Document généré le 5 juin 2025 10:19

Santé mentale au Québec

L'effet de l'âge, du genre et du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique

Résultats du programme de recherche ESA sur la santé mentale et le vieillissement

The effect of age, gender and socioeconomic status on the use of services for psychological distress symptoms in the general medical sector

Results from the ESA research program on mental health and aging

Michel Préville, Ph. D., Samantha Gontijo-Guerra, Ph. D. (candidate), Samia-Djemaâ Mechakra-Tahiri, Ph. D., Helen-Maria Vasiliadis, Ph. D., Catherine Lamoureux-Lamarche, M. Sc. (candidate) et Djamal Berbiche, Ph. D.

Volume 39, numéro 1, printemps 2014

Réformes du système de santé mentale : constats, témoignages et recommandations

URI : https://id.erudit.org/iderudit/1025916ar
DOI : https://doi.org/10.7202/1025916ar

Aller au sommaire du numéro

Éditeur(s)

Revue Santé mentale au Québec

ISSN

0383-6320 (imprimé)
1708-3923 (numérique)

Découvrir la revue

Citer cet article

Préville, M., Gontijo-Guerra, S., Mechakra-Tahiri, S.-D., Vasiliadis, H.-M., Lamoureux-Lamarche, C. & Berbiche, D. (2014). L'effet de l'âge, du genre et du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique : résultats du programme de recherche ESA sur la santé mentale et le vieillissement. *Santé mentale au Québec*, *39*(1), 243–272. https://doi.org/10.7202/1025916ar

Résumé de l'article

Objectifs : L'objectif de cette étude était, premièrement, de documenter les propriétés psychométriques d'une mesure du statut socioéconomique des personnes âgées et, deuxièmement, de documenter l'effet du statut socioéconomique sur l'association entre le besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale par les personnes âgées en tenant compte de l'effet de l'âge et du genre.

Méthode : Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'étude ESA (Enquête sur la santé des aînés) sur la santé mentale et le vieillissement, réalisée en 2005-2008 auprès d'un échantillon probabiliste (n = 2811) de la population âgée de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec.

Résultats : Nos résultats ont montré qu'un modèle de mesure du statut socioéconomique des personnes âgées, incluant une dimension individuelle (SSE_I) et contextuelle (SSE_C) de défavorisation, était plausible. La fiabilité de la mesure du statut socioéconomique utilisée dans le cadre du programme de recherche ESA était de ,92. Nos résultats ont montré que les femmes (b = -,43) ainsi que les personnes plus âgées (b = -,16) avaient un statut socioéconomique plus défavorisé. Cependant, nos résultats n'ont montré aucune association significative entre le statut socioéconomique, la perception du besoin d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale chez les personnes âgées au Québec.

Nos résultats ne confirment pas l'idée avancée dans d'autres études selon lesquelles le statut socioéconomique a un effet sur l'utilisation des services de médecine générale par les personnes âgées et suggèrent que, dans un contexte où les services de santé sont donnés dans le cadre d'un programme d'assurance public, le statut socioéconomique n'influence pas l'accès aux services de médecine générale chez les personnes âgées.

Tous droits réservés © Département de psychiatrie de l'Université de Montréal, 2014

Ce document est protégé par la loi sur le droit d'auteur. L'utilisation des services d'Érudit (y compris la reproduction) est assujettie à sa politique d'utilisation que vous pouvez consulter en ligne.

https://apropos.erudit.org/fr/usagers/politique-dutilisation/

Cet article est diffusé et préservé par Érudit.

Érudit est un consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal. Il a pour mission la promotion et la valorisation de la recherche.

https://www.erudit.org/fr/

L'effet de l'âge, du genre et du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique :

Résultats du programme de recherche ESA sur la santé mentale et le vieillissement

Michel Préville, Ph. D.[a]
Samantha Gontijo-Guerra, Ph. D. (candidate)[b]
Samia-Djemaâ Mechakra-Tahiri, Ph. D.[c]
Helen-Maria Vasiliadis, Ph. D.[d]
Catherine Lamoureux-Lamarche, M. Sc. (candidate)[e]
Djamal Berbiche, Ph. D.[f]

RÉSUMÉ **Objectifs :** L'objectif de cette étude était, premièrement, de documenter les propriétés psychométriques d'une mesure du statut socioéconomique des personnes âgées et, deuxièmement, de documenter l'effet du statut socioéconomique sur l'association entre le besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale par les personnes âgées en tenant compte de l'effet de l'âge et du genre.

a. Professeur titulaire à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, et chercheur au Centre de recherche – Hôpital Charles-LeMoyne, Canada.
b. Candidate au doctorat dans le programme de sciences cliniques de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
c. Chercheure associée au programme de recherche ESA, Hôpital Charles-LeMoyne, Canada.
d. Professeure agrégée à la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke, et chercheure au Centre de recherche – Hôpital Charles-LeMoyne, Canada.
e. Candidate à la maîtrise au programme de sciences cliniques de la Faculté de médecine et des sciences de la santé, Université de Sherbrooke.
f. Statisticien senior au Centre de recherche – Hôpital Charles-LeMoyne, Canada.

Santé mentale au Québec, 2014, XXXIX, nº 1, 243-272

Méthode : Les données utilisées pour cette étude proviennent de l'étude ESA (Enquête sur la santé des aînés) sur la santé mentale et le vieillissement, réalisée en 2005-2008 auprès d'un échantillon probabiliste (n = 2811) de la population âgée de 65 ans et plus vivant à domicile au Québec.
Résultats : Nos résultats ont montré qu'un modèle de mesure du statut socioéconomique des personnes âgées, incluant une dimension individuelle (SSE_I) et contextuelle (SSE_C) de défavorisation, était plausible. La fiabilité de la mesure du statut socioéconomique utilisée dans le cadre du programme de recherche ESA était de ,92. Nos résultats ont montré que les femmes (b = -,43) ainsi que les personnes plus âgées (b = -,16) avaient un statut socioéconomique plus défavorisé. Cependant, nos résultats n'ont montré aucune association significative entre le statut socioéconomique, la perception du besoin d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale chez les personnes âgées au Québec.
Conclusion : Nos résultats ne confirment pas l'idée avancée dans d'autres études selon lesquelles le statut socioéconomique a un effet sur l'utilisation des services de médecine générale par les personnes âgées et suggèrent que, dans un contexte où les services de santé sont donnés dans le cadre d'un programme d'assurance public, le statut socioéconomique n'influence pas l'accès aux services de médecine générale chez les personnes âgées.

MOTS CLÉS épidémiologie, services de médecine générale, vieillissement, statut socioéconomique

The effect of age, gender and socioeconomic status on the use of services for psychological distress symptoms in the general medical sector: Results from the ESA research program on mental health and aging.

ABSTRACT Objectives: The objective of this study was, first, to document the psychometric characteristics of a measure of the older adults' socioeconomic status and, secondly, to test the effect of the socioeconomic status on the association between the older adults perceived need to improve their mental health and their use of services in the general medical sector for psychological distress symptoms taking into account the effect of age and gender.
Method: Data used in this study come from the ESA study (Enquête sur la santé des ainés) on mental health and aging, conducted in 2005-2008 using a probabilistic sample (n=2811) of the older adult population aged 65 years and over living at home in Quebec.
Results: Our results showed that a measurement model of the older adults' socioeconomic status including an individual-level (SES_I) and an area/contextual-level dimension of socioeconomic deprivation (SES_C) was plausible. The reliability of the SES index used in the ESA research program was .92. Our results showed that women (b=-.43) and older people (b=-.16) were more at risk to have a disadvan-

taged socioeconomic status. However, our results did not show evidence of a significant association between the older adults' socioeconomic status, their perception of a need to improve their mental health and the use of medical services for psychological distress symptoms in the general medical sector in the older adult population in Quebec.

Conclusion: Our results do not support the idea suggested in other studies that socioeconomic status has an effect on the older adults use of services for psychological distress symptoms in the general medical sector and suggest that in a context where medical health services are provided under a public insurance programme context, the socioeconomic status does not influence access to services in the general medical sector in the older adult population.

KEYWORDS epidemiology, general medical sector, aging, socioeconomic status.

Introduction

Le statut socioéconomique (SSE) est un concept multidimensionnel largement utilisé dans le domaine de la recherche épidémiologique en santé. Il reflète l'accessibilité des individus aux ressources du milieu (alimentation, logement, ressources culturelles, etc.) ainsi que la qualité des milieux de vie (degré d'urbanisation, pollution de l'air, de l'eau, du sol) (Andrew, 2010 ; Grundy et Holt, 2001). Il traduit, en partie, la place d'un individu au sein de la société (Mueller et Parcel, 1981 ; Rudkin et Markides, 2001). Dans la documentation, d'autres termes tels que le concept de classe sociale sont aussi utilisés de façon interchangeable pour mesurer le statut socioéconomique malgré le fait que leurs bases théoriques soient différentes (Cabieses, Zitko, Pinedo, Espinoza et Albor, 2011 ; Galobardes, Lynch et Smith, 2007 ; Kessler, 1982 ; Ribet *et al.*, 2007 ; Rudkin et Markides, 2001).

La mesure du statut socioéconomique ne fait pas consensus. Plusieurs indicateurs individuels ou contextuels, objectifs ou subjectifs, ont été proposés pour mesurer ce concept (Cabieses *et al.*, 2011 ; Deonandan, Campbell, Ostbye, Tummon et Robertson, 2000 ; Galobardes *et al.*, 2007 ; Ribet *et al.*, 2007 ; Shavers, 2007 ; Teevan, 1985). Ces derniers ne sont pas toujours mutuellement exclusifs. Généralement, le statut socioéconomique est mesuré par le degré d'éducation, le revenu et l'occupation (Adler *et al.*, 1994 ; American Psychological Association [APA], 2012 ; Duncan, Daly, McDonough et Williams, 2002 ; Galobardes, Morabia et Bernstein, 2000 ; Grundy et Holt, 2001 ; Oakes et Rossi,

2003 ; Rudkin et Markides, 2001). L'occupation ou la profession sont des variables rarement utilisées en recherche gérontologique, car la majorité des sujets âgés de 65 ans et plus ne sont plus sur le marché du travail (Andrew, 2010 ; Grundy et Holt, 2001 ; Rudkin et Markides, 2001).

Plusieurs études ont rapporté une association entre les indicateurs d'un faible statut socioéconomique des individus et la détresse psychologique, tant dans la population adulte (Adler *et al.*, 1994 ; Everson, Maty, Lynch et Kaplan, 2002 ; Giordano et Lindstrom, 2010 ; Kaplan, Roberts, Camacho et Coyne 1987 ; Kessler, 1982 ; Lorant *et al.*, 2003 ; Murphy *et al.*, 1991) que dans la population âgée (Blazer, 2003 ; Castro-Costa, Lima-Costa, Carvalhais, Firmo et Uchoa, 2008 ; Ladin, Daniels et Kawachi, 2010 ; McCall, Parks, Smith, Pope et Griggs, 2002 ; Mojtabai et Olfson, 2004 ; Rudi et Markides, 2001 ; Vink, Aartsen et Schoevers, 2008 ; von dem Knesebeck, Lüschen, Cockerham et Siegrist, 2003 ; West, Reed et Gildengorin, 1998).

Deux hypothèses principales ont été avancées pour expliquer cette association. La première hypothèse suggère que la détresse psychologique modérée ou sévère influence le statut social ; les personnes atteintes de problèmes de santé mentale subiraient, comme conséquence, une dégradation de leur statut socioéconomique (perte de revenu, moins grande accessibilité aux ressources du milieu, etc.). Selon la deuxième hypothèse, un statut socioéconomique défavorisé est associé à un environnement physique et social délétère pour la santé qui affecterait les conditions biologique, physiologique et psychologique de l'individu (Adler *et al.*, 1994 ; Fox, 1990 ; McLeod et Kessler, 1990 ; Murphy *et al.*, 1991 ; Orpana, Lemyre et Gravel, 2009 ; Perry, 1996).

L'association entre le statut socioéconomique et l'occurrence de symptômes de détresse psychologique serait plus importante chez les femmes que chez les hommes (Alvarado, Zunzunegui, Béland, Sicotte et Tellechea, 2007 ; Lorant *et al.*, 2003 ; Mojtabai et Olfson, 2004 ; Rueda et Artazcoz, 2009). Cette relation serait, en partie, attribuable au fait que ces dernières présentent davantage de troubles affectifs et anxieux que les hommes (Henderson *et al.*, 1993 ; Kessler *et al.*, 2005). L'association entre l'âge et la présence des symptômes de détresse psychologique chez les personnes âgées fait l'objet de controverse (Djernes, 2006 ; Vink *et al.*, 2009). Certaines études ont rapporté que la prévalence de ces symptômes dans la population âgée augmentait avec l'âge (Beekman *et al.*, 1995 ; Castro-Costa *et al.*, 2008), alors que d'autres études n'ont trouvé aucune association significative entre l'âge et la détresse psychologique (Cole et Dendukuri, 2003 ; McCall *et al.*,

2002 ; Minicuci, Maggi, Pavan, Enzi et Crepaldi, 2002 ; Musil, Haug et Warner, 1998). Cairney et Krause (2005) ont rapporté une association en forme de U chez les 50 ans et plus. Le faible revenu relatif des personnes âgées et les écarts de revenu entre les hommes et les femmes âgées pourraient, en partie, expliquer l'association entre l'âge, le sexe/genre et la détresse psychologique (Lefebvre, 2003 ; Zarit et Zarit, 2010).

Plusieurs études ont montré qu'il y avait un nombre important de troubles dépressifs et anxieux masqués dans la population âgée (Beekman, Deeg, Braam, Smit et van Tilburg, 1997 ; German, Shapiro et Skinner, 1985 ; Klap, Unroe et Unützer, 2003 ; Lebowitz *et al.*, 1997 ; O'Connor, Rosewarne et Bruce, 2001 ; Pfaff et Almeida, 2005 ; Sussman *et al.*, 2011 ; Volkers, Nuyen, Verhaak Schellevis, 2004 ; Waxman, Carrier et Klein, 1984). L'étude ESA a montré que seulement 40 % des personnes âgées répondant aux critères d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété du DSM-IV avaient consulté pour leurs symptômes (Préville *et al.*, 2009). Par ailleurs, plusieurs études ont suggéré que la détresse psychologique modérée et sévère dans les groupes socioéconomiques défavorisés était associée à une utilisation non optimale des services de santé (Crabb et Hunsley, 2006 ; Crawford, Prince, Menezes et Mann, 1998 ; Crystal, Sambamoorthi, Walkup et Akincigil, 2003 ; Han, Gfroerer, Colpe et Colliver, 2011 ; Issakidis et Andrews, 2006 ; Lebowitz *et al.*, 1997 ; Mickus, Colenda et Hogan, 2000). Ce résultat serait relié au fait que les sujets ayant un statut socioéconomique plus favorisé présentent moins de symptômes de détresse psychologique et consultent davantage le secteur spécialisé de santé mentale pour leur problème d'ordre psychologique (Dunlop, Coyte et McIsaac, 2000 ; Millman, 2001 ; Robins, Locke et Regier, 1991 ; Veroff, Kulka et Douvan, 1981). Les individus socialement défavorisés auraient davantage une définition fonctionnelle de leur santé basée sur leurs besoins économiques que les individus de classes sociales favorisées et auraient moins tendance à consulter en l'absence d'incapacité fonctionnelle (Mechanic, 1983). Ce phénomène favoriserait ainsi la chronicité et l'aggravation des problèmes de santé mentale existant dans les groupes défavorisés et aurait une incidence sur la qualité de vie des personnes touchées et les coûts directs et indirects reliés à la prise en charge des personnes âgées plus défavorisées.

L'effet du genre sur l'utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique serait, en partie, attribuable à des facteurs de socialisation différents chez les hommes et les femmes qui rendraient socialement plus acceptable la recherche d'aide par les

femmes (Crabb et Hunsley, 2006 ; Mackenzie, Gekoski et Knox, 2006 ; Robb, Haley, Becker, Polivka et Chwa, 2003 ; Robins *et al.,* 1991 ; Singleton et Lewis, 2003 ; Smith, McGovern et Peck, 2004 ; ten Have, Vollebergh, Bijl et de Graaf, 2001 ; Weissman et Klerman 1977).

L'âge serait, par ailleurs, relié à une faible utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique (Alonso *et al*., 2004 ; Crabb et Hunsley, 2006 ; Garrido, Kane, Kaas et Kane, 2011 ; Klap *et al*., 2003 ; Robb *et al*., 2003 ; 1991 ; Smith *et al*., 2004 ; 1998 ; Wetherell *et al*., 2004). Ceci pourrait être relié au fait que les personnes âgées attribuent davantage leurs symptômes à des problèmes physiques et/ou considèrent ces symptômes comme triviaux et ne nécessitant pas de consultation (Pepin, Segal et Coolidge, 2009 ; Sarkisian, Lee-Henderson et Mangione, 2003).

Il a été suggéré que, dans un contexte où les services médicaux sont accessibles à tous, comme au Québec, les groupes sociaux défavorisés ne seraient pas de plus grands utilisateurs de services de médecine générale pour des problèmes de santé mentale que ceux bénéficiant d'un statut social favorisé, ceci malgré le fait que les individus de classe sociale défavorisée présentent davantage de troubles psychiatriques (Alegría, Bijl, Lin, Walters et Kessler, 2000 ; Holzer *et al.,* 1986 ; Wells, Manning, Duan, Newhouse et Ware, 1986 ; Scott, Mackenzie, Chipperfield et Sareen, 2010).

Objectif

L'objectif de cette étude est, dans un premier temps, de documenter la validité d'une mesure du statut socioéconomique des personnes âgées composée de deux dimensions : 1) une dimension de défavorisation individuelle et 2) une dimension de défavorisation contextuelle. Et, dans un deuxième temps, de documenter l'association entre le statut socioéconomique et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique dans la population âgée, en tenant compte de l'effet de l'âge et du genre. Une meilleure connaissance de l'effet du statut socioéconomique sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique pourra alimenter la réflexion sur la performance des services de médecine générale du Québec dans la lutte contre la discrimination des personnes défavorisées ayant un problème de santé mentale, et sur les correctifs à apporter au système actuel pour répondre aux besoins de la population âgée vulnérable.

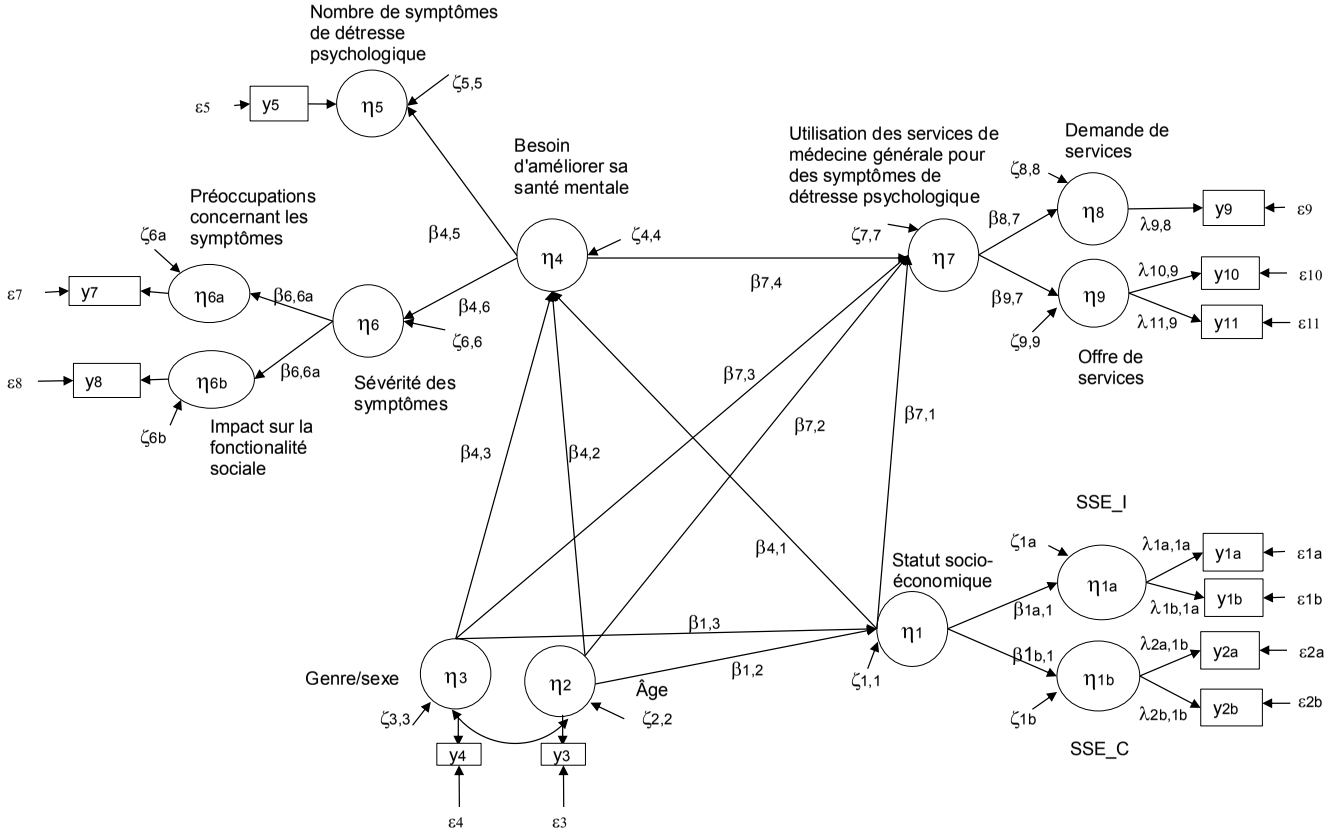
Cadre conceptuel

Dans la perspective du programme de recherche ESA, les individus qui utilisent les services de médecine générale pour leurs symptômes de détresse psychologique perçoivent d'abord un besoin, évaluent sa nature et examinent les obstacles et avantages associés à la décision de consulter. Selon ce modèle, la perception d'un besoin d'améliorer sa santé mentale serait déterminée par la fréquence et la sévérité des symptômes. Notre hypothèse est que le statut socioéconomique des personnes âgées influence leur perception d'un besoin d'améliorer leur santé mentale et leur utilisation des services de médecine générale pour leurs symptômes de détresse psychologique. Ces hypothèses peuvent être décrites à l'aide des équations structurales suivantes :

1) $y_i = \lambda_{i,1}\eta_1+\varepsilon_{i,i}$
2) $\eta_j = \beta_{j,j}\eta_j+\zeta_{j,j}$

Ces équations sont présentées sous une forme réduite à la figure 1, où les y_i (i = 1a,1b, 2a, 2b) sont les indicateurs des variables latentes représentant le statut socioéconomique individuel (η_{1a}) et contextuel (η_{1b}) et les ε_i (thêta epsilon) représentent les erreurs de mesure de ces indicateurs. Les $\lambda_{i,j}$ (lambdas) sont les coefficients de régression entre les indicateurs y_i (i = 1_a,1_b, 2_a, 2_b) et les variables latentes ($\eta_{1a,}$ η_{1b}). Les ζ_{1a} et ζ_{1b} (zêtas) représentent la variance résiduelle des construits latents de statut socioéconomique individuel (η_{1a}) et contextuel (η_{1b}). Les $\beta_{j,1}$ (bêtas) (j = 1_a,1_b) sont les coefficients de régression entre la variable latente représentant le statut socioéconomique (η_1) et les construits latents de statut socioéconomique individuel (η_{1a}) et contextuel (η_{1b}). Les $\beta_{6a,6}$ et $\beta_{6b,6}$ (bêtas) sont les coefficients de régression entre la variable latente représentant la sévérité des symptômes de détresse psychologique (η_6) et les préoccupations des personnes âgées concernant ces symptômes (η_{6a}) et leur impact sur la fonctionnalité sociale (η_{6b}). Les $\beta_{j,4}$ (bêtas) (j = 5,6) sont les coefficients de régression entre la variable latente représentant le besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale (η_4), le nombre de symptômes de détresse psychologique (η_5) et la mesure de la sévérité des symptômes de détresse rapportés (η_6). Les $\beta_{j,1}$ (bêtas) (j = 4,7) sont les coefficients de régression entre la variable latente représentant le statut socioéconomique (η_1), la perception du patient d'un besoin d'améliorer sa santé mentale (η_4) et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique (η_7). $\beta_{j,2}$ et $\beta_{j,3}$ (bêtas) (j = 4,7) sont les coefficients de régression

FIGURE 1 Modèle hypothétique de l'association entre l'âge, le genre, le statut socioéconomique, le besoin de santé mentale ressenti et l'utilisation des services médicaux primaires, chez les personnes âgées



entre l'âge, le genre, la perception du patient d'un besoin d'améliorer sa santé mentale (η_4) et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique (η_7). Finalement, $\beta_{7,4}$ est le coefficient de régression entre la perception du patient d'un besoin d'améliorer sa santé mentale (η_4) et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique (η_7) mesurée par la demande de services rapportée par les personnes âgées (η_8) et l'offre de services rapportée dans les registres de la RAMQ (η_9).

Méthodologie

Les données utilisées dans cette étude proviennent de l'enquête ESA (Enquête sur la santé des aînés), réalisée entre 2005 et 2008, et ont été recueillies dans le cadre d'une entrevue à domicile réalisée auprès de 2811 personnes âgées de 65 ans et plus à l'aide d'un questionnaire standardisé, administré par ordinateur. Une stratégie d'échantillonnage avec stratification en fonction de trois zones géographiques : 1) métropolitaine, 2) urbaine et 3) rurale a été retenue pour tenir compte des variations régionales dans l'organisation des services de santé au Québec. Dans chaque zone géographique (métropolitaine, urbaine et rurale), un échantillon probabiliste (proportionnel à la taille de la MRC [municipalité régionale de comté]), composé d'un seul individu âgé par ménage a été constitué dans chaque région administrative à partir d'une méthode de génération aléatoire de numéros de téléphone développée par échantillonneur Canada (ASDE). Dans l'éventualité où le ménage était composé de plusieurs personnes âgées de 65 ans et plus, celle dont la date anniversaire était la plus près de la date de l'appel était sélectionnée.

Pour faire partie de la cohorte, les sujets devaient être âgés de 65 ans et plus lors de l'entrevue et parler et comprendre le français (94 % de la population du Québec comprend le français). À cause des coûts élevés associés à la réalisation des entrevues dans certaines régions éloignées, la base échantillonnale de l'étude excluait les régions périphériques du Québec (ces régions représentaient 10 % de la population âgée du Québec). Le taux de réponse à cette étude a été de 78,5 %. L'effet de plan moyen et médian était de 0,94 et 0,95, respectivement (Préville *et al.*, 2008).

Procédure

Les données ont été recueillies de la façon suivante. D'abord, un professionnel de la santé a contacté les répondants potentiels par téléphone pour leur décrire les objectifs et la durée de l'étude, répondre aux questions et leur demander de participer à une entrevue à domicile. Ensuite, une lettre décrivant l'étude a été envoyée pour rassurer les participants potentiels quant à la crédibilité de l'enquête et de l'intervieweur. Un rendez-vous a alors été pris avec ceux qui étaient volontaires. Les enquêteurs étaient des professionnels de la santé (n = 20), employés d'une firme de sondage nationale. En préparation pour les entrevues, ils ont reçu une formation de deux jours sur l'administration du questionnaire ESA par le chercheur principal. Les répondants ont reçu une indemnisation de 15,00 $ pour leur participation.

Les entretiens à domicile, d'une durée moyenne de 90 minutes, ont eu lieu dans les deux semaines suivant le contact initial. Un consentement écrit pour mener l'entrevue a été obtenu au début de l'entretien. La capacité des sujets à répondre au questionnaire a été évaluée à l'aide du Mini Mental State Examination (MMSE) (Burke, Houston, Boust et Roccaforte, 1989 ; Kafonek *et al.*, 1989). Dans l'éventualité où le répondant était considéré comme incapable de répondre lors de l'entrevue (MMSE < 22) (Crum, Anthony, Bassett et Folstein, 1993 ; Folstein, Folstein et McHugh, 1975), celle-ci était écourtée et le sujet était exclu de l'étude. Par la suite, les sujets ne présentant aucun problème cognitif modéré ou sévère ont été invités à répondre au questionnaire ESA.

À la fin de l'entrevue, un consentement écrit a été demandé aux répondants pour obtenir des données sur leur utilisation des services de santé de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ). Les données de l'enquête ont été appariées à celles du registre des services médicaux et celles du registre des professionnels de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) à l'aide du numéro d'assurance maladie du Québec (NAM) ou, dans le cas où le NAM était absent ou erroné, en fonction du nom, du sexe ainsi que du mois et de l'année de naissance du répondant. Un taux de succès de 99,6 % a été obtenu dans l'appariement des données. Le registre des services médicaux de la RAMQ contient des informations sur la date des visites médicales, les spécialités médicales ayant été consultées, les diagnostics, les actes médicaux et le coût des visites. La procédure de recherche a été précédemment autorisée par le Comité d'éthique de l'Institut de gériatrie de Sherbrooke.

Mesures

La perception d'un besoin d'améliorer sa santé mentale a été mesurée par 1) la présence de symptômes de détresse psychologique et 2) la sévérité perçue des symptômes.

La présence de symptômes de détresse psychologique a été évaluée à l'aide d'un indice de détresse psychologique composé de 11 items (PDI-11) mesurant divers symptômes souvent observés chez les personnes déprimées ou anxieuses : 1) tristesse, 2) manque d'intérêt pour les choses habituelles, 3) manque ou trop d'appétit, 4) absence ou trop de sommeil, 5) lenteur ou agitation, 6) manque d'énergie, 7) sentiment d'être bon à rien, 8) sentiment de culpabilité, 9) manque de concentration, difficulté à se rappeler, confusion ou difficulté à prendre des décisions, 10) présence de pensées de mort et 11) sentiment de continuelles appréhensions ou d'anxiété. Le score du PDI-11 varie de 1 à 11 avec une moyenne de 5,4 (ET = 1.8) (résultats non publiés). Le coefficient de fiabilité H pour cette échelle était de 0,99 (Hancock et Mueller, 2001).

La sévérité perçue des symptômes de détresse psychologique comporte deux dimensions. La première mesure les préoccupations concernant les symptômes ressentis et la deuxième mesure les répercussions des symptômes sur la fonctionnalité sociale des personnes âgées. Le niveau de préoccupation associée à la présence de symptômes de détresse psychologique a été mesuré par quatre indicateurs 1) le degré d'anxiété associé aux symptômes rapportés, 2) le degré de douleur ou d'inconfort associé à ces symptômes, 3) la perception de conséquences des symptômes de détresse psychologique sur la santé et 4) l'attribution des symptômes à un problème de santé spécifique (dépression, diabète, etc.). Les préoccupations concernant les symptômes rapportés ont été mesurées à l'aide d'une échelle Likert à cinq niveaux : 1) pas du tout, 2) un peu, 3) modérément, 4) beaucoup, 5) extrêmement. Le coefficient de fiabilité H calculé pour cette échelle était de 0,94 (résultats non publiés).

Les répercussions des symptômes de détresse psychologique sur la fonctionnalité sociale des personnes interrogées ont été mesurées dans quatre secteurs de la vie quotidienne : 1) les activités reliées aux soins personnels (par exemple, manger, s'habiller et prendre ses médicaments), la capacité à communiquer (par exemple, voir, parler et entendre), la capacité à se déplacer à l'intérieur ou à l'extérieur (par exemple marcher, se pencher et utiliser une voiture, taxi ou bus), 2) les tâches ménagères qui incluent la préparation des repas, les courses, l'entretien ménager, la blanchisserie et la gestion des finances personnelles, 3) les

activités sociales qui incluent la participation à des associations ou clubs pour personnes âgées (par exemple le bingo et la danse) et 4) les relations avec les autres, incluant les voisins, les amis et les membres de la famille. Les répercussions des symptômes de détresse psychologique sur le fonctionnement social ont été mesurées à l'aide d'une échelle de type Likert à cinq niveaux : 1) pas du tout, 2) un peu, 3) modérément, 4) beaucoup, 5) extrêmement. Le coefficient de fiabilité H calculé pour cette échelle était de 0,95 (résultats non publiés).

Des analyses antérieures ont montré qu'un modèle de mesure d'ordre second de la perception de la sévérité (SEV) des symptômes de détresse psychologique ajustait adéquatement les données observées chez les personnes âgées (χ^2 = 0,39, dl = 6, p = 0,99, RMSEA = 00). Le coefficient de fiabilité calculé pour cette mesure était de ,97. Le score de SEV varie de 0 à 22 avec un score moyen de 1,2 (ET = 1,5).

L'utilisation des services de médecine générale a été mesurée à l'aide de trois indicateurs. Premièrement, par la présence d'au moins une consultation chez un médecin au cours des 12 mois précédant l'enquête ESA pour les symptômes de détresse psychologique rapportés par le participant lors de l'entrevue : « Vous est-il arrivé, au cours des 12 derniers mois, de consulter un médecin au sujet des manifestations dont vous venez de me parler ? » Deuxièmement, l'utilisation des services de santé a été mesurée par le nombre de visites médicales ambulatoires effectuées par le sujet en médecine générale au cours des 12 mois précédant l'entrevue ESA inscrite au dossier patient du registre des services médicaux de la RAMQ. Pour les besoins de nos analyses, le nombre de visites a été regroupé en deux catégories : 1) 0-2 visites et 2) 3 visites et plus. Troisièmement, l'utilisation des services de santé a été mesurée par la présence d'au moins une visite médicale ambulatoire effectuée par le sujet en médecine générale au cours des 12 mois précédant l'entrevue ESA pour laquelle un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété a été rapporté par le médecin traitant au dossier patient de la RAMQ. Aux fins de nos analyses, le nombre de visites pour lesquelles un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété a été rapporté par le médecin a été regroupé en deux catégories : 1) 0 visite et 2) au moins 1 visite.

Une visite médicale ambulatoire en médecine générale regroupait l'ensemble des actes médicaux faits en médecine générale et effectués dans une spécialité de médecine pour un sujet dans une même journée par un même médecin rémunéré à l'acte. Dans cette étude, le secteur de la médecine générale regroupe les visites faites : dans les

cabinets privés, les cliniques externes, l'urgence, les CLSC : points de service, CLSC et hors Québec, les GMF. Les spécialités de médecine retenues incluaient les spécialités suivantes : omnipratique, allergie et immunologie clinique, cardiologie, dermatologie, gastro-entérologie, hématologie, pneumologie, médecine interne, physiatrie, neurologie, psychiatrie, néphrologie, endocrinologie, rhumatologie, santé communautaire et gériatrie.

Une variable latente représentant aussi bien les informations provenant du sujet (la demande) que celles provenant des enregistrements de services médicaux de la RAMQ (l'offre) a été créée aux fins de notre analyse. La variable « demande » a été utilisée comme variable de référence pour donner une métrique aux deux autres indicateurs de l'offre. Nos analyses ont montré qu'un modèle de mesure d'ordre second de l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique composé de deux dimensions ajustait adéquatement les données observées chez les personnes âgées (χ^2 = 0,24, df = 1, p = ,62, RMSEA = ,00).

Dans le cadre du programme de recherche ESA, le statut socioéconomique individuel (SSE_I) a été mesuré par 1) le revenu annuel du ménage et 2) le degré de scolarité le plus élevé atteint par le répondant. Le revenu a été mesuré à l'aide de la question suivante : « Quel était, l'an dernier, le revenu total approximatif de votre ménage avant déduction d'impôt ? » Une variable comportant quatre catégories a été créée : 1) moins de 15 000 $, 2) entre 15 000 $ et 24 999 $, 3) entre 25 000 $ et 34 999 $ et 4) plus de 35 000 $. Le degré de scolarité a été mesuré à l'aide de la question suivante : « Quel est le degré de scolarité le plus élevé que vous ayez atteint ? » Une variable comportant trois catégories a été créée : 1) niveau primaire (moins de 7 ans), 2) niveau secondaire (entre 8 et 12 ans) et 3) niveau postsecondaire (13 ans et plus).

Le statut socioéconomique contextuel (SSE_C) a été mesuré par l'indice de défavorisation matérielle et sociale développé par Pampalon et Raymond (2000). L'indice de défavorisation matérielle reflète : 1) la proportion des personnes de 15 ans et plus dans le territoire du CLSC du répondant n'ayant aucun certificat ou DES (diplôme d'études secondaires), 2) la proportion des 15 ans et plus occupant un emploi et 3) le revenu moyen des personnes de 15 ans et plus recevant des revenus de différentes sources. L'indice de défavorisation sociale reflète : 1) la proportion de personnes de 15 ans et plus séparées, divorcées ou veuves dans le territoire du CLSC du répondant, 2) la proportion de familles monoparentales et 3) la proportion de personnes de 15 ans et plus

vivant seules dans leur ménage. Ces indices de défavorisation ont été construits à partir des données du recensement 2001 (Pampalon et Raymond, 2000). Les indices de défavorisation matérielle et sociale calculés à l'échelle de chaque territoire d'un CLSC ont été assignés à chaque répondant de l'étude ESA en fonction de son code postal. Quatre niveaux de défavorisation matérielle et sociale ont été définis : 1) le quartile de population le plus favorisé, 2) le quartile de population médian I (25 %-50 % de la population), 3) le quartile de population médian II (50 %-75 %) et 4) le quartile le plus défavorisé sur le territoire du CLSC (75 %-100 %). Finalement, l'âge des répondants a été mesuré par une variable dichotomique : 1) 65-74 ans et 2) 75 ans et plus.

Plan d'analyse

Une pondération a été appliquée à l'échantillon pour qu'il retrouve sa représentativité par rapport à la population des personnes âgées vivant à domicile au Québec. Les poids ont été déterminés en fonction : 1) de la probabilité de sélection de la zone géographique ($\pi(a)$) ; 2) de la probabilité conditionnelle de sélection de chaque région administrative dans la zone géographique ($\pi(b/a)$) et 3) de la probabilité conditionnelle de sélection du ménage dans la région administrative ($\pi(c/ab)$). Le poids (w) attribué à chaque sujet représente l'inverse de sa probabilité de sélection ($1/(\pi(abc))$). Dans un deuxième temps, la pondération a été ajustée pour tenir compte de la structure d'âge et de sexe de la population âgée dans les différentes régions administratives en 2005. L'échantillon pondéré incluait 2811 personnes âgées vivant à domicile.

Une stratégie d'imputation multiple a été utilisée pour remplacer les données manquantes au questionnaire ESA par des estimations calculées sur la base des réponses données par les répondants ayant un profil de réponse similaire à l'aide de la méthode de maximum de vraisemblance implantée dans PRELIS, un utilitaire de LISREL. L'échantillon final comprenait 2511 personnes âgées ayant des informations complètes pour toutes les variables étudiées. La validité de construit de la mesure du statut socioéconomique a été testée à l'aide d'une analyse factorielle confirmatoire en utilisant une stratégie de modélisation d'équations structurales (Jöreskog et Sörbom, 2006). Étant donné que les variables n'étaient pas normalement distribuées, la matrice de corrélations polychoriques et la matrice de variances/covariances asymptotique ont servi à estimer les paramètres du modèle hypothétique (Figure 1). La statistique de χ^2 de maximum de vraisemblance robuste

TABLEAU 1 Caractéristiques des répondants

	Échantillon (n=2511)	
	n	%
Sexe		
Femme	1740	69,3
Homme	771	30,7
Âge		
65-74 ans	1464	58,3
75 ans et plus	1047	41,7
Scolarité		
Moins de 7 ans	813	32,4
entre 8 et 12 ans	953	38,0
13 ans et plus	745	29,7
Revenu		
>15 000 $	477	19,0
15 000 $-24 999 $	670	26,7
25 000 $-34 999 $	544	21,7
35 000 $ et plus	820	32,7
Utilisation auto-rapportée des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique		
Oui	370	14,7
Non	2141	85,3
Nombre de visites médicales en médecine générale au cours des 12 derniers mois (0-100)		
0 à 2 visites	1459	58,1
3 visites et plus	1052	41,9
Nombre de visites médicales en médecine générale (avec un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété) au cours des 12 derniers mois (0-100)		
0 visite	1908	76
1 visite et plus	603	24
Présence de symptômes de détresse psychologique (0-11)		
Oui	508	20,2
Non	2003	79,8
Indice de défavorisation matérielle du CLSC (1-4)		
Quartile 1	716	25,7
Quartile 2	733	26,3
Quartile 3	684	23,6
Quartlile 4	672	24,1
Indice de défavorisation sociale du CLSC (1-4)		
Quartile 1	737	26,5
Quartile 2	685	24,6
Quartile 3	686	24,6
Quartlile 4	677	24,3

et l'indice RMSEA ont été utilisés pour guider l'évaluation globale des modèles testés. L'indice RMSEA évalue l'erreur d'approximation du modèle dans la population. Cet indice varie de 0 à 1. Une valeur inférieure à 0,05 indique un ajustement satisfaisant aux données observées. Finalement, nous avons utilisé le seuil de signification statistique de 95 % pour nos analyses (Bollen, 1989). La statistique H a été utilisée pour documenter la fiabilité de la mesure du statut socioéconomique. Cette statistique indique la variance totale moyenne des indicateurs pris en compte par le construit latent (Hancock et Mueller, 2001).

TABLEAU 2 Coefficients de fiabilité de la mesure du statut socioéconomique des personnes âgées

λ^2	$(1-\lambda^2)$	$\lambda^2/1-\lambda^2$	H	H-1
0.630	0.370	1.703	0.63	0.90
0.320	0.680	0.471	0.32	0.91
0.020	0.980	0.020	0.02	0.92
0.900	0.100	9.000	0.90	0.69
		11.194	0.92	

$$H = \sum(\lambda^2/1-\lambda^2)/\left[1+\sum(\lambda^2/1-\lambda^2)\right]$$

L'association entre l'indice SSE (η_1), le besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale (η_4) et l'utilisation des services de médecine générale (η_7) a été testée en tenant compte de l'effet du genre (η_3) et de l'âge (η_2). Une stratégie d'analyse multigroupe a été utilisée pour vérifier si la relation entre le besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale variait selon le niveau socioéconomique et pour tester la présence d'un effet différentiel de l'âge et du genre sur l'association entre le statut socioéconomique des personnes âgées et la présence d'un besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale.

Résultats

L'âge moyen des répondants était de 73,4 ans (SD = 6,1) et 69,3 % étaient des femmes. Nos résultats ont montré que près de 67,3 % des personnes âgées avaient un revenu du ménage annuel (brut) inférieur à 35 000 $ et que 19 % des ménages disposaient d'un revenu inférieur à 15 000 $ par année. Par ailleurs, 32,4 % ont rapporté une scolarité de niveau

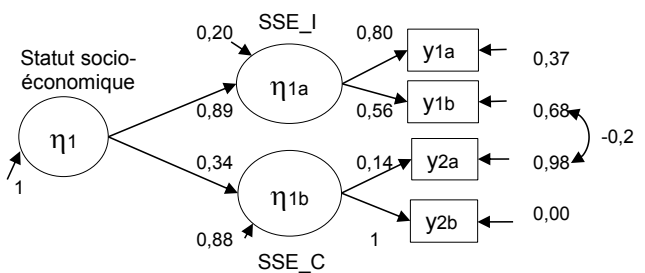
primaire et 29,7 % une scolarité postsecondaire. Ces résultats sont concordants avec ceux rapportés par Statistique Québec pour l'année 2006, qui indique que le revenu médian des ménages des personnes de 65 ans et plus était de 29 100 $ et que 31,5 % des personnes âgées avaient une scolarité postsecondaire (Institut de la statistique du Québec, 2012a ; 2012b).

Nos résultats ont aussi montré que 14,7 % des répondants ont rapporté avoir consulté pour leurs symptômes de détresse psychologique. Par ailleurs, 24 % des répondants ont effectué au moins une visite médicale en médecine générale (avec un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété) au cours des 12 derniers mois.

Le modèle de mesure du statut socioéconomique

Nos résultats ont montré qu'un modèle de mesure d'ordre second du statut socioéconomique, incluant une dimension individuelle de défavorisation (SSE_I) mesurée par deux items : le revenu du ménage et le degré de scolarité le plus élevé atteint, et une dimension de défavorisation contextuelle (SSE_C) mesurée par le degré de défavorisation matérielle et sociale du secteur de résidence (secteur de CLSC) était plausible (χ^2 = 0,54, p = ,46, RMSEA = 0,00).

FIGURE 2 Modèle de mesure du statut socioéconomique (coefficients standardisés)



Nos résultats ont aussi montré que le poids du statut socioéconomique individuel (SES_I) dans la détermination du statut socioéconomique global des personnes âgées était 2,62 fois plus important que celui du statut socioéconomique contextuel (SES_C). La fiabilité de la mesure du statut socioéconomique utilisée dans le cadre du programme de recherche ESA était de ,92.

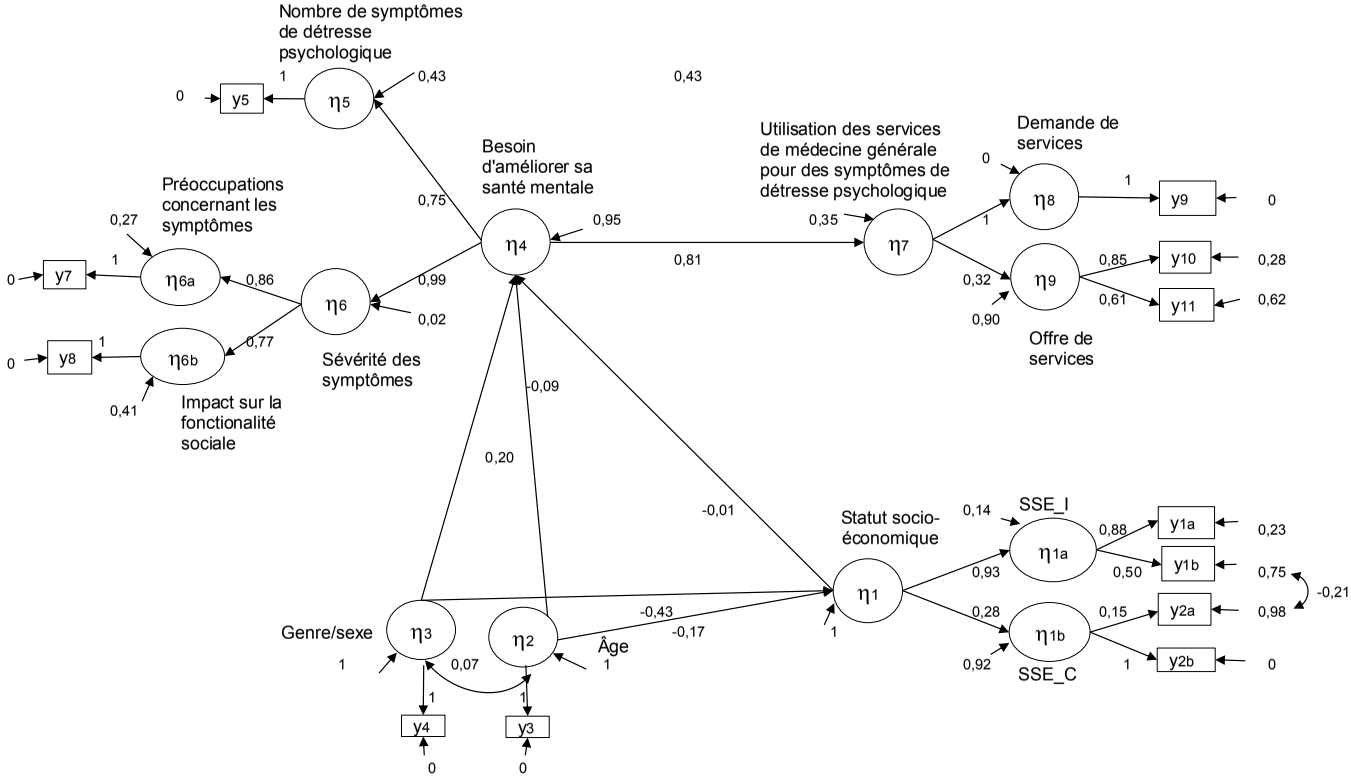
Nos résultats ont montré que la variable latente de statut socioéconomique variait de 4 à 15 avec un score médian et moyenne de 9,7 (ET = 2,4). Les répondants ayant un score élevé étant les plus défavorisés. À cette étape, une variable ordonnée comportant quatre catégories utilisant l'écart-type de la distribution du score factorielle du statut socioéconomique (SSE) comme seuil de changement de catégorie a été construite. Nos résultats ont montré que 19 % des répondants avaient un niveau de statut socioéconomique de catégorie 1 (le moins défavorisé), 28 % avaient un statut socioéconomique de catégorie 2, 40 % avaient un statut socioéconomique de catégorie 3 et 14 % avaient un statut socioéconomique de catégorie 4 (le plus défavorisé).

Le modèle explicatif

Comme l'indique la figure 3, le modèle explicatif proposé explique 65 % de la variance observée de l'utilisation des services de médecine générale (η_7) (χ^2 = 74,1, dl = 48, p = 0,01, RMSEA = 0,02). Nos résultats indiquent que la mesure du besoin perçu d'améliorer sa santé mentale est le déterminant le plus important de la mesure de l'utilisation des services. Par ailleurs, le genre est associé au statut socioéconomique : les femmes ayant un statut plus défavorisé que les hommes (b = -,43). De plus, les personnes les plus âgées présentent le statut socioéconomique le plus défavorisé (b = -,16). Cependant, nos résultats ne montrent aucune association significative entre le statut socioéconomique, la mesure du besoin perçue d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale. Par ailleurs, nos résultats montrent que le genre (b = ,20) et l'âge (b = -,09) sont associés directement au besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale et indirectement à l'utilisation des services de médecine générale (genre = ,15) (âge = -,07).

L'analyse multigroupe a montré que l'hypothèse d'invariance des coefficients d'association entre les variables étudiées selon les quatre niveaux de statut socioéconomique des personnes âgées était plausible (χ^2 = 20,09, p = 1,0, RMSEA = 0,00). Nos résultats ont aussi montré que l'hypothèse d'invariance des coefficients d'association entre le niveau du statut socioéconomique et la perception du besoin d'améliorer sa santé mentale des personnes âgées selon le genre et l'âge était plausible (χ^2 = 19,37, p = 0,99, RMSEA = 0,00).

FIGURE 3 Association entre l'âge, le sexe, le statut socioéconomique, le besoin de santé ressenti et l'utilisation des services de santé primaires chez les personnes âgées (coefficients standardisés)



Discussion

L'objectif de cette étude était de documenter la validité d'une mesure du statut socioéconomique des personnes âgées et de documenter l'association entre le statut socioéconomique, le besoin ressenti d'améliorer sa santé mentale et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique dans la population âgée en tenant compte de l'effet de l'âge et du genre.

Nos résultats ont montré qu'un modèle de mesure du statut socioéconomique des personnes âgées incluant une dimension individuelle et une dimension contextuelle de défavorisation était plausible. Cependant, nos résultats ont montré que le poids du statut socioéconomique individuel dans la détermination du statut socioéconomique global des personnes âgées était 2,62 fois plus important que celui du statut socioéconomique contextuel. Ce résultat concorde avec ceux rapportés dans d'autres études indiquant que les mesures contextuelles n'étaient pas fortement corrélées avec celles sur le plan individuel (Deonandan *et al.*, 2000 ; Geronimus, Bound et Neidert, 1996). La fiabilité de la mesure du statut socioéconomique utilisée dans le cadre du programme de recherche ESA était de ,92.

Nos résultats ont montré que les femmes (b = -,43) ainsi que les personnes plus âgées (b = -,16) avaient un statut socioéconomique plus défavorisé. Cependant, nos résultats n'ont montré aucune association significative entre le statut socioéconomique et la perception du besoin d'améliorer sa santé mentale. Ce résultat concorde avec ceux d'une étude canadienne (Gadalla, 2010) ne révélant aucun effet direct du statut socioéconomique sur la détresse psychologique chez les personnes âgées. L'analyse multigroupe a, en outre, montré que l'association entre la perception d'un besoin d'améliorer sa santé mentale par les personnes âgées et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique au Québec ne variait pas selon le niveau socioéconomique de ces personnes.

En outre, nos résultats n'ont montré aucun effet d'interaction entre le genre et le statut socioéconomique, suggérant que l'association entre le niveau du statut socioéconomique et la perception du besoin d'améliorer sa santé mentale des personnes âgées ne varie pas selon le genre. Ce résultat concorde avec ceux rapportés par Kosidou et collaborateurs (2011) et n'appuie pas l'idée, avancée dans d'autres études, selon laquelle l'effet du statut socioéconomique sur la détresse psychologique est plus

important chez les femmes que chez les hommes (Almeida *et al.,* 2012 ; Mojtabai et Olfson, 2004).

Nos résultats ont aussi montré que le statut socioéconomique n'était significativement associé ni à la demande de services pour des symptômes de détresse psychologique ni à l'offre de services. Ces résultats sont comparables à ceux observés dans d'autres études (Cairney, Corna et Streiner, 2010 ; Scott *et al.,* 2010) et appuient l'idée que, dans un contexte où les services de santé sont financés par un programme d'assurance public, le statut socioéconomique n'influence pas l'accès aux services.

Par ailleurs, nos résultats ont mis en évidence une association indirecte entre le genre, l'âge et l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique ; les femmes rapportant un besoin d'améliorer leur santé mentale dans une plus grande proportion et, indirectement, une plus grande utilisation des services de médecine générale (0,15) et les personnes moins âgées rapportant davantage leur besoin d'améliorer leur santé mentale et, indirectement, une plus grande utilisation des services de médecine générale (-0,07). Ces résultats concordent avec ceux d'autres études ayant rapporté une prévalence plus élevée de symptômes de détresse psychologique chez les femmes âgées (Djernes, 2006 ; Gadalla, 2010 ; Mojtabai et Olfson, 2004 ; Wight, Cummings, Karlamangla et Aneshensel, 2009) ainsi qu'une plus grande utilisation des services en santé mentale par celles-ci (Crabb et Hunsley, 2006 ; Han *et al*., 2011). D'autres études canadiennes n'ont, cependant, pas trouvé d'association directe entre le genre et l'utilisation des services de santé (Cairney *et al*., 2010 ; Cole, McCusker, Sewitch, Ciampi et Dyachenko, 2008 ; Scott *et al*., 2010). En ce qui concerne l'effet de l'âge, nos résultats concordent avec ceux d'autres études ayant rapporté une plus grande prévalence de détresse psychologique (Mojtbai et Olfson, 2004) et une plus grande utilisation des services de santé par les personnes moins âgées (Cole *et al*., 2008 ; Crabb et Hunsley, 2006).

Limites

Nos résultats doivent être interprétés en tenant compte de certaines limites. Premièrement, l'utilisation de définitions différentes du statut socioéconomique dans les recherches épidémiologiques limite la comparaison de nos résultats avec ceux rapportés dans d'autres études.

Deuxièmement, nos résultats sont limités à la population vivant à domicile, en mesure de participer à une entrevue et volontaire pour répondre à un questionnaire sur la santé mentale et l'utilisation des services de santé pour des symptômes de détresse psychologique. Il est possible que notre stratégie de recherche ait pu introduire un biais de sélection pouvant avoir influé sur les résultats de cette étude. Troisièmement, cette étude est centrée sur l'utilisation des services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique par les personnes âgées et sous-estime possiblement l'utilisation des services de médecine générale pour l'ensemble des troubles mentaux.

Malgré ces limitations, nos résultats ont été obtenus à partir d'un grand échantillon de personnes âgées vivant à domicile au Québec. Ils ont été obtenus dans le cadre d'un entretien en face à face réalisé à domicile par des intervieweurs formés et utilisant une procédure d'entrevue standardisée conçue pour minimiser les biais d'information et de désirabilité sociale et maximiser la validité de l'information obtenue des répondants.

Conclusion

Nos résultats ont montré que le statut socioéconomique n'avait pas d'influence sur la perception des personnes âgées de leur besoin d'améliorer leur santé mentale et sur leur utilisation des services de médecine générale pour leurs symptômes. Ces résultats nous amènent ainsi à conclure que, dans un contexte où les services de santé sont couverts par un régime d'assurance public, il n'y a pas d'évidence de discrimination en fonction du statut socioéconomique dans l'accès aux services de médecine générale pour des symptômes de détresse psychologique.

Cette étude a été financée par les Instituts canadiens de recherche en santé (IRSC : 200403MOP) et le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ : 9854, 22251). Au cours de l'étude ESA, Dre Vasiliadis était subventionnée comme scientifique junior II par le Fonds de la recherche en santé du Québec.

BIBLIOGRAPHIE

Adler, N. E., Boyce, T., Chesney, M. A., Cohen, S., Folkman, S., Kahn, R. L. et Syme, S. L. (1994). Socioeconomic status and health. The challenge of the gradient. *The American Psychologist, 49*(1), 15-24. doi : 10.1037/0003-066X.49.1.15

Alegría, M., Bijl, R. V., Lin, E., Walters, E. E. et Kessler, R. C. (2000). Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders : A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry*, *57*(4), 383-391. doi :10.1001/archpsyc.57.4.383

Almeida, O. P., Draper, B., Pirkis, J., Snowdon, J., Lautenschlager, N. T., … Pfaff, J. J. (2012). Anxiety, depression, and comorbid anxiety and depression : Risk factors and outcome over two years. *International Psychogeriatrics Association/IPA, 24*(10), 1622-1632. doi : 10.1017/S104161021200107X

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., … Vollebergh, W. A. (2004) Use of mental health services in Europe : results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 109 (*Supplementum 420), 47-54.

Alvarado, B. E., Zunzunegui, M. V., Béeland, F., Sicotte, M. et Tellechea, L. (2007), Social and gender inequalities in depressive symptoms among urban older adults of Latin America and Caribbean. *Journal of Gerontology, Series B : Psychological/Social Sciences*, 62(4), 226-236.

American Psychological Association (APA) (2012). *Fact Sheet : Age & Socioeconomic Statut.* Récupéré du site de American Psychological Association, section Resource Guide & Publications*: www.apa.org/pi/ses/resources/publications/factsheet-age.aspx*

Andrew, M. K. (2010). Social vulnerability in old age. *Dans* H. M. Fillit, K. Rockwood, K. Woodhouse (dir.), *Brocklehurst's Textbook of Geriatric Medicine and Gerontology* (p. 198-204). Philadelphia, PA : WB Saunders.

Beekman, A. T., Deeg, D. J., Braam, A. W., Smit, J. H. et Van Tilburg, W. (1997). Consequences of major and minor depression in later life : A study of disability, well-being and service utilization. *Psychological Medicine, 2*(6), 1397-1409.

Beekman, A. T., Deeg, D. J., Van Tilburg, T., Smit, J. H., Hooijer, C. et Van Tilburg, W. (1995). Major and minor depression in later life : a study of prevalence and risk factors. *Journal of Affective Disorders, 36*(1-2), 65-75.

Blazer, D. G. (2003). Depression in late life : Review and commentary. *Journal of Gerontology, Series A : Biological Medical Sciences, 58*(3), 249-265.

Bollen, K. A. (1989). *Structural equations with latent variables*, New York, NY : John Wiley & Sons Inc.

Burke, W. J., Houston, M. J., Boust, S.J. et Roccaforte, W. H. (1989). Use of the geriatric depression scale in dementia of the Alzheimer type. *Journal of American Geriatric Society*, *37*(9), 856-860.

Cabieses, B., Zitko, P., Pinedo, R., Espinoza, M. et Albor, C. (2011). [How has social status been measured in health research ? A review of the international literature]. *Revista Panamericana de Salud Pública*, *29*(6), 457-468. http://dx.doi.org/10.1590/S1020-98920110006000012

Cairney, J. et Krause, N. (2005). The social distribution of psychological distress and depression in older adults. *Journal of Aging and Health*, 17(6), 807-335. doi : 10.1177/0898264305280985

Cairney, J., Corna, L. M. et Streiner, D. L. (2010). Mental health care use in later life : Results from a national survey of Canadians. *Canadian Journal of Psychiatry, 55*(3), 157-164.

Castro-Costa, E., Lima-Costa, M. F., Carvalhais, S., Firmo, J. O. et Uchoa, E. (2008). [Factors associated with depressive symptoms measured by the 12-item General Health Questionnaire in community-dwelling older adults (The Bambuí Health Aging Study)]. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 30*(2), 104-109. doi : 10.1590/S1516-44462008005000007

Cole, M. G. et Dendukuri, N. (2003). Risk factors for depression among elderly community subjects : a systematic review and meta-analysis. *The American Journal of Psychiatry, 160*(6), 1147-1156. doi :10.1176/appi.ajp.160.6.1147

Cole, M. G., McCusker, J., Sewitch, M., Ciampi, A. et Dyachenko, A. (2008). Health services use for mental health problems by community living seniors with depression. *International Psychogeriatrics Association / IPA, 20*(3), 554-570. doi :10.1017/S1041610207005935

Crabb, R. et Hunsley, J. (2006). Utilization of mental health care services among older adults with depression. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(3), 299-312. doi : 10.1002/jclp.20231

Crawford, M. J., Prince, M., Menezes, P. et Mann, A. H. (1998). The recognition and treatment of depression in older people in primary care. *International Journal of Geriatric Psychiatry, 13*(3), 172-176. doi : 10.1002/(SICI)1099-1166(199803)

Crum, R. M., Anthony, J. C., Bassett, S. S. et Folstein, M. F. (1993). Population-based norms for the mini-mental state examination by age and educational level. *JAMA*, *269*(18), 2386-2391. doi : 10.1001/jama.1993.03500180078038

Crystal, S., Sambamoorthi, U., Walkup, J. T. et Akincigil, A. (2003). Diagnosis and treatment of depression in the elderly Medicare population : Predictors, disparities, and trends. *Journal of the American Geriatrics Society, 51*(12), 1718-1728. doi : 10.1046/j.1532-5415.2003.51555.x

Deonandan, R., Campbell, K., Ostbye, T., Tummon, I. et Robertson, J. (2000). A comparison of methods for measuring socio-economic status by occupation or postal area. *Chronic Diseases in Canada, 21*(3), 114-118.

Djernes, J. K. (2006) Prevalence and predictors of depression in populations of elderly : a review. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *113*(5), 372-387. doi : 10.1111/j.1600-0447.2006.00770.x

Duncan, G. J., Daly, M. C., McDonough, P. et Williams, D. R. (2002). Optimal indicators of socioeconomic status for health research. *American Journal of Public Health, 92*(7), 1151-1157.

Dunlop, S., Coyte, P. C. et McIsaac, W. (2000). Socio-economic status and the utilisation of physicians' services : Results from the Canadian National Population Health Survey. *Social Science and Medicine*, *51*(1), 123-133.

Everson, S. A., Maty, S. C., Lynch, J. W. et Kaplan, G. A. (2002). Epidemiologic evidence for the relation between socioeconomic status and depression, obesity and diabetes, *Journal of Psychosomatic Research*, *53*(4), 891–895.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. et McHugh, P. R. (1975). Mini-Mental State : A practical method for grading the state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *12*(3), 189-198. doi : 10.1016/0022-3956(75)90026-6

Fox, J. W. (1990). Social class, mental illness, and social mobility : the social selection-drift hypothesis for serious mental illness, *Journal of Health and Social Behavior*, *31*(4), 344-353.

Gadalla, T. M. (2010). The role of mastery and social support in the association between life stressors and psychological distress in older Canadians. *Journal of Gerontological Social Work, 53*(6), 512-530. doi : 10.1080/01634372.2010.490691

Galobardes, B., Lynch, J. et Smith, G. D. (2007). Measuring socioeconomic position in health research. *British Medical Bulletin, 81-82*, 21-37. doi : 10.1093/bmb/ldm001

Galobardes, B., Morabia, A. et Bernstein, M. S. (2000). Statut socio-économique : Un facteur de risque indépendant. *Revue Médicale Suisse*, 58 (2316), 1910-1913. Récupéré du site de la revue : http://titan.medhyg.ch/mh/formation/article.php3 ?sid=20817

Garrido M. M., Kane, R. L., Kaas, M. et Kane, R. A. (2011). Use of mental health care by community-dwelling older adults. *Journal of the American Geriatrics Society,* 59(1), 50-56. doi : 10.1111/j.1532-5415.2010.03220.x

German, P. S., Shapiro, S. et Skinner, E. A. (1985). Mental health of the elderly : use of health and mental health services. *Journal of the American Geriatric Society*, *33*(4), 246-252.

Geronimus, A. T., Bound, J. et Neidert, L. J. (1996). On the validity of using census geocode characteristics to proxy individual socioeconomic characteristics. *Journal of the American Statistical Association*, *91*(434), 529-537.

Giordano, G. N. et Lindstrom, M. (2010). The impact of changes in different aspects of social capital and material conditions on self-rated health over time : a longitudinal cohort study. *Social Science & Medicine*, *70*(5) 700-710. doi : 10.1016/j.socscimed.2009.10.044

Grundy, E. et Holt, G. (2001). The socioeconomic status of older adults : How should we measure it in studies of health inequalities ? *Journal of Epidemiology and Community Health, 55*(12), 895-904. doi :10.1136/jech.55.12.895

Han, B., Gfroerer, J. C., Colpe, L. J., Barker, P. R. et Colliver, J. D. (2011). Serious psychological distress and mental health service use among community-dwelling older U.S. adults. *Psychiatric services : A journal of the American Psychiatric Association, 62*(3), 291-298. doi : 10.1176/appi.ps.62.3.291

Hancock, G. R. et Mueller, R. O. (2001). Rethinking construct reliability within latent variable systems. Dans R. Cudeck, S. Du Toit et D. Sörbom (dir.), *Structural equation modeling : Present and future. A Festschrift in honor of Karl Jöreskog* (p. 195-216). Lincolnwood, IL : Scientific Software International, Inc.

Henderson, A. S., Jorm, A. F., Mackinnon, A., Christensen, H., Scott, L. R., Korten, A. E. et Doyle, C. (1993). The prevalence of depressive disorders and the distribution of depressive symptoms in later life : A survey using Draft ICD-10 and DSM-III-R. *Psychological Medicine*, *23*(3), 719-729.

Holzer, C. E., Shea, B. M., Swanson, J. W., Leaf, P. J., Myers, J. K., George, L. et Bednarski, P. (1986). The increased risk for specific psychiatric disorders among persons of low socioeconomic status : Evidence from the NIMH Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Social Psychiatry,* 6, 259-271.

Institut de la statistique du Québec (2012a). *Revenu médian, revenu total, ménage.* Récupéré du site de l'Institut de la statistique du Québec, section Statistiques et publications, www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/conditions-vie-societe/revenu/revenu/mod1_hh_1_2_5_0.htm

Institut de la statistique du Québec (2012b). *Population de 25 ans et plus, selon le plus haut degré de scolarité atteint, le sexe et le groupe d'âge, Québec, 2006*. Récupéré du site de l'Institut de la statistique du Québec, section Statistiques et publications www.stat.gouv.qc.ca/statistiques/education/niveau-scolarite/tab1_niv_sco_2006.htm

Issakidis, C. et Andrews, G. (2006). Who treats whom ? An application of the pathways to care model in Australia. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 40*(1), 74-86. doi : 10.1080/j.1440-1614.2006.01746.x

Jöreskog, K. G. et Sörbom, D. (2006). *LISREL 8.80 for Windows* [Computer Software]. Lincolnwood, IL : Scientific Software International, Inc.

Kafonek, S., Ettinger, W. H., Roca, R., Kittner, S., Taylor, N. et German, P. S. (1989). Instruments for screening for depression and dementia in a long-term care facility. *Journal of American Geriatric Society*, *37*(1), 29-34.

Kaplan, G. A., Roberts, R. E., Camacho, T. C. et Coyne, J. C. (1987). Psychosocial predictors of depression : Prospective evidence from the human population laboratory studies. *American Journal of Epidemiology, 125*(*2),* 206-220.

Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R. et Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, *62*(6), 593-602. doi :10.1001/archpsyc.62.6.593

Kessler, R. C. (1982). A disaggregation of the relationship between socioeconomic status and psychological distress. *American Sociological Review, 47(6), 752-764.*

Klap, R., Unroe, K. T. et Unützer, J. (2003). Caring for mental illness in the United States : A focus on older adults. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(5), 517-524.

Kosidou, K., Dalman, C., Lundberg, M., Hallqvist, J., Isacsson, G. et Magnusson, C. (2011). Socioeconomic status and risk of psychological distress and depression in the Stockholm Public Health cohort : A population-based study. *Journal of Affective Disorders*, *134*(1-3), 160-167. doi : 10.1016/j.jad.2011.05.024

Ladin, K., Daniels, N. et Kawachi, I. (2010). Exploring the relationship between absolute and relative position and late-life depression : evidence from 10 European countries. *The Gerontologist*, *50*(1), 48-59. doi : 10.1093/geront/gnp065

Lebowitz, B. D., Pearson, J. L., Schneider, L. S., Reynolds, C. F. 3rd., Alexopoulos, G. S., … Parmelee, P. (1997). Diagnosis and treatment of depression in late life. Consensus statement update. *JAMA, 278*(14), 1186-1190. doi:10.1001/jama.1997.03550140078045

Lefebvre, C. (2003). *Un portrait de la santé des Québécois de 65 ans et plus*. Récupéré du site de l'Institut national de santé publique du Québec : www.inspq.qc.ca/pdf/publications/180_PortraitSantePersonnesAgees.pdf

Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P. et Ansseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression : A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, *157*(2), 98-112. doi : 10.1093/aje/kwf182

Mackenzie, C. S., Gekoski, W. L. et Knox, V. J. (2006). Age, gender, and the underutilization of mental health services : the influence of help-seeking attitudes. *Aging and Mental Health, 10*(6), 574-582. doi : 10.1080/13607860600641200

McCall, N. T., Parks, P., Smith, K., Pope, G. et Griggs, M. (2002). The prevalence of major depression or dysthymia among aged Medicare Fee-for Service beneficiaries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *17*(6), 557-565. doi : 10.1002/gps.642

McLeod, J. D. et Kessler, R. C. (1990). Socioeconomic status differences in vulnerability to undesirable life events. *Journal of Health and Social Behavior*, *31*(2), 162-172.

Mechanic, D. (1983). The experience and expression of distress : The study of illness behavior and medical utilization. Dans : D. Mechanic (dir.), *Handbook of Health, Health Care, and the Health Professions* (p. 591-607). New York, NY : Free Press.

Mickus, M., Colenda, C. C. et Hogan, A. J. (2000). Knowledge of mental health benefits and preferences for type of mental health providers among the general public. *Psychiatric Services, 51*(2), 199-202. doi : 10.1176/appi.ps.51.2.199

Millman, E. J. (2001). The mental health and biosocial context of help-seeking in longitudinal perspective : the Midtown Longitudinal Study, 1954 to 1974. *The American Journal of Orthopsychiatry*, *71*(4), 450-456.

Minicuci, N., Maggi, S., Pavan, M., Enzi, G. et Crepaldi, G. (2002). Prevalence rate and correlates of depressive symptoms in older individuals : The Veneto Study. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological sciences and medical sciences*, *57*(3) M155-161. doi : 10.1093/gerona/57.3.M155

Mojtabai, R. et Olfson, M. (2004). Major depression in community-dwelling middle-aged and older adults : Prevalence and 2- and 4-years follow-up symptoms. *Psychological Medicine*, *34*(4), 623-634. doi : 10.1017/S0033291703001764

Mueller, C. W. et Parcel, T. L. (1981). Measures of Socioeconomic Status : Alternatives and recommendations. *Child Development*, *52*(1), 13-30. doi : 10.2307/1129211

Murphy, J. M., Olivier, D. C., Monson, R. R., Sobol, A. M. Federman, E. B. et Leighton, A. H. (1991). Depression and anxiety in relation to social status. A prospective epidemiologic study. *Archives of General Psychiatry, 48*(3), 223-229. doi :10.1001/archpsyc.1991.01810270035004

Musil, C. M., Haug, M. R. et Warner, C. D. (1998). Stress, health, and depressive symptoms in older adults at three time points over 18 months. *Issues in Mental Health Nursing*, *19*(3), 207-224.

Oakes, J. M. et Rossi, P. H. (2003). The measurement of SES in health research : Current practice and steps toward a new approach. *Social Science & Medicine, 56*(4), 769-784. doi : 10.1016/S0277-9536(02)00073-4

O'Connor, D. W., Rosewarne, R. et Bruce, A. (2001). Depression in primary care. 2 : General practitioners' recognition of major depression in elderly patients. *International Psychogeriatrics Association / IPA, 13*(3), 367-374.

Orpana, H., Lemyre, L. et Gravel, R. (2009). Income and psychological distress : The role of the social environment. *Health Reports*, *20*(1), 21-28.

Pampalon, R. et Raymond, G. (2000). Un indice de défavorisation pour la planification de la santé et du bien-être au Québec. *Maladies chroniques au Canada*, *21*(3), 104-113. Récupéré du site de la revue : www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071211051302/http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/cdic-mcc/21-3/b_f.html

Pepin, R., Segal, D. L. et Coolidge, F. L. (2009). Intrinsic and extrinsic barriers to mental health care among community-dwelling younger and older adults. *Aging and Mental Health*, *13*(5), 769-777. doi : 10.1080/13607860902918231

Perry, M. J. (1996). The relationship between social class and mental disorder. *The Journal of Primary Prevention*, *17*(1), 17-30. doi : 10.1007/BF02262736

Pfaff, J. J. et Almeida, O. P. (2005). A cross-sectional analysis of factors that influence the detection of depression in older primary care patients. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*(4), 262-265. doi : 10.1080/j.1440-1614.2005.01563.x

Préville, M., Vasiliadis, H. M., Boyer, R., Goldfarb, M., Demers, K., Brassard, J., … Scientific Committee Of The ESA Study (2009). Use of health services for psychological distress symptoms among community-dwelling older adults. *Canadian Journal on Aging*, *28*(1), 51-61. doi : 10.1017/S0714980809090011

Préville, M., Boyer, R., Grenier, S., Dubé, M., Voyer, P., Punti, R., … Scientific Committee of the ESA Study (2008). The epidemiology of psychiatric disorders in the Quebec older adult population. *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, *53*(12), 25-35.

Ribet, C., Melchior, M., Lang, T., Zins, M., Goldberg, M. et Leclerc, A. (2007). Caractérisation et mesure de la situation sociale dans les études épidémiologiques. *Revue d'épidémiologie, médecine sociale et santé publique, 55*(4), 285-295. doi :10.1016/j.respe.2007.04.001

Robb, C., Haley, W. E., Becker, M. A., Polivka, L. A. et Chwa, H. J. (2003). Attitudes towards mental health care in younger and older adults : similarities and differences. *Aging & Mental Health, 7*(2), 142-152. doi : 10.1080/1360786031000072321

Robins L. N., Locke, B. Z. et Regier, D. A. (1991). An overview of psychiatric disorders in America. Dans L. N. Robins et D. A Regier (dir.), *Psychiatric Disorders in America* (p. 328-366). New York, NY : Free Press.

Rudkin, L. et Markides, K. S. (2001). Measuring the socioeconomic status of elderly people in health studies with special focus on minority elderly. *Journal of Mental Health and Aging*, *7*(1), 53-66.

Rueda, S. et Artazcoz, L. (2009). Gender inequality in health among elderly people in a combined framework of socioeconomic position, family characteristics and social support. *Ageing and Society*, *29*(4), 625-647. doi :10.1017/S0144686X08008349

Sarkisian, C. A., Lee-Henderson, M. H. et Mangione, C. M. (2003). Do depressed older adults who attribute depression to « old age » believe it is important to seek care ? *Journal of General Internal Medicine*, *18*(12), 1001-1005. doi : 10.1111/j.1525-1497.2003.30215.x

Scott, T., Mackenzie, C. S., Chipperfield, J. G. et Sareen, J. (2010). Mental health service use among Canadian older adults with anxiety disorders and clinically significant anxiety symptoms. *Aging and Mental Health, 14*(7), 790-800. doi : 10.1080/13607861003713273.

Shavers, V. L. (2007). Measurement of socioeconomic status in health disparities research. *Journal of the National Medical Association*, *99*(9), 1013-1023.

Singleton, N. et Lewis, G. (2003). *Better or Worse: A longitudinal study of the mental health of adults living in private households in Great Britain.* Récupéré du site de The National Archives : http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20130107105354/http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/documents/digitalasset/dh_4060694.pdf

Smith, L. D., McGovern, R. J. et Peck, P. L. (2004). Factors contributing to the utilization of mental health services in a rural setting. *Psychological Reports*, *95*(2), 435-442.

Sussman, T., Yaffe, M., McCusker, J., Parry, D., Sewitch, M., Van Bussel, L. et Ferrer, I. (2011). Improving the Management of Late-Life Depression in Primary Care : Barriers and facilitators. *Depression Research and Treatment*, 2011(2011), 326307. doi :10.1155/2011/326307

Swartz, M. S., Wagner, H. R., Swanson, J. W., Burns, B. J., George, L. K. et Padgett, D. K. (1998). Administrative update : utilization of services. I. Comparing use of public and private mental health services : The enduring barriers of race and age, *Community Mental Health Journal*, *34*(2), 133-144.

Teevan, J. J. (1985). Socioeconomic status is significantly related to… *Sociological Perspectives, 28*(2), 241-247.

ten Have, M., Vollebergh, W., Bijl, R. V. et de Graaf, R. (2001). Predictors of incident care service utilisation for mental health problems in the Dutch general population, *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *36*(3), 141-149.

Veroff, J., Kulka, R. A. et Douvan, E. A. M. (1981). *Mental health in America : Patterns of help-seeking from 1957-1976*. New York, NY : Basic Books.

Vink, D., Aartsen, M. J., Comijs, H.C., Heymans, M. W., Penninx, B. W., Stek, M. L., … Beekman, A. T. (2009). Onset of anxiety and depression in the aging population : Comparison of risk factors in a 9-year prospective study. *The American Journal of Geriatric Psychiatry, 17*(8), 642-652.

Vink, D., Aartsen, M. J. et Schoevers, R. A. (2008). Risk factors for anxiety and depression in the elderly : A review. *Journal of Affective Disorders*, *106*(1-2), 29-44. doi :10.1016/j.jad.2007.06.005

Volkers, A. C., Nuyen, J., Verhaak, P. F. et Schellevis, F. G. (2004). The problem of diagnosing major depression in elderly primary care patients. *Journal of Affective Disorders, 82*(2), 259-263. doi :10.1016/j.jad.2003.11.003

von dem Knesebeck, O., Lüschen, G., Cockerham, W. C. et Siegrist, J. (2003). Socio-economic status and health among the aged in the United States and Germany : A comparative cross-sectional study. *Social Science & Medicine*, *57*(9), 1643-1652.

Waxman, H. M., Carrier, E. A. et Klein, M. (1984). Underutilization of mental health professionals by community elderly, *The Gerontologist*, *24*(1), 23-30. doi : 10.1093/geront/24.1.23

Weissman, M. M. et Klerman, G. L. (1977). Sex differences and the epidemiology of depression. *Archives of General Psychiatry, 34*(1), 98-111. doi : 0.1001/archpsyc.1977.01770130100011

Wells, K. B., Manning, W. G., Duan, N., Newhouse, J. P. et Ware, J. E. Jr. (1986). Sociodemographic factors and the use of outpatient mental health services. *Medical Care, 24*(1), 75-85.

West, C. G., Reed, D. M. et Gildengorin, G. L. (1998). Can money buy happiness ? Depressive symptoms in an affluent older population. *Journal of the American Geriatrics Society, 46*(1), 49-57.

Wetherell, J. L., Kaplan, R. M., Kallenberg, G., Dresselhaus, T. R., Sieber, W. J. et Lang, A. J. (2004). Mental health treatment preferences of older and younger primary care patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine, 34*(3), 219-233.

Wight, R. G., Cummings, J. R., Karlamangla, A. S. et Aneshensel, C. S. (2009). Urban neighborhood context and change in depressive symptoms in late life. *The Journals of Gerontology. Series B, Psychological sciences and social sciences*, *64*(2), 247-251, doi :10.1093/geronb/gbn016

Zarit, S. H. et Zarit, J. M. (2010). Mood and Anxiety Disorders. Dans S. H. Zarit et J. M. Zarit (dir.), *Mental Disorders in Older Adults : Fundamentals of Assessment and Treatment* (p. 78-98). New York, NY : The Guilford Press.