

Analyse écologique des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien d'individus du Nord de l'Ontario

Par

Amanda Bates

Mémoire présenté pour répondre à  
l'une des exigences de la maîtrise  
en service social

Faculté des études supérieures  
Université Laurentienne  
Sudbury (Ontario) Canada

© Amanda Bates, juillet 2022

**CULMINATING ACTIVITY / ACTIVITÉ CULMINANTE**  
**Laurentian University / Université Laurentienne**  
Office of Graduate Studies / Bureau des études supérieures

Title of project Titre du projet	Analyse écologique des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien d'individus du Nord de l'Ontario	
Name of candidate Nom du candidat	Bates, Amanda	
Degree Diplôme	Maîtrise en Service Social	
School/Program		Date of defence N/A
École/Programme	Service Social	Date de la soutenance N/A

**APPROVED/APPROUVÉ**

<p>Dr. Isabelle Côté (Supervisor/Directeur(trice) de thèse)</p> <p>Carmel Girouard (Co-supervisor/Co-directeur(trice) de thèse)</p> <p>N/A (Committee member/Membre du comité)</p> <p>N/A (Committee member/Membre du comité)</p>	<p>Approved for the Office of Graduate Studies Dr. Tammy Eger Vice President Research</p> <p>Approuvé pour la Bureau des études supérieures Dr. Tammy Eger Vice-rectrice à la recherche</p>
---	---

**CLAUSE D'ACCESSIBILITÉ ET PERMISSION D'UTILISER DES DOCUMENTS**

Je, **Amanda Bates**, accorde à l'Université Laurentienne et à ses agents l'autorisation non exclusive d'archiver mon activité culminante (y compris, mais sans s'y limiter, le mémoire principal, l'examen du stage et le rapport de projet) et d'en permettre l'accès, en tout ou en partie et dans toute forme de média, maintenant ou pour la durée de mon droit de propriété du droit d'auteur. Je conserve tous les autres droits de propriété du droit d'auteur du travail. Je me réserve également le droit d'utiliser dans de futurs travaux (comme des articles ou des livres) l'ensemble ou des parties de mon travail. J'accepte en outre que la permission de reproduire ce travail de quelque manière que ce soit, en tout ou en partie à des fins savantes, soit accordée par le ou les membres du corps professoral qui ont supervisé mes travaux de thèse ou, en leur absence, par le directeur ou la directrice de l'unité dans lequel mes travaux de thèse ont été effectués. Il est entendu que toute reproduction ou publication ou utilisation de ce travail ou de parties de celles-ci à des fins lucratives ne doit pas être autorisée sans ma permission écrite. Il est également entendu que cette copie est présentée sous cette forme par l'autorité du titulaire du droit d'auteur uniquement pour fins d'études et de recherches particulières et ne doit pas être copiée ou reproduite sauf en conformité avec la législation sur le droit d'auteur sans l'autorisation écrite du titulaire du droit d'auteur.

## TABLE DE MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	i
RÉSUMÉ.....	ii
SUMMARY.....	iii
LISTE DE SCHÉMAS.....	iv
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I PROBLÉMATIQUE.....	1
1.1. Douleur chronique.....	6
1.1.1. Définition de la douleur chronique.....	6
1.1.2. Symptômes de la douleur chronique.....	8
1.1.3. Diagnostic de la douleur chronique.....	10
1.1.4. Épidémiologie de la douleur chronique.....	11
1.1.5. Conséquences de la douleur chronique.....	12
1.1.6. Traitements et intervention de la douleur chronique.....	13
1.2. Dépression.....	15
1.2.1. Définition de la dépression.....	15
1.2.2. Symptômes de la dépression.....	17
1.2.3. Diagnostic de la dépression.....	18
1.2.4. Épidémiologie de la dépression.....	19
1.2.5. Conséquences de la dépression.....	21
1.2.6. Traitements et intervention de la dépression.....	22
1.3. La dépression et la douleur chronique concomitante.....	25
1.4. La ville de Timmins et ses facteurs démographiques.....	27
1.5. Soins de santé physique et de santé mentale au Canada.....	29
1.5.1 Soins de santé physique.....	29
1.5.2. Soins de santé mentale.....	32
CHAPITRE II CADRE THÉORIQUE.....	34
2.1. Approche écologique.....	34
2.2. Problématique de recherche sociale.....	37
2.3. Importance de cette recherche pour le service social.....	40
2.4. Questions de recherche.....	41

CHAPITRE III DÉMARCHE MÉTHODOLOGIQUE.....	42
3.1. Recherche qualitative.....	42
3.2. Approche de recherche.....	42
3.2.1. Les entretiens en recherche qualitative.....	42
3.2.2. L’entrevue semi-dirigée.....	43
3.3. Échantillonnage et critères de sélection.....	44
3.4. Méthode de recrutement.....	45
3.4.1. Profil des participant-es.....	45
3.5. Canevas d’entrevue et déroulement des entretiens.....	46
3.6. Méthode d’analyse.....	47
3.7. Limites de recherche.....	48
3.8. Considérations éthiques.....	49
CHAPITRE IV RÉSULTATS .....	51
4.1. Ontosystème.....	51
4.1.1. Douleur chronique.....	51
4.1.2. Dépression.....	52
4.1.3. Changements d’attentes de vie.....	53
4.1.4. Effets sur la vie quotidienne.....	54
4.2. Microsystème.....	54
4.2.1. Impacts sur la vie sociale.....	55
4.2.2. Impacts sur la relation conjugale.....	56
4.2.3. Impacts sur la famille.....	57
4.2.4. Impacts sur l’hébergement.....	58
4.2.5. Impacts sur le travail.....	59
4.2.6. Accès aux services.....	60
4.2.7. Problèmes liés aux méthodes de traitements.....	61
4.3. Mésosystème.....	62
4.3.1. Interactions entre deux systèmes de l’individu.....	62
4.4. Exosystème.....	63
4.4.1. Invalidité selon le gouvernement.....	63
4.5. Macrosystème.....	64

4.5.1. Stigmas.....	64
4.5.2. Culture et support au travail.....	65
4.6. Chronosystème.....	66
4.6.1. Développement des conditions.....	66
4.6.2. Changements depuis le/les diagnostics.....	67
CHAPITRE V DISCUSSION.....	69
5.1. Facteurs de risques.....	70
5.2. Facteurs de protections.....	74
5.3. Qualité de vie.....	76
5.4. Recommandations.....	78
CONCLUSION.....	80
BIBLIOGRAPHIE.....	83
ANNEXE A AFFICHE DE RECRUTEMENT.....	89
ANNEXE B GUIDE D'ENTRETIEN.....	92
ANNEXE C FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.....	99
ANNEXE D CERTIFICATS D'ÉTHIQUE.....	112

## REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier ma directrice de mémoire, Isabelle Côté Ph.D. Je vous remercie pour votre patience inestimable, vos encouragements, votre retour d'information et votre soutien. L'aboutissement de ce projet n'aurait pas été possible sans tout le dévouement que vous avez mis à m'aider. J'ai grandement bénéficié de la richesse de vos connaissances. Je tiens aussi à remercier ma seconde lectrice, Carmel Girouard, M.S.W., pour sa patience durant ce long processus ainsi que pour ses conseils.

Bien qu'il soit parfois difficile d'aborder certains sujets, quatre participant-es ont pris du temps précieux de leur journée pour participer à cette étude et sans cela, ce mémoire n'aurait pu se réaliser. Je tiens à exprimer ma profonde appréciation aux participant-es. Je suis reconnaissante de vous avoir rencontrés et d'avoir travaillé avec vous.

Enfin, je n'aurais pas pu entreprendre ce parcours sans le soutien de ma famille. L'amour et le soutien constants de ma mère et de mon beau-père m'ont gardée motivée et confiante même dans les moments les plus difficiles lorsque j'avais des problèmes de santé. Mes réalisations et mon succès sont dus au fait qu'ils ont cru en moi.

## RÉSUMÉ

Ce mémoire tente de mettre en évidence les expériences d'individus qui souffrent simultanément de la dépression et la douleur chronique en analysant l'interfluence sur les systèmes de leur vie quotidienne à Timmins (Ontario), où peu de services sont disponibles pour les appuyer. Selon l'approche écologique, nous avons exploré les expériences des individus qui souffrent de douleur chronique et de dépression dans chaque sous-système de leur vie.

Cette étude comporte deux objectifs. Le premier objectif est de comprendre comment la dépression et la douleur chronique concomitante exercent une influence sur la vie quotidienne des participantes. Le deuxième objectif est de saisir les défis auxquels sont confrontés ces individus dans un contexte où les ressources et les services sont somme toute assez limités. Elle tente ainsi de répondre à la question suivante : de quelle manière interagissent les différents niveaux de système dans le quotidien d'individus souffrant de dépression et douleur chronique ? Pour répondre à la question de recherche, des entretiens qualitatifs ont été effectués auprès de quatre individus souffrant simultanément de dépression et de douleur chronique à Timmins (Ontario). Ces entretiens ont permis d'analyser l'interfluence de six sous-systèmes dans leur vie : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

Après avoir analysé les résultats selon les sous-systèmes de l'approche écologique, cette étude a permis de cerner un certain nombre de facteurs de risque et de facteurs de protection. Les principaux facteurs de risque ayant émergé de cette étude sont : le manque de services, la faiblesse du réseau de soutien, une situation socioéconomique précaire, une culture négative au travail et un hébergement instable. Cette étude a également mis en lumière un certain nombre de facteurs de protection : l'accès à des services de qualité, l'empathie et la compréhension de la part des personnes qui entourent les individus atteints de douleur chronique et dépression, un réseau de soutien, un emploi stable, du soutien au travail et un hébergement stable. Ces résultats soulèvent des pistes pour des recherches futures et pour la pratique du travail social, qui sont détaillées dans le présent mémoire.

Mots clés : douleur chronique, dépression, approche écologique, recherche qualitative, facteurs de risque, facteurs de protection, qualité de vie

## SUMMARY

This thesis attempts to highlight the experiences of individuals who simultaneously suffer from depression and chronic pain by analyzing the interfluence on the systems of their daily lives in Timmins, Ontario, where few services are available to support them. According to the ecological approach, we explored the experiences of individuals who suffer from chronic pain in each subsystem of their life.

This study has two objectives. The first objective is to understand how depression and concomitant chronic pain have an influence on the daily life of the participants. The second objective is to grasp the challenges faced by these individuals in a context where resources and services are all quite limited. It seeks to answer the following question: how do the different level of systems interact in the daily lives of individuals suffering from depression and chronic pain? To answer the research question, qualitative interviews were conducted with four individuals with concurrent depression and chronic pain in Timmins, Ontario. These interviews made it possible to analyze the interfluence of six subsystems in their lives: the ontosystem, the microsystem, the mesosystem, the exosystem, the macrosystem and the chronosystem.

After analyzing the results according to the subsystems of the ecological approach, this study has identified several risk factors and protective factors. The main risk factors that emerged from this study are the lack of services, a weak support network, a precarious socioeconomic situation, a negative culture at work and unstable housing. This study also brought to light several protective factors: access to quality services, empathy and understanding on the part of those around individuals with chronic pain and depression, a support network, stable employment, work support and stable housing. These results raise avenues for future research and for the practice of social work, which are detailed in this thesis.

Keywords: chronic pain, depression, ecological approach, qualitative research, risk factors, protective factors, quality of life

## **LISTE DE SCHÉMAS**



Schéma 1	<i>The Vicious Cycle: Chronic Pain and Symptoms</i> .....	9
Schéma 2	<i>Key Determinants of Health</i> .....	31
Schéma 3	<i>Tableau de facteurs de risques et facteurs de protections</i> .....	76

## INTRODUCTION

La douleur chronique et la dépression sont des affections dont souffrent de nombreux Canadiens. La douleur chronique touche un Canadien sur cinq (Lynch, 2011, p. 77). Comparée à d'autres maladies chroniques comme les maladies pulmonaires ou cardiaques chroniques, la douleur chronique implique le fait d'avoir la plus faible qualité de vie (Lynch, 2011, p. 77). Lorsque la douleur persiste, elle peut affecter tous les aspects de la vie d'une personne, y compris son sommeil, son niveau d'énergie, son travail, son école, ses passe-temps, et sa participation communautaire (Trafford et Gregory, 2021). « La dépression a un effet sur le bien-être émotionnel, physique et mental d'une personne. C'est l'une des maladies mentales les plus courantes au Canada » (Santé Publique Ontario, n.d., – traduction libre).

« L'*International Association for the Study of Pain* définit la douleur comme une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à un dommage tissulaire réel ou potentiel ou s'en rapprochant » (Santé Canada, 2021a, p. 3). La douleur est généralement temporaire et nous signale que quelque chose ne va pas avec notre corps. Elle disparaît généralement à mesure que nous guérissons. La douleur devient chronique lorsqu'elle persiste plus de trois mois. La douleur chronique est reconnue par l'Organisation mondiale de la santé et elle est subdivisée en douleur chronique primaire et douleur chronique secondaire (Santé Canada, 2021a, p. 3). La douleur chronique primaire est définie comme une douleur qui persiste au-delà de la guérison complète des tissus ou sans que l'on puisse trouver la source. La douleur chronique secondaire résulte de troubles sous-jacents. Comme l'explique Santé Canada (2021a) : « Des facteurs biologiques, psychologiques, spirituels et sociaux influencent » l'expérience de la douleur d'une personne (p.3). C'est pourquoi il est important que les équipes de traitements multidisciplinaires comprennent des travailleurs sociaux. Non seulement ces facteurs ont un effet sur la douleur chronique, mais celle-ci a également un effet sur la vie quotidienne des personnes qui souffrent de cette condition.

La douleur chronique est largement invisible, et les personnes qui en sont affectées se sentent souvent incrédules et stigmatisées. « Le manque de services spécialisés pour la douleur l'absence de traitement efficace pour certains syndromes douloureux chroniques, les longs délais d'attente,

les obstacles à l'accès aux soins et la rareté des professionnels de la santé formés de le domaine de la gestion de la douleur exacerbent le désespoir des personnes qui vivent avec la douleur » (Santé Canada, 2021a, p.3).

« Pour de nombreuses personnes atteintes de douleur chronique, la pandémie de COVID-19 a entraîné du stress, un isolement social, une exacerbation des problèmes mentaux concomitants, une réduction des possibilités de maintenir sa capacité physique fonctionnelle ainsi qu'une augmentation de la douleur et de l'incapacité » (Santé Canada, 2021a, p.5). Les personnes souffrant de douleur dépendent de certains services pour maintenir leur qualité de vie, mais la pandémie a provoqué des perturbations dans les soins et les services de santé, ce qui a réduit l'accès des personnes aux soutiens et aux thérapies dont elles ont besoin (Santé Canada, 2021a, p.5).

La dépression, souvent appelée trouble dépressif majeur ou dépression clinique, est un trouble de l'humeur important qui affecte de nombreuses personnes. Pour déterminer un diagnostic de dépression, le DSM-5 fournit les critères suivants. Il explique que « l'individu doit ressentir cinq symptômes ou plus au cours de la même période de 2 semaines et qu'au moins un des symptômes doit être soit une humeur dépressive, soit une perte d'intérêt ou de plaisir » (Truschel, 2020 – traduction libre). La liste des symptômes est :

« (1) humeur dépressive presque toute la journée et presque tous les jours ; (2) intérêt ou plaisir nettement diminué pour toutes ou presque toutes les activités la plupart de la journée, presque tous les jours ; (3) une perte de poids significative en l'absence de régime ou un gain de poids, une diminution ou une augmentation de l'appétit presque tous les jours ; (4) le ralentissement de la pensée et une réduction des mouvements physiques (observables par d'autres, pas simplement des sentiments subjectifs d'agitation ou de ralentissement) ; (5) fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours ; (6) des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée presque tous les jours ; (7) diminution de la capacité de penser ou de concentration, ou indécision, presque tous les jours ; (8) pensées de mort récurrentes, idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Pour être diagnostiqués avec une dépression, ces symptômes doivent provoquer une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines cruciaux pour l'individu. En outre, « les symptômes ne doivent pas non plus être le résultat d'une toxicomanie ou d'un autre problème médical » (Truschel, 2020 – traduction libre).

Le manque d'accès aux soins en santé mentale constitue un enjeu significatif dans le Nord de l'Ontario. Les collectivités rurales ont moins de ressources en santé mentale, et le Nord de l'Ontario est principalement rural ou éloigné. Des recherches ont mis en lumière que le prix des déplacements dans les zones urbaines voisines empêche les gens d'accéder à des services de santé mentale essentiels (Northern Policy Institute, 2020). Dans le Nord de l'Ontario, la maladie mentale et la toxicomanie représentent notamment de graves problèmes. Cette situation est exacerbée par le manque de services de santé mentale dispensés par « les équipes de soins de santé primaires, les centres de toxicomanie et de santé mentale et d'autres organisations de conseil » (Northern Policy Institute, 2020 – traduction libre). Les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale doivent se faire soigner dans les hôpitaux en raison d'un manque de ressources en santé mentale. Cela se traduit par un pourcentage plus élevé d'admissions à l'hôpital parce que les personnes ayant besoin de soins dans les régions rurales et éloignées sans accès aux hôpitaux sont sous-dénombrées (Northern Policy Institute, 2020).

Selon les recherches effectuées sur le sujet, 30 à 50 % des personnes souffrant de douleur chronique souffrent également de dépression ou d'anxiété (Smith, 2021). La douleur chronique est une condition à la fois émotionnelle et physique qui a un impact significatif sur les émotions et l'humeur d'une personne. « Parfois, il peut être difficile d'évaluer si la douleur chronique a conduit à la dépression, ou vice versa. Les personnes souffrant de douleur chronique sont trois fois plus susceptibles de développer des symptômes de dépression ou d'anxiété, et les personnes souffrant de dépression sont trois fois plus susceptibles de développer une douleur chronique » (Smith, 2021 – traduction libre). Les douleurs inexplicables, telles que les maux de tête ou les maux de dos, sont des symptômes courants de la dépression, et les personnes déprimées peuvent éprouver des difficultés à améliorer ou à maintenir leur santé physique. « À son tour, la douleur chronique peut entraîner des troubles du sommeil, une augmentation du stress ou des sentiments de culpabilité ou de dévalorisation associés à la dépression. Ces influences peuvent créer un cycle difficile à briser » (Smith, 2021 – traduction libre). Les personnes souffrant de douleur chronique peuvent être moins aptes à détecter et à discuter des symptômes de la dépression avec leur médecin, malgré le fait que la dépression peut les rendre encore plus affaiblies. En fait, la moitié de toutes les personnes souffrant de dépression qui consultent un médecin se plaignent uniquement de

symptômes physiques. Parce que ces deux conditions rendent le traitement mutuel plus difficile, « il est important de tenir compte des deux lors de l'évaluation des options de traitement » (Smith, 2021 – traduction libre).

Selon Smith (2021), de nombreux médecins ne sont pas formés pour rechercher des signes de dépression lorsqu'ils traitent des patients pour leur douleur. C'est important qu'un individu puisse aussi parler à son médecin de ses symptômes de dépression pour qu'il puisse commencer le traitement des deux affections aussitôt que possible. « Un médecin informé peut suggérer un plan de traitement dès le début qui traite la dépression du patient ainsi que sa douleur physique, donnant au patient les meilleures chances d'obtenir un résultat positif » (Smith, 2021 – traduction libre). À ce point, un médecin qui reconnaît l'importance d'une équipe multidisciplinaire pourrait recommander son patient aux services dont il a besoin. C'est pourquoi les professionnelles de différents domaines doivent saisir l'importance de l'influence de l'environnement sur le bien-être des gens qui souffrent de ces deux conditions simultanées.

Ce mémoire intitulé *Analyse écologique des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien d'individus du Nord de l'Ontario* vise à explorer les expériences d'individus qui souffrent simultanément de la dépression et de la douleur chronique en analysant l'influence des systèmes sur leur vie quotidienne à Timmins (Ontario) où peu de services sont disponibles pour les appuyer. L'approche écologique a été privilégiée pour analyser ce phénomène. Cette recherche inclut la prise en compte de l'importance des impacts des facteurs environnementaux sur leur quotidien. Cette étude comporte deux objectifs. Le premier objectif est de comprendre comment la dépression et la douleur chronique concomitante ont une influence sur la vie quotidienne des participant-es. Le deuxième objectif est de saisir les défis auxquels sont confrontés ces individus et le manque de ressources auxquelles ils ont accès. Ces objectifs permettront de proposer des pistes d'intervention pour les professionnelles de la santé et des services sociaux qui travaillent avec ces individus.

Ce mémoire est divisé en cinq chapitres. À l'aide d'une revue de la littérature, le chapitre I commence avec le développement des concepts et des défis de cette problématique en décrivant l'information connue. Le chapitre II constitue le cadre théorique qui comprend la définition de

l'approche écologique, la problématique de recherche, c'est-à-dire la douleur chronique et la dépression concomitante, la justification de l'importance de cette recherche pour le travail social ainsi que la présentation des questions de recherche. La méthodologie de recherche est présentée dans le chapitre III, ce qui inclut la recherche qualitative, l'approche de recherche, l'échantillonnage et critère de sélection, la méthode de recrutement, les entretiens semi-dirigés, la méthode d'analyse, les limites de recherche ainsi que les considérations éthiques. Le chapitre IV sera consacré à la présentation des données des quatre entretiens menés auprès des participants souffrant de douleur chronique et de dépression à Timmins. Enfin, le chapitre V fournira une interprétation et une discussion des résultats.

## **CHAPITRE I**

### **PROBLÉMATIQUE**

## 1.1. Douleur chronique

### 1.1.1. Définition de la douleur chronique

Selon Lefort et ses collaborateurs (2015, Chapitre 1, p. 4), la douleur est un phénomène universel qui fait partie intégrante de l'expérience humaine. La douleur peut être aiguë ou chronique. Plusieurs confondent à tort la douleur chronique et la douleur aiguë. Pourtant, la douleur chronique et la douleur aiguë se distinguent sur différents plans, notamment en ce qui a trait à l'intensité de la douleur, l'emplacement de la douleur, la cause de la douleur, la réponse émotionnelle à la douleur, le processus de diagnostic, le traitement, etc. (Lefort et collab., 2015, Chapitre 1, p. 5). La douleur aiguë est la réponse physiologique naturelle du corps aux blessures causant des lésions tissulaires. En fin de compte, cette douleur protège les gens contre les lésions tissulaires et les aide à savoir quand soigner une blessure afin qu'ils puissent guérir, donc celle-ci a un but (Teater et Teater, 2017, chapitre 1, p.1). La douleur chronique est différente, car elle ne remplit aucune fonction. « La cause exacte de la douleur chronique » n'est souvent pas claire (Teater et Teater, 2017, chapitre 1, p.2 – traduction libre).

Selon l'Association québécoise de la douleur chronique (2009, p. 4 – traduction libre) :

La douleur chronique est un grave problème de santé qui a un effet dévastateur sur la vie des personnes atteintes. Elle est caractérisée par une douleur locale ou diffuse récurrente qui persiste pendant des mois, voire des années. Elle peut survenir à la suite d'un accident, d'une maladie, d'une chirurgie ou d'une infection, et dure au-delà de la période normale de guérison. La douleur chronique peut aussi être associée à un désordre chronique ou à une maladie évolutive ou dégénérative (comme les maladies inflammatoires de l'intestin), la fibromyalgie, la lombalgie, l'arthrite, la migraine, le zona, la sclérose en plaques et la douleur neuropathique. Elle est soit intermittente (par crises) ou persistante (plus de 12 heures par jour). Elle emprunte des formes diverses : brutal, intense, lancinant ou simple picotement. Enfin, c'est une condition médicale qui s'installe de manière soudaine ou progressive, parfois sans cause identifiable, dans toutes les parties du corps.

D'après McCaffrey et collab. (2003 – traduction libre), il existe différents types de douleur. Le premier type est la douleur somatique, qui comprend des douleurs « dans les tissus sous-cutanés localisés ou de douleurs somatiques profondes dans les muscles, les tendons, les ligaments, les os,

les jointures et les artères » (p. 282 – traduction libre). Un exemple de douleur somatique chronique est l'arthrite. Un deuxième type de douleur est la douleur viscérale qui est la douleur dans les organes. Les lacérations, la chaleur ou les pincements n'ont aucun effet sur les récepteurs de la douleur dans les viscères, mais l'étirement, l'ischémie, l'infection ou l'inflammation en ont (p. 282). Des exemples de douleurs viscérales sont « la douleur cancéreuse et la pancréatite chronique » (p. 282 – traduction libre). Un troisième type de douleur est une douleur neuropathique qui provient « de lésions des nerfs périphériques ou d'un dysfonctionnement du système nerveux central » (p. 282 – traduction libre). « Ce type de douleur débute par une excitation de récepteurs spécifiques de la douleur (nocicepteurs) » (p. 282 – traduction libre). Les analgésiques traditionnels, tels que les opioïdes, ne traitent pas la douleur neuropathique, qui est généralement décrite comme une sensation de brûlure, de picotement ou de décharge électrique. (p. 282). Des exemples de douleur neuropathique sont « la neuropathie diabétique, la douleur du membre fantôme et la névralgie post-herpétique » (p. 282 – traduction libre).

La douleur est un phénomène complexe qui inclut plusieurs éléments physiques, psychologiques, environnementaux. D'après Clark et Treisman (2004, p. 2), la douleur est influencée par des facteurs affectifs, cognitifs et comportementaux, et *l'International Association for the Study of Pain* l'a définie comme étant une « expérience sensorielle et émotionnelle désagréable associée à la localisation potentielle réelle » (Clark et Treisman, 2004, p.2 – traduction libre). Selon Teater et Teater (2017, chapitre 1, p. 1 – traduction libre), chaque personne réagit différemment à la douleur en fonction de ses normes communautaires, religieuses et ethniques. La douleur comporte des caractéristiques sensorielles, émotionnelles, cognitives et mémorielles. Il est nécessaire de noter que l'aspect sensoriel n'est qu'une composante lorsque l'on considère l'interprétation qu'un individu a de sa douleur. Il est également important d'inclure leurs pensées, leurs émotions et leurs souvenirs, car tous ces aspects affectent la douleur physique qu'ils ressentent (Teater et Teater, 2017, chapitre 1, p. 1). Selon Burns (2006, p. 180), la douleur est liée aux émotions négatives. Lorsqu'un individu interprète un stimulus comme étant douloureux, ce stimulus est généralement associé à la détresse et à la souffrance. En effet, les conclusions de nombreuses études démontrent clairement des associations entre la perception de la douleur ainsi que la détresse et la souffrance de la personne. Ce même auteur soutient que, bien que le lien entre la douleur et les émotions



négatives soit clair, les mécanismes par lesquels la douleur provoque la détresse et vice versa restent largement spéculatifs (Burns, 2006, p. 180).

### **1.1.2. Symptômes de la douleur chronique**

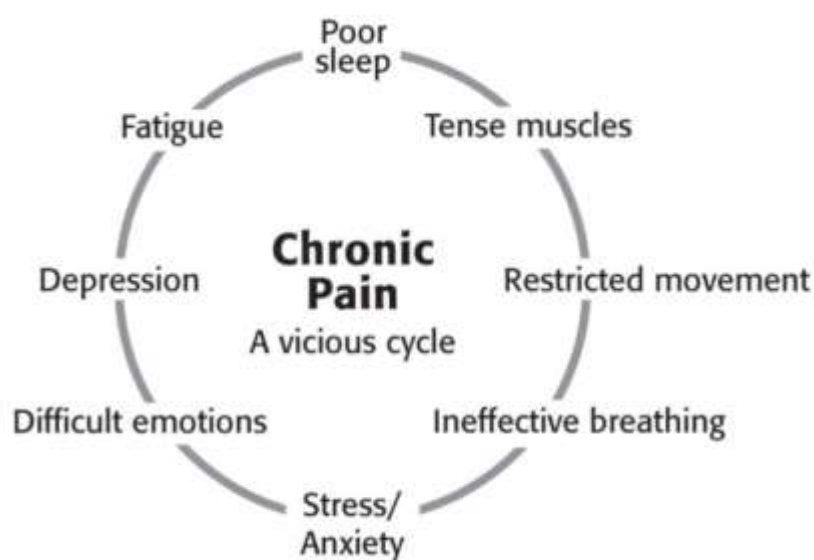
Les symptômes de la douleur chronique ne sont pas seulement physiques, mais aussi psychologiques. On retrouve une grande variété de symptômes physiques associés à la douleur chronique et ces symptômes peuvent dépendre de la personne ainsi que de la condition. L'Association québécoise de la douleur chronique (AQDC) (2009, p. 4 – traduction libre) souligne que l'engourdissement, des picotements, des douleurs ou une faiblesse musculaire transitoire sont des symptômes de douleur neuropathique. Certaines personnes peuvent même ressentir « une sensation de brûlure (particulièrement la nuit) » ; les zones du corps qui sont les plus souvent affectées sont « le dos, les jambes, les mains et les pieds ». Toujours selon l'AQDC (2009, p. 4 – traduction libre), les symptômes physiques chez les personnes qui souffrent de problèmes arthritiques peuvent inclure « l'enflure, la raideur, l'inflammation et la douleur à une ou plusieurs articulations qui diminue la mobilité articulaire ».

D'autres symptômes associés à la douleur peuvent être un affaiblissement du système immunitaire, une diminution de la capacité d'un individu à endurer le stress ainsi que la dépression. Le lien entre la dépression et la douleur chronique sera expliqué dans une section subséquente de ce chapitre. Enfin, notons qu'en plus de la dépression, la douleur chronique est associée aux difficultés en lien avec le sommeil et l'anxiété (2009, p. 4). Teater et Teater (2017, chapitre 2, p. 1) expliquent que certains des facteurs psychologiques ressentis par les personnes souffrant de douleur chronique comme la colère, l'anxiété, la peur et la détresse « peuvent conduire à une humeur dépressive, à une dépression et à une perception accrue de la douleur » (p. 1 – traduction libre).

Burns (2006, p. 180) définit la douleur en termes de composantes affectives et sensorielles. Les aspects sensoriels de la douleur comprennent les sensations externes (par exemple, la pression et la température) et internes (par exemple, la brûlure et le picotement), tandis que les aspects affectifs de la douleur désignent les émotions (par exemple, la détresse et la colère). Selon Lefort et ses collaborateurs (2015, chapitre 1, p. 11), la douleur chronique engendre généralement des problèmes supplémentaires et parfois même une perte de fonctionnement. Avec la douleur

chronique, plusieurs individus assument que les symptômes qu'ils éprouvent sont générés par la douleur elle-même. Bien que la douleur chronique puisse « causer de la fatigue, des mouvements restreints, la dépression et d'autres symptômes », ces auteurs croient que la douleur chronique n'est pas la seule cause de ces symptômes (2015, Chapitre 1, p. 11 – traduction libre). Ils estiment entre autres que ces symptômes s'alimentent l'un et l'autre, c'est-à-dire que les interactions entre ces symptômes aggravent la douleur, créant un cercle vicieux qui est illustré dans le schéma 1.

**Schéma 1 The Vicious Cycle: Chronic Pain and Symptoms**



(Lefort et collab., 2015, chapitre 1, p. 11)

### 1.1.3. Diagnostic de la douleur chronique

Les individus atteints de douleur chronique vont habituellement se tourner initialement vers leur médecin de famille pour traiter la douleur. Ces médecins peuvent évaluer leur état et les référer à des médecins spécialistes au besoin. Selon Dionne (2014, p. 17 – traduction libre), « le rôle premier des médecins est d'établir un diagnostic médical en fonction [des] symptômes de douleur, de leur intensité, de leur fréquence, de leur origine ». Cependant, selon Clark et Galati (2015), de

nombreux médecins ont de la difficulté à trouver le temps nécessaire afin de procéder à une évaluation approfondie des patients souffrant de douleur chronique. Selon l'AQDC (2009, p. 5 – traduction libre), l'établissement d'un diagnostic de douleur chronique est un processus très complexe puisque « la douleur est une expérience personnelle subjective non mesurable à l'aide de tests ou d'examen médicaux ». Clark et Galati (2015) expliquent qu'une erreur typique lors de l'évaluation d'une personne souffrant de douleur chronique est la présomption que tous les problèmes rencontrés par celle-ci sont le résultat de la souffrance associée à la douleur chronique. « Cependant, chaque cas et diagnostic primaire, ainsi que les comorbidités qui peuvent contribuer à l'état général, doivent être revus et examinés » (Clark et Galati, 2015 – traduction libre). Malheureusement, il n'y a pas de test unique pour diagnostiquer correctement la douleur chronique.

Il est important de noter que même si c'est difficile d'émettre un diagnostic, il existe de nombreuses causes de la douleur chronique et celles-ci devraient être examinées en profondeur pendant l'évaluation (Clark et Galati, 2015). L'AQDC (2009, p. 5) explique qu'il est important que les professionnelles du domaine de la santé prennent en considération les symptômes physiques, ainsi que les facteurs environnementaux des personnes qui en souffrent. En effet, étant donné la grande complexité du processus de diagnostic de la douleur chronique, il s'avère important que l'individu qui en souffre participe activement à l'identification de sa condition de douleur chronique ainsi qu'à la gestion de cette douleur. Pour participer activement, l'individu peut tenir un journal de bord consignait différentes dimensions de son quotidien, par exemple : l'intensité de la douleur, la durée, la fréquence et quels types d'interventions ont été effectués. Enfin, un proche peut accompagner ces individus lorsqu'ils ont des visites médicales pour pouvoir fournir de l'information manquante aux professionnelles de la santé.

#### **1.1.4. Épidémiologie de la douleur chronique**

Selon Clark et Treisman (2004, p. 2), la prévalence de la douleur chronique dans la population générale varie de 10 % à 55 % selon les recherches, avec une estimation d'environ 11 % pour cent chez les adultes. La prévalence se veut ainsi difficile à établir compte tenu du fait qu'il n'y a pas de définitions conventionnelles pour des termes comme « chronique » ou « sévère », qui se

concentrent généralement sur la douleur généralisée, la déficience fonctionnelle, l'interférence de la douleur ou les caractéristiques de la douleur. (p. 2).

Selon une étude menée en 2002 par l'Organisation mondiale de la santé dans différents pays, « la prévalence moyenne pondérée de la douleur chronique est estimée à 31 % chez les hommes, 40 % chez les femmes, 25 % chez les enfants de moins de 18 ans et 50 % chez les personnes âgées de 65 ans ou plus » (2004, p. 2 – traduction libre). Selon Boulanger et ses collaborateurs (2007, p.40 – traduction libre), « les enquêtes menées dans la population générale ont révélé que la prévalence de la douleur chronique au Canada se situait entre 15 % et 29 % ». Selon l'AQDC (2009, p. 6), des millions de Canadiens et de Canadiennes souffrent de « douleur chronique débilante qui n'est pas traitée de façon adéquate ». Selon l'étude « Canadian Chronic Pain Study II » menée au Québec en 2004, 1,2 million de personnes au Canada souffrait de douleur chronique. Selon cette étude, les hommes et les femmes de tous âges et de toutes origines peuvent souffrir de douleur chronique.

Le nombre de personnes qui souffrent de la douleur chronique augmente avec l'âge et en fonction du revenu ; cette problématique est moins prévalente chez les personnes ayant un revenu élevé. Même si la douleur chronique touche autant les hommes que les femmes, la prévalence est plus élevée chez ces dernières (2009, p. 6). Au pays, « environ 500 000 Canadiennes et Canadiens souffrent de douleurs neuropathiques, lesquelles s'accompagnent souvent d'autres états douloureux comme la fibromyalgie, l'arthrose et la migraine » (2009, p. 7). D'ailleurs, une étude canadienne révèle une estimation selon laquelle «la prévalence de la fibromyalgie est de 3,3 %, soit 4,9 % chez les femmes et 1,6 % chez les hommes » (AQDC, 2009, p. 7). De plus, « l'arthrite touche près de 4 millions de Canadiens » et « la prévalence à vie de la migraine se situe entre 7 à 17 % » chez les Canadiens et Canadiennes (2009, p. 7).

En raffinant la recherche, il est important de mentionner que les résidents du Québec et de la Saskatchewan étaient moins susceptibles que l'ensemble de la population canadienne de déclarer des douleurs et des malaises les empêchant de vaquer à leurs activités » (Statistique Canada, 2015). D'ailleurs, « en Ontario, au Manitoba et en Colombie-Britannique, la prévalence était supérieure à la moyenne nationale » (Statistique Canada, 2015).

### 1.1.5. Conséquences de la douleur chronique

Il y a plusieurs conséquences et répercussions de la douleur chronique sur le plan tant physique que psychologique, social, économique et professionnel (Dionne, 2014, p. 30). Selon l'AQDC (2009, p. 8), la douleur chronique peut avoir des impacts sur différentes dimensions de la vie d'une personne. En effet, les personnes qui souffrent de douleurs chroniques portent un fardeau lourd, en plus de devoir composer avec le stigma associé à leur maladie. Les conséquences physiques incluent : « des tensions musculaires, une modification de l'appétit, une mobilité réduite et de la fatigue » (2009, p. 8). Si la douleur n'est pas traitée efficacement, ces conséquences peuvent s'aggraver et causer des invalidités.

En ce qui concerne les conséquences psychologiques, les troubles émotionnels comme la colère ainsi que la crainte d'avoir d'autres douleurs peuvent accompagner la douleur chronique. En outre, le doute et l'incrédulité de la part des médecins ainsi que les proches de l'individu peuvent se présenter comme une épreuve supplémentaire pour les personnes atteintes de la douleur lorsque la source de cette douleur n'a pas été découverte. La douleur chronique affecte ainsi les personnes au travail et à la maison. Il devient souvent plus difficile d'exécuter des tâches quotidiennes, de travailler et de participer à des engagements communautaires. Ceci rend le travail à temps plein difficile et, selon l'Association québécoise de la douleur chronique, une personne souffrant de douleurs chroniques modérées à sévères perd en moyenne 12 558 \$ de revenus annuels (2009, p. 8).

Par ailleurs, parmi les Canadiens et Canadiennes qui souffrent de douleur chronique, « 33 % ont déclaré avoir renoncé à leur emploi en raison de la douleur » ; et 47 % ont abandonné certaines de leurs tâches. Dans 49 % des cas, l'inconfort a entraîné une perte de revenu (2009, p. 8). Ceci démontre des conséquences non négligeables sur la situation financière de ces individus. Plus encore, les personnes souffrant de douleur reçoivent souvent peu de soutien de la part des professionnelles de santé ainsi que leur famille. Elles peuvent être rejetées par les personnes dans leur entourage puisque leurs proches peuvent devenir insensibles à leur réalité. Ces conséquences surviennent, entre autres, puisque la douleur chronique est une condition invisible (2009, p. 8). Un autre impact de la douleur chronique et plus spécifiquement des traitements de douleur chronique

est la dépendance aux médicaments. À cet effet, les personnes atteintes de douleur chronique prennent généralement des médicaments pour soulager la douleur, dans des proportions estimées de deux à quatre fois plus que dans la population générale (2009, p. 9).

#### **1.1.6. Traitements et interventions de la douleur chronique**

Plusieurs traitements physiques et psychosociaux existent pour aider les personnes souffrant de douleur chronique (Grady, Severn et Eldridge, 2002). D'un point de vue psychosocial, Grady, Severn et Eldridge, soulignent l'importance de cibler les caractéristiques cognitives et comportementales lors de l'intervention avec des personnes souffrant de douleur chronique (p. 229). En fait, des progrès scientifiques ont été accomplis dans la compréhension de la douleur et le développement de thérapies cognitives et comportementales pour aider les individus qui en souffrent. Ces progrès « ont conduit à l'application généralisée de la thérapie cognitivo-comportementale aux problèmes de douleur chronique » (Ehde, Dillworth et Turner, 2014, p. 153 – traduction libre). Maintenant, la thérapie cognitivo-comportementale est une approche bien connue des personnes atteintes de douleurs chroniques de toute nature, seules ou en association avec une rééducation médicale ou pluridisciplinaire (Ehde, Dillworth et Turner, 2014, p. 153). La thérapie cognitivo-comportementale est un traitement souvent utilisé en travail social. Cette approche « est pratique, simple et particulièrement utile pour soulager la douleur » (Dionne, 2014, p. 37). Au cours des trois décennies qui ont suivi l'application initiale de la thérapie cognitivo-comportementale à la douleur chronique, un vaste ensemble de recherches a établi l'importance des processus cognitifs et comportementaux dans la façon dont les individus s'adaptent à la douleur chronique.

Selon Ehde, Dillworth et Turner (2014, p. 153), les comportements douloureux et le niveau de déficience d'un individu ont été liés à des facteurs sociaux et environnementaux (par exemple, les réactions familiales). Ces mêmes auteurs soulignent que « de nombreuses études ont documenté les associations de croyances liées à la douleur et les évaluations avec l'intensité de la douleur et des problèmes connexes, y compris la dépression, l'incapacité physique et l'activité, et les limitations de rôle social » (2014, p. 153 – traduction libre).

Selon McCracken et Vowles (2014, p. 178), la thérapie cognitivo-comportementale est l'approche prédominante pour travailler avec les personnes souffrant de douleurs chroniques. Au sein de la famille des approches cognitivo-comportementales, la pleine conscience et la thérapie de l'acceptation et l'engagement sont particulièrement prometteuses pour la douleur chronique.

Lefort et ses collaborateurs (2015, chapitre 5, p. 15) suggèrent la pleine conscience pour gérer les symptômes de la douleur chronique. Selon eux, la pleine conscience implique l'action de maintenir l'attention d'un individu dans le moment présent. Elle encourage les individus à vivre chaque instant, même les instants douloureux, aussi pleinement et aussi attentivement que possible. Selon ces auteurs, la pleine conscience est plus qu'une technique de relaxation ; c'est une attitude envers la vie. Le but de la pleine conscience est simplement d'observer sans intention de changer ou d'améliorer quelque chose, bien que les gens soient souvent positivement changés par la pratique. Observer et accepter la vie telle qu'elle est, avec tous ses plaisirs, douleurs, frustrations, déceptions et insécurités, permet aux individus de devenir calmes, plus confiants, et de développer la capacité de composer avec les défis auxquels ils sont confrontés.

Dionne (2014, p.43) présente la thérapie d'acceptation et d'engagement comme une stratégie qui aide à la réduction du stress associé à la douleur chronique. Il explique que l'exercice mental d'accepter la douleur est de « vivre avec la douleur sans réaction excessive ou tentatives répétées pour la réduire ou l'éviter » (2014, p. 93). Ainsi, il s'agit d'une combinaison d'une approche réaliste de la souffrance et des conséquences qui l'accompagnent, ainsi qu'un désengagement de la lutte contre la douleur lorsqu'elle devient infructueuse (2014, p. 93). Lorsqu'un individu n'est plus seulement concentré sur la lutte, il est possible qu'il s'engage dans des activités positives dans sa vie (2014, p. 93). Dionne (2014) explique que des études scientifiques portant sur l'acceptation de la douleur ont présenté des résultats positifs. Plus spécifiquement, lorsque les individus souffrant de douleur chronique acceptent leur condition et état, leur fonctionnement est meilleur. D'ailleurs, ils deviennent moins anxieux et déprimés, leur sommeil s'améliore et ils sont plus susceptibles de retourner au travail (2014, p. 94).

Roy (1981, p. 60) suggère l'importance du rôle de la travailleuse sociale dans le traitement de la douleur chronique. La complexité des problèmes présentés par les individus qui souffrent de

douleur chronique nécessite souvent des interventions qui « englobent les dimensions biologiques, émotionnelles et sociales » (p. 56 – traduction libre). Il explique que les travailleuses sociales sont chargées d'identifier l'importance des variables sociales, environnementales et émotionnelles, qui sont souvent les causes profondes des problèmes des patients (p. 56). « De nombreux travailleurs sociaux ont une formation en travail social psychiatrique et en psychothérapie et peuvent explorer efficacement les problèmes psychologiques qui peuvent survenir » tels que la dépression et l'anxiété (p. 56 – traduction libre). Cependant, la partie la plus importante de la fonction du travail social et l'objectif unique que la travailleuse sociale (comparé à d'autres professionnelles) « peut apporter à l'évaluation et au traitement des patients souffrant de douleur chronique sont la compréhension du paradigme-personne-environnement dans toutes ses complications » (p.56 – traduction libre). En fait, la travailleuse sociale offre une compréhension globale de l'individu, des relations familiales, des conflits psychiques et des facteurs socioculturels.

Plusieurs traitements existent donc pour la douleur chronique et il est important que les professionnelles de la santé et des services sociaux travaillent ensemble afin de trouver le meilleur traitement pour chaque individu qui souffre de douleur chronique.

## **1.2. Dépression**

### **1.2.1. Définition de la dépression**

Selon Benas et Hart (2017, p. 45), le DSM-5 définit la dépression comme étant un problème de santé mentale répandu et grave qui a un impact négatif sur la façon dont les individus se sentent, pensent et agissent. Les gens se désintéressent de leurs passe-temps et se retirent de leurs relations. Ils expliquent ainsi que « la dépression n'est pas un trouble spécifique dans le DSM-5. Il est classé sous les troubles dépressifs, qui sont décrits en fonction de la durée, du moment et de l'étiologie présumée » (Benas et Hart, 2017, p. 45 – traduction libre). La dépression fait référence à une variété de symptômes interconnectés alors le terme est général. Néanmoins, la dépression est considérée comme un trouble de santé mentale important avec des symptômes allant de légers à graves. Il s'agit d'une affection répandue qui peut perturber considérablement la vie d'une personne, car elle éprouve des sentiments persistants de chagrin et de honte (2017, p. 45). La



dépression affecte chaque personne de différentes manières et les effets dépendent de divers facteurs. Ces facteurs incluent « la génétique, les traits de personnalité, la biochimie et certains facteurs environnementaux tels que le statut socioéconomique, la cimentation dans le cycle de la pauvreté et les environnements où il y a de la négligence et des mauvais traitements » (2017, 45-46 – traduction libre).

Friedman et Anderson (2014, p.1) expliquent que les troubles dépressifs sont un ensemble diversifié de maladies caractérisées par différents degrés d'instabilité émotionnelle ainsi que des déficits cognitifs, autonomes et psychomoteurs. La dépression est désormais la quatrième maladie médicale la plus invalidante au monde. Il y a plusieurs types de dépressions qui s'intègrent dans la catégorie de troubles dépressifs qui sont « caractérisés par la présence d'une humeur triste, vide ou irritable et divers degrés d'autres changements somatiques et cognitifs » (Friedman et Anderson, 2014, p.1 – traduction libre). Selon le *Manuel diagnostique et statistique américain des troubles mentaux*, 5e édition (DSM-5), la caractéristique prédominante des troubles dépressifs est la perturbation de l'humeur. « Les types de troubles dépressifs sont : le trouble dépressif majeur, le trouble de dérèglement de l'humeur perturbateur, trouble dépressif persistant, désordre dysphorique prémenstruel, trouble dépressif induit par la substance, ainsi que d'autres catégories de troubles dépressifs pour les cas sous-syndromiques (*subsyndromal*) qui ne remplissent pas les critères des troubles de dépression mentionnés ci-dessus » (Friedman et Anderson, 2014, p.1 – traduction libre).

Regehr et Glancy (2014, p. 176) expliquent certains de ces types de dépression. Selon ces auteurs, le trouble dépressif majeur est la présence d'un ou plusieurs épisodes dépressifs sévères durant deux semaines ou plus, avec des symptômes qui diffèrent du fonctionnement antérieur et aucun épisode maniaque ou hypomaniaque. Ce groupe est divisé en épisodes uniques de dépression grave et en épisodes récurrents de dépression majeure. De plus, les cliniciens doivent évaluer le degré actuel de la dépression, allant de léger à sévère, ainsi que s'il existe ou non des caractéristiques psychotiques. Le trouble dépressif persistant est « une humeur dépressive qui n'est pas aussi grave qu'un épisode dépressif majeur, mais qui s'étend sur une période d'au moins deux ans » (Regehr et Glancy, 2014, p. 176 – traduction libre). Benas et Hart (2017, p. 47 – traduction libre) décrivent

les troubles perturbateurs du dérèglement de l'humeur comme étant « un trouble mental caractérisé par une humeur persistante irritable ou en colère et des éruptions de colères fréquentes qui sont disproportionnées à la situation ». Friedman et Anderson (2014, p. 2 – traduction libre) expliquent ainsi « le trouble dysphorique prémenstruel qui se réfère à des épisodes d'humeur qui se présentent pendant la majorité des cycles menstruels au cours de l'année précédente, caractérisée par un début pendant la semaine avant les règles et une amélioration dans les quelques jours suivant le début des règles ».

### **1.2.2. Symptômes de la dépression**

Selon Miller et collab. (2008, p. 2), les symptômes d'un trouble dépressif majeur peuvent inclure un changement d'appétit qui entraîne parfois une perte ou un gain de poids, l'insomnie, un ralentissement de la communication et de l'exécution de tâches ou, inversement, une réinitialisation et une incapacité à rester immobile, une perte d'énergie ou sensation de fatigue la plupart du temps ; des problèmes de concentration ou de prise de décision, des sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive et inappropriée, ainsi que des pensées de mort ou de suicide, des plans ou tentatives de suicide. D'autres signes peuvent inclure la perte du désir sexuel, des sentiments pessimistes ou d'angoisse, et des symptômes physiques tels que des maux de tête, des maux et des douleurs inexplicables ou des problèmes digestifs.

Il y a différents types de dépression comme le trouble dépressif majeur mentionné ci-dessus, le trouble dépressif persistant, le trouble dysphorique prémenstruel, le trouble bipolaire, et la cyclothymie (Friedman et Anderson 2014, p. 2 ; Regehr et Glancy, 2014, p. 182). Les symptômes de ces différents types de dépression se chevauchent souvent, ce qui démontre l'importance que les professionnelles prennent en considération la définition de chaque type de dépression et les symptômes avant de poser un diagnostic. Les professionnelles utilisent ainsi certains outils pour les aider à faire un diagnostic et ces outils seront présentés dans la prochaine partie.

### **1.2.3. Diagnostic de la dépression**

Il y a deux catégories générales qui caractérisent les symptômes pour la dépression : la catégorie psychologique et la catégorie somatique (ou physique) (Friedman et Anderson, 2014, p. 19). Ces symptômes ont été présentés dans la partie précédente. Il existe ainsi différents outils et échelles utilisés par les psychiatres pour diagnostiquer la dépression. Certains de ces outils et échelles sont l'échelle de notation de Hamilton pour la dépression, le « GRID-Hamilton Depression Rating Scale » (GRID-HAMD) et des mesures d'auto-évaluation (Gotlib et Hammen, 2014, p. 25-28).

Selon Friedman et Anderson (2014, p. 21 – traduction libre), « les épisodes dépressifs doivent être différenciés des autres troubles médicaux généraux (troubles de l'humeur de catégorie DSM-5 et autres troubles médicaux, des troubles de l'humeur provoqués par une substance/médicament (DSM-5) et d'autres troubles psychiatriques ». D'autres conditions qui peuvent présenter des symptômes similaires à la dépression sont « les troubles cérébro-vasculaires, endocriniens, métaboliques, neurologiques et infectieux » (2014, p. 21 – traduction libre). Lors d'un diagnostic psychiatrique, le clinicien devrait prendre l'historique du présent épisode et ceci devrait inclure un compte rendu complet de la durée, de la gravité et du degré des symptômes dépressifs. Les instruments d'auto-évaluation clinique peuvent être très utiles pour obtenir ces informations ainsi que pour suivre l'évolution des symptômes de cette procédure (2014, p. 23).

Par ailleurs, il est important d'évaluer les conditions liées au début de l'épisode dépressif. Un historique complet des épisodes antérieurs de maladie psychiatrique, un examen des antécédents psychologiques, développementaux et sociaux du patient, ainsi qu'une évaluation approfondie des antécédents médicaux doivent tous être inclus dans l'examen (2014, p. 27). D'autres aspects à considérer sont l'histoire personnelle et sociale de l'individu, son historique médical, ainsi que son apparence et sa condition générale (2014, p. 27). Il n'existe actuellement aucun test de laboratoire qui puisse être utilisé pour identifier la dépression dans un cadre clinique. Le but des tests de laboratoire est d'exclure d'autres problèmes médicaux (2014, p. 27-28).

Selon Regehr et Glancy (2014, p.10), les travailleuses sociales qui travaillent en santé mentale ont souvent des clients qui ont reçu un diagnostic de trouble de santé mentale par une autre professionnelle. Ces dernières travaillent aussi souvent avec des personnes à qui ont été prescrits des médicaments. Compte tenu de ceci, afin de travailler efficacement avec leurs clients, il est

important qu'elles aient une compréhension approfondie des médicaments couramment utilisés en santé mentale et de leurs effets secondaires. Il est aussi important de prendre en considération que les individus auront leurs propres opinions et croyances au sujet des médicaments (Regehr et Glancy, 2014, p.10). Avec cette information, le rôle que joue une travailleuse sociale avec des individus qui prennent des médicaments peut varier. Elle peut avoir besoin d'explorer la signification du médicament pour l'individu et sa famille ainsi que l'impact qu'il a sur son image de soi. Une travailleuse sociale peut fournir des sources d'information au sujet des médicaments aux individus et à leurs familles au besoin. « Sur la base d'une compréhension à la fois de la signification que le client décrit des avantages et des aspects négatifs des médicaments, les travailleuses sociales peuvent aider les clients à prendre des décisions éclairées concernant leur propre plan de rétablissement du traitement » (Regehr et Glancy, 2014, p.10 – traduction libre). En dernier lieu, les travailleuses sociales peuvent aider les individus et leurs familles en les encourageant à poser des questions et à exprimer les préoccupations qu'ils ont par rapport à leurs médicaments. Elles peuvent aussi consulter d'autres membres de leur équipe pour pouvoir répondre à leurs questions et préoccupations (Regehr et Glancy, 2014, p.10).

#### **1.2.4. Épidémiologie de la dépression**

Regehr et Glancy (2014, p.176) expliquent que selon des recherches canadiennes ayant été menées au sujet de la prévalence de la dépression majeure, 7,9 à 8,6 % des personnes de plus de 18 ans vivant dans les collectivités canadiennes satisfont aux critères diagnostiques de la dépression majeure à un moment de leur vie, et 3 à 6 % des adultes souffriront de dysthymie à un moment de leur vie. De plus, les jeunes sont plus vulnérables à la dépression. « 18 % d'un échantillon aléatoire d'adolescents avaient connu au moins un épisode de dépression, tandis que 30,6 % des étudiants d'une université aux États-Unis ont déclaré une dépression modérée et 23,3 % supplémentaires ont signalé une dépression modérément sévère ou sévère » (2014, p. 176-177 – traduction libre).

La société pour les troubles de l'humeur du Canada (2010, p.3) souligne qu'environ trois millions de Canadiens souffrent de dépression grave, mais qu'environ un tiers seulement demandent des soins, et que les femmes sont deux fois plus susceptibles que les hommes de souffrir de dépression grave. De plus, 20 % des personnes qui consultent leur médecin de famille présentent des

symptômes dépressifs, dont près de la moitié ne sont pas diagnostiqués. L'anxiété et la dépression sont les maladies psychiatriques les plus courantes, représentant 79 % de tous les diagnostics psychiatriques. De surcroît, « l'Organisation mondiale de la santé avait estimé qu'entre 2010 et 2020, la dépression majeure serait la deuxième en importance après les maladies cardiaques en tant que principale cause d'invalidité dans le monde. Trois pour cent des hommes et six pour cent des femmes en Ontario ont un trouble de l'humeur au cours d'une année donnée » (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2010, p. 3 – traduction libre).

Selon Regehr et Glancy (2014, p. 177), les recherches révèlent que les taux de dépression sont relativement stables dans le monde, tandis que les pays occidentaux ont des taux plus élevés que ceux d'Asie de l'Est. Ces auteurs estiment que ceci est attribuable à des variables culturelles/environnementales, telles que le stress psychologique, la consommation d'alcool et de drogues, et peut-être la cohésion familiale. D'ailleurs, « la prévalence des troubles de l'humeur est plus élevée dans les zones urbaines que dans les zones rurales » (p.177 – traduction libre). Les causes des différences entre les zones régionales peuvent être liées « aux stress environnementaux, à la cohésion communautaire et à la disponibilité de soutiens sociaux » (Regehr et Glancy, 2014, p. 177, – traduction libre).

### **1.2.5. Conséquences de la dépression**

Compte tenu des nombreux effets de la dépression sur l'humeur, les sentiments et les comportements des individus, il n'est pas surprenant que ces changements affectent différentes facettes de leur vie. Le comportement interpersonnel des personnes souffrant de dépression peut inciter les personnes dans leur vie à s'éloigner de la personne et/ou de la situation (Mohr, Classen et Barrera, 2004, p. 553). De l'autre côté, les personnes souffrant de dépression peuvent s'isoler. Ces deux situations peuvent causer une réduction de leur réseau de soutien. Selon Steger et Kashdan (2009, p.1), les personnes souffrant de symptômes plus graves de dépression vivent souvent des interactions sociales plus négatives en raison des conséquences de la maladie sur leur vie. La dépression peut influencer leur capacité à éprouver un sentiment d'appartenance au sein de leurs cercles sociaux, ce qui peut alors influencer leur bien-être général (2009, p. 2).

La dépression peut également avoir un effet sur la famille des individus. Premièrement, elle peut avoir un impact sur une relation ou un mariage. Un ou une partenaire peut aider au rétablissement ou il peut constituer une source de résistance et apporter d'autres problèmes d'interactions qui ne sont pas de nature positive. Cela peut générer un sentiment d'impuissance pour les deux partenaires (Rautiainen et Aaltonen, 2010, p.156). Les partenaires peuvent également être affectés négativement par la perte de motivation de la personne souffrant de dépression, ce qui peut conduire à un manque de proximité émotionnelle, à ne plus faire d'activités amusantes, etc. (AAMCT, 2021).

Les familles d'individus qui luttent contre la dépression doivent également composer avec des facteurs de stress supplémentaires qui pourraient effriter la dynamique familiale de par la stigmatisation qu'ils peuvent subir de sources extérieures (Bartha et al., 2013, p. 40). Cela peut également changer la façon dont une « personne peut s'acquitter de ses rôles et responsabilités habituels », ce qui signifie que d'autres membres de la famille pourraient devoir assumer ces responsabilités (Bartha et al., 2013, p. 40 – traduction libre). Par ailleurs, voir un être cher souffrir de dépression peut susciter certains sentiments tels que la tristesse, l'inquiétude, la peur, l'impuissance, l'anxiété, la culpabilité, la colère et la frustration (Bartha et al., 2013, p. 41). Certains pourraient éviter d'avoir des amis et devenir plus isolés avec le temps. C'est pourquoi il est important que les membres de la famille et les partenaires prennent aussi le temps de prendre soin d'eux-mêmes (Bartha et al., 2013, p. 46).

Marano (2002) explique que la dépression entraîne une diminution des performances au travail et plus particulièrement une difficulté à se concentrer. Parce qu'il y a une telle baisse de productivité en raison des symptômes de dépression, il est indiqué qu'elle représente une des principales causes d'invalidité.

### **1.2.6. Traitements et intervention de la dépression**

Selon Friedman et Anderson (2014, p.31 – traduction libre), le but ultime du traitement est de « ramener la personne atteinte de dépression à un état de santé complet ». Cependant, il est important de reconnaître que cela peut être interprété différemment, car la personne peut avoir des attentes

différentes de la part des intervenants », donc « les objectifs peuvent devoir être tempérés par des considérations pratiques et des effets indésirables du traitement. »

Les antidépresseurs sont fréquemment prescrits pour le traitement de la dépression (Friedman et Anderson, 2014, p.51). Ils sont souvent complémentaires aux interventions psychosociales dans le traitement de la dépression, mais peuvent parfois être utilisés seuls (Regehr et Glancy, 2014, p. 191). Selon Lefort et collaboration (2015, Chapitre 4, p. 18), les antidépresseurs sont très efficaces, car ils peuvent également aider à soulager la douleur, à réduire l'anxiété et à améliorer le sommeil. Les antidépresseurs soulagent généralement les symptômes ; toutefois, ils peuvent prendre de plusieurs jours à plusieurs semaines avant d'être efficaces.

D'un point de vue de l'intervention, les psychothérapies sont fréquemment employées pour traiter la dépression (Miller et Collab, 2008, p. 28). Les approches psychosociales impliquent souvent l'identification et le traitement des « facteurs de stress interpersonnels, sociaux et environnementaux qui peuvent contribuer à la perturbation de l'humeur et sont souvent utilisés en travail social pour intervenir auprès des personnes souffrant de dépression » (Regehr et Glancy, 2014, p. 187 – traduction libre). Miller et Collab. (2008, p. 28) expliquent que les types de psychothérapies utilisées sont la thérapie cognitivo-comportementale, la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie psychodynamique.

La thérapie cognitivo-comportementale vise à corriger les schémas de pensées et les comportements négatifs qui sont ancrés chez un individu. Dans ce type de thérapie, l'intervenante travaille à transformer les pensées automatiques et à reconnaître les événements qui échappent au contrôle des individus. La thérapie cognitivo-comportementale aide les individus à repérer de nouvelles façons de faire face aux problèmes et de développer et pratiquer certaines habiletés sociales. Lorsque les schémas négatifs deviennent plus clairs, l'individu « peut apprendre à les rediriger » (2008, p. 29 – traduction libre).

« La psychothérapie interpersonnelle se concentre sur les aspects les plus » difficiles « des relations actuelles des individus, à la fois au travail et à la maison ». Des sessions hebdomadaires sur trois ou quatre mois peuvent aider les individus à identifier et à pratiquer la manière de composer avec

les conflits récurrents. « La thérapie psychodynamique se concentre sur la façon dont les événements de la vie, les désirs et les relations passées et actuelles affectent les sentiments » des individus et les choix qu'ils font (Miller et Collab., 2008, p. 29 – traduction libre).

Les thérapies de groupe, familiales ou de couple peuvent toutes être utilisées dans le cadre d'une stratégie de traitement de la dépression. Sous la direction de l'animateur, la thérapie de groupe s'appuie sur le soutien créé par les membres du groupe et utilise la dynamique entre eux pour explorer les problèmes communs et identifier des méthodes pour les résoudre. Similaires à la thérapie de groupe, la thérapie familiale et la thérapie de couple impliquent également les interactions humaines. Ces thérapies ont la capacité de révéler des difficultés cachées et d'ouvrir des voies de communication (Miller et Collab., 2008, p. 29).

Un autre traitement utilisé pour traiter la dépression est la thérapie par électrochocs. Les électrochocs sont encore utilisés pour le traitement de dépression, surtout lorsqu'elle est sévère et que la personne ne répond pas aux autres méthodes d'interventions. Malgré une certaine efficacité qui a été dénotée par Miller et ses collègues (2008, p.30), ce type de traitement demeure controversé et pose différents enjeux éthiques, qui ne seront pas abordés ici. Il faut toutefois tenir compte du fait que certaines professionnelles en font la promotion, dans certaines circonstances précises.

Selon Friedman et Anderson (2014, p. 78), il existe d'autres traitements physiques pour la dépression tels que la stimulation du nerf vague, la stimulation magnétique transcrânienne et la stimulation cérébrale profonde. « La stimulation du nerf vague requiert un générateur d'impulsions, implanté chirurgicalement ». Il est alimenté par une pile et une ponction « électrique autour du nerf vague gauche. Ceci fournit une stimulation intermittente, typiquement de 30 secondes et cinq minutes de repos » (2014, p.78-79 – traduction libre). La stimulation cérébrale profonde est utilisée pour traiter l'épilepsie et est à l'étude pour le traitement de la dépression. Dans la stimulation cérébrale profonde, « les électrodes sont implantées chirurgicalement dans la zone cingulaire subgénérationnelle » (2014, p. 80 – traduction libre). La stimulation magnétique transcrânienne est utilisée pour traiter des personnes qui n'ont pas bénéficié suffisamment d'autres traitements pour leur dépression comme la pharmacothérapie et la psychothérapie. Elle « est



appliquée sans sédation, délivrant de manière externe la stimulation au cerveau à travers le crâne » (2014, p. 79 – traduction libre). Il s'agit d'une nouvelle technologie prometteuse pour le traitement de la dépression. Les effets secondaires de cette intervention seraient généralement minimes. « Ce traitement a été associé à des améliorations du fonctionnement cognitif » (Regehr et Glancy, 2014, p. 196 – traduction libre).

Selon Regehr et Glancy (2014, p. 185), le modèle de récupération est utilisé par les travailleurs sociaux pour traiter la dépression. Le modèle de récupération est important pour les personnes souffrant de dépression en raison de l'intersection de facteurs biologiques et sociaux/environnementaux. Bien qu'une personne puisse avoir une prédisposition biologique à développer une perturbation de l'humeur en réponse au stress, en gérant les facteurs sociaux et environnementaux qui y contribuent, les épisodes de dépression peuvent être évités et les effets de la maladie peuvent être atténués.

Le modèle de rétablissement dans la pratique de la santé mentale est lorsque les professionnelles utilisent l'espoir pour aider les personnes à se remettre d'une maladie mentale grave. Ce modèle peut être considéré sous plusieurs angles. Certains croient que le rétablissement signifie qu'un individu est libre de tous les symptômes de la maladie, tandis que d'autres croient que c'est lorsqu'un individu a la « capacité de vivre une vie satisfaisante dans les limites causées par la maladie » (Regehr et Glancy, 2014, p. 9 : – traduction libre).

« The Mental Health Commission suggests the key components of recovery can be summarized as follows:

- Finding, maintaining, and repairing hope: believing in oneself; having a sense of being able to accomplish things; being optimistic about the future.
- Re-establishing a positive identity: finding a new identity that incorporates illness but retains a core, positive sense of self.
- Building a meaningful life: making sense of illness; finding a meaning in life, despite illness; being engaged in life and involved in the community.

- Taking responsibility and control: feeling in control of illness and in control of life. » (Regehr et Glancy, 2014, p. 9).

Les professionnelles de la santé mentale travaillent avec les individus et leurs familles en partenariat. Ils élaborent ensemble des plans de traitement dans lesquels l'individu choisit le type de traitement qu'il souhaite. Le modèle de récupération est un processus, les choses ne se passent pas toujours comme prévu, mais c'est aux services de se concentrer sur la poursuite du processus avec l'individu. Il est également basé sur la prémisse que les systèmes de la vie des individus doivent fonctionner ensemble ce qui comprend les services intégrés, les soutiens communautaires, l'éducation, l'emploi et les possibilités de logement (Regehr et Glancy, 2014, p. 9).

### **1.3. La dépression et la douleur chronique concomitante**

Selon Holmes, Christelis et Arnold (2012, p. 17), la douleur chronique et la dépression sont des affections pouvant se retrouver chez un individu de manière concomitante. D'ailleurs, dans un contexte de douleur chronique comorbide, il peut être difficile de recevoir un diagnostic précis de la dépression majeure. Comme expliqué précédemment, les expériences de douleur varient beaucoup les circonstances. Les caractéristiques de la douleur chronique, ainsi que les croyances et les comportements que la personne acquiert au cours de la maladie, qui sont tous sujets à un renforcement positif ou négatif, influencent la réaction d'un individu à sa douleur chronique. Les obstacles quotidiens couramment mentionnés de la douleur chronique comprennent la diminution du plaisir des activités habituelles, « la perte de fonction, le changement de rôle dans la famille et les difficultés relationnelles ». Puisqu'il y a une incertitude quant à l'absence de douleur ou à la possibilité d'aggravation de la douleur, les personnes peuvent éprouver des « sentiments d'anxiété, de tristesse, de chagrin et de colère. Pour certaines personnes, le fardeau de la douleur est difficile à gérer et peut entraîner l'apparition de troubles mentaux » (Holmes, Christelis et Arnold, 2012, p. 17).

Les nombreuses formes de dépression ont été discutées dans la section précédente, mais toutes ces formes ne sont pas courantes chez les patients souffrant de douleur chronique (Dworkin et Gitlin, 1991, p. 79). Selon Holmes, Christelis et Arnold (2012, p. 18 – traduction libre), « la dépression

majeure est le problème de santé mentale le plus courante associée à la douleur chronique ». Il existe plusieurs façons dont la douleur chronique et la dépression peuvent être associées. Premièrement, l'angoisse psychologique et physique causée par la douleur chronique, ainsi que la vulnérabilité individuelle et sociale, pourraient précipiter un épisode de dépression majeure. Deuxièmement, la dépression peut constituer un précurseur et contribuer à la douleur de diverses manières. Dans la dépression grave, la tolérance à la douleur diminue et l'inquiétude physique peut se révéler être un symptôme dominant, en particulier chez les personnes âgées. Il est important de noter qu'un grand nombre de personnes qui cherchent des soins médicaux pour la dépression majeure signalent aussi qu'elles ont de la douleur. Rentsch et collab. (2009, p. 1365) expliquent que 20 % à 50 % des patients qui souffrent de douleur chronique présentent aussi des caractéristiques d'un épisode de dépression majeur. Ils indiquent ainsi qu'une étude européenne a démontré que 50 % des personnes qui souffraient d'un épisode dépressif majeur se plaignaient de douleurs. Les femmes, les personnes plus âgées et les personnes avec un faible niveau d'éducation étaient particulièrement à risque. Même avec ces informations, il est important de se rappeler que l'expérience de la dépression et la douleur chronique varie d'un individu à l'autre (Dworkin et Gitlin, 1990, p. 79).

Selon Holmes, Christelis et Arnold (2012, p. 18), il est important d'évaluer la dépression majeure et la douleur chronique conjointement lorsqu'une personne souffre des deux conditions simultanément. « Le diagnostic de dépression chez les patients souffrant de douleur chronique est compliqué par le chevauchement entre les symptômes dépressifs et les symptômes reliés aux douleurs et maladies physiques comorbides ». Ces auteurs indiquent ainsi que la gestion de la dépression majeure chez les personnes atteintes de douleur chronique devrait être « coordonnée avec de la gestion de la douleur, en accordant une attention aux processus psychologiques et aux problèmes sociaux pertinents ». La gestion de la douleur inclut aussi l'identification et l'établissement des objectifs de traitements, des traitements « multidisciplinaires collaboratifs et une compréhension des différents rôles et responsabilités des praticiens » (p.18 – traduction libre). Dworkin et Gitlin (1990, p. 80) croient aussi qu'il est généralement nécessaire de traiter les douleurs chroniques et la dépression simultanément pour parvenir à un soulagement durable de la douleur chronique.

#### **1.4. La ville de Timmins et ses facteurs démographiques**

Timmins est l'une des plus grandes villes canadiennes avec une superficie de 3185 km (Timmins Economic Development Corporation, 2016-2017, p. 6). La ville de Timmins abrite une population résidentielle d'environ 42 000 personnes, et elle est située dans une région de plus de 117 000 personnes (Timmins Economic Development Corporation, 2016-2017, p. 7 : Tourism Timmins, n.d.). Elle est l'un des plus grands centres régionaux du Nord (Tourism Timmins, n.d.). La ville a été créée après la découverte de la mine d'or en 1905 et a été officiellement fondée en 1911 par Noah Timmins. Les industries minières et forestières représentaient les secteurs principaux de l'économie de la ville à cette époque (Encyclopaedia Britannica, 2018). Avec le temps, l'économie de Timmins s'est diversifiée. D'autres industries désormais présentes dans la ville comprennent la « fabrication de métaux, la vente au détail, les industries de services et le gouvernement » (Timmins Economic Development Corporation, 2016-2017, p. 6 – traduction libre). Le deuxième plus grand secteur économique de la communauté est le secteur des soins de santé et des services sociaux puisqu'environ 11,7 % des emplois à Timmins se trouvent dans ce secteur.

L'hôpital de Timmins et du district sert le nord-est de l'Ontario, en particulier le district de Cochrane, en tant qu'hôpital de référence majeure. Malgré le fait que l'hôpital dispose d'un comité de recrutement de médecins, il est néanmoins considéré comme médicalement mal desservi (City of Timmins administration and staff et collab., 2012, p. 50). Un groupe de discussion a conclu que Timmins est confronté à un manque de professionnelles de la santé comme les médecins, les infirmières praticiennes et les spécialistes, « des problèmes de transport et d'accès aux services locaux pour les communautés éloignées, un manque de soutien de suivi dans la communauté et un manque de financement pour les spécialistes de la santé mentale, l'éducation et la formation dans les cliniques et les dépenses médicales personnelles (médicaments, fournitures et nutrition) » (City of Timmins administration and staff et collab., 2012, p. 50 – traduction libre).

Selon le rapport sur l'état de santé communautaire de 2014 du Bureau de santé Porcupine, comparativement à l'ensemble de la province ontarienne, la région du bureau de santé Porcupine comporte : une population francophone plus élevée, une population autochtone plus élevée, une densité de population inférieure, un pourcentage plus élevé de personnes n'ayant pas terminé leurs

études secondaires et un coût plus élevé des aliments nutritifs (Bureau de santé Porcupine, 2014, p. v).

À l'aide de divers indicateurs socioéconomiques comparant les francophones et les anglophones de Timmins, l'analyse a révélé que certaines caractéristiques socioéconomiques de la population francophone étaient en outre directement liées aux principaux déterminants de la santé. Par conséquent, comparativement à la majorité anglophone, les francophones de Timmins ont un niveau de scolarité moins élevé. En outre, « ils occupent des emplois qui nécessitent moins d'éducation et les exposent à des conditions de travail plus dangereuses » (PGF Consultants, 2016, p. 2 – traduction libre). Par ailleurs même si l'âge ne détermine pas la santé d'une personne, il y a tout de même un lien avec la santé des personnes. « Une population plus âgée dépend davantage du système de santé, tandis que la fréquence et la complexité des interventions augmentent avec l'âge » (PGF Consultants, 2016, p. 2 – traduction libre). Ceci est important à noter puisqu'une grande partie de la population francophone à Timmins est beaucoup plus âgée que la population anglophone. Plus spécifiquement, « en 2011, la population de la ville de Timmins comptait 43 165 habitants, dont 15 895 résidents de langue maternelle française, soit 37,2 % de la population ». Comme mentionné, « l'analyse a révélé que la population francophone était beaucoup plus âgée que la population anglophone et que cette tendance était susceptible de s'accroître au cours des prochaines années, compte tenu de la structure démographique de la population » (PGF Consultants, 2016, p. 2 – traduction libre).

## **1.5. Soins de santé physique et mentale au Canada**

### **1.5.1 Soins de santé physique**

Selon Santé Canada (2018, p. 4), le Canada dispose principalement de soins de santé financés et administrés par le secteur public. Le système canadien d'assurance maladie est assuré par 13 régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux interdépendants visant à garantir à tous les résidents des provinces et territoires canadiens un accès raisonnable aux services hospitaliers et médicaux indispensables, sans frais liés à la fourniture de services de santé assurés. Les gouvernements fédéraux, provinciaux et territoriaux partagent les fonctions et les responsabilités

du système de santé canadien. Ce sont les gouvernements provinciaux et territoriaux qui sont principalement responsables « de l'administration et de la prestation des services de santé ». Ces principales responsabilités comprennent « l'établissement de leurs propres priorités, l'administration de leurs budgets de soins de santé et la gestion de leurs propres ressources ». Le gouvernement fédéral a le rôle d'énoncer les critères et les conditions que les provinces et territoires doivent remplir par rapport à leurs régimes d'assurance maladie en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*. Les critères d'exigences de la Loi canadienne sur la santé sont : la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, la transférabilité et l'accessibilité. Ces principes reflètent les valeurs canadiennes sous-jacentes d'égalité et de solidarité (Santé Canada, 2021b, p. 6).

Le Canada utilise le concept de santé de la population qui a commencé à être utilisé par l'Institut canadien de recherches avancées en 1989. Le concept de santé de la population fait référence à une approche qui consiste à examiner la santé en termes généraux pour pouvoir améliorer l'état de santé de toute une population au lieu de se concentrer sur un individu. Il s'agit plus précisément d'un cadre qui a pour but de collecter et d'analyser des données sur les facteurs qui affectent la santé d'une certaine population et les causes qui amènent certains groupes de personnes à avoir une meilleure santé que d'autres. Il comprend également des études sur « la santé d'une population utilisant des approches scientifiques pour prévenir et promouvoir une bonne santé » (Thompson, 2016, p. 70 – traduction libre). Ces études sont ensuite analysées, puis des recommandations sont formulées à partir des informations recueillies « pour améliorer la santé d'une population » (Thompson, 2016, p. 70 – traduction libre). Cette approche intègre « les initiatives de santé publique, la promotion de la santé, la prévention des maladies et le concept de mieux-être » (Thompson, 2016, p. 71 – traduction libre). Depuis l'introduction de la santé de la population, l'Agence de la santé publique du Canada a identifié des facteurs qui ont une influence sur « la santé des individus, des groupes de population et des communautés » et ces facteurs sont appelés des déterminants de santé (Thompson, 2016, p. 71). Les déterminants de la santé sont les conditions économiques, sociales, environnementales, etc., « dans lesquelles vivent les gens qui affectent leur santé future actuelle » (Thompson, 2016, p. 71 – traduction libre). Le schéma ci-dessous présente tous les déterminants de santé.

Schéma 2 Key Determinants of Health



(Thompson, 2016, p. 72).

L'Ontario possède l'un des systèmes de soins de santé financés par l'État les plus vastes et les plus complexes au monde. Il « est géré par le ministère de la Santé de l'Ontario (MSO) » et les dépenses pour ce système « ont dépassé 63,7 milliards de dollars au cours de l'exercice 2019-2020 » (Santé Canada, 2021b, p. 124). Le régime d'assurance maladie de l'Ontario est administré sans but lucratif par le MSO.

Le MSO offre des services au public par le biais de programmes tels que l'assurance maladie, les médicaments, les appareils fonctionnels, les soins psychiatriques, les soins à domicile, la santé communautaire et publique, la promotion de la santé et la prévention des maladies. « Il réglemente également les hôpitaux et les maisons de soins infirmiers, les laboratoires médicaux et les centres de prélèvement, et coordonne les services de santé d'urgence » (Santé Canada, 2018, p. 93).

Selon le ministère de la Santé et des Soins de longue durée (n.d., p. 2), un enjeu qui le préoccupe depuis longtemps est « l'accès à des soins de santé de qualité dans les collectivités rurales, éloignées et nordiques. Les difficultés à fournir un accès approprié aux soins de santé dans ces communautés découlent de multiples facteurs comme : l'éloignement géographique, des longues distances, de la faible densité de population, de la moindre disponibilité d'autres services de soins et des conditions météorologiques défavorables ». Les grands défis et obstacles à l'accès aux soins de santé dans les régions rurales, éloignées et au nord de l'Ontario sont les suivants : des difficultés d'accès pour différents fournisseurs de soins, la disponibilité limitée de services culturellement et linguistiquement appropriés, la rareté des ressources, la disponibilité des transports, la distance parcourue pour accéder aux services, etc. » (n.d., p. 5-6). Ces obstacles sont importants à noter puisqu'ils sont présents à Timmins et que ceci a une influence sur les traitements disponibles et la qualité de traitement qui est offert aux personnes qui souffrent de dépression et de douleur chronique.

### **1.5.2. Soins de santé mentale**

Les problèmes de santé mentale sont considérés comme un important enjeu de santé publique. Le coût annuel du traitement des personnes souffrant de maladie mentale au Canada est de plus de 50 milliards de dollars (Thompson, 2016, p. 335). D'après Goldner, Jenkins et Bilsker (2016, p. 284), il y a plusieurs services de santé mentale au Canada qui sont couverts par les régimes d'assurance maladie du Canada. Ces services comprennent « les traitements dispensés dans les hôpitaux, les services d'urgence et les traitements ambulatoires fournis par des médecins de famille et des psychiatres » (Goldner, Jenkins et Bilsker, 2016, p.284 – traduction libre). Il y a aussi des services communautaires octroyés par diverses professionnelles de la santé et des services sociaux et ceux-ci « sont disponibles pour les personnes qui répondent à certains critères diagnostiques de troubles



mentaux. Cependant, ces services sont généralement réservés aux personnes atteintes des troubles mentaux les plus graves et les plus aigus » (Goldner, Jenkins et Bilsker, 2016, p.284 – traduction libre). Ceci signifie qu'il est souvent difficile pour les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale moins graves d'obtenir un traitement approprié dans le système de santé public et qu'ils doivent souvent payer pour les services dont ils ont besoin. Or, ceux-ci s'avèrent souvent trop coûteux pour beaucoup de gens, créant ainsi une iniquité dans l'accès aux services. Des exemples de services relevant du privé sont : « les traitements psychologiques pour la dépression, l'anxiété et d'autres problèmes de santé mentale courants, la thérapie conjugale de la famille et le traitement spécialisé pour les problèmes de toxicomanie » (Goldner, Jenkins et Bilsker, 2016, p.284 – traduction libre).

Il y a plusieurs professionnelles et bénévoles qui offrent des services de santé mentale. « Ces personnes peuvent être des médecins de famille, des infirmières, des psychiatres et d'autres spécialistes médicaux, des psychologues, des travailleuses sociales, des ergothérapeutes, des travailleuses en garderie, des conseillères, des thérapeutes familiaux et conjugaux, des travailleuses de soutien par les pairs, des pharmaciennes, des diététiciennes ainsi que des travailleuses de soutien au logement et à l'emploi » (Goldner, Jenkins et Bilsker, 2016, p.285 – traduction libre). Même s'il y a beaucoup de professionnelles qui travaillent dans le domaine de santé mentale, les services ne sont pas toujours disponibles dans toutes les régions ou ne sont pas disponibles en temps opportun. Il s'agit d'un des problèmes liés aux services de santé mentale au Canada. « D'autres préoccupations comprennent le sous-financement, la stigmatisation associée à une maladie mentale et les conséquences socioéconomiques connexes » (Thompson, 2016, p. 335 – traduction libre).

## CHAPITRE II

## CADRE THÉORIQUE

### 2.1. Approche écologique

Dans le cadre de ce mémoire, la douleur chronique et la dépression seront étudiées sous l'angle de la perspective écologique, s'appuyant sur la théorisation proposée par Bronfenbrenner (1994) qui stipule que pour comprendre le développement humain, il faut considérer l'ensemble du système écologique dans lequel gravite l'individu (1994, p. 37).

La perspective écologique intègre des théories et des recherches qui s'intéressent aux processus et aux conditions de l'environnement dans lequel vivent les individus.

Même si Bronfenbrenner est le pionnier de cette perspective, ses recherches sont basées sur un examen approfondi et une intégration des résultats de décennies de recherche empirique (1994, p. 37). Il décrit l'environnement écologique « comme un ensemble de structures imbriquées, les unes dans les autres » qui partagent toutes des interactions entre elles du niveau intérieur au niveau extérieur (1994, p. 39 – traduction libre).

Cela dit, les interactions ne sont pas seulement présentes entre un individu et son environnement, celles-ci se produisant aussi de manière simultanée entre les systèmes. En fait, l'approche écologique inclut les systèmes sociaux, communautaires, familiaux et individuels d'une personne (Bouchard, 1987, p. 457). Ce cadre théorique semble donc fort pertinent pour étudier les impacts de la douleur chronique et de la dépression chez la population à l'étude. Pour ce faire, nous allons nous inspirer des six niveaux de système proposés par Bronfenbrenner (1994), qui seront décrits ici.

Le premier sous-système est le microsystème. « Un microsystème est un ensemble d'activités, de rôles sociaux et de relations interpersonnelles vécues par la personne en développement dans un contexte de face-à-face donné avec des caractéristiques physiques, sociales et symboliques particulières qui invitent, permettent ou inhibent l'engagement dans une interaction complexe avec l'environnement immédiat. Les exemples incluent des paramètres tels que la famille, l'école, le groupe de pairs et le lieu de travail » (1994, p. 39 – traduction libre).

Le deuxième sous-système est le mésosystème. Le mésosystème est constitué des connexions et des processus qui se produisent entre deux ou plusieurs facteurs qui incluent l'individu qui se développe. En étant plus spécifique, un mésosystème est un système de microsystèmes, et ceux-ci peuvent être « les relations existantes entre la maison et l'école, l'école et le lieu de travail, etc. » (1994, p.40 – traduction libre)

Le troisième sous-système est l'exosystème : celui-ci comprend les liens et les processus qui ont lieu « entre deux ou plusieurs milieux, dont au moins un ne contient pas la personne en développement », mais là où se produisent des événements qui ont un impact direct sur les processus dans l'environnement immédiat de l'individu (1994, p. 40 – traduction libre).

Le quatrième sous-système est le macrosystème. Il comprend les caractéristiques générales des microsystèmes, des mésosystèmes et des écosystèmes d'une culture ou d'une sous-culture spécifique dans laquelle l'individu vit, en particulier « le système de croyances, les connaissances, les ressources matérielles, les modes de vie, les structures d'opportunité, les dangers et le cycle de vie » (1994, p. 40 – traduction libre). À ce niveau, il est important d'examiner les caractéristiques sociales et psychologiques qui affectent les conditions qui se produisent dans le microsystème.

Tout changement ou cohérence dans le temps d'une personne ou de son environnement est appelé un chronosystème. Ce système englobe, par exemple : « les changements dans la structure familiale, le statut socioéconomique, l'emploi, le lieu de résidence, de l'agitation et de la capacité dans la vie quotidienne » (1994, p. 40 – traduction libre).

Le dernier sous-système est l'ontosystème.<sup>1</sup> Ce sous-système n'est pas présenté dans les écrits de Bronfenbrenner, mais il est ajouté dans les théories écologiques plus récentes. L'ontosystème est « l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés ou des déficits » d'une personne (van de Sande, Beauvolks et Renault, 2011, p. 145).

---

<sup>1</sup> L'ontosystème sera présenté comme le premier système lors du chapitre IV puisqu'il concentre sur l'individu lui-même. Les autres sous-systèmes suivront.

Dans l'approche écologique, l'analyse de l'interaction entre les systèmes s'opérationnalise par l'entremise des concepts de facteurs de risque et de protection. Les facteurs de risques et de protection sont des caractéristiques d'une personne ou d'un groupe, de son environnement et de ses expériences de vie qui rendent plus probables (facteurs de risque) ou moins probables (facteurs de protection) les chances « que les gens développent un problème donné ou atteignent un résultat souhaité » (Nagy et Fawcett, 2021 – traduction libre). Plus il y a de facteurs de risque dans la vie d'une personne, plus il y a de chances qu'il y ait des conséquences négatives pour sa santé, son éducation et son développement. À l'inverse, plus une personne bénéficie de facteurs de protection dans son environnement, moins elle est susceptible d'être confrontée à ces mêmes conséquences.

Les facteurs de risques et de protection sont généralement regroupés en deux catégories. La première catégorie est constituée de « ceux qui se produisent dans l'environnement, à la fois socialement et physiquement » tandis que la deuxième catégorie comporte « ceux qui sont des caractéristiques personnelles des individus » (Nagy et Fawcett, 2021 – traduction libre). Les variables personnelles sont des caractéristiques qui distinguent chaque personne ou groupe. Elles comprennent l'éducation, les capacités, l'expérience, les antécédents et la constitution génétique d'une personne. Les facteurs environnementaux sont ceux qui affectent un groupe spécifique d'individus dans une communauté, plutôt que chaque personne individuellement. L'environnement fait référence aux circonstances dans lesquelles chaque personne vit, comme son « foyer, quartier ou ville, et la communauté dans son ensemble ». Des aspects de leur environnement social, tels que les normes et les comportements de leur famille, de leurs amis et des membres de leur communauté, peuvent être inclus. Il comprend également des facteurs liés à l'environnement physique, tels que la disponibilité des ressources, « l'exposition aux dangers et les conditions de vie en général » (Nagy et Fawcett, 2021 – traduction libre).

Des exemples de facteurs de risque sont : « des attitudes, valeurs ou croyances négatives, une faible estime de soi, l'abus de drogue ou d'alcool, la pauvreté, l'itinérance, la présence de criminalité dans le quartier, un manque de modèles de rôle positifs, un manque de services (sociaux, sanitaires, culturels, etc.), le chômage, la détresse familiale, maladie mentale ou physique », etc. (Gouvernement du Canada, 2015 – traduction libre). Des exemples de facteurs de protection sont : « des attitudes, valeurs ou croyances positives, des compétences en résolution de conflits, bonne

santé mentale, physique, spirituelle et émotionnelle, une estime de soi positive, des soutiens sociaux solides, l'engagement communautaire, un emploi stable, un logement stable, la disponibilité des services », etc. (Gouvernement du Canada, 2015 – traduction libre).

Cette recherche étudiera les dynamiques de chacun de ces sous-systèmes en les mettant en relation avec le vécu quotidien des individus qui souffrent de douleur chronique et de la dépression concomitante pour éventuellement cibler les principaux facteurs de risque et de protection qui interagissent dans leur vie. La recherche abordera aussi les interactions entre ces systèmes, dans le contexte spécifique de la ville de Timmins.

La perspective écologique encourage les travailleurs sociaux et travailleuses sociales à se concentrer sur les transactions au sein et entre les systèmes présentés et à rechercher des changements durables, et non seulement à court terme. Ils soutiennent notamment que l'évaluation et l'intervention du travailleur social devraient se concentrer sur les transactions entre la personne et l'environnement pour aider à réparer les relations conceptuellement fracturées entre la personne et l'environnement (Healy, 2014, p. 122). L'approche écologique encourage les travailleuses sociales à reconnaître que les problèmes découlent d'une mauvaise adéquation entre l'environnement d'une personne et ses besoins, capacités, droits et aspirations. Le but de l'intervention est d'améliorer ces transactions en favorisant l'adaptation entre la personne et son environnement (Healy, 2014, p. 122). D'un point de vue théorique, cette perspective permet d'analyser ces liens pour évaluer dans quelle mesure les individus interagissent avec leur environnement à travers les systèmes et comment la douleur chronique et la dépression ont un impact sur ces interactions.

## **2.2. Problématique de recherche**

L'inclusion de l'aspect social dans cette recherche comporte des retombées théoriques et pratiques pour la discipline et dans la profession du travail social en général et particulièrement dans le champ de santé mentale. La douleur chronique est une expérience multidimensionnelle avec des composantes évaluatives sensorielles, affectives et cognitives, chacune interagissant et contribuant à la façon dont la douleur est vécue. Selon Dionne (2014, p. 32), « les problèmes psychologiques

ont rarement une cause à la douleur, comme dans le cas des maladies dites psychosomatiques où l'on croit que les pensées et les émotions négatives peuvent être à l'origine de maux physiques ». On remarque plus souvent l'inverse, où la douleur génère des conséquences psychologiques. Il est indiqué que la dépression et l'anxiété accompagnent souvent la douleur chronique, que la détresse psychologique concomitante avec la douleur chronique est souvent un facteur prédictif et que les douleurs chroniques seraient plus difficiles à traiter (McCaffrey et Frock, 2003, p. 282). Lorsque nous étudions la douleur chronique, un cycle devient évident. *The American Pain Society* a défini le cycle de la douleur chronique.

Le cycle commence par un accent accru sur la douleur et la défiance physiques. Son obsession peut souvent mener à l'isolement social et à la dépression. La dépression augmente le sentiment de fatigue et peut exacerber la douleur chronique. L'atteinte fonctionnelle, le dosage inapproprié des médicaments contre la douleur, la détresse émotionnelle et l'interruption des relations interpersonnelles sont les conséquences du cycle ininterrompu de la douleur chronique (McCaffrey et Frock, 2003, p. 282 – traduction libre).

C'est pour ceci qu'il est important d'étudier l'impact de ces deux conditions sur la vie de ces individus, particulièrement à Timmins où les services et traitements ne sont pas toujours disponibles et peuvent contribuer à maintenir ce cycle.

Dans une importante revue de littérature, Bair et ses collègues (2003, p. 2433) ont fait ressortir les résultats de diverses études au sujet de la douleur chronique et la dépression. Ils soulignent qu'individuellement, les symptômes de la dépression et de douleur sont deux des conditions « les plus fréquemment rencontrées par les médecins de famille et les spécialistes ». Ces conditions coexistent fréquemment, répondent à des thérapies similaires, s'aggravent les unes les autres et partagent des voies moléculaires et des neurotransmetteurs. Les personnes souffrant de dépression peuvent avoir à gérer de complexes symptômes qui se chevauchent, « y compris des troubles émotionnels et physiques ». Lorsque les personnes rencontrent des difficultés physiques, leurs douleurs sont généralement médicalement inexplicables.

Cependant, toujours selon Bair et ses collègues (2003), « bien qu'il soit généralement compris que la dépression et les symptômes douloureux sont des comorbidités courantes et que leur

combinaison est plus coûteuse et plus invalidante que l'une ou l'autre condition individuelle, leur interaction n'est pas entièrement comprise » (2003, p. 2433-2434 – traduction libre). Étant donné qu'au moins 50 % des patients souffrant de dépression majeure sont mal diagnostiqués par les médecins de famille, il est devenu plus crucial de comprendre l'association entre la dépression et la douleur. D'ailleurs, « au moins deux études montrent que les patients souffrant de dépression qui présentent des symptômes physiques comme la douleur sont particulièrement susceptibles de recevoir un diagnostic inexact » (2003, p. 2434 – traduction libre).

Selon les études recensées par Bair et ses collaborateurs (2003, p. 2434), 14 d'entre elles se sont intéressées à la prévalence des symptômes de la douleur chez les personnes atteintes de dépression. « La prévalence de la douleur variait de 15 % à 100 % ». Ces mêmes auteurs ont déterminé que 14 études ont été menées pour vérifier si la présence de douleur influençait la capacité des professionnelles à reconnaître la dépression (2003, p. 2435). Ils ont constaté que la présence de plaintes physiques et de sensations de douleur chez la personne rend le diagnostic de dépression plus difficile à poser dans le cadre de soins primaires (2003, p. 2436). Ils ont également remarqué que certaines études se concentrent sur la façon dont la douleur joue un rôle dans les considérations de traitement de la dépression. Ils ont éprouvé plus de la difficulté à trouver des résultats en ce qui concerne la façon dont la présence de la douleur affecte les résultats. Les patients souffrant de dépression qui présentent des symptômes physiques persistants peuvent être incapables d'obtenir une rémission de la dépression (2003, p. 2437).

Cette étude met en évidence que les gens souffrant de ces deux conditions simultanément ne reçoivent pas toujours de traitements efficaces. D'ailleurs, il y a un manque d'information au sujet de la dimension sociale par rapport à ces conditions comorbides. Pour pouvoir trouver un traitement efficace, il est important de comprendre le vécu de ces personnes et comment leur réalité affecte différentes dimensions de leur quotidien. De plus, la douleur chronique et la dépression sont des affections invisibles, ce qui peut causer des difficultés supplémentaires pour les individus qui en sont affectés. Ils peuvent vivre des difficultés sociales et celles-ci peuvent entraîner des impacts sur leur santé mentale. C'est pourquoi il est important d'étudier ces diverses dynamiques dans une perspective sociale.

### **2.3. Importance de cette recherche pour le service social**

Pour Roy (1981, p. 54), la perspective d'intervention qui inclut les dimensions émotionnelles, familiales, sociales et environnementales permet d'aider les personnes atteintes de problèmes complexes et multidimensionnels comme la douleur chronique, et les travailleuses sociales sont formées pour intervenir auprès de ces individus (Roy 1981, p. 54-56). Avec sa tradition et son dévouement à « la justice sociale, le respect des personnes, la défense des droits et l'autonomisation », le travail social offre l'opportunité d'aborder les questions concernant la complexité de la douleur chronique et les complexités du traitement (Altilio, 2007, p. 1). Il est important que les travailleurs sociaux et travailleuses sociales comprennent que « la douleur est une expérience subjective et émotionnelle » et que la façon dont les gens perçoivent et expriment leur douleur peut être influencée par « les valeurs et croyances culturelles, ethniques ou religieuses ». (Altilio, 2007, p. 2 – traduction libre).

D'ailleurs, « le domaine de la santé mentale offre une occasion unique pour les travailleurs sociaux de pratiquer en collaboration avec des professionnels alliés et en même temps de maintenir l'intégrité de leurs connaissances » (ACTS, n.d.). « Les concepts actuels de santé mentale reflètent un certain nombre de thèmes : l'harmonie psychologique et sociale et l'intégration ; la qualité de vie et le bien-être général ; l'autoréalisation et la croissance ; l'adaptation personnelle efficace ; et les influences mutuelles de l'individu, du groupe et de l'environnement » (ACTS, n.d.). En raison de leur accent mis sur de nombreux niveaux d'influence et de nombreux objectifs d'intervention, les compétences et les connaissances en travailleuse sociale sont bien adaptées à la pratique de la santé mentale. Les travailleuses sociales « sont formées pour travailler avec les individus et leurs familles », en utilisant les forces du client pour atteindre un fonctionnement optimal. En outre, les travailleuses sociales prennent en compte les dimensions sociales du bien-être ainsi que les opportunités et les défis environnementaux (Regehr et Glancy, 2010, p.1). Les travailleuses sociales jouent ainsi un rôle important dans le domaine de la santé mentale. Cependant, leur rôle actuel et potentiel demeure méconnu dans le domaine conjoint des douleurs chroniques et de la dépression ; les résultats dans ce mémoire apporteront une contribution en ce sens.

### **2.4. Questions de recherche**



À la lumière de ce qui a été présenté ci-dessus, la question principale de recherche à l'étude consiste à savoir : de quelle manière interagissent les différents niveaux de système dans le quotidien d'individus souffrant de dépression et douleur chronique ? Ma première sous-question est : quelles sont les expériences personnelles, familiales, sociales et communautaires des individus qui souffrent de douleur chronique et de dépression concomitante ? Ma deuxième sous-question est : quels sont les facteurs de risque et les facteurs de protection dans la vie ces individus ? Ma troisième sous-question est : dans quelle mesure les services psychosociaux et médicaux répondent ou non aux besoins des individus souffrant de dépression et de douleur chronique à Timmins ?

## **CHAPITRE III**

### **CADRE MÉTHODOLOGIQUE**

#### **3.1. Recherche Qualitative**

Cette recherche s'appuie sur un devis qualitatif pour bien conceptualiser et comprendre de quelle manière interagissent les différents niveaux de système dans le quotidien des individus qui souffrent à la fois de dépression et de douleur chronique à Timmins.

La recherche de type qualitative cherche « à donner un sens à une situation encore relativement confuse ou » cherche « à donner un nouveau sens à une situation mal comprise » (Mongeau, 2008, p. 30). Ce type de recherche essaie d'interpréter ou de donner un sens aux phénomènes selon la perspective des participant-es (Fortin et Gagnon, 2016, p. 30-31). Elle est habituellement employée pour traiter des données qui sont difficilement quantifiables ou explorer de nouveaux phénomènes. Ce type de recherche permet ainsi « l'approfondissement et l'élaboration d'hypothèses et de modèles théoriques » (Mongeau, 2008, p. 31). Elle « est de nature descriptive et compréhensive » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 31). Compte tenu du manque d'écrits sur le sujet et de la dimension exploratoire de la recherche, ce type de devis semble tout à fait approprié pour mener à terme la présente étude.

## **3.2. Approche de recherche**

### **3.2.1. Les entretiens dans la recherche qualitative**

Dans la recherche qualitative, les entretiens sont couramment utilisés comme méthode de collecte de données. Ils sont utilisés comme stratégie de recherche pour recueillir des informations sur les expériences, les opinions et les perceptions des participant-es au sujet d'un « problème de recherche ou d'un phénomène d'intérêt » particulier (Ryan, Coughlan et Cronin, 2013, p. 1 – traduction libre). Bien que tous les entretiens soient utilisés pour en savoir plus sur l'expérience de la personne interrogée, l'objet de cet apprentissage varie en fonction de la question de recherche et de la perspective disciplinaire du chercheur. Un format d'entretien structuré dans lequel les questions et les analyses sont standardisées est utilisé pour certaines recherches conçues afin de tester des hypothèses a priori. D'autres recherches tentent d'explorer le contexte et les attentes afin d'obtenir une compréhension plus approfondie et/ou produire des hypothèses. Ce type d'étude nécessite généralement des entretiens qualitatifs, ce qui permet aux personnes interrogées de fournir des explications détaillées des phénomènes tout en laissant l'interprétation et l'analyse aux

chercheurs. L'objectif d'un entretien de recherche qualitatif est d'enrichir un corpus d'informations conceptuel et théorique centré sur les implications des expériences de vie des participant-es (DiCicco-Bloom et Crabtree, 2006, p. 314).

### **3.2.2. L'entrevue semi-dirigée**

Les données pour cette recherche ont été recueillies par l'entremise d'un formulaire sociodémographique et d'un guide d'entretien semi-dirigé.

Les entrevues semi-dirigées sont généralement structurées autour d'un ensemble de questions ouvertes prédéterminées, avec des questions supplémentaires découlant des conversations entre l'intervieweuse et la personne interrogée (DiCicco-Bloom et Crabtree, 2006, p. 315). La formulation des questions est polyvalente, permettant l'utilisation de divers niveaux de langage et des clarifications par l'intervieweuse (Ryan, Coughlan et Cronin, 2013p. 2). Le format d'entretien le plus courant pour la recherche qualitative est l'entretien approfondi semi-structuré, qui peut être mené individuellement ou en groupe (DiCicco-Bloom et Crabtree, 2006, p. 315).

Fortin et Gagnon (2016, p. 320) décrivent les entrevues semi-structurées comme étant « une méthode qualitative qui sert à recueillir des données auprès des participant-es quant à leurs sentiments, leurs pensées et leurs expériences sur des thèmes préalablement déterminés » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 320). L'intervieweuse anime l'entrevue à partir d'une liste de thèmes et pose des questions au participant-e dans l'objectif d'obtenir l'information dont elle a besoin. L'ordre des questions doit permettre à la personne interrogée d'être consciente des sujets particuliers de l'étude (Ryan, Coughlan et Cronin, 2013, p. 3).

L'entrevue semi-dirigée requiert une certaine préparation, comme « la détermination des objectifs et la préparation d'un plan ou d'un guide d'entrevue, de même que l'indication de thèmes et de sous-thèmes associés à la question de recherche » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 320). Pour pouvoir composer avec certaines situations difficiles si celles-ci surviennent, l'intervieweuse doit se familiariser avec le contenu de l'entrevue, ce qui lui permet de créer un climat plus propice au partage, ce qui à son tour « met le participant à l'aise pour répondre aux questions » (Fortin et

Gagnon, 2016, p. 320). Elle doit aussi envoyer des messages positifs verbaux et non verbaux comme « le libellé d'une question, le ton de la voix, la physionomie et l'attitude corporelle » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 320).

L'intervieweuse a choisi l'entrevue semi-dirigée pour cette étude puisqu'elle a permis de poser des questions ouvertes permettant aux participant-es d'élaborer à leur rythme, et l'intervieweuse pouvait poser des questions supplémentaires pour obtenir des clarifications supplémentaires. Puisque les entrevues étaient semi-dirigées, les participant-es se sentaient à l'aise de discuter davantage de ce qu'elles et il croyaient être important. Avec ce type d'entretien, l'intervieweuse a préparé une liste de thèmes et de questions dans l'objectif d'obtenir l'information dont elle avait besoin pour comprendre l'influence des différents niveaux de systèmes dans les quotidiens de ces individus qui souffrent de dépression et de douleur chronique.

### **3.3. Échantillonnage et critères de sélection**

La zone géographique d'échantillonnage pour le projet de recherche est la ville de Timmins, située dans le nord de l'Ontario. L'échantillonnage pour cette recherche est un échantillonnage non probabiliste. Un échantillonnage non probabiliste est le « choix d'un échantillon sans recourir à une sélection aléatoire » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 263). Plus spécifiquement, l'échantillonnage est de type accidentel ou de convenance, qui est l'échantillonnage non probabiliste le plus courant. Avec cette méthode, « les sujets sont choisis en fonction de leur disponibilité » (Fortin et Gagnon, 2016, p. 263). Ce type d'échantillonnage se définit aussi par la recherche de volontaires, qui contactent par eux-mêmes la chercheuse après avoir pris connaissance de l'étude. L'échantillonnage de type volontaire a été privilégié puisque la population ciblée dans le cadre de l'étude est en situation de vulnérabilité (Mayer et collab., 2000, p. 84) et difficilement accessible.

Les critères de sélection des participant-es de ma recherche étaient les suivants : les personnes devaient être âgées de 18 ans ou plus ; elles doivent avoir été diagnostiquées avec de la douleur chronique (désordre chronique ou une maladie évolutive) par une professionnelle du domaine de santé, depuis au moins deux ans ; la douleur chronique devait être présente au moins 3 jours par semaine ; et elles devaient aussi avoir un diagnostic de dépression depuis au moins 6 mois.

### **3.4. Méthode de recrutement**

Comme l'étude a nécessité de recruter des gens présentant deux affections, et ce, dans une région rurale, le recrutement a été effectué de trois différentes façons. Dans un premier temps, la chercheuse a demandé la permission aux bureaux de services sociaux, ainsi qu'à des physiothérapeutes, des chiropraticiens, des médecins et des massothérapeutes de distribuer et/ou d'afficher le texte de recrutement. Dans un deuxième temps, ce texte de recrutement a été affiché sur le profil Facebook de la chercheuse et partagé sur les médias sociaux. Dans un troisième temps, la méthode boule-de-neige a été employée. Après chaque entretien, la chercheuse a demandé aux participant-es s'ils connaissaient des personnes qui souffraient elles aussi de ces deux affections dans leur réseau, mais cette méthode a été sans succès. Elle avait comme objectif initial de recruter de quatre à huit participant-es, suivant le principe du premier arrivé premier servi, et au bout du compte, elle a réussi à recruter quatre participant-es pour l'étude.

#### **3.4.1. Profil des participant-es**

Trois femmes et un homme ont accepté de participer à l'étude. Ils habitaient tout à Timmins. Les participant-es étaient âgés entre, 26 et 55+ selon les questionnaires. Une participante a terminé l'école secondaire, deux d'entre eux sont diplômés du collège et la dernière est diplômée universitaire.

Chacun souffre de différents types de douleur chronique : les diagnostics précis ne seront pas mentionnés ici afin de protéger l'anonymat des participant-es. Trois des participant-es ont rapporté avoir souffert de dépression une grande partie de leur vie. Ils étaient aussi diagnostiqués avec la dépression avec leur diagnostic de douleur chronique. La dernière participante a expliqué avoir souffert de dépression après avoir réalisé qu'elle ne pouvait plus faire ce qu'elle faisait avant son accident d'automobile.

### **3.5. Canevas d'entrevue et déroulement des entretiens**

Chaque rencontre a commencé avec la lecture et la signature du formulaire de consentement et du questionnaire sociodémographique. Ce questionnaire a permis de recueillir des informations de base sur chaque participant-e, c'est-à-dire leur âge, leur revenu, leur niveau d'éducation, leur statut d'emploi et leur statut matrimonial.

L'entretien était divisé en trois grandes parties. La première partie portait sur la douleur chronique. Il s'est plus particulièrement concentré sur le type de douleur, ses manifestations, le diagnostic, les symptômes, les conséquences dans différentes sphères de leur vie, ainsi que les traitements qui ont été essayés. La deuxième partie explorait les mêmes thèmes, mais en lien avec la dépression. La troisième partie s'intéressait à l'impact des deux conditions sur leur quotidien, sur leurs circonstances de vie, les services reçus pour les aider avec ces deux affections, les éléments positifs et négatifs qu'ils ont retirés de ces services, ainsi que leur perspective au sujet de ce qui pourrait être amélioré dans les services sociaux et de santé pour mieux répondre à leurs besoins. Puisque l'entretien était semi-dirigé, les participant-es ont pu élaborer sur certains sujets et partager d'autres informations s'ils le souhaitaient.

Les entrevues ont duré entre 40 et 80 minutes. Trois des entrevues ont eu lieu dans des salles de classe à l'université de Hearst à Timmins. La dernière entrevue a été menée sur Zoom pour respecter les consignes sanitaires liées à la pandémie de COVID-19. Il est important de noter qu'à la fin de chaque entretien, les participant-es ont reçu une liste de ressources en santé mentale puisque des sujets difficiles ont été discutés durant l'entretien. La chercheuse a aussi amené une boîte de mouchoir pour les participant-es rencontrés en présentiel. Puisque les entretiens portaient sur des sujets difficiles à discuter, parfois les participant-es ont pleuré et avaient besoin d'essuyer leurs larmes. Les trois premiers entretiens ont été enregistrés sur enregistreur numérique et le quatrième entretien a été enregistré à l'aide du programme Zoom sur l'ordinateur.

Chaque entrevue s'est bien déroulée. Les participant-es étaient à l'aise de partager leur vécu et leurs expériences, malgré le fait qu'il s'agissait de thèmes difficiles à discuter. Les participant-es ont également démontré un intérêt pour l'étude et ont mentionné apprécier qu'une recherche porte sur la douleur chronique et la dépression.

### 3.6. Méthode d'analyse

Selon L'Écuyer (1987, p. 50), le but de l'analyse de contenu est de découvrir le sens du message à analyser. Plus spécifiquement, « c'est une méthode de classification ou de codification dans diverses catégories des éléments du document analysé pour en faire ressortir les différentes caractéristiques en vue d'en mieux comprendre le sens exact et précis » (L'Écuyer, 1987, p. 50).

Il y a six grandes étapes à l'analyse de contenu. Ces étapes sont :

1. « Lectures préliminaires et établissement d'une liste des énoncés.
2. Choix et définition des unités de classification : types d'unités, définitions et critères de choix.
3. Processus de catégorie, sous-étapes de classification, qualités essentielles des catégories.
4. Quantification et traitement statistique.
5. Description scientifique : analyse quantitative et analyse qualitative.
6. Interprétation des résultats. » (L'Écuyer, 1987, p. 54-55)

L'analyse thématique de contenu considère « les textes comme des objets qui peuvent être saisis et analysés essentiellement comme s'ils avaient les mêmes caractéristiques que les objets matériels » (Mongeau, 2008, p. 421). En fait, sa caractéristique principale est le processus systématique de codage, d'examen et de disposition d'une description de la réalité sociale à travers la création de thèmes (Vaismoradi et collab., 2016, p. 100-101). Un thème est utilisé comme attribut, description, élément et concept. C'est un sujet implicite qui organise un groupe d'idées répétées et qui permet aux chercheurs de répondre aux questions de recherche (Vaismoradi et collab., 2016, p. 101).

Dans le cadre de cette recherche, la chercheuse a transcrit les entretiens dans leur intégralité dans un document Word une fois qu'ils ont été terminés. Elle a ensuite procédé avec la démarche de codification. Durant cette démarche, la chercheuse et la première lectrice se sont entendus sur la grille de codification avec des catégories préétablies en fonction du cadre théorique (niveaux de systèmes). Les définitions de chacune de ces catégories étaient annexées au sein de cette grille. La chercheuse a par la suite continué à travailler sur la grille de codification pour les autres entretiens.

Par la suite, la chercheuse a repéré les codes et thèmes qui ressortaient dans chaque catégorie de la grille et les a intégrés dans une autre grille. Enfin, les thèmes présents au sein des catégories ont été relevés afin de faire émerger des sous-thèmes précis. L'analyse et l'interprétation de ces derniers ont été effectuées par des discussions avec la directrice de mémoire et la présentation des résultats se trouve au prochain chapitre.

### **3.7. Limites de la recherche**

Le recrutement a représenté l'un des défis les plus importants de ce projet et constitue inévitablement une limite importante de l'étude. Malgré plusieurs tentatives et l'affichage du projet dans divers sites de recrutement, il s'est avéré difficile de rejoindre des participant-es potentiels. De plus, certaines professionnelles n'ont pas affiché le texte de recrutement dans leurs bureaux, même s'ils avaient initialement accepté de le faire. Dans le même sens, certains bureaux l'ont affiché dans des endroits non visibles au public. Les critères de sélection ont aussi entraîné des problèmes durant le recrutement de participant-es. Il était difficile de trouver des individus diagnostiqués avec la douleur chronique et la dépression. La chercheuse a eu quelques commentaires de personnes souffrant de douleurs chroniques, disant qu'ils croyaient souffrir de dépression ; cependant, comme ils n'avaient pas obtenu de diagnostic officiel, ils n'étaient pas admissibles à l'étude. En somme, l'échantillon final est limité. Cependant, les entrevues se sont révélées riches en information.

Par ailleurs, l'information recueillie varie grandement en fonction du type de douleur, de la sévérité de la douleur, du soutien familial, de la sévérité de la dépression, du traitement psychologique et médical, etc. Les données variantes peuvent indiquer qu'il n'y a pas un type d'intervention ou traitement pour les gens, mais que les interventions et traitements doivent être ajustés selon l'individu, ses conditions de vie, et sa situation personnelle. Cette étude pourra potentiellement ouvrir la porte à l'évaluation de ces aspects plus précis.

Enfin, il y avait très peu d'éléments explicitement et implicitement présentés durant les entretiens qui pouvaient être utilisés pour la partie du mésosystème dans le chapitre des résultats.



### 3.8. Considérations éthiques

D'abord, il est important de souligner que cette population est vulnérable puisqu'elle souffre de conditions concomitantes, c'est-à-dire la douleur chronique et la maladie mentale.

Un entretien individuel semi-structuré est une rencontre sociale, et la relation entre l'intervieweuse et la personne interrogée est essentielle à la réussite du processus. Le travail de l'intervieweuse étant de faire en sorte que la personne interrogée se sente à l'aise et non menacée, il est donc crucial de créer un environnement détendu. Une autre partie cruciale du rôle de l'intervieweuse est l'écoute active, qui est véhiculée par des moyens verbaux et non verbaux (Ryan, Coughlan et Cronin, 2013, p. 3). La protection des droits des participant-es représente un aspect essentiel de la réalisation d'un entretien, et des préoccupations telles que le consentement éclairé, l'anonymat et la confidentialité sont essentielles. Toutes les mesures de précautions ont ainsi été prises, comme indiqué ci-dessus.

Les droits et le bien-être des participant-es sont demeurés la priorité tout au long des entrevues. Pour éviter des risques de préjudices sociaux, légaux, économiques, etc., les personnes intéressées à participer à l'étude ont été avisées qu'elles pouvaient se retirer de l'entrevue et de la recherche à tout moment sans s'exposer à des préjudices et que leurs identités demeureraient anonymes. Tous les participant-es ont signé un formulaire de consentement incluant un logo de l'Université Laurentienne, le but de la recherche, les bénéfices envisagés, les tâches à compléter, une description conséquente des risques, une liste des ressources, les droits du sujet, le droit à la protection des renseignements personnels, ainsi que comment, où et combien de temps des données seront préservées. Ce formulaire indiquait également que les participant-es pouvaient contacter le Comité d'éthique de la recherche de l'Université Laurentienne (CÉRUL) au besoin.

## **CHAPITRE IV**

### **RÉSULTATS**

Comme mentionné au chapitre I, plusieurs Canadiennes et Canadiens souffrent de douleur chronique et de dépression (La société pour les troubles de l'humeur du Canada, 2010 ; AQDC, 2009). La qualité de vie de ces individus est affectée en raison des impacts négatifs que ces deux conditions engendrent dans leur quotidien. Ces impacts sont grandement influencés par l'influence et l'interaction des facteurs de risques et des facteurs de protection dans leur vie. L'approche écologique, qui guide la présente recherche, considère l'interaction entre les individus et leur environnement. C'est précisément ce à quoi va s'intéresser ce chapitre, dont l'objectif est de présenter les résultats de la recherche à la lumière des principaux concepts de l'approche

écologique. Ces résultats nous permettront mieux de cerner l'interfluence de la douleur chronique et de la dépression dans différents aspects de la vie des participant-es à l'étude, ainsi que les effets des interactions entre ces systèmes dans leur vie. Pour ce faire, ce chapitre portera sur les six sous-systèmes de l'approche écologique : l'ontosystème, le microsystème, le mésosystème, l'exosystème, le macrosystème et le chronosystème.

## **4.1. Ontosystème**

L'ontosystème comprend « l'ensemble des caractéristiques, des états, des compétences, des habiletés ou des déficits » d'une personne (van de Sande, Beauvolsk et Renault, 2011, p. 145). Dans la recherche, quatre thèmes ont émergé en lien avec ce sous-système : la douleur chronique, la dépression, les changements d'attentes de vie et les effets sur la vie quotidienne.

### **4.1.1. Douleur chronique**

Les quatre participant-es de l'étude souffrent des conséquences engendrées par les douleurs chroniques, et cette condition comporte d'importants impacts dans leur vie quotidienne. Elles et il ont tous partagé le fait que leurs corps ne fonctionnent plus comme avant et que ceci a engendré des conséquences sur leur santé physique et leur santé mentale. Deux des participant-es ont d'ailleurs expliqué que :

« It's a real psychological warfare and some days you are strong for the battle and some days you're not » (Participante 1).

« I think I feel almost betrayed by my body. I am, I get frustrated a lot because, um, in my mind I want to be a very active person and I'm not able to do what I would like » (Participante 3).

La douleur chronique est évidemment une condition difficile à gérer pour les participant-es. Nous voyons qu'il n'a pas seulement des impacts sur leur santé physique, mais aussi sur leur condition psychologique.

### **4.1.2. Dépression**

En ce qui trait à l'expérience de dépression, deux des quatre participant-es ont mentionné qu'elles et il étaient prédisposés à la dépression en raison de leur historique familial. Ces participant-es ont rapporté qu'un de leurs parents a également souffert de dépression. Pour une des participant-es, c'était son père et pour l'autre, c'était sa mère. Trois des participant-es ont expliqué avoir souffert de dépression depuis leur enfance. Ces participant-es ne se rappelaient pas l'âge exact où leurs symptômes de dépression ont débuté, mais elles et il ont tous parlé de leurs expériences avec la dépression durant leur enfance. Elles et il ont aussi toutes parlé de difficultés dans leur famille durant leur enfance (la santé mentale de leurs parents, un divorce) et qu'elles et il devaient trouver des mécanismes d'adaptation pour pouvoir vivre cette dépression dont elles et il souffraient depuis un jeune âge.

Une seule des participant-es a expliqué que sa dépression a commencé lorsqu'elle a réalisé qu'elle n'était plus capable de travailler et qu'elle ne pouvait plus faire ce qu'elle faisait avant. Elle a dit :

« The depression came when I started to realize that I wasn't able to do what I used to be able, capable of doing... That's when depression hit. Quand j'étais pu capable the travailler » (Participante 4).

La dépression est aussi une condition difficile dans la vie des participant-es. Trois des quatre participant-es ont vécu avec la dépression la grande majorité de leur vie, alors elles ont possiblement pu développer des mécanismes d'adaptation.

#### **4.1.3. Changements d'attentes de vie**

Trois des participant-es ont fait part de leur déception par rapport à leurs attentes de vie depuis l'apparition des symptômes de la douleur chronique. Ces participant-es ont partagé avoir dû changer leurs plans de vie tels que leur retraite, leurs relations et mariages et l'achat d'une maison. Toutes ces participant-es ont trouvé difficile d'avoir à changer leurs attentes de vie, que ce soit sur le plan personnel ou professionnel.

À titre d'exemple, une des participant-es a mentionné qu'elle n'a plus de rêves et d'espoir pour le futur. Elle a ensuite dit :

« All of that just weighs and adds to that sort of yeah, to feeling depressed and not having the life that I had imagined that I was going to have and that I could have. I don't have the house and you know the marriage and the typical life kind of thing that other people have » (Participante 1).

Une autre participante a expliqué qu'elle s'ennuie de ce qu'elle pouvait faire avant.

« I just miss doing things that I want to do. Like, I want to run, I want to, um, and I can't do that. It hurts my knees; it hurts my back and I'm cranky a lot sometimes when I'm in a lot of pain » (Participante 3).

Elle a aussi déclaré avoir peur de ce qui l'attend dans le futur :

« It's kind of scary at times too because you wonder what it will be like in 10 years or 20 years » (Participante 3).

Une autre participante a raconté qu'elle a travaillé fort dans sa carrière pour être où elle était professionnellement et que c'était très difficile pour elle de perdre ça. Elle a exprimé :

« Comme for work, that's hard for me to accept, parce que, I worked so hard to be where I was at work professionally, puis d'avoir perdue ca, that's really tough for me to accept » (Participante 4).

Cette participante a aussi mentionné que lorsqu'elle se sentira mieux, elle aimerait aider d'autres personnes qui souffrent de conditions similaires à Timmins. Nous voyons que la douleur chronique et la dépression ont amené ces participant-es à devoir changer leur vision de leur vie et de leur futur.

#### **4.1.4. Effets sur la vie quotidienne**

La douleur chronique et la dépression entraînent des conséquences négatives sur la vie quotidienne de chacun des participant-es. Elles et il ont parlé de changements dans leurs passe-temps, leur capacité de travailler dans leur communauté, leurs exercices, leurs sports, leurs relations interpersonnelles, leurs carrières, leur motivation pour faire des choses, leurs familles ainsi que leurs finances. Une des participant-es faisait aussi du bénévolat dans sa communauté, mais elle n'est plus capable de participer. La citation d'un des participant-es résume bien ceci :

« My depression has caused me to ruin relationships, ruin careers, make huge mistakes in my education, my physical health. I mean, it's affected every single part of my life in a negative way » (Participant 2).

La douleur chronique et la dépression ont entraîné plusieurs changements dans la vie quotidienne des participant-es. Les participant-es ont trouvé ces changements très difficiles pour eux.

## **4.2. Microsystème**

Le microsystème englobe l'ensemble d'activités, de rôles sociaux et de relations interpersonnelles vécues par la personne en développement dans un contexte de face-à-face donné avec des caractéristiques physiques, sociales et symboliques particulières qui invitent, permettent ou inhibent l'engagement dans l'environnement immédiat (Bronfenbrenner, 1994, p. 39 – traduction libre). Cette recherche a fait ressortir sept thèmes en lien avec ce sous-système : les impacts sur la vie sociale, les impacts sur la relation conjugale, les impacts sur la famille, les impacts sur l'hébergement, les impacts sur le travail, l'accès aux services, ainsi que les problèmes liés aux méthodes de traitements.

### **4.2.1. Impacts sur la vie sociale**

La vie sociale de chaque participant-e a subi des conséquences en raison de la douleur chronique et de la dépression dont elles et il souffrent. Même si leurs raisons sont différentes, les quatre participant-es ont rapporté avoir limité leurs interactions avec leurs amies ou leur entourage. Elles et il ont tous rapporté avoir eu une vie sociale plus active avant leur diagnostic. Plusieurs raisons ont été évoquées par les participant-es pour expliquer comment leur vie sociale a été affectée par leur condition. Certain-es participant-es se sont isolé-es de leur réseau puisqu'elles et il avaient peur d'embêter leur entourage avec leur situation ou elles et il avaient peur que leurs amies et leur famille aient une perception négative d'elles et il. Voici une citation d'une des participant-es qui explique pourquoi elle s'est isolée :

« Bien, je ne veux pas que le monde me voie comme ça, so j'aime autant rester tout seul » (Participante 4).

Un autre participant a expliqué :

« I was not myself. I was snappy with people; I was short-tempered and impatient. None of that is really me and I mean I went through a stage of that each time after my accident, where I got so irritable after my accident that I cleared out a whole bunch of social space around me, basically, and it caused me to screw up a whole bunch of my relationships. Just from my reaction to the pain, just from being ticked about it » (Participant 2).

Deux des participant-es ont commencé à élargir leurs interactions après un certain temps. Une participante a quelques amis, mais elle ne voulait pas les déranger avec ses problèmes. Elle a joint un groupe de soutien en ligne avec des personnes qui souffrent de conditions similaires. Elle a dit :

« People don't quite get it. Because we look okay... and the partners of people in this Facebook group, we talk about it all the, but not all the time but often that the people around us get tired of hearing about it and so we all stop talking it » (Participante 1).

Une des participant-es a aussi commencé à amener son chien de service à des maisons de retraite puisque ces gens ne la connaissaient pas et elle ne sentait pas de jugements de leur part. Nous voyons que les stigmas ont des impacts sur les comportements sociaux de cette participante. Ceci sera discuté davantage plus loin dans ce chapitre. Nous voyons aussi que les douleurs chroniques ont un effet sur le comportement social des participant-es.

#### **4.2.2. Impacts sur la relation conjugale**

La douleur chronique et la dépression ont aussi eu un impact sur les relations conjugales des participant-es. Trois des quatre participant-es ont mentionné des impacts sur leurs relations conjugales. Une des participant-es explique avoir un partenaire qui la soutient, malgré le fait qu'il ne comprenne pas toujours ce qu'elle vit.

« He's supportive, but he, he doesn't get it... So sometimes it's annoying but I'm lucky in that he's supportive... I don't consider him my sort of lifelong partner but he's there now right » (Participant 1).

Un autre participant a expliqué que ses conditions ont engendré des changements dans sa personnalité et que ceci a eu un impact sur sa relation.

« I was just such an unpleasant person in that time that in 3 weeks flat<sup>2</sup>, it was over sort of thing » (Participant 2).

Deux des participant-es ont pour leur part ont expliqué avoir besoin de plus d'aide de la part de leur partenaire pour faire des tâches qu'elles pouvaient faire avant.

« He has to vacuum and do that kind of stuff, cause sometimes that motion will, I don't know if it pinches something, but I will get pain » (Participant 3).

« Lui il fallait qu'il fasse beaucoup plus de responsabilités, parce que je dormais beaucoup plus, à cause que j'avais mal » (Participant 4).

Comme nous pouvons voir, trois des participant-es ont le soutien de leur conjoint même s'il y a eu des changements dans le dynamique de leur relation en raison de la douleur chronique et de la dépression. Ce soutien constitue un facteur de protection important. Le dernier participant qui n'a plus de relation a avoué que c'était parti de son processus d'isolement.

#### **4.2.3. Impacts sur la famille**

La douleur chronique et la dépression ont un impact sur les relations familiales des participant-es. Trois des participant-es ont expliqué que même si leurs conditions ont un impact sur leur humeur et comportement envers leurs parents, elles et il ont tous encore une bonne relation avec eux. Une des participant-es l'explique ainsi :

---

<sup>2</sup> La relation de ce participant a pris fin trois semaines après l'incident qui a causé l'apparition initiale de sa douleur chronique.



« It causes me to be a bit grumpy with my family. Luckily, they are pretty understanding of that » (Participant 2).

Deux des participant-es ont expliqué davantage l'impact que leurs conditions ont sur leurs relations avec leur famille immédiate, c'est-à-dire leurs enfants et leurs conjoints :

« It's hard for my kids. I've had to apologize a lot to them. Just no patience and uh raising my voice and not normally how I would be as a mom. Um, so I've had to apologize a lot to them. That is probably my biggest guilt. Um, my poor husband, he gets the brunt of it » (Participante 3).

« Lui il fallait qu'il fasse beaucoup plus de responsabilités, parce que je dormais beaucoup plus, à cause que j'avais mal... Les enfants il me voyait que je n'étais pas bien. So, il avait peur de me demander aussi, à faire des choses. Puis ça, c'était difficile sur eux autres » (Participante 4).

« Je ne pouvais pas faire les mêmes choses avec mes enfants, je me sentais comme j'ai laissé de côté. So, eux autres ils ont été affectés. Je ne pouvais pas les conduire où est-ce qu'ils voulaient aller » (Participante 4).

Ces extraits démontrent bien que leurs conditions ont un impact sur leurs relations familiales puisque la douleur les empêche d'accomplir certaines tâches ménagères et activités avec leurs enfants. La douleur et la dépression peuvent provoquer des changements de comportements, entre autres sur le plan de l'humeur. Même avec ces changements, trois participant-es ont rapporté que leur système familial continue de les soutenir et les aider avec ce dont elles et il ont besoin. Elles et il indiquent l'importance de leur famille dans leur vie.

Une participante a souligné l'absence d'un réseau familial, alors elle doit composer avec un manque de soutien familial.

« I have no family. I have no children or siblings and my parents are dead... So, I don't have that sort of familial support network » (Participante 1).

Nous voyons bien que la douleur chronique et la dépression ont un effet sur les familles des trois des participant-es et que le soutien qu'offrent leurs familles est important pour leur bien-être.

#### **4.2.4. Impacts sur l'hébergement**

Un aspect de la vie quotidienne des participant-es qui est important de mentionner est l'hébergement. Pour commencer, chacun-e des participant-es avait un hébergement lors des entretiens. Deux des quatre participant-es n'ont pas vécu de difficultés particulières en lien avec leur hébergement. En revanche, les deux autres ont connu des changements par rapport à leur logement en raison de leurs conditions concomitantes. Les extraits suivants démontrent bien comment leur situation sur le plan du logement a été affectée par leurs conditions.

« It did affect me a little bit economically. Not being able to work during that period was a real problem. Especially during college. Eventually it contributed to losing my place having to move in with my dad » (Participant 2).

« Ca m'énerve, it needs to be done and it's driving me crazy. Puis là je veux pu que le monde vienne chez nous parce que j'ai honte. Ces toute des choses que ça m'empêche. So là on a vendu la maison parce que la maison est trop grande. I can't take care of it anymore » (Participante 4).

Avec le premier extrait, nous voyons qu'en raison de sa perte d'emploi, le participant était confronté à des problèmes socioéconomiques et ne pouvait plus se permettre de vivre dans son appartement, alors il a dû déménager avec son père. Il a ainsi perdu une partie de son indépendance. L'autre extrait nous démontre que l'incapacité de la participante à faire les tâches ménagères et à s'occuper de sa maison est la raison pour laquelle elle a dû déménager. Ses conditions limitent sa capacité à faire ce qu'elle doit faire pour s'occuper de la maison dans laquelle elle vivait pendant l'entretien. Ce déménagement éventuel a été vécu très difficilement par la participante.

#### **4.2.5. Impacts sur le travail**

La douleur chronique et la dépression ont engendré plusieurs conséquences négatives sur le travail des participant-es. Ces impacts sont directement liés aux symptômes associés à la douleur chronique et à la dépression, tels que : le changement de comportement pour essayer de gérer la douleur, changements dans les capacités des participant-es et l'augmentation des rendez-vous pour leurs traitements. Deux des participant-es ont dû arrêter de travailler complètement en raison de leurs conditions et un participant a dû arrêter de travailler temporairement et a changé de carrière

puisque'il ne pouvait plus faire du travail manuel. Ce changement s'est finalement avéré positif pour lui.

« Making that change in the way that I work, um, got me good job experience. It brought up my wage. It made me more employable in the job market. So, I mean, even though it felt like labouring was all I ever had before, once I was forced to get out of that, I became more employable. I got better jobs, I got better pays, I got benefits. You know, good positions where I had good bosses who cared and stuff like that » (Participant 2).

Une participante a réussi à maintenir son emploi, mais rapporte que ses symptômes entraînent des conséquences sur son travail. Elle a exprimé :

« Physically, it hurts, it's hard to find a comfortable but just to be comfortable especially at work lately... I'm kind of at a desk job now, so, I even notice, like my hand has been sore. I was typing a lot, so now I'm experiencing a lot of pain on the side of my hand. I do my best to manage it at work, but I do, I mean I get really cranky at work sometimes and I don't verbalize it but I'm, like I get stressed ».

Ainsi, même si elles différaient d'un-e participant-e à l'autre, elles et il ont tous connu des effets sur leur travail. Le travail est ce qui donne aux individus un salaire pour vivre ainsi que l'assurance privée pour qu'elles et il aient accès à certaines méthodes de traitements pour la douleur chronique et la dépression.

#### **4.2.6. Accès aux services**

Un thème qui est ressorti durant les entretiens est que certain-es des participant-es ont éprouvé quelques problèmes avec certaines méthodes de traitements, mais ils ont tous essayé plusieurs types de traitements. Trois des quatre participant-es ont essayé des méthodes de traitement alternatif comme la méditation, le massage thérapie, l'ostéopathie et la physiothérapie pour leur douleur. Cependant, selon eux, plusieurs de ces traitements ne fonctionnent pas à long terme. Deux des participant-es ont expliqué qu'elles utilisent rapidement leur assurance privée pour traiter leur douleur chronique, mais n'ont ensuite plus d'assurance pour le reste de l'année :

« J'ai pas mal toute faite, parce que j'avais l'assurance de l'accident, so j'ai utilisé ça. Um ça pris comme deux ans, puis j'ai passé toute à travers et puis j'ai des assurances de mon mari que j'utilise. Et puis...mais ça, ça

prend comme deux mois et demi et je passe à travers. Ça ne prend pas de temps, ça me last même pas l'année. Je fais beaucoup de thérapie, je fais du counseling, je fais massage, chiro, physio, ostéo. J'en faisais beaucoup plus avant, quand j'avais l'assurance » (Participante 4).

« I try and stick to things I have my benefits with. But I've pretty much exhausted a lot of that already and it's April » (Participant 2).

Nous voyons ainsi qu'il y a des services disponibles à Timmins, mais que plusieurs ne sont pas couverts par les régimes d'assurance maladie du Canada. Pour avoir accès aux traitements accessibles à Timmins sauf pour les traitements-hôpitaux, les services d'urgences, les traitements ambulatoires fournis et les services par les médecins de famille et des psychiatres, les participant-es ont besoin d'assurance privée. Et encore, ces assurances semblent insuffisantes pour les personnes souffrant de douleur chronique et de dépression, étant donné que les participant-es ci-dessus mentionnent les avoir épuisées après les premiers mois de l'année.

#### **4.2.7. Problèmes liés aux méthodes de traitements**

Tous les participant-es ont essayé différents types de médicaments. Trois des participant-es ont eu des traitements psychologiques ou psychiatriques pour leur dépression. Un des participant-es a reçu des services de counseling et de thérapie cognitivo-comportementale. Même avec ces traitements, les participant-es ont expliqué que ces services ont été offerts à court terme et qu'il n'y pas de services offerts à long terme pour les appuyer, malgré leurs besoins. À cet effet, une des participant-es explique qu'il est difficile d'obtenir des services :

« There's no recipe or instructions and I have a really hard time with that. Nobody can give me an answer » (Participante 1).

Un autre participant soutient que les services sont axés sur les aspects médicaux de leurs conditions :

« Our medical system is really not concerned with what goes on in your life... They are always listening for things they've been trained to listen for medically and they don't always hear what you are saying emotionally ».

Une autre participante a parlé des effets secondaires causés par ses médicaments. Elle a expliqué qu'on lui avait prescrit un médicament pour sa douleur et dépression concomitante. Le médicament

fonctionnait très bien ; cependant, elle a commencé à avoir des effets secondaires. En raison de cette réaction, elle a dû arrêter de prendre ce médicament et essayer un autre qui a moins d'effets secondaires comme la fatigue. Elle a exprimé que seulement son infirmière praticienne se concentrait sur ces deux conditions concomitantes, sans expliquer en détail ce que cela signifiait concrètement.

Puisque les participant-es ont éprouvé des difficultés avec les services disponibles à Timmins, elles et il ont donné leur avis sur les solutions qu'elles et il croyaient en mesure d'aider plus de gens qui souffrent de douleur chronique et de dépression. Deux des participant-es ont mentionné l'importance des équipes multidisciplinaires dans lesquelles les professionnels travaillent en silos pour le traitement de la douleur chronique et de la dépression. L'une d'entre elles a dit :

« I think having multidisciplinary teams would sort of be the better approach because I think as a patient or client we have to all of these different places to get what we need...or if doctors maybe understood that you know the minute there's a chronic pain issue more than likely there's going to be depression, anxiety issues, so try to guide and talk to your patients and try to guide them right away to those services » (Participant 1).

Un autre participant a expliqué que notre système de santé ne se concentre pas assez sur la manière de résoudre le problème auquel elles et il ont confronté-es.

« I think the medical system in this country, is too concerned with getting people in and out of the door. They don't seem to care very much about solving the actual problem. I've gone to hospitals and said that I can't, I can't handle it. I can't keep going, I need some help right now and I've been straight up turned away. We don't have room; we don't have staff. Go home and good luck, you know. That's a problem. That's a huge problem. For this issue, for people who have it and for our society in general » (Participant 2).

Ce même participant a rapporté que selon lui, il n'y a pas de traitement efficace actuellement pour traiter la dépression.

Les participant-es ont partagé ainsi de nombreux défis en lien avec l'accès aux services tels qu'un besoin de voyager pour accéder à certains traitements, un manque de service qui se concentre sur les deux conditions concomitantes ainsi que de longues listes d'attentes.

### **4.3. Méso-système**

Le micro-système fait référence à un système de micro-systèmes. Il s'agit des connexions et des processus qui se produisent entre deux ou plusieurs facteurs qui incluent l'individu qui se développe (Bronfenbrenner, 1994, p. 40 – traduction libre). Les interactions entre les sous-systèmes des participant-es de cette étude seront présentées dans cette section.

#### **4.3.1. Interactions entre deux systèmes de l'individu**

Les sous-systèmes interagissent dans la vie des participant-es, mais peu d'informations émergent des données sur la nature de ces interactions. Pour deux des participant-es, leur médecin a eu une interaction avec leur travail pour les aider avec le processus d'arrêt de travail en raison de leurs conditions médicales. Le médecin d'un autre participant l'a référé à un psychologue. Ceci démontre certains des professionnelles interagissent entre eux pour aider les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression. Ces professionnelles ne faisaient pas partie de la même équipe multidisciplinaire, mais comme les participant-es ont indiqué, une équipe multidisciplinaire rendrait les traitements par différents professionnelles plus faciles d'accès et plus efficaces. Trois des participant-es ont expliqué qu'elles utilisent ou ont utilisé leur assurance privée de leur travail pour avoir accès à leurs traitements, faisant écho aux liens indirects entre le travail et les traitements.

### **4.4. Exo-système**

L'exo-système fait référence aux liens et aux processus qui ont lieu « entre deux ou plusieurs milieux, dont au moins un ne contient pas la personne en développement », mais là où se produisent des événements qui ont un impact direct sur les processus dans l'environnement immédiat de l'individu (Bronfenbrenner, 1994, p. 40 – traduction libre). Très peu d'informations ont émergé

des entretiens quant aux interactions associées à l'exosystème à l'exception de l'invalidité selon le gouvernement.

#### **4.4.1. Invalidité selon le gouvernement**

Les participant-es ont expliqué que leurs conditions sont considérées comme des invalidités selon le gouvernement. Deux des participant-es croyaient que leurs conditions de douleur chronique étaient vues une invalidité par le gouvernement et qu'elles et il pouvaient avoir des prestations gouvernementales si elles et il en avaient besoin. Une participante a expliqué qu'elle est sur le programme de prestations d'invalidité du Régime de pensions du Canada et qu'elle a accès aux assurances du travail de son mari. Les participant-es n'ont toutefois pas discuté en détail de ces prestations, puisque leurs réponses démontrent que si elles et il ont besoin de l'aide gouvernementale, elles et il peuvent avoir accès à ces ressources puisque leurs conditions répondent aux critères des programmes disponibles.

Il semble important de souligner que des services sont disponibles pour eux et cela démontre que le gouvernement et notre société valorisent le bien-être des individus, même si le système n'est pas parfait. Ces services prennent la forme de paiements mensuels ainsi que des programmes qui couvrent certains médicaments. Ceci a un lien avec leur statut économique, leur capacité d'acheter de la nourriture, de payer le loyer pour leur hébergement et d'accéder à certains traitements.

#### **4.5. Macrosystème**

Le macrosystème comprend les caractéristiques générales des microsystèmes, des mésosystèmes et des écosystèmes d'une culture ou d'une sous-culture spécifique dans laquelle l'individu vit (Bronfenbrenner, 1994, p. 40 – traduction libre). Durant les entretiens, deux thèmes en lien avec le macrosystème ont été dévoilés : les stigmas et la culture au travail.

##### **4.5.1. Stigmas**

Un thème qui est ressorti dans les entretiens de chaque participant-e est les stigmas qu'elles et il subissent par rapport à leur douleur chronique ou dépression. Le stigma est un obstacle auquel toutes les participant-es sont confrontés par rapport à leurs conditions. Trois participant-es ont mentionné l'invisibilité de leurs conditions. Deux des participant-es ont souligné que les gens ne comprennent pas ce qu'elles vivent et des difficultés avec lesquelles elles doivent transiger. Un participant a dit :

« You know I understand that it's common and people go through it all the time, but when it happens you kind of feel like nobody else understands it, I guess. It's kind of an isolated thing » (Participant 2).

Une autre participante a discuté craindre que les personnes dans son entourage ne la croient pas en raison de l'invisibilité de ses conditions.

Deux des participant-es ont parlé de la dépression et des stigmas sociétaux par rapport à la santé mentale. Un des participant-es a dit :

« People need to stop seeing as a form of crazy. Mental illness is the best way to describe it. But I don't like that word because it causes people to write you off...About half of them will openly write it off and say well you know what you're depressed right now, you're not thinking right. So, you're obviously, you're not making any sense. So, the minute I say something when I'm not feeling well, it's not listened to. That's a problem to and that's part of the stigma » (Participant 2).

Nous voyons que les participant-es doivent composer avec des stigmas en raison de leur douleur chronique et de leur dépression puisque celles-ci sont des conditions invisibles et que les individus qui ne souffrent pas de ses conditions ne sont pas informés sur la complexité de celles-ci et ont de la misère à comprendre ce qu'elles et il vivent. Puisque les gens dans leur entourage et dans la communauté ne comprennent pas, les participant-es se sentent isolé-es dans leurs expériences. Les personnes dans leur vie et dans la société ont un stigma puisque les conditions invisibles se présentent différemment selon les personnes et qu'il y a plusieurs préjugés liés à la douleur chronique et la dépression. Nous avons vu qu'une des participant-es s'est sentie honteuse en raison de sa condition et tenait des stigmas envers elle-même. Ceci démontre la persistance de certains préjugés et d'un manque d'empathie envers les personnes atteintes de maladies invisibles.



### 4.5.2. Culture au travail

Un autre thème qui est ressorti lors des entretiens est la culture au travail et les influences sur les participant-es. Bien que le travail fasse partie du microsystème, certains éléments de la culture organisationnelle au travail reflètent des valeurs sociales plus larges. De manière plus concrète, une participante a parlé d'une culture de travail dominée des valeurs traditionnelles masculines où paraître « faible » n'est pas bien vu. Elle expliquait que malgré le fait d'avoir été honnête avec son superviseur, ce dernier ne comprenait pas sa situation. Dans l'extrait suivant, elle explique bien dans quel contexte de travail elle évoluait :

« I didn't want to let the company down. Or I didn't want to look weak, in this culture of engineers and male dominated work environment with this sort of mind over matter attitude...the culture is very « old boy », and it's very much without them saying it, you can sense it and it's a suck it up buttercup » (Participante 1).

Une autre participante a indiqué que son emploi était flexible, elle avait de bonnes relations avec ses clients et son superviseur. Son superviseur l'a même aidée lorsqu'elle est retournée au travail après l'incident qui a causé sa douleur chronique, Elle a donc fait référence à un milieu de travail inclusif et flexible. Cependant, comme sa condition lui causait trop de difficulté, elle a éventuellement dû arrêter de travailler. Cette participante bénéficiait d'un milieu de travail favorable, bien qu'elle ait été contrainte à quitter cet emploi pour des raisons de santé.

## 4.6. Chronosystème

Le chronosystème fait référence à tout changement ou cohérence dans le temps d'une personne ou de son environnement (1994, p. 40 – traduction libre). Deux thèmes dans la présente recherche ont émergé en lien avec ce sous-système : le développement des conditions des participant-es et les changements depuis le/les diagnostics.

### 4.6.1. Développement des conditions

Chaque participant-e a expliqué le développement de ses conditions de douleur chronique et de dépression. Même si elles et il souffrent tous de douleur chronique et de dépression, leurs situations de vies sont toutes différentes.

Deux des participant-es ont relaté un historique familial par rapport à la dépression. Une participante a discuté de la dépression dont son père a souffert et elle a affirmé que cette condition est génétique selon elle. L'autre a discuté de la dépression dont sa mère a souffert ainsi que des problèmes de consommation de substances et de douleur chronique de son père. Ces deux participant-es ont exprimé avoir vécu des enfances difficiles.

« I come with generalized anxiety and predisposition to, um, depression anyway. Um, my father had depression and anxiety issues, so there's some genetic predispositions there » (Participante 1).

« My mom has had severe depression, you know, for as long as I can remember... my mom was the kind of person whose depression was so intense that, she could sometimes lay in bed for hours or even a few days and not respond and talk to you, none of those things and that's the sort of thing that has an effect on you » (Participant 2).

Trois des participant-es ont indiqué que leur dépression a commencé lors de leur enfance, mais n'était pas constante durant leur vie. Une des participant-es a expliqué que sa dépression a débuté un peu après sa condition de douleur chronique lorsqu'elle a réalisé qu'elle ne pouvait plus travailler et que sa condition a été considérée comme chronique. Elle a exprimé qu'elle ne pouvait plus faire ce qu'elle voulait faire, alors ce grand changement a bouleversé sa vie.

Trois des participant-es souffrent de douleur chronique en raison d'événements qui sont arrivés dans leur vie. Les événements étaient tous différents et leur douleur se manifeste différemment, mais elles souffrent toutes de douleur chaque jour et cette douleur affecte plusieurs dimensions de leur vie. On remarque que pour la majorité des participant-es, la dépression a commencé avant la condition de douleur chronique et pour une d'entre elles, la dépression a été déclenchée en raison de la condition de douleur chronique.

#### 4.6.2. Changements depuis le/les diagnostics

La douleur chronique et la dépression ont causé plusieurs changements dans la vie des participant-es de cette étude à travers le temps. Deux des participant-es ont discuté de mécanismes d'adaptation qu'elles devaient développer pour les aider à faire face à leurs conditions. Comme l'explique le participant suivant :

« Basically, it affects everything that I do and everything that I do, in my life was built to work around it or to work through it. It affects the way that I approach relationships and stuff like that. I'm trying to balance out dealing with all the things going on in my life and managing my depression at the same time as managing my pain » (Participant 2).

Deux participant-es ont dû arrêter de travailler. Comme mentionné plus haut, trois participant-es ont dû modifier leur activité physique et les sports qu'elles pouvait pratiquer. Trois des participant-es ont mentionné éprouver de la difficulté à accomplir des tâches ménagères ainsi que des changements dans leurs relations interpersonnelles et leurs dynamiques familiales.

Il y a certains impacts positifs qui sont ressortis lors des entretiens. L'une des participant-es a exposé qu'elle a maintenant plus d'empathie envers les personnes qui souffrent de douleur chronique. Un autre participant a même expliqué que sa condition l'a amené à faire des changements positifs dans sa vie :

« Having these two conditions together has caused me to make positive changes to my life which I probably would never have made if I hadn't been incited to. So, I mean, I don't think I ever would have started taking care of myself if I didn't feel like I was in physical pain » (Participant 2).

Avec l'information présentée, nous pouvons constater que la vie des participant-es ainsi que celle de leur entourage ont changé depuis leurs diagnostics.

## **CHAPITRE V**

### **DISCUSSION**

Cette étude a tenté de mettre en évidence les expériences d'individus qui souffrent simultanément de la dépression et la douleur chronique en analysant l'interfluence des systèmes dans leur vie quotidienne à Timmins (Ontario) où peu de services sont disponibles pour les appuyer.

Ce chapitre a pour but d'effectuer une synthèse des principaux éléments qui ont été présentés dans cette étude. À l'aide d'une analyse thématique des quatre entretiens semi-structurés réalisés auprès des personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression concomitante, il a été possible de faire ressortir des thèmes en lien avec l'interaction de chaque sous-système dans leur vie.

L'approche écologique nous a permis de mieux comprendre les processus et les conditions environnementales dans lesquels gravitent les participant-es. Avec cette approche, nous avons pu considérer chaque sous-système écologique d'un individu. Il nous a permis d'explorer les

expériences personnelles, familiales, professionnelles, sociales, économique, communautaire et politique. Ces éléments sont très importants lorsque nous considérons l'impact de ces conditions sur ces individus. Nous pouvons revoir le tableau présenté par Thompson (2016, p.72) au sujet des déterminants clés de la santé dans lequel ces dimensions sont mentionnées.

Même si les participant-es souffrent de différents types de douleur chronique et ont des situations différentes par rapport à leur diagnostic de dépression, elles et il ont discuté de plusieurs impacts similaires que la dépression et la douleur chronique ont sur les différents niveaux de leur système environnementaux ainsi que leurs expériences personnelles par rapport à ces conditions concomitantes. À la suite de la discussion au sujet de leurs expériences personnelles, nous pouvons dénoter des facteurs de risque et de protection. Les facteurs de risque sont un manque de services, des stigmas sociétaux, une faiblesse du réseau de soutien, une situation socioéconomique précaire, une culture négative au travail et un hébergement instable. Les facteurs de protection sont l'accès à des services de qualité, l'empathie et compréhension, un emploi stable, du soutien au travail ainsi qu'un hébergement stable. Nous avons aussi observé des éléments de qualité de vie. Ils seront expliqués davantage dans ce chapitre.

### **5.1. Facteurs de risques**

Le système de santé en Ontario, qui comprend des services et des soutiens communautaires en santé mentale, est fragmenté. Les services auxquels les gens du nord de l'Ontario ont accès sont très différents du soutien disponible dans les communautés urbaines comme dans le sud de l'Ontario. Les habitants du nord de l'Ontario doivent composer avec de multiples obstacles pour accéder aux services. La région ne dispose pas de suffisamment de professionnelles pour aider à traiter les problèmes et les personnes doivent souvent se déplacer pour recevoir des soins, mais tout le monde n'est pas en mesure de le faire (ACSM, 2022 c– traduction libre). L'une des participant-es dans l'étude a vécu cette barrière lorsqu'elle recevait des traitements pour sa condition de douleur chronique. Elle devait voyager pour les services et elle a mentionné le manque d'accès aux services à Timmins. Il y a aussi un problème avec les médecins qui « filtrent les personnes vivant avec une maladie mentale et/ou des dépendances qui ont des besoins de santé complexes » (ACSM, 2022 c– traduction libre). Par ailleurs, il existe des lacunes dans la capacité

des services de santé à offrir des soins de suivi. L'un des participant-es a expliqué que ceci constituait une barrière pour lui. Le soin d'urgence qu'il a reçu était adéquat, mais il n'avait pas accès à des soins de suivi et ceci a eu un impact sur son bien-être. Les soins de suivi sont importants pour les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression puisque ce sont des conditions chroniques et non aiguës.

Les médecins de famille, les psychiatres, les psychologues, les infirmières et les autres professionnelles de la santé mentale, comme les travailleurs sociaux, peuvent prodiguer des soins dans les hôpitaux ou dans la communauté. Les longues périodes d'attente pour les traitements généraux et/ou psychiatriques, ainsi que les soins communautaires qui ne sont souvent pas intégrés aux services de santé constituent une autre limite à l'accès aux services (Moroz, Moroz et Slovinec, 2020, p. 282). L'une des participant-es a discuté des longues périodes d'attente qu'elle a endurées lorsqu'elle avait besoin de services pour l'aider avec sa douleur chronique et sa dépression. Un problème qui a été soulevé durant les entretiens était le coût des services si les individus ne sont pas couverts par les régimes d'assurance privés puisque la plupart des services que les participant-es ont utilisés n'étaient pas couverts par le régime public de soins de santé. Un participant n'avait pas accès à de l'assurance privée, alors il ne pouvait bénéficier de soins de suivi comme discuté ci-dessus. Les trois autres participant-es avaient accès à de l'assurance privée de la part de leur employeur ou du travail de leur conjoint, mais l'assurance était limitée et puisque ces conditions sont complexes et requièrent des traitements à long terme, l'assurance a été épuisée rapidement durant les premiers mois de l'année, alors les participant-es n'avaient pas accès aux services de manière consistante. Ceci démontre la fragilité de l'accès aux services lorsque les personnes souffrent de douleur chronique et de dépression, surtout lorsqu'elles ne sont plus en mesure de garder leur emploi et peuvent se retrouver dans une situation financière précaire, tout en perdant les assurances, dont elles ont besoin pour l'achat de leurs médicaments.

Selon Wilson et Lavis (2011, p.5), l'un des principaux problèmes est qu'il y a un manque d'engagement à soutenir « la gestion de la douleur chronique dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux au Canada » (traduction libre). Les personnes qui souffrent de douleur chronique souffrent également souvent d'une ou plusieurs comorbidités physiques ou psychologiques, ce qui peut expliquer pourquoi elles ne reçoivent pas suffisamment d'attention.

Les entretiens ont montré que les participant-es recevaient des traitements séparés pour la douleur chronique et la dépression, mais qu'elles avaient de la difficulté à distinguer les symptômes de chacun ainsi que les impacts de ces conditions concomitantes. De plus, il y a un manque généralisé de connaissances au Canada sur la prévalence élevée de la douleur chronique et des comorbidités chez les personnes souffrant de douleur chronique (Wilson et Lavis, 2011, p.5). Un manque de compréhension des limites des programmes et des traitements existants contre la douleur chronique, sur le plan tant des soins primaires que des soins spécialisés, peut potentiellement contribuer au problème.

Par ailleurs, il semble évident à l'analyse des entretiens que la ville de Timmins a besoin de plus de services pour les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression offerts par notre régime public de soins de santé. Avec plus de services dans la région sans un coût élevé ou couvert par l'assurance gouvernementale, il y aura moins d'obstacles pour les personnes à Timmins qui souffrent de douleur chronique et de dépression.

Les personnes aux prises avec la douleur chronique sont souvent stigmatisées par les autres (Cosio et Demyan, 2021). Elles expriment fréquemment leur insatisfaction vis-à-vis de leurs partenaires amoureux, de leur famille, de leurs connaissances et même des prestataires de soins de santé. Nous l'avons constaté dans les propos de certaines des participant-es de cette étude. De plus, le grand public est moins susceptible d'aider et de sympathiser avec ceux qui souffrent de douleur chronique qui est invisible et/ou qui n'a pas d'explication biomédicale claire et il est plus susceptible de ne pas les aimer ou de se méfier d'eux. Deux des participant-es ont discuté de la stigmatisation liée à leurs conditions invisibles et ont mentionné la crainte qu'elles sentent que les personnes dans leur vie ne comprennent pas ce qu'elles vivent. La stigmatisation est identifiée par la culture dominante comme quelque chose de très différent. Les gens donnent une étiquette aux différents groupes et cette étiquette est créée à partir de stéréotypes (Cosio et Demyan, 2021). Les différences sont aussi dévalorisées par le groupe dominant. Pour cette raison, les personnes stigmatisées peuvent être victimes de discrimination en raison de leurs différences par rapport aux normes sociétales. De plus, ceux qui souffrent de douleur chronique intériorisent fréquemment la stigmatisation dont ils sont victimes (Cosio et Demyan, 2021). La discrimination intériorisée se manifeste alors dans les pensées et les actions de la personne stigmatisée, ce qui a le potentiel de changer leur perception d'eux-mêmes. Nous l'avons remarqué avec les participant-es lorsqu'elles

et il ont parlé de leur retrait social. Les personnes qui ne souffrent pas de douleur chronique ont de la difficulté à comprendre à quel point cela a un impact sur leur vie (Cosio et Demyan, 2021).

D'autre part, les personnes souffrant de dépression sont souvent stigmatisées en raison de la peur et de l'incompréhension que les gens ressentent à l'égard des problèmes de santé mentale. Cela conduit à des préjugés qui peuvent se produire même avec les fournisseurs de services. Les préjugés et la discrimination créent des émotions de désespoir et de culpabilité chez les personnes incapables de faire face à leur situation, ce qui rend le diagnostic et la thérapie difficiles (l'ACSM, 2022a - Traduction libre). « L'impact de la stigmatisation sur les personnes souffrant de douleur chronique est souvent associé à la dépression. De même, il a été associé à une diminution de l'estime de soi, à des relations interpersonnelles tendues et à une qualité de vie réduite » (Cosio et Demyan, 2021– traduction libre). Nous pouvons voir beaucoup de thèmes s'entremêler les uns avec les autres. Nous avons observé que le stigma est un problème significatif pour les personnes qui souffrent de douleur chronique et dépression. Toutes les participant-es ont discuté du stigma auquel elles et il sont confrontés de la part des personnes dans leur vie puisque celles-ci ont de la difficulté à comprendre des maladies invisibles. Elles et il ont aussi discuté des manques de services disponibles et du manque de compréhension envers leurs conditions concomitantes. Avec ceci, nous avons remarqué des sentiments négatifs concernant l'avenir ainsi que des sentiments de culpabilité puisqu'elles et il ne peuvent plus faire ce qu'elles veulent faire et doivent dépendre d'autres personnes. Nous avons aussi vu une diminution de l'estime de soi et de la qualité de relations interpersonnelles puisque ces participant-es se sont retirés socialement. L'une des participant-es a même exprimé qu'elle ne voulait pas que les gens la voient différemment.

Selon le gouvernement du Canada (2022), « l'isolement social est communément défini comme le fait d'avoir peu de contacts et de piètre qualité avec autrui. Cette situation suppose moins de relations sociales et peu de rôles sociaux ainsi que l'absence de rapports mutuels gratifiants. L'isolement social peut entraîner des problèmes de santé, la solitude, des troubles émotionnels et d'autres effets négatifs ». Les participant-es ont tous parlé de l'isolement ou du retrait social en raison de leurs conditions. Elles et il n'étaient pas certain-es si c'était la dépression, la douleur chronique ou une combinaison des deux conditions. Les participant-es ont discuté de la manière dont elles et il se sont isolés socialement des personnes dans leurs vies. Ainsi, elles et il pouvaient



compter seulement sur leur famille immédiate, sauf une participante qui avait seulement un conjoint. Avec le temps, certaines des participant-es ont progressivement commencé à élargir leur réseau de soutien social.

Plusieurs études démontrent que le bien-être des personnes est lié à leur statut socioéconomique (Boyce, 2008). Deux des participant-es n'avaient pas de problèmes socioéconomiques; cependant, deux en avaient. L'un des participant-es a dû arrêter de travailler dans son domaine puisque c'était trop difficile pour son corps. Il a dû retourner vivre avec son père et entreprendre des études dans un autre domaine. Une autre participante a aussi dû arrêter de travailler et elle doit maintenant vendre sa maison puisqu'elle ne peut plus en prendre soin et qu'elle ne peut pas se permettre d'embaucher quelqu'un pour l'aider. Nous voyons donc une instabilité avec leur hébergement qui représente un autre facteur de risque. La perte de capacité de travailler peut avoir des impacts énormes sur les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression. Il se peut que certains individus ne puissent pas se permettre les traitements dont ils ont besoin puisque les coûts sont trop élevés. Le stress que ce problème peut causer peut aussi empirer les conditions concomitantes.

Chaque lieu de travail a sa propre culture. Le type de culture d'un lieu de travail a un effet sur les pratiques de travail quotidiennes et les employés. L'une des participant-es a mentionné une culture au travail plutôt patriarcale où son employeur et les collègues de travail ne comprenaient pas ce qu'elle vivait, dans un contexte où étaient véhiculées des valeurs masculines traditionnelles. Il s'agit d'un facteur de risque, car sans un environnement positif et compréhensif, quelqu'un risque d'avoir plus de difficultés au travail, en particulier quelqu'un qui est déjà aux prises avec des conditions concomitantes. Si quelqu'un a un superviseur qui essaie de soutenir et de comprendre la situation de son employé, des aménagements peuvent être effectués pour faciliter le travail en fonction du type de problèmes que la personne rencontre.

## **5.2. Facteurs de protection**

Après avoir présenté les facteurs de risque, il est aussi important de présenter les facteurs de protection émergeant des données de cette étude. Il est vrai que les participant-es ont éprouvé

plusieurs difficultés en lien avec l'accès aux services, mais nous ne pouvons pas ignorer le fait qu'elles et il avaient accès à plusieurs types de traitements grâce à leurs assurances privées. Trois des quatre participant-es ont essayé des types de traitement alternatif comme la méditation, le massage thérapie, l'ostéopathie et la physiothérapie. Trois des participant-es ont bénéficié de traitements psychologiques ou psychiatriques pour leur dépression et l'un d'eux a reçu des services de counseling et de thérapie cognitivo-comportementale. Un participant n'a pas essayé de traitements alternatifs, mais il a utilisé les services de santé offerts par le gouvernement. Nous voyons bien que, même si nous n'avons pas tous les services spécialisés dont les personnes qui souffrent de certaines conditions ont besoin, nous bénéficions tout de même de services qui sont disponibles. Il serait important d'essayer d'enlever la barrière de coût élevé pour ces services afin que les gens qui n'ont pas accès à des assurances privées puissent aussi y avoir accès.

Comme mentionné ci-dessus, lorsque nous parlons de stigmas sociétaux concernant des conditions invisibles, nous voyons le manque de compréhension de la part des personnes dans l'entourage des personnes qui souffrent de ces conditions et des personnes dans la communauté. Même si plusieurs personnes ne comprennent pas la complexité de ce que vivent ces individus, nous avons vu dans les entretiens que leurs familles et/ou partenaires offrent du soutien en les écoutant et en les aidant à faire les tâches qu'elles ne peuvent plus faire. Ceci nous amène à aborder la question de leur réseau de soutien.

Linteau (2000) définit « le réseau personnel comme l'ensemble des liens autour d'un individu, susceptibles de lui procurer diverses formes d'aide, c'est-à-dire, une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de vie ». Un soutien social positif peut aider à atténuer l'impact néfaste de divers facteurs de stress sur la santé mentale. Les liens sociaux négatifs avec les personnes de l'entourage, en revanche, peuvent aggraver les problèmes de santé mentale (Caron et Guay, 2005, p. 28).

Pour équilibrer et gérer le stress et préserver un sentiment de bien-être, il est essentiel que chacun construise et utilise des systèmes de soutien dans sa vie quotidienne (Johns Hopkins Medicine, n.d.). Les personnes qui font partie des réseaux de soutien des personnes sont leurs familles, leurs amis, leurs voisins, leurs collègues de travail, l'aide professionnelle, ainsi que d'autres relations

sociales telles que les gens que nous côtoyons dans notre vie comme lors de nos loisirs, lors de participations communautaires, etc.

Les participant-es ne se sont pas isolé-es complètement socialement : quelques-unes ont arrêté de travailler et elles devaient arrêter de faire les activités récréatives qu'elles pratiquaient avant, elles ont toutes un réseau de soutien, aussi restreint soit-il. L'une des participant-es a mentionné avoir un partenaire qui lui offre du soutien et quelques amis, mais elle a rapporté ne pas avoir de famille ou d'autres systèmes de soutien. Un participant a déclaré qu'il a une bonne relation avec sa famille, mais qu'il s'est isolé socialement de ses amis. Les deux autres participant-es bénéficient d'un réseau de soutien affectif de la part de leur mari, leurs enfants et leurs parents. Elles ont toutes de l'aide professionnel aussi. Nous voyons que les participant-es disposent d'un réseau de soutien affectif et matériel.

Par ailleurs, avoir un emploi stable constitue un facteur de protection significatif. Deux des participant-es avaient un emploi stable lors des entretiens. Le soutien au travail est aussi important pour le bien-être des individus. L'une des participant-es avait le soutien et l'aide de son superviseur lorsqu'elle est retournée au travail, même si elle a éventuellement dû arrêter de travailler.

Selon l'ACSM (2022b), notre bien-être physique et émotionnel est favorisé par un logement adéquat, convenable et abordable. Il améliore le sommeil et l'alimentation tout en augmentant la sécurité personnelle et en réduisant le stress. Tous ces éléments contribuent à l'amélioration du bien-être mental. Deux des quatre participant-es ont dû changer leur lieu de domicile en raison de leur condition, mais elles ont toutes un hébergement. Elles ont toutes un endroit où elles peuvent se sentir en sécurité.

**Schéma 3**                      **Tableau de facteurs de risques et facteurs de protections**

<b>Facteurs de risques</b>	<b>Facteurs de protections</b>
Manque de services	Accès à des services de qualité
Stigmas sociétaux	Empathie et compréhension
Faiblesses du réseau de soutien	Réseau de soutien social
Situation socioéconomique précaire	Emploi stable
Culture négative au travail	Soutien au travail
Hébergement instable	Hébergement stable

### 5.3. Qualité de vie

La qualité de vie est un aspect important qui est ressorti de cette étude. La qualité de vie est un concept large et englobe plusieurs dimensions de la vie d'une personne. « L'Organisation mondiale de la santé définit la qualité de vie comme la perception qu'un individu a de sa position dans sa vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs dans lesquels il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations » (Ustjanauskas et Malcarne, 2021, p. 149 – traduction libre). Leur définition inclut « la santé physique des personnes, leur état psychologique, leurs croyances personnelles, leurs relations sociales et leur relation avec les caractéristiques saillantes de leur environnement » que nous avons explorés lors des entretiens avec les participant-es (Ustjanauskas et Malcarne, 2021, p. 149 – traduction libre).

La qualité de vie liée à la santé est une sous-construction de la qualité de vie présentée ci-dessus et se concentre sur la santé qui comprend « l'impact de la santé, de la maladie et du traitement sur la qualité de vie » (Ustjanauskas et Malcarne, 2021, p. 149 – traduction libre). Pour entrer plus dans les détails, la qualité de vie liée à la santé comprend les perceptions qu'une personne entretient concernant les domaines physique, psychologique, social et tout autre domaine lié à la santé « ainsi que le fonctionnement réel des individus et les évaluations objectives dans le contexte de ces domaines » (Ustjanauskas et Malcarne, 2021, p. 149-150 – traduction libre). Cela peut également inclure la valeur que quelqu'un attribue à son état de santé particulier dans certaines situations, par exemple « la valeur attribuée à la durée de vie telle que modifiée par les déficiences, les états fonctionnels, les perceptions et les opportunités sociales qui sont influencés par la maladie, les blessures et traitement » (Ustjanauskas et Malcarne, 2021, p. 150 – traduction libre).

Nous avons vu tout au long de cette étude que la vie des participant-es a considérablement changé depuis le début du développement de leurs conditions. Elles et il ont discuté de leurs problèmes physiques par rapport à leur douleur chronique, leurs situations psychologiques par rapport à la dépression et leur situation sociale depuis qu'elles et il souffrent de ces conditions. Nous avons observé des changements dans leurs comportements sociaux, des changements dans les relations et les rôles au sein des familles, des capacités à accomplir certaines tâches et à faire des activités qu'elles et il aimaient auparavant. Certains des participant-es ont dû arrêter de travailler, tandis que d'autres ont vu leur emploi affecté par leurs conditions, mais sont toujours capables de

travailler. Nous avons aussi remarqué des changements dans leurs attentes de vie et celles-ci ont amené des attitudes négatives au sujet de leur avenir. Une participante a même dit qu'elle n'avait plus de rêves et d'espoir pour le futur et une autre s'ennuyait ce qu'elle pouvait faire avant l'incident qui a causé sa douleur chronique. La qualité de vie est importante à considérer puisque nous pouvons voir si les services que les personnes atteintes de douleur chronique et de dépression utilisent améliorent ou non leur qualité de vie et si elles ont besoin accès à différents types de traitements. En considérant la qualité de vie, nous voyons les individus dans leur environnement et nous pouvons observer jusqu'à quel point leurs vies sont affectées par leurs conditions.

#### **5.4. Recommandations**

Les participant-es ont discuté de plusieurs impacts que la dépression et la douleur chronique ont sur les différents niveaux de leur système environnementaux ainsi que leurs expériences personnelles par rapport à ces conditions concomitantes. Avec l'analyse des thèmes émergeant des entretiens avec les participant-es, nous pouvons faire ressortir des facteurs de risques et de protection dans la vie de ces individus.

Chose certaine, nous avons besoin d'une gamme de services plus complets, disponibles et accessibles à Timmins. Les gens qui vivent à Timmins ont aussi besoin de plus de soutien de la part des professionnelles qui peuvent leur venir en aide avec leur double diagnostic. Le gouvernement de l'Ontario (2022) a une liste de cliniques pour la douleur chronique dans différentes régions de la province, mais il n'y en a pas à Timmins. Nous devons non seulement rendre ces services plus accessibles dans notre région, mais également réduire les temps d'attente, offrir davantage de services financés par le gouvernement et une meilleure couverture des services communautaires afin que les gens ne soient pas confrontés à des difficultés financières lorsqu'ils cherchent de l'aide pour leurs problèmes de santé mentale ou de douleur chronique.

Bien que les participant-es à cette étude n'aient pas été gravement touchés sur le plan économique, de nombreux Canadiens et Ontariens le sont. De meilleurs programmes de soutien sont nécessaires pour aider ceux qui rencontrent des difficultés économiques en raison des limites engendrées par leurs conditions. Il est aussi important que les professionnelles qui offrent les services à ces

individus, c'est-à-dire les professionnelles de santé, des services psychologiques et de service social, comprennent les complexités des conditions et ce dont les individus auront besoin comme traitement efficace.

Les participant-es ont également mentionné le besoin d'équipes multidisciplinaires pour pouvoir mieux traiter leurs conditions. Cela permettrait à des professionnelles possédant différentes expertises de travailler ensemble pour que la personne dans son ensemble soit en mesure de fournir les meilleurs soins et/ou résultats à son patient ou client. « Un meilleur accès aux services de santé mentale en dehors du service des urgences profiterait non seulement aux personnes souffrant de troubles mentaux, mais aussi au système de santé dans son ensemble » (Moroz, Moroz et D'Angelo, 2020, p. 282 – traduction libre). La télémédecine joue un rôle important pour que plus de personnes puissent avoir accès aux services dont elles ont besoin, bien que tout le monde ne dispose pas de la technologie pour pouvoir accéder à la télémédecine (ACSM, 2022 c).

Des recherches sur les meilleurs types de traitements psychosociaux qui pourraient aider les gens atteints de douleur chronique et de dépression s'avéreraient aussi importantes et s'ajouteraient à l'information dont les professionnelles et le gouvernement ont besoin pour pouvoir offrir de meilleurs services. Des interventions sociales comme des groupes de soutien et de la thérapie familiale ainsi que des programmes de douleur chronique et de dépression précis qui se concentrent sur leurs forces, et des outils d'adaptations aideraient les personnes souffrantes de ces conditions concomitantes. Des programmes de soutien pour les proches des individus pourraient aussi aider ces personnes à mieux comprendre ce qui se passe avec la personne qui souffre de douleur chronique et de dépression, offrir un soutien pour eux et les aider à savoir comment constituer un réseau de soutien positif pour leur proche.

En dernier lieu, nous devons nous efforcer de mettre fin à la stigmatisation liée aux conditions invisibles, c'est-à-dire la douleur chronique et la dépression ou la maladie mentale en général. Nous pouvons prendre certaines mesures pour y arriver et une de ces mesures peut être d'éduquer les gens dans la communauté au sujet de ces conditions et comment ils peuvent soutenir les personnes qui souffrent de ces conditions. Les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression peuvent aussi essayer de dénoncer la stigmatisation, de raconter leurs histoires pour

que les gens comprennent, essayer de ne pas s'isoler et peut-être intégrer un groupe de soutien. Notre société entretient certaines valeurs négatives comme certains préjugés et un manque d'empathie que nous avons un devoir de contrer. Les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression devraient se sentir confortables dans leur communauté et devraient avoir accès aux services dont elles et ils ont besoin pour atteindre la meilleure qualité de vie possible.

## CONCLUSION

Cette étude visait à explorer les expériences d'individus qui souffrent simultanément de dépression et de douleur chronique en analysant l'influence des systèmes sur leur vie quotidienne à Timmins (Ontario) où peu de services sont disponibles pour les appuyer. Nous avons exploré comment la dépression et la douleur chronique concomitante exercent une influence sur la vie quotidienne des participant-es et quels sont les principaux défis auxquels elles et il sont confrontés. Cette étude a donné une voix aux participant-es qui souffrent de douleur chronique et de dépression pour qu'elles et il puissent expliquer les impacts de leurs conditions dans différents aspects de leur vie, ainsi que leur expérience dans les services.

La douleur chronique et la dépression sont deux conditions complexes qui ont des impacts sur divers systèmes qui interagissent dans leur vie. Elles sont toutes deux invisibles et engendrent de la stigmatisation. Une recension des écrits ainsi que des entretiens semi-dirigés auprès de quatre personnes atteintes de douleur chronique et de dépression à Timmins ont permis de porter un regard sur leur expérience de vie avec ces conditions. Avec l'approche écologique, cette étude a pu explorer les divers aspects de l'environnement de chaque participant-e. Sur la base de l'analyse qualitative en utilisant l'approche écologique, on peut conclure que les facteurs de risque créent des barrières, voire empirent leur situation par moment, et que les facteurs de protection facilitent leur vie. Les principaux facteurs de risque ayant émergé de cette étude sont : le manque de services, une faiblesse du réseau de soutien, une situation socioéconomique précaire, une culture négative au travail et un hébergement instable. Cette étude a également mis en lumière un certain nombre de facteurs de protection : l'accès à des services de qualité, l'empathie et la compréhension de la part des personnes qui entourent les individus atteints de douleur chronique et dépression, un réseau de soutien, un emploi stable, du soutien au travail et un hébergement stable.

Le système de santé au Canada et plus particulièrement en Ontario se concentre sur la prévention de la maladie ainsi que sur certains services médicaux et d'urgence de base. Le ministère de la Santé de l'Ontario offre certains programmes tels que l'assurance maladie, les médicaments, les appareils fonctionnels, les soins psychiatriques, les soins à domicile ainsi que la santé communautaire et publique (Santé Canada, 2018, p. 93). Certains de ces programmes ont des critères spécifiques que les personnes doivent remplir pour être éligibles. Or, cette étude a permis de constater qu'il existe plusieurs barrières dans l'accès à certains services pour les personnes vivant à Timmins, comme un manque de services spécifiques pour les conditions concomitantes, de longues listes d'attentes, l'obligation de voyager pour accéder à certains services ainsi que le coût élevé de certains traitements. Nous avons aussi vu le stigma auquel sont confrontées les personnes qui souffrent de douleur chronique et de dépression dans notre société. Ceci démontre un manque de compréhension et d'empathie à l'endroit des personnes souffrant de conditions « invisibles », ainsi que la persistance de certains préjugés sociétaux.

En donnant une voix à quelques personnes atteintes de douleur chronique et de dépression et en expliquant comment leurs conditions sont complexes et affectent leur vie de diverses manières, cette étude offre certaines pistes en matière d'éducation – non seulement des professionnelles qui traitent les personnes atteintes de ces conditions concomitantes, mais aussi la population générale. Cette étude peut aider à faire connaître le besoin de services plus accessibles pour les habitants de Timmins ainsi que le besoin d'équipes multidisciplinaires pour aider les personnes souffrant de douleur chronique et de dépression. Elle peut également aider les gens à comprendre les expériences de ces individus dans l'espoir que des connaissances sur le sujet réduiront la stigmatisation, les préjugés et les inégalités auxquels ils sont confrontés dans la société.

Cette étude n'avait pas comme objectif de détailler les formes spécifiques de traitement qui seraient bénéfiques pour les personnes souffrant de douleur chronique et de dépression, mais de comprendre comment les traitements doivent prendre en considération les impacts de leurs conditions et des effets de celles-ci sur leur environnement et leur qualité de vie. Cette étude offre ainsi des pistes intéressantes pour mieux comprendre la réalité de personnes souffrant de douleur chronique et de dépression vivant en communauté rurale avec un accès limité aux services, mais d'autres études seront nécessaires pour mieux cerner leurs réalités spécifiques et leurs besoins.



Enfin, ce projet de maîtrise a mis en évidence les liens entre la douleur chronique, la dépression et l'environnement des individus qui souffrent de ces conditions. Il serait donc pertinent que les professionnelles se penchent sur les traitements qui intègrent ces éléments et que des programmes soient développés afin de rehausser la qualité de vie de ces individus à long terme. Idéalement, des projets de recherche de plus grande envergure qui se pencheraient sur des programmes et des traitements visant à soulager ces individus et les appuyer à long terme seraient nécessaires. Enfin, il serait important d'en savoir davantage sur l'expérience des personnes qui vivent avec la douleur chronique et la dépression dans d'autres régions de l'Ontario et même du Canada pour voir s'ils ont des expériences similaires ou non. Entretemps, cette étude offre des pistes d'intervention intéressantes qui, on l'espère, vont contribuer à réduire les stigmas sociaux et à sensibiliser les professionnelles à la réalité des individus vivant avec la douleur chronique et la dépression.

## BIBLIOGRAPHIE

ALTILIO, Terry (2007). « Pain Management – Speaking to Social Work », *Social Work Today*, Vol. 7 No. 6, p. 44 <https://www.socialworktoday.com/archive/novdec2007p44.shtml>

AMERICAN ASSOCIATION OF MARRIAGE AND FAMILY THERAPY (AAMFT) (n.d.), Depression, réf. le 8 janvier 2021, [https://www.aamft.org/Consumer\\_Updates/Depression.aspx](https://www.aamft.org/Consumer_Updates/Depression.aspx)

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE (ACSM) (2022a), *Addressing Stigma*, réf. Du 18 avril 2022, <https://www.camh.ca/en/driving-change/addressing-stigma>

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE (ACSM) (2022b), *Housing and Mental Health*, réf. du 18 mai 2022, <https://ontario.cmha.ca/documents/housing-and-mental-health/>

ASSOCIATION CANADIENNE DE SANTÉ MENTALE (ACSM) (2022c), *Rural and Northern Community Issues in Mental Health*, réf. Du 18 avril 2022, <https://ontario.cmha.ca/documents/rural-and-northern-community-issues-in-mental-health/>

ASSOCIATION CANADIENNE DE TRAVAILLEUSES ET TRAVAILLEURS SOCIAUX (ACTS) (n.d.), *The Role of Social Work in Mental Health*, réf. du 13 octobre 2016, <http://www.casw-acts.ca/en/role-social-work-mental-health>

ASSOCIATION QUÉBÉCOISE DE LA DOULEUR CHRONIQUE (2009). « Zoom sur la douleur chronique », p. 1-31.

BAIR, Matthew J., Rebecca L. ROBINSON, Wayne KATON et Kurt KROENKE (2003). « Depression and Pain Comorbidity », *Archives of Internal Medicine*, Vol. 163, No 20, p. 2433-2445.

BARTHA, Christina et al. (2013). *Depression An information Guide*, Canada: CAMH

BENAS, Nick et Michele HART (2017). *Mental Health Emergencies*, États-Unis: Haterleigh

BOUCHARD, Camil (1987). « Intervenir à partir de l'approche écologique: au centre, l'intervenante », *Service Social*, Vol. 36, No 2 et 3, p. 454-477.

BOULANGER et Collab. (2007). « Chronic pain in Canada: Have we improved our

- management of chronic noncancer pain? ». *Pain Research & Management: The Journal of The Canadian Pain Society*, Vol. 12, No 1, p. 39-47.
- BOYCE, William (2008). *Healthy settings for young people in Canada – Socio-economic conditions*. Réf. du 18 mai 2022, [Healthy settings for young people in Canada – Socio-economic conditions - Canada.ca](https://www.healthycanada.ca/healthy-settings-for-young-people-in-canada-socio-economic-conditions)
- Encyclopaedia Britannica (2018) *Timmins*, réf. du 13 avril 2021, <https://www.britannica.com/print/article/596283>
- BRONFENBRENNER, U. (1994). « Ecological models of human development ». *International Encyclopedia of Education*, Vol. 3, 2e édition, p. 1643-1647.
- BUREAU DE SANTÉ PORCUPINE (2014). *Community Health Status Report 2014*, Timmins : Bureau de santé Porcupine
- BURNS, John W. (2006). « The Role of Attentional Strategies in Moderating Links Between Acute Pain Induction and Subsequent Psychological Stress: Evidence for Symptom-Specific Reactivity Among Patients With Chronic Pain Versus Healthy Nonpatients » *Emotion*, Vol. 6, No 2, p. 180-192).
- CARON, Jean et Stéphane GUAY (2005) « Soutien social et santé mentale : concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens », *Le soutien social*, Vol. 30, No 2, p. 15-41.
- CITY OF TIMMINS ADMINISTRATION AND STAFF et Collab. (2012). *Community Vision and Strategic Plan: Final Report*, Timmins Economic Development Corporation.
- CLARK, Micheal R. et Steven A. GALATI (2015). *Guide to Chronic Pain Assessment Tools*, réf. du 30 juillet 2020, <https://www.practicalpainmanagement.com/resources/diagnostic-tests/guide-chronic-pain-assessment-tools>
- CLARK, M.R. et G.J. TREISMAN (2004). *Pain and Depression: An Interdisciplinary Patient-Centered Approach*, Basel (Switzerland): Karger.
- COSIO, David et Amy DEMYAN (2021). « Behavioral Medicine: How Clinicians Can Reduce the Stigma Attached to Chronic Pain », *Practical Pain Management*, Volume 21, Issue 1, <https://www.practicalpainmanagement.com/treatments/psychological/behavioral-medicine-how-clinicians-can-reduce-stigma-attached-chronic-pain>
- DICICCO-BLOOM, Barbara et Benjamin CRABTREE (2006). « The qualitative research interview », *Medical Education*, Vol. 40, No 4, p. 314-321.
- DIONNE, Frédérick (2014) *Libérez-vous de la douleur par la méditation et l'ACT*, Paris : Éditions Payot & Rivage

- DWORKIN, Robert H. et Michael J. GITLIN (1991). « Clinical Aspects of Depression in Chronic Pain Patients », *The Clinical Journal of Pain*, Vol 7, No 2, p. 79-94.
- EHDE, Dawn M., Tiara M. DILLWORTH et Judith A. TURNER (2014). « Cognitive-Behavioral Therapy for Individuals With Chronic Pain : Efficacy, Innovations and Directions for Research », *American Psychological Association*, Vol. 69, No 2, p. 153-166.
- FORTIN, Marie-Fabienne et Johanne GAGNON (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*, 3<sup>e</sup> édition, Montréal : Chenelière Éducation Inc.
- FRIEDMAN, Edward S. et Ian M. ANDERSON (2014) *Handbook of Depression*, Second Edition, Great Britain: Springer Healthcare.
- GOLDNER, Elliot M., Emily JENKINS et Dan BILSKER (2011). *A Concise Introduction to Mental Health in Canada*, Second Edition, Canadian Scholar's Press Toronto, Toronto, Ontario.
- GOTLIB, Ian H. et Constance L. HAMMEN (2014) *Handbook of Depression*, United-States: The Guilford Press.
- GOUVERNEMENT DE L'ONTARIO (2022). Chronic Pain Clinics, réf. du 18 avril 2022, <https://www.ontario.ca/page/government-ontario>
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2022). Isolement social des aînés – Volume 1 : Comprendre l'enjeu et trouver des solutions, réf. du 4 juin 2022, <https://www.canada.ca/en/employment-social-development/corporate/partners/seniors-forum/social-isolation-toolkit-vol1.html>
- GOUVERNEMENT DU CANADA (2015). Risk and protective factors, réf. du 26 janvier 2021, <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/cntrng-crm/crm-prvntn/fndng-prgrms/rsk-fctrs-en.aspx>
- GRADY, K.M., A.M. SEVERN et P.R. ELDRIDGE (2002) *Key Topics in Chronic Pain*, Oxford, United-Kingdom: BIOS Scientific Publishers Ltd.
- HEALY, Karen (2014). *Social Work Theories in Context*, Second Edition, Palgrave Macmillan.
- HOLMES, Alex, Nicholas CHRISTERLIS et Carolyn ARNOLD (2012). « Depression and chronic pain ». *Clinical Focus*, 1 Suppl 4, p. 17-20.
- JOHNS HOPKING MEDICINE (2022), *Social Support Systems*, réf. du 18 mai 2022, [https://www.hopkinsmedicine.org/about/community\\_health/johns-hopkins-bayview/services/called\\_to\\_care/social\\_support\\_systems.html](https://www.hopkinsmedicine.org/about/community_health/johns-hopkins-bayview/services/called_to_care/social_support_systems.html)

- LA SOCIÉTÉ POUR LES TROUBLES DE L'HUMEUR DU CANADA (2010), *Depression*, La société pour les trouble de l'humeur du Canada.
- L'ÉCUYER, René (1987). « L'analyse de contenu : notion et étapes », dans Jean-Pierre Deslauriers (dir.), *Les méthodes de la recherche qualitative*, p. 49-65.
- LEFORT, Sandra M. et Collab. (2015). *Living a Healthy Life with Chronic Pain*, États-Unis: Bull Publishing Company
- LINTEAU, Marie-Andrée (2000). *Le réseau personnel de soutien : un filet de sécurité*, réf. du 18 mai 2022, <http://cscp.umontreal.ca/ConsultationPsychologique/documents/v12n2-2.pdf>
- LYNCH, Mary E. (2011). « The need for a Canadian Pain Strategy », *Canadian Pain Society*, Vol. 16, No 2 March/April 2011, p. 77-80
- MARANO, Hara Estroff (2002). *Depression: A Family Matter*, réf. du 8 janvier 2021, <https://www.psychologytoday.com/articles/200203/depression-family-matter>
- MAYER et collab. (2000), *Méthodes de recherche en intervention sociale*, Europe : Gaëtan morin éditeur.
- MCCAFFREY, Ruth, Terri L. FROCK et Heidi GARGUILO (2003) « Understanding Chronique Pain and the Mind-Body Connection », *Holistic nursing practice*, Vol. 17, No 6, p. 281-288.
- MCCRACKEN, Lance M., Kevin E. VOWLES (2014). « Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness for Chronic Pain », *American Psychological Association*, Vol. 69, No 2, 2014, p. 178-187.
- MILLER, Michael Craig et Collab. (2008). *Understanding Depression*, Boston: Harvard Health Publication.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SOINS DE LONGUE DURÉE. Rural and Northern Healthcare Report, réf. du 8 mai 2017, [http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/exec\\_summary\\_rural\\_northern\\_EN.pdf](http://www.health.gov.on.ca/en/public/programs/ruralnorthern/docs/exec_summary_rural_northern_EN.pdf)
- MOHR, D.C., C CLASSEN et M. BARRERA (2004). « The relationship between social support, depression and treatment for depression in people with multiple sclerosis », *Psychological Medicine*, Vol. 34, No 3, p. 533-541.
- MONGEAU, Pierre. (2009). *Réaliser son mémoire ou sa thèse. Côté jeans et côté tenue de soirée*. Québec, Presses de l'Université du Québec.
- MOROZ, Nicholas, Isabella MOROZ et Monika Slovynec D'ANGELO (2020). « Mental Health

- Services in Canada: Barriers and cost-effective solutions to increase access », *Healthcare Management Forum*, Vol. 33 No 6, p. 282-287
- NAGY, Jenette et Stephen B. FAWCETT (n.d.). *Understanding Risk and Protective Factors : Their Use in Selecting Potential Targets and Promising Strategies for Intervention*, réf. fu 25 février 2021, <https://ctb.ku.edu/en/table-of-contents/analyze/choose-and-adapt-community-interventions/risk-and-protective-factors/main>
- NORTHERN POLICY INSTITUTE (2020). Northern Ontario's State of Mental Health and Why, réf. du 20 août 2021, <https://www.northernpolicy.ca/northern-ontario-mental-health>
- PGF Consultats (2016). *Examen des services de soins primaires destinés aux francophones de Timmins*, Ottawa, Ontario : PGF Consultants Inc.
- RAUTIAINEN, Eija-Liisa et Jukka AALTONEN (2010). « Depression: The Differing Narrative of Couples in Couple Therapy », *The Qualitative Report*, Vol. 15, No 1, p. 156-175.
- REGEHR, Cheryl et Graham GLANCY (2010) *Mental Health Social Work Practice in Canada*, Canada: Oxford University Press.
- RENTSCH, D. et Collab. (2009). « Douleur chroniques et dépression : un aller-retour? », *Revue Médical Suisse*, Vol. 5, p. 1364-1369.
- ROY, Ranjan (1981). « Social Work and Chronic Pain », *National Association of Social Workers*, p. 54-62.
- RYAN, Frances, Micheal COUGHLAN et Patricia CRONIN (2009). « Interviewing in qualitative research : The one-to-one interview », *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, Vol 16, No 6, p. 309-314.
- SANTÉ CANADA (2021a). « Un plan d'action pour la douleur au Canada », *Sa Majesté la Reine du chef du Canada, representee par le minister de la Santé*.
- SANTÉ CANADA (2018). « Loi canadienne sur la santé : Rapport Annuel », *Sa Majesté la Reine du chef du Canada, representee par le minister de la Santé*.
- SANTÉ CANADA (2021b). « Loi canadienne sur la santé : Rapport Annuel », *Sa Majesté la Reine du chef du Canada, representee par le minister de la Santé*.
- SANTÉ PUBLIQUE ONTARIO (n.d.) *Depression*, réf. du 20 août 2021, <https://www.publichealthontario.ca/en/diseases-and-conditions/mental-illness-substance-use/depression>
- SMITH, Kathleen (2021). *Chronic Pain and Depression*, réf. du 20 août 2021, <https://www.psycom.net/depression.central.chronic.pain.html>

- STATISTIQUE CANADA (2015). *Douleurs ou malaises empêchant des activités*, réf. du 24 septembre 2016, <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-229-x/2009001/status/pdl-fra.htm>
- STEGER, Michael F. et Todd B. KASHDAN (2009). « Depression and Everyday Social Activity, Belonging, and Well-being », *Journal of Counseling Psychology*, Vol. 56, no. 2, p. 289-300.
- TEATER, Martha et Don TEATER (2017). *Treating Chronic Pain: Pill-Free Approaches to Move People From Hurt to Hope*, États-Unis: PESI Publishing & Media
- TIMMINS ECONOMIC DEVELOPMENT CORPORATION (2016), *New to Timmins Guide*.
- THOMPSON, Valerie (2016). *Health and Health Care Delivery in Canada: Second Edition*, Elsevier Canada
- TOURISM TIMMINS (n.d.) *Our Heritage*, réf. du 3 septembre 2018, <http://www.tourismtimmins.com/discover-timmins/our-heritage/>
- TRAFFORD, Lauren et Gregory MATTIA (2021). “*Psychology Works*” *Fact Sheet: Chronic Pain*, réf. du 20 août 2021, <https://cpa.ca/psychology-works-fact-sheet-chronic-pain/>
- TRUSCHEL, Jessica (2020). *Depression Definition and DSM-5 Diagnostic Criteria*, Réf du 20 Août 2021, <https://www.psycom.net/depression-definition-dsm-5-diagnostic-criteria/>
- UNIVERSITÉ LAURENTIENNE (2014). *Formulaire pour l'évaluation déontologique de la recherche qui fait appel à des sujets humains*, p. 1-13.
- USTJANAUSKAS, Amy E. et Vanessa L. MALCARNE (2021). « Health-Related Quality of Life », dans Suzy Bird Gulliver et Lee M. Cohen (dirs.), *The Wiley Encyclopedia of Health Psychology : Volume 4 Special Issues In Health Psychology*, USA, John Wiley & Sons Ltd., p. 149-154.
- VAISMORADI, Mojtaba et Collab. (2016) « Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis », *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 6. No.5, p. 100-110.
- WILSON, Micheal G. et John N. LAVIS (2022) *Issue Brief: Engaging Health System Decision-Makers in Supporting Comprehensive chronic Pain Management in Provincial and Territorial Healthcare Systems in Canada*. Hamilton, Ontario: McMaster Health Forum
- VAN DE SANDE, Adje, Michel-André BEAUVOLSK et Gilles RENAULT. (2011) *Le travail social : théories et pratiques*, 2e édition, Gaëtan Morin Éditeur, Québec, Canada.

**ANNEXE A**  
**AFFICHE DE RECRUTEMENT**  
**(FRANÇAIS ET ANGLAIS)**







School of Social Work  
 École de service social  
 Tel/Tel.: 705-673-6560  
 Fax/Télé.: 705-671-3832

### **Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections**

#### **But de la recherche :**

Cette recherche a pour objectif de comprendre comment la dépression et la douleur chronique ont un impact sur la vie quotidienne des individus qui souffrent simultanément de ces deux conditions à Timmins. Ce projet constitue une occasion pour celles et ceux qui souffrent de ces affections de discuter de leurs expériences sans jugement par l'entremise d'entrevues individuelles semi-dirigées. Ce projet permettra ultimement de sensibiliser les professionnels de différents domaines à l'importance de considérer l'environnement lors d'interventions auprès de ces individus.

#### **Participation :**

Les personnes intéressées seront rencontrées pour une entrevue d'une durée variant entre 90 et 120 minutes. Ces entretiens se dérouleront à l'université de Hearst à Timmins durant les heures de travail. Il est possible que certaines questions puissent susciter de l'inconfort; une liste de ressource sera offerte aux participants.

#### **Critères de sélection:**

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Avoir été diagnostiqué avec de la douleur chronique par un professionnel du domaine de santé, depuis au moins 2 ans ;
- La douleur chronique doit être présente au moins 3 jours par semaine ;
- Avoir un diagnostic de dépression depuis au moins 6 mois.

\* Votre identité demeure confidentielle et vous pouvez vous retirer du projet à tout moment sans aucune préjudice ou conséquence. \*

#### **Pour plus d'information ou pour exprimer votre intérêt à participer à la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse du projet:**

Amanda Bates  
 Étudiante à la maîtrise en service social  
 Courriel : [am\\_bates@laurentian.ca](mailto:am_bates@laurentian.ca)  
 705-221-8064

#### **Superviseures :**

Isabelle Côté : [icote2@laurentian.ca](mailto:icote2@laurentian.ca), 705-675-1151 poste 5048, Sans-frais : 1-800-461-4030 poste 5048  
 Shelley Watson : [swatson@laurentienne.ca](mailto:swatson@laurentienne.ca), 705-675-1151 poste 4223, Sans-frais : 1-800-461-4030 poste 4223  
 Carmel Girouard : [carmel@cgcounseling.com](mailto:carmel@cgcounseling.com), 705-665-6277

Les participant-es peuvent contacter une ressource officielle qui ne fait pas partie de l'équipe de recherche et qui peut prendre en considération toute question ou préoccupation exprimée par les participant-es relativement aux aspects déontologiques de la recherche

**Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 postes 3681 ou 2436 ou sans frais : 1800-461-4030 ou par courriel [ethics@laurentian.ca](mailto:ethics@laurentian.ca).**



School of Social Work  
 École de service social  
 Tel/Tel.: 705-673-6560  
 Fax/Télé.: 705-671-3832

### **Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections**

#### **But de la recherche :**

Cette recherche a pour objectif de comprendre comment la dépression et la douleur chronique ont un impact sur la vie quotidienne des individus qui souffrent simultanément de ces deux conditions à Timmins. Ce projet constitue une occasion pour celles et ceux qui souffrent de ces affections de discuter de leurs expériences sans jugement par l'entremise d'entrevues individuelles semi-dirigées. Ce projet permettra ultimement de sensibiliser les professionnels de différents domaines à l'importance de considérer l'environnement lors d'interventions auprès de ces individus.

#### **Participation :**

Les personnes intéressées seront rencontrées pour une entrevue d'une durée variant entre 90 et 120 minutes. Ces entretiens se dérouleront à l'université de Hearst à Timmins durant les heures de travail. Il est possible que certaines questions puissent susciter de l'inconfort; une liste de ressource sera offerte aux participants.

#### **Critères de sélection:**

- Être âgé de 18 ans ou plus ;
- Avoir été diagnostiqué avec de la douleur chronique par un professionnel du domaine de santé, depuis au moins 2 ans ;
- La douleur chronique doit être présente au moins 3 jours par semaine ;
- Avoir un diagnostic de dépression depuis au moins 6 mois.

\* Votre identité demeure confidentielle et vous pouvez vous retirer du projet à tout moment sans aucune préjudice ou conséquence. \*

#### **Pour plus d'information ou pour exprimer votre intérêt à participer à la recherche, vous pouvez communiquer avec la chercheuse du projet:**

Amanda Bates  
 Étudiante à la maîtrise en service social  
 Courriel : [am\\_bates@laurentian.ca](mailto:am_bates@laurentian.ca)  
 705-221-8064

#### **Superviseures :**

Isabelle Côté : [icote2@laurentian.ca](mailto:icote2@laurentian.ca), 705-675-1151 poste 5048, Sans-frais : 1-800-461-4030 poste 5048  
 Shelley Watson : [swatson@laurentienne.ca](mailto:swatson@laurentienne.ca), 705-675-1151 poste 4223, Sans-frais : 1-800-461-4030 poste 4223  
 Carmel Girouard : [carmel@cgcounseling.com](mailto:carmel@cgcounseling.com), 705-665-6277

Les participant-es peuvent contacter une ressource officielle qui ne fait pas partie de l'équipe de recherche et qui peut prendre en considération toute question ou préoccupation exprimée par les participant-es relativement aux aspects déontologiques de la recherche

**Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne, téléphone : 705-675-1151 postes 3681 ou 2436 ou sans frais : 1800-461-4030 ou par courriel [ethics@laurentian.ca](mailto:ethics@laurentian.ca).**

**ANNEXE B**  
**GUIDE D'ENTRETIEN**  
**(FRANÇAIS ET ANGLAIS)**

## **Guide d'entretien avec les participant-es**

### **Introduire l'entrevue :**

Merci d'accepter de participer à cette recherche. Mes questions sont divisées en trois grandes sections : nous allons d'abord discuter de la douleur chronique, ensuite de la dépression et finalement de ces deux affections. Sentez-vous à l'aise de refuser de répondre à une question, de demander des précisions ou de prendre une pause au besoin.

### **Section 1 : Douleur chronique**

Nous allons débiter par explorer les aspects qui correspondent à votre douleur chronique pour mieux comprendre vos expériences avec votre affection.

1. Quel type de douleur chronique avez-vous? Pouvez-vous expliquer cette condition?
2. Quand est-ce que votre douleur ou votre condition de douleur chronique a-t-elle commencé?
3. Décrivez quand et comment vous avez été diagnostiqué avec votre condition de douleur chronique.
4. Décrivez la sévérité de votre douleur.
5. Quels sont vos symptômes de douleur chronique?
  - Physique
  - Psychologique
  - Comportemental
6. Pouvez-vous me parler des conséquences de la douleur chronique :
  - a) Sur le plan personnel
  - b) Sur le plan conjugal et familial
  - c) Sur le plan professionnel
  - d) Sur le plan social
  - e) Sur le plan économique
7. Quels traitements ont été utilisés pour aider votre douleur chronique ?
  - Médicale (Médicaments, crèmes topiques, chirurgie, etc.)
  - Thérapies alternatives (méditation, massage, yoga, etc.)
  - Thérapies cognitives et comportementales (thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, pleine conscience).
  - Autres
8. Que pensez-vous des différents traitements que vous avez reçus et des services que vous avez utilisés?
  - Médicale (Médicaments, crèmes topiques, chirurgie, etc.)
  - Thérapies alternatives (méditation, massage, yoga, etc.)
  - Thérapies cognitives et comportementales (thérapie cognitivo-comportementale, la thérapie de l'acceptation et de l'engagement, pleine conscience).

- Autres

## Section 2 : Dépression

Nous sommes maintenant rendus à la seconde partie de l'entrevue. Nous allons maintenant aborder les divers aspects de la dépression pour que je puisse mieux comprendre vos expériences face à ceci.

1. Quand est-ce que vos symptômes de dépression ont-ils commencé?
2. Décrivez quand et comment avez-vous été diagnostiqué avec de la dépression?
3. Quels sont vos symptômes de dépression dont vous êtes atteintes?
  - Physiques
  - Psychologiques
  - Comportementaux
4. Pouvez-vous me parler des impacts de la dépression :
  - a) Sur le plan personnel
  - b) Sur le plan conjugal familial
  - c) Sur le plan professionnel
  - d) Sur le plan social
  - e) Sur le plan économique
5. Quels traitements ont été utilisés pour aider la dépression?
  - Médicaments (antidépresseurs et tranquillisants, stabilisateurs de l'humeur)
  - Psychothérapie
  - Thérapie cognitivo-comportementale
  - Thérapie interpersonnelle
  - Counselling
  - Le soutien par les pairs
  - Traitement psychiatrique
  - Électroconvulsive
  - Thérapies alternatives (l'acupuncture, yoga, la méditation l'imagerie guidée, la thérapie par massage, la musique et la thérapie artistique, etc.)
  - Autres
6. Que pensez-vous des traitements que vous avez reçus et des services que vous avez utilisés?
  - Médicaments (antidépresseurs et tranquillisants, stabilisateurs de l'humeur)
  - Psychothérapie
  - Thérapie cognitivo-comportementale
  - Thérapie interpersonnelle
  - Counselling
  - Le soutien par les pairs
  - Traitement psychiatrique

- Électroconvulsive
- Thérapies alternatives (l'acupuncture, yoga, la méditation l'imagerie guidée, la thérapie par massage, la musique et la thérapie artistique, etc.)
- Autres

### **Section 3 : Douleur chronique et dépression**

Nous sommes rendus à la troisième et dernière partie de l'entrevue. Dans cette section nous allons aborder le lien entre la douleur chronique, leur impact, les traitements reçus pour les conditions concomitantes, etc.

1. Dans quelle mesure est-ce que ces deux conditions ont un impact (positif ou négatif) sur votre quotidien?
  - a) Sur le plan personnel
  - b) Sur le plan conjugal familial
  - c) Sur le plan professionnel
  - d) Sur le plan social
  - e) Sur le plan économique
2. Est-ce que les circonstances dans votre vie quotidienne ont un impact sur la douleur chronique et la dépression que vous vivez?  
Si oui, comment?  
(info : niveau de douleur, symptômes de dépression, logement ou maison (adaptée ou non), soutien social, etc.)
3. Est-ce que vous avez consulté ou reçu des services pour les deux conditions simultanées?  
Si oui, lesquelles?
4. Comment est-ce que les traitements que vous avez reçus et les services que vous avez utilisés ont pris compte des conditions concomitantes?
5. Quels sont les éléments positifs et négatifs que vous retirez des services que vous avez utilisés pour traiter la douleur chronique et la dépression simultanément?
6. Est-ce que le gouvernement canadien considère vos conditions concomitantes une invalidité?  
Si oui, est-ce que vous recevez des prestations, subventions ou pensions de la part du gouvernement pour votre invalidité?
7. Qu'est-ce qui pourrait être amélioré dans les services sociaux et de santé pour mieux répondre aux besoins des gens qui sont porteurs de ces deux affections?

## Interview Guide with Participants

### Introduce the interview:

Thank you for agreeing to participate in this research. My questions are divided into three main sections: we will first discuss chronic pain, then depression, and finally both. Please feel comfortable refusing to answer a question, ask for clarification or take a break if necessary.

### Section 1: Chronic Pain

We will begin by exploring the aspects that correspond to your chronic pain to better understand your experiences with your condition.

1. What type of chronic pain do you have? Can you explain this condition?
2. When did your pain or condition of chronic pain begin?
3. Describe when and how you were diagnosed with your chronic pain condition.
4. Describe the severity of your pain.
5. What are your symptoms of chronic pain?
  - Physical
  - Psychological
  - Behavioral
6. Can you tell me about the consequences of chronic pain:
  - a) On a personal level
  - b) On a conjugal and familial level
  - c) On a Professional level
  - d) On the social level
  - e) On an economic level
7. What treatments have been used to help your chronic pain?
  - Medical (Medication, topical creams, surgery, etc.)
  - Alternative therapies (meditation, massage, yoga, etc.)
  - Cognitive and behavioral therapies (cognitive-behavioral therapy, therapy of acceptance and commitment, mindfulness).
  - Other
8. What do you think of the different treatments you received and the services you used?
  - Medical (Medication, topical creams, surgery, etc.)
  - Alternative therapies (meditation, massage, yoga, etc.)
  - Cognitive and behavioral therapies (cognitive-behavioral therapy, therapy of acceptance and commitment, mindfulness).
  - Other

### Section 2 : Depression



We are now at the second part of the interview. We will now address the various aspects of depression so that I can better understand your experiences with this.

1. When did your depression symptoms start?
2. Describe when and how you were diagnosed with depression?
3. What are your symptoms of depression that you have?
  - Physical
  - Psychological
  - Behavioral
4. Can you tell me about the impacts of depression:
  - a) On a personal level
  - b) On a conjugal and familial level
  - c) On a Professional level
  - d) On the social level
  - e) On an economic level
5. What treatments have been used to help depression?
  - Medication (antidepressants and tranquilizers, mood stabilizers)
  - Psychotherapy
  - Cognitive behavioral therapy
  - Interpersonal therapy
  - Counseling
  - Peer support
  - Psychiatric treatment
  - Electroconvulsive Therapy
  - Alternative therapies (acupuncture, yoga, meditation guided imagery, massage therapy, music and art therapy, etc.)
  - Other
6. What do you think about the treatments you received and the services you used?
  - Medication (antidepressants and tranquilizers, mood stabilizers)
  - Psychotherapy
  - Cognitive behavioral therapy
  - Interpersonal therapy
  - Counseling
  - Peer support
  - Psychiatric treatment
  - Electroconvulsive Therapy
  - Alternative therapies (acupuncture, yoga, meditation guided imagery, massage therapy, music and art therapy, etc.)
  - Other

### Section 3: Chronic pain and depression

We are now at the third and final part of the interview. In this section we will discuss the relationship between chronic pain, their impact, treatments received for concomitant conditions, and so on.

1. To what extent do these two conditions have an impact (positive or negative) on your daily life?
  - a) On personal plans
  - b) On the family marital plan
  - c) On the professional plan
  - d) On the social plan
  - e) On the economic plan
2. Do the circumstances in your daily life have an impact on the chronic pain and depression that you experience?  
If yes, how?  
(Info: level of pain, symptoms of depression housing or house (adapted or not), social support, etc.)
3. Did you consult or receive services for both concurrent conditions? If so in what manner?
4. How did the treatments you received and the services you used take into account concomitant conditions?
5. What are the positive and negative aspects of the services you used to treat chronic pain and depression at the same time?
6. Does the Canadian government consider your concomitant conditions a disability?  
If yes, do you receive benefits, subsidies or pensions from the government for your disability?
7. What could be improved in health and social services to better meet the needs of people with these two conditions?

**ANNEXE C**  
**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT**  
**(FRANÇAIS ET ANGLAIS)**

## Formulaire de consentement

**Titre de recherche :** Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections

**Chercheuse :** Amanda Bates, Étudiante à la maîtrise en service social, École de service social, Université Laurentienne

**Directrices de recherche :**

Isabelle Côté, professeure adjointe, École de service social, Université Laurentienne

Shelley Watson, professeure agrégée, Département de psychologie, Université Laurentienne

Carmel Girouard, M.S.W., R.S.W., C G Counselling

### A) RENSEIGNEMENTS POUR LES PARTICIPANT-ES

#### 1. Objectifs de la recherche

Cette recherche a pour objectif de comprendre comment la dépression et la douleur chronique ont un impact sur la vie quotidienne d'individus qui souffrent de ces deux conditions à Timmins.

#### 2. Participation à la recherche

Si ce projet vous intéresse, vous serez rencontré pour une entrevue d'une durée variant entre 90 à 120 minutes. Nous aborderons certains thèmes en lien avec la douleur chronique et la dépression ainsi que l'impact que celles-ci ont sur votre environnement. Les entrevues seront à l'université de Hearst à Timmins durant les heures de travail. Il est à noter qu'aucun diagnostic médical ne sera fourni et aucune opinion ne sera formulée sur les soins médicaux actuels.

#### 3. Confidentialité

Les renseignements que vous me donnerez demeurent confidentiels. Les données recueillies seront conservées sur mon ordinateur portable, dans un fichier protégé par un mot de passe et chiffrement (cryptage), ainsi que sur une clé USB qui sera aussi protégé par un mot de passe et chiffrement (cryptage). La clé USB sera aussi conservée dans un coffre-fort à mon domicile. Les données pourraient éventuellement être partagées avec mes directrices de recherche Isabelle Côté, Shelley Watson et Carmel Girouard au besoin.

Je dois avertir que selon le code déontologique (2005) de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, la confidentialité de votre information ne s'applique pas lorsque si c'est nécessaire pour empêcher des torts graves, prévisibles et imminents soient pour vous ou quelqu'un d'autre.

#### 4. Avantage et inconvénients

Ce projet est une occasion pour vous de discuter de vos expériences face à vos conditions coexistant sans jugement. Éventuellement, les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser des professionnels dans les divers domaines sur l'importance de considérer l'environnement lors de l'intervention auprès des individus qui souffrent simultanément de la douleur chronique et de la dépression.

Il se peut que l'entretien fasse ressurgir certains malaises, tels que des inquiétudes ou de la contrariété. Je fournirai une liste de ressource suite à l'entretien pour que vous sachiez à qui vous adresser au besoin.

### 5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans conséquence et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer avant l'entretien, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone ou par courriel indiqué ici-bas. En cas de retrait pendant l'entretien, les renseignements recueillis seront détruits.

### B) CONSENTMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessous, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cet entretien.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cet entretien. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans conséquence et sans devoir justifier ma décision.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui  Non

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'entretien et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 (ou de son représentant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_



School of Social Work  
 École de service social  
 Tel/Tel.: 705-675-6546  
 Fax/Fax.: 705-675-8832

### C) RÉSULTATS

Souhaitez-vous être contactés pour recevoir les résultats du projet de recherche?

Oui  Non

Si oui, vous pouvez écrire vos coordonnées afin que je puisse vous donner un sommaire des résultats. Vous pouvez choisir d'être contacté par téléphone, par courriel ou par courrier.

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse Courrier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer de ce projet, vous pouvez communiquer avec Amanda Bates au numéro suivant 705-288-6525 ou par courriel :

[am\\_bates@laurentian.ca](mailto:am_bates@laurentian.ca)

Toutes questions ou plaintes relatives à votre participation à cette recherche peut être adressé à Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne, au numéro de téléphone : 705-675-1151 postes 3681 ou 2436 ou sans frais : 1-800-461-4030 ou par courriel [ethics@laurentian.ca](mailto:ethics@laurentian.ca)



School of Social Work  
 École de service social  
 Tel/Tel.: 705-673-6560  
 Fax/Télex.: 705-671-3832

## Consent Form

**Research title:** Study of the impact of depression and chronic pain on the daily lives of individuals that suffer from both conditions simultaneously

**Researcher:** Amanda Bates, Master's Student in Social Work, School of Social Work, Laurentian University

### **Research Directors:**

Isabelle Côté, Assistant Professor, School of Social Work, Laurentian University  
 Shelley Watson, Associate Professor, Psychology department, Laurentian University  
 Carmel Girouard, M.S.W., R.S.W., C G Counselling

## **A) PARTICIPANT INFORMATION**

### **1. Research objectives**

This research aims to understand how depression and chronic pain affect the daily lives of individuals who suffer from both conditions simultaneously in Timmins.

### **2. Participation in the research**

If you are interested in this project, you will be met for an interview lasting between 90 and 120 minutes. We will discuss some of the issues related to chronic pain and depression. The interviews will be held at Université de Hearst in Timmins during working hours. It should be noted that no medical diagnosis will be provided and no opinion will be formulated on current medical care.

### **3. Confidentiality**

The information you give me will remain confidential. The collected data will be stored on my laptop, in a file protected by a password and encryption, as well as on a USB key that will also be protected by a password and encryption. The USB will also be kept in a safe at my home. The information could possibly be shared with my research directors Isabelle Côté, Shelley Watson and Carmel Girouard as needed.

I must inform you that under the Canadian Association of Social Workers Code of Ethics (2005), the confidentiality of your information does not apply when it is necessary to prevent serious, foreseeable and/or imminent harm to you or someone else.

### **4. Benefits and risks**

This project is an opportunity for you to discuss your experiences with your coexistent conditions without judgment. Eventually, the results of this research will help educate professionals in various



School of Social Work  
 École de service social  
 Tel/Tél.: 705-673-6560  
 Fax/Fax.: 705-671-3832

fields on the importance of considering the environment during the intervention with individuals who suffer simultaneously from chronic pain and depression.

The interview may bring back some discomfort, such as worry or annoyance. I will provide a list of resources following the interview so that you know where to go if it is needed.

### 5. Right of withdrawal

Your participation is entirely voluntary. You are free to withdraw at any time by verbal notice, without consequences and without having to justify your decision. If you decide to withdraw before the interview, you can contact the researcher at the telephone number listed below. In case of withdrawal during the interview, the information collected will be destroyed.

### B) CONSENT

I declare that I have read the information above, obtained answers to my questions about my participation and understand the purpose, nature, advantages, benefits and risks of this interview.

After reflection, I freely consent to take part in this interview. I know that I can withdraw at any time without consequences and without having to justify my decision.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

I consent to the interview being recorded: Yes  No

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

I declare that I have explained the purpose, nature, advantages, risks and inconveniences of the interview and have responded to the best of my knowledge to the questions asked.

Signature of the researcher: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_





School of Social Work  
École de services sociaux  
Tel/Tel.: 705-675-6560  
Fax/Fax.: 705-671-3832

### C) RESULTS

Are you interested in being contacted about the results of the study?

Yes  No

If so, you can write your contact information so that I can give you a summary of the results. You can choose to be contacted by phone, email or mail.

Phone number: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mailing address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If you have any questions regarding the research or to withdraw from this project, please contact Amanda Bates at 705-288-6525 or [am\\_bates@laurentian.ca](mailto:am_bates@laurentian.ca)

Any questions or complaints regarding your participation in this research may be directed to the Research Ethics Officer, Laurentian University Research Office, at 705-675-1151 extensions 3681 or 2436 or toll-free at 1-800-461-4030 or by email [ethics@laurentian.ca](mailto:ethics@laurentian.ca)

## Formulaire de consentement

**Titre de recherche :** Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections

**Chercheuse :** Amanda Bates, Étudiante à la maîtrise en service social, École de service social, Université Laurentienne

**Directrices de recherche :**

Isabelle Côté, professeure adjointe, École de service social, Université Laurentienne

Shelley Watson, professeure agrégée, Département de psychologie, Université Laurentienne

Carmel Girouard, M.S.W., R.S.W., C G Counselling

### A) RENSEIGNEMENTS POUR LES PARTICIPANT-ES

#### 1. Objectifs de la recherche

Cette recherche a pour objectif de comprendre comment la dépression et la douleur chronique ont un impact sur la vie quotidienne d'individus qui souffrent de ces deux conditions à Timmins.

#### 2. Participation à la recherche

Si ce projet vous intéresse, vous serez rencontré pour une entrevue virtuelle d'une durée variant entre 90 à 120 minutes. Nous aborderons certains thèmes en lien avec la douleur chronique et la dépression ainsi que l'impact que celles-ci ont sur votre environnement. Les entretiens se dérouleront sur Zoom. Il est à noter qu'aucun diagnostic médical ne sera fourni et aucune opinion ne sera formulée sur les soins médicaux actuels.

#### 3. Confidentialité

Les renseignements que vous me donnerez demeurent confidentiels. Les données recueillies seront conservées sur mon ordinateur portable, dans un fichier protégé par un mot de passe et chiffrement (cryptage), ainsi que sur une clé USB qui sera aussi protégé par un mot de passe et chiffrement (cryptage). La clé USB sera aussi conservée dans un coffre-fort à mon domicile. Les données pourraient éventuellement être partagées avec mes directrices de recherche Isabelle Côté, Shelley Watson et Carmel Girouard au besoin.

Je dois avertir que selon le code déontologique (2005) de l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux, la confidentialité de votre information ne s'applique pas lorsque si c'est nécessaire pour empêcher des torts graves, prévisibles et imminents soient pour vous ou quelqu'un d'autre.

#### 4. Avantages et inconvénients

Ce projet est une occasion pour vous de discuter de vos expériences face à vos conditions coexistant sans jugement. Éventuellement, les résultats de cette recherche permettront de sensibiliser des professionnels dans les divers domaines sur l'importance de considérer l'environnement lors de l'intervention auprès des individus qui souffrent simultanément de la douleur chronique et de la dépression.

Il se peut que l'entretien fasse ressurgir certains malaises, tels que des inquiétudes ou de la contrariété. Je fournirai une liste de ressource suite à l'entretien pour que vous sachiez à qui vous adresser au besoin.

### 5. Droit de retrait

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer en tout temps par avis verbal, sans conséquence et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer avant l'entretien, vous pouvez communiquer avec la chercheuse, au numéro de téléphone ou par courriel indiqué ici-bas. En cas de retrait pendant l'entretien, les renseignements recueillis seront détruits.

### B) CONSENTMENT

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessous, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation et comprendre le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de cet entretien.

Après réflexion, je consens librement à prendre part à cet entretien. Je sais que je peux me retirer en tout temps sans conséquence et sans devoir justifier ma décision.

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je consens à ce que l'entrevue soit enregistrée : Oui  Non

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients de l'entretien et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature de la chercheuse: \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
 (ou de son représentant)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_



School of Social Work  
École de service social  
Tel/Tel.: 705-675-6566  
Fax/Faxé.: 705-675-3832

### C) RÉSULTATS

Souhaitez-vous être contactés pour recevoir les résultats du projet de recherche?

Oui  Non

Si oui, vous pouvez écrire vos coordonnées afin que je puisse vous donner un sommaire des résultats. Vous pouvez choisir d'être contacté par téléphone, par courriel ou par courrier.

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse Courrier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer de ce projet, vous pouvez communiquer avec Amanda Bates au numéro suivant 705-288-6525 ou par courriel :

[am\\_bates@laurentian.ca](mailto:am_bates@laurentian.ca)

Toutes questions ou plaintes relatives à votre participation à cette recherche peut être adressé à Administrateur déontologique, Bureau de la Recherche de l'Université Laurentienne, au numéro de téléphone : 705-675-1151 postes 3681 ou 2436 ou sans frais : 1-800-461-4030 ou par courriel

[ethics@laurentian.ca](mailto:ethics@laurentian.ca)

## Consent Form

**Research title:** Study of the impact of depression and chronic pain on the daily lives of individuals that suffer from both conditions simultaneously

**Researcher:** Amanda Bates, Master's Student in Social Work, School of Social Work, Laurentian University

**Research Directors:**

Isabelle Côté, Assistant Professor, School of Social Work, Laurentian University  
 Shelley Watson, Associate Professor, Psychology department, Laurentian University  
 Carmel Girouard, M.S.W., R.S.W., C G Counselling

### A) PARTICIPANT INFORMATION

#### 1. Research objectives

This research aims to understand how depression and chronic pain affect the daily lives of individuals who suffer from both conditions simultaneously in Timmins.

#### 2. Participation in the research

If you are interested in this project, you will be met for a virtual interview lasting between 90 and 120 minutes. We will discuss some of the issues related to chronic pain and depression. The interviews will take place on Zoom. It should be noted that no medical diagnosis will be provided and no opinion will be formulated on current medical care.

#### 3. Confidentiality

The information you give me will remain confidential. The collected data will be stored on my laptop, in a file protected by a password and encryption, as well as on a USB key that will also be protected by a password and encryption. The USB will also be kept in a safe at my home. The information could possibly be shared with my research directors Isabelle Côté, Shelley Watson and Carmel Girouard as needed.

I must inform you that under the Canadian Association of Social Workers Code of Ethics (2005), the confidentiality of your information does not apply when it is necessary to prevent serious, foreseeable and/or imminent harm to you or someone else.

#### 4. Benefits and risks

This project is an opportunity for you to discuss your experiences with your coexistent conditions without judgment. Eventually, the results of this research will help educate professionals in various


 School of Social Work  
 École de service social  
 Tel/Tél.: 705-673-0560  
 Fax/Télex.: 705-671-3832

fields on the importance of considering the environment during the intervention with individuals who suffer simultaneously from chronic pain and depression.

The interview may bring back some discomfort, such as worry or annoyance. I will provide a list of resources following the interview so that you know where to go if it is needed.

### 5. Right of withdrawal

Your participation is entirely voluntary. You are free to withdraw at any time by verbal notice, without consequences and without having to justify your decision. If you decide to withdraw before the interview, you can contact the researcher at the telephone number listed below. In case of withdrawal during the interview, the information collected will be destroyed.

### B) CONSENT

I declare that I have read the information above, obtained answers to my questions about my participation and understand the purpose, nature, advantages, benefits and risks of this interview.

After reflection, I freely consent to take part in this interview. I know that I can withdraw at any time without consequences and without having to justify my decision.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

I consent to the interview being recorded: Yes  No

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_

I declare that I have explained the purpose, nature, advantages, risks and inconveniences of the interview and have responded to the best of my knowledge to the questions asked.

Signature of the researcher: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Last name: \_\_\_\_\_ First name: \_\_\_\_\_



School of Social Work  
École de service social  
Tel/Fax: 705-675-4580  
Fax/Tél: 705-671-3832

### C) RESULTS

Are you interested in being contacted about the results of the study?

Yes  No

If so, you can write your contact information so that I can give you a summary of the results. You can choose to be contacted by phone, email or mail.

Phone number: \_\_\_\_\_

Email: \_\_\_\_\_

Mailing address: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

If you have any questions regarding the research or to withdraw from this project, please contact Amanda Bates at 705-288-6525 or [am\\_bates@laurentian.ca](mailto:am_bates@laurentian.ca)

Any questions or complaints regarding your participation in this research may be directed to the Research Ethics Officer, Laurentian University Research Office, at 705-675-1151 extensions 3681 or 2436 or toll-free at 1-800-461-4030 or by email [ethics@laurentian.ca](mailto:ethics@laurentian.ca)

**ANNEXE D**  
**CERTIFICATS D'ÉTHIQUE**





**CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN  
PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS**  
Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION / Nouvelle X / Modifications au projet / Demande de prolongation	
<b>Nom(s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) École/ Département</b>	Amanda Bates (chercheur principal) Faculté de santé / Service social; Isabelle Cote (superviseur); Shelley Watson & Carmel Girouard (co-superviseurs)
<b>Titre de la soumission</b>	Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections
<b>Numéro de référence</b>	6013755
<b>Date de l'approbation originale</b>	27 juin, 2018
<b>Date de l'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)</b>	
<b>Date du prochain rapport</b>	27 juin, 2019
<b>Condition(s) placée(s) sur le projet</b>	

Un rapport annuel ou final est requis (date indiquée comme étant celle de la fin du projet sur votre demande). Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de [suivi annuel](#). Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du [suivi annuel](#). Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'ÉPTC.

Susan Boyko, PhD, Vice-Présidente, *Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne*



**CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN  
PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS**  
Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION / Nouvelle	/Modifications au projet	/Demande de prolongation X
<b>Nom(s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) École/ Département</b>	Amanda Bates (chercheur principal) Faculté de santé / Service social; Isabelle Cote (superviseur); Shelley Watson & Carmel Girouard (co-superviseurs)	
<b>Titre de la soumission</b>	Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections	
<b>Numéro de référence</b>	6013755	
<b>Date de l'approbation originale</b>	27 juin, 2018	
<b>Date de l'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)</b>	26 juin, 2019	
<b>Date du prochain rapport</b>	27 juin, 2020	
<b>Condition(s) placée(s) sur le projet</b>		

Un rapport annuel ou final est requis (date indiquée comme étant celle de la fin du projet sur votre demande). Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de [suivi annuel](#). Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du [suivi annuel](#). Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'ÉPTC.

Rosanna Langer, PHD, Chair/Présidente, Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne/Laurentian University Research Ethics Board



**CERTIFICAT D'APPROBATION DÉONTOLOGIQUE POUR LA CONDUITE D'UN  
PROTOCOLE IMPLIQUANT LA PRÉSENCE DE SUJETS HUMAINS**  
Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne

Le présent certificat confirme que le projet identifié ci-dessous a obtenu une approbation déontologique du Comité déontologique de l'Université Laurentienne (CÉRUL). La date de votre approbation déontologique, la date de votre prochain rapport, les dates de renouvellement(s) et modifications (si s'appliquent) ainsi que toute condition particulière sont indiquées dans le tableau qui suit.

TYPE D'APPROBATION / Nouvelle / Modifications au projet X / Demande de prolongation X	
<b>Nom(s) du ou des chercheur(s)/collaborateur(s) École/ Département</b>	Amanda Bates (chercheur principal) Faculté de santé / Service social; Isabelle Cote (superviseur); Shelley Watson & Carmel Girouard (co-superviseurs)
<b>Titre de la soumission</b>	Étude des impacts simultanés de la dépression et de la douleur chronique sur le vécu quotidien des personnes porteuses de ces deux affections
<b>Numéro de référence</b>	6013755
<b>Date de l'approbation originale</b>	27 juin, 2018
<b>Date de l'approbation de l'extension ou des modifications (si s'applique)</b>	26 juin, 2019 23 décembre, 2020
<b>Date du prochain rapport</b>	<b>27 juin, 2021</b>
<b>Condition(s) placée(s) sur le projet</b>	

Un rapport annuel ou final est requis (date indiquée comme étant celle de la fin du projet sur votre demande). Tout projet doit faire l'objet au moins l'objet d'un rapport annuel soumis au CÉRUL. Si votre projet devait se poursuivre au-delà de la durée de l'approbation déontologique, vous devrez soumettre une demande d'extension auprès du CÉRUL en remplissant le formulaire de [suivi annuel](#). Comme il est indiqué sur le formulaire d'approbation déontologique, il faudra soumettre au Comité toute modification ayant trait aux questions ou aux procédures. Si vous souhaitez modifier le contenu de votre protocole déontologique, vous devrez utiliser le formulaire du [suivi annuel](#). Le CÉRUL vous souhaite de francs succès dans vos entreprises de recherche en vous rappelant de respecter en tout temps les politiques de l'ÉPTC.

Rosanna Langer, PHD, Chair/Présidente, Comité éthique de la Recherche de l'Université Laurentienne/Laurentian University Research Ethics Board