuk et Oliffe, 2011; Möller-Leimkühler, 2001).

En somme, bon nombre des comportements d'extériorisation des symptômes dépressifs que présentent les hommes dépressifs peuvent être attribués à tort à des comportements normaux ou à d'autres affections comme le trouble de la personnalité (Oliffe et Phillips, 2008). L'abus de substances, l'augmentation des comportements sexuels ainsi que la colère semblent être des symptômes spécifiques à l'homme et ne sont pas répertoriés dans les critères diagnostiques de la dépression, ce qui peut participer à un sous-diagnostic chez ce dernier.

#### 2.1.4 Le dépistage de la dépression

Le dépistage des symptômes dépressifs est particulièrement important chez les hommes étant donné qu'ils sont moins enclins que les femmes à aborder le sujet de la dépression (Leach et al., 2011). Comme il a été mentionné précédemment, les hommes et les femmes expriment différemment leur détresse émotionnelle. Cette dissemblance pourrait être à la base même de la disparité entre les taux diagnostiques entre les deux sexes (Emslie, Ridge, Ziebland et Hunt, 2007). Dans cette section, il sera donc question : du recours aux services de santé selon le sexe, des problèmes de détection et de l'adaptation des critères diagnostiques.

##### Recours aux services de santé selon le sexe

Selon des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, la probabilité qu'une femme ait recours à un service de santé mentale est 1,5 fois plus élevée que pour un homme en ce qui a trait aux services psychiatriques (Baril, 2009). Lorsque les hommes demandent de l'aide professionnelle, cette requête se fait souvent tardivement dans le processus de la maladie (Olliffe et Philips, 2008). De plus, beaucoup d'entre eux éprouvent des difficultés à exprimer leurs besoins aux cliniciens (Olliffe et Philips, 2008). Comprendre l'interaction entre le comportement des hommes et les services de santé est particulièrement pertinent, car ces derniers qui demandent de l'aide professionnelle ont souvent de la difficulté à obtenir les soins appropriés en fonction de leurs besoins (Olliffe et Philips, 2008; Mansfield et al., 2008). De plus, Brownhill et al. (2005) émettent l'hypothèse que les hommes qui pratiquent la suppression des émotions pour être

cohérents avec les idéaux masculins dominants (par exemple : éviter d'être perçu comme faible et/ou vulnérable) ont tendance à ne pas être détectés et à moins chercher d'aide psychologique.

### Problème de détection

Le problème de détection ne provient pas seulement du comportement des hommes, mais aussi des professionnels de la santé. Plus précisément, selon Oliffe et Philips (2008), le discours de ces derniers présente souvent une tendance à ignorer les différences entre les sexes dans l'expression des symptômes de la dépression. En effet, ces auteurs rapportent que le système médical ne tient pas compte des différences entre les hommes et les femmes, soulignant que les critères diagnostiques de la dépression sont susceptibles de perpétuer et de reproduire des stéréotypes (Oliffe et Philips, 2008). Ainsi, comme précisé par Tremblay (2012), un portrait féminisé de la dépression majeure est présenté dans les ouvrages de référence en santé mentale, ce qui pourrait expliquer pourquoi les symptômes dépressifs des hommes sont moins bien reconnus. La différence au niveau des taux de dépression pourrait être attribuée au fait que les critères diagnostiques traditionnels pour la dépression majeure utilisent comme mesure des symptômes ou des référents davantage liés aux stéréotypes féminins comme la tristesse, les pleurs, la perte d'intérêt et l'apparence physique (Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009; Oliffe et Philips, 2008; Roy et Tremblay, 2009). Le tableau 1 présente une synthèse de la comparaison des symptômes dépressifs tels que présentés dans le DSM-5 et ceux chez l'homme.



### Adaptation des critères diagnostiques

Il a été suggéré d'adapter les critères diagnostiques afin de représenter adéquatement les expériences des hommes dans le but ultime d'identifier plus précisément les hommes déprimés dans la pratique clinique (Oliffe et Philips, 2008). À cet effet, Rutz (1999) a développé un outil de dépistage : Gotland Male Depression Scale. Cet outil validé a été traduit en allemand, anglais, danois, islandais et finlandais, et il est utilisé cliniquement pour évaluer les comportements masculins liés à dépression comme : la tolérance au stress, l'agressivité, la maîtrise de soi, l'utilisation de techniques d'automédication, l'excès de travail et d'activité physique (Oliffe et Phillips, 2008; Zierau, Bille, Rutz, Bech, 2002).

Tableau 1

## Comparaison des symptômes dépressifs

**Symptômes d'un épisode de dépression majeure**

<b>Symptômes selon le DSM-5</b> (chez hommes et femmes)	<b>Symptômes fréquemment retrouvés</b> <b>chez l'homme</b>
<p>Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins un des symptômes est soit :</p> <p>(1) une humeur dépressive;</p> <p>(2) une perte d'intérêt ou de plaisir.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>Humeur dépressive;</li> <li><input type="checkbox"/>Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités;</li> <li><input type="checkbox"/>Perte ou gain de poids significatif (5 %);</li> <li><input type="checkbox"/>Insomnie ou hypersomnie;</li> <li><input type="checkbox"/>Agitation ou ralentissement psychomoteur;</li> <li><input type="checkbox"/>Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée;</li> <li><input type="checkbox"/>Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision;</li> <li><input type="checkbox"/>Pensées de mort récurrentes, idées suicidaires ou tentative de suicide.</li> </ul> <p style="text-align: right;">(APA, 2014)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>•Symptômes physiques (céphalées, troubles digestifs et douleur chronique);</li> <li>•Colère, irritabilité;</li> <li>•Retrait social;</li> <li>•Comportements antisociaux;</li> <li>•Hypersexualité;</li> <li>•Abus de substances/automédication.</li> </ul> <p>(Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009; Emslie, Ridge, Ziebland, et Hunt, 2007; Ogrodniczuk et Oliffe, 2011; Möller-Leimkühler, 2001).</p>

## 2.2 Besoins de soins non comblés en santé mentale

Dans cette section, une définition d'un besoin de soins non comblé sera d'abord proposée. Ensuite, il sera question des facteurs associés aux BNCSM ainsi que les types de BNCSM

### 2.2.1 Définition de besoin de soins non comblé

Les besoins de soins non comblés sont définis comme « la différence entre les services de santé jugés nécessaires pour traiter un problème de santé particulier et les services effectivement reçus » (Pineault et al., 2007, p.1). Ces derniers peuvent être classés en trois catégories : comblés, partiellement comblés et non comblés. Selon la littérature, les individus rapportant des besoins non comblés se classent en deux catégories distinctes. Tout d'abord, il y a ceux qui n'ont pas utilisé le système de santé et ceux qui en ont fait usage, mais qui considèrent toujours que leurs besoins ne sont que partiellement voire non satisfaits (Parslow et Jorm, 2001).

### 2.2.2 Facteurs associés aux besoins non comblés en santé mentale

Pour beaucoup de Canadiens souffrant de troubles mentaux, les besoins en matière de soins de santé mentale ne sont pas tous satisfaits (Sunderland et Findlay, 2013). Il est démontré que les taux de besoins non satisfaits sont élevés chez les individus répondant aux critères de maladie mentale, et ce, notamment chez ceux qui souffrent de dépression (Sunderland et Findlay, 2013). L'âge, le sexe, la scolarité, le statut matrimonial, le fait d'avoir une assurance complémentaire, le statut économique, la présence d'une maladie

chronique, la présence de trouble anxieux associé et la santé mentale perçue sont des variables importantes qui sont associées à plus de besoins non satisfaits en ce qui a trait au trouble de santé mentale (Bijl et Ravelli, 2000; Dezzetter et al., 2015; Nelson et Park, 2006; Sunderland et Findlay, 2013).

### Âge

D'abord, pour ce qui est de l'âge, une étude démontre que les personnes de 65 ans et plus sont huit fois moins susceptibles d'avoir des besoins de soins non comblés en santé mentale que ceux du groupe d'âge de 15 à 24 ans (Nelson et Park, 2006). C'est chez les jeunes qui ont un faible niveau d'éducation et peu de ressources socioéconomiques, ainsi que chez ceux qui ont des problèmes de toxicomanie ou de dépendance que l'on retrouve un faible taux de satisfaction et des attitudes négatives à l'égard de l'utilisation des services de santé mentale (Jagdeo, Cox, Stein et Sareen, 2009). De plus, Ford, Bryant et Kim (2012) ajoutent qu'il existe des différences au niveau de la satisfaction et de la perception des bénéfices liés à l'utilisation des services de santé mentale. Dans les faits, les personnes âgées qui utilisent les services de santé mentale sont généralement plus satisfaites et perçoivent plus les bénéfices en ce qui concerne les services reçus que leurs homologues plus jeunes. Une autre étude démontre que les patients de 45 ans et plus ont déclaré des niveaux significativement plus élevés des besoins de soins de santé mentale non satisfaits (Starkes, Poulin et Kisely, 2005). Ces études laissent voir que l'âge est un facteur qui influence le fait d'avoir des besoins de soins non comblés, mais aucun consensus sur le sens de l'association n'est présent dans la littérature.

## Sexe

Ensuite, en ce qui concerne le sexe, dans une étude réalisée aux Pays-Bas sur un échantillon d'adultes représentatif de la population ( $n = 7147$ ), les besoins non comblés de soins de santé mentale rapportés étaient de 16,8 % pour les deux sexes, plus précisément de 9,9 % chez les hommes et de 23,9 % chez les femmes (Bijl et Ravelli, 2000). Nelson et Park (2006), utilisant les données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, abondent dans le même sens; les femmes rapportent plus fréquemment des besoins de soins non comblés en santé mentale.

## Scolarité

Maintenant, concernant la scolarité, les adultes ayant atteint le niveau universitaire étaient plus susceptibles de déclarer des besoins de soins non comblés en matière de santé mentale que ceux ayant un diplôme d'études secondaire (6,12 % contre 4,83 %) (Ojeda, Bergstresser et Kline, 2008).

## Statut matrimonial

Bien que le statut matrimonial soit un facteur associé aux besoins non comblés en santé mentale pris en considération dans de nombreuses études, à notre connaissance, peu d'études récentes se sont penchées sur les facteurs. Ce que les recherches tendent à démontrer c'est que les personnes mariées ont une meilleure santé mentale et physique que celles non mariées (Cotten, 1999). Les explications à cette affirmation reposent, entre autres, sur le fait que le mariage est une importante source de soutien social (Cotten, 1999).

Une association claire entre le statut matrimonial et les besoins non comblés en santé mentale reste toujours à démontrer.

#### Statut économique et assurances complémentaires

Les besoins de soins de santé mentale non comblés semblent être inversement liés au revenu familial. Plus précisément, ils sont de 7,42 % chez les adultes dont le revenu familial est inférieur à 20 000 \$ par an et de 4,41 % chez les adultes ayant un revenu supérieur à 50 000 \$ par an (Ojeda, Bergstresser et Kline, 2008). D'emblée, une association a également été observée entre le fait de ne pas avoir une assurance privée ainsi que de se percevoir économiquement pauvre/très pauvre et le fait d'avoir des besoins de soins non comblés (Dezetter et al. 2015). Les obstacles financiers, l'absence d'assurance privée, ou l'insuffisance de l'assurance acquise à couvrir suffisamment de séances par rapport au nombre nécessaire, sont souvent nommés comme étant des barrières à l'accessibilité à la psychothérapie (Dezetter et al. 2015).

#### Maladie chronique

Ensuite, les personnes ayant des maladies chroniques sont plus susceptibles d'avoir un besoin perçu de soins de santé mentale, comparativement aux personnes n'ayant pas ces problèmes de santé (Sunderland et Findlay, 2013). Toutefois, elles sont moins susceptibles de présenter des besoins de soins de santé mentale non comblés (Sunderland et Findlay, 2013). L'explication vient du fait que les personnes ayant plusieurs problèmes de santé chroniques ont des contacts plus fréquents avec des

professionnels du milieu médical (Sunderland et Findlay, 2013). Ainsi, les professionnels rencontrés peuvent satisfaire lesdits besoins ou encore les diriger vers des soins appropriés (Sunderland et Findlay, 2013).

#### Trouble anxieux associé

Les personnes ayant un trouble anxieux concomitant à leur dépression sont plus enclines à avoir des besoins de soins de santé mentale partiellement comblés (Sunderland et Findlay, 2013). En effet, les individus ayant un trouble anxieux concomitant à leur dépression seraient trois fois plus susceptibles d'avoir des BNCSM que ceux souffrant seulement d'anxiété (Mojtabai, Olfson, et Mechanic, 2002; Sunderland et Findlay, 2013).

#### Santé mentale perçue

Finalement, en ce qui concerne la santé mentale perçue par le patient, le fait de se percevoir en bonne santé mentale est associé à un nombre moins élevé de besoins de soins de santé mentale non comblés (Sunderland et Findlay, 2013). À l'inverse, les gens éprouvant des niveaux élevés de détresse (perception de l'état de santé mentale) sont beaucoup plus disposés à avoir des besoins de soins de santé mentale non comblés que des besoins entièrement satisfaits (Sunderland et Findlay, 2013).

#### 2.2.3 Types de besoins de soins non comblés

Selon l'étude sur les besoins perçus de soins de santé mentale au Canada menée par Sunderland et Findlay (2013), les participants identifiaient les besoins de soins

suivants : un besoin de services de consultation psychosociale (non comblé : 19,3 %, partiellement comblé : 15,7 % comblé : 64,5 %) un besoin pour des médicaments (non comblé : 4,2 %, partiellement comblé : 4,9 %, comblé : 90,9 %), un besoin en matière d'informations (non comblé : 24,5 %, partiellement comblé : 6,3 % comblé : 69,2 %) et un besoin pour un autre type de besoin (non comblé : 0 %, partiellement comblé : 17,3 % comblé : 82,7 %).

### Consultation psychosociale

Les services de consultation psychosociale constituent le type de besoin de soins de santé mentale le plus probable d'être déclaré et à la fois le moins susceptible d'être satisfait (Sunderland et Findlay, 2013). En effet, le manque d'accès aux ressources psychologiques et les coûts associés en sont les principales causes (Fossey, Harvey, Mokhtari et Meadows 2012). Ces besoins perçus soulignent un désir de solution de remplacement aux médicaments ou d'un complément d'aide pour élaborer des stratégies d'autogestion. Ces stratégies servent à outiller la personne pour faire face aux difficultés émotionnelles et relationnelles ainsi que pour la gestion du stress (Fossey, Harvey, Mokhtari et Meadows 2012). D'autres interventions psychosociales pour les besoins de soins non comblés ont été identifiées telles que de l'aide pratique pour contrer l'isolement, de l'enseignement pour favoriser les autosoins, du soutien pour la gestion des finances, de l'aide pour la recherche d'emploi et/ou de logement, de l'aide pour les tâches domestiques et du soutien dans les rôles parentaux (Fossey, Harvey, Mokhtari et Meadows, 2012; Sunderland et Findlay, 2013).



## Médication

Dans la littérature, les besoins au niveau de la prescription d'antidépresseurs étaient majoritairement comblés. Plus précisément au Canada, chez 91 % des sujets interrogés, les besoins de médicaments étaient susceptibles d'être satisfaits (Sunderland et Findlay, 2013). Toutefois, le concept de médication est souvent interrelié à un besoin d'informations. Les lacunes pour ce qui est de l'éducation, l'information et de la communication sur les traitements pharmacologiques possibles sont souvent identifiées comme étant des besoins non comblés chez les utilisateurs des soins en santé mentale (Fossey, Harvey, Mokhtari et Meadows 2012; Prins, Verhaak, Meer, Penninx et Bensing, 2008; Sunderland et Findlay, 2013).

## Informations

En ce qui a trait aux besoins en matière d'information générale, environ sept Canadiens sur dix estiment que leurs besoins avaient été comblés (Sunderland et Findlay, 2013). Dans leur étude, Fossey et collaborateurs (2012) ont identifié des besoins non comblés en matière d'information, dont ceux liés à la maladie, aux options de traitement et à l'accès aux services. De plus, une minorité des participants a affirmé avoir des besoins non comblés d'information par rapport à la santé physique, aux bonnes habitudes de vie et aux ressources communautaires (Fossey, Harvey, Mokhtari et Meadows, 2012).

## 2.3 Le rôle de l'infirmière

Le rôle joué par les infirmières dans le système de santé a toujours été très diversifié et essentiel. Il y a eu une évolution constante du rôle à travers le temps. Le champ d'exercices de l'infirmière s'est élargi et comprend maintenant plus de responsabilités au niveau de la prestation des soins. Ainsi, dans cette section, une définition du rôle de l'infirmière sera d'abord présentée. Ensuite, les actes réservés liés à la santé mentale seront exposés.

### 2.3.1 Définition du rôle de l'infirmière

Quel que soit le domaine dans lequel elle travaille, le rôle d'une infirmière, et ce, selon l'article 36 de la loi sur les infirmières et les infirmiers, consiste : « à évaluer l'état de santé, à déterminer et à assurer la réalisation du plan de soins et de traitements infirmiers, à prodiguer les soins et les traitements infirmiers et médicaux dans le but de maintenir et de rétablir la santé de l'être humain en interaction avec son environnement et de prévenir la maladie ainsi qu'à fournir les soins palliatifs » (OIIQ, 2013, p.1).

### 2.3.2 Actes réservés liés à la santé mentale

L'infirmière, dans son champ de pratique, possède dix-sept actes réservés tels qu'effectuer le suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes (OIIQ, 2013). L'une des assises de l'exercice infirmier consiste au suivi clinique des personnes présentant des problèmes de santé complexes (OIIQ, 2013). À titre d'exemple,

le fait d'impliquer une IPL dans un groupe de professionnels travaillant de manière collaborative a été démontré efficace pour la gestion d'un épisode dépressif (Katon. et al., 2010). De plus, en se basant sur les guides de pratiques exemplaires, l'infirmière peut intervenir de multiples façons auprès de cette clientèle vulnérable (Saur et al., 2002). C'est en aidant les patients dépressifs dans la gestion de la médication, en offrant un soutien psychosocial, en agissant à titre de gestionnaire de cas, en faisant la promotion de l'autogestion des symptômes et en participant à pallier les déficits liés aux soins qu'elle exploite son plein potentiel (Saur et al., 2002). Plus précisément, dans une étude randomisée contrôlée (N=211), des patients, qui ont eu un suivi en clinique ainsi qu'un suivi téléphonique effectué par une infirmière de première ligne sur une période de 24 mois, ont montré une rémission de 74 % comparativement à 41 % pour le groupe témoin (Kavanagh, Beaucage, Cardinal et Aubé, 2006). Une amélioration au niveau fonctionnel, émotionnel et physique ainsi qu'une augmentation de l'adhérence au traitement a été observée chez les patients ayant un suivi à long terme (Kavanagh, Beaucage, Cardinal et Aubé, 2006). Certes, cette étude ne distingue pas les résultats de l'intervention selon le sexe; toutefois, elle peut s'avérer une piste d'intervention intéressante à considérer par les infirmières de première ligne et à adapter selon les besoins spécifiques des hommes et des femmes.

Un autre acte réservé à l'infirmière est d'évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique (OIIQ, 2013). C'est grâce à une relation de proximité fondée sur la bienveillance, les infirmières sont en mesure d'évaluer et de reconnaître la nécessité d'un soutien psychologique. En raison de cette relation étroite qu'ils

entretiennent avec l'infirmière, certains hommes, à la suite d'une évaluation de leur état mental, sont plus enclins à accepter les recommandations faites par cette dernière (Smith et Robertson, 2006). Ensuite, une revue de littérature conclut que, pour tous sexes confondus, les infirmières sont aussi précises dans la reconnaissance des symptômes dépressifs que le personnel médical (Mitchell et Kakkadasam, 2011). La plupart des études ciblant les infirmières de première ligne ne font pas de distinction entre les deux sexes, malgré un corpus de littérature important qui souligne les différences hommes/femmes au niveau de la dépression. À notre connaissance, il existe donc très peu de littérature sur l'utilisation des services infirmiers de première ligne, et ce, selon le sexe, chez une clientèle souffrant d'un EDM.

En somme, les infirmières travaillent à promouvoir la santé, prévenir la maladie et jouent un rôle d'*advocacy* pour aider les patients à faire face à la maladie (Smith et Robertson, 2006). C'est par le biais de la promotion de la santé mentale et le soutien aux patients lors de maladies, de souffrances ou de blessures que les infirmières peuvent outiller les hommes et les femmes en favorisant l'accès à des services de santé mentale et en les orientant vers les ressources appropriées (Smith et Robertson, 2006).

#### 2.4 Les services de santé de première ligne

L'analyse de services de santé de première ligne comporte trois volets : dans le premier, nous définirons les services de santé mentale, dans le deuxième volet nous examinerons les services de santé de première ligne et la santé mentale. Finalement, le troisième parle de la collaboration.

### 2.4.1 Définition

Selon le directeur de la santé publique (2016), les services de santé de première ligne se définissent comme étant le premier point de contact de la population avec le réseau de la santé et des services sociaux. Ils incluent un lot de services courants de santé qui peuvent être assurés en CLSC, en centre de santé, à domicile ou en cabinet privé, et ce, en appuyant sur une infrastructure légère (Directeur de la santé publique, 2016). Comparativement, les services de deuxième ligne ciblent les gens qui ne peuvent plus rester dans leur milieu de vie. De plus, elle nécessite une infrastructure plus adaptée et une technologie plus avancée qui est miroitement retrouvé en centre hospitalier (Directeur de la santé publique, 2016).

### 2.4.2 Les services de santé de première ligne et la santé mentale

D'abord, les services de santé de première ligne sont reconnus pour leur efficacité, autant que ceux qui offrent des services spécialisés pour traiter les troubles mentaux, en plus de susciter moins de réticence en ce qui a trait à leur utilisation (Réseau Qualaxia, 2008). Les troubles mentaux sont la deuxième cause la plus fréquente (après les problèmes respiratoires) de consultation en première (Currid et al., 2012). On « estime que 25 % des utilisateurs de services de première ligne sont atteints d'un problème de santé mentale et que plus de 80 % des personnes qui consultent des professionnels pour un problème de santé mentale le font dans les services de première ligne » (Réseau Qualaxia, 2008). La responsabilité de la prise en charge des services est généralement partagée entre les médecins et les autres professionnels de la santé. Les

Canadiens sont plus enclins à consulter un omnipraticien quand il s'agit de soins de santé mentale se tournent toutefois vers d'autres professionnels tels que les infirmières ou les travailleurs sociaux (Lesage, Vasiliadis, Gagné, Dudgeon, Kasman et Hay, 2006). Selon l'enquête sur la santé mentale dans les collectivités canadiennes réalisée en 2012, les infirmières semblent toutefois être des professionnelles peu consultées lorsqu'il s'agit de problème de santé mentale et ce, comparativement aux travailleurs sociaux (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Plus précisément, parmi l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus ayant consulté au moins une ressource professionnelle pour des problématiques liées à la santé mentale, seulement 9,4 %<sup>5</sup> (7,2 %<sup>6</sup> hommes et 10,3 %<sup>5</sup> femmes) d'entre eux ont consulté une infirmière (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Tandis que pour les travailleurs sociaux, la proportion de la population québécoise en ayant consulté un s'élève à plus de 20 %<sup>4</sup> (21,6 %<sup>5</sup> hommes et 19,3 %<sup>4</sup>). En somme, « un nombre significatif consulte plus d'une source, ce qui semble indiquer que l'idée pour des soins de santé primaires axés sur la collaboration entre les professionnels pourrait être approfondie davantage » (Lesage et al., 2006, p. 1).

### 2.4.3 La collaboration

La notion de soins en collaboration est présente dans le protocole de soins, *Faire face à la dépression au Québec*, qui est à l'intention des intervenants de première ligne pour les guider dans le dépistage, l'évaluation et le traitement de la dépression selon les

---

<sup>4</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence.

<sup>6</sup> Coefficient de variation supérieur à 25 %; estimation imprécise, fournie à titre indicatif seulement.

meilleures recommandations actuellement disponibles (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012).

Les soins en collaboration sont définis comme : « des soins dispensés par des prestataires de spécialités, de disciplines ou de secteurs différents, qui travaillent ensemble à offrir des services complémentaires et un soutien mutuel. Comme dans tout partenariat efficace avec des objectifs communs, un processus décisionnel bien défini et équitable, ainsi que des communications ouvertes et régulières sont d'une importance capitale » (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012, p. 19). Une équipe multidisciplinaire, composée d'un médecin-omnipraticien et d'un gestionnaire de cas (fonction souvent confiée à une infirmière), assure le suivi proactif des patients et le tout est chapeauté par un spécialiste de la santé mentale comme un psychiatre (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012). *Faire face à la dépression au Québec* est basé sur un modèle de soins chroniques étant donné que cette maladie présente souvent des récives, des périodes de rémission, des rechutes et parce qu'elle évolue parfois vers une certaine forme de chronicité, notamment en l'absence de soins adéquats (Fournier, Roberge et Brouillet, 2012).

Il n'y a pas qu'au Québec que les soins en collaboration sont utilisés en première ligne pour traiter la dépression. En effet, une méta-analyse, effectuée par des chercheurs américains et anglais, conclut que les soins en collaboration, incluant une infirmière de première ligne, sont plus efficaces pour l'amélioration de la gestion des symptômes de la dépression à court comme à long terme (Gilbody, Bower, Fletcher, Richards et Sutton, 2006). Plusieurs modèles de collaboration efficaces pour la dépression dans les soins primaires ont été décrits. Ces modèles intègrent plusieurs professionnels de la santé

mentale de première ligne pour fournir un plus grand soutien aux patients dépressifs (Saur et al., 2002). Par exemple, le programme IMPACT (*Improving Mood: Providing Access to Collaborative Treatment*) propose dans leur modèle interprofessionnel d'identifier les problèmes de santé non résolus, de monitorer les réponses aux traitements, de remédier aux déficits en ce qui concerne les autosoins et de faire la promotion de l'autogestion de la maladie (Saur et al., 2002).

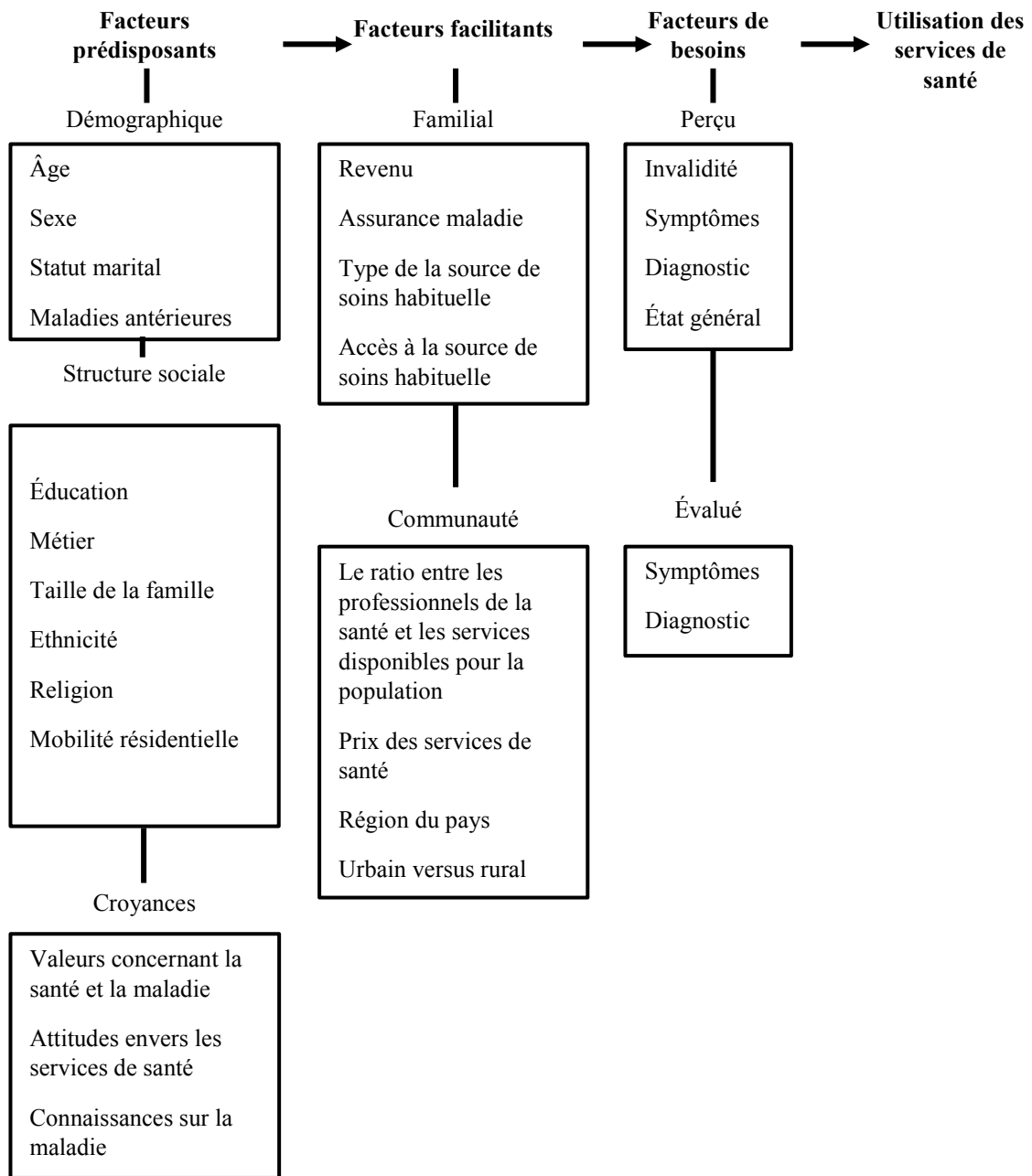
## 2.5 Cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé

Élaboré dans les années 1960 et révisé dans les dernières années, le Cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé proposés par Andersen et Newman (2005) a pour but de cerner les conditions qui facilitent ou entravent l'utilisation des services de santé. Pour ces deux auteurs, l'utilisation des services de santé peut être considérée comme un comportement individuel. Auparavant, la science comportementale a tenté d'expliquer les comportements individuels ou l'utilisation des services en fonction : des caractéristiques propres à l'individu, des caractéristiques de l'environnement dans lequel il vit et leurs interactions. Le cadre conceptuel d'Andersen et Newman (2005) présente une nouvelle façon de comprendre l'utilisation des services de santé en mettant l'accent sur trois points précis : les caractéristiques des modes de prestation des services de santé; les changements au niveau des technologies médicales; les normes sociales relatives à la définition et aux traitements de la maladie; les déterminants individuels (Andersen et Newman, 2005).



### 2.5.1 Le modèle

Les auteurs se sont surtout intéressés aux caractéristiques individuelles des personnes (figure 1), car selon eux, elles contribuent à déterminer leur utilisation des soins de santé (Andersen et Newman, 2005). Les auteurs du modèle présupposent qu'une séquence de conditions contribue au type de service de santé qu'une personne utilise et que l'utilisation dépend de la prédisposition de l'individu à utiliser les services, sa capacité à obtenir des services et ses besoins (Andersen et Newman, 2005). Certaines analyses ciblant les besoins de soins en santé mentale ont utilisé le modèle comportemental d'utilisation des services de santé d'Andersen et de Newman qui associe à l'utilisation des services de santé des facteurs prédisposant et facilitant ainsi que de besoins (Sunderland et Findlay, 2013).



(Andersen et Newman, 2005, traduction libre)

Figure 1 Cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé

Certains individus utilisent davantage les services de santé que d'autres. Selon le modèle d'Andersen et Newman (2005), les caractéristiques individuelles présentes avant l'apparition de la maladie peuvent, en partie, prédire cette propension et sont nommées facteurs prédisposants. Les hommes et les femmes ayant certaines de ces caractéristiques individuelles sont donc plus susceptibles d'utiliser les services de santé même si ces caractéristiques ne sont pas directement responsables de l'utilisation des services de santé (Andersen et Newman, 2005). Les facteurs prédisposants comprennent les variables démographiques, les caractéristiques sociales et les croyances. À titre d'exemple, l'âge et le sexe sont parmi les variables démographiques qui sont étroitement liées à la santé et la maladie (Andersen et Newman, 2005). Toutefois, l'âge et le sexe sont tout de même considérés comme des facteurs prédisposants dans la mesure où l'âge en soi n'est pas une raison pour utiliser les soins de santé. Les gens appartenant aux différents groupes d'âge n'ont pas tous le même nombre et le même type de maladies ce qui fait qu'ils n'ont pas nécessairement la même utilisation des services de santé (Andersen et Newman, 2005). Ensuite, pour ce qui est des variables qui constituent la structure sociale, elles reflètent la situation de l'individu se situe dans la société. Ainsi, l'éducation, l'ethnicité, la profession et la religion sont des caractéristiques mesurées (Andersen et Newman, 2005). Elles suggèrent un style de vie et un environnement social qui peuvent être associés à des comportements pouvant être liés à l'utilisation des services de santé (Andersen et Newman, 2005). Finalement, la dernière caractéristique concerne les croyances (Andersen et Newman, 2005). Il s'agit des convictions qu'un individu a par rapport à sa santé et qui influent sur ses comportements liés à la santé ou à la maladie (Andersen et Newman,

2005). Tout comme les autres variables, les croyances n'influencent pas directement l'utilisation des soins de santé, mais jouent tout de même un rôle important (Andersen et Newman, 2005).

Un facteur facilitant est défini par les auteurs comme étant une condition permettant à un individu de satisfaire un besoin de santé en ce qui concerne l'utilisation des soins de santé (Andersen et Newman, 2005). Le revenu et le niveau de couverture de l'assurance maladie peuvent, entre autres, être des conditions facilitantes (Andersen et Newman, 2005). En plus des particularités de l'individu, les caractéristiques de la communauté dans laquelle il vit peuvent avoir un impact sur son utilisation des services (Andersen et Newman, 2005). Les multiples points de services, un nombre suffisant de personnel, vivre dans un milieu urbain ou rural, ce ne sont que quelques exemples de caractéristiques prises en compte par le modèle (Andersen et Newman, 2005). Avoir des facteurs prédisposants et facilitants ne sont pas garant d'une utilisation des services de santé. En effet, elle doit percevoir ou entrevoir la possibilité d'avoir une ou des maladies. Le besoin de soin représente la cause la plus probable de l'utilisation des services de santé. Ces facteurs peuvent être mesurés, entre autres, par la gravité de la maladie, le niveau de détresse et par la durée des symptômes.

En somme, le modèle comportemental d'Andersen et Newman est un modèle d'utilisation de soins santé bien connu et très général. Des études d'envergure recensées, telles que le projet Dialogue au Québec ainsi que l'*Australian Survey of Mental Health and Wellbeing* en Australie ont utilisé ce modèle pour analyser et décrire leurs résultats. Ce modèle a été utilisé dans des études liées à la dépression (Australian Bureau of

Statistics, 2008, Dezetter et al. 2015, Duhoux, Fournier, Tuong Nguyen, Roberge et Beveridge, 2008). Selon Parslow et Jorm (2001), ce cadre modèle s'est avéré utile pour identifier les variables explicatives liées à l'utilisation des services de soins de santé pour des problèmes de santé mentale. Puisqu'il ne vise aucun professionnel ni milieu de soins en particulier, le modèle peut s'avérer pertinent pour comprendre l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale.

Le prochain chapitre présente la méthode retenue pour la réalisation de la présente étude.

*Chapitre 3*

*La méthodologie*

Dans ce chapitre, il sera question de la méthodologie utilisée dans le cadre de cette étude, à savoir une description du devis de recherche, la description du projet Dialogue, l'échantillon, les variables étudiées, les méthodes d'analyse des données et les considérations éthiques.

### 3.1 Devis de recherche

Le présent mémoire de maîtrise est une analyse secondaire de données obtenues par le biais du projet Dialogue. L'analyse secondaire correspond à l'analyse de données obtenues dans d'autres conjonctures que celles du processus d'analyse. Ainsi, il s'agit de se questionner les données amassées par d'autres chercheurs (Merckl, 2009). Étant donné qu'il s'agit d'une étude de cohorte, mais qu'un seul temps de mesure est utilisé, le devis de cette recherche est donc non-expérimental de type transversal.

### 3.2 Description du projet Dialogue

Cette recherche s'inscrit dans une étude plus vaste, le projet Dialogue, qui s'est déroulé entre 2006-2010 sur le territoire de 15 CSSS<sup>7</sup> (centres de santé et de services sociaux) au Québec qui furent sélectionnés de manière à présenter une grande diversité de contexte (Réseau Qualaxia, 2008). Il s'agit d'une étude portant sur les facteurs

---

<sup>7</sup> Les CSSS sont répartis dans les CIUSSS ou CISSS depuis le 1<sup>er</sup> avril 2015

organisationnels et contextuels influençant la qualité des services en santé mentale de première ligne (Réseau Qualaxia, 2008). Cette étude s'insère dans le contexte de la mise en place des réseaux locaux de services (RLS) au Québec ainsi que la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale (PASM) 2005-2010 (Réseau Qualaxia, 2008).

Le projet Dialogue est composé de trois volets de recherche interreliés dont le but est de « déterminer jusqu'à quel point l'interaction entre les éléments contextuels et le degré de mise en œuvre du plan d'action en santé mentale favorise l'émergence de modèles organisationnels particuliers et d'étudier les effets des différents modèles organisationnels sur le plan de la qualité des services et celui de l'état de santé de la population » (Réseau Qualaxia, 2008, p. 1).

### 3.2.1 Volet 1 : enquête contextuelle

Le but du premier volet était de mieux connaître l'organisation des services généraux et des services propres à la santé mentale dans chacun des sites de l'étude (15 RLS) ainsi que de documenter les éléments contextuels qui influencent la mise en œuvre du plan d'action en santé mentale (Réseau Qualaxia, 2008). C'est grâce aux données administratives, aux sources documentaires et aux entrevues réalisées auprès d'informateurs clés que les informations ont été recueillies sur le plan régional et local. La collecte de données a été réalisée en trois temps, et ce, à 15 mois d'intervalle : octobre 2006, janvier 2008, juin 2009. L'enquête contextuelle a été réalisée essentiellement à partir d'analyses qualitatives.



### 3.2.2 Volet 2 : enquête organisationnelle

L'objectif de ce deuxième volet était d'identifier les modèles organisationnels propres aux services de première ligne de façon générale et plus spécifiquement aux services affectés à la santé mentale (Réseau Qualaxia, 2008). « Cette enquête transversale a été réalisée auprès de répondants de cliniques (cliniques privées, centre local de services communautaires [CLSC], groupe de médecine familiale [GMF] offrant des services médicaux de première ligne dans les 15 CSSS sélectionnés dans l'enquête contextuelle » (Duhoux, 2013. p.78). Les données ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire rempli par une personne qui connaissait le mieux l'organisation et son fonctionnement. Quatre dimensions ont été étudiées soit : la vision, les ressources, la structure opérationnelle et les pratiques. La collecte de données a été réalisée au cours de la deuxième année du programme de recherche, soit de novembre 2007 à juin 2008.

Les volets 1 et 2 du projet Dialogue ont été présentés à titre informatif seulement. Les données recueillies dans ces deux derniers ne seront pas utilisées dans le présent mémoire.

### 3.2.3 Volet 3 : enquête clientèle

« Le troisième volet avait pour objectif d'étudier l'expérience de soins de clients atteints de troubles mentaux courants en fonction de divers modèles d'organisation de services de première ligne. Par expérience de soins, nous entendons l'accessibilité, la continuité, l'efficacité et la réactivité des services » (Réseau Qualaxia, 2008, p. 1). Grâce à l'enquête clientèle, échelonnée sur une période d'un an, une cohorte de personnes

recrutées dans les salles d'attente des cliniques de première ligne participant à l'enquête organisationnelle a pu être suivie (Réseau Qualaxia, 2008). Les participants de cette étude sont des clients adultes qui consultaient un médecin généraliste, et ce, peu importe la raison (Réseau Qualaxia, 2008). C'est à l'aide de trois entrevues téléphoniques ou virtuelles, à six mois d'intervalle, que le suivi a pu être assuré (Réseau Qualaxia, 2008). L'enquête clientèle a été effectuée en quatre temps : le recrutement dans les salles d'attente (T0), la première cueillette de données par téléphone ou par Internet (T1), et deux entrevues téléphoniques ou virtuelles de suivi (T2 et T3) (Réseau Qualaxia, 2008).

#### 3.2.4 Recrutement en salle d'attente (T0)

Des assistants de recherche formés ont abordé, dans les salles d'attente de 67 cliniques médicales participant à l'enquête organisationnelle, un total de 33 528 personnes (figure 2) pour remplir un questionnaire autoadministré (Réseau Qualaxia, 2008). Pour être admissible à compléter le questionnaire, les participants devaient être majeurs, consulter un médecin généraliste pour eux-mêmes, et ce, peu importe la raison ainsi que pouvoir comprendre et s'exprimer en français ou en anglais. De ces 22 600 personnes recevables, 14 833 (taux de réponse : 67,4 %) ont rempli le questionnaire (Réseau Qualaxia, 2008). Ce dernier comportait une trentaine de questions portant sur divers sujets : l'utilisation des services de santé, la perception de sa santé physique et mentale, les problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un médecin, la symptomatologie anxieuse et dépressive mesurée grâce au *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS), le fonctionnement social mesuré avec le *WHO Disability*

*Assessment Schedule* (WHODAS), les professionnels consultés pour des raisons de santé mentale, la consommation de médicaments pour l'anxiété ou la dépression et les caractéristiques sociodémographiques (Réseau Qualaxia, 2008).

### 3.2.5 Construction de l'échantillon du projet Dialogue

Pour pouvoir participer à la suite de l'étude (T1), les participants devaient satisfaire à l'un des critères suivants :

(1) présenter un niveau élevé de symptomatologie dépressive ou anxieuse au HADS; (2) avoir pris des médicaments pour l'anxiété ou la dépression dans la dernière année; (3) avoir déjà reçu, au cours de leur vie, un diagnostic médical de trouble dépressif ou de trouble anxieux; (4) avoir consulté un professionnel de la santé (un médecin généraliste, un psychiatre, un psychologue, etc.) au cours des 12 derniers mois pour des raisons de santé mentale (Duhoux, 2013, p.79).

De plus, les participants devaient avoir fourni leurs coordonnées pour pouvoir être recontactés et leur source habituelle de soins devait être l'une des cliniques médicales sélectionnées dans l'enquête organisationnelle (Duhoux, 2013).

### 3.2.6 L'entrevue à T1 (6 mois)

Entre deux et quatre semaines après T0, 3 382 participants (tableau 2) ont été joints pour réaliser l'entrevue T1 (Réseau Qualaxia, 2008). Le *Composite International Diagnostic Interview Simplified* (CIDIS), un instrument diagnostique structuré, a été utilisé afin d'évaluer si les participants répondaient aux critères diagnostiques du DSM-4

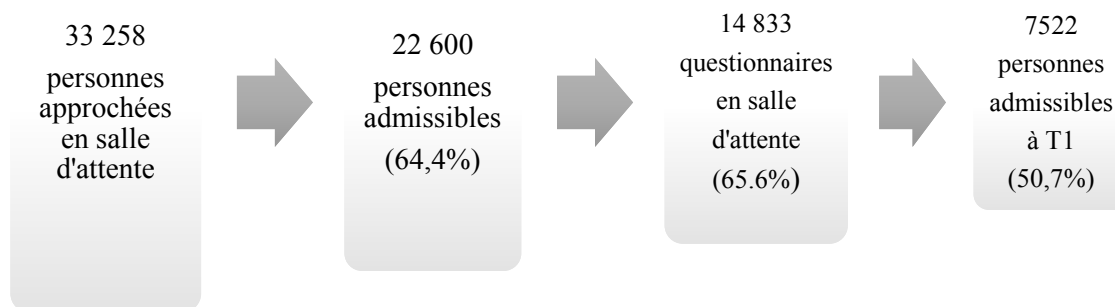
pour un ÉDM ou un des troubles anxieux sélectionnés (anxiété généralisée, agoraphobie, phobie sociale ou trouble panique) (Duhoux, 2013). L'entrevue se poursuivait seulement si les participants répondaient à l'un ou l'autre des critères suivants : i) la présence d'au moins un des diagnostics considérés dans les 12 derniers mois; ii) un niveau élevé de symptômes anxieux ou dépressifs combiné avec l'un ou l'autre des éléments suivants : (a) la prise de médication contre l'anxiété ou la dépression; (b) le diagnostic d'un trouble anxieux ou dépressif par un professionnel de la santé; (c) un diagnostic de trouble anxieux ou ÉDM selon le CIDIS dans les 24 derniers mois (Duhoux, 2013). La cohorte a donc été constituée de 1 956 participants répondant à ces critères (Duhoux, 2013). Ils ont complété la suite du questionnaire T1 qui portait, entre autres, sur la santé du répondant et sa trajectoire de soins pour des raisons de santé mentale (nombre et types de professionnels consultés, nombre de consultations, référence d'un professionnel à un autre et médication) (Réseau Qualaxia, 2008). Enfin, des informations sociodémographiques complémentaires ont été recueillies à T1 (Duhoux, 2013). Dans le présent mémoire, seules les données du T0 (pour les informations sociodémographiques) et du T1 seront utilisées à des fins d'analyses. Finalement, le tableau 2 présente une synthèse des mesures utilisées dans l'enquête clientèle du projet Dialogue aux temps T0 et T1,

### 3.2.7 Les entrevues à T2 et T3

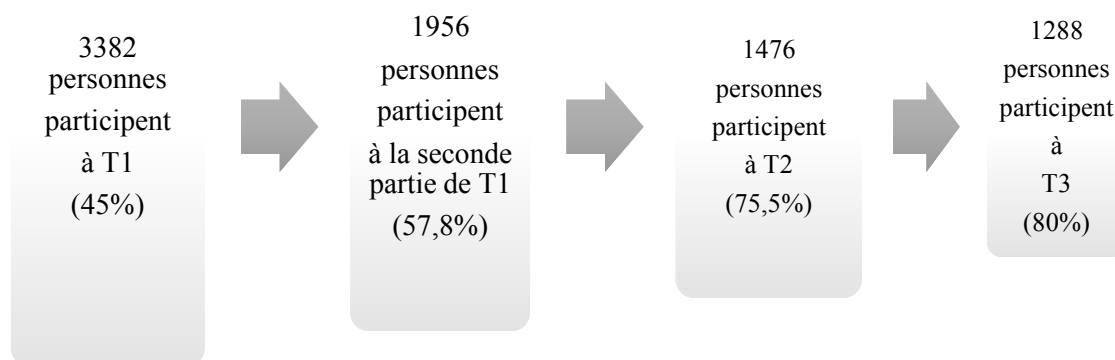
De la cohorte établie à T1, 1 476 personnes (75.5 %) (tableau 2) ont pu être recontactées environ six mois plus tard et ont à nouveau accepté de participer à l'entrevue

de T2 et 1288 personnes ont rempli le questionnaire de T3. Notre étude ne prend pas en compte ces entrevues.

### Recrutement en salle d'attente



### Suivi téléphonique/web



(Qualaxia, 2008)

Figure 2 Recrutement des participants pour le volet 3 : Enquête clientèle du projet Dialogue (2006-2010)

Tableau 2

Mesures utilisées dans l'enquête clientèle du projet Dialogue aux temps T0 et T1

<b>T0</b> (recrutement en salles d'attente)	<b>T1</b> Première entrevue téléphonique/web
<ul style="list-style-type: none"> <li>• HADS</li> <li>• WHODAS</li> <li>• Consultations à la clinique habituelle</li> <li>• Perception de sa santé physique et mentale</li> <li>• Problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un médecin</li> <li>• Professionnels consultés pour des raisons de santé mentale</li> <li>• Caractéristiques sociodémographiques (sexe, groupe d'âge, statut marital, situation socioéconomique perçue, médecin de famille, assurance complémentaire)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• CIDIS</li> <li>• Expérience de soins</li> <li>• Avoir consulté une IPL pour des raisons de santé mentale (nombre de consultations; référence à un autre professionnel)</li> <li>• Aide reçue lors des consultations (psychothérapie, information)</li> <li>• BNCSM</li> <li>• Diagnostic de trouble anxieux ou EDM par un professionnel</li> <li>• Caractéristiques sociodémographiques (date de naissance, niveau d'éducation, occupation, revenu du ménage, assurance complémentaire)</li> </ul>

### 3.3 Échantillon de la présente étude

L'échantillon pour cette analyse secondaire de données est composé de 915 participants adultes, soit 225 hommes et 690 femmes, qui ont vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (Duhoux, 2013).

Les critères d'inclusion comprennent ceux découlant du projet Dialogue (2006-2010) qui sont énoncés dans la section 3.2.4 et 3.2.5 de ce chapitre.

### 3.4 Construction de la variable indépendante principale

Le type de professionnel vu pour des raisons de santé mentale était évalué au temps T1. La variable indépendante principale de cette étude sera la consultation d'une IPL pour des raisons de santé mentale. Ainsi pour être considéré comme ayant consulté une IPL, le participant devait rapporter avoir consulté une IPL au moins une fois pour des raisons de santé mentale dans les 12 mois précédant l'entrevue.

#### 3.4.1 Description de la consultation d'une IPL pour des raisons de santé mentale

Ensuite, pour répondre au premier objectif spécifique les questions au temps T1 (présentées dans l'Appendice A) portant sur les éléments suivants ont été retenus : le nombre de fois que le participant a consulté une infirmière de première ligne pour des raisons de santé mentale, le fait d'avoir vu la même infirmière, l'endroit de la consultation, la référence à d'autres professionnels. Les catégories formées pour les variables suivantes



sont basées sur des recherches antérieures utilisant les données du projet Dialogue (Dezetter et al., 2015; Duhoux, 2013).

- Le nombre de fois que le participant a consulté une infirmière de première ligne pour des raisons de santé mentale sera décomposé : une fois, deux fois et trois fois et plus.
- Est-ce que le participant s'entretenait toujours avec la même infirmière : oui et non/ne sait pas.
- Dans le questionnaire T1, le lieu de la consultation se divisait en huit catégories. Pour la présente étude, elles seront regroupées en cinq catégories, soit : à ma clinique habituelle; dans une autre clinique médicale avec ou sans rendez-vous; dans une clinique externe, dans un CLSC et la dernière catégorie englobe tout ce qui ne correspond pas à la première ligne qui sera nommée autre (à la salle d'urgence d'un hôpital, lors d'une hospitalisation d'une nuit ou plus, et psychiatrie).
- Le fait que l'infirmière ait fait une référence à d'autres professionnels : oui ou non/ne sait pas.
- Dans le questionnaire T1, les références à d'autres professionnels par l'infirmière correspondaient à sept choix de réponse. Dans la présente étude, six catégories seront formées : médecin de famille ou omnipraticien ou autre médecin; psychiatre; psychologue; autre infirmière; travailleur social ou un conseiller ou un psychothérapeute; et autre.
- Une variable dichotomique sera créée afin de savoir si un professionnel de la santé avait référé le patient vers une infirmière : oui et non/ne sait pas.

### 3.5 Construction de la variable dépendante

Les besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) constitueront la variable dépendante de ce mémoire de maîtrise. La variable BNCSM sera construite de façon dichotomique : au cours des 12 mois précédant l'enquête, le participant a rapporté des BNCSM (besoins partiellement ou totalement non comblés) ou n'en a pas en rapporté (pas de besoin ou besoins satisfaits). Ces données seront tirées du questionnaire T1.

#### 3.5.1 Description de l'instrument

Les BNCSM ont été évalués en utilisant le *Perceived Need for Care Questionnaire* (PCNQ) développé par Meadows et ses collègues dans le cadre d'une enquête nationale australienne sur la santé mentale et le bien-être (Dezetter et al., 2015). Le PCNQ mesure les besoins non comblés liés à des troubles mentaux courants, ainsi que les raisons qui causent des besoins non comblés de santé mentale, et ce, du point de vue des patients (Dezetter et al., 2015).

Les types de besoins non comblés évalués sont liés à :

- l'information sur : les troubles mentaux et sur les traitements; les services disponibles et la médication;
- la médication;
- la psychothérapie; le counseling;
- les interventions psychosociales (aide pour le logement, l'emploi, les soins personnels, le soutien social ou d'autres interventions) (Dezetter et al., 2015).

Ensuite, le questionnaire au temps T1 de l'enquête comprenait douze catégories de raisons rapportées à ces BNCSM :

- le participant ne portait pas attention au type de besoin;
- il préférait régler le problème par lui-même;
- il pensait que rien ne pourrait l'aider;
- il ne savait pas comment ni où obtenir de l'aide;
- il avait peur de demander de l'aide ou de ce que les autres pourraient penser;
- il ne pouvait pas se permettre de payer;
- il avait des problèmes avec des aspects comme le transport, la garde des enfants ou un conflit d'horaire;
- l'aide professionnelle n'était pas disponible dans la région
- le temps d'attente était trop long;
- il ne s'en est pas occupé/indifférent;
- il avait un problème au niveau de la langue;
- il avait des responsabilités personnelles ou familiales et autres (Dezetter et al., 2015).

Le PNCQ a démontré une fiabilité acceptable et une bonne validité (accord interjuges avec un  $Kappa > 0.6$ ) (Dezetter et al., 2015). Les questions retenues pour ce mémoire se retrouvent dans l'appendice A.

### 3.6 Autres variables indépendantes (Variables de contrôle)

#### 3.6.1 Classification des variables selon le modèle

Tout d'abord, il est important de mentionner que le choix des variables confondantes découle de la recension des écrits présentés au chapitre précédent. La première composante du cadre théorique utilisée correspond aux facteurs prédisposants (Andersen et Newman, 2005). Les facteurs prédisposants retenus pour l'étude sont : l'âge, le sexe, le statut marital et l'éducation du répondant. La seconde composante du cadre est composée de facteurs facilitants. Le revenu et le fait de posséder une assurance maladie complémentaire ont été retenus à des fins d'analyse. Finalement, les facteurs des besoins correspondent à la troisième composante. À la suite de la recension des écrits, les variables choisies dans cette catégorie sont le nombre maladies chroniques, la présence de troubles anxieux associés et la santé mentale perçue. La figure 3 présente une synthèse des variables à l'étude.

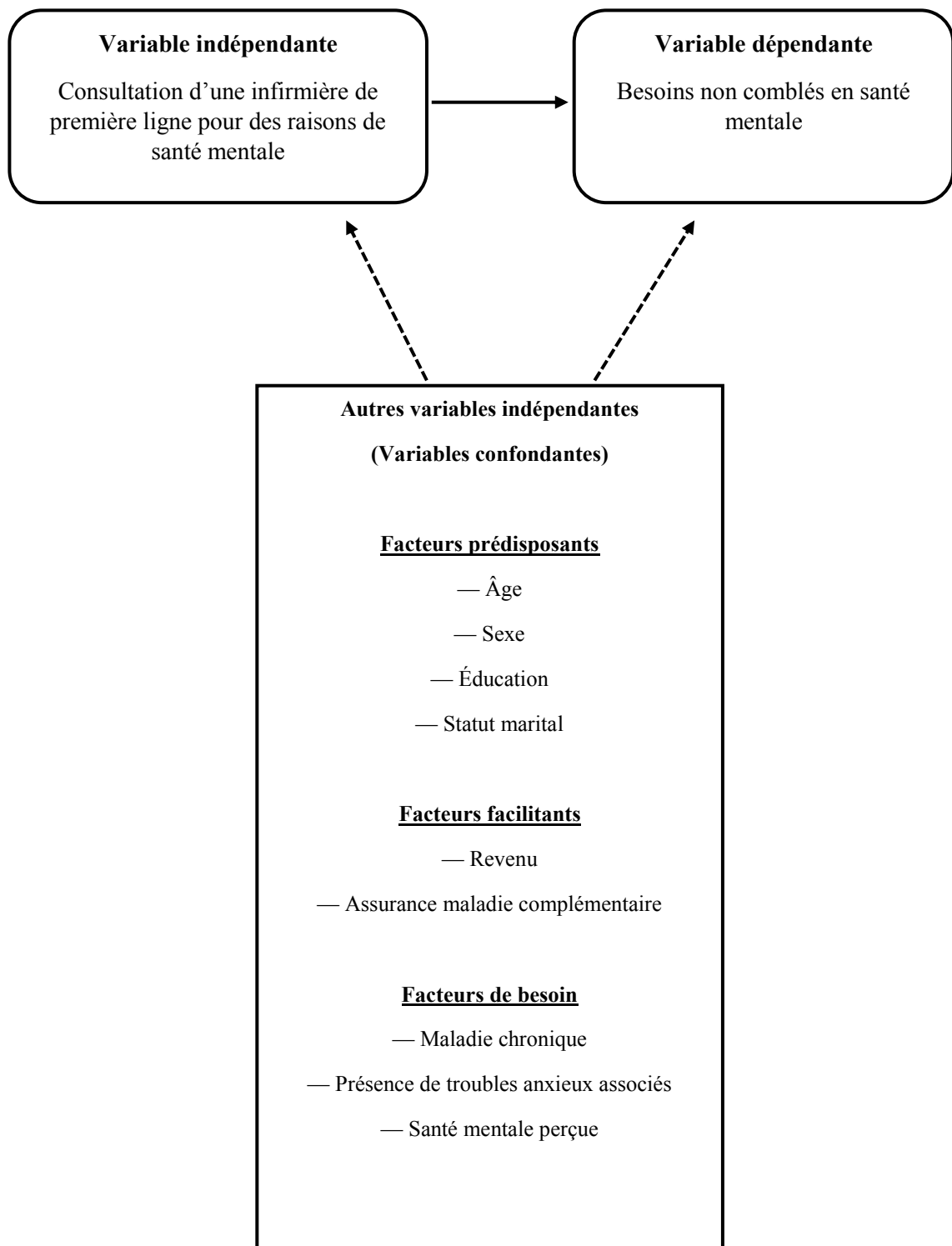


Figure 3 Variables à l'étude pour les objectifs spécifiques 1 à 4

### 3.6.2 Description de la construction des variables

Les catégories formées pour les variables suivantes sont basées sur des recherches antérieures utilisant les données du projet Dialogue (Dezetter et al., 2015; Duhoux, 2013).

#### Les facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants incluent l'âge, le sexe, le niveau d'éducation et le statut marital du participant.

Quatre groupes d'âge ont été formés à partir de la date de naissance recueillie à T1 soit : 18 à 24 ans, 25 à 44 ans, 45 à 64 ans et 65 ans et plus. Le sexe est divisé en deux catégories selon le sexe biologique de la personne; il y a, d'un côté, les hommes et de l'autre, les femmes. Ensuite, le niveau d'éducation atteint a été mesuré à T1 avec la question : « quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété? » L'éducation du répondant a été catégorisée en quatre groupes. On y retrouve : avoir moins que le diplôme secondaire, avoir le diplôme secondaire, avoir fait des études postsecondaires et avoir obtenu un diplôme postsecondaire. Pour le statut marital, la question posée à T0 était : « quel est votre état civil actuel? » Les réponses ont été regroupées en trois catégories : marié/conjoint de fait, union libre; veuf (ve)/séparé(e)/divorcé(e) et finalement être célibataire.

### Les facteurs facilitants

Les facteurs facilitants comprennent le revenu, et le fait d'avoir une assurance complémentaire.

Le revenu a été évalué au T0 avec cette question : « comment percevez-vous votre situation économique par rapport aux gens de votre âge? ». Quatre choix de réponses étaient offerts aux participants soit : être à l'aise financièrement, avoir des revenus suffisants, se percevoir comme pauvre ou très pauvre. Une variable dichotomique a été créée : les personnes qui se perçoivent comme pauvres ou très pauvres/comme à l'aise financièrement ou avec des revenus suffisants. Ensuite, l'information sur l'assurance maladie complémentaire a été recueillie au T0 et la question était la suivante : « avez-vous un régime d'assurance prive ou collectif qui couvre des services de santé complémentaires tels que les examens diagnostiques, les services de psychologues ou de chiropraticiens (que ce soit le vôtre, celui de votre conjoint ou celui d'un parent)? ». Une variable dichotomique a été créée : le fait d'avoir une assurance complémentaire pour les autres services ou non.

### Les facteurs de besoin

Les facteurs de besoin sont le nombre de maladies chroniques, la présence d'un trouble anxieux l'état de santé mentale perçu par le participant et la sévérité des symptômes.

Le nombre de maladies chroniques a été mesuré à T0 à l'aide d'une liste de vingt maladies chroniques pouvant être mentales ou physiques. La variable comportera quatre catégories, soit : pas de condition médicale chronique, une seule, deux, trois et plus.

La présence d'un trouble anxieux associé a été évaluée au T1 grâce au questionnaire CIDIS. Grâce à cet outil, un diagnostic de trouble anxieux (trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie) pouvait être posé. Ainsi, cette variable sera dichotomique : avoir eu au moins un diagnostic d'un trouble anxieux selon le de CIDIS et l'absence de trouble anxieux concomitant.

En ce qui concerne l'état de santé mentale perçue par le participant, elle a été évaluée au T0. Les choix de réponses allaient d'une excellente santé mentale perçue, à très bonne, bonne, moyenne et jusqu'à mauvaise. Une variable dichotomique sera créée et correspondra à ceux qui considèrent leur santé mentale comme moyenne ou mauvaise et ceux qui la considèrent comme excellente, très bonne ou bonne.

Finalement, la sévérité des symptômes évalués a été mesurée à l'aide de l'échelle *Hospital Anxiety and Depression scale* (HADS). Le HADS est composé de deux sous-échelles dont sept items mesurent les symptômes d'anxiété (*Hospital Anxiety and Depression scale- Anxiety sub-scale* – HADS-A) et sept autres mesurent les symptômes de dépression (*Hospital Anxiety and Depression Scale – Depression sub-scale* — HADS-D) au cours de la dernière semaine (Zigmond et Snaith, 1983). Chaque item est jugé sur une échelle de quatre points (0 à 3), le score total pouvant aller de 0 à 21 pour chaque sous-échelle. Un score plus élevé indique une détresse plus importante et une plus grande probabilité de présenter un trouble anxieux ou dépressif. L'échelle HADS démontre de



bonnes performances pour l'évaluation de la sévérité des symptômes des troubles anxieux et dépressifs dans divers milieux et en première ligne (Bjelland et al, 2002). Cette échelle démontre une bonne cohérence interne, une bonne fiabilité et une bonne validité discriminante (Cameron, Crawford, Lawton, Reid, 2008.). Des chercheurs du projet Dialogue ont réalisé une validation de la version française du HADS utilisée dans cette étude (Roberge et al., 2013). Cette validation a également montré que le HADS présente une bonne cohérence interne (Roberge et al., 2013). Dans cette étude, le score au HADS-D est utilisé sous forme de variable continue pour mesurer la sévérité des symptômes dépressifs.

### 3.7 Plan d'analyse

En ce qui concerne les trois premiers objectifs, la description des variables catégorielles a été faite en termes d'effectifs et de pourcentages selon le sexe et ce, partir du questionnaire au temps T1. Les différences de proportion entre les hommes et les femmes ont été comparées pour chacune des variables catégorielles à l'aide d'un test d'indépendance du chi-deux. Étant donné le nombre d'hommes et de femmes élevées de notre échantillon, aucune fréquence espérée inférieure à cinq n'a été observée. La valeur  $p$  asymptotique du test a donc pu être utilisée.

En ce qui concerne le premier objectif, dans un premier temps la comparaison selon le sexe des participants ayant consulté une IPL pour des raisons de santé mentale a été rapportée. Ensuite, les proportions des variables catégorielles d'hommes et des

femmes ayant consulté une IPL pour des raisons de santé mentale pour les variables catégorielles suivantes :

- Le nombre de fois que les participants ont consulté une IPL pour santé mentale dans les 12 derniers mois précédents le projet Dialogue (une fois, deux fois, trois fois et plus).
- Est-ce que le participant a toujours consulté la même IPL? (oui et non/ne sait pas)
- L'endroit de consultation de l'IPL par le participant (à ma clinique habituelle; dans une autre clinique médicale avec ou sans rendez-vous; dans une clinique externe, dans un CLSC et autre).
- La référence du participant à un autre professionnel par l'IPL (oui et non/ne sait pas.).
- À quel type de professionnel l'IPL a-t-elle référé le participant (médecin de famille ou omnipraticien ou autre médecin; psychiatre; psychologue; autre infirmière; travailleur social ou un conseiller ou un psychothérapeute; et autre).

Pour le deuxième objectif, les BNCSM ont été décrits en termes de fréquence et ils ont été nuancés selon le sexe. Les proportions entre les hommes et les femmes ont été aussi comparées à l'aide du test du chi-carré.

En ce qui concerne le troisième objectif, les raisons des BNCSM ont été rapportées globalement et nuancées selon le sexe. Les proportions entre hommes et femmes, pour chacune des raisons, ont été comparées à l'aide du chi-carré.

Pour le quatrième objectif, étant donné que la variable dépendante est dichotomique (présence ou absence de BNCSM) et qu'elle est mesurée à un seul temps

de mesure pour tous les sujets (donc aucune censure), un modèle de régression logistique a été construit, à partir des variables indépendantes retenues à l'aide du cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman (2005). Dans ce modèle de régression logistique, les variables ont été spécifiées comme nominales étant donné qu'elles sont toutes catégorielles. Dans un premier temps, la régression logistique a été réalisée sans tenir compte de la variable consultation d'une IPL pour des raisons de santé mentale. Ce modèle permet d'obtenir des rapports de cote non ajustée pour la variable consultation d'une IPL pour des raisons de santé mentale. Par la suite, dans un deuxième modèle, la variable consultation d'une IPL pour des raisons de santé mentale a été ajoutée dans un second bloc afin d'obtenir son rapport de cote ajusté pour les variables retenues du cadre conceptuel de l'utilisation des services de santé d'Andersen et Newman (2005). La force d'association entre chacune des variables indépendantes et les BNCSM a été estimée par un rapport de cotes avec un intervalle de confiance à 95 %.

Pour le cinquième objectif, les analyses ont été réalisées selon la même stratégie que pour l'objectif quatre, mais stratifiées selon le sexe.

Toutes les analyses ont été réalisées en utilisant un seuil de signification de 0.05 % avec le logiciel SPSS version 22.

### 3.8 Considérations éthiques

Le projet Dialogue a été approuvé par les 15 comités d'éthique à la recherche (CER) des CSSS participants à l'étude, ainsi que par les deux comités des hôpitaux abritant un GMF, sélectionnés dans l'enquête sur les cliniques médicales. De plus, dans

l'optique de protéger l'étude, les participants et leurs informations personnelles, les données ont été anonymisées rendant ainsi leur identification quasi impossible. La présente étude a été soumise au comité d'éthique de la recherche en santé (CERES) de l'UdeM. Après l'approbation de l'étude CERES, l'accès aux données du projet Dialogue a été obtenu auprès de la responsable du projet selon la procédure prévue pour analyse des données secondaires.

*Chapitre 4*

*Résultats*

Ce chapitre présente les résultats de l'étude en cinq sections afin de répondre aux objectifs spécifiques de l'étude.

#### 4.1 Description de l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale

Sur un échantillon de 915 personnes répondant aux critères d'ÉDM, 20,7 % ont consulté une IPL pour des raisons de santé mentale (23 % chez les hommes et 19,9 % chez les femmes [ $p = 0,315$ ]), et ce, dans les 12 mois précédant l'enquête (Tableau 3). Chez ceux qui ont consulté une IPL ( $n = 187$ ), 50,8 % ont affirmé ne pas l'avoir consultée qu'une seule fois (46,2 % chez les hommes et 52,6 % chez les femmes [ $p = 0,492$ ]). Parmi ceux qui ont consulté une IPL plus d'une fois, 49,5 % ont affirmé avoir vu la même (42,9 % chez les hommes et 52,4 % chez les femmes [ $p = 0,620$ ]).

Pour ce qui est du lieu de consultation, les résultats obtenus montrent qu'il n'y a pas de différence significative entre les hommes et les femmes (Tableau 3). Dans notre échantillon de 187 participants souffrant d'ÉDM, 25,7 % des participants (26,9 % chez les hommes et 25,2 % chez les femmes [ $p = 0,807$ ]) ont affirmé avoir consulté une IPL dans leur clinique habituelle suivie de 21,4 % (17,3 % chez les hommes et 23 % chez les femmes [ $p = 0,398$ ]) dans un CLSC. De plus, 5,3 % des participants (9,6 % chez les hommes et 3,7 % chez les femmes [ $p = 0,107$ ]) ont mentionné avoir vu une IPL dans un autre lieu tel que : l'urgence, lors d'une hospitalisation d'une nuit ou plus et via une ligne

téléphonique. Fait à souligner, les participants avaient la possibilité de nommer plus d'un endroit de consultation.

Ensuite, 55,6 % de notre échantillon (n=187) ont été référés par l'IPL à un autre professionnel pour parler de leur santé mentale (67,3 % chez les hommes et 51,1 % chez les femmes [ $p = 0,120$ ]) (Tableau 3). L'IPL a référé 40 % des hommes à leur médecin de famille ou omnipraticien, 37,1 % à un psychologue et 31,4 % à un psychiatre. Pour ce qui est des femmes, 42 % d'entre elles ont été référées à un médecin de famille ou à un omnipraticien, 40,6 % à un psychologue et 20,3 % à un travailleur social, un conseiller ou un psychothérapeute. Il est important de noter que les participants pouvaient être référés à plus d'un professionnel. Somme toute, il est possible de constater que les différents professionnels, à qui les participants ont été référés, ne sont pas tous les mêmes pour les hommes et pour les femmes. Les hommes ont été davantage référés à un psychiatre que les femmes quoique cette différence ne soit pas statistiquement significative ( $p = 0,068$ ).

Tableau 3

Description de l'utilisation des services d'une infirmière de première ligne (IPL) pour des raisons de santé mentale chez les participants qui ont vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010)

<b>Caractéristique de la consultation d'une IPL pour raison de santé mentale</b>	<b>% Parmi les hommes</b>	<b>% Parmi les femmes</b>	<b>% Total</b>	<b><i>p</i></b>
<b>Avoir vu une IPL pour des raisons de santé mentale dans les 12 derniers mois</b> (n=915)	23 %	19,9 %	20,7 % (n=187)	0,315
<b>Nombre de fois consulté une IPL pour santé mentale dans les 12 derniers mois :</b>				
-1 fois	46,2 %	52,6 %	50,8 %	0,492
-2 fois	15,4 %	9,6 %	11,2 %	
-3 fois et plus (n=187)	38,5 %	37,8 %	38 %	
<b>Consultait la même infirmière</b> (n=91)	42,9 %	52,4 %	49,5 %	0,620
<b>Endroit consultation IPL pour santé mentale :</b>				
— Clinique habituelle	26,9 %	25,2 %	25,7 %	0,807
— CLSC	17,3 %	23 %	21,4 %	0,398
— Clinique externe	9,4 %	5,2 %	6,4 %	0,284
— Autre clinique médicale sans rendez-vous	1,9 %	4,4 %	3,7 %	0,416
— Autre (n=187)	9,6 %	3,7 %	5,3 %	0,107
<b>IPL a référé à autres professionnels</b> (n=187)	67,3 %	51,1 %	55,6 % (n=104)	0,120
<b>Référé à :</b>				
— Médecin de famille ou omnipraticien	40 %	42 %	41,3 %	0,843
— Psychiatre	31,4 %	15,9 %	21,2 %	0,068
— Autre médecin	5,7 %	4,3 %	4,8 %	0,758
— Psychologue	37,1 %	40,6 %	39,4 %	0,735
— autre infirmière	0 %	0 %	0 %	—
— Travailleur social/conseiller ou psychothérapeute (n=104)	11,4 %	20,3 %	17,3 %	0,259



## 4.2 Taux et types de BNCSM

Dans notre échantillon de 915 personnes répondant aux critères d'ÉDM, 38,5 % chez les hommes et 37,2 % chez les femmes ont affirmé avoir eu des BNCSM (Tableau 4). Parmi ceux qui ont consulté une IPL pour des raisons de santé mentale ( $n = 187$ ), 48,1 % chez les hommes et 41,5 % chez les femmes ont rapporté avoir eu des BNCSM. Il n'y a aucune différence significative en ce qui concerne les taux de BNCSM.

Les quatre types de BNCSM (Tableau 4) les plus fréquents, et ce, peu importe le sexe et l'échantillon, sont les suivants : la psychothérapie ou du counseling, l'aide pour les relations interpersonnelles, l'information sur les services disponibles et l'information sur les troubles mentaux ainsi que sur les traitements et la médication. Les hommes qui ont vécu un ÉDM et qui ont consulté une IPL pour des raisons de santé mentale (56%) ont significativement rapporté plus de BNCSM concernant l'information sur les troubles mentaux, les traitements et la médication que les hommes ayant vécu un ÉDM (29,9 %) ( $p = 0,021$ ).

Tableau 4

Description et comparaison des types de besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) parmi les hommes et les femmes ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) et les hommes et les femmes ayant vécu un ÉDM et ayant consulté une infirmière de première ligne (IPL) pour des raisons de santé mentale

BNCSM	% parmi Hommes qui ont vécu ÉDM (IPL)  n= 174	%parmi Hommes qui ont vécu ÉDM et consulté IPL pour santé mentale n=52	<i>p</i>	% parmi Femmes qui ont vécu ÉDM (Ø IPL)  n=543	%parmi Femmes qui ont vécu ÉDM et consulté IPL pour santé mentale n= 135	<i>p</i>
Ayant rapporté des BNCSM	38,5 % n=67	48,1 % n=25	0,218	37,2 % n=202	41,5 % n=56	0,359
<b>Types de BNCSM</b>						
Psychothérapie; ou counseling	61,2 %	76 %	0,185	62,4 %	69,6 %	0,316
Aide pour relations interpersonnelles	32,8 %	48 %	0,180	36,1 %	35,7 %	0,953
Informations sur les troubles mentaux et sur les traitements et la médication	29,9 %	56 %	0,021	31,7 %	35,7 %	0,569
Information sur les services disponibles	29,9 %	40 %	0,356	35,1 %	30,4 %	0,503
Aide relative au travail	25,4%	32 %	0,525	21,8 %	30,4 %	0,181
Médication	25,4 %	24 %	0,892	16,8%	21,4 %	0,426
Aide relative au logement	10,4 %	8 %	0,725	8,9 %	16,1 %	0,121
Autres	13,4 %	4 %	0,196	7,9 %	12,5 %	0,287

### 4.3 Les raisons rapportées pour expliquer la présence BNCSM

Les deux principales raisons rapportées pour expliquer la présence de BNCSM (Tableau 5) chez les hommes sont les suivantes : ne pas savoir où chercher de l'aide (25 % chez les hommes qui ont vécu un EDM et consulté une IPL et 30,3 %, chez les hommes qui ont vécu un EDM,  $p = 0,624$ ) et ne s'en étaient pas occupé ou étaient indifférents (29,2 % chez les hommes qui ont vécu un EDM et consulté une IPL et 18,2 %, chez les hommes qui ont vécu un EDM  $p = 0,259$ ). La peur de demander de l'aide ou de ce que les autres allaient penser est la troisième raison la plus rapportée chez les hommes qui ont vécu un EDM et qui ont consulté une IPL pour des raisons de santé mentale. Dans l'échantillon d'hommes ayant vécu un EDM, en troisième place des raisons les plus rapportées on retrouve : préférerait s'en occuper soi-même et ne pouvait pas payer. Il n'y a aucune différence significative entre les raisons rapportées pour expliquer les différents BNCSM, et ce, entre les deux échantillons d'hommes.

Chez les femmes des deux échantillons, la principale raison rapportée pour expliquer la présence de BNCSM est le fait de ne pas savoir où chercher de l'aide (25 % chez les femmes qui ont vécu EDM et consulté une IPL et 25,9 %, chez les femmes qui ont vécu EDM,  $p = 0,895$ ). Ensuite, un temps d'attente qui était trop long est la deuxième raison la plus rapportée pour les femmes de l'échantillon qui ont vécu un EDM et consulté une IPL pour des raisons de santé mentale. Dans l'échantillon des femmes qui ont vécu un EDM, deux raisons rapportées pour expliquer la présence de BNCSM se partagent la deuxième place soit : préférerait s'en occuper elle-même et ne pouvait pas payer. Un temps

d'attente trop long correspond à la troisième raison la plus nommée dans les deux échantillons de femmes. Finalement, il n'y a aucune différence significative en ce qui concerne les raisons rapportées pour expliquer la présence de BNCSM entre les deux sexes.

Tableau 5

Description et comparaison des raisons rapportées pour expliquer la présence de besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) parmi les hommes et des femmes ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) ainsi que parmi les hommes et les femmes ayant aussi vécu un ÉDM et qui ont consulté une infirmière de première ligne (IPL)

Raisons rapportées pour expliquer la présence de BNCSM	% parmi Hommes qui ont vécu EDM n=66	% parmi Hommes qui ont vécu EDM et consulté IPL pour santé mentale n=24	<i>p</i>	% parmi Femmes qui ont vécu EDM n=201	% parmi Femmes qui ont vécu EDM et consulté IPL pour santé mentale n=56	<i>p</i>	<i>p</i> total
Ne savait pas où aller chercher de l'aide	30,3 %	25 %	0,624	25,9 %	25 %	0,895	0,727
Ne s'en est pas occupé/indifférent	18,2 %	29,2 %	0,259	18 %	5,4 %	0,220	0,244
Préférerait s'en occuper soi-même	13,6 %	8,3 %	0,497	21,4 %	16,1 %	0,381	0,244
Ne pouvait pas payer	13,6 %	8,3 %	0,497	21,4 %	14,3 %	0,238	0,153
Aide professionnelle non disponible dans la région	12,1 %	12,5 %	0,961	8 %	8,9 %	0,823	0,791
Temps d'attente était trop long	10,6 %	12,5 %	0,800	18,5 %	17,9 %	0,913	0,951
Peur de demander de l'aide ou de ce que les autres auraient pensé	10,6 %	20,8 %	0,207	18,4 %	8,9 %	0,090	0,389
Pensait que rien ne pouvait aider	9,1 %	8,3 %	0,911	13,4 %	8,9 %	0,367	0,375
Problèmes au niveau du transport, garde d'enfants ou horaire	7,6 %	0 %	0,165	5 %	8,9 %	0,264	0,832
Responsabilités personnelles ou familiales	4,5 %	12,5 %	0,181	7 %	8,9 %	0,619	0,270
Problème de langue	1,5 %	0 %	0,544	0 %	0 %	-	0,584
Autres	0 %	0 %	-	2 %	1,8 %	0,922	0,870

#### 4.4 Facteurs associés à la présence de BNCSM

Pour cette analyse, l'échantillon inclus dans les modèles est constitué de 887 participants ayant des données complètes (aucune variable n'avait plus de 5 % de données manquantes). Le tableau 6 présente les résultats de la régression logistique ayant comme variable dépendante le fait de rapporter ou non des BNCSM dans les 12 derniers mois.

Plusieurs variables sont significativement associées avec le fait de rapporter des BNCSM. Ainsi, en comparaison avec le groupe de 25-44 ans et plus, le fait d'avoir entre 18 et 24 ans augmente le risque d'avoir des BNCSM (RC 2,272 (IC 95 % 1,369-3,769)). Comparativement au statut de célibataire, le fait d'être marié ou en union libre diminue le risque d'avoir des BNCSM. Plus précisément, le RC est de 0,675 (IC 95 % 0,470-0,968). Ensuite, avoir un trouble anxieux associé au fait de souffrir d'un EDM augmente le risque d'avoir des BNCSM (RC 1,491 (IC 95 % 1,103-2,014)). Comparativement au fait d'avoir un score inférieur à 8 au HADS-D, en avoir un se situant entre 11-13 (RC 1,785 (IC 95 % 1,170-2,724)) ainsi qu'avoir un score supérieur à 14 (RC 2,637 (IC 95 % 1,561-4,453)) augmente le risque d'avoir des BNCSM. Les résultats ne montrent pas d'association entre le fait de consulter une IPL pour des raisons de santé mentale et le fait d'avoir rapporté des BNCSM au cours des 12 derniers mois.

Tableau 6

Facteurs associés au fait de rapporter des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) dans la dernière année dans l'échantillon de participants ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010)

Variables indépendantes n=887	<u>Premier modèle</u>		<u>Deuxième modèle ajusté avec consultation d'une IPL</u>	
	Rapport de cote (OR)	Intervalle de confiance (IC 95 %)	Rapport de cote (OR)	Intervalle de confiance (IC 95 %)
<b>Constante</b>	0,443		0,445	
<b>Âge</b>				
-18-24 ans	2,265	1,366-3,754	2,272	1,369-3,769
-25-44 ans	1,00	-	1,00	-
-45-64 ans	0,830	0,596-1,155	0,828	0,594-1,153
-65 et + ans	0,595	0,291-1,219	0,594	0,290-1,216
<b>Sexe</b>				
-Femme	1,00	-	1,00	-
-Homme	1,135	0,811-1,588	1,137	0,812-1,592
<b>Statut marital</b>				
-Marié/union libre	0,675	0,471-0,969	0,675	0,470-0,968
-Être veuf/séparé/divorcé	0,814	0,524-1,264	0,811	0,522-1,261
-Célibataire	1,00	-	1,00	-
<b>Éducation</b>				
-Moins que diplôme secondaire	0,868	0,537-1,402	0,866	0,536-1,400
-Diplôme secondaire	0,789	0,529-1,176	0,789	0,529-1,177
-Études postsecondaires	0,760	0,513-1,127	0,761	0,513-1,128
-Obtenu un diplôme postsecondaire	1,00	-	1,00	-
<b>Situation économique</b>				
-À l'aise financièrement/revenus suffisants	1,00	-	1,00	-
-Pauvre/Très pauvre	1,257	0,891-1,775	1,261	0,892-1,782
<b>Trouble anxieux associé</b>				
-Oui	1,468	1,102-2,005	1,491	1,103-2,014
-Non	1,00	-	1,00	-

<b>Variables indépendantes n=887</b>	<b>Rapport de cote (OR)</b>	<b>Intervalle de confiance (IC 95 %)</b>	<b>Rapport de cote (OR)</b>	<b>Intervalle de confiance (IC 95 %)</b>
<b>Assurance maladie complémentaire</b>				
-Avoir assurance complémentaire pour les autres services	1,00	-	1,00	-
-Ne pas en avoir	1,122	0,817-1,541	1,120	0,815-1,539
<b>Maladies chroniques</b>				
-Aucune	1,00	-	1,00	-
-Une seule	0,845	0,549-1,301	0,847	0,550-1,304
-Deux	1,264	0,810-1,973	1,269	0,812-1,983
-Trois et plus	1,148	0,764-1,726	1,153	0,765-1,735
<b>État santé mentale perçu</b>				
-Moyenne/mauvaise	1,186	0,862-1,632	1,190	0,864-1,639
-Excellente/très bonne/bonne	1,00	-	1,00	-
<b>Sévérité des symptômes évalués</b>				
-HADS-D <8	1,00	-	1,00	-
-HADS-D 8-10	1,323	0,910-1,924	1,322	0,909-1,922
-HADS-D 11-13	1,785	1,170-2,723	1,785	1,170-2,724
-HADS-D > 14	2,633	1,560-4,447	2,637	1,561-4,453
<b>Avoir consulté IPL pour santé mentale</b>				
-oui	-	-	0,964	0,673-1,380
-non	-	-	1,00	-



#### 4.5 Facteurs associés à la présence BNCSM stratifiés selon le sexe

Dans cette section, l'objectif consistait à vérifier si les facteurs associés aux BNCSM étaient différents chez les hommes et chez les femmes. Les analyses de régression ont donc été répétées sur l'échantillon de 657 femmes et sur celui de 220 hommes (aucune variable n'avait plus de 5 % de données manquantes). Les résultats sont présentés dans le tableau 7.

Pour les femmes, comparativement au groupe de 25-44 ans et plus, le fait d'avoir entre 18 et 24 ans augmente le risque d'avoir des BNCSM (RC 2,094 (IC 95 % 1,191- 3,681)). Ensuite, en comparaison au statut de célibataire, le fait d'être marié ou en union libre diminue le risque d'avoir des BNCSM (RC 0,586 (IC 95 % 0,383-0,899)). Le fait d'avoir poursuivi des études postsecondaires a été associé à une diminution du risque d'avoir des BNCSM, et ce, comparativement à celui d'avoir obtenu un diplôme d'études postsecondaires (RC 0,629 (IC 95 % 0,396-0,998)). Fait à noter, ce facteur est le seul qui diffère du modèle commun. De plus, le fait d'avoir un trouble anxieux, chez les femmes, augmente significativement le risque d'avoir des BNCSM (RC 1,671 (IC 95 % 1,173-2,381)). En ce qui concerne le HADS-D, comparativement au fait d'avoir un score inférieur à 8, avoir un score se situant entre 11-13 (RC 1,900 (IC 95 % 1,154-3,129)) ainsi qu'avoir un score supérieur à 14 (RC 2,665 (IC 95 % 1,445-4,912)) augmente le risque d'avoir des BNCSM. Il n'y a pas d'association entre le fait de consulter une IPL pour des raisons de santé mentale et le fait d'avoir rapporté des BNCSM chez les femmes.

Chez les hommes, aucune variable n'a été significativement associée avec le fait d'avoir des BCNSM. Ainsi, il n'y a pas d'association entre le fait de consulter une IPL pour des raisons de santé mentale et le fait d'avoir rapporté BNCSM.

Tableau 7

Facteurs associés au fait de rapporter des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) dans la dernière année dans l'échantillon de participants ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) différenciés selon le sexe

**Premier modèle femmes**    **Deuxième modèle femmes**  
**ajusté avec consultation d'une IPL**

Variables indépendantes	Rapport de cote (OR)	Intervalle de confiance (IC 95 %)	Rapport de cote (OR)	Intervalle de confiance (IC 95 %)
<b>Femmes n=657</b>				
<b>Constante</b>	0,543		0,552	
<b>Âge</b>				
-18-24 ans	2,067	1,178-3,627	2,094	1,191-3,681
-25-44 ans	1,00	-	1,00	-
-45-64 ans	0,838	0,567-1,239	0,830	0,561-1,228
-65 et + ans	0,490	0,214-1,125	0,485	0,211-1,115
<b>Statut marital</b>				
-Marié/union libre	0,590	0,385-0,904	0,586	0,383-0,899
-Être veuf/séparé/divorcé	0,730	0,435-1,227	0,719	0,427-1,210
-Célibataire	1,00	-	1,00	-
<b>Éducation</b>				
-Moins que diplôme secondaire	0,900	0,505-1,604	0,895	0,502-1,595
-Diplôme secondaire	0,846	0,529-1,354	0,843	0,526-1,350
-Études postsecondaires	0,627	0,395-0,996	0,629	0,396-0,998
-Obtenu un diplôme postsecondaire	1,00	-	1,00	-
<b>Situation économique</b>				
-À l'aise financièrement/revenus suffisants	1,00	-	1,00	-
-Pauvre/Très pauvre	1,275	0,852-1,908	1,294	0,863-1,940

<b>Variables indépendantes</b>	<b>Rapport de cote (OR)</b>	<b>Intervalle de confiance (IC 95 %)</b>	<b>Rapport de cote (OR)</b>	<b>Intervalle de confiance (IC 95 %)</b>
<b>Femmes n=657</b>				
<b>Trouble anxieux associé</b>				
-Oui	1,660	1,166-2,362	1,671	1,173-2,381
-Non	1,00	-	1,00	-
<b>Assurance maladie</b>				
-Avoir assurance complémentaire pour les autres services	1,00	-	1,00	-
-Ne pas en avoir	1,079	0,746-1,561	1,075	0,743-1,556
<b>Maladies chroniques</b>				
-Aucune	1,00	-	1,00	-
-Une seule	0,756	0,449-1,273	0,762	0,453-1,284
-Deux	1,123	0,667-1,888	1,140	0,676-1,923
-Trois et plus	0,973	0,599-1,578	0,987	0,607-1,606
<b>État santé mentale perçue</b>				
-Moyenne/mauvaise	1,173	0,808-1,703	1,193	0,819-1,737
-Excellente/très bonne/bonne	1,00	-	1,00	-
<b>Sévérité des symptômes évalués</b>				
-HADS-D <8	1,00	-	1,00	-
-HADS-D 8-10	1,253	0,802-1,955	1,243	0,796-1,942
-HADS-D 11-13	1,911	1,161-3,146	1,900	1,154-3,129
-HADS-D > 14	2,657	1,441-4,898	2,665	1,445-4,912
<b>Avoir consulté IPL pour santé mentale</b>				
-oui	-	-	0,867	0,563-1,333
-non	-	-	1,00	-

Tableau 8

Facteurs associés au fait de rapporter des besoins non comblés en santé mentale (BNCSM) dans la dernière année dans l'échantillon de participants ayant vécu un épisode dépressif majeur (ÉDM) au cours des 12 mois précédant l'entrevue de T1 du projet Dialogue (2006-2010) différenciés selon le sexe

Variables indépendantes	<u>Premier modèle hommes</u>		<u>Deuxième modèle hommes</u>	
	Rapport de cote (OR)	Intervalle de confiance (IC 95 %)	Rapport de cote (OR)	Intervalle de confiance (IC 95 %)
<b>Hommes n=220</b>				
<b>Constante</b>	0,338		0,319	
<b>Âge</b>				
-18-24 ans	3,000	0,797-11,288	2,872	0,761-10,834
-25-44 ans	1,00	-	1,00	-
-45-64 ans	0,835	0,434-1,607	0,874	0,451-1,695
-65 et + ans	1,350	0,258-7,066	1,422	0,270-7,492
<b>Statut marital</b>				
-Marié/union libre	0,856	0,407-1,799	0,858	0,407-1,809
-Être veuf/séparé/divorcé	0,956	0,394-2,319	0,954	0,392-2,322
-Célibataire	1,00	-	1,00	-
<b>Éducation</b>				
-Moins que diplôme secondaire	0,867	0,345-2,179	0,889	0,353-2,238
-Diplôme secondaire	0,635	0,288-1,396	0,610	0,275-1,350
-Études postsecondaires	1,274	0,575-2,822	1,281	0,578-2,840
-Obtenu un diplôme postsecondaire	1,00	-	1,00	-
<b>Situation économique</b>				
-À l'aise financièrement/revenus suffisants	1,00	-	1,00	-
-Pauvre/Très pauvre	1,151	0,567-2,337	1,148	0,565-2,334
<b>Trouble anxieux associé</b>				
-Oui	1,137	0,622-2,078	1,068	0,577-1,977
-Non	1,00	-	1,00	-

<b>Variabiles indépendantes</b>	<b>Rapport de cote (OR)</b>	<b>Intervalle de confiance (IC 95 %)</b>	<b>Rapport de cote (OR)</b>	<b>Intervalle de confiance (IC 95 %)</b>
<b>Hommes n=220</b>				
<b>Assurance maladie</b>				
-Avoir assurance complémentaire pour les autres services	1,00	-	1,00	-
-Ne pas en avoir	1,362	0,691-2,685	1,418	0,715-2,811
<b>Maladies chroniques</b>				
-Aucune	1,00	-	1,00	-
-Une seule	1,103	0,492-2,473	1,089	0,485-2,447
-Deux	1,621	0,634-4,145	1,607	0,627-4,121
-Trois et plus	1,601	0,717-3,572	1,552	0,694-3,471
<b>État santé mentale perçue</b>				
-Moyenne/mauvaise	1,230	0,641-2,358	1,232	0,642-2,364
-Excellente/très bonne/bonne	1,00	-	1,00	-
<b>Sévérité des symptômes évalués</b>				
-HADS-D <8	1,00	-	1,00	-
-HADS-D 8-10	1,448	0,678-3,093	1,407	0,656-3,016
-HADS-D 11-13	1,485	0,642-3,438	1,409	0,604-3,287
-HADS-D > 14	2,826	0,958-8,334	2,754	0,933-8,127
<b>Avoir consulté IPL pour santé mentale</b>				
-oui	-	-	1,449	0,719-2,922
-non	-	-	1,00	-

*Chapitre 5*

*Discussion*

Ce dernier chapitre propose une analyse critique de la présente étude selon deux aspects, soit les principaux résultats de l'étude ainsi que ses forces et ses limites. Finalement, il propose des recommandations en ce qui concerne la recherche et la pratique infirmière.

## 5.1 Les principaux résultats

L'objectif principal de cette étude est d'examiner si le fait d'avoir utilisé les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale par des personnes souffrant d'ÉDM est associé à un taux inférieur de BNCSM et si cette association est différente selon le sexe de la personne qui consulte. Il est important de noter que cette étude consistait à dresser un portrait initial de la situation étant donné que, pendant la rédaction de ce mémoire, le concept de BNCSM était quasi absent de la littérature scientifique infirmière.

### 5.1.1 L'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale.

Tout d'abord, seulement le cinquième de l'échantillon souffrant d'un EDM a utilisé les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale, et ce, dans les douze derniers mois précédant le projet Dialogue. Il n'y avait pas de différence significative entre les hommes et les femmes de l'échantillon en ce qui concerne l'utilisation des services d'une IPL. À la lumière de ces résultats, il est possible de penser que l'IPL n'est pas la



première professionnelle consultée par les patients souffrant d'un ÉDM. Selon le portrait statistique de la santé mentale des Québécois de 2012, parmi l'ensemble de la population québécoise âgée de 15 ans et plus ayant consulté au moins une ressource professionnelle pour des problématiques liées à la santé mentale, 9,4 %<sup>8</sup> ont consulté une infirmière (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Il est à noter que le présent mémoire a seulement étudié les taux d'utilisation des IPL tandis que le portrait statistique de la santé mentale des Québécois de 2012 incluait toutes les infirmières œuvrant en santé mentale. Selon ce même portrait, ce sont les médecins de famille/omnipraticiens (54 %) et les psychologues (42 %) qui sont les plus souvent consultés, et ce, indépendamment du sexe (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). À notre connaissance, aucune étude n'a avancé des cibles idéales d'utilisation des services des IPL. Il est difficile de savoir si un taux de 20 % d'utilisation des IPL est optimal et ce, sachant que ce ne sont pas toutes les personnes souffrant de dépression qui ont nécessairement besoin de voir une IPL pour leur ÉDM.

Ensuite, une grande proportion des participants souffrant d'un ÉDM ayant utilisé les services d'une IPL ne l'ont vu qu'une seule fois. De plus, ceux qui ont rencontré une IPL à plusieurs reprises ont majoritairement affirmé ne pas avoir vu la même. Ce que les résultats suggèrent, c'est que le suivi des personnes souffrant d'un ÉDM est fait par un autre professionnel de la santé que l'IPL. Plus précisément, dans la littérature, ce sont les médecins et les psychologues qui sont les professionnels les plus souvent responsables du suivi de cette clientèle (Baraldi, Joubert et Bordeleau, 2015). Toutefois, il est à noter que

---

<sup>8</sup> Coefficient de variation entre 15 % et 25 %; interpréter avec prudence

depuis que les projets de loi 90 et 21 ont été adoptés, le champ de pratique de l'infirmière en santé mentale s'est grandement élargi (Harvey et Laberge, 2013). En effet, elle peut désormais procéder à l'évaluation de la condition physique et mentale, à la surveillance clinique, au suivi infirmier des personnes présentant des problèmes de santé complexes et, plus récemment, à l'évaluation des troubles mentaux (Harvey et Laberge, 2013). En somme, l'IPL pourrait aisément exercer un rôle important dans la continuité des soins en assurant des fonctions de liaison, de consultante et de professionnelle répondante (Harvey et Laberge, 2013).

L'IPL a référé environ un patient sur deux à un (55,6 %) autre professionnel de la santé. Même si la différence n'est pas statistiquement significative, l'IPL a davantage référé les hommes (67,3 %) que les femmes (51 %). À notre connaissance, c'est la première fois que le taux de référence d'une IPL à un autre professionnel de la santé pour la clientèle souffrant d'un EDM est évalué. Quelques hypothèses peuvent être émises pour expliquer ces résultats. Premièrement, une différence dans la présentation, la gravité et dans la complexité des symptômes entre les deux sexes pourrait être une hypothèse pour expliquer la disparité entre les deux sexes. En effet, il a été établi que les hommes et les femmes souffriraient de dépression d'une manière similaire, mais auraient des façons différentes de manifester et d'exprimer leur détresse psychologique (Emslie, Ridge, Ziebland, et Hunt, 2007, Johnson et al 2012). Ensuite, étant donné que les résultats sont autorapportés, la possibilité que les résultats sous-estiment le nombre réel de références est tout à fait plausible. En effet, l'un des désavantages du questionnaire autoadministré

adéquatement à la question (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). De plus, le chercheur ne peut demander d'explications sur les réponses fournies par le participant (Loiselle et Profetto-McGrath, 2007). Ici, par exemple, il aurait été intéressant de savoir quel pourcentage de gens non référés avait déjà un suivi pour leur EDM avec un autre professionnel de la santé. Finalement, le haut pourcentage de participants référés n'avaient possiblement pas de suivi concernant leur EDM ce qui peut indiquer un manque au niveau de la continuité de services. Rappelons que les hommes les femmes souffrant d'EDM représentent une clientèle hautement vulnérable pour qui la continuité des services est essentielle (OIIQ, 2013). Les infirmières peuvent contribuer à améliorer l'accès et la continuité des services, assurer la qualité et la sécurité des soins en misant sur l'exercice de leur champ d'exercices infirmier, sur une complémentarité infirmières-médecins améliorée et sur une meilleure collaboration avec les professionnels de la santé (OIIQ, 2014)

Les médecins de famille, les omnipraticiens et les psychologues sont les professionnels de choix pour référer un patient qui a des besoins en santé mentale, et ce, peu importe le sexe, ce qui va dans le même sens que l'étude de Baraldi et collaborateurs (2015). Dans cette étude, les hommes ont davantage été référés à un psychiatre par l'IPL que les femmes. À ce jour, aucune étude recensée ne fait état des différences de professionnels référés selon le sexe. Dans la littérature, il est reconnu que la présentation des symptômes dépressifs des hommes est nettement différente de celle des femmes (Emslie, Ridge, Ziebland, et Hunt, 2007, Johnson et al 2012). Chez les hommes les symptômes dépressifs peuvent se traduire par : l'irritabilité, la colère, l'hostilité,

l'agressivité et des comportements abusifs, qu'il s'agisse de violence, de consommation d'alcool et de drogues (Chuick, Greenfeld, Greenberg, Shepard, Cochran et Haley, 2009; Emslie, Ridge, Ziebland et Hunt, 2007; Ogrodniczuk et Oliffe, 2011; Möller-Leimkühler, 2001). Il est donc possible de penser que cette présentation des symptômes dépressifs chez l'homme puisse être à la base d'un plus haut taux de référence vers un psychiatre.

### Taux et types de BNCSM

Nos résultats viennent confirmer que les personnes souffrant d'ÉDM présentent des taux élevés de BNCSM. Ces résultats sont cohérents avec l'étude Sunderland et Findlay (2013) qui affirme que les patients souffrant de maladie mentale, notamment chez ceux ayant un diagnostic de dépression, possèdent des taux de BNCSM élevés. Dans la présente étude, il n'y avait pas de différence significative entre le groupe ayant consulté une IPL et l'autre groupe. Selon Levesque et coll. (2007), le nonaccès aux services de santé explique les hauts taux de BNCSM. Plus précisément, il est suggéré que le fait de ne pas avoir un médecin de famille est un des facteurs les plus fortement associés à l'occurrence de BNCSM (Fleury et Grenier, 2012; Levesque et Al. 2007). La variable « avoir un médecin de famille » avait été évaluée dans le projet Dialogue (2005), mais n'avait par contre pas été inclus dans la présente étude ce qui limite l'interprétation des résultats. Bref, l'amélioration de l'accès aux soins, notamment en favorisant l'affiliation aux médecins de famille, serait l'une des solutions à explorer (Fleury et Grenier, 2012; Levesque et Al. 2007).

Ensuite, les deux échantillons, et ce, peu importe le sexe, avaient le même BNCSM en tête de liste : la psychothérapie ou le counseling. Plusieurs auteurs, comme Sunderland et Findlay (2013) ainsi que Fossey et collaborateurs (2012), avaient identifié ce BNCSM comme étant le plus fréquent chez ce type de clientèle. Selon ces derniers, le manque d'accès et les coûts associés à la psychothérapie sont les principales barrières à la satisfaction de ce besoin de suivis (Sunderland et Findlay, 2013; Fossey et Al., 2012). Ainsi, dans la présente étude, tant les infirmières, qui sont rarement titulaires d'un permis d'exercice de psychothérapie, que les autres professionnels de la santé consultés par les participants du projet Dialogue, n'ont pas été capables de combler les besoins en psychothérapie. De plus, au Canada, les services des psychologues ne sont pas couverts par les régimes provinciaux d'assurance maladie et cela crée un obstacle majeur à l'accès aux soins et restreint le nombre d'individus traités (Vasiliadis, 2011). Des pays comme le Royaume-Uni, avec son programme *Improving Access for Psychological Therapies* (IAPT) et l'Australie avec *Better Access*, ont augmenté l'accès aux soins psychologiques des personnes souffrant de problèmes de santé mentale en implantant des programmes facilitant l'accès à la psychothérapie (Vasiliadis, 2011). Les résultats de l'implantation des programmes ont démontré une diminution des besoins de la population sur le plan de la santé mentale, car, en facilitant l'accès à la psychothérapie, cela a permis de rejoindre des personnes qui ne l'auraient pas été autrement (Vasiliadis, 2011). Ce qui distingue l'Australie du Royaume-Uni c'est qu'outre les psychiatres, les omnipraticiens et les psychologues, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes, adéquatement formés, pouvaient faire de la psychothérapie subventionnée (Vasiliadis, 2011). Ainsi, un

programme tel que *Better Access* pourrait être implanté et les IPL pourraient mettre leurs savoirs (éducation thérapeutique, counseling, suivi clinique, etc.) à contribution. Selon l'OIIQ (2015), 54 infirmières sont titulaires d'un permis de psychothérapeute délivré par l'Ordre des psychologues du Québec. En favorisant la formation d'infirmières afin de faire de la psychothérapie et des soins en collaboration, l'accessibilité de la psychothérapie chez les personnes souffrant d'ÉDM s'en retrouverait dès lors augmentée. Bref, accroître l'accès à ces services (comme cela a été fait au Royaume-Uni et en Australie) permettrait de réduire les disparités entre les Canadiens qui ont accès aux psychothérapies (Vasiliadis, 2011). Ultimement, cela permettrait également « d'améliorer la santé mentale, de réduire le nombre de personnes invalides et d'alléger le fardeau de la maladie sur la population canadienne » (Vasiliadis, 2011, p. 1).

Le deuxième BNCSM le plus souvent mentionné concerne l'aide pour les relations interpersonnelles. Selon certains auteurs, ce dernier serait intimement lié à la psychothérapie, car il concerne l'élaboration de stratégies d'autogestion et d'outils pour faire face aux difficultés tant émotionnelles que relationnelles (Sunderland et Findlay, 2013; Fossey et Al., 2012). Cette affirmation mérite toutefois d'être nuancée, car l'IPL, par son champ de pratique très large, peut intervenir auprès de patients nécessitant de l'aide au niveau des relations personnelles. « La diversité de ses interventions, notamment l'éducation en matière de santé, lui permet de chercher à améliorer la qualité de vie de la personne, de mettre en évidence les ressources de cette dernière et de contribuer à développer ses compétences dans la gestion de sa situation, de ses émotions et de ses relations » (Harvey et Laberge, 2013, p.1). Toutefois, une étude menée par l'association

des infirmières de Terre-Neuve et du Labrador affirme que les contraintes de temps et les lourdes charges de travail ont un impact sur la capacité des IPL d'établir, de développer et de maintenir des relations thérapeutiques efficaces (Kean, 2008). De ce fait, cela affecte négativement leur capacité à répondre aux besoins des usagers et de leurs familles en matière d'intervention thérapeutique telle que l'élaboration de stratégies d'autogestion pour faire face aux difficultés relationnelles et émotionnelles (Kean, 2008).

Finalement, dans le groupe ayant utilisé les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale, le BNCSM concernant le besoin d'information sur les troubles mentaux, les traitements et la médication était plus présent chez les hommes. Rappelons que ce BNCSM a fréquemment été retrouvé chez les utilisateurs de soins de santé mentale (Fossey, Harvey, Mokhtari et Meadows, 2012; Prins, Verhaak, Meer, Penninx et Bensing, 2008; Sunderland et Findlay, 2013). Il n'y a rien de précis dans la littérature scientifique pour expliquer pourquoi ce besoin est plus présent dans le groupe d'hommes qui a utilisé les services d'une IPL. Toutefois, quelques pistes sont présentes et peuvent venir d'éclaircir ce phénomène. Fleury et Grenier (2012) expliquent que l'aide est souvent inadéquate dans le domaine de l'information sur la maladie et son traitement. Plus précisément, ils affirment que c'est une composante pour laquelle il n'existe pas de service conçu spécialement pour satisfaire aux besoins (Fleury et Grenier, 2012). De plus, il est possible de penser qu'une meilleure formation des IPL sur les troubles mentaux (notamment sur la dépression), sur les traitements et la médication, mais aussi sur des techniques communicationnelles dans le but de mieux transmettre l'information au patient serait bénéfique pour tenter de remédier à ce BNCSM. Le patient doit être vu comme un

partenaire qui possède un savoir expérientiel dont les compétences doivent être développées avec l'aide l'infirmière (Dumez et Lafrenière, 2012)

### 5.1.2 Les raisons rapportées aux BNCSM

Tout d'abord, une raison rapportée aux BNCSM est commune aux personnes des deux sexes recensées dans l'échantillon initial répondant aux critères de dépression ainsi que celles ayant utilisé les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale : le fait de ne pas savoir où aller chercher de l'aide. Le contexte politique menant à la restructuration des CSSS complexifie l'accessibilité à des services en santé mentale. De plus, le gouvernement du Québec avait annoncé, dans le PASM 2005-2010, la création de guichets d'accès dans le but de faciliter l'accès aux services et leur continuité pour les personnes ayant des problèmes de santé mentale. Toutefois, les résultats ne sont pas à la hauteur des attentes. La mise en œuvre du plan d'amélioration des services en santé mentale est complexe (Carignan et Ostiguy, 2013). Plus précisément, cela est entre autres dû à un manque d'expertise en santé mentale ainsi qu'un nombre limité de ressources spécialisées. Les guichets d'accès sont nécessaires, mais, actuellement insuffisants pour répondre à la demande (Carignan et Ostiguy, 2013). Davantage de ressources financières, professionnelles et organisationnelles sont nécessaires pour la mise en place d'un guichet d'accès en santé mentale efficient et ainsi faciliter l'accès aux soins en santé mentale (Carignan et Ostiguy, 2013).



### 5.1.3 Facteurs associés à la présence de BNCSM

Dans la présente étude, quatre facteurs ont été associés de manière significative avec le fait d'avoir des BNCSM. Tout d'abord, être marié ou en union libre diminue le risque d'avoir des BNCSM (0,675 (IC 95% 0,470-0,968)). Selon Colman, Symoens et Bracke (2012), les hommes et les femmes mariées ont moins de chances d'avoir des symptômes dépressifs et ont une meilleure perception de leur santé mentale, et ce, comparativement aux divorcés. Ces derniers sont plus susceptibles d'avoir des symptômes dépressifs, une moins bonne perception de leur état de santé et d'utiliser davantage les services de santé (Colman, Symoens et Bracke, 2012). Selon certaines études, les hommes et les femmes divorcés rapportent statistiquement plus de besoins non comblés que les gens mariés (Colman, Symoens et Bracke, 2012; Parslow, Parslow et Jorm, 2001). Dans les études recensées, majoritairement américaines, les gens mariés et en union libre étaient rarement placés dans la même catégorie, et ce, parce que ces différents types d'unions auraient des impacts différents (De Vaus, 2002; Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Cotten 1999). Il est établi que le mariage est une importante source de soutien social qui a des effets protecteurs en ce qui concerne le développement des troubles mentaux et particulièrement contre la dépression (De Vaus, 2012; Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Cotten 1999). Pour ce qui est des gens vivant en union libre, ils auraient cinq fois plus de chance de souffrir de dépression que les couples mariés, étant donné une plus grande instabilité dans leur couple (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001). Cependant, le Québec se distingue du reste du Canada ainsi que des États-Unis au niveau de taux de mariages et

d'union libre. Pour ce qui est du Québec, la proportion de personnes en couple qui vivent en union libre est de 36 %, soit près du double de la moyenne canadienne (Statistique Canada, 2015). De plus, les unions libres au Québec sont plus stables et durent plus longtemps que dans le reste du Canada et de l'Amérique du Nord (Statistique Canada, 2015). Ensuite, les facteurs ont été stratifiés selon le sexe afin de vérifier s'il existait des différences entre les hommes (RC 0,858 (IC 95% 0,407-1,809)) et les femmes (RC 0,586 (IC 95% 0,383-0,899)). Ainsi, le fait d'être marié ou en union libre diminue le risque d'avoir des BNCSM chez les femmes, et ce, dans la même proportion que l'échantillon total. Chez les hommes, il n'y avait pas d'association. Ce qui a été établi dans la littérature scientifique c'est que les effets protecteurs d'un mariage sain<sup>9</sup> au niveau de la santé mentale sont davantage notables chez les hommes que chez les femmes (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001; Robles, Slatcher, Trombello et McGinn, 2014). En effet, cela serait en partie dû au fait que les femmes sont plus susceptibles que les hommes de prendre soin de la santé de leur partenaire (Kiecolt-Glaser et Newton, 2001). Dans l'étude actuelle, l'effet protecteur du mariage sur les BNCSM semble toucher davantage les femmes que les hommes. Il est possible que le petit échantillon d'hommes dans l'étude en partie explique cette disparité (Robles, Slatcher, Trombello et McGinn, 2014). Il est aussi possible d'émettre l'hypothèse que le contexte différent du Québec en ce qui concerne les

---

<sup>9</sup> Mariage sain : une satisfaction élevée à l'égard de la relation, des attitudes essentiellement positives envers son partenaire et peu de comportements hostiles et négatifs envers ce dernier (Robles, Slatcher, Trombello et McGinn, 2014).

taux de mariage et de couple qui vit en union libre peut être une cause de cette même disparité.

L'âge a été associé significativement à la présence de BNCSM dans l'échantillon total ainsi que chez les femmes. Plus précisément, le fait d'avoir entre 18 et 24 ans augmente de plus de deux fois le risque d'avoir des BNCSM (RC 2,272 (IC 95% 1,369- 3,769)), et ce, comparativement au groupe de 25-44 ans. Les résultats de la présente étude concordent avec ceux de plusieurs études qui ont montré que l'âge est l'une des variables importantes pour expliquer la probabilité d'avoir des besoins non comblés (Findlay et Sunderland, 2014; Nelson et Park, 2006 ; Prins, Verhaak, Meer, Penninx et Bensing, 2008). Plus précisément, les 15-24 ans, particulièrement les jeunes femmes, sont ceux qui présentent les niveaux les plus élevés de BNCSM (Findlay et Sunderland, 2014; Nelson et Park, 2006 ; Prins, Verhaak, Meer, Penninx et Bensing, 2008). Une différence de prévalence des troubles mentaux en fonction de l'âge est l'une des hypothèses pour expliquer le présent résultat. Au Canada, la prévalence la plus élevée des troubles de l'humeur sur une période de 12 mois se retrouve chez la population âgée de 15 à 24 ans et principalement chez les femmes. Ensuite, une seconde hypothèse pour expliquer un plus haut taux de BNCSM chez les 15-24 ans est qu'il existe des différences au niveau de la satisfaction et de la perception des bénéfices liés à l'utilisation des services de santé mentale (Ford, Bryant et Kim, 2012). Dans les faits, les personnes âgées qui utilisent les services de santé mentale sont généralement plus satisfaites et perçoivent plus les bénéfices en ce qui concerne les services reçus que leurs homologues plus jeunes (Ford, Bryant et Kim, 2012). C'est chez les jeunes qui ont un faible niveau d'éducation et peu de

ressources socioéconomiques, ainsi que chez ceux qui ont des problèmes de toxicomanie ou de dépendance que l'on retrouve un faible taux de satisfaction et des attitudes négatives à l'égard de l'utilisation des services de santé mentale (Jagdeo, Cox, Stein et Sareen, 2009). Certes, ces études ne sont pas spécifiquement en lien avec les IPL et les BNCSM, mais elles donnent de bonnes pistes de réflexion afin de comprendre les résultats de la présente étude.

Le troisième facteur significativement associé à la présence de BNCSM est la sévérité importante des symptômes dépressifs. Plus précisément, le fait d'avoir un score au HADS-D se situant entre 11-13 (RC 1,785 (IC 95% 1,170-2,274)) ainsi qu'en avoir un supérieur à 14 (RC 2,637 (IC 95% 1,561-4,453)) a été associé à une augmentation du risque d'avoir des BNCSM, et ce, dans l'échantillon initial et chez les femmes. Les résultats de cette étude vont dans le même sens que ceux de l'équipe de Dezzetter et collaborateurs (2015). En effet, ils ont constaté qu'une sévérité importante des symptômes dépressifs, initialement et s'accroissant au cours de l'étude mesurée à l'aide du HADS-D, était également associée au fait d'avoir des BNCSM. D'autres études avancent que les individus ayant présenté une sévérité importante des symptômes dépressifs ont trois fois plus de chance de rapporter des besoins non satisfaits et sont sept fois plus susceptibles d'en rapporter des partiellement satisfaits (Lefebvre et Al., 2002; Sunderland et Findlay, 2013). Ces études n'ont toutefois pas utilisé le HADS-D pour mesurer la sévérité des symptômes.

En ce qui concerne le quatrième facteur, le fait d'avoir un trouble anxieux concomitant, a été associé à une augmentation d'environ 1,5 de la probabilité d'avoir des

BNCSM et ce, dans l'échantillon initial (RC 1,491 IC (95% 1,103- 2,014)) ainsi que dans le groupe des femmes (1,671 IC (95% 1,173-2,381)). Il est recensé dans la littérature que les individus ayant un trouble anxieux concomitant à leur dépression ont été montrés comme trois fois plus susceptibles d'avoir des BNCSM que ceux souffrant seulement d'anxiété (Mojtabai Olfson, et Mechanic, 2002; Sunderland et Findlay, 2013). Quelques pistes sont présentes dans la littérature pour tenter d'expliquer pourquoi les participants de l'étude ont davantage de BNCSM lorsqu'ils ont un trouble anxieux concomitant à leur dépression. Ainsi, les gens souffrant de dépression et d'anxiété sont souvent sous-diagnostiqués et ne reçoivent pas le traitement adéquat (Mojtabai Olfson, et Mechanic, 2002; Sunderland et Findlay, 2013). De plus, les individus ayant un trouble anxieux concomitant à leur dépression sont connus pour avoir des symptômes d'une sévérité importante, une diminution significative de leur fonctionnement et de leur bien-être et une chronicité de leur état (Schoevers, Deeg, Van Tilburg et Beekman, 2005, Sherbourne, Dwight-Johnson et Klap, 2001). Même si les femmes sont presque deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression et d'anxiété que les hommes, aucune étude recensée n'a établi de lien clair entre le fait d'être une femme ayant un trouble anxieux et la probabilité d'avoir des BNCSM.

Le fait d'avoir poursuivi des études postsecondaires a été associé à une diminution du risque d'avoir des BNCSM, et ce, seulement chez les femmes. Il est possible de penser que les femmes ayant un haut degré de scolarité sont plus outillées pour aller chercher les services et de l'information en lien avec leur EDM et ont plus de ressources financières pour avoir accès à la psychothérapie, par exemple. Toutefois, les résultats de la présente

étude vont donc à l'encontre de ce qui avait été trouvé précédemment. En effet, dans une étude antérieure recensée, ce qui avait été établi c'est que les adultes ayant atteint le niveau universitaire étaient plus susceptibles de déclarer des besoins de soins non comblés en matière de santé mentale que ceux ayant un diplôme d'études secondaires (Ojeda, Bergstresser et Kline, 2008). Les raisons des taux élevés de BNCSM chez les femmes ayant un haut taux de scolarité n'ont toutefois pas été recensées dans la littérature. Les connaissances sur le lien entre la scolarité chez les femmes et les BNCSM sont fragmentaires ce qui limitent l'interprétation du résultat obtenu dans la présente étude.

En définitive, pour répondre à l'objectif principal, nous n'avons pu établir une association entre le fait d'utiliser les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale et celui d'avoir exprimé des BNCSM et ce, tant chez les hommes que les femmes souffrant d'ÉDM. De ce fait, dans la présente étude, l'infirmière ne se distingue pas de façon significative des autres professionnels de la santé. À notre connaissance, il n'y a pas eu de recherche qui a mis en relation le fait de consulter une IPL pour des raisons de santé mentale et les BNCSM. De plus, aucune étude recensée n'a évalué la probabilité d'avoir des BNCSM en fonction de la consultation des divers professionnels travaillant en santé mentale. Il est donc difficile d'interpréter les résultats obtenus. Bien que ces derniers ne soient pas statistiquement significatifs, il est tout de même possible de remarquer que le fait d'utiliser les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale augmente la probabilité d'avoir des BNCSM chez les hommes (OR 1,449) tandis qu'il est diminué (OR 0,867) chez les femmes. Encore ici, l'interprétation des résultats doit être faite avec prudence. De nouvelles études pour documenter davantage le lien entre les BNCSM et

l'utilisation des services d'une IPL sont primordiales pour comprendre le résultat de la présente étude.

## 5.2 Les forces et les limites de l'étude

### 5.2.1 Les forces

La principale force de cette étude est qu'en utilisant les données du projet Dialogue (2006 -2010), une quantité importante de données ont pu être recueillies chez une clientèle qui aurait été difficilement accessible dans le cadre d'un mémoire de maîtrise. De plus, certaines variables de confusion ont été contrôlées afin d'augmenter la validité interne de l'étude.

Une autre force de ce mémoire est d'avoir généré une base de connaissance sur différents aspects de l'utilisation des services d'une IPL par les personnes souffrant d'un EDM et sur les BNCSM. Plus précisément, grâce aux différents objectifs spécifiques, un portrait a tout d'abord pu être dressé afin de mieux cerner les caractéristiques de la consultation d'une IPL pour raison de santé mentale chez une clientèle souffrant d'un EDM. Ensuite, toujours chez cette clientèle, il a été possible d'appréhender les différents types de BNCSM et leurs raisons sous-jacentes. Enfin, il a été possible d'identifier les facteurs significativement associés avec le fait de rapporter des BCNSM.

Finalement, même s'il est incontestable que les hommes et les femmes sont différents et souffrent de la dépression d'une manière qui est spécifique à leur sexe, une

minorité d'études en tiennent compte dans l'analyse et dans la présentation de leurs résultats. Ainsi, une force de cette étude est d'avoir pris en considération, dans chaque analyse, les hommes et les femmes séparément.

### 5.2.2 Les limites

Bien que l'analyse secondaire possède plusieurs avantages, elle présente aussi quelques limites. En effet, les données recueillies dans le cadre de l'étude initiale visaient un autre but que celui de la présente étude. Subséquemment, les aspects relatifs à la collecte des données n'ont pas pu être contrôlés par l'étudiante chercheuse (Smith et coll., 2011). Par exemple, dans cette étude, les types de BNCSM ainsi que leurs raisons rapportées furent sélectionnées par les chercheurs du projet Dialogue et étaient communs à toutes les professions visées par l'étude ; ils ne ciblaient donc pas la profession infirmière en particulier. Il aurait été pertinent que les types et les raisons rapportés aux BNCSM soient liés aux champs d'exercices et aux activités réservées de l'infirmière.

Une autre limite de cette étude correspond à l'année de la collecte de données. En effet, les données utilisées dans ce mémoire découlent de la cohorte du projet Dialogue 2006-2010 (volet clientèle). De nombreux changements sociaux, culturels et technologiques se sont produits depuis 2006. On a seulement qu'à penser à la restructuration du système de santé dirigée par le ministre Barette (création des CIUSSS, en remplacement des CSSS). Il faut donc être prudent en ce qui concerne la généralisabilité des résultats de cette étude.



Ensuite, la collecte de données est également sujette au biais de l'autosélection. Comme lu dans Loisel et Profetto-McGrath (2007), cela correspond au « mécanisme par lequel les participants ayant des caractéristiques particulières extrinsèques au sujet de recherche acceptent de faire partie de cette étude ce qui crée une distorsion potentielle dans les résultats obtenus » (p. 195).

Dans un autre ordre d'idée, une limite importante de cette étude est de ne pas avoir inclus la variable *avoir un médecin de famille* dans les analyses descriptives et dans les modèles de régression logistiques. En effet, l'effet de cette variable sur les BNCSM n'avait pas été pris en compte dans la recension des écrits. Plus précisément, ne pas avoir de médecin de famille est reconnu dans la littérature comme l'un des facteurs les plus fortement associés à l'occurrence de BNCSM (Fleury et Grenier, 2012, Levesque et Al., 2007). Avoir inclus cette variable aurait pu mener à une meilleure compréhension des présents résultats.

### 5.3 Implications pour les sciences infirmières

Le caractère novateur de cette étude réside dans le fait qu'elle permet d'établir un portrait initial sur les BNCSM chez les hommes et les femmes qui ont utilisé les services d'une IPL pour des raisons de santé mentale. Cet aspect de différenciation selon le sexe est habituellement absent de la littérature et c'est ce qui distingue davantage cette étude des autres. De plus, elle permet de mieux comprendre les caractéristiques et les besoins

spécifiques de ces deux groupes. Les hommes et les femmes ont des besoins différents qui se manifestent singulièrement et il est essentiel pour les infirmières de les discerner pour mieux intervenir auprès de toutes les clientèles et spécifiquement celle souffrant d'ÉDM. Ainsi, cette étude permet de combler quelques lacunes dans l'état des connaissances actuelles. Même si aucune association n'a été trouvée entre le fait d'utiliser les services d'une IPL et celui de rapporter des BNCSM, cette étude présente des résultats pertinents pour les sciences infirmières. Plus précisément, une base de connaissances sur divers thèmes a été présentée : la description de l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale, les types et les taux de BNCSM en fonction du sexe ainsi que les facteurs associés aux BNCSM. Cette étude aura également permis d'identifier plusieurs pistes de recherches qui permettront l'avancement des connaissances dans ce domaine.

### 5.3.1 Recommandations pour la profession infirmière

Cette section énumère quelques recommandations qui résultent de cette étude pour la recherche et la pratique dans le domaine des sciences infirmières.

#### *Sur le plan de la recherche*

Cette étude a permis d'obtenir des connaissances de base sur l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale chez les hommes et les femmes vivant un EDM, puis en mettant le tout en lien avec les BNCSM. Elle suscite toutefois d'autres questions qui seraient pertinentes d'approfondir. Ainsi, grâce à un grand

échantillon de femmes souffrant d'un EDM recruté par le biais du projet Dialogue, cinq facteurs ont pu être associés de manière significative avec le fait d'avoir des BNCSM soit : avoir entre 18 et 24 ans, être marié ou en union libre, le fait d'avoir poursuivi des études postsecondaires, un trouble anxieux concomitant à l'EDM, un score au HADS-D à 11-13 ainsi que supérieur à 14. Toutefois, aucun facteur n'a été significativement associé avec le fait d'avoir des BNCSM chez l'homme. L'échantillon d'homme souffrant d'EDM était nettement inférieur à celui des femmes. Il pourrait être intéressant de refaire une telle recherche en recrutant davantage de participants hommes souffrant d'EDM. Ainsi, il serait possible de vérifier si des facteurs sont associés de manière significative avec le fait d'avoir des BNCSM et, advenant le cas qu'il y en ait, s'ils sont différents de ceux des femmes.

Dans la présente étude, une analyse secondaire de données a été effectuée, et ce, afin d'avoir accès non seulement à un grand échantillon de participants souffrants d'EDM, mais aussi à des données d'une grande diversité. Toutefois, il aurait été pertinent d'avoir plus des données spécifiquement sur l'utilisation des services d'une IPL par les participants souffrants d'un EDM. Dans d'éventuelles recherches, il serait intéressant d'effectuer une étude permettant d'évaluer plus en profondeur l'utilisation des services d'une IPL par les participants souffrants d'un EDM, notamment sur les soins et services offerts par l'IPL, la raison du patient de consulter une IPL et d'évaluer si les BNCSM étaient les mêmes avant en après la rencontre avec l'IPL. De cette manière, il serait possible de mieux saisir la réalité des participants souffrant d'un EDM ayant consulté une IPL pour des raisons de santé mentale.

Finalement, il est prouvé que le sexe, mais aussi le genre influencent la santé sous tous ses aspects : des mécanismes fondamentaux de l'évolution de la maladie à l'utilisation de services (Johnson et Beaudet, 2013). Dans de prochaines études, il serait aussi intéressant d'inclure la notion de genre pour ainsi mieux cerner les différences qui en résultent. Par exemple, il est reconnu que les hommes qui perçoivent un grand écart entre ce qu'ils sont et ce qu'ils devraient être sur le plan de la masculinité se trouvent en situation de conflit de rôle de genre (Roy et Tremblay, 2012). Cette situation est largement associée à la dépression (Roy et Tremblay, 2012). Il serait intéressant d'examiner s'il existe des différences au niveau des BNCSM et d'utilisation des services d'une IPL entre les hommes dépressifs en situation de conflit de rôle de genre et les autres.

#### *Sur le plan de la pratique*

Il serait enrichissant d'utiliser les résultats provenant de cette étude pour sensibiliser tant les infirmières en formation que celles qui sont déjà diplômées relativement à l'utilisation des services d'une IPL pour des raisons de santé mentale et des BNCSM en fonction du sexe. En s'intéressant à ces concepts, les infirmières seront davantage sensibilisées à la réalité des patients souffrant d'un EDM et auront donc l'occasion de mieux intervenir auprès de cette clientèle vulnérable.

Dans un premier temps, les résultats de cette étude révèlent que les personnes souffrant d'EDM avaient divers BNCSM tels que : de la psychothérapie ou du counseling, de l'aide pour les relations interpersonnelles, ainsi qu'un manque d'information sur les services disponibles, les troubles mentaux, les traitements et la médication. En prenant

conscience de ces BNCSM, l'IPL sera en mesure d'évaluer et d'anticiper les principaux BNCSM et ainsi mieux soutenir la personne souffrant d'un EDM. De plus, c'est en travaillant en collaboration avec d'autres professionnels de la santé que le taux de BNCSM, chez les personnes souffrant d'EDM, a le plus de probabilités d'être diminué. Dans un deuxième temps, la principale raison rapportée pour expliquer la présence de BNCSM chez les deux sexes concerne le fait de ne pas savoir où aller chercher de l'aide. C'est par le biais du rôle que l'infirmière joue au niveau de la promotion de santé qu'elle peut faire connaître les ressources disponibles en santé mentale auprès de tous les types de clientèles et plus particulièrement celles à risque et ce, dans le but de faciliter l'accès aux services.

Dans un troisième temps, chez les femmes souffrant d'un EDM majeur recruté par le biais du projet Dialogue, cinq facteurs ont pu être associés de manière considérable avec le fait d'avoir des BNCSM. Subséquemment, avoir entre 18 et 24 ans, avoir un trouble anxieux concomitant à l'EDM ainsi qu'obtenir un score au HADS-D à 11-13 ainsi que supérieur à 14 a été associé à une augmentation du risque d'avoir des BNCSM. Tandis qu'être marié ou en union libre et le fait d'avoir poursuivi des études postsecondaires diminuent quant à eux le risque d'avoir des BNCSM. Outre le score au HADS-D, les autres données sont faciles à recueillir lors de la collecte de données de l'IPL. En intégrant, les résultats de cette étude à sa pratique, l'IPL peut ainsi cibler les personnes faisant partie des groupes à risque.

Pour conclure ce chapitre, les résultats de cette étude ont permis d'obtenir des connaissances de base sur le fait d'avoir utilisé les services d'une IPL pour des raisons de

santé mentale par des personnes souffrant d'ÉDM, à la présence des BNCSM et si cette association est influencée par le sexe de la personne qui consulte. Dans un contexte où le taux de personnes qui souffriront de dépression au cours de leur vie est en constante augmentation, les résultats générés par cette étude sont pertinents et les recommandations qui en résultent sont donc à prendre en considération pour la pratique infirmière.

## *Références*

- Agence de la santé publique du Canada. (2002). Rapport sur les maladies mentales au Canada. Repéré à [http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap\\_2-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/miic-mmacc/chap_2-fra.php)
- Andersen R, Newman J., F. (2005). Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States. *Milbank Memorial Fund Quarterly* 1973; 51, p.95–124.
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5 : manuel diagnostic et statistique des troubles mentaux*. Paris, France : Masson.
- Australian Bureau of Statistics (2008) National Survey of Mental Health And Wellbeing 2007. Repéré à [http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447F985FC2CA2574EA00122BD6/\\$File/43260\\_2007.pdf](http://www.ausstats.abs.gov.au/Ausstats/subscriber.nsf/0/6AE6DA447F985FC2CA2574EA00122BD6/$File/43260_2007.pdf)
- Baraldi, R., Joubert, K. et Bordeleau, M. (2015). Portrait statistique de la santé mentale des Québécois. Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes– Santé mentale 2012. *Institut De La Statistique Du Québec*, 1-135.
- Baril, D. (2009). Les hommes cachent leur dépression. Repéré à <http://www.nouvelles.umontreal.ca/recherche/sciences-de-la-sante/20090511-les-hommes-cachent-leur-depression.html>
- Besner, J., Drummond, J., Oelke, N., McKim, R. et Carter, R. (2011). Optimizing the practice of registered nurses in the context of an interprofessional team in primary care (Rapport final). Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/researchers/ifres-hswru-pc-nursing-report-2010.pdf>
- Bijl, R.,V. et Ravelli, A. (2000). Current and residual functional disability associated with psychopathology: findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Psychology. Medecine.* 30, p.657–668.
- Bjelland, I., Dahl, A., Haug, T., et Neckelmann, D. (2002). The validity of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Journal Of Psychosomatic Research*, 52(2), p.69-77.
- Brownhill, S., Wilhelm, K., Lesley, B. et Schmied, V. (2005). 'Big build': hidden depression in men. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry.* 39(10), p.921-931. DOI : 10.1111/j.1440-1614.2005.01665.x.



- Cameron, I., Crawford, J., Lawton, K., et Reid, I. (2008). Psychometric comparison of PHQ-9 and HADS for measuring depression severity in primary care. *Br J Gen Pract*, 58(546), p.32-36.
- Carignan, C et Ostiguy, T. (2013). Guichet d'accès en santé mentale : une expérience en six étapes. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol110no2/10\\_sante\\_mentale.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/periodiques/Perspective/vol110no2/10_sante_mentale.pdf)
- Chuick, C. D., Greenfeld, J. M., Greenberg, S. T., Shepard, S. J., Cochran, S. V. et Haley, J., T. (2009). A Qualitative Investigation of Depression in Men. *Psychology of Men and Masculinity* .10(4), p.302–313. DOI : 10.1037/a0016672.
- Colman, E., Symoens, S., et Bracke, P. (2012). Professional health care use and subjective unmet need for social or emotional problems: a cross-sectional survey of the married and divorced population of Flanders. *BMC Health Services Research*, 12(1) p. 254-255.
- Cotten, S., R. (1999). Marital status and mental health revisited: Examining the importance of risk factors and resources. *Family Relations*, 48, p.225–233.
- Currid, T., J., Turner, A., Bellefontaine, N. et Spada, M., M. (2012). Mental health issues in primary care: implementing policies in practice. *British Journal of Community Nursing*, 17(1), p.21-26.
- D'Amour, D., Dubois, C-A., Déry, J., Clarke, S., Tchouaket, É., Blais, R. et Rivard, M. (2012). Measuring actual scope of nursing practice. A new tool for nurse leaders. *The Journal of Nursing Administration*, 42(5), p.248-255.
- De Vaus, D. A. (2002). Marriage and mental health. *Family Matters*, 62, p.26-32.
- Dezetter, A., Duhoux, A., Menear, M., Roberge, P., Chartrand E. et Fournier, L. (2015). Reasons and determinants for perceiving unmet needs for mental health in primary care in Quebec. *Revue Canadienne de Psychiatrie*, 60(6), p.284-293.

- Directeur de la santé public. (2006). Santé des populations et services de santé : stratégies : les définitions. Repéré à  
[http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers\\_thematiques/services\\_preventifs/t\\_hematique/sante\\_des\\_populations\\_et\\_services\\_de\\_sante/strategies/definitions.html](http://www.dsp.santemontreal.qc.ca/dossiers_thematiques/services_preventifs/t_hematique/sante_des_populations_et_services_de_sante/strategies/definitions.html)
- Dion, C. (2013). La santé mentale des hommes : pas de problème? Repéré à  
<http://www.stresshumain.ca/la-sante-mentale-des-hommes-pas-de-probleme.html>
- Duhoux, A. (2013). Des soins de qualité pour la dépression en première ligne : une contribution à l'amélioration de l'état de santé de la population québécoise. (Doctorat, Université de Montréal, Montréal) Repéré à  
<https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/10760;jsessionid=2A49DD563ED23DDCAD2F42AF33FC181A>
- Duhoux, A., Fournier, L., Tuong Nguyen, C., Roberge, P. et Beveridge, R. (2008). Guideline concordance of treatment for depressive disorder in Canada. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. DOI 10.1007/s00127-008-0444-8.
- Duhoux, A. (2006). Adéquation du traitement des troubles dépressifs au Canada. (Mémoire de maîtrise inédit). Université de Montréal.
- Druss, B., G., Rohrbach, R., M., Levinson, C., M. et Rosenheck R., A. (2001) Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial. *Archives General Psychiatry* 58(9), p.861–868.
- Emslie, C., Ridge, D., Ziebland, S. et Hunt, K. (2007). Exploring men's and women's experiences of depression and engagement with health professionals: more similarities than differences? A qualitative interview study. *BMC Family Practice*. 8(43), p.1-10. Doi:10.1186/1471-2296-8-43.
- Findlay, L., C. et Sunderland, A. (2014) Soutien professionnel et informel en santé mentale déclaré par les Canadiens de 15 à 24 ans. Repéré à  
<http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2014012/article/14126-fra.htm>
- Fleury, M. J. et Grenier, G. (2012). État de situation sur la santé mentale au Québec et réponse du système de santé et des services sociaux. Repéré à  
[http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE\\_EtatSituation\\_SanteMentale\\_2012.pdf](http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/2012/SanteMentale/CSBE_EtatSituation_SanteMentale_2012.pdf)

- Ford, K., Bryant, A. et Kim, G. (2012). Age differences in satisfaction with and perceived benefit from mental health services: results from the collaborative psychiatric epidemiology surveys. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(8), p. 831-840.
- Fossey, E., Harvey, C., Mokhtari, M. R. et Meadows, G. N. (2012). Self-rated assessment of needs for mental health care : A qualitative analysis. *Community Mental Health Journal*, 48, p.407-419.
- Fournier, L., Roberge, P. et Brouillet, H. (2012). Faire face à la dépression au Québec. Protocole de soins à l'intention des intervenants de première ligne. Repéré à [www.qualaxia.org/ms/jalons](http://www.qualaxia.org/ms/jalons)
- Gilbody, S., Bower, P., P., Fletcher, J., Richards, D. et Sutton, A., J. (2006). Collaborative care for depression: a cumulative meta-analysis and review of longer-term outcomes. *American Medical Association*. 166, p.2314-23.
- Gouvernement du Québec. (2015). Dépression. Repéré à [http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob\\_sante/sante\\_mentale/index.php?id=62,73,0,0,1,0](http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/sante_mentale/index.php?id=62,73,0,0,1,0)
- Gouvernement du Québec (2012) Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010; La force des liens. Repéré à <http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2012/12-914-09W.pdf>
- Harvey, D. et Laberge, L. (2013). L'infirmière en santé mentale : une actrice clé en matière d'accessibilité, de continuité, de qualité et de rétablissement de la personne. Repéré à <http://www.blogue.qualaxia.org/2013/05/30/linfirmiere-en-sante-mentale-une-actrice-cle-pour-la-qualite-des-soins/>
- Institut de la statistique du Québec. (2010). Étude sur la santé mentale et le bien-être des adultes québécois : une synthèse pour soutenir l'action. Repéré à [http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/sante\\_mentale\\_synthese](http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/sante/pdf2010/sante_mentale_synthese)
- Institut de recherche en santé du Canada (IRSC). (2010). L'influence du genre et du sexe : Un recueil de cas sur la recherche liée au genre, au sexe et à la santé. Repéré à [http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/What\\_a\\_Difference\\_Sex\\_and\\_Gender\\_Make-fr.pdf](http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/documents/What_a_Difference_Sex_and_Gender_Make-fr.pdf)
- Institut universitaire en santé mentale de Montréal. (2015). En chiffre. Repéré à <http://www.iusmm.ca/hopital/sante-mentale/en-chiffres.html>

- Jagdeo A., Cox B., Stein M.B. et Sareen J. (2009). Negative attitudes toward help seeking for mental illness in 2 population-based surveys from the United States and Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 54(11), 2009, p.757-766.
- Johnson J., L. et Beaudet, A. (2013) Sex and gender reporting in health research : why Canada should be a leader. *Canadian Journal of Public Health*, 104,p. 80–81.
- Johnson, J. I., Oliffe, J. L., Kelly, M. T., Galdas, P. et Ogradniczuk, J., S. (2012). Men's discourses of help-seeking in the context of Depression. *Sociology of Health et Illness*, 34(3), p. 345–361. doi : 10.1111/j.1467-9566.2011.01372.x.
- Kairouz, S., Boyer, R., Nadeau, L., Perreault, M., Fiset P. et Laniel, J. (2008). Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle1.2). Repéré à <http://www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/sante/etat-sante/mentale/troubles-mentaux-toxicomanie.pdf>
- Katon, W., J. et al. (2010). Collaborative Care for Patients with Depression and Chronic Illnesses. *The New England journal of medicine*. 363(27), p.2611-2620.
- Kavanagh, M., Beaucage, Cardinal, L. et Aubé, D. (2006). La dépression majeure en première ligne : les impacts cliniques des stratégies d'intervention : une revue de la littérature. Québec : Institut national de santé publique.
- Kean, A.-M. (2008). Advancing the Role of the Psychiatric-Mental Health Nurse in the Community. Repéré à [https://www.arntl.ca/sites/default/files/documents/role\\_of\\_the\\_psychiatric\\_mental\\_health\\_nurse\\_working\\_in\\_the\\_comm\\_apr\\_08.pdf](https://www.arntl.ca/sites/default/files/documents/role_of_the_psychiatric_mental_health_nurse_working_in_the_comm_apr_08.pdf)
- Kiecolt-Glaser, J. et Newton, T. (2001). Marriage and health: His and hers. *Psychological Bulletin*, 127(4), p.472-503. doi 10.1037/0033-2909.127.4.472
- Leach L., S. et al. (2011). Gender Differences in Depression and Anxiety Across the Adult Lifespan: The Role of Psychosocial Mediators. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(12), p. 983–98.
- Lefebvre, J., Cyr, M., Lesage, A., Fournier, L. et Toupin, J. (2002). Unmet needs in the community: can existing services meet them? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 102(1), p.65-70.

- Légaré, G., Gagné, M., St-Laurent, D. et Perron, P., A. (2013). La mortalité par suicide au Québec : 1981 à 2010. *Institut nationale de santé publique du Québec*. p.1-24.
- Lesage, A., Vasiliadis, HM., Gagné, MA., Dudgeon, S., Kasman, N. et Hay, C. (2006). Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : Une analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Rapport préparé pour l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Repéré à [www.iccsm.ca](http://www.iccsm.ca)
- Levesque, J. F., Pineault, R., Robert, L., Hamel, M., Roberge, D., Kapetanakis, C., Simard, B. et Laugraud, A. (2007). Les besoins non comblés de services médicaux : un reflet de l'accessibilité des services de première ligne?. Repéré à [https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709\\_cahier\\_thematique\\_bnc.pdf](https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/709_cahier_thematique_bnc.pdf)
- Mansfield, A. K., Syzdek, M. R., Green, J. D. et Addis, M., E. (2008). Understanding and increasing help seeking in older man. *Génération*, p.16-20.
- Meadows, G., N. et Burgess P., M. (2009). Perceived need for mental health care: findings from the 2007 Australian Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, p.624-634.
- Mental Health Canada. (2014). Depression. Repéré à [http://www.cmha.ca/mental\\_health/facts-about-depression-and-bipolar-disorder/#.VTwrCpPK8nI](http://www.cmha.ca/mental_health/facts-about-depression-and-bipolar-disorder/#.VTwrCpPK8nI)
- Merckl, P. (2009). Analyse secondaire des données qualitatives : Une question méthodologique aux enjeux multiples. Repéré à <http://calenda.org/198605>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2005). Plan d'action en santé mentale 2005-2010 : la force des liens. Québec : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Mitchell, M., J. et Kakkadasam, V. (2011). Ability of nurses to identify depression in primary care, secondary care and nursing homes : A meta-analysis of routine clinical accuracy. *International Journal of Nursing Studies*, 48,p.359–368.
- Möller-Leimkühler, A. M. (2001). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*. 71, p.1–9.
- Mojtabai, R., Olfson, M. et Mechanic, D. (2002). Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Archives of General Psychiatry*, 59(1), p.77.

- Monroe, S., M. et Harkness K., L. (2012). Is depression a chronic mental illness? *Psychological Medicine*, 42, p.899–902. Doi:10.1017/S0033291711002066.
- Nelson, C. H. et Park, J. (2006). The nature and correlates of unmet health care needs in Ontario. *Canada. Social Science & Medicine*, 62(9), p.2291-2300
- Oelke, N. D., Wilhelm, A., Jackson, K., Suter, E. et Carter, R. (2012). Optimizing collaborative practice of nurses in primary care settings. Repéré à <http://www.albertahealthservices.ca/Researchers/if-res-wre-nurse-collabreport.pdf>
- Ojeda, V. D. et Bergstresser, S., M. (2008). Gender, race-ethnicity, and psychosocial barriers to mental health care: An examination of perceptions and attitudes among adults reporting unmet need. *Journal of Health and Social Behavior*, 49, p.317-334.
- Ogrodniczuk, J., S. et Oliffe, J., L. (2011). Les hommes et la dépression. *Canadian Family Physician -Le Médecin de famille canadien*, 57, p.39-41.
- Oliffe, J. L. et Philipps, M. J. (2008). Men, depression and masculinities: A review and recommendations. *Journal of men's health*, 5(3), p.194–202.
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2015). Rapport statistique sur l'effectif infirmier 2014-2015 : Le Québec et ses régions. Repéré à <https://www.oiiq.org/sites/default/files/rapport-statistique-2014-2015.pdf>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2014). Optimiser la contribution des infirmières et infirmiers pour améliorer l'accès aux soins, assurer la qualité et la sécurité des soins et contrôler les coûts. Repéré à <http://www.oiiq.org/publications/repertoire/optimiser-la-contribution-des-infirmieres-et-infirmiers-pour-ameliorer-lacce>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2013). Champs d'exercices et activités réservées. Repéré à <https://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice-et-activites-reservees>
- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2012). Cadre légal pour l'exercice de la psychothérapie. Repéré à <http://www.oiiq.org/pratique-infirmiere/champ-dexercice/cadre-legal/encadrement-de-la-psychotherapie>

- Ordre des infirmiers et infirmières du Québec. (2012). Le virage patient partenaire : un dialogue pour faire équipe. Repéré à [http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2012/img/Presentatoin\\_Du\\_mezLafreniere.pdf](http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2012/img/Presentatoin_Du_mezLafreniere.pdf)
- Ordre des psychologues du Québec (2010) La dépression Considérations autour des choix de traitements. Repéré à [http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010\\_09\\_La\\_depression\\_Considerations\\_autour\\_des\\_choix\\_de\\_traitements.pdf](http://www.ordrepsy.qc.ca/pdf/2010_09_La_depression_Considerations_autour_des_choix_de_traitements.pdf)
- Organisation Mondiale de la Santé. (2016). Dépression. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2001). Résolution des problèmes de santé mentale. Repéré à <http://www.who.int/whr/2001/chapter3/fr/index3.html>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2014). Qu'entendons-nous par « sexe » et par « genre »? Repéré à <http://www.who.int/gender/whatisgender/fr/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2012). La dépression. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/fr/index.html>
- Parker, M., E. et Smith, M., C. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice*. (3ième édition). Phidalephia: F.A David Compagny.
- Parslow, R., A. et Jorm, A., F. (2001). Predictors of partially met or unmet need reported by consumers of mental health services: an analysis of data from the Australian National Survey of Mental Health and Wellbeing. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35 p. 455–463.
- Patten, S., B., Wang, J., L., Williams, J., V., Currie, S., Beck, C., A., Maxwell, C., J. et El-Guebaly, N. (2006). Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*. 51(2). p.84-90.
- Prins, M. A., Verhaak, P. F. M., Bensing, J., M. et Van der Meer, K. (2008). Health beliefs and perceived need for mental health care of anxiety and depression: The patients' perspective explored. *Clinical Psychology Review*, 28, p.1038–1058.

Prins, M., Bosmans, J., Verhaak, P., van der Meer, K., van Tulder, M., Van Marwijk, H. et al. (2010). The costs of guideline-concordant care and of care according to patients' needs in anxiety and depression. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17(4), p.537-546.

Rapport de l'état de santé publique. (2011). Chapitre 3 : La santé et le bien-être des jeunes et des jeunes adultes au Canada : Santé mentale et maladie mentale. Repéré à <http://www.phac-aspc.gc.ca/cphorsphc-respcacsp/2011/cphorsphc-respcacsp-06-fra.php#San0>

Réseau Qualaxia, (2008). Pertinence. Repéré à <http://www.qualaxia.org/ms/dialogue/projet/pertinence.php?lg=fr>

Roberge, P., Doré, I., Menear, M., Chartrand, É., Ciampi, A., Duhoux, A. et Fournier, L. (2013). A psychometric evaluation of the French Canadian version of the Hospital Anxiety and Depression Scale in a large primary care population. *Journal Of Affective Disorders*, 147(1-3), p.171-179. doi.org/10.1016/j.jad.2012.10.029

Rost, K., P., Nutting, J., L. Smith et al. (2002) Managing depressions as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care. *British Medical Journal*, 325(7370), p.934-936.

Roy, P. et Tremblay, G. (2009). Recension des écrits sur les critères de dépistages de la dépression chez les hommes. *Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes*, 4, p.1-2.

Rutz, W. (1999). Improvement of care for people suffering from depression: the need for comprehensive education. *International Clinical Psychopharmacology*, 14, p.27-33.

Saur, C., D. et al (2002). Treating Depression in Primary Care: An Innovative Role for Mental Health Nurses. *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*. 8(5), P.159-167. doi:10.1067/mpn.2002.128680.

Schoevers, R., Deeg, D., van Tilburg, W. et Beekman, A. (2005). Depression and Generalized Anxiety Disorder: Co-Occurrence and Longitudinal Patterns in Elderly Patients. *The American Journal Of Geriatric Psychiatry*, 13(1), p.31-39.

Shah, D. (2009). Healthy worker effect phenomenon. *Indian Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 13 p.77-79.



- Sherbourne, C., Dwight-Johnson, M., et Klap, R. (2001). Psychological distress, unmet need, and barriers to mental health care for women. *Women's Health Issues, 11*(3), p.231-243.
- Sierra Hernandez, C., Han, C., Oliffe, J. et Ogradniczuk, J. (2014). Understanding help-seeking among depressed men. *Psychology Of Men & Masculinity, 15*(3), p.346-354.
- Smith, J., M. et Robertson, S. (2006). Nurse » tending instinct as a conduit for men's access to mental health counseling. *Issues in Mental Health Nursing, 27*, p.559–574. doi : 10.1080/01612840600600024.
- Sunderland, A. et Findlay, L., C. (2013). Perceived need for mental health care in Canada: Results from the 2012 Canadian Community Health Survey. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2013009/article/11863-eng.pdf>
- Starkes, J., M., Poulin, C., C. et Kisely S., R. (2005). Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Canadian Journal of Psychiatry, 50*(10), p.580-590.
- Statistique Canada. (2015) Estimations de la population selon l'état matrimonial ou l'état matrimonial légal, l'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires, annuel (personnes.) Repéré à <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/a26?id=0510042&pattern=&p2=31&stByVal=1&p1=1&tabMode=dataTable&csid=&retrLang=fra&lang=fra>
- Tremblay, G. et Roy, P. (2012). La dépression masculine : une approche mieux ciblée. Repéré à <http://www.qualaxia.org/fdownload.php?fn=Quintessence-V04N01-fr.pdf&ct=dq&tt=pdf>
- Tremblay, G. Roy, P., Morin, M.-A., Desbiens, V. et Bouchard, P. (2011). Conflits de rôle de genre et dépression chez les hommes. *Revue québécoise de psychologie, 32*(1), p.181-200.
- Tremblay, G., Morin, M., A., Desbiens V. et Bouchard, P. (2007). Conflit dz rôle de genre et dépression chez les hommes. Repéré à : [https://www.criviff.qc.ca/upload/publications/pub\\_113.pdf](https://www.criviff.qc.ca/upload/publications/pub_113.pdf)
- Vasiliadis, M., H. (2011). Une accessibilité accrue aux soins psychologiques. Repéré à <http://www.blogue.qualaxia.org/2011/01/31/une-accessibilite-accrue-aux-soins-psychologiques/>

Wu, Z., Penning, M., J. et Schimmele, C., M. (2005) Immigrant status and unmet health care needs. *Canadian Journal of Public Health*, 96, p.369–373.

Zierau, F., Bille, A., Rutz, W. et Bech P. (2002). The Gotland Male Depression Scale: a validity study in patients with alcohol use disorder. *Nordic Journal of Psychiatry*, 56(4), p.265-71.

Zigmond, A., S. et Snaith, R., P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatria Scandinavia*, 67, p.361-370.

*Appendice A*

*Questions retenues du projet Dialogue au T1*

Tableau 9

Questions retenues du questionnaire du projet Dialogue au T1

**Utilisation des services infirmiers de première ligne pour des raisons de santé mentale**

Questions	Choix de réponses
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vous avez mentionné avoir consulté une infirmière au sujet de vos émotions ou de votre santé mentale au cours de la dernière année. Quand était-ce la dernière fois?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Au cours du dernier mois</li> <li>-Il y a 2 à 6 mois</li> <li>-Il y a 7 à 12 mois</li> <li>-Ne sait pas/Ne répond pas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Au cours des 12 derniers mois, combien de fois avez-vous consulté une infirmière au sujet de vos émotions ou de votre santé mentale?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Un</li> <li>-Plusieurs (nombre exact)</li> <li>-Ne sait pas/Ne répond pas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Était-ce toujours la même infirmière?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui/non/Ne sait pas/Ne répond pas</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Où avez-vous consulté cette (ces) infirmière(s) (au sujet de vos émotions ou de votre santé mentale)?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-À ma clinique habituelle</li> <li>-Dans une autre clinique médicale (sans rendez-vous)</li> <li>-Dans une autre clinique médicale (avec rendez-vous)</li> <li>-Dans un CLSC</li> <li>-Dans une clinique externe de psychiatrie</li> <li>-À la salle d'urgence d'un hôpital</li> <li>-Lors d'une hospitalisation d'une nuit ou plus</li> <li>-Autre (précisez)</li> </ul>

Tableau 8 (suite)

**Besoins de soins non comblés*****Types de besoins de soins non comblés***

- 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 ou votre santé mentale, mais que vous ne l'avez pas obtenue?
  - Oui
  - Non
  - Ne sait pas/Ne répond pas
  
- De quelle sorte d'aide auriez-vous eu besoin, mais sans la recevoir?
  - Information à propos des troubles émotionnels et leurs traitements
  - Information sur les services disponibles
  - Médicaments
  - Thérapie ou counseling
  - Aide pour des - problèmes financiers
  - Aide pour des - problèmes relatifs au logement
  - Aide au niveau des relations interpersonnelles
  - Aide relative au statut d'emploi ou la situation au travail
  - Autre (précisez)

**Raisons des besoins de soin non comblés**

- Pourquoi n'avez-vous pas reçu cette aide?
  - Préférerait s'en occuper soi-même
  - Pensait que rien ne pouvait aider
  - Ne savait pas où aller chercher de l'aide
  - Peur de demander de l'aide ou de ce que les autres auraient pensé
  - Ne pouvait pas payer
  - Problèmes au niveau du transport, de la garde d'enfant ou de l'horaire
  - Aide professionnelle non disponible - dans la région
  - Aide professionnelle non disponible - à ce moment-là (p. ex., médecin en vacances, heures inappropriées)
  - Temps d'attente était trop long
  - Ne s'en est pas occupé/indifférent(e)
  - Problème de langue
  - Responsabilités personnelles ou familiales
  - Autre (précisez)

Tableau 8 (suite)

**Renseignements socioéconomiques**

N.b Certains renseignements ont été recueillis au T0 : sexe, groupe d'âge, statut marital, situation socioéconomique perçue, assurance complémentaire

- |   |  |
|---|--|
| • Quelle est votre date de naissance?   | Jour/mois/an   |
| • Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez complété?   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Secondaire II ou moins (9<sup>ième</sup> année ou moins)</li> <li>-Secondaire III ou IV (10<sup>ième</sup>-11<sup>ième</sup> année)</li> <li>-Secondaire V (12<sup>ième</sup> année)</li> <li>-Niveau collégial</li> <li>-Premier cycle universitaire</li> <li>-Études universitaires supérieures (2<sup>ième</sup>-3<sup>ième</sup> cycles)</li> <li>-Autre (Précisez)</li> <li>-Ne sait pas/ne répond pas</li> </ul> |
| • Quel est le revenu brut annuel de votre ménage?<br>(Le ménage exclut les co-locataires)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Moins de 15 000 \$</li> <li>-15 000 \$ à 25 000 \$</li> <li>-25 000 \$ à 35 000 \$</li> <li>-35 000 \$ à 55 000 \$</li> <li>-55 000 \$ à 75 000 \$</li> <li>-75 000 \$ à 100 000 \$</li> <li>- 100 000 \$ et plus</li> <li>-Ne sait pas/ne répond pas</li> </ul>   |
| • Avez-vous un régime d'assurance complémentaire qui rembourse en partie ou en totalité les consultations avec d'autres professionnels de la santé, que ce soit le vôtre, celui de votre conjoint ou celui d'un parent? | <ul style="list-style-type: none"> <li>-Oui</li> <li>-Non</li> <li>-Ne sait pas</li> </ul>   |