

Université de Montréal

Adéquation du traitement des troubles dépressifs au Canada

par
Arnaud Duhoux

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade
M.Sc. (Santé Communautaire)

août 2006

© Arnaud Duhoux, 2006



Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

Adéquation du traitement des troubles dépressifs au Canada

présenté par :

Arnaud Duhoux

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Raynald Pineault..... président-rapporteur

Louise Fournier..... directrice de recherche

Jean-Marc Brodeur..... membre du jury

RÉSUMÉ

Contexte

Alors que des guides de pratique pour le traitement de la dépression existent, ils semblent peu suivis en pratique clinique.

Objectifs

Estimer chez les Canadiens souffrant de dépression, la prévalence de traitement en adéquation avec les recommandations, et identifier les facteurs associés à cette adéquation. Évaluer l'impact du choix de la définition du traitement adéquat sur les résultats.

Méthode

Les données sont tirées de l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes cycle 1.2 (ESCC 1.2), une vaste enquête transversale sur la santé mentale. Quatre définitions de traitement adéquat ont été considérées et les variables indépendantes ont été sélectionnées selon le modèle comportemental de Andersen. Les calculs de prévalence et les analyses de régression logistique ont porté sur un échantillon de 1563 individus ayant présenté un épisode dépressif majeur dans les 12 mois précédant l'interview.

Résultats

Parmi les dépressifs ayant eu au moins une consultation professionnelle pour des raisons de santé mentale, 55% ont reçu un traitement minimalement adéquat selon la définition retenue. L'inadéquation est plus importante en milieu rural, pour les cas moins complexes et dans le secteur médical général.

En utilisant les autres définitions, les prévalences de traitement adéquat vont de 48% à 71%, et les facteurs associés à l'adéquation sont principalement des facteurs de besoin et le secteur de soin.

Conclusions

Une grande proportion des individus ayant un trouble dépressif ne reçoivent pas un traitement minimalement adéquat. Des interventions sont nécessaires pour améliorer l'accès et la qualité du traitement, surtout en secteur médical général.

Mots-clés

Dépression; santé mentale; guides de pratique; adéquation.

ABSTRACT

Background

While practice guidelines for depression treatment exist, their adherence is still variable in clinical settings.

Objectives

Provide up-to-date national estimates of the adequacy of treatment received by Canadians suffering from a major depressive episode (MDE) and examine factors associated with this adequacy. Evaluate the impact of choice related to the definition of guideline-concordant treatment on the results.

Methods

We used data from the Canadian Community Health Survey, cycle 1.2 (CCHS 1.2), a large cross-sectional survey on mental health. Four definitions of minimally adequate treatment were considered and covariates were selected according to Andersen's behavioural model. The prevalence estimates and logistic regression analysis were conducted on a sample of 1563 individuals presenting a major depressive episode in the 12 months preceding the survey.

Results

Among the depressives with at least one professional visit for mental health reasons, 55% received adequate treatment according to the definition used. Inadequacy was more important in rural settings, for less-complex cases, and in the general medical sector.

Using the other definitions, prevalence of adequate treatment ranged between 48% and 71%, and factors associated with adequate treatment were mainly need factors and the sector of care.

Conclusions

A large proportion of people with a depressive disorder do not receive minimally adequate treatment. Interventions are needed to improve access and quality of treatment, especially in primary care settings.

Key Words

Depression; mental health care; guidelines.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	12
REVUE DE LITTÉRATURE.....	14
1. DÉFINITION DE LA DÉPRESSION	15
2. IMPORTANCE ET IMPACT DE LA DÉPRESSION.....	16
3. LA DÉPRESSION : UNE PATHOLOGIE SOUS TRAITÉE.....	18
4. LA DÉPRESSION : UNE PATHOLOGIE MAL TRAITÉE	20
4.1. <i>Les guides de pratique</i>	20
4.1.1. Généralités	20
4.1.2. Importance de traiter selon les guides de pratique.....	20
4.1.3. Guides de pratique et soins partagés.....	22
4.2. <i>Adéquation avec les recommandations</i>	25
4.2.1. Généralités	25
4.2.2. Explication des différences.....	26
4.2.2.1. Différences de population cible	26
4.2.2.2. Différences de méthodologies.....	27
4.2.2.3. Différences de définition du traitement adéquat	34
4.3. <i>Facteurs associés à l'adéquation</i>	36
4.3.1. Différences selon les facteurs individuels	36
4.3.2. Différence selon le secteur de soins	41
5. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE.....	44
6. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE	46
MÉTHODOLOGIE	47
7. L'ENQUÊTE.....	48
8. LA POPULATION CIBLE.....	49
9. CONSTRUCTION DE LA VARIABLE DÉPENDANTE : DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DU TRAITEMENT ADÉQUAT	50
9.1. <i>Adéquation basée sur les recommandations canadiennes</i>	50
9.2. <i>Notion de traitement minimalement adéquat</i>	51
9.3. <i>Pharmacothérapie adéquate</i>	51
9.4. <i>Psychothérapie adéquate</i>	52
9.5. <i>Variable dichotomique finale</i>	53
9.6. <i>Autres définitions du traitement adéquat</i>	55
10. CONSTRUCTION DES VARIABLES INDÉPENDANTES	56
10.1. <i>Modèle utilisé</i>	56
10.2. <i>Classification des variables selon le modèle</i>	57
10.3. <i>Description de la construction des variables</i>	59
10.3.1. Facteurs prédisposants	59
10.3.2. Facteurs facilitants	59
10.3.3. Facteurs de besoin.....	60
10.3.4. Facteur de l'environnement.....	62
11. LOGICIEL	62
12. PLAN D'ANALYSE	63
ARTICLE	65
RÉSULTATS.....	86
13. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE.....	87
14. PRÉVALENCE DE TRAITEMENT ADÉQUAT.....	89
15. FACTEURS INFLUENÇANT L'ADÉQUATION DU TRAITEMENT	90
16. PRÉVALENCE DE L'ADÉQUATION DU TRAITEMENT ET FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADÉQUATION SELON LES DIFFÉRENTES DÉFINITIONS.....	91
17. FACTEURS ASSOCIÉES À L'UTILISATION DES SOINS	92

DISCUSSION	94
18. TAUX D'UTILISATION DES SERVICES	95
19. PRÉVALENCE DE TRAITEMENT ADÉQUAT	95
20. FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADÉQUATION DU TRAITEMENT	96
20.1. <i>Parmi les facteurs prédisposants</i>	96
20.2. <i>Parmi les facteurs facilitants</i>	98
20.3. <i>Parmi les facteurs de besoin</i>	101
20.4. <i>Le secteur de soins</i>	104
20.5. <i>L'apport potentiel des soins partagés</i>	107
21. ÉVALUATION DE L'IMPACT DU CHOIX DE LA DÉFINITION DU TRAITEMENT ADÉQUAT	110
21.1. <i>Différentes définitions</i>	110
21.2. <i>Impact sur la prévalence de l'adéquation</i>	112
21.3. <i>Impact sur les facteurs associés à l'adéquation</i>	114
22. LIMITES DE L'ÉTUDE.....	116
23. IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES	119
24. FUTURES ÉTUDES.....	121
BIBLIOGRAPHIE.....	123
ANNEXES	I

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I. Proportions of people receiving professional consultation or adequate treatment	73
Tableau II. Factors associated with receiving adequate treatment for depression, depending on definition	74
Tableau III. Description de la population cible (personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année)	88
Tableau IV. Facteurs associés à l'utilisation d'un service professionnel pour raisons de santé mentale parmi les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année	93
Tableau V. Prévalence de traitement adéquat selon les 4 définitions	iii
Tableau VI. Matrice de corrélation	viii

LISTE DES FIGURES

Figure 1. Schéma décisionnel pour l'adéquation du traitement (Définition A).....	54
Figure 2. Les 4 définitions du traitement adéquat	56
Figure 3. Variables utilisées.....	58
Figure 4. Secteur de traitement des personnes ayant souffert d'un trouble dépressif dans la dernière année et ayant eu au moins une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale	89

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AVCI	Années de Vie Corrigées de l'Invalidité
CANMAT	Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments
CCHS 1.2	Canadian Community Health Survey, cycle 1.2
CIDI	Composite International Diagnostic Interview Instrument
CIDI-SF	Composite International Diagnostic Interview Instrument Short Form
DSM IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition
ENSP	Enquête Nationale sur la Santé des Populations
ESCC 1.1	Enquête sur la Santé des Collectivités Canadiennes, cycle 1.1
ESCC 1.2	Enquête sur la Santé des Collectivités Canadiennes, cycle 1.2
IAO	Interview Assistée par Ordinateur
ICCSM	Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale
MOS	Medical Outcomes Studies
OMS	Organisation mondiale de la santé
WMH-CIDI	World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview Instrument

à Angéline,
pour son indéfectible soutien

REMERCIEMENTS

Cette étude a été soutenue par des contributions financières, sous forme de bourse, du Département de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Montréal, de la Faculté des Études Supérieures de l'Université de Montréal et du Centre InterUniversitaire Québécois de Statistiques Sociales; et par un soutien logistique de l'Institut National de Santé Publique du Québec.

Je tiens tout d'abord à remercier Louise Fournier, ma directrice de recherche, pour avoir su m'aider à transformer ma motivation et nos quelques idées en un projet de recherche abouti. Je tiens à souligner également sa remarquable disponibilité, et son dévouement envers ses étudiants à qui elle sait faire profiter de sa grande expérience en recherche et de sa rigueur scientifique dans une relation toujours propice à la communication.

Mes remerciements vont également au personnel du Centre InterUniversitaire Québécois de Statistiques Sociale pour leur soutien technique, et en particulier à Isabelle Pronovost pour son aide précieuse.

Enfin, je tiens à remercier celles qui ont passé du temps à relire et corriger mes écrits : Popy Dimoulas-Graham, Cat Tuong Nguyen et Pasquale Roberge pour l'article en anglais, et Angéline Duhoux pour l'ensemble des textes en français.

INTRODUCTION

La dépression est un trouble mental courant qui impose un lourd fardeau à la société, mais aussi au malade et à son entourage. Or, il apparaît dans de nombreuses études que la dépression est sous-diagnostiquée et sous-traitée : de nombreuses études sur l'utilisation des services de soins en santé mentale ont montré que beaucoup de personnes souffrant de troubles dépressifs ne reçoivent aucun traitement.

On constate par contre que peu d'études se sont intéressées à la qualité des soins, lorsque ces personnes ont bénéficié d'un traitement. Un des moyens les plus utilisés pour évaluer la qualité des soins est de vérifier leur adéquation avec les recommandations en vigueur, contenues dans les guides de pratique basés sur les données probantes. Ces guides de pratique se sont fortement développés ces dernières années dans de nombreux pays, et leur apport en terme de qualité des soins est indéniable. C'est en 2001 que le premier du genre pour le traitement de la dépression a été édité au Canada.

Et, alors que les études semblent concorder sur le fait qu'un dépressif sur deux n'utilise pas les services de santé mentale, la proportion de ceux qui reçoivent des traitements en adéquation avec les recommandations semble varier. De même, alors qu'il semble important d'identifier les personnes souffrant de troubles dépressifs et recevant des traitements inadéquats pour cibler les actions de santé publique, on constate dans les études une certaine variabilité dans les conclusions quant aux facteurs associés à la réception de traitement adéquat.

Les divergences dans les résultats sont imputables en partie à des différences de méthodologie, de population cible et à la difficulté d'établir une définition de ce qu'est un traitement adéquat, et rendent les comparaisons difficiles.

Il existe donc peu de données sur l'adéquation des soins dispensés aux personnes souffrant de dépression, en particulier au Canada. De plus, la population constituée des dépressifs ayant eu un contact avec le système de soins pour des raisons de santé mentale, mais n'ayant pas reçu de soins en adéquation avec les recommandations, est mal connue. Enfin, les données exposées dans les quelques études disponibles varient beaucoup et sont difficilement comparables.

Il semble donc pertinent d'étudier à quel point le traitement reçu par les dépressifs est en adéquation avec les recommandations les plus récentes au Canada. De plus, de nouvelles données sont nécessaires pour mieux définir les facteurs caractérisant la population constituée des dépressifs qui utilisent les services, mais qui ne reçoivent pas un traitement adéquat. Il est également important de discuter des solutions envisageables pour augmenter l'adéquation du traitement de la dépression avec les recommandations. Enfin, à des fins de comparaison avec les études canadiennes précédentes, mais aussi avec les études internationales, il semble pertinent de trouver des stratégies pour gommer les différences entre les études.

REVUE DE LITTÉRATURE

1. DÉFINITION DE LA DÉPRESSION

Il peut être difficile de définir la dépression, qui est très probablement un phénomène continu sans démarcation précise entre normalité et pathologie. La fixation du seuil de pathologie est donc quelque peu arbitraire, et les tableaux cliniques peuvent être très divers. La tendance est de plus en plus de la traiter comme une maladie chronique que comme un épisode ponctuel [1]. En effet, la dépression est souvent caractérisée par la survenue répétée d'épisodes dépressifs qui durent quelques mois, voire quelques années, et entre lesquels le sujet est normal. De plus, dans près de 20 % des cas, la dépression suit une évolution chronique sans rémission [2], surtout en l'absence de traitement adéquat.

La définition de l'épisode dépressif majeur, selon la classification américaine des maladies mentales, le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4e édition) [3], utilise une liste de critères symptomatiques et évolutifs, et des critères d'exclusion. Au moins cinq des symptômes parmi les neuf suivants (les symptômes 1 ou 2 sont indispensables) doivent avoir été présents pendant une même période de deux semaines et doivent représenter un changement par rapport au fonctionnement antérieur :

1. humeur dépressive (ou irritabilité chez les enfants et les adolescents) présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours;
2. diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quotidiennes;
3. perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours ;
4. insomnie ou hypersomnie presque tous les jours;
5. agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours;
6. fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours;
7. sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours;

8. diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, ou indécision presque tous les jours;
9. pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Ces symptômes ne doivent pas être mieux expliqués par un deuil, ou être imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale. Ils doivent s'accompagner d'une souffrance cliniquement significative ou d'une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Cette définition n'intègre aucun substrat biologique permettant de confirmer le diagnostic, engendrant ainsi une possible subjectivité dans l'établissement de ce dernier.

2. IMPORTANCE ET IMPACT DE LA DÉPRESSION

La dépression est un trouble mental fréquent touchant près d'une personne sur quatre au cours de sa vie [4]. Elle est plus fréquente chez les femmes que chez les hommes : on estime que 5,8% des hommes et 9,5% des femmes vivent un épisode dépressif sur une période de 12 mois [5].

Selon les données du cycle 1.2 de l'Enquête sur la Santé des Collectivités Canadiennes (ESCC 1.2), en 2002, 4,8% des Canadiens ont vécu un épisode dépressif majeur (5,9% des femmes et 3,7% des hommes) [6]. Si la dépression peut survenir à tout moment de l'existence, son incidence semble plus élevée chez les 15-24 ans [7]. On prend en effet de plus en plus conscience du problème posé par la dépression chez les adolescents et les jeunes adultes [8, 9].

En plus d'être très prévalente, la dépression majeure unipolaire impose un énorme fardeau à la société. Le rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) de 2001 estime qu'elle se place à la quatrième place des maladies et troubles à l'origine d'Années de Vie Corrigées de l'Invalidité (AVCI) avec 4,4%, et la première cause d'incapacité avec près de 12% du total [5, 10]. Ce qui est plus

alarmant, c'est que la charge de morbidité associée à la dépression devrait continuer de croître pour prendre la seconde place (après les maladies cardiovasculaires ischémiques) des maladies et troubles à l'origine d'AVCI d'ici 2020 (avec 5,7%) [5, 11] dans le monde, et la première place dans les pays développés. Gandjour et al. [12] dans une étude portant sur trois pays européens, estiment que la moitié des coûts associés à la dépression sont dus à la perte de productivité des malades. Le Canada n'échappe pas à cette situation, et Santé Canada estime qu'en 1998, la maladie mentale représentait le troisième plus important poste de dépenses au chapitre des soins de santé directs, avec plus de 4,7 milliards de dollars [13].

En plus des conséquences et des souffrances personnelles, la dépression entraîne de très importants coûts sociaux et médicaux. Elle est également associée à de nombreux troubles.

Avec 15 à 20 % des dépressifs qui mettent fin à leurs jours, le suicide, bien qu'évitable, est une issue tragique et malheureusement fréquente [14].

La dépression est souvent associée à d'autres troubles psychiatriques, comme l'anxiété [15] ce qui augmente l'incapacité du malade et les répercussions sociales.

Elle est également très souvent liée à des pathologies chroniques. Celles-ci peuvent accompagner, déclencher ou découler de la dépression, et influencer sur son évolution, les pathologies ayant des interactions souvent négatives entre elles.

Par exemple, la dépression est un facteur de risque de maladies cardiovasculaires [16]; les dépressifs sont plus nombreux à fumer et donc à être exposés aux effets secondaires du tabac [17]; ils sont trois fois plus à risque de ne pas suivre correctement leurs traitements médicaux [18]; les jeunes dépressifs ont plus tendance à avoir des comportements sexuels à risque et sont donc plus exposés aux maladies sexuellement transmissibles [19]. Enfin, la dépression est associée à la mort prématurée, avec un taux de mortalité relatif d'environ 1,7 [20].

La dépression est donc un trouble mental courant, à l'origine d'une charge de morbidité très importante avec des répercussions importantes et durables, et qui continue de progresser.

De plus, il semblerait que le fardeau économique pour la société, ainsi que celui des familles de personnes souffrant de dépression (économique mais aussi social, relationnel, professionnel...) est à la fois important et sous-estimé [5] : les répercussions étant multiples et variées, il est difficile de toutes les considérer.

3. LA DÉPRESSION : UNE PATHOLOGIE SOUS TRAITÉE

Bien que la dépression bénéficie de traitements efficaces, pharmacologiques ou psychothérapeutiques, pouvant traiter avec succès 80 à 90% des malades [21, 22], et qu'il est clair que la traiter diminue les coûts directs et indirects [23], elle est sous diagnostiquée et insuffisamment traitée.

Il est étonnant de constater que plusieurs études menées dans différents pays s'accordent sur le fait que, parmi les dépressifs, une proportion proche de la moitié n'aurait pas recours à des soins [24-32]. Néanmoins, il faut également noter que deux études américaines ont trouvé des proportions encore moins élevées de dépressifs recevant des soins (28% [33] et 30% [34]), et que, dans une étude en milieu urbain au Canada, la proportion était plus élevée (67% [35]).

Cette non-utilisation des services de soins de santé mentale chez les dépressifs est encore plus importante et problématique pour les groupes vulnérables, comme les personnes d'âges extrêmes, les plus pauvres ou les minorités ethniques.

Chez les jeunes, en effet, le problème semble être encore plus prononcé que pour les classes d'âge moyennes, avec seulement 25% des 15-24 souffrant d'un trouble mental qui consultent pour des raisons de santé mentale [9]. Alors que les plus âgés sont surtout traités en première ligne [36, 37], ils semblent recevoir moins de visite en première ligne pour dépression par rapport à l'ensemble de la population, et également moins d'orientation vers un spécialiste de la santé mentale [38].

Aux Etats-Unis, Harman et al. [39] ont montré que le fait de ne pas avoir d'assurance diminuait significativement les chances de commencer un traitement. La présence de barrières économiques influe donc sur l'utilisation des services pour les dépressifs, les plus pauvres étant désavantagés.

Toujours aux Etats-Unis, où l'origine ethnique fait souvent l'objet de différences dans l'utilisation des soins, une étude a montré que les afro-américains et les latinos ont moins de chances que les caucasiens de débiter un traitement [39]. Dans une autre étude récente, 31% des latinos, parmi les dépressifs, ont reçu des soins pour leur dépression, la proportion étant de 50% pour les caucasiens [40]. L'association entre l'origine ethnique et la réception de traitement anti-dépressif n'a pas fait l'objet d'autant de recherche et semble moins clairement établie au Canada. Une étude portant sur l'ensemble de ce pays [41] a démontré une association entre l'origine ethnique et l'utilisation des services uniquement pour la province de Québec.

La similarité des résultats quant à la proportion de dépressifs non détectés et non traités laisserait penser que des facteurs autres qu'organisationnels ou culturels sont en jeu. D'après Katz et al. [34], à peu près 40% des patients qui n'ont pas établi de contact avec le système de soins ne perçoivent pas le besoin de traitement professionnel. De plus, plus de la moitié de ceux qui ont perçu un besoin de soins n'ont pas établi de contact car ils pensaient qu'ils iraient mieux par eux-mêmes ou que les soins ne les aideraient pas. Young et al. [33] utilisent la même hypothèse pour expliquer le nombre important de dépressifs non diagnostiqués. Une autre hypothèse voudrait qu'environ 50% des dépressifs bénéficieraient d'un rétablissement spontané après un an [42].

Face au fardeau imposé par la dépression et sa prise en charge médiocre, beaucoup de pays ont développé des politiques de santé publique pour améliorer le taux et la qualité de la prise en charge. Des actions de prévention, de sensibilisation du public et d'éducation des professionnels au diagnostic et au traitement ont été mises en place pour améliorer l'état de santé de la population et réduire l'impact de la dépression sur les sociétés [43].

4. LA DÉPRESSION : UNE PATHOLOGIE MAL TRAITÉE

4.1. Les guides de pratique

4.1.1. Généralités

Ces dernières années ont vu le développement de nombreux traitements pharmacologiques et psychothérapeutiques efficaces pour traiter la dépression. Parallèlement, la maîtrise des coûts de la santé, l'amélioration de la qualité, de l'efficacité et de l'efficience des soins sont devenus des enjeux importants. Ces nouveautés ont engendré l'apparition de plusieurs guides de pratique édités à travers le monde [44-46]. Par exemple, aux États-Unis, les principaux guides de pratiques développés pour les médecins omnipraticiens [47] ou pour les spécialistes [48] ont été produits dès 1993, et ont même déjà été réactualisés face à la nécessité de les mettre à jour régulièrement, de nouveaux traitements efficaces apparaissant de façon constante [49].

Au Canada, il a fallu attendre 2001 pour voir aboutir un énorme travail du CANMAT (*Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments*) et de l'Association des Psychiatres du Canada, qui a débouché sur les premières recommandations canadiennes sur le traitement de la dépression. Ces recommandations ont fait l'objet d'un numéro spécial composé de sept articles de La Revue Canadienne de Psychiatrie [50].

Les guides de pratique sont établis à partir des données probantes, c'est-à-dire qu'ils sont basés sur des études cliniques d'efficacité solides, et/ou sur des consensus d'experts. Ils ont pour objectif d'augmenter l'efficacité du traitement [51], de dispenser de façon rentable des soins de la meilleure qualité qu'il soit [50]. Ces guides de pratiques ont été créés et disséminés dans le but d'optimiser le traitement autant en secteur spécialisé qu'en première ligne.

4.1.2. Importance de traiter selon les guides de pratique

S'il apparaît clairement que dans le contexte actuel de restriction de ressources, le traitement de la dépression (médicamenteux et/ou

psychothérapeutique) se doit d'être efficace, il semble que les traitements basés sur les données probantes permettent de diminuer les symptômes dépressifs et les coûts directs et indirects, économiques et sociaux, de cette pathologie [52].

Plusieurs études ont étudié l'impact du traitement de la dépression en adéquation avec les recommandations sur l'état de santé des malades. Elles sont basées sur le principe du traitement minimalement adéquat, c'est-à-dire qu'elles considèrent comme adéquat tout traitement qui remplit les critères minimaux de qualité définis par leurs auteurs à partir des recommandations.

Chez les dépressifs utilisant les services de santé mentale, le fait de recevoir un traitement minimalement en adéquation avec les recommandations est déterminant d'un meilleur état de santé et d'un meilleur fonctionnement des patients [53-56]. Ceci est vrai aussi bien en première ligne [57, 58] qu'en secteur spécialisé [22].

Asarnow et al. [59], dans un essai comparatif randomisé réalisé chez les adolescents dépressifs traités en première ligne, ont démontré qu'une intervention visant à améliorer l'adéquation des soins par rapport aux guides de pratique améliore l'état de santé des patients à six mois : ils ont moins de symptômes dépressifs, une meilleure qualité de vie, et ils ont constaté également une augmentation du suivi du traitement et de l'utilisation de la psychothérapie.

Mentionnons tout de même que Dobscha et al. [60] n'ont, pour leur part, pas trouvé d'association significative entre le suivi des guides de pratique et l'amélioration de l'état de santé des patients. Toutefois, ils reconnaissent eux-mêmes que leur effectif était petit et que le taux de non-réponse important a pu cacher cette association.

Gandjour et al. [12] ont comparé dans trois pays européens la qualité du traitement de la dépression et ont trouvé une différence significative en faveur de l'Angleterre par rapport à l'Allemagne. Les auteurs expliquent cette différence par l'existence de guides de pratiques en Angleterre, alors que l'Allemagne en était dépourvue.

Dans cette même étude, les auteurs estiment qu'en Allemagne et en Suisse, les coûts liés aux traitements réellement dispensés pour les patients

suivis en ambulatoire sont quatre fois plus élevés que s'ils étaient conformes aux guides de pratique. De plus, dans une étude économique, Pyne et al. [61] ont démontré que le traitement de la dépression, lorsqu'il est basé sur des données probantes, améliore significativement le rapport coût-efficacité.

Il est encourageant de constater que depuis l'édition et la large diffusion de guides de pratique, les recommandations sont mieux suivies : par exemple, au Canada, il semble y avoir une nette tendance à plus utiliser les traitements pharmacologiques efficaces [62] et en Grande Bretagne, Donoghue et Tylee [63] ont constaté une augmentation d'utilisation des antidépresseurs de 41% en 2 ans entre 1993 (année d'édition des premières recommandations) et 1995.

Toutes ces données nous amènent donc à penser qu'il est important de développer le traitement de la dépression basé sur les données probantes et qu'un effort continu de mise à jour et de diffusion est nécessaire.

4.1.3. Guides de pratique et soins partagés

Dans son rapport de 2001 et dans les publications subséquentes [5, 64, 65], l'OMS souligne l'importance de développer le traitement de la dépression en première ligne, car il peut s'y faire de façon aussi, sinon davantage, efficace que dans les services spécialisés. Les services de première ligne sont plus accessibles, plus avantageux d'un point de vue économique, et moins stigmatisant, suscitant moins de réticence que les services spécialisés quant à leur utilisation [64, 66].

Le concept de « soins partagés » (on l'appelle également « soins axés sur la collaboration » ou « soins primaires intégrés ») est assez récent, il est donc encore peu documenté. Mais il propose justement une vision des soins en accord avec la position de l'OMS, en permettant de développer le traitement de la dépression en première ligne. La définition donnée par l'Initiative Canadienne de Collaboration en Santé Mentale (ICCSM) reprend cette idée : le concept des soins de santé mentale axés sur la collaboration « met l'accent sur les occasions d'améliorer, par la collaboration interdisciplinaire, l'accessibilité et la prestation

des services de soins de santé mentale dans un contexte de soins de santé primaires » [67].

En pratique, les soins partagés peuvent prendre des formes très diverses, selon les systèmes de soins existants, les politiques et les lois, le financement, mais également selon les besoins, les ressources, les connaissances et les compétences des prestataires de services. Par exemple, les soins peuvent être dispensés directement par des spécialistes en santé mentale au niveau des soins primaires. Une équipe spécialisée en santé mentale serait alors intégrée à une équipe de soins de première ligne non spécialisée. Mais on peut aussi envisager une collaboration moins directe, avec par exemple un soutien des prestataires de soins de santé primaires, comme des visites sur rendez-vous pour certains patients, des conseils au diagnostic et au traitement pour des cas particuliers, des transferts de connaissances (cours, articles de recherche, etc.).

En se basant en première ligne, les soins partagés devraient améliorer l'accessibilité des traitements de santé mentale. D'ailleurs, des études ont montré que les traitements de santé mentale ont de meilleurs résultats quand ils sont dispensés dans un contexte de santé primaire [1, 68]. Par exemple, chez les personnes âgées, on constate moins d'abandons de traitement et une augmentation du nombre de visites de soutien quand les soins de santé mentale sont dispensés dans le même lieu que les soins de santé primaires, plutôt qu'en clinique spécialisée [69].

Les soins partagés devraient également améliorer la qualité des soins. Il existe pourtant relativement peu de preuves de leur efficacité, en partie à cause de la jeunesse du concept qui a donc été peu étudié. Une recension des connaissances effectuée récemment [70] n'est basée que sur 38 études présentant des données probantes. Il en ressort que les interventions destinées à implanter à la fois les soins partagés et les soins basés sur les guides de pratique obtiennent de meilleurs résultats que les interventions destinées à implanter l'un ou l'autre.

Certaines études [1, 55, 71, 72], à l'aide d'essais cliniques randomisés dans lequel le groupe témoin recevait les soins habituels, ont montré les effets positifs

de la mise en place d'une stratégie de soins partagés, couplée avec l'application des guides de pratique.

Rost et al. [1], ont étudié les effets du partage des soins des médecins généralistes avec une infirmière intervenant pour aider les patients dépressifs à suivre leur traitement selon les guides de pratique. Les résultats à 24 mois montrent une augmentation significative de l'utilisation des médicaments anti-dépresseurs, du nombre de visites de soutien, du fonctionnement émotionnel, du fonctionnement physique et du taux de rémission : 74% des personnes dépressives du groupe d'intervention sont en rémission contre 41% du groupe témoin.

Dans une autre étude [55], le même type de collaboration a montré que les traitements dispensés par les médecins généralistes étaient plus en adéquation avec les guides de pratique, et également que plus de patients étaient en rémission dans le groupe d'intervention que dans le groupe témoin, la différence étant plus importante pour les cas les plus graves.

Katzelnick et al. [71] ont étudié l'implantation des soins axés sur la collaboration (soutien par un coordinateur, mise en place d'un psychiatre-répondant) couplée à des techniques d'aide à l'application des guides de pratique (algorithmes de bonnes pratiques) chez les dépressifs grands utilisateurs de services de santé. Ils ont constaté que les traitements dispensés étaient significativement plus en adéquation avec les recommandations et que les patients du groupe d'intervention présentaient un plus haut taux de rémission, un meilleur fonctionnement social et une meilleure perception de la santé mentale et de la santé générale que ceux du groupe témoin.

Druss et al. [72], dans le cadre d'un programme d'intégration des soins de santé mentale en première ligne destiné aux anciens combattants américains, ont montré que les patients rapportaient une meilleure accessibilité des services et une meilleure continuité des soins, ainsi qu'un meilleur état de santé physique. Par contre, aucune différence n'a été décelée dans les symptômes de maladie mentale.

Dans une étude de type « avant-après », Sharma et al. [68] ont montré que l'implantation d'une équipe de santé mentale en première ligne, avec le développement des soins basés sur les guides de pratique, améliorerait l'accessibilité (le temps d'attente moyen pour l'obtention d'un rendez-vous avec un spécialiste de la santé mentale après référence par un médecin généraliste a baissé de six à une ou deux semaines) et la santé et le fonctionnement social des patients, surtout pour les cas les plus graves.

Les quelques études réalisées sont encourageantes, et semblent montrer que le développement de soins de santé mentale axés sur la collaboration devrait améliorer l'accès et la qualité des soins de santé mentale en permettant le développement des soins basés sur les guides de pratique, et donc réduire le fardeau de la maladie. Le concept est prometteur et attrayant, et les initiatives pour l'implanter se multiplient dans de nombreux pays.

4.2. Adéquation avec les recommandations

4.2.1. Généralités

Alors que de nombreuses études sur l'utilisation des services de soins en santé mentale ont montré que beaucoup de personnes souffrant de troubles dépressifs ne reçoivent aucun traitement, peu se sont intéressées à la qualité des soins reçus, et à leur concordance avec les recommandations, lorsqu'elles en reçoivent un.

Or, l'adhésion aux lignes directrices, en plus d'améliorer l'état des patients et de diminuer les coûts associés, semble être un bon indicateur de la qualité d'un système de santé mentale. C'est également, d'après la définition classique de la qualité des soins de Donabedian [73], un moyen d'évaluer la performance du processus de soins. Cet indicateur permet de monitorer l'efficacité du système, et de repérer les principales cibles d'amélioration.

Bien que la majorité des auteurs s'accordent à dire que la dépression est mal traitée, il est intéressant de constater que les quelques études portant sur la qualité du traitement de la dépression, par son adéquation avec les

recommandations basées sur les données probantes, donnent des résultats très divers. Alors qu'une constante semblait ressortir au niveau de l'utilisation des services avec environ un dépressif sur deux qui cherchait de l'aide, les prévalences de traitement adéquat calculées vont de 6% [74] à 87% [75]. Ces différences semblent s'expliquer par trois facteurs principaux : le choix de la population cible, la méthodologie employée et la définition de ce qu'est un traitement adéquat.

4.2.2. Explication des différences

4.2.2.1. Différences de population cible

Les prévalences de traitement adéquat annoncées dans les différentes études doivent être regardées attentivement avant d'être comparées, car si elles sont souvent différentes, ceci peut s'expliquer tout d'abord par la population cible choisie, constituant le dénominateur des calculs de prévalence.

En effet, certaines études considèrent comme référence la population des dépressifs ayant eu un contact avec le système de soins, alors que d'autres prennent en compte l'ensemble des dépressifs. Comme on a vu précédemment qu'un dépressif sur deux n'a pas de contact avec le système de soins, pour des raisons de santé mentale, les prévalences peuvent donc aller du simple au double.

Par exemple, Katz et al. [34] comparent les prévalences de traitements adéquats aux Etats-Unis et en Ontario. Ils présentent, comme résultats principaux, que ces prévalences sont de 7,3% aux Etats-Unis et de 14,9% en Ontario. Ces chiffres sont extrêmement alarmistes, or la population à laquelle ils se rapportent est constituée de l'ensemble des dépressifs. Une fois rapportée à la population des dépressifs ayant eu un contact avec le système de soins, et donc susceptibles de recevoir un traitement adéquat, les proportions étaient de 23,9% aux Etats-Unis et de 27,3% en Ontario. Bien que toujours très inquiétants, ces chiffres sont bien différents.

4.2.2.2. Différences de méthodologies

Les grandes différences constatées dans les prévalences de traitement adéquat pour les dépressifs peuvent s'expliquer également par les méthodologies employées.

Les différentes méthodologies rencontrées dans cette revue de littérature peuvent être classées en quatre catégories : les revues de dossier, les études sur bases de données médico-administratives, les questionnaires d'évaluation des connaissances aux médecins, et les enquêtes populationnelles.

▪ *Les revues de dossier*

La première méthodologie employée pour évaluer l'adéquation du traitement avec les recommandations consiste en une revue de dossiers médicaux.

Cette méthode est assez limitée, car elle est très demandeuse de temps, et les effectifs obtenus sont petits. Par exemple, Dobscha et al. [60] ont effectué une revue de 111 dossiers de cliniques de première ligne et ont trouvé que 51% des patients dépressifs recevaient un traitement adéquat. L'adéquation du traitement était évaluée par 19 critères, et c'est là que se trouve le principal avantage de ce type de méthode : il est possible d'affiner bien plus précisément les critères d'adéquation et également d'utiliser des méthodes qualitatives. Par exemple, si un médecin donne un traitement qui n'est pas recommandé, mais qu'il justifie son geste dans le dossier, l'enquêteur pourra juger de la validité de cette justification et donc considérer ce traitement comme finalement adéquat. Cette méthode évite également le problème de non-réponse.

Une autre alternative consiste à utiliser des dossiers médicaux informatisés, lorsqu'ils existent. C'est ce qu'ont fait Chen et Rosenbeck [75] afin d'évaluer la capacité de cette méthode à juger de l'adéquation des traitements aux dépressifs. Ils ont trouvé que 87% des antidépresseurs étaient prescrits au bon dosage et que 69% des malades avaient un suivi adéquat. On peut constater que ces résultats semblent très bons, et il faut les relativiser avec le fait qu'ils sont issus du milieu hospitalier, où on retrouve les cas les plus graves, qui

nécessitent le plus de traitement et qui sont donc plus susceptibles d'avoir reçu des traitements adéquats.

Quant à la méthode, les auteurs concluent que même si les critères d'adéquation ne peuvent être très pointus, et que certains sont difficilement opérationnalisables, ils permettent de donner une idée de la façon dont les recommandations sont suivies, sur des échantillons plus larges que les revues de dossier papier, et à moindre coût. Les auteurs pensent que cette méthode permet également aux administrateurs et aux chercheurs de monitorer le processus de soins, et qu'elle devrait être utilisée pour détecter des types de problèmes liés à la qualité des soins. Des revues de dossier papier devraient permettre d'affiner la recherche et de déterminer les véritables problèmes.

Enfin, comme il n'y a que peu de données autres que médicales, la recherche de facteurs associés au traitement adéquat est quasiment impossible.

On peut constater qu'avec cette méthode, les prévalences de traitement adéquat sont plutôt bonnes (de 51 à 87%).

▪ ***Les études par bases de données médico-administratives***

La seconde méthodologie rencontrée consiste à utiliser des bases de données médico-administratives. Bien qu'elles ne contiennent que les dépressifs ayant reçu des soins, elles permettent de travailler sur des effectifs très larges.

Par exemple, Dunn et al. [74] ont pu étudier l'adéquation des prescriptions d'antidépresseurs en dosage et en durée pour plus de 16 000 malades soignés en première ligne en Angleterre. Ils ont trouvé des prévalences de traitement adéquat allant de 6% à 32,9%, selon le médicament prescrit. Il est important de noter que leur étude a été menée sur des données du début des années '90 et les recommandations n'étaient encore qu'au début de leur développement.

Toujours en Angleterre, une étude plus récente [63] a également évalué l'adéquation du dosage des antidépresseurs sur un large échantillon de patients de première ligne (80 000 prescriptions d'antidépresseurs). L'adéquation avec les recommandations était de 12%, le principal défaut étant la durée trop courte du traitement. Les auteurs notent le caractère pertinent de leur méthode

permettant d'évaluer les pratiques de façon fiable sur de larges échantillons, à moindre coût et dans un temps raisonnable. Toutefois le nombre de données disponibles est limité (ici en l'occurrence aux seuls médicaments prescrits et aux renseignements s'y rapportant) et ne permettent pas de chercher des explications aux résultats.

Les prévalences de traitement adéquat obtenues avec des bases de données médico-administratives sont bien plus faibles qu'avec la méthode de revue de dossiers.

- ***Les tests des médecins (en intention de traiter)***

La troisième méthode utilisée par les chercheurs pour évaluer l'adéquation du traitement porte sur les professionnels et consiste à évaluer leurs connaissances et leur pratique. Ceci se fait par deux moyens qui sont parfois couplés : une évaluation par vignette, « en intention de traiter » (on demande aux médecins comment ils traiteraient un ou plusieurs cas fictifs) et une évaluation de cas réels (les médecins doivent rapporter un ou plusieurs cas et expliquer le traitement qu'ils ont choisi).

Tiemeier et al. [76], en utilisant la méthode par vignette auprès de médecins généralistes et de psychiatres ont trouvé que 31% des traitements proposés étaient inadéquats.

Toujours avec la méthode par vignettes, Kerr [77] a procédé par questionnaire postal auprès de médecins généralistes et de psychiatres du Pays de Galles. Il a évalué le dosage, adéquat pour 48% des médecins généralistes et 83% des psychiatres, et le temps de traitement, avec des taux d'adéquation respectifs de 60% et de 90%.

Colenda et al. [78] se sont penchés sur l'adéquation des soins dispensés par des psychiatres en gériatrie. Ils ont adopté une façon de juger plus qualitative en tenant compte des explications fournies par les praticiens déviant des guides de pratique. Les patients âgés, avec dépression majeure, ont été 75% à recevoir un antidépresseur, et les auteurs concluent que les traitements semblent très en adéquation avec les recommandations.

Dans leur comparaison de trois pays européens, Gandjour et al. [12] ont couplé les moyens d'évaluer les médecins et ont interrogé 74 médecins sur un cas fictif et un cas rapporté. Ils ont évalué la qualité du diagnostic, du traitement choisi (en considérant la psychothérapie également), la durée et le dosage du traitement lorsque la pharmacothérapie est choisie. Ils trouvent des prévalences de traitement adéquat de 52% en Angleterre, 56% en Suisse mais seulement 36% en Allemagne. Ils constatent, comme Donoghue et al. [63] que l'inadéquation est surtout imputable à la durée trop courte du traitement.

On peut donc constater que la méthode d'évaluation des connaissances des médecins, bien que valide (Peabody et al. [79] ont mené une étude de validation de la méthode par vignette, pour l'évaluation de la qualité, qui s'est révélée très concluante) donne des résultats très différents, de 36% à 90%, et relativement bons. Ceci pourrait s'expliquer par le fait que cette méthode permet d'utiliser des outils qualitatifs autorisant plus de flexibilité et moins de sévérité dans le jugement des soins dispensés. Par exemple, on permet aux professionnels déviant des recommandations de se justifier, et donc de considérer comme adéquat un traitement qui ne le semblait pas. On pourrait également envisager un biais de désirabilité sociale. Les professionnels qui sont évalués pourraient ne pas répondre sur leurs simples connaissances mais se documenter avant de renvoyer leur questionnaire.

▪ ***Les enquêtes populationnelles***

La dernière méthode rencontrée, l'évaluation de l'adéquation par enquêtes populationnelles, est celle qui a fait l'objet du plus grand nombre d'études. En général, les auteurs jugent de l'adéquation des traitements auto-rapportés par les répondants avec des critères minimaux de qualité qu'ils ont défini au préalable. Cette méthode semble être réalisable avec peu de moyens quand les données ont déjà été colligées, mais en demande bien plus quand le recueil de données est effectué spécifiquement pour l'étude. Par contre, sur des données secondaires, il arrive souvent que les variables utilisées ne soient pas adaptées

aux objectifs, ou même que des variables soient manquantes, entraînant ainsi d'importantes limitations.

Quoi qu'il en soit, ce type d'étude a l'avantage de fournir de nombreux renseignements sur les malades, il est donc possible de rechercher les facteurs explicatifs individuels de l'inadéquation du traitement. En général, ces enquêtes portent sur des populations assez larges pour donner une puissance confortable aux statistiques.

Le CIDI (*Composite International Diagnostic Interview*) est un instrument utilisé pour détecter les troubles mentaux par interview. Il a été développé dès 1988 par l'OMS, et a été utilisé dans de nombreuses études internationales [80]. Il a également été utilisé dans la grande majorité des enquêtes populationnelles pour repérer les personnes ayant eu un épisode dépressif, ce qui laisse à penser que la variabilité dans le diagnostic de la dépression entre les études doit être négligeable. Il existe toutefois une version courte du questionnaire (le CIDI-SF (*Short Form*)) qui semble surestimer le nombre de dépressifs, les critères d'inclusion étant moins affinés [81].

Au Canada, dès 1994 (soit 7 ans avant l'apparition des premiers guides de pratique), Diverty et Beaudet [24] ont utilisé une large enquête populationnelle (l'Enquête Nationale sur la Santé des Populations, ou ENSP [82]) pour juger de l'adéquation du traitement. Ils ont démontré que si 43% des personnes ayant eu un épisode dépressif dans la dernière année ont reçu un traitement, celui-ci a été adéquat pour seulement 26% d'entre eux.

A des fins de comparabilité, Starkes et al. [83] ont repris quelques années plus tard la même méthodologie et la même définition de traitement adéquat mais sur une enquête populationnelle effectuée en 2001 (l'Enquête sur la Santé dans les Collectivités Canadiennes - Cycle 1.1 ou ESCC 1.1 [84]) pour trouver un résultat équivalent : 40% des personnes ayant eu un épisode dépressif dans la dernière année ont reçu un traitement, il a été adéquat pour seulement 24,4% d'entre eux.

On peut constater qu'il n'y a pas eu d'évolution majeure entre les deux études, toutes deux effectuées avant la parution des guides de pratiques

canadiens. Toutefois, Starkes et al. [83] ont limité leur enquête aux provinces atlantiques du Canada, régions ayant des caractéristiques différentes de l'ensemble du Canada, comme un niveau plus élevé de ruralité.

Une autre étude [34], déjà abordée précédemment, s'est intéressée au Canada, en comparant la province de l'Ontario avec les États-Unis. La prévalence de traitement adéquat en Ontario était de 27,3%, pour 23,9% aux États-Unis parmi les dépressifs utilisant les services pour des raisons de santé mentale. Les auteurs expliquent cette différence par la présence de barrières économiques plus grandes aux États-Unis. D'après eux, celles-ci réduiraient surtout l'accès aux soins de première ligne car, s'ils constatent une grande différence entre les pays dans la quantité de soins reçus en première ligne, il n'y en a pas dans le secteur spécialisé.

Au Canada, il existe un système de soins universel et en grande partie gratuit. Toutefois, on trouve quand même des limites à l'accès car seuls les services des médecins et psychiatres sont remboursés par l'assurance-maladie gouvernementale, alors que ceux des psychologues et travailleurs sociaux le sont par les systèmes d'assurance privée ou par l'intermédiaire de centres subventionnés par le gouvernement, ou sont payés directement par le patient.

Ceci dit, les systèmes de soins américain et canadien sont bien différents et il serait difficile de généraliser les conclusions des études américaines au Canada. Pourtant, la majorité des études portant sur l'adéquation des soins avec les recommandations ont été réalisées aux États-Unis.

Mis à part les comparaisons de sous-groupes spécifiques (comme Lagomasino et al. [40] qui ont comparé l'adéquation du traitement chez les latinos et chez les caucasiens), les résultats trouvés dans les différentes études américaines sont assez concordants : sur trois études différentes portant sur l'ensemble de la population [26, 29, 31], les taux de détection des dépressifs vont de 46% à 57%, et les prévalences de traitement adéquat, parmi les dépressifs ayant eu un contact avec le système de soins pour des raisons de santé mentale, vont de 34% à 48%.

Comme vu précédemment, on peut donc constater qu'environ un dépressif sur deux a eu un contact avec le système de soins, et que le traitement est adéquat pour une proportion comprise entre le tiers et la moitié des malades traités.

Des études portant sur des groupes plus spécifiques viennent corroborer ces chiffres. Katon et al. [32], qui ont étudié l'adéquation des soins aux dépressifs chez les diabétiques dans une enquête par courrier, ont trouvé des résultats assez proches (51% des dépressifs diabétiques ont été diagnostiqués comme tels, et 64,2% d'entre eux ont reçu un traitement adéquat). De même que Harman et al. [85] qui se sont penchés plus particulièrement sur les personnes âgées diagnostiquées comme dépressives et qui ont trouvé que le traitement était adéquat pour 34% d'entre elles.

Il est intéressant de constater que des études européennes du même type ont trouvé des résultats équivalents. Lepine et al. [28], dans une enquête paneuropéenne, ont estimé que 50 à 75% des dépressifs recherchant de l'aide reçoivent un traitement adéquat. Wittchen et al. [86] ont, quant à eux, estimé qu'en Allemagne plus de 50% des dépressifs reconnus reçoivent un traitement adéquat.

Enfin, deux études ont adopté une démarche différente [35, 87]: à partir d'une enquête plus large et à l'aide d'un questionnaire de dépistage, elles ont sélectionné un échantillon représentatif dans lequel les personnes souffrant de troubles mentaux ont été sur-échantillonnées. Cet échantillon a été interrogé une seconde fois de façon plus précise lors d'un entretien en face-à-face. A partir des réponses fournies, des cliniciens ont évalué les besoins de soins de chaque répondant à l'aide d'une procédure standardisée, et ont décidé si les soins qu'ils avaient reçus étaient en adéquation avec les besoins de soins qu'ils avaient eux-mêmes jugé comme appropriés. L'une de ces études a été réalisée en Grande-Bretagne, dans un quartier défavorisé de Londres [87]. Elle a montré que près de 10% de la population à l'étude avait besoin de soins, et que, parmi eux, moins de la moitié recevait des traitements adéquats. L'autre étude, qui a été réalisée à Montréal, a montré que parmi les malades souffrant uniquement de dépression,

28% recevaient un traitement en adéquation avec leurs besoins, 56% recevaient un traitement inadéquat et 16% avaient des besoins impossibles à satisfaire [35]. Lorsqu'un trouble anxieux s'ajoutait à la dépression, l'inadéquation grimpait à 82%.

Cette méthode par évaluation des besoins par des experts a l'avantage de prendre en compte un nombre important de facteurs, et de porter un jugement à partir d'un recueil de données de qualité. Toutefois, elle est plus onéreuse, et l'échantillon est donc moins important que dans une enquête épidémiologique, ce qui entraîne une difficulté plus importante à faire ressortir des différences entre les sous-groupes et donc à identifier des facteurs de risque.

4.2.2.3. Différences de définition du traitement adéquat

Le choix de ce que l'on considère comme un traitement adéquat est la troisième explication principale de la variabilité des résultats concernant l'adéquation du traitement aux dépressifs. En effet, on retrouve dans la littérature un ensemble très divers de définitions d'un traitement adéquat pour la dépression, ce qui pourrait expliquer éventuellement la variabilité des résultats non expliqués par les différences de population cible ou de méthodologie.

Par exemple, les deux études canadiennes effectuées à partir d'enquêtes populationnelles ont considéré que recevoir quatre visites avec un professionnel pour la santé mentale constituait un traitement adéquat [24, 83]. Toutefois, aucune recommandation portant sur les traitements de la dépression n'avait été produite au pays avant la première étude, et les auteurs se sont basés sur leur bon sens. Ceux de la seconde étude ont choisi de conserver les mêmes critères à des fins de comparabilité. Aucun critère portant sur la prescription d'un antidépresseur n'avait été inclus car cette question n'était pas abordée dans l'enquête. Ceci met en relief une des limites importantes des enquêtes populationnelles.

Plusieurs études américaines [26, 29, 31, 39, 85], qui ont porté sur des enquêtes de grande échelle, ont adopté comme définition de traitement adéquat le fait de recevoir une prescription pour un antidépresseur et 4 visites médicales,

ou 8 visites avec un spécialiste de la santé mentale. Les auteurs se sont basés sur deux guides de pratiques édités aux USA en 1993 [47, 48] et ont justifié leur définition par le fait que l'on peut choisir de traiter la dépression par pharmacothérapie (et dans ce cas, les 4 visites médicales associées servent à évaluer l'efficacité et l'innocuité du traitement) ou par psychothérapie (la limite fixée à 8 visites est basée sur le fait que, d'après eux, un minimum de 8 visites est nécessaire pour obtenir les premiers résultats). Le fait que plusieurs études aient utilisé la même définition rend plus valide la comparaison des résultats.

Toutefois, à partir des mêmes guides de pratiques sur le traitement de la dépression [47], d'autres auteurs ont adopté une définition un peu différente de traitement minimalement adéquat. Par exemple, pour Lagomasino et al. [40], un traitement adéquat consistait à recevoir un antidépresseur à un dosage au moins égal au minimum du dosage quotidien recommandé pour 25 des 30 derniers jours, ou recevoir 4 visites auprès d'un spécialiste de la santé mentale qui utilise des méthodes de psychothérapie active cognitivo-comportementale. Cette définition plus pointue a été applicable grâce à un recueil de données développé spécifiquement pour ce type d'étude, précisant les posologies et le type de psychothérapie reçu. Chen et Rosenbeck [75] ont pu, toujours à partir des mêmes guides de pratique, et grâce à l'utilisation de dossiers médicaux informatisés, obtenir une précision équivalente pour construire leur définition.

Les définitions de traitement adéquat sont très variées, même si elles sont construites à partir des mêmes guides de pratique. Elles varient en fonction des données disponibles (posologie par exemple), mais également en fonction de la vision des auteurs. On constate, en effet, que bien que la psychothérapie ait prouvé son efficacité pour traiter les dépressifs [88], elle est parfois oubliée dans la construction de la définition de ce qu'est un traitement adéquat, avec pour conséquence de sous-évaluer l'adéquation du traitement, les malades traités par psychothérapie étant faussement déclarés comme inadéquatement traités. Par exemple, l'étude de Katz et al. [34], qui compare les États-Unis et l'Ontario, a fixé comme critère d'adéquation la prescription d'un antidépresseur accompagnée

d'au moins quatre visites professionnelles, mais ne considère pas la psychothérapie.

A notre connaissance, aucune étude n'est venue valider une définition de traitement adéquat pour la dépression. D'ailleurs, Wang et al. [29] critiquent leur propre définition, en soulignant son côté empirique et en appelant la communauté scientifique à s'entendre sur une définition commune validée scientifiquement.

4.3. Facteurs associés à l'adéquation

Certaines études ne se sont pas contentées de calculer une prévalence de traitement adéquat pour la dépression, mais sont allées plus loin en cherchant à comprendre ce qui influence l'adéquation du traitement. La majorité d'entre elles se sont surtout intéressées aux facteurs individuels, la raison étant que peu de données sur le système de soins ou sur les professionnels dispensant les traitements étaient recueillies ou disponibles. En fait, le seul facteur systémique qui a été largement étudié est le secteur de soins.

Aucune de ces études n'a utilisé de modèle conceptuel ou de cadre théorique conçu pour l'évaluation de la qualité des soins, pour élaborer leur hypothèse et le choix des variables individuelles sélectionnées. Cependant, pour classer leurs variables indépendantes, trois études [24, 34, 83] ont utilisé le modèle comportemental de Andersen et Newman [89], conçu au départ pour expliquer les facteurs d'utilisation des services de santé. Selon ce modèle, les facteurs explicatifs individuels sont répartis en trois catégories : les facteurs prédisposants, les facteurs facilitants et les facteurs de besoin. Le secteur de soins était alors classé parmi les facteurs facilitants. Toutefois, comme indiqué dans une version plus récente du modèle [90], les facteurs liés au système de soins peuvent être classés dans les facteurs environnementaux.

4.3.1. Différences selon les facteurs individuels

La littérature sur l'adéquation des soins aux dépressifs selon les recommandations présente plusieurs études, souvent basées sur des enquêtes

populationnelles, qui tentent de déterminer les facteurs individuels des malades associés avec la réception de soins adéquats.

- ***facteurs prédisposants***

Les facteurs prédisposants sont les traits de personnalité présents avant le début de la maladie. Dans le modèle de Andersen et Newman, ce sont les facteurs les plus éloignés de l'utilisation des services, et donc ceux qui devraient, à priori, avoir le moins d'influence. Ils ne peuvent pas être directement responsables de l'utilisation de services.

L'âge et le genre sont certainement les facteurs de cette catégorie les plus étudiés. Ils sont présents dans quasiment toutes les études. Bien que Diverty et Beudet [24] ne trouvent pas de relation entre l'âge et la réception de soins en adéquation avec les recommandations, la majorité des autres études prouvent que les personnes dans les catégories d'âge extrêmes sont moins adéquatement traitées. En effet, si les jeunes dépressifs ont moins de contacts avec le système de soins, ils semblent également recevoir moins de traitement adéquat que les classes d'âge intermédiaires [39]. De même, les personnes âgées semblent recevoir moins de traitement adéquat. Une large étude [38] montre qu'ils reçoivent moins d'antidépresseurs à un dosage adéquat que les classes d'âge intermédiaires. Les explications principales trouvées sont qu'ils ont plus tendance à consulter seulement en première ligne et que les croyances populaires associent la vieillesse avec la dépression, celle-ci ne serait donc pas considérée comme pathologique [91]. Également, les médecins auraient tendance à sous-doser les antidépresseurs des plus âgés [36, 37], en partie à cause du fait qu'elles feraient preuve d'une sensibilité accrue aux effets secondaires des antidépresseurs [91]. Enfin, les personnes âgées seraient caractérisées par leur résistance ou leur incapacité à exprimer des préoccupations de santé mentale ou à utiliser les services [91].

Les limites d'âge auxquelles le traitement devient plutôt inadéquat sont assez floues. Starkes et al. [83] ont constaté une différence dans l'adéquation dès 45 ans pour les plus âgés, alors que Young et al. [33] ont choisi de définir les

15-24 comme étant les jeunes, et les plus de 59 ans comme les plus âgés. Ces deux classes d'âge étant, dans son étude également, moins adéquatement traitées.

Young et al. [33] ont aussi montré que le genre était un facteur d'inadéquation et que les hommes étaient plus mal traités que les femmes. Les études de Wang et al. [26] et Diverty et Beudet [24] le rejoignent sur ce point, mais d'autres auteurs affirment le contraire comme Starkes et al [83], qui discutent le fait que, si le genre est un facteur important d'utilisation des services (les femmes ayant moins de difficultés à exprimer leurs sentiments et à rechercher de l'aide), une fois le contact établi, les femmes et les hommes sont traités tout aussi adéquatement.

L'origine ethnique est un facteur prédisposant très souvent étudié aux Etats-Unis, contrairement, entre autres, aux pays européens. Lagomasino et al. [40] ont prouvé que les médecins généralistes soignaient deux fois moins bien les latinos que les caucasiens, en contrôlant plusieurs facteurs comme l'ethnicité du médecin ou le taux d'ethnicité de la population soignée. Trois autres études américaines [26, 29, 33], ont démontré que le fait d'être noir est un prédicteur significatif de réception de traitement inadéquat pour la dépression.

Toutefois, Harman et al. [39] ont constaté que les noirs et latinos ont moins de chance de commencer un traitement, mais qu'une fois le traitement commencé il n'y a plus de différences quant à l'adéquation.

Si Young et al. [33] concluent leur étude en affirmant que les variables démographiques sont les plus associées à la réception de traitement adéquat, on peut constater que pour la majorité des facteurs prédisposants, le lien n'est pas toujours démontré. Par exemple, le statut matrimonial est un facteur significatif pour Diverty et Beudet [24] mais ne l'est pas pour d'autres [33, 83].

Le niveau d'éducation apparaît comme significatif dans plusieurs études [24, 33, 35, 40, 83], les personnes ayant une scolarité plus élevée ayant plus de chance de recevoir un traitement adéquat pour leur dépression. Wang et al. [26] n'ont, par contre, pas trouvé d'association entre ce facteur et l'adéquation du traitement.

- **les facteurs facilitants**

Les facteurs facilitants sont liés à la capacité d'obtenir des services de santé.

On a vu précédemment que Katz et al. [34] ont expliqué la différence de traitement adéquat entre les États-Unis et le Canada par la présence de barrières financières. Et on constate que le fait d'avoir une assurance privée de santé est un facteur d'adéquation des soins retrouvé dans plusieurs études [26, 33]. Au contraire, Harman et al. [39] démontrent que ceux qui n'ont pas d'assurance privée pour les soins de santé ont moins de chances de commencer un traitement pour la dépression, mais qu'une fois le traitement commencé, il n'y a pas de différence dans l'adéquation.

Diverty et Beaudet [24] ont étudié le statut face à l'emploi comme un proxy de l'assurance privée, en expliquant qu'avoir un emploi suppose l'adhésion à des assurances privées ou des services d'aide assurés par l'employeur. Ils n'ont pas trouvé d'association entre cette variable et l'adéquation du traitement. Retenons toutefois qu'ils ont effectué leur étude sur la population canadienne, et que, comme expliqué plus haut, le système de soins est bien différent de celui des États-Unis où toutes les autres études ont eu lieu.

Mais l'emploi peut également être considéré comme un proxy du revenu. C'est vu ainsi qu'il est apparu significativement associé à l'adéquation du traitement pour Lagomasino et al. [40]

Pour d'autres facteurs facilitants, l'association avec la réception de traitement en adéquation avec les recommandations n'est pas établie. Le revenu semble être un facteur associé à l'adéquation pour Diverty et Beaudet [24], mais pas pour Young et al. [33]. De même, le manque de soutien social a été identifié comme un facteur significatif important par Tiemeier et al. [76], mais pas par Diverty et Beaudet [24].

Enfin, il ressort de quelques études que le lieu de résidence pourrait avoir une grande influence sur la qualité des traitements reçus. Une étude sur l'impact de la géographie sur le traitement de la dépression montre que la distance du

lieu de consultation au domicile est associée au fait de recevoir des soins adéquats [92]. Cette étude suggère que la distance et la difficulté de transport empêchent les ruraux de recevoir un nombre suffisant de visites et donc un traitement adéquat. Wang et al. [29] ont abouti aux mêmes conclusions, et Starkes et al. [83] ont remarqué que ceci est vrai pour le secteur spécialisé, mais pas pour les soins reçus en première ligne, suggérant une moins grande disponibilité des services spécialisés pour les ruraux.

Un autre ensemble de facteurs prédisposants se différencie par son caractère perçu. Au contraire des facteurs basés sur des faits objectifs (par exemple, avoir une assurance pour les soins de santé, la distance du domicile aux services de santé mentale), les barrières perçues permettent de considérer les croyances et les attitudes subjectives des répondants. La seule étude à les avoir pris en considération pour l'adéquation du traitement de la dépression démontre, par exemple, que plus d'Américains que de Canadiens trouvent les soins trop chers et ressentent des barrières économiques, et que celles-ci sont associées à un traitement moins adéquat, alors que le fait d'avoir une assurance pour la santé n'était pas un facteur significatif [34]. On peut ainsi constater l'importance de la perception des malades par rapport aux soins de santé.

Toutefois, à notre connaissance, aucune étude n'a évalué l'importance des barrières perçues liées à l'accessibilité (plus généralement que les seules barrières économiques), à la disponibilité des services ou à l'acceptabilité du diagnostic ou du traitement.

- ***les facteurs de besoin***

Les facteurs liés au besoin de traitement dépendent principalement de la gravité de la maladie. Ces facteurs, les plus proches de l'utilisation de soins dans le modèle de Andersen, devraient être ceux qui ont le plus d'influence sur les services reçus.

A chaque fois qu'ils ont été étudiés, des facteurs évaluant la gravité de la dépression tels que la sévérité des symptômes de la dépression, la chronicité de

la dépression, ou la présence d'idées suicidaires ont été significativement associés à la réception de traitements adéquats [24, 26, 40, 76, 83].

Les facteurs pouvant augmenter le besoin de soins à cause de la comorbidité ont également toujours une grande importance. Les pathologies psychiatriques associées telles que les troubles anxieux [33, 40] ou les caractéristiques psychotiques [76] ont été significativement associées à la réception de traitement adéquat pour la dépression à chaque fois qu'ils ont été étudiés. Par contre, les dépendances, alcoolisme ou drogues, ne font pas l'objet d'un consensus, certains les trouvant associées [76] et d'autres non à l'adéquation du traitement [33, 40].

Le fait de souffrir d'une condition médicale chronique (c'est-à-dire de souffrir d'un problème de santé chronique) semble également très lié avec la réception de traitement adéquat pour la dépression [24, 26, 33, 40]. Alors que la plupart des auteurs ont étudié le fait d'avoir une ou plusieurs conditions médicales chroniques comme une variable unique, Harman et al. [85] ont voulu mieux comprendre ce phénomène et ont considéré séparément chaque pathologie associée à la dépression. Ils ont constaté que l'augmentation de l'adéquation du traitement avec la présence de une ou plusieurs conditions médicales chroniques n'est pas un phénomène simple, que cela dépend du type de pathologie, et que les raisons semblent variées. L'adéquation dépendrait également du volume de soins associé à la condition médicale chronique.

4.3.2. Différence selon le secteur de soins

Malgré les différences constatées dans les approches, il semblerait que la qualité des traitements aux dépressifs soit très dépendante du caractère spécialisé ou non du secteur de soins. Les patients suivis par le secteur spécialisé en santé mentale seraient bien plus adéquatement traités que ceux suivis par le secteur général [35, 76]. De même, une différence de comportement entre les médecins généralistes et les psychiatres quant à l'application des guides de pratique sur le traitement de la dépression semble récurrente [93]. Ceci concorde avec l'étude par vignettes de Kerr [77] dont les résultats sont

exposés à la section 4.2.2.2; avec celle de Colenda et al. [78] qui montre que le nombre de visites et la durée des traitements sont plus importants dans le milieu spécialisé qu'en première ligne; et avec celle de Wang et al. [26] qui trouve des prévalences de traitement adéquat chez les dépressifs de 31.7% parmi ceux qui ont eu une visite chez un médecin généraliste et de 45.7% parmi ceux qui ont eu une visite chez un psychiatre. Pour Katz et al. [34], la prévalence de traitement adéquat serait deux fois plus élevée chez les spécialistes que chez les médecins généralistes. De plus, ils ont trouvé une interaction significative entre la sévérité des symptômes de la dépression et le secteur de soins : plus la dépression est grave et plus la différence dans l'adéquation du traitement entre les psychiatres et les médecins généralistes est grande. Il y a donc moins de différences quand la dépression est moins sévère.

Si Young et al. [33] ont trouvé une prévalence globale de traitement adéquat parmi les malades de 30%, la différence qu'ils démontrent entre les médecins généralistes et les spécialistes est énorme : respectivement 19% et 90%. Et ils constatent que la plupart des dépressifs n'ont visité que des médecins généralistes. L'explication avancée par les auteurs est que les médecins généralistes portent le poids de repérer les dépressifs qui se présentent pour d'autres pathologies, (poids qui n'incombe pas aux spécialistes, ceux-ci recevant exclusivement des personnes se plaignant de troubles mentaux, il est donc plus aisé de les dépister et les traiter). Ils expliquent également que la dépression serait souvent mal prise en charge en psychothérapie, par manque de formation des praticiens. Ceci rejoint l'avis de Segal et al. [88] qui pensent que les professionnels n'appliqueraient que trop peu les stratégies de psychothérapie basées sur des données probantes et connues comme étant efficaces, mais qu'ils sélectionneraient plutôt une combinaison éclectique de stratégies de divers modèles.

Dans leur étude de 2002, Wang et al. [29] trouvent que la majorité des dépressifs ne consultent pas en secteur spécialisé, et également que les dépressifs sont bien plus adéquatement soignés dans ce secteur. Ils expliquent ceci par le fait que les médecins généralistes sont utilisés comme porte d'entrée

du système de soins. D'après eux, ils sont soumis à de plus en plus de demandes concurrentes, manquent de formation sur l'identification et le diagnostic des maladies mentales et de connaissances sur les traitements optimaux. Toutefois, ils soulignent le fait que des progrès sont également possibles dans le secteur spécialisé.

Doschba et al. [60], ont étudié l'adéquation du traitement de la dépression exclusivement en première ligne et expliquent que les médecins généralistes sont débordés de travail, ce qui a une influence directe et négative sur la qualité des traitements dispensés.

Une autre explication potentielle de la différence de qualité entre les secteurs nous est apportée par Van Voorhes et al. [94] qui ont démontré que les patients traités en médecine générale pour une dépression seraient moins enclins à accepter le traitement proposé (basé sur les données probantes) que ceux traités en secteur spécialisé. Cette différence s'expliquerait par les attitudes et les préjugés des patients face à la dépression et son traitement. Le fait d'utiliser les services du secteur spécialisé démontrerait qu'une étape dans l'acceptation de la maladie mentale a été franchie.

On peut donc voir que les médecins, surtout en première ligne, rencontrent des barrières importantes à l'implantation des traitements selon les recommandations. Nutting et al. [95] relèvent d'autres barrières, comme le manque de connaissance sur le diagnostic et sur les traitements, le manque de temps et le fait que les guides de pratique soient trop théoriques et peu adaptés à la pratique quotidienne. Dans une étude qualitative ultérieure [96], les mêmes auteurs ont essayé d'identifier d'autres barrières à l'implantation des guides de pratique. Les médecins de première ligne interrogés ont exprimé que, à leur avis, la majorité des facteurs sont imputables aux patients, leurs caractéristiques psychosociales, leurs attitudes et leurs préjugés quant à la dépression et son traitement. Les médecins disent également outrepasser volontairement et sciemment les guides de pratique quand l'état du patient est complexe et le nécessite.

Cabana et al. [97] ont construit un modèle explicatif des barrières rencontrées par les médecins à l'application des recommandations. Ils les ont classé en trois catégories : les barrières dues au manque de connaissances du médecin (manque de temps pour se former, non-accessibilité des guides de pratique, etc.), les barrières dues aux attitudes du médecin (manque de motivation, manque de confiance dans les guides de pratiques, etc.) et les barrières extérieures (manque de ressources, attitude des patients, etc.).

On peut donc constater une grande différence dans la qualité des traitements aux dépressifs en faveur du secteur spécialisé. Le secteur de soins semble être un facteur très important d'adéquation de soins.

Toutefois, comme on l'a vu précédemment (chapitre 4.1.3), nous nous inscrivons dans un contexte de développement des soins de santé mentale en première ligne. Il apparaît donc primordial d'y améliorer la qualité de la prise en charge, le développement des soins partagés pourrait alors grandement contribuer à cette amélioration.

5. CADRE GÉNÉRAL DE L'ÉTUDE

Le fait de recevoir un traitement adéquat pour un épisode dépressif majeur peut être décomposé en deux étapes. Tout d'abord, l'utilisation d'un service pour des raisons de santé mentale, et, alors le premier contact établi, la qualité des soins reçus.

La population recevant des soins est assez bien connue, grâce à des études cliniques de bonne facture. De même, plusieurs études sur la population ne recevant pas du tout de soins, n'utilisant pas les services, ont été conduites, et on commence à mieux connaître cette population aux besoins non comblés. Il apparaît donc intéressant de se pencher sur la population ayant eu un contact avec le système de soins, mais pour qui le traitement reçu est inadéquat. Une meilleure connaissance de celle-ci, de son ampleur et de ses caractéristiques, permettra de développer des politiques permettant d'améliorer la qualité des soins aux dépressifs.

Alors que les études semblent concorder sur le fait qu'un dépressif sur deux n'utilise pas les services de santé mentale, la proportion de ceux qui reçoivent des traitements en adéquation avec les recommandations varie beaucoup (les taux de traitement adéquat calculés vont de 6% [74] à 87% [75]). De même, alors qu'il semble important d'identifier les personnes souffrant de troubles dépressifs et recevant des traitements inadéquats pour cibler les actions de santé publique, on constate dans les études une certaine variabilité dans les conclusions quant aux facteurs associés à la réception de traitement adéquat. Les divergences dans les résultats sont imputables en partie à des différences de méthodologie, de population cible et à la difficulté d'établir une définition de ce qu'est un traitement adéquat, et rendent les comparaisons difficiles.

Au Canada, seules deux études [24, 83], basées sur des données d'enquêtes populationnelles, et avec des définitions discutables non basées sur les recommandations actuelles, se sont penchées sur l'adéquation du traitement des dépressifs et les facteurs qui y sont associés.

Il semble donc pertinent d'étudier à quel point, au Canada, le traitement reçu par les dépressifs est en adéquation avec les guides de pratique, en se basant sur une définition précise, tirée des recommandations les plus récentes, de ce qu'est un traitement adéquat. De plus, de nouvelles données sont nécessaires pour mieux définir les facteurs caractérisant la population constituée des dépressifs qui utilisent les services mais ne reçoivent pas de traitement adéquat. Enfin, il est important de tenter d'établir des stratégies pour rendre les données de notre étude comparables avec les précédentes.

Nous avons donc tout d'abord voulu estimer la prévalence de traitement en adéquation avec les recommandations parmi les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année et ayant bénéficié d'au moins une visite avec un professionnel de la santé. La population visée étant canadienne, notre définition du traitement adéquat s'est basée exclusivement sur les recommandations émises au Canada.

Nous avons ensuite voulu étudier les facteurs associés au fait que le traitement reçu soit en adéquation avec les guides de pratique en vigueur. Les variables explicatives ont été choisies selon 3 critères : leur présence dans des études antérieures de même type, leur pertinence même si elles n'étaient pas dans de précédentes études, et leur disponibilité dans les données de l'enquête. Elles ont ensuite été classifiées selon un cadre théorique reconnu de déterminants individuels d'utilisation des services de santé, le modèle comportemental proposé par Andersen [90].

Enfin, à des fins de comparaison avec les études canadiennes précédentes, mais aussi avec les études internationales, nous avons tenté d'appliquer des stratégies pour gommer les différences méthodologiques, comme l'utilisation de définitions du traitement adéquat tirées de ces études.

6. OBJECTIFS DE LA RECHERCHE

L'objectif général de cette recherche est donc de savoir jusqu'à quel point les recommandations existantes au Canada sur le traitement de la dépression sont suivies, et quels sont les facteurs déterminant le fait de ne pas recevoir des traitements en adéquation avec ces recommandations.

Les objectifs spécifiques de cette étude sont les suivants :

1. Estimer la prévalence de traitement en adéquation avec les recommandations en vigueur au pays, chez les canadiens souffrant de trouble dépressif majeur.
2. Identifier les facteurs associés à l'adéquation du traitement avec les recommandations canadiennes en vigueur.
3. Évaluer l'impact du choix de la définition d'un traitement adéquat sur la prévalence de traitement adéquat et sur les facteurs associés à l'adéquation.
4. Faire ressortir les différences entre les facteurs associés à l'utilisation des services et les facteurs associés à l'adéquation du traitement.

MÉTHODOLOGIE

7. L'ENQUÊTE

Les données du cycle 1.2 (Santé Mentale et Bien-être, n=36 984) de l'Enquête sur la Santé des Collectivités Canadiennes (ESCC) sont à la base des analyses proposées ici [98]. Ce cycle a été mené par Statistiques Canada pour produire des données transversales sur l'état de santé mentale de la population, l'utilisation des services et le traitement reçu pour des raisons de santé mentale (consultations médicales, hospitalisations, consommation de médicaments, etc.) et les déterminants de la santé mentale.

Cette enquête cible la population à domicile de 15 ans et plus des 10 provinces canadiennes (elle couvre 98% de cette population) et exclut les personnes qui vivent dans les trois territoires, les réserves indiennes et les terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres à plein temps des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées. Les jeunes (de 15 à 24 ans) ainsi que les personnes âgées (65 ans et plus) sont surreprésentés dans l'échantillon.

Dans cette enquête, la participation est volontaire et les données sont obtenues auprès des répondants. Diverses stratégies ont été utilisées pour maximiser le taux de réponse (lettres de présentation, nombreux contacts, suivi des non-répondants, utilisation de plusieurs langues) qui a atteint 77%.

Les questions ont été conçues pour être posées selon la méthode d'interview assistée par ordinateur (IAO), assurant une bonne cohérence de l'interview.

L'ESCC est une enquête transversale par échantillon, avec un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés où le logement représente l'unité finale d'échantillonnage. Une personne de 15 ans et plus est sélectionnée aléatoirement dans le ménage échantillonné. La probabilité de sélection de chaque personne dans le ménage est définie en fonction de la composition du ménage. Ainsi, à chaque répondant est attribué un poids correspondant au nombre de personnes qu'il représente dans la population entière, après ajustement par le taux de non-réponse, l'âge et le sexe.

8. LA POPULATION CIBLE

Dans l'ESCC 1.2, l'épisode dépressif majeur est défini comme une période de deux semaines ou plus durant laquelle persiste une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour les activités normales, associée à des symptômes tels qu'une réduction de l'énergie, un changement du sommeil et de l'appétit, des difficultés à se concentrer et un sentiment de culpabilité, de désespoir et des idées suicidaires [99].

Les personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur sont identifiées à l'aide du WMH-CIDI (*World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview Instrument* [100]). Cet instrument de diagnostic psychiatrique utilisable par des non-spécialistes produit des diagnostics selon les définitions du DSM-IV [3]. Les calculs, questions et algorithmes du WMH-CIDI permettant de créer les variables finales ont été adaptés au contexte canadien et aux besoins de l'enquête.

La population cible de notre étude est constituée des personnes de 15 ans et plus qui ont vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédant l'interview.

Comme les dépressifs unipolaires constituent la population ciblée, il était important d'éliminer les personnes souffrant de troubles bipolaires. Cette pathologie est caractérisée par une alternance entre des phases de dépression, des phases d'exaltation (épisodes maniaques) et des moments où l'humeur est normale. Les symptômes pourraient donc être confondus avec ceux de la dépression unipolaire, et les praticiens pourraient être amenés à traiter les symptômes maniaques avant les symptômes dépressifs, ce qui nous amènerait à faussement conclure que le traitement est inadéquat. Il a donc fallu, parmi les personnes remplissant les critères d'un épisode dépressif dans les 12 derniers mois, éliminer ceux répondant également à un épisode maniaque lors des 12 derniers mois.

Notre échantillon est finalement composé de 1563 répondants.

9. CONSTRUCTION DE LA VARIABLE DÉPENDANTE : DÉFINITION OPÉRATIONNELLE DU TRAITEMENT ADÉQUAT

9.1. Adéquation basée sur les recommandations canadiennes

La définition d'un traitement minimalement adéquat de la dépression utilisée dans cette étude (que nous appellerons « définition A ») a été élaborée à partir des recommandations éditées en 2001 dans la Revue Canadienne de Psychiatrie [50], suite à la collaboration entre l'Association des Psychiatres du Canada et le CANMAT.

L'objectif de ce travail en collaboration était de permettre la prestation rentable de soins de la meilleure qualité qui soit. Un groupe de travail pancanadien a élaboré les recommandations basées sur les données probantes.

Les recommandations sont classées par priorité, selon le degré de qualité scientifique des études appuyant les traitements. Il est ainsi indiqué quels traitements sont de premier, second ou troisième recours.

Toutefois, comme l'enquête ne permet pas de savoir ce qui a éclairé le praticien dans son choix de traitement, nous avons considéré que tout traitement recommandé, quelque soit son niveau de priorité, pouvait être considéré comme adéquat, car il a montré son efficacité dans au moins une étude.

Des pans entiers de recommandations n'ont pas pu être incorporés à la construction de notre définition du traitement adéquat. Par exemple, l'évaluation du risque suicidaire doit se faire régulièrement, le praticien doit obtenir le consentement du malade pour le traitement choisi, doit établir une alliance thérapeutique avec son patient, doit faire de la psychoéducation au début du traitement [101]. Ces recommandations n'ont pas pu être opérationnalisées à cause de la méthodologie employée, aucune question de l'enquête ne permettant d'obtenir les informations nécessaires.

9.2. *Notion de traitement minimalement adéquat*

La méthodologie choisie nous amène à utiliser le principe du traitement minimalement adéquat pour évaluer la qualité du traitement reçu par les répondants de notre échantillon. Comme nous travaillons sur des données secondaires, et que nous n'avons pas accès au dossier des patients, ni au praticien qui les a traités, il est impossible de considérer chaque cas en détail. A partir des recommandations, nous avons donc dû établir des critères minimaux de qualité, opérationnalisables à partir des données dont nous disposions.

On peut d'ores et déjà signaler que nos critères de traitement minimalement adéquat vont entraîner principalement une surestimation de l'adéquation du traitement, sans pour autant être capable d'en évaluer l'ampleur. Toutefois, comme le soulignent Chen et Rosenbeck [75], ceci n'enlève rien à la capacité de ce type d'approche de monitorer la qualité des soins, ou de la comparer entre différents pays.

9.3. *Pharmacothérapie adéquate*

Dans le questionnaire, il est demandé aux répondants s'ils ont reçu une prescription pour un médicament antidépresseur au cours des 12 derniers mois. Toutefois, nous n'avons aucune information sur le type d'antidépresseur prescrit durant cette dernière année, ni la raison de la prescription (les antidépresseurs peuvent être prescrits pour des motifs autres que la dépression). Ainsi, tout traitement antidépresseur pharmacologique initié sera considéré comme minimalement adéquat s'il est accompagné d'au moins 4 visites chez un médecin. Cette limite de 4 visites est basée sur le fait que tout traitement pharmacologique doit faire l'objet d'une surveillance au point de vue de l'efficacité et des effets secondaires, et que pour ceci, 4 visites au moins semblent nécessaires. D'autres auteurs ont également retenu cette limite de 4 visites pour les mêmes raisons [26, 33]. Nous n'avons considéré que les visites de suivi de traitement pharmacologique effectuées

chez les médecins généralistes, les psychiatres, les autres médecins, car eux seuls ont la possibilité de prescrire un antidépresseur et de réajuster le traitement au besoin.

Les recommandations sont très claires sur le fait que, si un traitement est initié, il doit être prolongé au moins six mois, c'est la phase d'entretien. Toutefois, il est nécessaire de prolonger à deux ans cette phase d'entretien dans certains cas particuliers : en cas d'âge avancé, de caractéristiques psychotiques, d'épisodes chroniques, d'épisodes récurrents (au moins 3 à vie), d'épisodes fréquents (au moins deux en cinq ans), des épisodes difficiles à traiter, des épisodes graves [101].

Nous avons pu opérationnaliser trois de ces cas (avoir 65 ans ou plus, avoir des épisodes récurrents, ou avoir des épisodes fréquents), et avons donc ajouté un critère à notre définition : ces patients devaient toujours être sous traitement médicamenteux antidépresseur au jour de l'interview. En effet, s'ils ne l'étaient plus, le fait d'avoir initié un traitement dans les douze derniers mois mais de ne pas l'avoir prolongé ne peut constituer un traitement adéquat de la dépression.

Ce critère de durée du traitement a pu être opérationnalisé grâce à un ensemble de questions portant sur le nombre et les noms des médicaments que les répondants ont pris lors des deux derniers jours précédant l'interview.

9.4. Psychothérapie adéquate

Les données de l'enquête ne nous permettent que de savoir si la personne a vu un professionnel pour des raisons de santé mentale au cours des 12 derniers mois, quel genre de professionnel, et le nombre de fois qu'elle l'a vu. Nous ne pouvons savoir ce qu'il se passe réellement lors de ces rencontres. Nous avons donc dû considérer que ces visites sont le lieu de séances de psychothérapie, adaptées à la situation. Nous avons fixé la limite de l'adéquation à 12 visites en nous basant sur les recommandations canadiennes en psychothérapie [88] : quelque soit le type de psychothérapie utilisé, le minimum de séances pour un traitement complet est de 12.

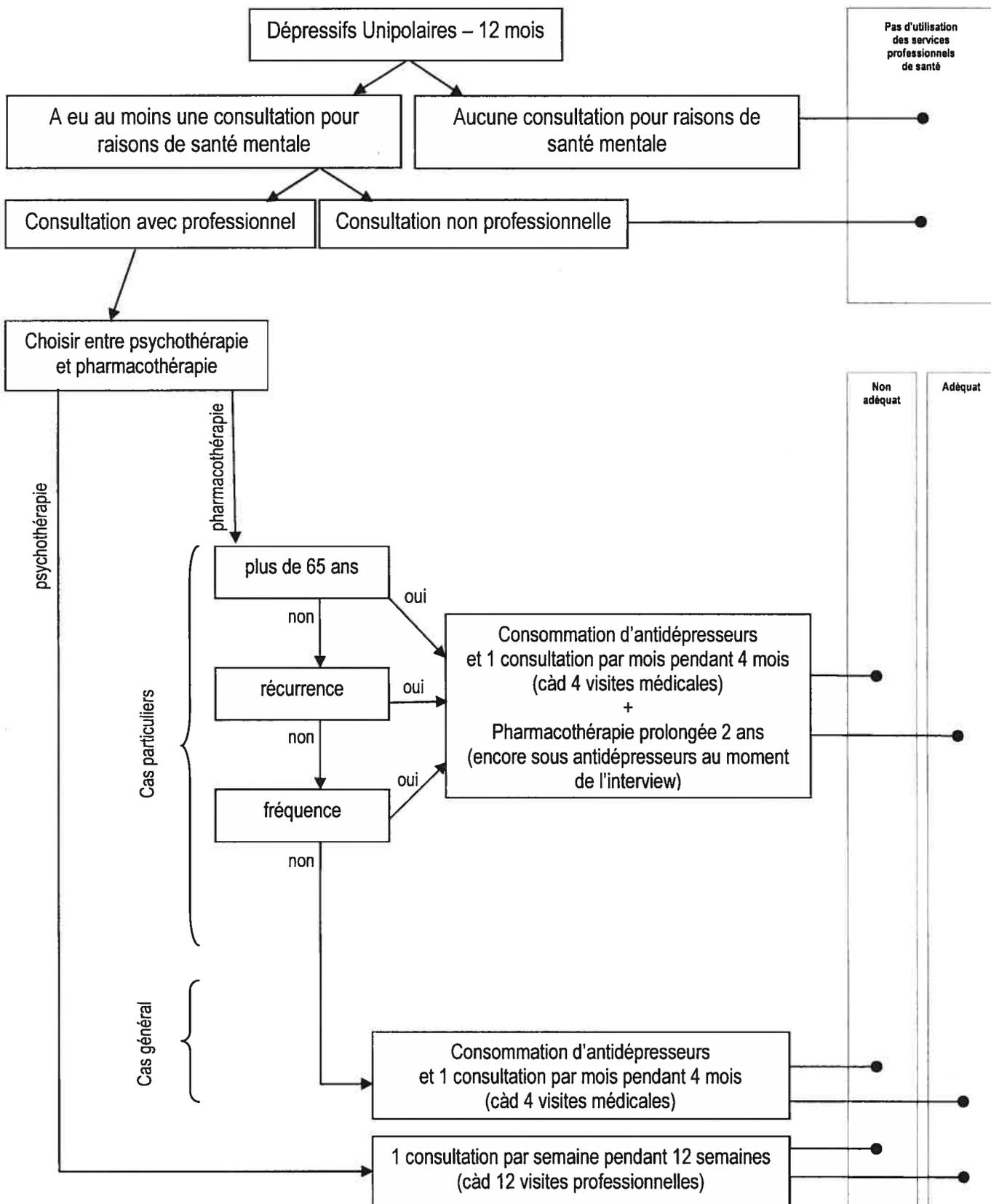
Les conseillers religieux, groupes d'entraide, groupes par Internet n'ont pas été considérés comme potentiellement fournisseurs de traitement adéquat. Par contre, nous avons considéré les visites chez des médecins généralistes, des psychiatres, d'autres médecins, des spécialistes en santé mentale non médicaux (psychologues, infirmiers, travailleurs sociaux). Cet éventail de prestataires de services peut sembler large, mais notre logique de traitement minimalement adéquat nous incite à tous les considérer car il est envisageable que chacun d'entre eux puisse délivrer un traitement psychothérapeutique adéquat.

9.5. Variable dichotomique finale

Cette démarche aboutit donc à classer les dépressifs comme ayant reçu un traitement adéquat ou non. Même si les recommandations canadiennes n'encouragent pas la bithérapie (traitement par pharmaco et psychothérapie [102]), celle-ci n'étant pas plus efficace que la monothérapie, sauf dans certains cas particuliers, et présentant des coûts supplémentaires [91], notre logique de traitement minimalement adéquat nous a amené à considérer tout de même les répondants sous bithérapie comme ayant reçu un traitement adéquat.

Toute la démarche a pu être synthétisée dans un algorithme décisionnel (figure 1).

Figure 1. Schéma décisionnel pour l'adéquation du traitement (Définition A)



9.6. *Autres définitions du traitement adéquat*

Afin de rendre notre étude comparable, et d'évaluer l'impact de la définition du traitement adéquat sur les prévalences trouvées ainsi que sur les facteurs significativement associés, nous avons utilisé trois autres définitions du traitement adéquat trouvées dans la littérature, et avons donc construit trois autres variables dichotomiques qui seront utilisées alternativement comme variables dépendantes (figure 2).

La première définition (définition B) est tirée de deux études canadiennes [24, 83] utilisant des données d'enquêtes équivalentes à celles de notre étude. Leur définition se limite à recevoir 4 consultations professionnelles pour des raisons de santé mentale ou plus. Elle ne prend pas en compte la prescription d'antidépresseur.

La seconde (définition C) est encore tirée d'une étude canadienne, qui a porté sur une population plus restreinte [34] et qui considère comme adéquat le fait de recevoir une prescription pour un antidépresseur et au moins 4 consultations médicales pour raisons de santé mentale. Cette définition ne tient pas compte du traitement en psychothérapie pouvant être délivré par des spécialistes non médicaux de la santé mentale.

Enfin, la troisième définition du traitement adéquat (définition D) a été utilisée dans plusieurs études américaines [26, 29, 31], et considère comme adéquat le fait de recevoir une prescription pour un antidépresseur accompagnée d'au moins 4 consultations médicales pour raisons de santé mentale; ou de recevoir au moins 8 consultations professionnelles pour raisons de santé mentale avec un spécialiste de la santé mentale, médical ou non. On voit que cette définition est celle qui se rapproche le plus de la nôtre, en tenant compte à la fois de la pharmacothérapie et de la psychothérapie.

Figure 2. Les 4 définitions du traitement adéquat

Adéquat si	Définition A	Définition B	Définition C	Définition D
Pharmacothérapie ou	Prescription d'un antidépresseur et 4 visites médicales + Encore sous antidépresseur au moment de l'interview pour certains sous-groupes	4 visites professionnelles	Prescription d'un antidépresseur et 4 visites médicales	Prescription d'un antidépresseur et 4 visites médicales
Psychothérapie	12 visites professionnelles	4 visites professionnelles		8 visites professionnelles

10. CONSTRUCTION DES VARIABLES INDÉPENDANTES

10.1. Modèle utilisé

Afin de déterminer les caractéristiques des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois et ayant eu un contact avec le système de soins, mais n'ayant pas reçu de traitement adéquat, un certain nombre de variables démographiques, cliniques ou ayant rapport avec l'expérience de soins ont été prises en compte. Le cadre théorique de comportement proposé par Andersen et Newman [89] a été utilisé pour classifier les facteurs explicatifs. Toutefois, nous avons plutôt adopté la dernière version de ce modèle [90], qui place les facteurs liés au système de soins dans les facteurs environnementaux et non plus dans les facteurs facilitants. Même si ce modèle était, à l'origine, destiné à l'étude de l'utilisation des services, il semble bien adapté à notre étude qui se penche surtout sur les facteurs individuels du malade, et leur association avec la qualité du traitement qu'il recevra. En effet, des modèles d'évaluation de la

qualité de soins classiques, tel que celui de Donabedian de type « structure – processus – résultats » [73], utilisent des variables diverses, à la fois de l'individu, du soignant, et du système de soins. Or, à part le type de fournisseur de soins, l'enquête utilisée ne fournit aucune donnée autre que sur le malade.

De plus, le modèle de Andersen et Newman a déjà été utilisé dans des études sur l'adéquation du traitement utilisant des données d'enquête populationnelle [24, 34, 83]. Nous avons donc décidé de l'utiliser également, à la fois parce que la méthode de classification nous a semblé adaptée, mais aussi pour permettre une meilleure compréhension de notre étude, ce modèle étant très connu et utilisé.

10.2. Classification des variables selon le modèle

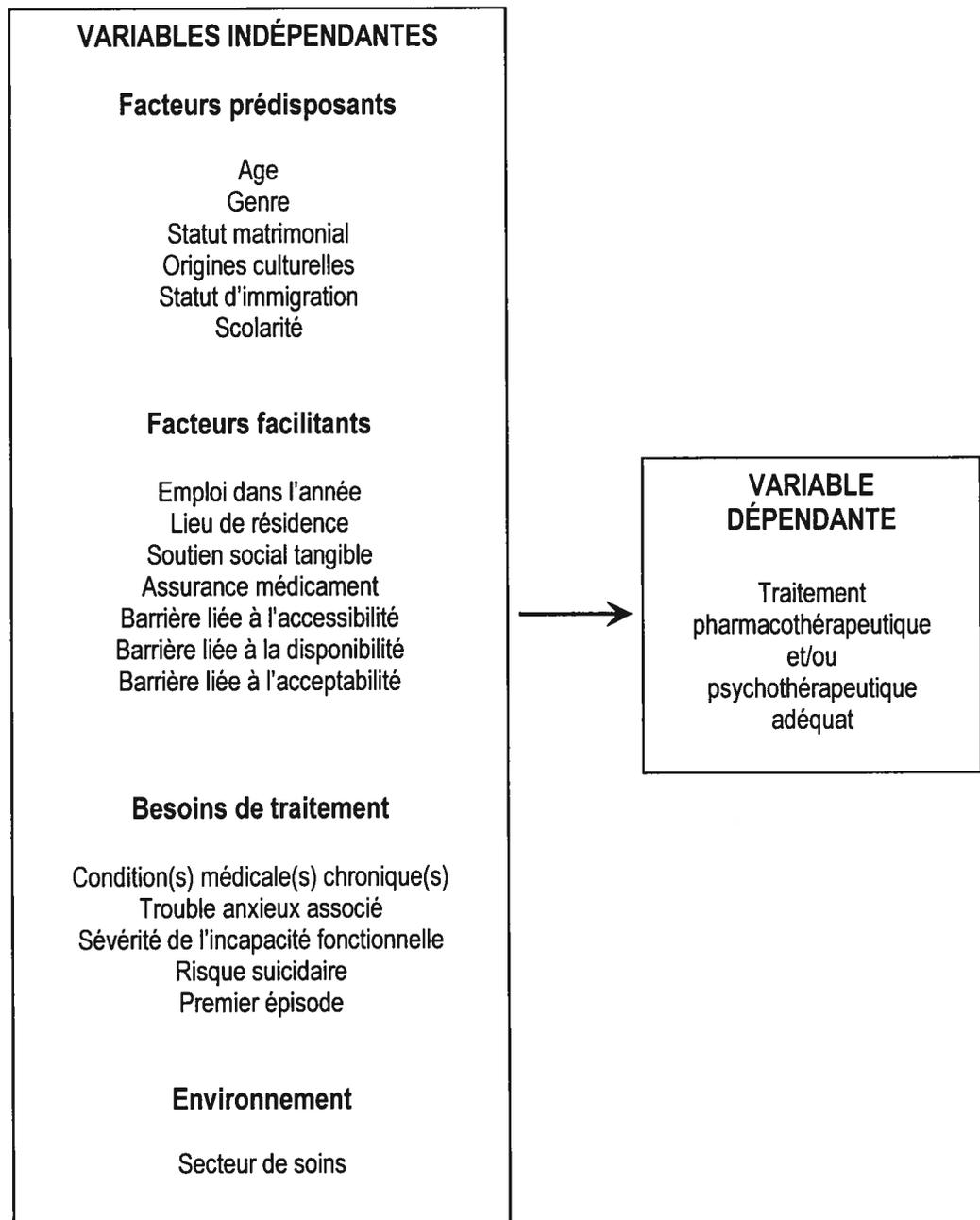
La première composante du cadre théorique utilisé comprend les facteurs prédisposants, c'est-à-dire les facteurs présents avant la maladie, liés au malade. Nous avons choisi l'âge, le genre, le statut matrimonial, les origines culturelles, le statut d'immigration et la scolarité du répondant.

La deuxième composante du cadre est constituée par les facteurs liés à la capacité d'obtenir des services de santé, ou facteurs facilitants. Les variables choisies comprennent le statut d'emploi dans la dernière année, le lieu de résidence, le fait d'avoir reçu du soutien social, le fait d'avoir une assurance médicaments et le fait de ne pas avoir perçu des problèmes d'accessibilité, des problèmes de disponibilité ou des problèmes liés à l'acceptabilité.

La troisième composante est le besoin de traitement. Celui-ci dépend principalement de la gravité de la maladie. Les variables choisies dans cette catégorie sont le nombre de conditions médicales chroniques, la présence de troubles anxieux associés, la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, la présence d'un risque suicidaire, et le fait que le premier épisode dépressif ait eu lieu dans la dernière année.

Enfin, le seul facteur que nous pouvons étudier et qui n'est pas lié à l'individu, le secteur de soins utilisé, est classé dans le modèle révisé d'Andersen [90] comme un facteur de l'environnement.

Figure 3. Variables utilisées



10.3. Description de la construction des variables

10.3.1. Facteurs prédisposants

Les facteurs prédisposants de cette étude sont :

- l'âge, réparti en 4 groupes : les 15 à 24 ans; les 25 à 44 ans; les 45 à 64 ans et les 65 ans et plus.
- le genre,
- le statut matrimonial, qui a été défini selon quatre groupes : être marié ou en union libre; être veuf; être séparé ou divorcé; être célibataire.
- les origines culturelles, qui ont été regroupées en deux catégories, se définir comme blanc ou non.
- le statut d'immigrant, qui est une variable dichotomique séparant les répondants selon qu'ils aient la citoyenneté canadienne ou non.
- la scolarité du répondant, qui est catégorisée en 4 groupes : moins que diplôme secondaire, diplôme secondaire, études post-secondaires et diplôme post-secondaire.

10.3.2. Facteurs facilitants

Les facteurs facilitants de cette étude sont :

- le statut par rapport à l'emploi, qui sépare les répondants qui ont eu un emploi durant les 12 derniers mois de ceux n'en ayant pas eu. Cette variable a été choisie pour remplacer le niveau de revenu qui présentait trop de données manquantes.
- Le lieu de résidence : la variable sépare les répondants vivant en milieu urbain de ceux vivant en milieu rural. La définition des zones rurale ou urbaine a été déterminée à partir de celle du recensement canadien de 1996.
- le soutien social tangible : le répondant considéré comme ayant reçu du soutien social tangible, aura eu lors des 12 derniers mois soit une personne pour l'aider s'il devait garder le lit, soit une personne pour l'accompagner chez le médecin, soit quelqu'un pour lui préparer ses repas, soit quelqu'un pour l'aider dans ses tâches ménagères s'il est malade. Cet indicateur de soutien social

tangible est tiré d'une enquête [103] qui étudiait quatre catégories de soutien social: le soutien émotionnel et informationnel, le soutien social tangible, l'interaction sociale positive et l'affection. Ces échelles présentent une bonne cohérence interne, l'Alpha de Cronbach était supérieur à 0,91 pour chacune. Une seule de ces échelles a été conservée, car les autres présentaient trop de données manquantes.

- le fait d'avoir une assurance médicaments, qui couvre totalement ou en partie le coût des médicaments prescrits.
- les problèmes d'accessibilité, de disponibilité et d'acceptabilité, qui concernent les répondants ayant rapporté des besoins de santé mentale perçus comme étant non comblés à cause :
 - d'obstacles à l'obtention des services de santé tels que le coût, l'absence de moyen de transport, ou ne pas savoir comment et où obtenir de l'aide (pour les problèmes d'accessibilité),
 - d'un temps d'attente trop long, de la non disponibilité de l'aide nécessaire dans la région ou au moment requis (pour les problèmes de disponibilité),
 - de demandes concurrentes de leur temps, de leur attitude vis-à-vis de la maladie, des prestataires de soins ou du système de santé, de la décision de ne pas se tracasser, de ne pas avoir le temps de s'en occuper, de préférer s'en occuper soi-même, de penser que rien ne pourrait aider ou d'avoir peur de demander de l'aide (pour les problèmes liés à l'acceptabilité).

Ces variables ont été créées pour l'enquête et n'ont jamais été utilisées telles quelles auparavant.

10.3.3. Facteurs de besoin

Les facteurs de besoin de cette étude sont :

- le nombre de conditions médicales chroniques: l'interviewer doit parcourir avec le répondant une liste de pathologies chroniques, et lui demander pour chacune d'elle s'il en est atteint. Ces pathologies chroniques peuvent être

mentale (Alzheimer, autisme) ou physique (allergies, diabète, fibromyalgie, glaucome). La variable comporte quatre catégories : pas de condition médicale chronique, une seule, deux, ou trois et plus.

- la présence de troubles anxieux associés, qui a été déterminée par la positivité du répondant à l'algorithme d'au moins un trouble anxieux dans les 12 derniers mois (trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie).

- la sévérité de l'incapacité fonctionnelle, qui est définie à l'aide de l'échelle d'invalidité de Sheehan [104]. Cette échelle, qui a été évaluée en soins primaires et dont la validité a été reconnue [105], détermine de manière simple les problèmes de fonctionnement que l'épisode dépressif majeur peut engendrer dans la vie quotidienne du répondant (habitudes de vie, activités professionnelles ou scolaires, activités sociales et relations personnelles). Le répondant donne un score de 0 à 10 pour évaluer le déficit de fonctionnement dans chaque domaine. 0 signifie qu'il n'y a pas de répercussions, un score de 1 à 3 signifie une interférence légère, de 4 à 6, une interférence modérée, de 7 à 9, l'interférence est sévère, et elle est très sévère si le score est de 10. Notre variable dichotomique sépare les individus ayant une incapacité fonctionnelle de nulle à modérée, des individus avec une incapacité fonctionnelle sévère à très sévère. Un score de 7 ou plus à au moins une échelle classe l'individu dans la catégorie « incapacité fonctionnelle sévère à très sévère ». La variable a été dichotomisée, et la valeur 7 a été choisie comme limite afin d'éviter d'obtenir des catégories avec de trop petits effectifs.

- la présence d'un risque suicidaire: les répondants considérés comme étant à risque suicidaire ont eu des idées suicidaires dans les 12 derniers mois, et/ou ont fait au moins une tentative de suicide durant leur vie.

- le fait que le premier épisode dépressif ait eu lieu dans la dernière année, déterminé en comparant l'âge au premier épisode et l'âge du répondant.

10.3.4. Facteur de l'environnement

Le secteur de soins où chaque répondant a reçu son traitement a été déterminé de façon hiérarchique. Les répondants ayant leur(s) consultation(s) pour raisons de santé mentale uniquement avec un médecin généraliste ont été considérés comme recevant leurs soins de santé mentale dans le secteur médical général. Les répondants ayant eu au moins une consultation pour raisons de santé mentale avec un spécialiste non médical de la santé mentale (psychologue, infirmier ou travailleur social), mais pas de contact avec un psychiatre, ont été considérés comme étant soignés dans le secteur non médical spécialisé en santé mentale. Enfin, tout répondant ayant eu au moins une consultation pour raisons de santé mentale avec un psychiatre est considéré comme recevant ses soins du secteur médical spécialisé en santé mentale.

11. LOGICIEL

En raison de la complexité du plan d'échantillonnage, les estimations de la variance doivent être effectuées avec une méthode approximative, nommée « bootstrap ». Cette méthode de ré-échantillonnage est répétée de nombreuses fois (en général 500), et l'estimation ponctuelle est calculée pour chaque échantillon, l'écart type de ces estimations représente l'estimateur bootstrap de la variance.

Les calculs de prévalence et les modèles de régression logistique ont été obtenus avec le logiciel WESVAR version 4.2 qui prend en charge la pondération répliquée « bootstrap » nécessaire au plan d'échantillonnage de la population de cette étude. Ce logiciel propose également un test du Chi-deux modifié issu d'une correction de la statistique Chi-deux de Pearson par estimation d'un effet de plan d'échantillonnage, ainsi que l'ont proposé Rao et Scott [106, 107].

12. PLAN D'ANALYSE

Le plan d'analyse utilisé pour répondre aux objectifs est le suivant :

- **Objectif 1**

Les prévalences de traitement en adéquation avec les recommandations ont été calculées pour l'ensemble des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur lors de la dernière année, puis pour les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur lors de la dernière année et ayant eu au moins une consultation professionnelle pour des raisons de santé mentale.

- **Objectifs 2 et 3**

Les prévalences de traitement adéquat ont été calculées selon les variables indépendantes retenues à l'aide du modèle comportemental. Des analyses bivariées (test du Chi-deux de Pearson) ont permis d'examiner la force de l'association entre chaque variable indépendante et l'adéquation du traitement selon notre définition, puis selon chacune des trois autres définitions de traitement adéquat.

Quatre modèles de régression logistique ont été construits à partir des variables indépendantes identifiées comme minimalement associées à au moins une des quatre variables dépendantes utilisées ($p < 0,25$) afin d'étudier l'association particulière de chacune de ces variables avec l'adéquation du traitement reçu, en contrôlant pour toutes les autres variables incluses. En accord avec le modèle utilisé, les variables ont été rentrées dans les modèles dans l'ordre suivant : facteurs prédisposants, facteurs facilitants, facteurs de besoin et facteur environnemental. L'effet de l'interaction entre la sévérité de l'incapacité fonctionnelle et le secteur de soins a également été testé sur chaque modèle. L'âge et le genre ont été conservés dans les modèles même s'ils n'étaient pas minimalement associés à la variable dépendante, afin de contrôler pour ces variables. La corrélation entre les variables indépendantes n'a pas été considérée à l'étape de la modélisation, mais a été prise en

compte dans l'interprétation des résultats. Les répondants avec une donnée manquante à au moins une variable (5,8%) ont été exclus de l'analyse.

La force d'association entre chacune des variables indépendantes et l'adéquation du traitement reçu a été estimée par un rapport de cotes avec un intervalle de confiance à 95%.

- **Objectif 4**

Puis, afin de comparer les facteurs influençant la réception de traitement adéquat avec ceux influençant l'utilisation des services, un modèle de régression logistique a été construit avec les variables indépendantes identifiées comme minimalement associées ($p < 0,25$) à l'utilisation des services. Il a été appliqué, selon la méthode décrite à l'étape précédente, à l'ensemble des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur lors de la dernière année avec comme variable dépendante le fait d'avoir eu ou non au moins une consultation professionnelle pour des raisons de santé mentale. Les répondants avec une donnée manquante à au moins une variable (7,4%) ont été exclus de l'analyse.

ARTICLE

ADEQUACY OF TREATMENT FOR DEPRESSIVE DISORDERS IN CANADA

Duhoux Arnaud¹, Fournier Louise², Nguyen Cat Tuong³, Roberge Pasquale⁴.

¹M.Sc., Faculty of medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, Quebec.

²PhD., Institut National de Santé Publique, Groupe de Recherche Interdisciplinaire en Santé, Montréal, Quebec; Clinical Associate Professor, Faculty of Medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, Quebec.

³PhD. candidate, Faculty of medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, Quebec.

⁴Postdoctoral fellow, Institut National de Santé Publique, Montréal, Quebec; Faculty of Medicine, Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, Quebec.

Corresponding author:

Duhoux Arnaud
Institut national de Santé Publique, 190 Crémazie Blvd. East, Montreal (Quebec),
H2P 1E2.
Tel: 514-864-1600, ext. 3610. Fax: 514-864-1616.

Acknowledgments:

This study was supported by grants from the Quebec Inter-University Center for Social Statistics (2005), from the Department of Social and Preventive Medicine, University of Montreal, and from the Faculté des Études Supérieures, University of Montreal.

The research and analyses are based on data produced by Statistics Canada; the opinions expressed do not represent the views of Statistics Canada.

Length of article: 2986 words

Number of tables: 2

Abstract

Background

Depression is one of the most prevalent mental health problems worldwide with enormous societal burdens. While practice guidelines exist, their adherence is still variable in clinical settings.

Objective

Provide up-to-date national estimates of the adequacy of treatment received by Canadians suffering from a major depressive episode (MDE) and examine factors associated with this adequacy. Evaluate the impact of choice related to the definition of guideline-concordant treatment on the results.

Design

Cross-sectional survey.

Subjects

We used data from the Canadian Community Health Survey, cycle 1.2: Mental Health and Well-Being (CCHS 1.2), a cross-sectional, nationally representative, computer-assisted, face-to-face household survey. The analyses were conducted on a sample of 1563 individuals presenting a depressive episode in the 12 months preceding the survey.

Measurements

Four definitions of minimally adequate treatment were considered and covariates were selected according to a well-known behavioral model. The analyses consisted of prevalence estimates, chi-square tests and logistic regression models.

Results

Among the subjects with past-year MDE with at least one professional visit for mental health reasons, 55% received adequate treatment according to our definition. Inadequacy was more important in rural settings, for less-complex cases, and in the general medical sector. Depending on the definition, prevalence of adequate treatment ranged between 48% and 71%, and factors associated with adequate treatment were mainly need factors and the sector of care.

Conclusions

A large proportion of people with a depressive disorder do not receive minimally adequate treatment. Interventions are needed to improve access and quality of treatment, especially in primary care settings.

Key Words

Depression; mental health care; guidelines.

ADEQUACY OF TREATMENT FOR DEPRESSIVE DISORDERS IN CANADA

Introduction

Depression is one of the most important mental health problems worldwide with an enormous societal burden due to its high prevalence and impact on increased morbidity, mortality and health care costs [1]. In 2002, 4.8% of Canadians experienced a major depression episode (MDE) [2].

Over the past decade, several different evidence-based guidelines have been formulated in many countries to improve the quality of care for depression [3-5]. However, even though adherence to guidelines has been shown to enhance treatment outcomes [6-8] and to improve cost-effectiveness [9], the application of these guidelines in clinical practice varies widely. Previous studies suggested that only 14.6% to 28% of Canadians who experienced a MDE in the past year received minimally adequate treatment [10-13]. International studies on prevalence of adequate treatment have reported a wide range of results, from 6% to 87% [14, 15]. In addition, few of these studies examined the factors associated with receiving adequate treatment, and the results obtained were conflicting. These disparities make the comparisons inappropriate and could be explained by different methodologies, populations and definitions of adequate treatment. These definitions may vary depending on the methodology used, the variables available, the guidelines considered, or the investigator's point of view.

Therefore, the first objective of this study was to provide up-to-date national estimates of the adequacy of treatments received by Canadians having suffered from a MDE in the past year with the current recommendations. The second objective was to identify the factors associated with receiving minimally adequate care. The final objective was to evaluate the impact of the choice related to the definition of guideline-concordant treatment on the results.

Methods

Study population

We used data from the Canadian Community Health Survey, cycle 1.2: Mental Health and Well-Being (CCHS 1.2), a cross-sectional, nationally representative, computer-assisted, face-to-face household survey. The sampling procedure used was a multi-stage stratified cluster design. The response rate was 77% (n=36,984). It was conducted in 2002 by Statistics Canada and provided data regarding: (i) self-reported antidepressant use over the past year, (ii) pharmacotherapy data based on the examination of medication bottles used 2 days prior to interviews, (iii) self-reported mental health care utilization, and (iv) various determinants of health.

The instrument used to assess psychiatric disorders was specifically developed for the CCHS survey. It was a Canadian adaptation of the WMH-CIDI (World Mental Health - Composite International Diagnostic Interview) [16], which identifies psychiatric disorders according to the DSM-IV definitions (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th edition) [17]. The CCHS-CIDI evaluated MDE, manic episodes and three common anxiety disorders (panic disorder, agoraphobia and social phobia) over a 12-month or lifetime period.

For the present study, the sample (n=1563) included people aged 15 years and over meeting the criteria for MDE during the 12 months preceding the survey. Since MDE can occur in the context of bipolar disorder, individuals with a past episode of mania were excluded from the sample in order to focus on unipolar depression.

Definition of care consistent with guidelines

Based on the Canadian recommendations for the treatment of depression [5], the study definition of guideline-concordant treatment (definition A) included either receiving a prescription for an antidepressant medication from a medical doctor (psychiatrist or not) with at least 4 visits to the same type of provider, or receiving at least 12 visits to a professional able to provide psychotherapy. The

minimum of 4 visits required for those receiving antidepressant medication is based on the observation that it is the minimum requisite for monitoring effectiveness and side-effects. Similarly, according to the Canadian recommendations, a minimum of 12 visits is required for a full course of psychotherapy.

We added a criterion regarding length of treatment, as it is clearly recommended in the Canadian guidelines to extend the psychotropic treatment over 2 years for particular groups. We operationalized this criterion for 3 specific subgroups: (i) individuals with recurrent depression (more than 3 episodes in a lifetime period), (ii) individuals with frequent episodes (more than 2 episodes in the past 5 years) and, (iii) individuals aged 65 or more. In addition to the criteria stated above, these specific subgroups had to be under treatment at the time of their interview to be considered as having received adequate treatment.

We also developed three other definitions of adequate care based on previous studies. Definition B, used in two Canadian studies [11, 12], considers that receiving 4 professional visits for mental health reasons is adequate. Definition C [10], added a prescription for an antidepressant medication provided by a medical physician to the 4 visits criteria. And finally, definition D, as used in some American studies [18-20], considered that adequate treatment included either a prescription for an antidepressant medication and 4 visits to a medical provider, or 8 visits to a mental health specialist.

Covariates

Andersen's Behavioral Model of Health Care Use [21] was used to select factors potentially associated with adequate treatment. This well-known model, designed for utilization of care studies, has been used in three other studies related to adequacy of treatment for depression [10-12]. The model considers an individual's use of care as a function of their predisposing characteristics, enabling characteristics and need for care.

Predisposing factors selected included age, sex, marital status, race, immigrant status and education level of the respondent.

Work status in the past year, area of residence (rural or urban), receipt of tangible social support, insurance coverage status for medication, and facing problems regarding accessibility, availability or acceptability of care were selected as enabling factors. The level of social support was obtained with a scale, extracted from the Medical Outcomes Studies (MOS), which shows a good reliability [22].

Need factors included the number of comorbid chronic medical conditions, (mental and physical), associated anxiety disorder(s), functioning impairment (categorized as being absent to moderate or severe to very severe), based on Sheehan's disability scale [23], being at risk for suicide (defined as having suicidal thoughts in the last year and/or having attempted to commit suicide during life).

Sector of care, considered as an environmental factor in the model, was defined in this study as follows: individuals who received treatment exclusively from non-psychiatric medical doctors were considered to have received care in the general medical sector. On the other hand, people who visited a psychologist, a nurse or a social worker at least once for mental health reasons, but not a psychiatrist, were considered to have received care in the non-medical mental health sector. Lastly, people who visited a psychiatrist at least once were considered to have received care in the medical mental health sector.

Analysis

The 12-month prevalence of adequate treatment was calculated for the entire sample, and for individuals who have had at least one professional visit for mental health reasons (n=831), according to all four definitions.

Chi-square tests were performed in order to examine the strength of associations between covariates and receiving adequate treatment.

Four logistic regression models were constructed to study the independent effects of predisposing, enabling, need and environmental factors on the likelihood of receiving minimally adequate treatment, with the four definitions of adequate treatment as dependant variables. Respondents with at least one

missing value in the variables of interest (5.8%) were not included in the analysis. Variables identified in the bivariate analysis as being associated with receiving adequate treatment according to at least one definition of adequate treatment ($p=0.25$) were included in each model. Interaction between functioning impairment and sector of care was examined as it was found to be significant in a previous study [10].

Estimates and 95% confidence intervals of the regressions were calculated using the statistics software WesVar 4.2 [24] to take into account the complex sampling strategy by using the sampling weights and the bootstrap variance estimation [25].

Results

People with a past-year MDE were two thirds female, predominantly living in urban areas (85%). The majority (85%) had at least one chronic medical condition, with 45% having three or more. A quarter of respondents (24%) had experienced an anxiety episode in the past year, 31% were at risk for suicide, and more than 27% had severe to very severe functional impairment, implying that many of these patients were complex cases.

Among the 12-month MDE subjects, 53% had at least one professional visit, and 28% received adequate treatment according to definition A (Table I). Depending on the definition, prevalence of adequate treatment ranged from 25% to 37% among all subjects with MDE or from 48% to 71% among those with at least one professional visit.

Table I. Proportions of people receiving professional consultation or adequate treatment

	Among all the subjects with MDE (n=1563)		Among the subjects with MDE with at least a professional consultation (n=831)	
	% (weighted)	(CI 95%)	% (weighted)	(CI 95%)
Professional visit	52.8	(48.8 – 56.9)		
Adequate treatment				
Definition A	28.4	(25.9 – 30.9)	54.9	(50.6 – 59.1)
Definition B	37.3	(34.0 – 40.5)	71.1	(67.5 – 74.7)
Definition C	24.9	(21.8 – 28.1)	47.7	(43.5 – 51.9)
Definition D	29.1	(26.6 – 31.6)	55.7	(51.8 – 59.7)

Table II presents results regarding the independent effects of patient predisposing characteristics, enabling resources, need factors and sector of care on the receiving of adequate treatment according to the different definitions. No statistically significant interactions were observed between functioning impairment and sector of care.

Predictors of receiving adequate treatment according to our definition included living in an urban area, having three or more chronic medical conditions, having an associated anxiety disorder and having been treated in mental health sectors.

Factors associated with receiving adequate treatment, according to definition B, comprised having at least one chronic medical condition, and being treated in mental health sectors. These factors varied for definition C and included being a high school graduate, having two or more chronic medical conditions, experiencing severe functional impairment, being at risk for suicide and having been treated in the medical mental health sector. Based on definition D, having three or more chronic medical conditions, experiencing severe functional impairment, being at risk for suicide and having been treated in mental health sectors were associated with receiving adequate treatment.

Table II. Factors associated with receiving adequate treatment for depression, depending on definition

Characteristics	Adequate Treatment (Definition A) n=831		Adequate Treatment (Definition B) n=831		Adequate Treatment (Definition C) n=831		Adequate Treatment (Definition D) n=831	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
Age (years)								
15-24	1,00		1,00		1,00		1,00	
25-44	1,32	(0,54 - 3,23)	0,69	(0,19 - 2,53)	1,42	(0,68 - 2,99)	1,53	(0,72 - 3,26)
45-64	1,61	(0,86 - 3,01)	0,54	(0,17 - 1,74)	1,54	(0,80 - 2,94)	1,81	(0,94 - 3,48)
65+	1,14	(0,41 - 3,17)	0,45	(0,13 - 1,58)	1,39	(0,47 - 4,07)	1,57	(0,57 - 4,34)
Sex								
Male	0,89	(0,61 - 1,31)	0,66	(0,42 - 1,04)	0,79	(0,50 - 1,25)	0,79	(0,52 - 1,23)
Female	1,00		1,00		1,00		1,00	
Ethnic origin								
Caucasian	0,96	(0,30 - 3,10)	0,89	(0,31 - 2,56)	1,74	(0,65 - 4,68)	1,18	(0,40 - 3,50)
Other	1,00		1,00		1,00		1,00	
Immigrant status								
Born in Canada	1,00		1,00		1,00		1,00	
Immigrant	0,95	(0,45 - 2,01)	1,63	(0,48 - 5,52)	0,80	(0,40 - 1,60)	1,14	(0,53 - 2,47)
Education								
High school	1,00		1,00		1,00		1,00	
High school graduation	1,57	(0,84 - 2,94)	1,66	(0,54 - 5,17)	2,26	(1,14 - 4,47)	1,71	(0,86 - 3,42)
Some postsecondary	1,79	(0,68 - 4,74)	1,82	(0,42 - 7,98)	2,60	(0,86 - 7,89)	2,76	(0,69 - 11,07)
Postsecondary graduation	1,69	(0,71 - 4,02)	1,39	(0,53 - 3,60)	1,77	(0,89 - 3,53)	1,85	(0,84 - 4,10)
Worked in the past 12 months								
Yes	1,00		1,00		1,00		1,00	
No	1,25	(0,75 - 2,09)	1,07	(0,57 - 2,01)	0,83	(0,49 - 1,40)	1,02	(0,57 - 1,85)
Urban or rural status								
Urban	2,55	(1,01 - 6,46)	1,68	(0,88 - 3,21)	2,16	(0,86 - 5,43)	2,12	(0,94 - 4,75)
Rural	1,00		1,00		1,00		1,00	

Table II. Factors associated with receiving adequate treatment for depression, depending on definition (continued)

Characteristics	Adequate Treatment (Definition A) n=831		Adequate Treatment (Definition B) n=831		Adequate Treatment (Definition C) n=831		Adequate Treatment (Definition D) n=831	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
Social support								
Yes	1,55	(0,92 - 2,59)	1,17	(0,70 - 1,97)	1,63	(0,81 - 3,29)	1,58	(0,93 - 2,69)
No	1,00		1,00		1,00		1,00	
Medication insurance								
Yes	1,39	(0,75 - 2,58)	1,47	(0,82 - 2,64)	1,29	(0,79 - 2,10)	1,12	(0,70 - 1,80)
No	1,00		1,00		1,00		1,00	
Availability barriers								
Yes	1,15	(0,57 - 2,34)	1,54	(0,62 - 3,83)	1,49	(0,65 - 3,44)	1,19	(0,57 - 2,52)
No	1,00		1,00		1,00		1,00	
Acceptability barriers								
Yes	0,64	(0,25 - 1,65)	0,70	(0,26 - 1,93)	0,41	(0,13 - 1,33)	0,56	(0,24 - 1,28)
No	1,00		1,00		1,00		1,00	
Chronic Medical Condition								
None	1,00		1,00		1,00		1,00	
1	1,48	(0,52 - 4,20)	3,09	(1,06 - 9,03)	2,53	(0,95 - 6,72)	1,39	(0,54 - 3,55)
2	2,52	(0,95 - 6,70)	3,73	(1,42 - 9,83)	2,87	(1,21 - 6,77)	2,12	(0,91 - 4,97)
3 or more	3,11	(1,36 - 7,09)	4,08	(1,64 - 10,14)	5,51	(2,11 - 14,36)	2,68	(1,15 - 6,23)
Anxiety disorder								
Yes	1,94	(1,06 - 3,57)	1,54	(0,87 - 2,75)	1,53	(0,89 - 2,63)	1,77	(0,90 - 3,49)
No	1,00		1,00		1,00		1,00	
Functioning impairment								
Severe to very severe	1,64	(0,97 - 2,79)	1,52	(0,87 - 2,67)	2,16	(1,08 - 4,33)	1,73	(1,11 - 2,70)
Absent to moderate	1,00		1,00		1,00		1,00	

Table II. Factors associated with receiving adequate treatment for depression, depending on definition (continued)

Characteristics	Adequate Treatment (Definition A) n=831		Adequate Treatment (Definition B) n=831		Adequate Treatment (Definition C) n=831		Adequate Treatment (Definition D) n=831	
	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)	OR	(95%CI)
At risk for suicide								
Yes	1,50	(0,97 - 2,31)	1,57	(0,91 - 2,71)	2,01	(1,21 - 3,37)	1,85	(1,13 - 3,03)
No	1,00		1,00		1,00		1,00	
Care sector								
Medical mental health sector	7,08	(3,29 - 15,26)	13,30	(6,85 - 25,83)	5,51	(3,30 - 9,18)	8,20	(4,53 - 14,86)
Non medical mental health sector	3,67	(1,19 - 11,35)	8,79	(4,01 - 19,29)	2,10	(0,88 - 5,00)	3,56	(1,53 - 8,30)
General medical sector	1,00		1,00		1,00		1,00	

Discussion

Prevalence

Our study confirms the findings of earlier Canadian research revealing that only one fourth of those with past-year-MDE obtained treatments that could be considered consistent with evidence-based recommendations, despite differences in methodology [11-13]. Katz et al. [10] found a lower prevalence of adequate treatment (15%), but their definition of adequate treatment didn't consider patients treated with psychotherapy. Generally, our results confirm those found in the USA showing that 33% to 50% of depressive people in contact with the health system for mental health reasons received adequate care [18-20].

Predictors of adequate treatment

Contrary to others studies [11, 12, 20, 26-28], we did not find any predisposing factor associated with treatment adequacy. Differences in the definitions of adequate treatment could explain these disparities. For example, some of these studies [27, 28] incorporated the posology in their definition and found that the elderly often received an underdose of antidepressants and were therefore considered as inadequately treated. However, these people were considered adequately treated according to our definition because we did not consider the posology.

One important finding of our study was the association between living in rural areas and the presence of inadequate treatment, even after controlling for covariates. This may indicate difficulties with access to care for rural populations. For instance, a geographical study [29] showed that distance and transportation problems could prevent people in rural regions from receiving an adequate number of visits. In Canada, Starkes et al. [12] found that it was true only for specialized services, meaning that there was a specific lack of availability of these services in rural areas. McCabe et al. [30] explained that rural settings were less likely to have a large variety of mental health services. Thus, care was often delivered by non-mental health professionals with little or no training in

psychiatric care and who had little desire to provide this type of care, resulting most often in inadequate treatment. Fuller et al. [31] suggested that acceptability of depression could also be a part of the explanation, as stigma surrounding mental illness is often higher in rural communities. The lack of anonymity contributes to people wanting to avoid being perceived as having a mental health issue.

Two need factors were associated with adequate treatment in our study. This is coherent with Andersen's model [21] which shows that the people most ill receive the most adequate treatment.

Other studies also found that having some chronic medical conditions was associated with adequacy of treatment [11, 19, 26, 32]. Another study found that receiving treatment for depression was correlated with the number of visits attended for other reasons than mental health [12]. Those requiring treatment for chronic medical conditions may be more willing or have more opportunities to receive treatment for their mental disorders. This association could also be explained by the Eisenberg hypothesis [33] inferring that patients and care providers require a physical illness to treat a psychiatric disorder.

It is a well-known fact that anxiety and depression are often associated [34]; in our sample, one quarter of the respondents had also experienced an anxiety episode in the last year. Anxiety disorders appeared to be associated with adequacy of treatment, which is concordant with Young et al. [26] conclusions. These authors suggested that depressive symptoms were easier to detect in people presenting both conditions. Anxiety disorders appear to increase the adequacy of care by the same mechanisms than chronic medical conditions.

As demonstrated in other studies [10, 19, 26, 35], we found that the sector of care was the most important predictor of adequacy of treatment. Comparing with the primary care sector, individuals suffering from depression were 4 times more likely to receive adequate treatment in the non-medical mental health sector, and 7 times more likely to receive adequate treatment with psychiatrists.

Other investigators demonstrated that primary care physicians were facing many barriers in delivering adequate mental health treatment [36, 37].

Implementing shared care could be a good strategy to reduce these barriers and to improve concordance with guidelines in primary care settings, as it has been proved to enhance quality of care and outcomes. Some randomized trials [7, 38-40] have demonstrated that implementing shared care in primary care settings combined with interventions for the development of guideline-concordant treatment can enhance health outcomes (such as use of care, functioning, remission rates, level of health perceived) and the adequacy of treatment.

Differences in prevalence and factors depending on definitions

Definition B, which does not consider psychotropic prescription, had the highest prevalence of adequate treatment (71%) compared to all others, and definition C, without psychotherapy consideration, had the lowest one (48%). The two closest definitions (D and our study definition) had similar results (56% and 55% respectively), meaning that our additional criterion may be optional.

Our study found higher prevalence of adequate treatment compared to previous Canadian studies. Compared to studies using definition B, we found 38%, as opposed to 24% and 26% [11, 12]. Among depressives with at least one contact with mental health care, the study using definition C found 27% of adequate treatment [10], compared to 48% in our results. In addition, we found higher prevalence of adequate treatment than American studies using definition D (55% as opposed to results ranging from 34% to 48% [18-20]). However, methodology gaps could explain these differences. For example, these studies used a shorter version of the CIDI (CIDI-SF) which has been showed to overestimate the prevalence rates of depression [41].

Regression models built with the different definitions lead to matching conclusions: no predisposing factors, but at least one need factor, are associated with receipt of adequate care (table II). Sector of care is always a strong determinant of the adequacy of treatment.

Different definitions of adequate treatment resulting in large differences in prevalence, nonetheless, produce similar conclusions in terms of predictors of

adequacy. Thus, an appropriate definition should consider both psychotherapy and pharmacotherapy and could be a compromise between precision and ease of replication.

Limitations

The CCHS 1.2 provided high quality data on mental illnesses. Nevertheless, results should be interpreted in light of the characteristics of the study, based on a cross-sectional survey. Furthermore, we were unable to control the variables related to the health care system as none were gathered. Also, self-reported data are always exposed to memory bias even if some investigators reported good concordance between self-reported and administrative data [42, 43].

Besides, this study may have underestimated the adequacy of treatment in some ways. Subjects that were diagnosed shortly before the administration of the survey may have just begun treatment and may not have had enough time to fulfill the consultation requirements. Likewise, our definition did not consider the attitude of patients, such as non-compliance to or refusal of treatment; nor did it consider particular cases for which deviating from the guidelines could be appropriate.

Because of the design of this survey, we were unable to establish whether the visits had taken place before or after the MDE. Consideration may have been given to counting visits before the condition appeared. As well, adequacy may have been overestimated as we didn't have detailed information about posology. Moreover, we could not determine if mental health visits were aligned with appropriate psychotherapy.

Conclusion

Despite these limits, the results of this study demonstrate its ability to monitor quality of care and to understand the factors associated with adequacy.

The CCHS 1.2 was administered one year after the Canadian guidelines were published. In order to evaluate the potential effects of those guidelines,

similar studies will have to be repeated regularly with comparable methodologies and definitions of adequate care.

Our findings suggest that interventions are needed to increase the extent to which mental health care conforms to evidence-based recommendations. Improving the accessibility and decreasing the stigma associated with depression in rural parts of Canada might improve the adequacy of treatment. Development of shared care may give solutions to primary care physicians in terms of support and education, which could enable them to follow recommendations. Accessibility in rural places should also be improved as it is a key element of shared care. Finally, this is an important opportunity to act on reducing the burden of depression because there is evidence that individuals who are inadequately treated can be identified and detected. These are less severe cases, living in rural places and treated in primary care. Hence, preventive actions should be targeted for this population.

References:

1. Murray, C.J. and Lopez, A.D., *Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study*. Lancet, 1997. **349**(9063): p. 1436-42.
2. Patten, S.B., Wang, J.L., Williams, J.V.A., Currie, S., et al., *Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada*. Can J Psychiatry, 2006. **51**: p. 84-90.
3. *Depression in primary care*, in Vol 2: *Treatment of major depression*. 1993, Agency for health care Policy and Research - US Dept. of health and human services: Rockville, Md.
4. *Practice guideline for major depressive disorder in adults*. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry, 1993. **150**(4 Suppl): p. 1-26.
5. *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders*. Can J Psychiatry, 2001. **46 Suppl 1**: p. 5S-90S.
6. Melfi, C.A., Chawla, A.J., Croghan, T.W., Hanna, M.P., et al., *The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression*. Arch Gen Psychiatry, 1998. **55**(12): p. 1128-32.
7. Wells, K.B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., et al., *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial*. Jama, 2000. **283**(2): p. 212-20.
8. Asarnow, J.R., Jaycox, L.H., Duan, N., LaBorde, A.P., et al., *Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial*. Jama, 2005. **293**(3): p. 311-9.
9. Pyne, J.M., Rost, K.M., Zhang, M., Williams, D.K., et al., *Cost-effectiveness of a primary care depression intervention*. J Gen Intern Med, 2003. **18**(6): p. 432-41.
10. Katz, S.J., Kessler, R.C., Lin, E., and Wells, K.B., *Medication management of depression in the United States and Ontario*. J Gen Intern Med, 1998. **13**(2): p. 77-85.
11. Diverty, B. and Beaudet, M.P., *La dépression: un trouble partiellement traité? Rapports sur la santé*, 1997. **8**(4): p. 9-19.

12. Starkes, J.M., Poulin, C.C., and Kisely, S.R., *Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada*. *Can J Psychiatry*, 2005. **50**(10): p. 580-90.
13. Fournier, L., Lemoine, O., Poulin, C., and Poirier, L.R., *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1: La santé mentale et les besoins de soins des adultes*. 2002, Direction de la Santé Publique de Montréal: Montréal, Qc.
14. Chen, R.S. and Rosenheck, R., *Using a computerized patient database to evaluate guideline adherence and measure patterns of care for major depression*. *J Behav Health Serv Res*, 2001. **28**(4): p. 466-74.
15. Dunn, R.L., Donoghue, J.M., Ozminkowski, R.J., Stephenson, D., et al., *Longitudinal patterns of antidepressant prescribing in primary care in the UK: comparison with treatment guidelines*. *J Psychopharmacol*, 1999. **13**(2): p. 136-43.
16. Kessler, R.C. and Ustun, T.B., *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. *Int J Methods Psychiatr Res*, 2004. **13**(2): p. 93-121.
17. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th edition*. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
18. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., et al., *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. *Jama*, 2003. **289**(23): p. 3095-105.
19. Wang, P.S., Berglund, P., and Kessler, R.C., *Recent care of common mental disorders in the United States: prevalence and conformance with evidence-based recommendations*. *J Gen Intern Med*, 2000. **15**(5): p. 284-92.
20. Wang, P.S., Demler, O., and Kessler, R.C., *Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States*. *Am J Public Health*, 2002. **92**(1): p. 92-8.
21. Andersen, R.M., *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* *J Health Soc Behav*, 1995. **36**(1): p. 1-10.
22. Sherbourne, C.D. and Stewart, A.L., *The MOS social support survey*. *Soc Sci Med*, 1991. **32**(6): p. 705-14.

23. Sheehan, D.V. *Sheehan Disability Scale (1983)*, in *Sajatovic, M. Ramirez, L.F. Rating scales in mental health. 2nd Ed.*, Lexi-Comp. 2003: Hudson, OH. p. 41-2.
24. WesVar, *WesVar 4.2 user's guide*. 2003, Rockville (MD): Westat.
25. *Canadian Community Health Survey, Mental Health and Well-being Cycle 1.2 Master File Documentation*. Statistics Canada - 2003 [Last consultation: June 25, 2006]; Available at: http://www.statcan.ca/english/sdds/document/5015_D4_T1_V1_E.pdf.
26. Young, A.S., Klap, R., Sherbourne, C.D., and Wells, K.B., *The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States*. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. **58**(1): p. 55-61.
27. Unutzer, J., Katon, W., Russo, J., Simon, G., et al., *Patterns of care for depressed older adults in a large-staff model HMO*. *Am J Geriatr Psychiatry*, 1999. **7**(3): p. 235-43.
28. Harman, J.S., Crystal, S., Walkup, J., and Olfson, M., *Trends in elderly patients' office visits for the treatment of depression according to physician specialty: 1985-1999*. *J Behav Health Serv Res*, 2003. **30**(3): p. 332-41.
29. Fortney, J., Rost, K., Zhang, M., and Warren, J., *The impact of geographic accessibility on the intensity and quality of depression treatment*. *Med Care*, 1999. **37**(9): p. 884-93.
30. McCabe, S. and Macnee, C.L., *Weaving a new safety net of mental health care in rural America: a model of integrated practice*. *Issues Ment Health Nurs*, 2002. **23**(3): p. 263-78.
31. Fuller, J., Edwards, J., Martinez, L., Edwards, B., et al., *Collaboration and local networks for rural and remote primary mental healthcare in South Australia*. *Health Soc Care Community*, 2004. **12**(1): p. 75-84.
32. Lagomasino, I.T., Dwight-Johnson, M., Miranda, J., Zhang, L., et al., *Disparities in depression treatment for Latinos and site of care*. *Psychiatr Serv*, 2005. **56**(12): p. 1517-23.
33. Eisenberg, L., *Treating depression and anxiety in the primary care setting*. *Health Aff (Millwood)*, 1992. **11**(3): p. 149-56.
34. Enns, M.W., Swenson, J.R., McIntyre, R.S., Swinson, R.P., et al., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity*. *Can J Psychiatry*, 2001. **46 Suppl 1**: p. 77S-90S.

35. Tiemeier, H., de Vries, W.J., van het Loo, M., Kahan, J.P., et al., *Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression*. Qual Saf Health Care, 2002. **11**(3): p. 214-8.
36. Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., et al., *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement*. Jama, 1999. **282**(15): p. 1458-65.
37. Nutting, P.A., Rost, K., Dickinson, M., Werner, J.J., et al., *Barriers to initiating depression treatment in primary care practice*. J Gen Intern Med, 2002. **17**(2): p. 103-11.
38. Rost, K., Nutting, P., Smith, J.L., Elliott, C.E., et al., *Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care*. Bmj, 2002. **325**(7370): p. 934.
39. Katzelnick, D.J., Simon, G.E., Pearson, S.D., Manning, W.G., et al., *Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care*. Arch Fam Med, 2000. **9**(4): p. 345-51.
40. Druss, B.G., Rohrbaugh, R.M., Levinson, C.M., and Rosenheck, R.A., *Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial*. Arch Gen Psychiatry, 2001. **58**(9): p. 861-8.
41. Patten, S.B., *Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples*. Chronic Dis Can, 1997. **18**(3): p. 109-12.
42. Kwon, A., Bungay, K.M., Pei, Y., Rogers, W.H., et al., *Antidepressant use: concordance between self-report and claims records*. Med Care, 2003. **41**(3): p. 368-74.
43. Rhodes, A.E., Lin, E., and Mustard, C.A., *Self-reported use of mental health services versus administrative records: should we care?* Int J Methods Psychiatr Res, 2002. **11**(3): p. 125-33.

RÉSULTATS

13. CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CIBLE

Les personnes identifiées par l'enquête comme ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année (n=1563) étaient des femmes pour les deux tiers, 45% vivaient en couple, plus de 70% ont eu un emploi dans la dernière année, 89% se définissaient comme blancs, 17% étaient des immigrants et la plupart (84%) vivaient en zone urbaine (tableau III).

La moitié des répondants de notre population cible ont reçu du soutien social dans la dernière année, seulement un quart n'étaient pas assurés pour les médicaments, une très faible proportion ont rapporté des problèmes d'accessibilité ou de disponibilité, et 17% ont rapporté des barrières d'acceptabilité.

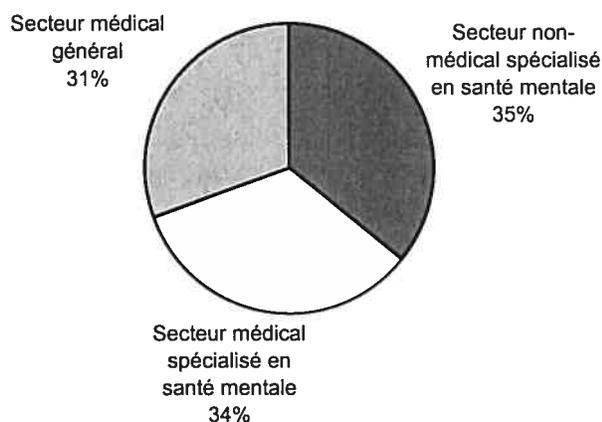
On constate également que 85% de nos répondants ont au moins une condition médicale chronique, et près de la moitié en ont trois ou plus; un quart ont vécu un trouble anxieux dans les douze derniers mois, 28% présentaient une incapacité fonctionnelle sévère ou très sévère et plus de 31% étaient à risque de suicide.

Parmi les répondants identifiés comme ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année, 54% ont bénéficié d'au moins une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale (n=831). Parmi ceux-ci, près de 70% ont eu un contact avec le secteur spécialisé en santé mentale lors des 12 derniers mois (figure 4).

Tableau III. Description de la population cible (personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année)

Caractéristiques	% pondéré de la population (n=1563)		Caractéristiques	% pondéré de la population (n=1563)	
	%	(IC 95%)		%	(IC 95%)
Age (années)			Assurance médicaments		
15-24	21,6	(16,4 - 26,9)	Oui	76,3	(71,7 - 80,9)
25-44	41,4	(38,1 - 44,6)	Non	23,7	(19,1 - 28,3)
45-64	29,8	(27,0 - 32,7)	Problèmes d'accessibilité		
65+	7,2	(3,8 - 10,6)	Oui	3,8	(0,8 - 6,9)
Genre			Non	96,2	(93,1 - 99,2)
Homme	36,1	(30,4 - 41,9)	Problèmes de disponibilité		
Femme	63,9	(58,1 - 69,6)	Oui	6,6	(4,9 - 8,2)
Statut matrimonial			Non	93,5	(91,8 - 95,1)
Marié ou union libre	44,5	(24,0 - 65,0)	Problèmes d'acceptabilité		
Veuf	4,9	(-1,7 - 11,5)	Oui	17,4	(14,2 - 20,5)
Séparé ou divorcé	16,4	(3,7 - 29,0)	Non	82,7	(79,5 - 85,8)
Célibataire	34,2	(31,1 - 37,4)	Conditions médicales chroniques		
Origines culturelles			Aucune	15,0	(12,4 - 17,6)
Blanc	88,5	(83,9 - 93,2)	1	19,3	(15,3 - 23,4)
Autre	11,5	(6,8 - 16,1)	2	20,6	(17,1 - 24,1)
Statut d'immigrant			3 ou plus	45,1	(37,3 - 52,9)
Citoyenneté canadienne	83,0	(71,0 - 94,9)	Trouble anxieux		
Immigrant	17,1	(5,2 - 29,0)	Oui	23,8	(20,5 - 27,2)
Scolarité			Non	76,2	(72,8 - 79,5)
< Diplôme secondaire	24,4	(19,5 - 29,3)	Incapacité fonctionnelle		
Diplôme secondaire	19,2	(16,6 - 21,9)	Sévère ou très sévère	27,6	(24,2 - 30,9)
Études post-secondaires	10,6	(8,6 - 12,6)	Nulle à modérée	72,4	(69,1 - 75,8)
Diplôme post-secondaire	45,8	(41,8 - 49,8)	Risque suicidaire		
Emploi 12 derniers mois			Oui	31,1	(26,6 - 35,6)
Oui	72,1	(61,1 - 83,1)	Non	68,9	(64,4 - 73,4)
Non	27,9	(16,9 - 38,9)	Premier épisode dépressif		
Lieu de résidence			Oui	24,1	(19,6 - 28,6)
Urbain	84,0	(78,5 - 89,5)	Non	75,9	(71,4 - 80,4)
Rural	16,1	(10,6 - 21,6)	Consultation professionnelle		
Soutien social tangible			Oui	52,8	(48,8 - 56,9)
Oui	50,1	(37,8 - 62,4)	Non	47,2	(43,1 - 51,2)
Non	49,9	(37,6 - 62,2)			

Figure 4. Secteur de traitement des personnes ayant souffert d'un trouble dépressif dans la dernière année et ayant eu au moins une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale



14. PRÉVALENCE DE TRAITEMENT ADÉQUAT

Près de la moitié (46%) des dépressifs ayant eu une visite professionnelle pour des raisons de santé mentale n'ont pas reçu, selon notre définition, de traitement en adéquation avec les recommandations. Lorsque nous considérons l'ensemble des dépressifs identifiés par l'enquête, nous constatons qu'un quart d'entre eux seulement reçoit un traitement adéquat (tableau I présenté dans l'article).

Le tableau V, à l'annexe 1, présente les prévalences de traitement en adéquation avec les recommandations, selon les facteurs retenus à l'aide du modèle comportemental et selon les quatre définitions du traitement adéquat. Il présente également les résultats des analyses bivariées utilisées pour déterminer les variables retenues dans les modèles de régression logistique multivariés.

15. FACTEURS INFLUENÇANT L'ADÉQUATION DU TRAITEMENT

La première colonne du tableau II (présenté dans l'article) présente l'effet individuel des facteurs prédisposants, des facteurs facilitants, des facteurs de besoin et du secteur de soins sur la réception de soins en adéquation avec les recommandations selon notre définition.

L'interaction entre la sévérité de l'incapacité fonctionnelle et le secteur de soins n'apparaît pas dans ce modèle, car elle n'a pas eu d'effet significatif sur celui-ci.

Les facteurs significativement associés à l'adéquation du traitement sont le fait de vivre en milieu urbain, avoir trois conditions médicales chroniques ou plus, avoir souffert d'un trouble anxieux dans les douze derniers mois, et avoir été traité dans le secteur spécialisé en santé mentale, que ce soit en milieu non-médical spécialisé ou en milieu médical spécialisé.

Trois points importants méritent d'être soulevés :

- Même si le fait d'avoir 1 ou 2 conditions médicales chroniques n'est pas significatif par rapport à aucune, on constate un gradient : le rapport de cotes augmente avec le nombre de conditions médicales chroniques.
- Parmi les 4 facteurs de besoin intégrés au modèle, deux sont significativement associés à l'adéquation des soins (trouble anxieux, et conditions médicales chroniques), les deux autres sont proches de la significativité ($p=0,064$ pour la sévérité de l'incapacité fonctionnelle et $p=0,067$ pour le risque suicidaire).
- Par rapport au secteur médical général, les patients ayant eu un contact avec le secteur spécialisé non-médical ont un risque 3,5 fois plus élevé de recevoir des soins adéquats, et les patients ayant eu un contact avec le secteur médical spécialisé ont un risque 7 fois plus élevé de recevoir des traitements adéquats.

16. PRÉVALENCE DE L'ADÉQUATION DU TRAITEMENT ET FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADÉQUATION SELON LES DIFFÉRENTES DÉFINITIONS

Les prévalences de traitement en adéquation avec les recommandations vont de 47,5% à 71,1% selon la définition choisie (tableau I). Les prévalences de traitement en adéquation avec les recommandations, selon les facteurs retenus à l'aide du modèle comportemental et selon les définitions B, C et D du traitement adéquat, ainsi que les résultats des analyses bivariées utilisées pour déterminer les variables retenues dans les modèles de régression logistique multivariés, sont présentées dans les trois dernières colonnes du tableau V, à l'annexe 1.

Les trois dernières colonnes du tableau II (présenté dans l'article) présentent l'effet individuel des facteurs prédisposants, des facteurs facilitants, des facteurs de besoin et du secteur de soins sur la réception de soins en adéquation avec les recommandations selon les définitions B, C et D.

Les facteurs associés à l'adéquation selon la définition B sont le fait de souffrir d'une ou plusieurs conditions médicales chroniques, et d'être traité en secteur spécialisé en santé mentale, médical ou non.

Les facteurs associés à l'adéquation selon la définition C sont le fait d'avoir un diplôme secondaire, de souffrir de deux conditions médicales chroniques ou plus, avoir une incapacité fonctionnelle sévère ou très sévère, être à risque pour le suicide et être traité en secteur médical spécialisé en santé mentale.

Les facteurs associés à l'adéquation selon la définition D sont le fait de souffrir de trois conditions médicales chroniques ou plus, avoir une incapacité fonctionnelle sévère ou très sévère, être à risque pour le suicide et être traité en secteur spécialisé en santé mentale, médical ou non.

L'interaction entre la sévérité de l'incapacité fonctionnelle et le secteur de soins n'apparaît pas dans ces modèles, car elle n'a pas eu d'effet significatif sur ceux-ci.

17. FACTEURS ASSOCIÉES À L'UTILISATION DES SOINS

Les résultats de la régression logistique multivariée portant sur l'ensemble des personnes ayant souffert d'un trouble dépressif dans la dernière année, et avec, comme variable dépendante, la réception d'une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale, sont présentés dans le tableau IV. On peut constater que les facteurs significativement associés avec le fait d'avoir eu au moins une consultation professionnelle pour des raisons de santé mentale sont le fait d'être dans la tranche d'âge 25-44 ans, être une femme, être séparé ou divorcé, avoir obtenu un diplôme post-secondaire, bénéficier d'un soutien social tangible, avoir une ou plusieurs conditions médicales chroniques, avoir souffert d'un trouble anxieux dans les douze derniers mois et avoir une incapacité fonctionnelle sévère ou très sévère.

Tableau IV. Facteurs associés à l'utilisation d'un service professionnel pour raisons de santé mentale parmi les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année

Caractéristiques	Consultation professionnelle n=1563		Caractéristiques	Consultation professionnelle n=1563	
	OR	(IC 95%)		OR	(IC 95%)
Age (années)			Soutien social tangible		
15-24	1,00		Oui	1,51	(1,09 - 2,09)
25-44	2,12	(1,18 - 3,81)	Non	1,00	
45-64	1,76	(0,57 - 5,45)	Assurance médicaments		
65+	1,04	(0,37 - 2,91)	Oui	0,75	(0,29 - 1,93)
Genre			Non	1,00	
Homme	0,69	(0,51 - 0,94)	Problèmes de disponibilité		
Femme	1,00		Oui	1,75	(0,61 - 5,02)
Statut matrimonial			Non	1,00	
Marié ou union libre	1,00		Problèmes d'acceptabilité		
Veuf	1,04	(0,55 - 1,97)	Oui	1,08	(0,62 - 1,89)
Séparé ou divorcé	1,77	(1,17 - 2,69)	Non	1,00	
Célibataire	1,37	(0,69 - 2,71)	Conditions médicales chroniques		
Origines culturelles			Aucune	1,00	
Blanc	2,29	(0,78 - 6,79)	1	1,85	(1,14 - 3,01)
Autre	1,00		2	1,86	(1,11 - 3,11)
Statut d'immigrant			3 ou plus	2,48	(1,50 - 4,12)
Citoyenneté canadienne	1,00		Trouble anxieux		
Immigrant	0,75	(0,44 - 1,27)	Oui	1,58	(1,11 - 2,24)
Scolarité			Non	1,00	
< Diplôme secondaire	1,00		Incapacité fonctionnelle		
Diplôme secondaire	1,25	(0,60 - 2,59)	Sévère ou très sévère	1,80	(1,33 - 2,43)
Études post-secondaires	1,27	(0,50 - 3,27)	Nulle à modérée	1,00	
Diplôme post-secondaire	1,50	(1,02 - 2,21)	Risque suicidaire		
Emploi 12 derniers mois			Oui	1,40	(0,88 - 2,23)
Non	1,29	(0,90 - 1,84)	Non	1,00	
Oui	1,00		Lieu de résidence		
Lieu de résidence			Urbain	1,45	(0,84 - 2,52)
Urbain	1,45	(0,84 - 2,52)	Rural	1,00	
Rural	1,00				

DISCUSSION

18. TAUX D'UTILISATION DES SERVICES

En comparant nos résultats avec les autres études canadiennes récentes, proches en terme de méthodologie, et représentant une grande partie ou l'ensemble du Canada [24, 83], nous observons que notre taux d'utilisation des services de santé mentale parmi les dépressifs est supérieur (53%, comparé à 43 ou 40%). Mais l'instrument que les auteurs de ces études ont utilisé pour identifier les dépressifs, comme nous l'avons vu précédemment, est différent. Notre étude utilise une version plus complète du CIDI, et les deux études en question ont utilisé le CIDI-SF, instrument moins précis et moins discriminant qui devrait avoir identifié comme dépressifs une plus grande proportion de la population, comme suggéré dans une analyse de validation de l'instrument [81]. Le taux d'utilisation étant alors diminué par un nombre plus important de personnes identifiées comme dépressives.

Par contre, notre taux d'utilisation des services est similaire à celui de Katz et al. [34] (55%). Toutefois, ceux-ci n'ont considéré que l'Ontario, et le devis de leur étude est différent.

Enfin, notre taux d'utilisation des services parmi les dépressifs est inférieur à celui trouvé par Fournier et al. [35] (67%). Mais la population cible de cette étude était essentiellement urbaine.

Il semble donc inapproprié de comparer ces études canadiennes avec la nôtre sur ce point. Nous pouvons tout de même remarquer que le taux d'utilisation des services de santé mentale calculé dans notre étude renforce l'idée que, parmi les dépressifs, une proportion proche de la moitié n'aurait pas recours à des soins [24-32].

19. PRÉVALENCE DE TRAITEMENT ADÉQUAT

Pour comparer notre prévalence de traitement adéquat à ces mêmes études canadiennes, il faut ramener notre proportion à la population totale des dépressifs, car c'est ainsi que les auteurs présentent leurs données. Nous obtenons alors 28% de dépressifs ayant reçu un traitement adéquat. Ce chiffre

est proche des 26% trouvés par Diverty et Beaudet [24] pour l'ensemble du Canada, des 24% de Starkes et al.[83] pour les provinces atlantiques canadiennes, des 28% de Fournier et al.[35] pour Montréal, mais supérieur aux 15% de Katz et al.[34] pour l'Ontario.

Toutefois, comme les proportions d'utilisation des services pour des raisons de santé mentale sont différentes, il aurait été intéressant de comparer les prévalences de traitement adéquat parmi les dépressifs utilisateurs seulement. Seul Katz et al.[34] présentent leurs résultats ainsi : en 1998, 29% des dépressifs ayant eu un contact avec le système de santé mentale en Ontario reçoivent des traitements adéquats, contre 55% pour notre étude sur l'ensemble du Canada. Encore une fois, il est important de signaler que les méthodologies et les définitions du traitement adéquat sont différentes, ainsi que les populations à l'étude, ce qui limite fortement les comparaisons. Il serait donc assez malhabile de conclure à une amélioration.

La comparaison avec les études provenant d'autres pays est également assez difficile, surtout lorsque les méthodologies diffèrent. On peut quand même constater grossièrement que plusieurs études américaines ou européennes basées sur des enquêtes populationnelles trouvent également que le traitement est adéquat pour une proportion comprise entre le tiers et la moitié des dépressifs ayant eu un contact avec le système de soins en santé mentale [26, 28, 29, 31, 32, 40, 85, 86].

20. FACTEURS ASSOCIÉS À L'ADÉQUATION DU TRAITEMENT

20.1. Parmi les facteurs prédisposants

S'il existe des différences selon l'âge, le genre, le statut marital et le niveau d'éducation dans l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale, aucune différence selon ces facteurs n'est constatée dans notre étude, en terme d'adéquation, une fois le contact établi avec le système de soins.

En effet, parmi les facteurs prédisposants, aucun n'est apparu comme significativement associé à l'adéquation du traitement une fois les autres variables contrôlées. Ceci semble assez logique au vu, d'une part, du fait que ces variables ne semblaient pas fortement associées à l'adéquation du traitement dans les analyses bivariées, et d'autre part, que dans le modèle explicatif de Andersen que nous utilisons, ces variables sont les plus éloignées de la variable dépendante et ont donc le moins d'influence.

Nos résultats ne montrent pas de relation entre l'âge et la réception de soins en adéquation avec les recommandations, ce qui confirme les conclusions de Diverty et Beudet [24]. Pourtant, plusieurs études prouvent que le fait d'être plus jeune ou plus âgé entraîne une moins bonne qualité de traitement [33, 38, 39, 83]. Cette disparité dans les conclusions pourrait s'expliquer, comme le suggère Harman et al. [39] par une différence de population cible (pays où est effectuée l'étude, structure d'âge de la population). Elle pourrait s'expliquer également par une différence dans les définitions de traitement adéquat. Par exemple, deux des études qui concluent que les personnes âgées sont moins adéquatement traitées [38, 39] ont pu intégrer la posologie de l'antidépresseur dans leur définition. Elles montrent que les médecins auraient tendance à sous-doser les antidépresseurs pour les plus âgés. Dans ce cas, elles classent le traitement comme inadéquat. Notre méthodologie ne nous a pas permis d'intégrer la posologie dans notre définition, les personnes recevant un médicament sous-dosé ont été considérées comme adéquatement traitées dans notre étude.

Comme c'est le cas pour l'âge, les conclusions des études quant à l'association des facteurs prédisposants avec l'adéquation des traitements aux dépressifs sont disparates. Par exemple, contrairement à des conclusions récurrentes [24, 26, 33], nous confirmons les dires de Starkes et al. [83] selon lesquelles le genre n'influe pas sur la qualité du traitement reçu. Le statut matrimonial est un facteur significatif pour Diverty et Beudet [24] mais ne l'est pas dans notre étude, ni pour d'autres [33, 83]. L'origine culturelle est un facteur prédisposant très souvent associé à la réception de traitement adéquat pour la

dépression aux Etats-Unis [26, 29, 33, 40]. Toutefois ceci ne semble pas être le cas au Canada, nos conclusions rejoignant celles de Harman et al. [39] qui n'ont pas constaté de différences entre les noirs, les latinos et les caucasiens quant à l'adéquation. Enfin, le niveau d'éducation apparaît comme significativement associé à l'adéquation du traitement dans plusieurs études [24, 33, 35, 40, 83], les personnes ayant une scolarité plus élevée ayant plus de chance de recevoir un traitement adéquat pour leur dépression. Mais nos résultats, comme ceux de Wang et al. [26] ne montrent pas d'association entre ce facteur et l'adéquation du traitement.

Il est probable que les différences de population cible, dans la méthodologie et dans la définition du traitement adéquat expliquent les disparités constatées dans les conclusions.

20.2. Parmi les facteurs facilitants

Les barrières perçues par les malades à propos de la disponibilité des services, de l'acceptabilité du diagnostic et du traitement et surtout de l'accessibilité sont très peu rapportées par les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année, qu'ils aient eu ou non un contact avec le système de soins. Elles ne sont pas significativement associées à la réception de traitement adéquat.

Le fait de vivre en milieu urbain est le seul facteur facilitant qui apparaît comme significativement associé à l'adéquation du traitement. Fortney et al. [92] démontrent que la distance du lieu de consultation au domicile est liée au fait de recevoir des soins adéquats et suggèrent que la distance et la difficulté de transport empêchent les ruraux de recevoir un nombre suffisant de visites et donc un traitement adéquat. Une autre explication pourrait être qu'en milieu rural, les services de santé mentale sont moins disponibles et plus difficiles à obtenir. Starkes et al. [83] ont d'ailleurs fait remarquer que c'était le cas surtout pour le secteur spécialisé. Selon Badger et al. [108] cette moins grande disponibilité des services spécialisés en santé mentale en milieu rural pose également un problème aux médecins généralistes ruraux qui éprouvent des difficultés à

référer un patient à un spécialiste lorsque cela est nécessaire. Fuller et al. [109] et McCabe et al. [110] ajoutent que la gamme de services en milieu rural est souvent limitée, que les soins sont souvent dispensés par des non-professionnels et que les médecins généralistes se retrouvent obligés de dispenser des soins de santé mentale sans être formés, soutenus, ou même sans en éprouver le désir. Tout ceci contribue à diminuer la qualité des soins et pourrait expliquer la différence d'adéquation du traitement entre les milieux urbains et ruraux. Toutefois, très peu de dépressifs déclarent rencontrer des problèmes dus à la disponibilité des services. Cette variable est assez peu corrélée avec le fait d'habiter en milieu rural ou urbain ($r=0,192$ (tableau VI, annexe 2)), et n'est pas associée à la réception de traitement adéquat une fois que les autres variables sont contrôlées, ni d'ailleurs avec l'utilisation des services.

Fuller et al. [109] suggèrent une autre explication liée à l'acceptabilité de la maladie mentale : en milieu rural, les stigmates associés à la dépression sont plus importants, l'anonymat est quasiment nul, et les malades ne veulent pas être étiquetés comme malades mentaux, ils seraient donc plus réticents à suivre une thérapie. Notre étude montre que la perception de barrières à l'acceptabilité n'est pas associée à la réception de traitement adéquat une fois que l'on contrôle pour d'autres variables. Par contre, elle semble relativement corrélée au lieu de résidence ($r=0,639$). Ceci suggère, comme l'expliquent Fuller et al. [109], que les attitudes négatives par rapport à la dépression et son traitement pourraient constituer un frein à l'obtention de traitements adéquats et expliquer la différence entre les milieux ruraux et urbains.

Dans notre étude, bénéficiaire de soutien social tangible est un facteur lié à l'utilisation des services de santé mentale, mais étonnamment, ce n'est pas un facteur significativement associé à la réception de traitement adéquat, une fois les autres variables contrôlées. Diverty et Beaudet [24] n'avaient pu non plus établir cette association, alors que le manque de soutien social a été identifié comme un facteur significatif important par Tiemeier et al. [76]. Il semble pourtant y avoir une tendance dans nos données montrant que ceux qui disent recevoir

ce type de soutien soient traités plus adéquatement, ceci est très significatif en analyse bivariée, et le rapport de cotes de 1,6 est proche de la significativité ($p=0,097$).

Contrairement à différentes études effectuées dans d'autres pays [26, 40], le fait de ne pas avoir une assurance pour les médicaments n'est ni un facteur associé à l'utilisation des services de santé mentale, ni un facteur associé à l'adéquation du traitement. Un quart seulement des dépressifs n'ont pas d'assurance médicament, et très peu (moins de 5%) disent rencontrer des problèmes d'accessibilité.

Le coût des médicaments ne serait donc pas une barrière à la qualité des soins au Canada, contrairement aux Etats-Unis. Ceci pourrait toutefois cacher d'autres différences entre les deux systèmes car Druss et al. [111] suggèrent que la seule assurance n'améliore pas significativement le taux de traitement adéquat. Comme le supposent Katz et al. [34], le fait que les consultations médicales soient gratuites par exemple peut grandement améliorer l'adéquation du traitement selon notre définition, en permettant aux dépressifs d'effectuer un nombre minimalement adéquat de visites pour des raisons de santé mentale.

Diverly et Beaudet [24] ont étudié le fait de bénéficier d'une assurance privée en utilisant le statut face à l'emploi comme proxy, en expliquant qu'avoir un emploi suppose l'adhésion à des assurances privées. Ils n'ont pas trouvé d'association entre cette variable et l'adéquation du traitement. Nous sommes arrivés au même résultat, mais en considérant le statut face à l'emploi comme un proxy du revenu, comme l'avaient fait Lagomasino et al. [40]. Ces auteurs l'avaient trouvé significativement associé à l'adéquation du traitement, mais leur étude a été réalisée aux Etats-Unis.

Sa faible corrélation avec le fait de bénéficier d'une assurance privée ($r=0,144$) semble indiquer que le statut face à l'emploi n'en est pas un bon proxy.

20.3. Parmi les facteurs de besoin

Deux facteurs de besoin de soins sont significativement associés à la réception de traitement adéquat : avoir trois conditions médicales chroniques ou plus, et avoir souffert d'un trouble anxieux dans les douze derniers mois.

Même si le fait d'avoir 1 ou 2 conditions médicales chroniques n'est pas significativement associé à l'adéquation du traitement, un gradient semble se dessiner: le rapport de cotes augmente avec le nombre de conditions médicales chroniques, et donc, plus les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année présentent de conditions médicales chroniques, plus elles ont de chances d'être adéquatement traitées pour leur dépression. Ces résultats concordent avec les conclusions de plusieurs études [24, 26, 33, 40].

Ceci pourrait s'expliquer par le fait que les personnes sans condition médicale chronique associée connaissent moins bien les caractéristiques du système de santé et les possibilités de traitement. Au contraire, les personnes déjà en contact avec le système de soins en connaissent bien les rouages et savent où s'adresser pour recevoir des soins de santé mentale.

Il se peut également que le médecin, qui les traite pour leur(s) condition(s) médicale(s) chronique(s), soit plus attentif à une dépression associée. Les personnes en mauvaise santé sont plus susceptibles d'être déprimées, et les praticiens, qui en sont conscients, sont donc plus sensibles aux signes de la dépression.

De même, comme les personnes souffrant de pathologies chroniques sont plus souvent vues par des soignants, il y a plus de chances pour que les signes de l'épisode dépressif soient repérés. Ceci concorde avec les résultats de l'étude de Starkes et al. [83], qui trouvent que le nombre de visites chez son médecin pour autre chose que la maladie mentale (variable très corrélée avec la présence d'une condition médicale chronique) augmente les chances de recevoir un traitement adéquat pour la dépression.

Enfin, il est important de signaler que nos résultats vont dans le sens de l'hypothèse de Eisenberg [112] supposant que les patients et les soignants ont besoin d'une maladie physique légitime pour traiter le trouble psychiatrique.

Il est tout de même important de relativiser ces résultats, car si la présence d'une ou plusieurs conditions médicales chroniques augmente les chances de recevoir un traitement adéquat, il n'a pas été possible dans cette étude d'être plus précis, par exemple en différenciant les troubles physiques des troubles mentaux. De même, il est envisageable que certains répondants aient considéré leur dépression comme une condition médicale chronique. En effet, lors de l'enquête, l'interviewer doit parcourir avec le répondant une liste de pathologies chroniques (n'incluant pas la dépression), et lui demander pour chacune d'elle s'il en est atteint. Mais la dernière question de la section est formulée ainsi : « Êtes-vous atteint de tout autre problème de santé physique ou mentale de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé? » [98].

Harman et al. [85], qui ont étudié le lien entre condition médicale chronique et adéquation des soins pour la dépression, ont constaté que l'adéquation du traitement dépendait du type de condition médicale chronique. Par exemple, l'hypertension artérielle et le diabète sont des maladies associées au traitement adéquat de la dépression, mais pas l'arthrite ou les maladies cardio-vasculaires. Les auteurs pensent que les raisons sont variées: par exemple, l'adéquation pourrait dépendre du nombre de consultations associées à la pathologie chronique.

Il semble donc que les mécanismes liant la présence d'une ou plusieurs conditions médicales chroniques à l'adéquation des soins ne sont pas simples et qu'ils nécessiteraient d'être plus particulièrement étudiés, surtout lorsque l'on considère que plus de 9 dépressifs sur 10 qui ont eu un contact avec le système de soins de santé mentale ont au moins une condition médicale chronique. Cette forte proportion s'explique, comme vu précédemment, par la façon dont est construit le questionnaire : de nombreux répondants seront considérés comme ayant une condition médicale chronique, car des pathologies très courantes,

(telles que les allergies dont plus de 50% des répondants déclarent souffrir) sont incluses dans les choix de réponse.

Il est admis que les troubles anxieux et la dépression sont souvent associés [15, 113]. Nos résultats démontrent que c'est le cas également au Canada, avec près de 24% des dépressifs qui ont vécu au moins un trouble anxieux dans la dernière année. On voit également qu'avoir souffert d'un trouble anxieux dans la dernière année est un facteur associé à l'adéquation des soins reçus pour la dépression. Ceci concorde avec les conclusions de Young et al. [33] pour qui les dépressifs avec anxiété associée reçoivent des traitements plus adéquats que ceux sans anxiété, en particulier à cause du fait que, selon eux, les signes dépressifs seraient plus faciles à détecter chez les malades présentant les deux pathologies. Il semble que l'anxiété soit un signe de gravité de la pathologie dépressive, qui entraîne plus de traitements, par les mêmes mécanismes que ceux exposés ci-dessus concernant les conditions médicales chroniques.

A chaque fois qu'ils ont été étudiés, des facteurs évaluant la gravité de la dépression tels que la sévérité des symptômes de la dépression, la chronicité de la dépression, ou la présence d'idées suicidaires ont été significativement associés à la réception de traitements adéquats [24, 26, 40, 76, 83]. Toutefois, dans notre étude, la sévérité de l'incapacité fonctionnelle et la présence d'un risque suicidaire ne sont pas significativement associées à la réception d'un traitement adéquat lorsque l'on contrôle pour les autres variables. Ils l'étaient pourtant très significativement en analyse bivariée ($p < 0,001$ (tableau V)). Leur faible corrélation avec les autres facteurs de besoin (tableau VI) laisse à penser que ceux-ci ne cachent pas l'association et qu'avec un effectif plus important, tous les facteurs de besoin auraient possiblement été associés avec l'adéquation du traitement.

Enfin, le fait que le premier épisode dépressif majeur ait eu lieu dans la dernière année n'est pas significativement associé avec l'adéquation des soins, alors que l'on aurait pu s'attendre à ce que plus le malade subit d'épisodes dépressifs et mieux il connaît le système de soins et sait comment obtenir des traitements adéquats.

Ainsi, les facteurs de besoin influencent plus fortement l'adéquation du traitement pour la dépression, ce qui est un résultat attendu au regard du cadre théorique utilisé. Par ailleurs, cela indique que les cas moins complexes seraient moins adéquatement soignés.

Comme le suggèrent plusieurs auteurs [95, 114, 115], on pourrait expliquer cette observation par le fait que les professionnels, face à la charge de travail importante à laquelle ils font face, aux demandes compétitives, opèrent une certaine sélection des cas, et ne peuvent traiter que les cas les plus graves.

Une autre hypothèse voudrait que, de la même façon que les dépressifs qui n'utilisent pas le système de santé mentale sont plus susceptibles de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes, les dépressifs moins gravement atteints vont rapidement mieux et arrêtent leur traitement avant d'avoir complété un nombre de visites minimalement adéquat. C'est ce que confirment Young et al. [33] en constatant que les dépressifs qui reçoivent un traitement inadéquat perçoivent moins le besoin de soins de santé mentale.

Ensuite, face à une gravité moindre, il serait plausible que le traitement reçu ait été inadéquat à cause du fait que les professionnels n'aient pas su repérer les signes et diagnostiquer la dépression.

Enfin, il se pourrait que la réponse reçue n'ait pas convenu au malade, ce qui l'aurait amené à abandonner le traitement, ne sentant pas son besoin de soins considéré.

Il est probable que toutes ces hypothèses, certainement de façon concomitante, peuvent expliquer le fait que les facteurs associés à l'adéquation du traitement soient surtout des facteurs de besoin.

20.4. Le secteur de soins

Près de 7 personnes sur 10 ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année, et ayant eu au moins une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale, ont eu un contact avec le secteur spécialisé (figure 4). Pour la moitié d'entre eux, ce contact a eu lieu uniquement en secteur non médical spécialisé en santé mentale (psychologue, infirmier, travailleur

social), l'autre moitié a vu au moins une fois un psychiatre. La majorité des dépressifs ne semble donc pas utiliser uniquement les services offerts par des médecins généralistes.

Cette observation pourrait indiquer une sur-utilisation des services de seconde ligne, qui rencontrent une clientèle nombreuse, alors qu'ils devraient plutôt être réservés aux cas les plus lourds. Toutefois, dans deux tiers des cas, les dépressifs utilisant les services du secteur spécialisé déclarent également avoir consulté un médecin généraliste pour des raisons de santé mentale (donnée non présentée). Cette proportion importante pourrait donc indiquer que les soins axés sur la collaboration font déjà partie de la réalité canadienne.

Ces données sur le secteur de soins utilisé sont équivalentes à celles d'une étude canadienne réalisée dans les provinces Atlantique [83], mais diffèrent des données provenant des États-Unis [26, 33] où la majorité des personnes souffrant de trouble dépressif consulte exclusivement en médecine générale pour leur santé mentale.

On a pu voir précédemment que, dans d'autres études [26, 29, 34, 76, 77, 93], l'adéquation du traitement est très dépendante du secteur où les soins de santé mentale sont dispensés. Le modèle de régression obtenu avec notre définition du traitement adéquat montre que, une fois que l'on contrôle pour les autres variables, le secteur de soins est le facteur le plus fortement associé à l'adéquation du traitement. Les personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur dans la dernière année ont plus de chance de recevoir un traitement adéquat quand elles sont traitées en milieu médical spécialisé en santé mentale, ou même en milieu non médical spécialisé en santé mentale, que chez les médecins généralistes. On trouve en effet 76% de traitement adéquat chez les psychiatres, 56% en milieu non médical spécialisé en santé mentale, et 31% chez les médecins généralistes (tableau V). Ces chiffres sont bien plus alarmants que ceux de Katz et al. [34] qui avaient montré qu'en Ontario les psychiatres traitaient deux fois plus adéquatement les dépressifs que les médecins généralistes. Toutefois, ils n'avaient pas contrôlé autant de variables que dans cette étude. Nos résultats sont plus proches de ceux de Young et al. [33] pour

qui le traitement était adéquat dans 19% des cas chez les médecins généralistes et dans 90% des cas chez les psychiatres.

Une hypothèse pouvant expliquer la différence dans l'adéquation du traitement constatée entre les psychiatres et le milieu non médical spécialisé en santé mentale est avancée par Young et al. [33] et Segal et al. [88] : par rapport aux psychiatres, les professionnels non médicaux spécialisés en santé mentale auraient une formation moins approfondie, entraînant une moins bonne application des traitements de psychothérapie basés sur les données probantes.

La faible proportion de traitements adéquats dispensés par les médecins généralistes aux personnes souffrant de dépression s'expliquerait, selon un modèle théorique construit par Cabana et al. [97], par trois types de barrières empêchant de suivre les guides de pratique :

- des barrières dues au manque de connaissances du médecin (manque de connaissances sur le diagnostic ou les traitements optimaux [29, 95], manque de temps pour se former, non-accessibilité des guides de pratique, guides de pratique trop théoriques et peu adaptés à la pratique quotidienne [95, 116, 117]),
- des barrières dues aux attitudes du médecin (manque d'intérêt pour cette clientèle [110], manque de motivation à l'application des guides de pratique, manque de confiance dans les guides de pratiques)
- et des barrières extérieures (manque de ressources, attitude des patients face au diagnostic et face au traitement proposé [94, 96], difficulté du diagnostic [33], importantes demandes concurrentes [29], charge de travail trop importante [60]).

Comme on peut le constater, la majorité des explications avancées par Cabana et al. dans leur modèle théorique sont partagées par d'autres auteurs.

20.5. L'apport potentiel des soins partagés

Maintenant que nous avons identifié des facteurs associés à l'adéquation du traitement de la dépression, il semble pertinent de se pencher sur des stratégies permettant d'agir sur ces facteurs. Les soins partagés, tels que présentés dans le cadre théorique de l'ICCSM [118], pourraient apporter des bénéfices au niveau de chacun d'eux.

Dans le modèle théorique des soins partagés, l'amélioration de l'accessibilité est à la fois un objectif et un élément clé. Il consiste à développer la détection et le traitement des maladies mentales en première ligne, et ainsi se rapprocher du domicile des patients, soit en dispensant les soins directement en première ligne, soit en soutenant les prestataires de première ligne (transfert de connaissances, études de cas, conseils sur des cas particuliers, etc.). Or, notre étude montre que les patients vivant en milieu rural ont moins de chances de recevoir des traitements adéquats pour leur dépression, et que ceci s'expliquerait par des difficultés d'accès. L'amélioration de l'accessibilité engendrée par le développement des soins partagés devrait donc leur être bénéfique.

Cette amélioration de l'accessibilité, telle que pensée dans le cadre théorique des soins partagés, ne concerne pas uniquement la détection et les traitements de santé mentale, mais également la promotion de la santé mentale et la prévention. Or, nous avons vu que les moins gravement atteints ont moins de chances de recevoir un traitement adéquat. Le développement d'actions de prévention et de promotion de la santé mentale accessibles grâce au développement des soins partagés devrait donc répondre, au moins partiellement, aux besoins de cette population dépressive, présentant moins de besoins, et ayant un contact avec le système de santé mentale.

Dans un contexte où on désire faire de la première ligne l'élément clé du dispositif de soins, il apparaît comme primordial de développer des stratégies pour améliorer la qualité des soins dispensés par les médecins généralistes aux dépressifs. Le parallèle avec le concept des soins partagés apporte un éclairage intéressant au modèle théorique de Cabana et al. [97] présenté à la section

précédente : la majorité des difficultés rencontrées par les médecins généralistes pour appliquer des traitements en adéquation avec les recommandations pourraient trouver leur solution avec la mise en place des éléments des soins axés sur la collaboration :

- le transfert de connaissances entre les partenaires des soins partagés par diverses initiatives (cours, séminaires, ateliers, stages, etc.) devrait aider à réduire le manque de connaissances sur le diagnostic ou les traitements optimaux des médecins généralistes. Toutefois, il semble que l'éducation seule ne soit pas suffisante pour amener des changements dans la pratique [117]. Lin et al. [119] ont étudié des médecins généralistes ayant reçu une intervention de formation pour développer l'application de traitements basés sur les guides de pratique, et ils n'ont constaté aucun changement significatif dans les pratiques ou sur l'état de santé des patients après l'intervention. Ils concluent que c'est davantage le développement de structures supportant les soins partagés qui permettra aux médecins généralistes d'appliquer les guides de pratique;
- les médecins de première ligne font face à un manque de temps pour se former au traitement en adéquation avec les recommandations. Le financement, un des éléments fondamentaux du cadre théorique des soins partagés, devrait leur permettre de libérer du temps consacré à leur formation;
- les soins partagés impliquent le transfert de connaissance des spécialistes vers les médecins généralistes, qui devrait comprendre l'accès aux guides de pratique, l'explication de leur contenu, et des méthodes pour les appliquer. Toutefois, le fait que les guides de pratique soient trop théoriques et peu adaptés à la pratique quotidienne [95, 116, 117] doit aussi faire l'objet d'un effort de la part de leurs concepteurs;

- les soins basés sur la collaboration impliquent le travail en équipe multidisciplinaire, qui devrait réduire le sentiment des médecins généralistes de manquer de soutien, et ainsi augmenter leur motivation à utiliser des outils communs, comme les guides de pratiques;
- le travail en équipe multidisciplinaire permet également un partage des tâches. Le modèle proposé par McCabe et al. [110] confie le suivi des patients dépressifs à une infirmière spécialisée, ce qui redonne au médecin son rôle diagnostique et ainsi son intérêt envers cette clientèle;
- le travail en collaboration avec un spécialiste se basant lui-même sur les guides de pratiques devrait aider à en démontrer l'utilité et donc restaurer la confiance des médecins de première ligne dans ces guides;
- un financement adéquat des soins en collaboration devrait permettre aux médecins généralistes d'avoir les ressources nécessaires à l'application des guides de pratique;
- Il est démontré que les patients souffrant de maladie mentale ont tendance à moins accepter les traitements basés sur les données probantes quand ceux-ci sont dispensés par un médecin de première ligne [94]. Les soins partagés devraient donner plus de légitimité au traitement proposé par le médecin de première ligne, car il est soutenu par un spécialiste;
- le soutien d'un psychiatre répondant ou d'une équipe spécialisée en santé mentale intégrée à la première ligne aidera au diagnostic : le travail en équipe multidisciplinaire permet une discussion et un diagnostic plus sûr. De plus, les ententes de services conclues dans le cadre des soins partagés donneraient la possibilité de référer au spécialiste les patients nécessitant une évaluation;

- le travail en équipe multidisciplinaire devrait permettre de mieux répartir les tâches, et donc aider à régler les difficultés liées aux demandes concurrentes et à la charge de travail importante.

L'amélioration du traitement en première ligne grâce aux soins partagés devrait avoir comme conséquence de désengorger le secteur spécialisé, qui ne traitera que les cas le nécessitant.

21. ÉVALUATION DE L'IMPACT DU CHOIX DE LA DÉFINITION DU TRAITEMENT ADÉQUAT

Nous avons constaté précédemment la difficulté de comparer les résultats des études portant sur l'adéquation du traitement de la dépression avec les guides de pratique. S'il est assez aisé de surmonter l'obstacle de la population cible choisie, l'impact des différences de méthodologies semble bien difficile à évaluer.

Nous avons tenté, d'évaluer les différences dans les résultats susceptibles d'être imputées au choix de la définition du traitement adéquat. Dans ce but, nous avons répété les analyses avec trois autres définitions utilisées dans des études basées, comme la nôtre, sur des enquêtes populationnelles.

21.1. Différentes définitions

Les définitions de traitement adéquat basées sur des enquêtes populationnelles doivent se limiter aux données disponibles, fournies par les questions posées lors des interviews ou des questionnaires par courrier. C'est la principale cause, à notre avis, de leur variabilité.

De nombreuses recommandations ne sont pas opérationnalisables. Par exemple, le fait que les médecins doivent évaluer à chaque visite le risque suicidaire, ou encore le fait qu'ils doivent créer avec le malade une alliance thérapeutique [50], sont impossibles à évaluer.

De même, il est très rare de pouvoir obtenir des informations précises, entre autres, sur les posologies des médicaments reçus, et par conséquent, aucun critère en rapport avec le dosage ne peut être utilisé.

La durée du traitement apparaît dans plusieurs études comme un des critères principaux d'inadéquation [12, 63], or il est souvent difficile, avec ce type de recueil de données, d'évaluer si la durée est suffisante. Ceci va être le premier point différenciant notre définition des trois autres, car nous avons pu opérationnaliser le fait que les cas particuliers nécessitant un traitement d'entretien prolongé doivent toujours être sous traitement anti-dépressif au jour de l'interview, leur épisode dépressif ayant eu lieu dans l'année.

La définition B, tirée de deux études canadiennes [24, 83], est basée sur des enquêtes très similaires à celle que nous avons utilisée. Toutefois, elles présentaient beaucoup moins de questions en rapport avec la santé mentale, et ne disposaient pas de données sur un éventuel traitement anti-dépresseur. C'est pourquoi les auteurs ont dû se contenter d'un nombre minimal de visites pour raisons de santé mentale comme traitement adéquat. Ces critères sont peu sévères et vont considérer un plus grand nombre de personnes comme ayant reçu un traitement adéquat.

La définition C, elle aussi appliquée au Canada [34], a pour principal défaut de ne considérer que le traitement pharmacologique. Elle définit donc comme adéquat le fait de recevoir une prescription d'anti-dépresseur et 4 visites médicales. On peut donc voir qu'en fait, cette définition n'est qu'une partie de la nôtre, qu'elle n'utilise qu'une partie des critères de la pharmacologie adéquate que nous avons opérationnalisée. Cette définition utilise des critères restrictifs, et ne considère pas comme adéquat le traitement reçu par les patients traités par psychothérapie sans prescription d'antidépresseurs. La prévalence de traitement adéquat sera donc plus importante avec notre définition qui classe les dépressifs traités uniquement par psychothérapie comme adéquatement traités si ils ont reçu le nombre minimal de visites requis.

Enfin, la dernière définition, la D, utilisée dans plusieurs études américaines [26, 29, 31], est la plus proche de la nôtre. Elle prend en compte la

psychothérapie, mais avec un nombre de visites adéquat plus restreint. Les auteurs ont choisi de se limiter à 8 séances, car pour eux, c'est le minimum nécessaire à une réduction des symptômes. Pour notre part, nous nous sommes appuyés sur les guides de pratique canadiens qui considèrent que 12 visites est le minimum nécessaire à un traitement complet par psychothérapie. Quant à la pharmacothérapie adéquate, elle est équivalente à la définition C, et ne tient pas compte non plus de la durée du traitement. Notre définition sera donc plus sévère, car le minimum de visites en psychothérapie est plus élevé et nous avons ajouté un critère de durée du traitement pharmacologique.

On peut donc constater une certaine progression dans les définitions choisies, de la plus simple (la B) à la plus compliquée (la nôtre), chaque définition apportant des critères de plus en plus précis pour ce qu'est un traitement adéquat (figure 2).

21.2. Impact sur la prévalence de l'adéquation

Les prévalences de traitement adéquat parmi les dépressifs ayant eu au moins une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale, obtenues avec les quatre définitions, s'étendent de 48% à 71%.

Logiquement, c'est la définition B, la plus éloignée de la nôtre, qui donne le résultat le plus éloigné, et également le seul résultat significativement différent de ceux obtenus avec les autres définitions. Cette définition donne la prévalence de traitement adéquat la plus importante (71% parmi les dépressifs ayant eu au moins une consultation professionnelle pour raisons de santé mentale) car elle contient moins de critères restrictifs. Il semble que de nombreux dépressifs reçoivent au moins quatre visites professionnelles mais sans recevoir de prescription d'antidépresseur, ce qui expliquerait la grande différence constatée avec les autres définitions. En effet, lorsque l'on utilise nos données et la définition C, qui intègre la prescription d'un anti-dépresseur à la définition B, la prévalence de traitement adéquat, pour la même population, chute à 48%.

Les deux définitions intégrant la psychothérapie obtiennent des résultats assez proches pour ce qui est de la prévalence de traitement adéquat, la

différence étant de moins d'un point (56% avec la définition D contre 55% avec notre définition). Ceci amène deux conclusions. La première est qu'il semble important de prendre en compte le traitement par psychothérapie, car les prévalences sont différentes de celles obtenues avec la définition C ne prenant en compte que la pharmacothérapie, et semblent plus précises, plus proches de la réalité. La seconde conclusion est qu'en terme de calcul de prévalence, l'ajout d'éléments de précision à la définition D, comme fixer le nombre de visites minimales en psychothérapie à douze au lieu de huit, et ajouter un critère évaluant l'adéquation de la durée du traitement, apparaît superflu, car il ne change pas significativement le résultat, et complique les analyses et les calculs.

On peut maintenant tenter de comparer les prévalences de traitement adéquat obtenues avec nos données et celles des études ayant utilisé les mêmes définitions.

Lorsque l'on compare le résultat obtenu avec nos données et la définition B (37% de traitement adéquat parmi l'ensemble des dépressifs), et les résultats des études effectuées précédemment au Canada avec la même définition (24% et 26% [24, 83]), cela équivaudrait à une amélioration. De même, en comparant notre prévalence obtenue avec la définition C et l'étude qui l'a également utilisée en 1998 [34], il apparaîtrait une nette progression dans l'adéquation (48% et 27% respectivement). Enfin, la comparaison de la prévalence obtenue avec la définition D (56%) avec les prévalences de traitement adéquat des trois études américaines basées sur des enquêtes populationnelles et ayant utilisé cette définition [26, 31, 33] montre que les résultats canadiens semblent meilleurs de quelques points, les prévalences de traitement adéquat parmi les dépressifs de ces études allant de 34% à 48%. Toutefois, la différence avec l'étude présentant le résultat le plus élevé n'est pas significative, les intervalles de confiance se chevauchant.

L'application des définitions précédemment utilisées semble montrer qu'au Canada, l'adéquation du traitement de la dépression avec les guides de pratique ait augmenté, et qu'elle est supérieure à celles trouvées dans des études américaines. Toutefois, même après avoir contrôlé l'impact du choix de la

définition, des différences méthodologiques importantes persistent et peuvent expliquer les différences constatées. Par exemple, l'instrument de mesure utilisé pour identifier les dépressifs est différent. L'enquête sur laquelle nous nous basons a utilisé le CIDI [100], alors que la majorité des autres études ont utilisé une version courte du questionnaire, le CIDI-SF, qui semble surestimer le nombre de dépressif [81]. Le nombre de dépressifs identifiés étant plus important, il est logique que la prévalence de traitement adéquat soit diminuée.

Comme le soulignent Chen et Rosenbeck [75], il semble que ce genre d'approche peut permettre de monitorer un phénomène lorsque plusieurs études utilisant une méthodologie similaire se répètent dans le temps, comme c'est le cas au Canada, mais à condition de conserver les mêmes critères d'évaluation entre chaque enquête.

21.3. Impact sur les facteurs associés à l'adéquation

La première constatation est que les facteurs qui apparaissent comme associés à la variable dépendante dans les analyses bivariées (au seuil $p < 0,05$) sont différents selon les définitions (tableau V, annexe 1).

Avec la définition B, souffrir de conditions médicales chroniques n'est pas associé avec l'adéquation du traitement anti-dépresseur, alors qu'il l'est pour les autres définitions. Notons toutefois que cette définition se rapproche plus d'une définition d'utilisation des services que d'une définition du traitement adéquat.

Avec la définition C, les origines culturelles, avoir une assurance pour les médicaments et ressentir des barrières à la disponibilité sont significativement associés avec l'adéquation du traitement anti-dépresseur, alors qu'ils ne le sont pas pour les autres définitions.

Et avec notre définition, avoir travaillé dans les 12 derniers mois et le lieu de résidence sont significativement associés avec l'adéquation du traitement anti-dépresseur, alors qu'ils ne le sont pas pour les autres définitions.

En ce qui concerne les facteurs significativement associés à l'adéquation du traitement, une fois les autres variables contrôlées, on peut d'ores et déjà remarquer une certaine variabilité selon la définition choisie (tableau II).

Le secteur de soins est la seule variable qui ressort comme significativement associée dans tous les modèles, le rapport de cotes différenciant les psychiatres des médecins généralistes allant de 5,3 à 12,8. Seule la définition C ne trouve pas de différence significative dans le traitement adéquat entre le secteur médical général et le secteur non médical spécialisé en santé mentale, ce qui peut s'expliquer par le fait que cette définition ne prenne pas en compte la psychothérapie. Ceci semble confirmer que, comme expliqué plus haut, le secteur où les soins sont reçus est le facteur le plus fortement associé à l'adéquation du traitement, et que les psychiatres, mais aussi les professionnels du secteur non médical spécialisé en santé mentale semblent soigner bien plus adéquatement les dépressifs que les médecins généralistes.

Seule la définition C démontre une association significative entre un facteur prédisposant (l'éducation) et la réception de traitement adéquat. Il apparaît que les dépressifs sans diplôme secondaire reçoivent moins de traitement adéquat que ceux ayant un diplôme secondaire, mais étonnamment, il ne semble pas y avoir de différence significative avec les niveaux d'éducation supérieurs. Si on suit les résultats obtenus avec cette définition, on pourrait conclure à une différence dans la réception de soins adéquats, les moins éduqués étant défavorisés.

De même, seule notre définition démontre une association entre un facteur facilitant (le fait de vivre en milieu urbain) et la réception de traitements adéquats. Toutefois, avec les autres définitions, le rapport de cotes de cette variable est similaire et l'association avec la réception de traitement adéquat est proche de la significativité ($0,07 < p < 0,11$ selon la définition utilisée).

Par contre, tous les modèles démontrent des associations entre un ou plusieurs des quatre facteurs de besoin étudiés, ce qui renforce notre conclusion voulant que les dépressifs les plus malades reçoivent les traitements les plus adéquats.

Étonnamment, la définition la plus proche de la nôtre (la D), et qui donne des résultats équivalents en terme de prévalence de traitement adéquat, donne des résultats différents en régression logistique. En effet, avec cette définition,

seuls le secteur de soins et des facteurs de besoin sont associés à la réception de soins adéquats.

Toutefois, les facteurs qui sont significativement associés avec la variable dépendante dans un modèle sont à la limite de la signification dans l'autre modèle. Ceci est d'ailleurs vrai pour les quatre modèles obtenus : lorsque nous changeons la définition, les facteurs de besoin associés significativement dans un modèle deviennent à la limite de la significativité dans un autre, changement radical on n'est observé. Il est d'ailleurs probable qu'avec un effectif plus important, les résultats des différents modèles auraient été plus semblables.

22. LIMITES DE L'ÉTUDE

Cette étude présente un certain nombre de limites, liées à l'enquête, à la méthodologie employée et à la construction de la variable dépendante.

Tout d'abord, certaines variables pertinentes ont perdu en précision à cause de la construction du questionnaire. Par exemple, de nombreux répondants sont considérés comme ayant une condition médicale chronique, car des pathologies très courantes sont incluses dans les choix de réponse (comme les allergies par exemple dont plus de 50% des répondants déclarent souffrir). Il n'a pas non plus été possible pour cette variable de différencier les troubles physiques des troubles mentaux. De même, il est envisageable que certains répondants aient considéré leur dépression comme une condition médicale chronique. En effet, lors de l'enquête, l'interviewer doit parcourir avec le répondant une liste de pathologies chroniques (n'incluant pas la dépression), et lui demander pour chacune d'elle s'il en est atteint. Mais la dernière question de la section est formulée ainsi : « Êtes-vous atteint de tout autre problème de santé physique ou mentale de longue durée diagnostiqué par un professionnel de la santé? » [98].

L'adéquation du traitement a pu être surestimée de plusieurs manières. L'approche utilisée, du traitement minimalement adéquat, entraîne de facto une surestimation générale de l'adéquation. Par exemple, toute consultation avec un professionnel est entrée dans le calcul du nombre minimal de séances de

psychothérapie, or nous ne savons pas si la dépression était la raison de la consultation; nous n'avons pas d'information concernant le type de psychothérapie utilisé; nous ne savons d'ailleurs même pas si ces visites font réellement l'objet de psychothérapie. De plus il n'existe pas de critère standard pour définir ce qu'est une séance de psychothérapie efficace dans le contexte des pratiques courantes. Néanmoins, il est probable que la majorité des personnes dépressives ayant rencontré un professionnel de santé pour des raisons de santé mentale aient reçu de l'aide psychologique durant ces séances.

Le traitement psychothérapeutique adéquat a été défini à partir d'un nombre de visites professionnelles, la limite étant fixée à douze. Toutefois, nous n'avons pas pu étudier les trajectoires de soins des patients, et il se pourrait qu'en fait les douze visites aient été effectuées avec des professionnels différents. Plutôt que de démontrer que le traitement reçu est adéquat, ce cas de figure semblerait indiquer un défaut dans la continuité des soins et un manque de communication entre les soignants.

La surestimation de la prévalence du traitement adéquat pourrait provenir du fait que l'étude soit transversale et ne nous permet pas de savoir si les consultations ont eu lieu avant ou après l'épisode dépressif majeur. Nous aurions alors pris en compte des visites ayant eu lieu avant l'épisode, d'où une surestimation du taux de traitement adéquat.

Enfin, le traitement pharmacologique adéquat est sûrement surestimé, car nous n'avons aucune information sur les molécules prescrites, ni sur les posologies. Or, toutes les molécules ne sont pas efficaces sur tous les cas de dépression, et un traitement donné à un dosage trop faible peut être inefficace.

A l'inverse, une sous-estimation de l'adéquation est envisageable. Par exemple, si des répondants ont eu leur épisode dépressif majeur dans un temps rapproché de l'interview, ils ont pu ne pas avoir le temps de compléter les quatre ou douze visites nécessaires à un traitement adéquat, et seront donc faussement classés comme ayant reçu un traitement inadéquat.

De même, il est impossible de prendre en compte les cas particuliers de dépression qui nécessitent éventuellement un traitement particulier. Certains

patients peuvent avoir été traités par électro-convulsivothérapie, traitement adéquat dans certains cas, mais ne pas recevoir de prescription pour des antidépresseurs et recevoir moins de douze visites professionnelles. Ils seront eux aussi mal classés.

Enfin, nous ne tenons pas compte ici des attitudes des patients face à la dépression, alors que nous avons vu que c'était un facteur important empêchant les professionnels de santé mentale de suivre les guides de pratique [94]. Le refus des patients de recevoir un traitement, la non-compliance au traitement n'ont pas pu être évalués, et même si le médecin, en intention de traiter, avait voulu suivre les recommandations, il se peut que le traitement rapporté par le malade soit considéré comme inadéquat. On peut donc souligner que le fait qu'un traitement soit jugé inadéquat dans notre étude ne signifie pas nécessairement que le soignant soit en tort.

Les données sont auto-rapportées par les répondants, il est donc envisageable qu'un biais de mémoire puisse avoir faussé une partie des réponses, surtout pour celles qui portent sur une longue période (les douze derniers mois ou la vie entière). D'ailleurs, une étude qui a comparé la concordance entre les données auto-rapportées et les données administratives suggère que les renseignements sur les types de services utilisés sont concordants, alors que ceux portant sur le volume d'utilisation des services le sont beaucoup moins [120]. Ce biais a donc pu sous-estimer la prévalence de traitement adéquat, les répondants rapportant un nombre de visites pour santé mentale inférieur à la réalité. Néanmoins, concernant la consommation d'antidépresseurs, Kwon et al. [121] ont démontré une bonne concordance entre les données auto-rapportées et les données issues des assurances pour les médicaments.

Enfin, les hospitalisés et les sans abri étant exclus de l'enquête, on est en droit de penser que les dépressifs les plus sévèrement atteints ne sont pas considérés dans cette étude. Ceci pourrait avoir sous-estimé la prévalence de traitement adéquat, comme il semblerait que les individus souffrant d'une dépression plus grave ont tendance à recevoir un traitement plus adéquat [34].

Il est important de souligner le fait que l'enquête, mis à part le secteur où les soins ont été reçus, ne nous donne aucune information sur le système de soins et son organisation (par exemple sur la disponibilité des services) ou sur les professionnels (formation des soignants, attitudes face aux guides de pratique, etc.), et il était donc impossible de contrôler pour ces variables. L'étude a donc porté en majeure partie sur les facteurs individuels, rendant impossible de déterminer si l'adéquation du traitement est associée à des facteurs liés aux soignants ou aux patients.

Une limite majeure est apparue en terme de comparabilité des résultats des études portant sur l'adéquation des soins aux dépressifs. Même si nous avons utilisé les mêmes définitions que les autres études pour comparer nos résultats, il est difficile de déterminer si les différences observées sont dues aux différentes méthodologies ou aux différences des systèmes de santé, ou à un réel changement dans les pratiques.

Enfin, il faut signaler qu'actuellement, les recommandations basées sur des données probantes font l'objet de critiques. Elles sont souvent difficiles à appliquer ou à opérationnaliser, et nécessitent une continuelle mise-à-jour qu'il n'est pas toujours possible de réaliser. Par exemple, les recommandations utilisées dans notre étude ont été écrites pour les psychiatres, forment un ensemble de 7 articles scientifiques assez imposant à lire et n'ont bénéficié que d'un ajout [122] depuis leur création en 2001. Certains auteurs proposent donc que les guides de pratique soient reformulés en termes pratiques, applicables selon le comportement du patient [116].

23. IMPLICATIONS POUR LES POLITIQUES PUBLIQUES

Il est important de constater qu'aucun facteur prédisposant n'est associé avec le traitement adéquat (bien que certains, comme le genre, soient associés avec la dépression et l'utilisation de services). Une fois le contact établi avec le système de soins, ces facteurs n'ont plus d'influence sur la qualité des soins reçus.

Toutefois, le fait qu'un facteur facilitant, tel que le fait de résider en milieu rural, soit significativement associé avec l'inadéquation du traitement pourrait indiquer des problèmes d'accessibilité des services et d'acceptabilité de la maladie mentale. Sur ce point, il semble en effet qu'un accès difficile en milieu rural entraîne des difficultés à recevoir un traitement adéquat, par réduction du nombre de visites professionnelles; et que les attitudes négatives par rapport à la dépression et son traitement constituent un frein à l'obtention de traitement adéquat. Des interventions pour augmenter l'accessibilité et l'acceptabilité en régions rurales pourraient améliorer l'adéquation du traitement avec les recommandations.

Enfin, le fait que des facteurs de besoin, tels que les conditions médicales chroniques et les troubles anxieux soient associés avec le fait de recevoir un traitement adéquat, indique que ce sont ceux qui ont les plus grands besoins qui sont les mieux soignés. Il apparaît donc important de réfléchir à d'éventuelles actions visant la population des dépressifs qui ont un contact avec le système de santé mentale, mais ne reçoivent pas de traitement adéquat. D'un point de vue préventif, il existe ici une opportunité importante à saisir pour diminuer l'impact de la dépression. Ces dépressifs mal traités risquent de se représenter plus tard avec des troubles plus graves et donc des besoins de soins plus grands. Or, ils sont identifiables et repérables car ils ont eu au moins un contact avec le système pour des raisons de santé mentale. Toutefois, il faudrait évaluer la pertinence et la rentabilité de traiter ces personnes aux besoins moins importants.

Ces actions devraient se mener surtout auprès des médecins généralistes, où l'inadéquation du traitement avec les recommandations atteint des proportions inquiétantes, surtout dans un contexte où on désire faire de la première ligne l'élément clé du dispositif de soins. Il apparaît comme primordial de développer des stratégies pour permettre aux médecins généralistes de franchir les barrières les empêchant d'appliquer les recommandations contenues dans les guides de pratique. La mise en place des soins partagés, comme exposée à la section 20.5, permettrait de trouver des solutions à la majorité des

problèmes identifiés par cette étude et devrait permettre de réunir les conditions nécessaires à une plus grande application des guides de pratique. Il semble, en effet, que les interventions destinées à implanter à la fois les soins partagés et les soins basés sur les guides de pratique obtiennent de meilleurs résultats que les interventions destinées à implanter l'un ou l'autre [70].

Enfin, même s'il semble que les recommandations soient de plus en plus suivies, un effort important d'adaptation des guides de pratique à la pratique quotidienne est nécessaire, afin de permettre une plus grande diffusion et de les rendre plus facilement utilisables.

24. FUTURES ÉTUDES

Il est important de noter que l'enquête sur laquelle est basée cette étude a été réalisée une année seulement après l'édition des guides de pratique canadiens. Il serait donc très intéressant de pouvoir obtenir des données similaires dans une future enquête afin d'être capables d'évaluer l'impact des guides de pratique dans le temps.

De même, le concept de soins axés sur la collaboration est actuellement en développement, et est de plus en plus appliqué dans la pratique. Il serait intéressant d'évaluer, dans de futures études, l'impact de ce changement sur la qualité des soins dispensés. Comme ce concept peut être appliqué de diverses façons selon le contexte, il serait pertinent d'étudier comment le niveau de développement des soins partagés influence l'adéquation du traitement avec les recommandations.

Une des principales cibles pour les futures recherches serait d'inclure dans une étude comme la nôtre des variables du système de soins, afin de pouvoir déterminer la part des facteurs individuels et celle des facteurs systémiques dans l'adéquation du traitement de la dépression.

De plus, il serait important de comprendre les mécanismes liant les facteurs individuels à la réception de traitement adéquat. Ce type d'information pourrait s'avérer primordial pour créer et cibler des interventions efficaces pour améliorer la qualité des soins.

On a vu que le choix de la définition du traitement adéquat peut faire évoluer les résultats. Il serait donc intéressant de travailler à la construction d'une définition précise du traitement adéquat. Pour pouvoir l'appliquer, une méthodologie plus pointue permettrait de prendre en compte plus de critères avec une fiabilité plus grande. On pourrait, par exemple, imaginer coupler plusieurs méthodologies, comme effectuer une étude à la fois par enquête et par base de données médico-administratives. Des critères tels que la posologie, le nombre de visites, les trajectoires de soins pourraient ainsi être considérés de façon objective et à grande échelle.

BIBLIOGRAPHIE

1. Rost, K., Nutting, P., Smith, J.L., Elliott, C.E., et al., *Managing depression as a chronic disease: a randomised trial of ongoing treatment in primary care*. *Bmj*, 2002. **325**(7370): p. 934.
2. Thornicroft, G. and Sartorius, N., *The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study on the Assessment of Depressive Disorders*. *Psychol Med*, 1993. **23**(4): p. 1023-32.
3. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4e édition*. 1994, Washington, DC: American Psychiatric Association.
4. Kessler, R.C., Nelson, C.B., McGonagle, K.A., Liu, J., et al., *Comorbidity of DSM-III-R major depressive disorder in the general population: results from the US National Comorbidity Survey*. *Br J Psychiatry Suppl*, 1996(30): p. 17-30.
5. *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – la santé mentale: nouvelle conception, nouveaux espoirs*. 2001, Organisation Mondiale de la Santé: Genève. p. 172.
6. Patten, S.B., Wang, J.L., Williams, J.V.A., Currie, S., et al., *Descriptive Epidemiology of Major Depression in Canada*. *Can J Psychiatry*, 2006. **51**: p. 84–90.
7. Nguyen, C.T., Fournier, L., Bergeron, L., Roberge, P., et al., *Correlates of depressive and anxiety disorders among young Canadians*. *Can J Psychiatry*, 2005. **50**(10): p. 620-8.
8. Lewinsohn, P.M., Hops, H., Roberts, R.E., Seeley, J.R., et al., *Adolescent psychopathology: I. Prevalence and incidence of depression and other DSM-III-R disorders in high school students*. *J Abnorm Psychol*, 1993. **102**(1): p. 133-44.
9. Bergeron, E., Poirier, L.R., Fournier, L., Roberge, P., et al., *Determinants of service use among young Canadians with mental disorders*. *Can J Psychiatry*, 2005. **50**(10): p. 629-36.
10. Murray, C.J. and Lopez, A.D., *Global mortality, disability, and the contribution of risk factors: Global Burden of Disease Study*. *Lancet*, 1997. **349**(9063): p. 1436-42.
11. Murray, C.J. and Lopez, A.D., *Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study*. *Lancet*, 1997. **349**(9064): p. 1498-504.

12. Gandjour, A., Telzerow, A., and Lauterbach, K.W., *Costs and quality in the treatment of acute depression in primary care: a comparison between England, Germany and Switzerland*. *Int Clin Psychopharmacol*, 2004. **19**(4): p. 201-8.
13. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : santé mentale et bien-être*. Le Quotidien - 2003 [Dernière consultation: 25 juin 2006]; Disponible à: <http://www.statcan.ca/Daily/Francais/030903/q030903a.htm>.
14. Goodwin, F.K. and Jamison, K.R. *Suicide, in manic-depressive illness*. 1990, Oxford University Press: New York. p. 227-244.
15. Zimmerman, M., McDermet, W., and Mattia, J.I., *Frequency of anxiety disorders in psychiatric outpatients with major depressive disorder*. *Am J Psychiatry*, 2000. **157**(8): p. 1337-40.
16. Ferketich, A.K., Schwartzbaum, J.A., Frid, D.J., and Moeschberger, M.L., *Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the NHANES I study*. *National Health and Nutrition Examination Survey*. *Arch Intern Med*, 2000. **160**(9): p. 1261-8.
17. Pomerleau, O.F., Downey, K.K., Stelson, F.W., and Pomerleau, C.S., *Cigarette smoking in adult patients diagnosed with attention deficit hyperactivity disorder*. *J Subst Abuse*, 1995. **7**(3): p. 373-8.
18. DiMatteo, M.R., Lepper, H.S., and Croghan, T.W., *Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence*. *Arch Intern Med*, 2000. **160**(14): p. 2101-7.
19. Ramrakha, S., Caspi, A., Dickson, N., Moffitt, T.E., et al., *Psychiatric disorders and risky sexual behaviour in young adulthood: cross sectional study in birth cohort*. *Bmj*, 2000. **321**(7256): p. 263-6.
20. Wulsin, L.R., Vaillant, G.E., and Wells, V.E., *A systematic review of the mortality of depression*. *Psychosom Med*, 1999. **61**(1): p. 6-17.
21. Regier, D.A., Hirschfeld, R.M., Goodwin, F.K., Burke, J.D., Jr., et al., *The NIMH Depression Awareness, Recognition, and Treatment Program: structure, aims, and scientific basis*. *Am J Psychiatry*, 1988. **145**(11): p. 1351-7.
22. Sturm, R. and Wells, K.B., *How can care for depression become more cost-effective?* *Jama*, 1995. **273**(1): p. 51-8.

23. Dickinson, L.M., Rost, K., Nutting, P.A., Elliott, C.E., et al., *RCT of a care manager intervention for major depression in primary care: 2-year costs for patients with physical vs psychological complaints*. *Ann Fam Med*, 2005. **3**(1): p. 15-22.
24. Diverty, B. and Beaudet, M.P., *La dépression: un trouble partiellement traité? Rapports sur la santé*, 1997. **8**(4): p. 9-19.
25. Wittchen, H.U. and Pittrow, D., *Prevalence, recognition and management of depression in primary care in Germany: the Depression 2000 study*. *Hum Psychopharmacol*, 2002. **17 Suppl 1**: p. S1-11.
26. Wang, P.S., Berglund, P., and Kessler, R.C., *Recent care of common mental disorders in the United States : prevalence and conformance with evidence-based recommendations*. *J Gen Intern Med*, 2000. **15**(5): p. 284-92.
27. Simon, G.E. and VonKorff, M., *Recognition, management, and outcomes of depression in primary care*. *Arch Fam Med*, 1995. **4**(2): p. 99-105.
28. Lepine, J.P., Gastpar, M., Mendlewicz, J., and Tylee, A., *Depression in the community: the first pan-European study DEPRES (Depression Research in European Society)*. *Int Clin Psychopharmacol*, 1997. **12**(1): p. 19-29.
29. Wang, P.S., Demler, O., and Kessler, R.C., *Adequacy of treatment for serious mental illness in the United States*. *Am J Public Health*, 2002. **92**(1): p. 92-8.
30. Parikh, S.V., Lesage, A.D., Kennedy, S.H., and Goering, P.N., *Depression in Ontario: under-treatment and factors related to antidepressant use*. *J Affect Disord*, 1999. **52**(1-3): p. 67-76.
31. Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., et al., *The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*. *Jama*, 2003. **289**(23): p. 3095-105.
32. Katon, W.J., Simon, G., Russo, J., Von Korff, M., et al., *Quality of depression care in a population-based sample of patients with diabetes and major depression*. *Med Care*, 2004. **42**(12): p. 1222-9.
33. Young, A.S., Klap, R., Sherbourne, C.D., and Wells, K.B., *The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States*. *Arch Gen Psychiatry*, 2001. **58**(1): p. 55-61.

34. Katz, S.J., Kessler, R.C., Lin, E., and Wells, K.B., *Medication management of depression in the United States and Ontario*. J Gen Intern Med, 1998. **13**(2): p. 77-85.
35. Fournier, L., Lemoine, O., Poulin, C., and Poirier, L.R., *Enquête sur la santé mentale des Montréalais. Volume 1: La santé mentale et les besoins de soins des adultes*. 2002, Direction de la Santé Publique de Montréal: Montréal, Qc.
36. Cooper-Patrick, L., Crum, R.M., and Ford, D.E., *Characteristics of patients with major depression who received care in general medical and specialty mental health settings*. Med Care, 1994. **32**(1): p. 15-24.
37. Harman, J.S., Crystal, S., Walkup, J., and Olfson, M., *Trends in elderly patients' office visits for the treatment of depression according to physician specialty: 1985-1999*. J Behav Health Serv Res, 2003. **30**(3): p. 332-41.
38. Unutzer, J., Katon, W., Russo, J., Simon, G., et al., *Patterns of care for depressed older adults in a large-staff model HMO*. Am J Geriatr Psychiatry, 1999. **7**(3): p. 235-43.
39. Harman, J.S., Edlund, M.J., and Fortney, J.C., *Disparities in the adequacy of depression treatment in the United States*. Psychiatr Serv, 2004. **55**(12): p. 1379-85.
40. Lagomasino, I.T., Dwight-Johnson, M., Miranda, J., Zhang, L., et al., *Disparities in depression treatment for Latinos and site of care*. Psychiatr Serv, 2005. **56**(12): p. 1517-23.
41. Vasiliadis, H.M., Lesage, A., Adair, C., and Boyer, R., *Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access*. Can J Psychiatry, 2005. **50**(10): p. 614-9.
42. Bland, R.C., Newman, S.C., and Orn, H., *Age and remission of psychiatric disorders*. Can J Psychiatry, 1997. **42**(7): p. 722-9.
43. Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Unutzer, J., et al., *Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence*. Gen Hosp Psychiatry, 1997. **19**(3): p. 169-78.
44. Paykel, E.S. and Priest, R.G., *Recognition and management of depression in general practice: consensus statement*. Bmj, 1992. **305**(6863): p. 1198-202.
45. Anderson, I.M., Nutt, D.J., and Deakin, J.F., *Evidence-based guidelines for treating depressive disorders with antidepressants: a revision of the 1993*

- British Association for Psychopharmacology guidelines. British Association for Psychopharmacology. J Psychopharmacol, 2000. 14(1): p. 3-20.*
46. Ellis, P., *Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. Aust N Z J Psychiatry, 2004. 38(6): p. 389-407.*
 47. *Depression in primary care, in Vol 2: Treatment of major depression. 1993, Agency for health care Policy and Research - US Dept of health and human services: Rockville, Md.*
 48. *Practice guideline for major depressive disorder in adults. American Psychiatric Association. Am J Psychiatry, 1993. 150(4 Suppl): p. 1-26.*
 49. *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision). American Psychiatric Association. Am J Psychiatry, 2000. 157(4 Suppl): p. 1-45.*
 50. *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. Can J Psychiatry, 2001. 46 Suppl 1: p. 5S-90S.*
 51. Sanderson, K., Andrews, G., Corry, J., and Lapsley, H., *Reducing the burden of affective disorders: is evidence-based health care affordable? J Affect Disord, 2003. 77(2): p. 109-25.*
 52. Parikh, S.V. and Lam, R.W., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders, I. Definitions, prevalence, and health burden. Can J Psychiatry, 2001. 46 Suppl 1: p. 13S-20S.*
 53. Schneider, F., Harter, M., Brand, S., Sitta, P., et al., *Adherence to guidelines for treatment of depression in in-patients. Br J Psychiatry, 2005. 187: p. 462-9.*
 54. Melfi, C.A., Chawla, A.J., Croghan, T.W., Hanna, M.P., et al., *The effects of adherence to antidepressant treatment guidelines on relapse and recurrence of depression. Arch Gen Psychiatry, 1998. 55(12): p. 1128-32.*
 55. Wells, K.B., Sherbourne, C., Schoenbaum, M., Duan, N., et al., *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: a randomized controlled trial. Jama, 2000. 283(2): p. 212-20.*
 56. Dietrich, A.J., Oxman, T.E., Williams, J.W., Jr., Schulberg, H.C., et al., *Re-engineering systems for the treatment of depression in primary care: cluster randomised controlled trial. Bmj, 2004. 329(7466): p. 602.*
 57. Rost, K., Nutting, P.A., Smith, J., and Werner, J.J., *Designing and implementing a primary care intervention trial to improve the quality and*

- outcome of care for major depression.* Gen Hosp Psychiatry, 2000. **22**(2): p. 66-77.
58. Katon, W., Von Korff, M., Lin, E., Simon, G., et al., *Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: a randomized trial.* Arch Gen Psychiatry, 1999. **56**(12): p. 1109-15.
 59. Asarnow, J.R., Jaycox, L.H., Duan, N., LaBorde, A.P., et al., *Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: a randomized controlled trial.* Jama, 2005. **293**(3): p. 311-9.
 60. Dobscha, S.K., Gerrity, M.S., Corson, K., Bahr, A., et al., *Measuring adherence to depression treatment guidelines in a VA primary care clinic.* Gen Hosp Psychiatry, 2003. **25**(4): p. 230-7.
 61. Pyne, J.M., Rost, K.M., Zhang, M., Williams, D.K., et al., *Cost-effectiveness of a primary care depression intervention.* J Gen Intern Med, 2003. **18**(6): p. 432-41.
 62. Beck, C.A., Patten, S.B., Williams, J.V., Wang, J.L., et al., *Antidepressant utilization in Canada.* Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, 2005. **40**(10): p. 799-807.
 63. Donoghue, J.M. and Tylee, A., *The treatment of depression: prescribing patterns of antidepressants in primary care in the UK.* Br J Psychiatry, 1996. **168**(2): p. 164-8.
 64. *Investir dans la Santé Mentale.* 2004, Organisation Mondiale de la Santé: Genève. p. 27.
 65. *Mental Health policy and service guidance package – Organization of services for mental health.* 2003, World health Organization: Geneva. p. 92.
 66. Bower, P. and Gilbody, S., *Managing common mental health disorders in primary care: conceptual models and evidence base.* Bmj, 2005. **330**(7495): p. 839-42.
 67. Gagné, M.A., *Avancement des objectifs des soins de santé mentale axés sur la collaboration.* 2005, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale: Mississauga, Ont. p. 18.
 68. Sharma, V.K., Wilkinson, G., Dowrick, C., Church, E., et al., *Developing mental health services in a primary care setting: Liverpool Primary Care Mental Health Project.* Int J Soc Psychiatry, 2001. **47**(4): p. 16-29.

69. Bartels, S.J., Coakley, E.H., Zubritsky, C., Ware, J.H., et al., *Improving access to geriatric mental health services: a randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use*. Am J Psychiatry, 2004. **161**(8): p. 1455-62.
70. Craven, M.A. and Bland, R., *Better practices in collaborative mental health care: an analysis of the evidence base*. Can J Psychiatry, 2006. **51**(6 Suppl 1): p. 7S-72S.
71. Katzelnick, D.J., Simon, G.E., Pearson, S.D., Manning, W.G., et al., *Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care*. Arch Fam Med, 2000. **9**(4): p. 345-51.
72. Druss, B.G., Rohrbaugh, R.M., Levinson, C.M., and Rosenheck, R.A., *Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: a randomized trial*. Arch Gen Psychiatry, 2001. **58**(9): p. 861-8.
73. Donabedian, A., *Evaluating the quality of medical care*. Milbank Mem Fund Q, 1966. **44**(3): p. Suppl:166-206.
74. Dunn, R.L., Donoghue, J.M., Ozminkowski, R.J., Stephenson, D., et al., *Longitudinal patterns of antidepressant prescribing in primary care in the UK: comparison with treatment guidelines*. J Psychopharmacol, 1999. **13**(2): p. 136-43.
75. Chen, R.S. and Rosenheck, R., *Using a computerized patient database to evaluate guideline adherence and measure patterns of care for major depression*. J Behav Health Serv Res, 2001. **28**(4): p. 466-74.
76. Tiemeier, H., de Vries, W.J., van het Loo, M., Kahan, J.P., et al., *Guideline adherence rates and interprofessional variation in a vignette study of depression*. Qual Saf Health Care, 2002. **11**(3): p. 214-8.
77. Kerr, M.P., *Antidepressant prescribing: a comparison between general practitioners and psychiatrists*. Br J Gen Pract, 1994. **44**(383): p. 275-6.
78. Colenda, C.C., Wagenaar, D.B., Mickus, M., Marcus, S.C., et al., *Comparing clinical practice with guideline recommendations for the treatment of depression in geriatric patients: findings from the APA practice research network*. Am J Geriatr Psychiatry, 2003. **11**(4): p. 448-57.
79. Peabody, J.W., Luck, J., Glassman, P., Jain, S., et al., *Measuring the quality of physician practice by using clinical vignettes: a prospective validation study*. Ann Intern Med, 2004. **141**(10): p. 771-80.

80. Robins, L.N., Wing, J., Wittchen, H.U., Helzer, J.E., et al., *The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiologic Instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures*. Arch Gen Psychiatry, 1988. **45**(12): p. 1069-77.
81. Patten, S.B., *Performance of the Composite International Diagnostic Interview Short Form for major depression in community and clinical samples*. Chronic Dis Can, 1997. **18**(3): p. 109-12.
82. *Renseignements sur l'Enquête nationale sur la santé de la population*. - 1999 [Dernière consultation: 25 juin 2006]; Disponible à: <http://www.statcan.ca/francais/freepub/82F0068XIF/82F0068XIF1997001.htm>.
83. Starkes, J.M., Poulin, C.C., and Kisely, S.R., *Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada*. Can J Psychiatry, 2005. **50**(10): p. 580-90.
84. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) - Cycle 1.1*. Statistiques Canada - 2001 [Dernière consultation: 25 juin 2006]; Disponible à: http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/index_f.htm.
85. Harman, J.S., Edlund, M.J., Fortney, J.C., and Kallas, H., *The influence of comorbid chronic medical conditions on the adequacy of depression care for older Americans*. J Am Geriatr Soc, 2005. **53**(12): p. 2178-83.
86. Wittchen, H.U., Hofler, M., and Meister, W., *Prevalence and recognition of depressive syndromes in German primary care settings: poorly recognized and treated?* Int Clin Psychopharmacol, 2001. **16**(3): p. 121-35.
87. Bebbington, P.E., Marsden, L., and Brewin, C.R., *The need for psychiatric treatment in the general population: the Camberwell Needs for Care Survey*. Psychol Med, 1997. **27**(4): p. 821-34.
88. Segal, Z.V., Whitney, D.K., and Lam, R.W., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. III. Psychotherapy*. Can J Psychiatry, 2001. **46 Suppl 1**: p. 29S-37S.
89. Andersen, R.M. and Newman, J.F., *Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States*. Milbank Memorial Fund Quaterly, 1973. **51**: p. 95-124.
90. Andersen, R.M., *Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?* J Health Soc Behav, 1995. **36**(1): p. 1-10.

91. Thorpe, L., Whitney, D.K., Kutcher, S.P., and Kennedy, S.H., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VI. Special populations*. Can J Psychiatry, 2001. **46 Suppl 1**: p. 63S-76S.
92. Fortney, J., Rost, K., Zhang, M., and Warren, J., *The impact of geographic accessibility on the intensity and quality of depression treatment*. Med Care, 1999. **37(9)**: p. 884-93.
93. Lapeyne-Mestre, M., Desboeuf, K., and Aptel, I., *Comparative survey of antidepressant drug prescribing habits of general practitioners and psychiatrists*. Clin Drug Invest, 1998. **16**: p. 53-61.
94. Van Voorhees, B.W., Cooper, L.A., Rost, K.M., Nutting, P., et al., *Primary care patients with depression are less accepting of treatment than those seen by mental health specialists*. J Gen Intern Med, 2003. **18(12)**: p. 991-1000.
95. Nutting, P.A., Rost, K., Smith, J., Werner, J.J., et al., *Competing demands from physical problems: effect on initiating and completing depression care over 6 months*. Arch Fam Med, 2000. **9(10)**: p. 1059-64.
96. Nutting, P.A., Rost, K., Dickinson, M., Werner, J.J., et al., *Barriers to initiating depression treatment in primary care practice*. J Gen Intern Med, 2002. **17(2)**: p. 103-11.
97. Cabana, M.D., Rand, C.S., Powe, N.R., Wu, A.W., et al., *Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement*. Jama, 1999. **282(15)**: p. 1458-65.
98. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être (ESCC)*. Statistique Canada - 2003 [Dernière consultation: 25 juin 2006]; Disponible à: http://www.statcan.ca/cgi-bin/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015&lang=fr&db=IMDB&dbq=f&adm=8&dis=2.
99. *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être (ESCC) - Définitions*. Statistique Canada - 2003 [Dernière consultation: 25 juin 2006]; Disponible à: http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-617-XIF/def_f.htm#5.
100. Kessler, R.C. and Ustun, T.B., *The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Int J Methods Psychiatr Res, 2004. **13(2)**: p. 93-121.

101. Reesal, R.T. and Lam, R.W., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. II. Principles of management*. Can J Psychiatry, 2001. **46 Suppl 1**: p. 21S-28S.
102. Segal, Z.V., Kennedy, S.H., and Cohen, N.L., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. V. Combining psychotherapy and pharmacotherapy*. Can J Psychiatry, 2001. **46 Suppl 1**: p. 59S-62S.
103. Sherbourne, C.D. and Stewart, A.L., *The MOS social support survey*. Soc Sci Med, 1991. **32**(6): p. 705-14.
104. Sheehan, D.V. *Sheehan Disability Scale (1983)*, in *Sajatovic, M. Ramirez, L.F. Rating scales in mental health. 2nd Ed.*, Lexi-Comp. 2003: Hudson, OH. p. 41-2.
105. Hambrick, J.P., Turk, C.L., Heimberg, R.G., Schneier, F.R., et al., *Psychometric properties of disability measures among patients with social anxiety disorder*. J Anxiety Disord, 2004. **18**(6): p. 825-39.
106. Rao, J.N.K. and Scott, A.J., *The Analysis of Categorical Data from Complex Sample Surveys: Chi-Squared Tests for Goodness of Fit and Independence in Two-Way Tables*. Journal of the American Statistical Association, 1981. **76**: p. 221-230.
107. Rao, J.N.K. and Scott, A.J., *On Chi-Squared Tests for Multiway Contingency Tables with Cell Proportions Estimated from Survey Data*. The Annals of Statistics, 1984. **12**: p. 46-60.
108. Badger, L., Robinson, H., and Farley, T., *Management of mental disorders in rural primary care: a proposal for integrated psychosocial services*. J Fam Pract, 1999. **48**(10): p. 813-8.
109. Fuller, J., Edwards, J., Martinez, L., Edwards, B., et al., *Collaboration and local networks for rural and remote primary mental healthcare in South Australia*. Health Soc Care Community, 2004. **12**(1): p. 75-84.
110. McCabe, S. and Macnee, C.L., *Weaving a new safety net of mental health care in rural America: a model of integrated practice*. Issues Ment Health Nurs, 2002. **23**(3): p. 263-78.
111. Druss, B.G. and Rosenheck, R.A., *Mental disorders and access to medical care in the United States*. Am J Psychiatry, 1998. **155**(12): p. 1775-7.
112. Eisenberg, L., *Treating depression and anxiety in the primary care setting*. Health Aff (Millwood), 1992. **11**(3): p. 149-56.

113. Enns, M.W., Swenson, J.R., McIntyre, R.S., Swinson, R.P., et al., *Clinical guidelines for the treatment of depressive disorders. VII. Comorbidity*. Can J Psychiatry, 2001. **46 Suppl 1**: p. 77S-90S.
114. Rost, K., Nutting, P., Smith, J., Coyne, J.C., et al., *The role of competing demands in the treatment provided primary care patients with major depression*. Arch Fam Med, 2000. **9(2)**: p. 150-4.
115. Williams, J.W., Jr., *Competing demands: Does care for depression fit in primary care?* J Gen Intern Med, 1998. **13(2)**: p. 137-9.
116. Michie, S. and Johnston, M., *Changing clinical behaviour by making guidelines specific*. Bmj, 2004. **328(7435)**: p. 343-5.
117. Peveler, R. and Kendrick, T., *Treatment delivery and guidelines in primary care*. Br Med Bull, 2001. **57**: p. 193-206.
118. Gagné, M.A., *Les soins de santé mentale axés sur la collaboration, de quoi s'agit-il? Une introduction au Cadre de travail en soins de santé mentale axés sur la collaboration*. 2005, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale: Mississauga, Ont. p. 10.
119. Lin, E.H., Katon, W.J., Simon, G.E., Von Korff, M., et al., *Achieving guidelines for the treatment of depression in primary care: is physician education enough?* Med Care, 1997. **35(8)**: p. 831-42.
120. Rhodes, A.E., Lin, E., and Mustard, C.A., *Self-reported use of mental health services versus administrative records: should we care?* Int J Methods Psychiatr Res, 2002. **11(3)**: p. 125-33.
121. Kwon, A., Bungay, K.M., Pei, Y., Rogers, W.H., et al., *Antidepressant use: concordance between self-report and claims records*. Med Care, 2003. **41(3)**: p. 368-74.
122. Lam, R.W. and Kennedy, S.H., *La prescription d'antidépresseurs dans la dépression en 2005 : nouvelles recommandations à la lumière des préoccupations soulevées dans les derniers mois*. Revue canadienne de psychiatrie, 2004. **49(12)**: p. 1-6.

ANNEXES

Annexe 1

Prévalence de traitement adéquat selon les quatre définitions

Tableau V. Prévalence de traitement adéquat selon les 4 définitions

Caractéristiques	% traitement adéquat Définition A (n=831)		% traitement adéquat Définition B (n=831)		% traitement adéquat Définition C (n=831)		% traitement adéquat Définition D (n=831)	
	%	(IC 95%)						
Age (années)								
15-24	47,0	(37,3 - 56,7)	77,7	(68,5 - 86,9)	37,8	(26,1 - 49,4)	48,2	(37,7 - 58,8)
25-44	55,1	(48,1 - 62,1)	72,2	(66,4 - 78,0)	48,6	(41,6 - 55,6)	57,0	(49,9 - 64,0)
45-64	58,6	(51,4 - 65,8)	67,7	(60,7 - 74,8)	52,3	(46,1 - 58,6)	58,7	(51,9 - 65,5)
65+	55,0	(35,6 - 74,3)	62,4	(41,5 - 83,2)	44,2	(27,2 - 61,3)	51,7	(33,1 - 70,3)
	p=0,345		p=0,285		p=0,135		p=0,398	
Genre								
Homme	57,1	(48,7 - 65,4)	69,2	(62,0 - 76,5)	47,5	(40,3 - 54,7)	56,6	(47,7 - 65,6)
Femme	53,8	(47,8 - 59,8)	72,1	(67,0 - 77,2)	47,8	(42,6 - 53,1)	55,3	(48,9 - 61,8)
	p=0,565		p=0,553		p=0,934		p=0,837	
Statut matrimonial								
Marité ou union libre	53,6	(46,6 - 60,6)	67,1	(61,0 - 73,2)	48,6	(40,0 - 57,2)	55,5	(48,7 - 62,4)
Veuf	51,4	(35,2 - 67,7)	65,4	(48,5 - 82,3)	46,8	(19,0 - 74,6)	50,1	(29,9 - 70,3)
Séparé ou divorcé	52,7	(38,7 - 66,7)	68,6	(55,2 - 82,0)	49,4	(40,9 - 58,0)	51,8	(37,1 - 66,5)
Célibataire	58,7	(49,9 - 67,4)	79,2	(71,9 - 86,5)	46,0	(39,8 - 52,2)	59,4	(50,3 - 68,5)
	p=0,777		p=0,279		p=0,919		p=0,755	
Origines culturelles								
Blanc	55,2	(50,8 - 59,5)	71,4	(67,7 - 75,0)	49,3	(45,2 - 53,3)	56,5	(52,4 - 60,7)
Autre	48,8	(34,8 - 62,8)	67,7	(53,5 - 81,9)	28,8	(10,1 - 47,5)	47,0	(32,6 - 61,4)
	p=0,425		p=0,640		p=0,028		p=0,237	
Statut d'immigrant								
Citoyenneté canadienne	55,7	(51,4 - 60,0)	71,1	(67,0 - 75,1)	49,4	(45,7 - 53,1)	56,9	(53,1 - 60,7)
Immigrant	48,7	(35,9 - 61,5)	71,4	(59,8 - 83,1)	37,6	(18,5 - 56,7)	49,3	(34,5 - 64,0)
	p=0,250		p=0,952		p=0,235		p=0,285	

Tableau V. Prévalence de traitement adéquat selon les 4 définitions (suite)

Caractéristiques	% traitement adéquat Définition A (n=831)		% traitement adéquat Définition B (n=831)		% traitement adéquat Définition C (n=831)		% traitement adéquat Définition D (n=831)	
	%	(IC 95%)						
Scolarité								
< Diplôme secondaire	48,0	(32,5 - 63,4)	66,9	(54,8 - 79,1)	39,1	(26,8 - 51,4)	45,8	(31,2 - 60,4)
Diplôme secondaire	56,8	(46,8 - 66,7)	73,1	(64,2 - 82,0)	54,6	(45,4 - 63,9)	56,9	(47,4 - 66,4)
Études post-secondaires	56,8	(44,1 - 69,6)	77,4	(60,5 - 94,4)	54,8	(39,3 - 70,2)	65,6	(45,4 - 85,8)
Diplôme post-secondaire	57,3	(49,2 - 65,5)	71,7	(66,3 - 77,1)	47,7	(40,7 - 54,7)	58,2	(52,0 - 64,4)
	p=0,554		p=0,667		p=0,207		p=0,271	
Emploi 12 derniers mois								
Non	62,2	(55,0 - 69,3)	72,6	(65,4 - 79,7)	51,9	(44,3 - 59,4)	60,6	(54,1 - 67,2)
Oui	51,8	(46,7 - 56,8)	70,5	(66,4 - 74,7)	46,0	(41,3 - 50,6)	53,7	(48,6 - 58,7)
	p=0,032		p=0,660		p=0,221		p=0,123	
Lieu de résidence								
Urbain	56,9	(52,3 - 61,5)	72,2	(68,1 - 76,3)	49,2	(44,4 - 54,0)	57,1	(52,6 - 61,7)
Rural	43,0	(32,6 - 53,4)	64,9	(55,8 - 73,9)	38,8	(29,5 - 48,1)	47,4	(39,2 - 55,7)
	p=0,020		p=0,214		p=0,073		p=0,089	
Soutien social tangible								
Oui	61,1	(55,5 - 66,8)	74,7	(68,9 - 80,4)	55,1	(49,4 - 60,9)	61,7	(56,5 - 67,0)
Non	46,9	(38,9 - 54,9)	66,5	(60,8 - 72,3)	39,3	(27,4 - 51,3)	48,4	(40,1 - 56,8)
	p=0,006		p=0,049		p=0,047		p=0,009	
Assurance médicaments								
Oui	57,2	(51,9 - 62,5)	72,3	(68,6 - 76,0)	50,4	(46,2 - 54,7)	57,4	(53,1 - 61,7)
Non	46,6	(34,6 - 58,5)	66,8	(58,2 - 75,5)	39,2	(29,2 - 49,2)	50,6	(41,9 - 59,2)
	p=0,155		p=0,254		p=0,038		p=0,158	
Problèmes d'accessibilité								
Oui	54,7	(34,8 - 74,6)	72,0	(52,1 - 92,0)	54,5	(32,6 - 76,4)	60,7	(40,5 - 80,8)
Non	54,4	(49,9 - 59,0)	70,8	(66,6 - 75,0)	47,5	(42,8 - 52,2)	55,3	(51,0 - 59,5)
	p=0,986		p=0,936		p=0,659		p=0,724	

Tableau V. Prévalence de traitement adéquat selon les 4 définitions (suite)

Caractéristiques	% traitement adéquat Définition A (n=831)		% traitement adéquat Définition B (n=831)		% traitement adéquat Définition C (n=831)		% traitement adéquat Définition D (n=831)	
	%	(IC 95%)						
Problèmes de disponibilité								
Oui	65,1	(52,2 - 78,0)	81,0	(70,6 - 91,5)	62,7	(49,4 - 76,0)	66,4	(53,0 - 79,7)
Non	53,5	(48,7 - 58,3)	70,0	(65,8 - 74,1)	46,5	(41,9 - 51,1)	54,5	(50,2 - 58,9)
	p=0,173		p=0,102		p=0,035		p=0,149	
Problèmes d'acceptabilité								
Oui	43,5	(23,4 - 63,5)	67,1	(53,9 - 80,3)	33,8	(12,7 - 54,9)	45,1	(27,8 - 62,4)
Non	56,9	(51,5 - 62,3)	71,7	(67,9 - 75,5)	50,9	(46,8 - 55,0)	57,8	(53,9 - 61,8)
	p=0,249		p=0,544		p=0,129		p=0,172	
Conditions médicales chroniques								
Aucune	31,9	(14,3 - 49,4)	50,9	(35,6 - 66,2)	18,6	(0,8 - 36,4)	33,9	(12,9 - 54,9)
1	48,7	(29,9 - 67,6)	72,4	(60,8 - 84,0)	42,2	(28,6 - 55,7)	50,5	(37,6 - 63,4)
2	51,2	(40,6 - 61,8)	71,1	(63,4 - 78,9)	38,1	(18,7 - 57,5)	52,6	(40,8 - 64,4)
3 ou plus	62,3	(56,7 - 67,9)	74,1	(68,6 - 79,6)	58,1	(52,7 - 63,5)	62,4	(57,4 - 67,5)
	p=0,025		p=0,052		p=0,010		p=0,029	
Trouble anxieux								
Oui	67,2	(60,6 - 73,9)	78,9	(73,9 - 83,9)	59,0	(52,0 - 66,0)	67,3	(59,6 - 74,9)
Non	49,5	(43,9 - 55,2)	67,8	(63,2 - 72,4)	42,8	(37,2 - 48,5)	50,7	(45,2 - 56,3)
	p<0,001		p=0,002		p=0,002		p=0,002	
Atteinte fonctionnelle								
Sévère ou très sévère	67,4	(61,3 - 73,5)	79,6	(74,7 - 84,5)	64,0	(55,2 - 72,9)	68,6	(63,2 - 73,9)
Nulle à modérée	48,8	(43,3 - 54,3)	66,6	(61,9 - 71,4)	39,8	(33,5 - 46,0)	49,1	(44,0 - 54,1)
	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
Risque suicidaire								
Oui	67,0	(60,3 - 73,6)	80,6	(76,1 - 85,2)	64,1	(57,0 - 71,1)	69,8	(63,2 - 76,5)
Non	47,8	(42,7 - 53,0)	65,6	(60,9 - 70,3)	38,2	(32,0 - 44,4)	47,5	(42,2 - 52,9)
	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	

Tableau V. Prévalence de traitement adéquat selon les 4 définitions (suite)

Caractéristiques	% traitement adéquat Définition A (n=831)		% traitement adéquat Définition B (n=831)		% traitement adéquat Définition C (n=831)		% traitement adéquat Définition D (n=831)	
	%	(IC 95%)						
Premier épisode dépressif								
Oui	50,4	(35,2 - 65,6)	70,8	(62,8 - 78,7)	44,7	(32,3 - 57,1)	50,4	(37,2 - 63,5)
Non	54,7	(49,7 - 59,7)	70,1	(64,2 - 75,9)	47,2	(42,5 - 51,9)	56,2	(51,3 - 61,2)
	p=0,615		p=0,889		p=0,688		p=0,426	
Secteur de soins								
Secteur médical général	30,7	(16,1 - 45,2)	39,6	(28,0 - 51,2)	30,5	(21,4 - 39,5)	31,0	(21,6 - 40,4)
Secteur non médical spécialisé en santé mentale	55,7	(45,8 - 65,6)	80,7	(75,3 - 86,0)	43,1	(36,0 - 50,2)	55,9	(48,0 - 63,9)
Secteur médical spécialisé en santé mentale	76,0	(69,2 - 82,8)	89,7	(85,0 - 94,3)	68,6	(59,8 - 77,3)	78,2	(70,2 - 86,3)
	p<0,001		p<0,001		p<0,001		p<0,001	
Total	54,9	(50,6 - 59,1)	71,1	(67,5 - 74,7)	47,7	(43,5 - 51,9)	55,7	(51,8 - 59,7)

Annexe 2
Matrice de corrélation

Tableau VI. Matrice de corrélation

	Constante	Age 25-44	Age 45-64	Age 65+	Genre Masculin
Constante	1.000	0.561	-0.062	0.314	-0.274
Age 25-44	0.561	1.000	0.405	0.544	-0.324
Age 45-64	-0.062	0.405	1.000	0.366	0.020
Age 65+	0.314	0.544	0.366	1.000	-0.143
Genre Masculin	-0.274	-0.324	0.020	-0.143	1.000
Origines Culturelles Blanc	0.279	0.551	-0.114	0.338	-0.331
Statut d'immigrant Immigrant	-0.368	-0.202	-0.139	-0.071	0.161
Scolarité Diplôme post-secondaire	-0.666	-0.683	-0.108	-0.376	0.309
Scolarité Études post-secondaires	-0.441	-0.462	0.010	-0.198	0.242
Scolarité Diplôme secondaire	-0.308	-0.256	-0.099	-0.109	0.077
Emploi 12 derniers mois Non	-0.247	-0.176	-0.152	-0.396	0.153
Lieu de résidence Urbain	-0.807	-0.658	0.037	-0.448	0.306
Conditions médicales chroniques 3 ou plus	-0.492	-0.441	-0.244	-0.373	0.172
Conditions médicales chroniques 2	-0.537	-0.394	-0.204	-0.291	0.115
Conditions médicales chroniques 1	-0.570	-0.449	-0.110	-0.268	0.197
Atteinte fonctionnelle Sévère ou très sévère	-0.423	-0.370	0.027	0.011	0.043
Risque suicidaire Oui	-0.311	-0.228	-0.061	-0.055	0.062
Trouble anxieux Oui	-0.370	-0.433	0.009	-0.257	0.285
Assurance médicaments Oui	-0.674	-0.518	0.014	-0.388	0.105
Secteur de soins Secteur médical spécialisé en santé mentale	-0.648	-0.524	0.117	-0.168	0.157
Secteur de soins Secteur non médical spécialisé en santé mentale	-0.766	-0.772	0.024	-0.384	0.350
Soutien social tangible Oui	-0.558	-0.524	0.023	-0.416	0.195
Problèmes d'acceptabilité Oui	0.543	0.708	0.094	0.421	-0.346
Problèmes de disponibilité Oui	-0.190	-0.316	-0.028	-0.123	0.283

Tableau VI. Matrice de corrélation (suite)

	Origines Culturelles Blanc	Statut d'immigrant Immigrant	Scolarité Diplôme post-secondaire	Scolarité Études post-secondaires	Scolarité Diplôme secondaire
Constante	0.279	-0.368	-0.666	-0.441	-0.308
Age 25-44	0.551	-0.202	-0.683	-0.462	-0.256
Age 45-64	-0.114	-0.139	-0.108	0.010	-0.099
Age 65+	0.338	-0.071	-0.376	-0.198	-0.109
Genre Masculin	-0.331	0.161	0.309	0.242	0.077
Origines Culturelles Blanc	1.000	-0.015	-0.476	-0.380	-0.188
Statut d'immigrant Immigrant	-0.015	1.000	0.122	0.139	0.108
Scolarité Diplôme post-secondaire	-0.476	0.122	1.000	0.613	0.574
Scolarité Études post-secondaires	-0.380	0.139	0.613	1.000	0.386
Scolarité Diplôme secondaire	-0.188	0.108	0.574	0.386	1.000
Emploi 12 derniers mois Non	-0.051	0.055	0.336	0.179	0.179
Lieu de résidence Urbain	-0.521	0.217	0.602	0.397	0.155
Conditions médicales chroniques 3 ou plus	-0.411	0.170	0.372	0.174	0.242
Conditions médicales chroniques 2	-0.352	0.210	0.375	0.142	0.230
Conditions médicales chroniques 1	-0.404	0.279	0.332	0.166	0.157
Atteinte fonctionnelle Sévère ou très sévère	-0.217	0.300	0.139	0.123	0.092
Risque suicidaire Oui	-0.118	0.004	0.303	0.228	0.107
Trouble anxieux Oui	-0.481	0.183	0.382	0.282	0.011
Assurance médicaments Oui	-0.450	0.241	0.460	0.324	0.176
Secteur de soins Secteur médical spécialisé en santé mentale	-0.410	0.229	0.480	0.344	0.180
Secteur de soins Secteur non médical spécialisé en santé mentale	-0.668	0.317	0.616	0.496	0.247
Soutien social tangible Oui	-0.473	-0.039	0.596	0.334	0.117
Problèmes d'acceptabilité Oui	0.573	-0.208	-0.660	-0.526	-0.297
Problèmes de disponibilité Oui	-0.356	0.095	0.188	0.193	0.137

Tableau VI. Matrice de corrélation (suite)

	Emploi 12 derniers mois Non	Lieu de résidence Urbain	Conditions médicales chroniques 3 ou plus	Conditions médicales chroniques 2	Conditions médicales chroniques 1
Constante	-0.247	-0.807	-0.492	-0.537	-0.570
Age 25-44	-0.176	-0.658	-0.441	-0.394	-0.449
Age 45-64	-0.152	0.037	-0.244	-0.204	-0.110
Age 65+	-0.396	-0.448	-0.373	-0.291	-0.268
Genre Masculin	0.153	0.306	0.172	0.115	0.197
Origines Culturelles Blanc	-0.051	-0.521	-0.411	-0.352	-0.404
Statut d'immigrant Immigrant	0.055	0.217	0.170	0.210	0.279
Scolarité Diplôme post-secondaire	0.336	0.602	0.372	0.375	0.332
Scolarité Études post-secondaires	0.179	0.397	0.174	0.142	0.166
Scolarité Diplôme secondaire	0.179	0.155	0.242	0.230	0.157
Emploi 12 derniers mois Non	1.000	0.165	0.081	0.026	0.123
Lieu de résidence Urbain	0.165	1.000	0.382	0.350	0.406
Conditions médicales chroniques 3 ou plus	0.081	0.382	1.000	0.824	0.789
Conditions médicales chroniques 2	0.026	0.350	0.824	1.000	0.745
Conditions médicales chroniques 1	0.123	0.406	0.789	0.745	1.000
Atteinte fonctionnelle Sévère ou très sévère	-0.089	0.380	0.194	0.175	0.304
Risque suicidaire Oui	0.079	0.150	0.090	0.206	0.105
Trouble anxieux Oui	-0.026	0.432	0.099	0.202	0.188
Assurance médicaments Oui	0.144	0.634	0.245	0.338	0.294
Secteur de soins Secteur médical spécialisé en santé mentale	0.062	0.545	0.201	0.281	0.354
Secteur de soins Secteur non médical spécialisé en santé mentale	0.161	0.788	0.461	0.413	0.536
Soutien social tangible Oui	0.227	0.572	0.232	0.240	0.287
Problèmes d'acceptabilité Oui	-0.150	-0.639	-0.385	-0.301	-0.385
Problèmes de disponibilité Oui	0.022	0.243	0.166	0.120	0.301

Tableau VI. Matrice de corrélation (suite)

	Atteinte fonctionnelle Sévère ou très sévère	Risque suicidaire Oui	Trouble anxieux Oui	Assurance médicaments Oui	Secteur de soins Secteur médical spécialisé en santé mentale
Constante	-0.423	-0.311	-0.370	-0.674	-0.648
Age 25-44	-0.370	-0.228	-0.433	-0.518	-0.524
Age 45-64	0.027	-0.061	0.009	0.014	0.117
Age 65+	0.011	-0.055	-0.257	-0.388	-0.168
Genre Masculin	0.043	0.062	0.285	0.105	0.157
Origines Culturelles Blanc	-0.217	-0.118	-0.481	-0.450	-0.410
Statut d'immigrant Immigrant	0.300	0.004	0.183	0.241	0.229
Scolarité Diplôme post-secondaire	0.139	0.303	0.382	0.460	0.480
Scolarité Études post-secondaires	0.123	0.228	0.282	0.324	0.344
Scolarité Diplôme secondaire	0.092	0.107	0.011	0.176	0.180
Emploi 12 derniers mois Non	-0.089	0.079	-0.026	0.144	0.062
Lieu de résidence Urbain	0.380	0.150	0.432	0.634	0.545
Conditions médicales chroniques 3 ou plus	0.194	0.090	0.099	0.245	0.201
Conditions médicales chroniques 2	0.175	0.206	0.202	0.338	0.281
Conditions médicales chroniques 1	0.304	0.105	0.188	0.294	0.354
Atteinte fonctionnelle Sévère ou très sévère	1.000	0.162	0.041	0.264	0.435
Risque suicidaire Oui	0.162	1.000	0.087	0.255	0.264
Trouble anxieux Oui	0.041	0.087	1.000	0.394	0.374
Assurance médicaments Oui	0.264	0.255	0.394	1.000	0.560
Secteur de soins Secteur médical spécialisé en santé mentale	0.435	0.264	0.374	0.560	1.000
Secteur de soins Secteur non médical spécialisé en santé mentale	0.516	0.277	0.443	0.632	0.693
Soutien social tangible Oui	0.110	0.198	0.463	0.445	0.439
Problèmes d'acceptabilité Oui	-0.322	-0.209	-0.477	-0.437	-0.421
Problèmes de disponibilité Oui	0.114	-0.071	0.302	0.055	0.136

Tableau VI. Matrice de corrélation (suite)

	Secteur de soins Secteur non médical spécialisé en santé mentale	Soutien social tangible Oui	Problèmes d'acceptabilité Oui	Problèmes de disponibilité Oui
Constante	-0.766	-0.558	0.543	-0.190
Age 25-44	-0.772	-0.524	0.708	-0.316
Age 45-64	0.024	0.023	0.094	-0.028
Age 65+	-0.384	-0.416	0.421	-0.123
Genre Masculin	0.350	0.195	-0.346	0.283
Origines Culturelles Blanc	-0.668	-0.473	0.573	-0.356
Statut d'immigrant Immigrant	0.317	-0.039	-0.208	0.095
Scolarité Diplôme post-secondaire	0.616	0.596	-0.660	0.188
Scolarité Études post-secondaires	0.496	0.334	-0.526	0.193
Scolarité Diplôme secondaire	0.247	0.117	-0.297	0.137
Emploi 12 derniers mois Non	0.161	0.227	-0.150	0.022
Lieu de résidence Urbain	0.788	0.572	-0.639	0.243
Conditions médicales chroniques 3 ou plus	0.461	0.232	-0.385	0.166
Conditions médicales chroniques 2	0.413	0.240	-0.301	0.120
Conditions médicales chroniques 1	0.536	0.287	-0.385	0.301
Atteinte fonctionnelle Sévère ou très sévère	0.516	0.110	-0.322	0.114
Risque suicidaire Oui	0.277	0.198	-0.209	-0.071
Trouble anxieux Oui	0.443	0.463	-0.477	0.302
Assurance médicaments Oui	0.632	0.445	-0.437	0.055
Secteur de soins Secteur médical spécialisé en santé mentale	0.693	0.439	-0.421	0.136
Secteur de soins Secteur non médical spécialisé en santé mentale	1.000	0.556	-0.698	0.346
Soutien social tangible Oui	0.556	1.000	-0.594	0.230
Problèmes d'acceptabilité Oui	-0.698	-0.594	1.000	-0.276
Problèmes de disponibilité Oui	0.346	0.230	-0.276	1.000