



N° 82-003-SIF au catalogue

Rapports sur la santé

Supplément au
volume 15, 2004

La santé de la population canadienne

RAPPORT ANNUEL 2004



Statistique
Canada

Statistics
Canada



Institut canadien
d'information sur la santé
Canadian Institute
for Health Information

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Toute demande de renseignements au sujet du présent produit ou au sujet de statistiques ou de services connexes doit être adressée à : Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6 (téléphone : (613) 951-1746).

Pour obtenir des renseignements sur l'ensemble des données de Statistique Canada qui sont disponibles, veuillez composer l'un des numéros sans frais suivants. Vous pouvez également communiquer avec nous par courriel ou visiter notre site Web.

Service national de renseignements	1 800 263-1136
Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants	1 800 363-7629
Renseignements concernant le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 700-1033
Télécopieur pour le Programme des bibliothèques de dépôt	1 800 889-9734
Renseignements par courriel	infostats@statcan.ca
Site Web	www.statcan.ca

Renseignements sur les commandes et les abonnements

Le produit n° 82-003-SPF au catalogue est publié annuellement en version imprimée standard et est offert au prix de 22 \$ CA l'exemplaire. Les frais de livraison supplémentaires suivants s'appliquent aux envois à l'extérieur du Canada :

États-Unis 6 \$ CA

Autres pays 10 \$ CA

Ce produit est aussi disponible sans frais, sous forme électronique, dans le site Web de Statistique Canada, sous le n° 82-003-SIF au catalogue. Les utilisateurs peuvent obtenir un exemplaire en visitant notre site Web à www.statcan.ca et en choisissant la rubrique « Produits et services ».

Les prix ne comprennent pas les taxes de vente.

La version imprimée peut être commandée par

- Téléphone (Canada et États-Unis) **1 800 267-6677**
- Télécopieur (Canada et États-Unis) **1 877 287-4369**
- Courriel **infostats@statcan.ca**
- Poste
Statistique Canada
Division de la diffusion
Gestion de la circulation
120, avenue Parkdale
Ottawa (Ontario) K1A 0T6
- En personne au bureau régional de Statistique Canada le plus près de votre localité ou auprès des agents et libraires autorisés.

Lorsque vous faites part d'un changement d'adresse, veuillez nous fournir l'ancienne et la nouvelle adresse.

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois, et ce, dans la langue officielle de leur choix. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle qui doivent être observées par les employés lorsqu'ils offrent des services à la clientèle. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1 800 263-1136.



Statistique Canada
Division de la statistique de la santé

Rapports sur la santé

Numéro spécial, supplément au volume 15, 2004

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2004

Tous droits réservés. Il est interdit de reproduire ou de transmettre le contenu de la présente publication, sous quelque forme ou par quelque moyen que ce soit, enregistrement sur support magnétique, reproduction électronique, mécanique, photographique, ou autre, ou de l'emmagasiner dans un système de recouvrement, sans l'autorisation écrite préalable des Services de concession des droits de licence, Division du marketing, Statistique Canada, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6.

Décembre 2004

N° 82-003-SPF au catalogue, supplément au volume 15
ISSN 1708-7686

N° 82-003-SIF au catalogue, supplément au volume 15
ISSN 1708-7694

Périodicité : annuelle

Ottawa

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population, les entreprises, les administrations canadiennes et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques précises et actuelles.

SIGNES CONVENTIONNELS

Les signes conventionnels suivants sont employés uniformément dans les publications de Statistique Canada :

- . indisponible pour toute période de référence
- .. indisponible pour une période de référence précise
- ... n'ayant pas lieu de figurer
- P préliminaire
- r rectifié
- X confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
- E à utiliser avec prudence
- F trop peu fiable pour être publié

Le papier utilisé dans la présente publication répond aux exigences minimales de l'« American National Standard for Information Sciences » - « Permanence of Paper for Printed Library Materials », ANSI Z39.48 - 1984.



Regard sur la santé mentale

Rédactrices en chef

Anik Lacroix
Christine Wright

Collaborateurs

Pamela L. Ramage-Morin
Margot Shields
Michael Tjepkema
Kathryn Wilkins

Rédaction

Mary Sue Devereaux
Barbara Riggs
Marc Saint-Laurent
Kathryn Wilkins

Chargée de production

Nicole Leduc

Production et composition

Agnes Jones
Robert Pellarin

Vérification des données

Dan Lucas

Administration

Céline Desfonds

L'année 2004 marque la cinquième année d'un projet de collaboration entre Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé visant à enrichir le système d'information sur la santé du Canada. Chaque année, Statistique Canada examine la santé de la population dans sa série intitulée *La santé de la population canadienne*. L'Institut canadien d'information sur la santé, quant à lui, fait le compte rendu du rendement du système de santé dans une série complémentaire intitulée *Les soins de santé au Canada*.

Le rapport publié cette année par Statistique Canada, qui a pour thème *Regard sur la santé mentale*, contient des articles fondés sur les données provenant de la première enquête de portée nationale sur la santé mentale et affective, c'est-à-dire l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), cycle 1.2 : Santé mentale et bien-être. En tout, 36 984 personnes ont été interviewées; l'information qu'elles ont fournie est représentative de la population de toutes les provinces. L'enquête visait essentiellement à :

- fournir des estimations fiables et à jour de la prévalence de certains troubles mentaux importants;
- décrire l'état de santé physique et les caractéristiques personnelles et sociodémographiques associées aux troubles de santé mentale;
- estimer le fardeau de la maladie et le degré d'incapacité associés à certains troubles mentaux;
- comparer l'accès aux services de santé mentale et l'utilisation de ces services aux besoins perçus de ce genre de services.

L'ESCC a permis de recueillir des renseignements sur certains des problèmes de santé mentale les plus fréquents, à savoir les troubles de l'humeur (trouble dépressif majeur, trouble bipolaire), les troubles anxieux (crise de panique, agoraphobie, trouble d'anxiété sociale) et les troubles liés à la consommation de substances psychoactives. L'évaluation des troubles mentaux reste cependant un exercice difficile lorsqu'elle repose uniquement

sur un questionnaire d'enquête administré par des intervieweurs non professionnels. Par conséquent, l'enquête ne fournit pas de données sur tous les troubles mentaux, notamment la schizophrénie et autres troubles psychotiques, et les troubles de la personnalité.

Le fardeau de la santé mentale est très lourd, non seulement pour les personnes affectées, mais aussi pour les membres de leur famille, leurs amis et leurs collègues de travail. La détérioration de la santé mentale ou affective limite gravement le fonctionnement quotidien et compromet la qualité de la vie. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, cinq des dix causes principales d'incapacité au cours de la vie sont liées à des troubles mentaux. Cette situation est due au fait que les maladies mentales se manifestent généralement à un âge précoce et qu'elles sont récidivantes. Leurs conséquences économiques sont également appréciables : en 1998, les coûts directs et indirects estimatifs de la maladie mentale au Canada se chiffraient à 14,4 milliards de dollars, c'est-à-dire près de 500 \$ par habitant.

Comparativement aux autres maladies, les troubles mentaux et affectifs n'ont été reconnus qu'assez récemment comme étant des entités médicales. Ainsi, la *Classification internationale des maladies* n'a inclus les troubles mentaux pour la première fois que dans la sixième édition, publiée en 1948. Au cours des dernières décennies, on a beaucoup mieux compris les mécanismes qui sous-tendent les troubles mentaux et, grâce à ces nouvelles connaissances, la société a reconnu de plus en plus ces troubles comme étant des maladies légitimes. Toutefois, les stigmates liés à la maladie mentale n'ont pas tous disparu. Par exemple, il arrive encore que l'on dénigre la dépression en la qualifiant de « maladie de convenance » et que l'on banalise les crises de manie et les crises de panique en soutenant qu'elles sont dues à un manque de contrôle de soi. L'anxiété sociale continue d'être considérée comme de la timidité malade qui disparaîtra avec l'âge et la maturité.

Comme en témoignent les analyses des données de l'ESCC, la maladie mentale est courante. Selon les estimations, 3 millions de Canadiens ont fait une dépression majeure au cours de leur vie. En 2002, environ 1,2 million de Canadiens ont vécu un épisode

dépressif majeur. Près de 750 000 personnes ont souffert d'un trouble d'anxiété sociale cette année-là. En outre, environ 376 000 personnes ont eu une crise de panique et 239 000, une crise de manie. Enfin, environ 641 000 Canadiens souffraient d'une dépendance à l'égard de l'alcool et environ 194 000, d'une dépendance aux drogues illicites. Le profil type de récurrence des épisodes amplifie l'effet des troubles mentaux.

Le rapport *Regard sur la santé mentale* exploite une grande partie des nouvelles données sur la santé mentale fournies par le cycle sur la santé mentale et le bien-être de l'ESCC. Il contient des analyses détaillées des données sur le trouble d'anxiété sociale, le trouble bipolaire, le trouble panique et la dépendance à l'égard de l'alcool et des drogues illicites.

Le présent rapport vient étoffer la perception selon laquelle la maladie mentale ne se manifeste habituellement pas comme une entité morbide distincte, mais comme un ensemble complexe de problèmes affectifs et physiques coexistants. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire sont nettement plus susceptibles que les autres de recevoir un diagnostic de migraine ou d'avoir une dépendance à l'alcool ou aux drogues. De même, il est aussi fréquent que les personnes souffrant de crises de panique soient aussi agoraphobes ou déprimées. La dépression et le trouble panique sont nettement plus fréquents chez les personnes atteintes d'un trouble d'anxiété sociale que chez celles ne souffrant pas de cette maladie. Les personnes qui sont alcooliques courent aussi un plus grand risque de dépression que celles qui ne le sont pas. De toute évidence, la fréquence de la comorbidité chez les personnes souffrant de troubles mentaux a des conséquences sur la prestation des services. Ainsi, les établissements cliniques doivent être prêts à poser les divers diagnostics et à fournir les soins que requièrent les personnes souffrant de plusieurs problèmes de santé.

Le thème de la santé mentale au Canada continuera d'être étudié dans les numéros réguliers à venir de *Rapports sur la santé*. À cet égard, les données provenant de l'ESCC demeureront une source importante d'information sur la santé mentale pendant de nombreuses années. ■

À propos de Statistique Canada

La *Loi sur la statistique* autorise Statistique Canada à recueillir, analyser et publier des renseignements statistiques sur les activités sociales, économiques et générales de la population et sur l'état de celle-ci. L'objectif principal de la Division de la statistique de la santé est de fournir des données et des analyses statistiques sur la santé de la population, les déterminants de la santé, ainsi que la portée et l'utilisation des services de santé au Canada.

À propos de l'Institut canadien d'information sur la santé

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est un organisme national sans but lucratif chargé de coordonner la mise en place et la mise à jour d'un système national intégré d'information sur la santé. L'Institut fournit les renseignements exacts et à jour indispensables à l'élaboration de politiques en matière de santé et à la gestion efficace du régime de santé du Canada.

Remerciements

L'équipe de la rédaction remercie les personnes ci-dessous, membres du Comité-conseil, pour leur collaboration à la production de ce supplément annuel de Rapports sur la santé. Nous vous remercions sincèrement pour le temps consacré à ce projet ainsi que pour les connaissances et les conseils judicieux apportés à sa réalisation. Les résultats et les opinions présentés dans ce supplément ne reflètent pas nécessairement ceux des différents collaborateurs ou des organismes qu'ils représentent.

Marie Beaudet, PhD
Division de la statistique de la santé
Statistique Canada
Ottawa, Ontario

Richard Boyer, PhD
Centre de recherche Fernand-Séguin
Hôpital L-H-Lafontaine
Montréal, Québec

Col. Randy Boddam, MD, FRCPC
Psychiatrie et santé mentale
Ministère de la Défense nationale
Ottawa, Ontario

Lisa J. Colpe, PhD, MPH
National Institute of Mental Health
Bethesda, MD

Carl D'Arcy, PhD
Applied Research/Psychiatry
University Hospital
Saskatoon, Saskatchewan

Paula Goering, RN, PhD
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto, Ontario

Natacha Joubert, PhD
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Santé Canada
Ottawa, Ontario

Carl Lakaski
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Santé Canada
Ottawa, Ontario

Dr. Alain Lesage
Centre de recherche Fernand-Séguin
Hôpital L-H-Lafontaine
Montréal, Québec

Elizabeth Lin, PhD
Health Systems Research and Consulting Unit
Centre de toxicomanie et de santé mentale
Toronto, Ontario

Debbie Sue Martin
Mental Health Services
Department of Health
St. John's, Newfoundland

Dr. Peter McLean
Department of Psychiatry
University of British Columbia
Vancouver, British Columbia

Dr. Jane Murphy
Department of Psychiatry
Massachusetts General Hospital
Charlestown, MA

Dr. Scott B. Patten
Faculty of Medicine
Department of Community Health and Social Sciences
University of Calgary
Calgary, Alberta

Thomas Stephens, PhD
Consultant indépendant
Manotick, Ontario

Dr. Paula Stewart
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Direction générale de la santé de la population
et de la santé publique
Santé Canada
Ottawa, Ontario

Phil Upshall
La Société pour les troubles de l'humeur du Canada
Toronto, Ontario

Dr. Carolyn Woogh
Community Mental Health Clinic
Queen's University
Kingston, Ontario

L'équipe étend également ses remerciements aux personnes suivantes, spécialistes cliniques, méthodologistes et spécialistes divisionnaires, pour leur expertise, leur temps et leur étroite collaboration à la production de ce supplément.

Edward Adlaf
Roger C. Bland
Angela Boak
Richard Boyer
Marianne Chartier
Lisa J. Colpe
Carolyn S. Dewa
Shimi S. Kang

Alain Lesage
Elizabeth Lin
Glenda M. MacQueen
Scott B. Patten
Martina Ruzickova
Phil Upshall
JianLi Wang
John Weekes

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Supplément au volume 15

Regard sur la santé mentale

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites	9
<i>Michael Tjepkema</i>	
Trouble bipolaire, soutien social et travail	23
<i>Kathryn Wilkins</i>	
Trouble panique et comportements d'adaptation	35
<i>Pamela L. Ramage-Morin</i>	
Trouble d'anxiété sociale — plus que de la timidité	49
<i>Margot Shields</i>	
Annexe : Définitions des troubles mentaux dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien être	69

Au sujet de *Rapports sur la santé*

Rapports sur la santé est une revue trimestrielle dont les articles sont soumis à l'évaluation par les pairs et publiée par la Division de la statistique de la santé de Statistique Canada. La publication, qui s'adresse à un public varié, dont les professionnels de la santé, les chercheurs, les décideurs, les enseignants et les étudiants, a pour mission de fournir des renseignements pertinents, complets et de haute qualité sur l'état de santé de la population et sur le système de santé.

Demandes de réimpression

Il est interdit de reproduire cette publication, en tout ou en partie, sans avoir reçu au préalable le consentement écrit de Statistique Canada. Pour obtenir ce consentement, on doit soumettre le formulaire « Demande d'autorisation de reproduction ». On peut se procurer ce formulaire auprès de l'agent de permission de la reproduction, Division du marketing, Statistique Canada, par télécopieur au (613) 951-1134.

Abonnements

Des renseignements peuvent être obtenus auprès des rédacteurs, *Rapports sur la santé*, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, 3^e étage, immeuble R.-H.-Coats, Ottawa, Ontario, Canada, K1A 0T6. Téléphone : (613) 951-1807. Télécopieur : (613) 951-4436.

Version électronique

La publication *Rapports sur la santé* est aussi publiée sous forme électronique, fichiers PDF. Il est possible de commander des numéros à l'unité, en utilisant une carte Visa ou MasterCard, à partir du site Internet de Statistique Canada, de les télécharger et de les consulter avec l'aide d'Adobe Acrobat Reader. Pour commander un numéro récent de *Rapports sur la santé*, visitez notre site à l'adresse www.statcan.ca. Choisissez « Français » à la page d'accueil, puis « Nos produits et services » à la page suivante. Choisissez ensuite « Parcourir les publications Internet (PDF ou HTML) » et « Payantes »; vous trouverez *Rapports sur la santé*, n° 82-003-XIF au catalogue, à la rubrique « Santé ».

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites

- En 2002, plus de 600 000 Canadiens avaient une dépendance à l'alcool et près de 200 000, une dépendance aux drogues illicites.
- La dépression est fréquente chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues.
- L'abus d'alcool a tendance à provoquer la dépression, mais, parallèlement, la dépression mène à l'abus d'alcool.

Résumé

Objectifs

Le présent article donne des estimations de la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites chez les Canadiens de 15 ans et plus. L'analyse se penche également sur la question de la comorbidité en relation avec la dépression.

Sources des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être et de l'Enquête nationale sur la santé de la population.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites en fonction de certaines caractéristiques. La modélisation par régression logistique multiple a en outre servi à déterminer si les associations observées persistaient après avoir tenu compte de l'effet des facteurs éventuellement confusionnels. La modélisation a aussi permis de vérifier les relations temporelles entre l'abus d'alcool fréquent et la dépression.

Principaux résultats

En 2002, selon les estimations, 641 000 personnes (2,6 % de la population à domicile de 15 ans et plus) souffraient d'une dépendance à l'alcool et 194 000 (0,8 %), d'une dépendance aux drogues illicites. La prévalence de la dépression était plus élevée chez ces personnes que dans l'ensemble de la population. L'abus d'alcool plus d'une fois par semaine est un facteur de risque de vivre un épisode de dépression et la dépression est un facteur de risque de l'apparition de l'abus fréquent d'alcool.

Mots-clés

Troubles liés à la consommation de substances psychoactives, drogues illicites, alcoolisme, problèmes sociaux, dépression, santé mentale comorbidité.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25 St. Clair Avenue E., Toronto, Ontario, M4T 1M4.

Michael Tjepkema

Une grande majorité de Canadiens boivent de l'alcool régulièrement¹, et une proportion importante ont déjà consommé des drogues illicites². Chez certaines de ces personnes, la consommation de substances psychoactives a entraîné une dépendance. L'instabilité sociale, émotionnelle et économique que cause cette dépendance chez les individus, leur famille et leur entourage est bien connue³. La dépendance aux substances psychoactives entraîne également des conséquences physiques, dont une plus forte morbidité⁴ et une plus courte espérance de vie⁵⁻⁷ que l'ensemble de la population, dues en partie à un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques, de blessures^{5,8} et de tentatives de suicide⁹. En outre, l'abus d'alcool ou de drogues coexiste fréquemment avec des troubles mentaux^{4,10-16}, mais il n'est pas toujours facile de savoir quel problème est survenu le premier¹⁷.

À l'aide des données tirées du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être, l'article présente les taux de prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites pour la population à domicile de 15 ans et plus. Il porte aussi sur la relation de comorbidité avec la dépression. Des données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sont en outre utilisées pour étudier l'association temporelle entre l'abus fréquent d'alcool et la dépression (voir *Sources des données, Définitions, Techniques d'analyse et Limites*).

La plupart boivent et plusieurs prennent des drogues

Selon l'ESCC de 2002, environ 19,3 millions de personnes, c'est-à-dire 77 % de la population de 15 ans et plus, avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents (tableau 1). Environ 8,8 millions, soit 35 % de la population adulte, avaient vécu au moins un épisode de consommation abusive d'alcool (cinq verres ou plus en une seule occasion). Près de la moitié (48 %) des buveurs excessifs ont indiqué que ce genre d'épisode survenait au moins une fois par mois (tableau 2).

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les données sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, sur la dépendance à ces substances et sur les associations à la dépression proviennent du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être. Cette enquête a débuté en mai 2002 et a été réalisée sur une période de huit mois. L'enquête couvre les personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces. Les personnes vivant en établissement, les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées et les membres à temps plein des Forces canadiennes ne font pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon a été tiré à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements compris dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans et plus a été choisie au hasard dans chaque ménage échantillonné. Les participants à l'enquête ont été sélectionnés de manière à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés, pour assurer que les échantillons soient de taille suffisante pour ces groupes d'âge. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'enquête sont décrits de façon plus détaillée dans des rapports publiés antérieurement et dans le site Web de Statistique Canada^{18,19}.

Toutes les interviews ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été réalisées sur place et les autres, par téléphone. Les personnes sélectionnées qui ont participé à l'enquête ont dû fournir elles-mêmes les renseignements demandés, la réponse par procuration n'étant pas acceptée. En tout, 36 984 personnes de 15 ans et plus ont participé à l'enquête, ce qui représente un taux de réponse de 77 %.

Enquête nationale sur la santé de la population

L'analyse des associations entre l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine et la dépression porte sur des données longitudinales recueillies au cours de cinq cycles (1994-1995 à 2002-2003) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir des renseignements sur la santé des Canadiens tous les deux ans. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant en établissement de santé des 10 provinces et des 3 territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Les données de l'ENSP sur lesquelles porte l'article ont trait à la population à domicile de 15 ans et plus des 10 provinces.

En 1994-1995, 20 095 personnes ont été sélectionnées pour faire partie du panel longitudinal. Cette année-là, 17 276 membres du panel ont fourni les renseignements demandés, ce qui représente un taux de réponse de 86,0 %. Ces 17 276 personnes ont été interviewées tous les deux ans. Fondés sur ces 17 276 personnes, les taux de réponse aux cycles subséquents sont : 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés^{20,21}.

La présente analyse porte sur le fichier longitudinal « carré » du cycle 5 (2002-2003) qui contient les enregistrements pour tous les membres répondants du panel original (17 276), que l'on ait ou non recueilli les renseignements à leur sujet lors des cycles subséquents.

Tableau 1

Consommation d'alcool et de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre estimé		Nombre estimé		Nombre estimé	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Toute consommation d'alcool	19 273	77,1	10 066	82,0	9 207	72,5*
Abus d'alcool	8 775	35,3	5 692	46,6	3 083	24,3*
Toute drogue illicite	3 135	12,6	1 947	15,9	1 188	9,4*
Cannabis uniquement	2 538	10,2	1 551	12,7	988	7,8*
Au moins une autre drogue [†]	593	2,4	393	3,2	199	1,6*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Comme des valeurs manquent pour certaines drogues illicites, la somme des chiffres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

[†] Cocaine, speed, ecstasy, hallucinogènes, héroïne, inhalation de solvants.

* Valeur significativement plus faible que l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

Tableau 2

Fréquence de l'abus d'alcool chez les buveurs excessifs et fréquence de la consommation de drogues illicites chez les utilisateurs de drogues, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre estimé		Nombre estimé		Nombre estimé	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Abus d'alcool	8 775	100,0	5 692	100,0	3 083	100,0
Moins d'une fois par mois	4 553	51,9	2 549	44,8	2 004	65,0*
De 1 à 3 fois par mois	2 591	29,5	1 831	32,2	759	24,6*
Une fois par semaine	1 034	11,8	802	14,1	232	7,5*
Plus d'une fois par semaine	597	6,8	509	8,9	88	2,8*
Consommation de drogues illicites	3 135	100,0	1 947	100,0	1 188	100,0
Moins d'une fois par mois	1 614	51,5	881	45,2	734	61,8*
De 1 à 3 fois par mois	528	16,8	340	17,5	188	15,8
Une fois par semaine	276	8,8	202	10,4	75	6,3*
Plus d'une fois par semaine	436	13,9	326	16,7	110	9,2*
Quotidiennement	281	9,0	199	10,2	82	6,9*

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Comme des valeurs manquent pour la fréquence de la consommation de drogues, la somme des totaux partiels peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

En 2002, environ 3,1 millions de personnes, soit 13 % de la population, ont dit qu'elles avaient consommé des drogues illicites l'année précédente. Le cannabis est la substance qui a été mentionnée le plus fréquemment (10 %); des drogues telles que la cocaïne, l'ecstasy et les hallucinogènes ont été consommées par 2,4 % de la population, soit environ 590 000 personnes. Près de la moitié des personnes qui consommaient de la drogue (49 %) l'avaient fait au moins une fois par mois et 9 % ont admis en consommer tous les jours.

Consommation plus fréquente chez les hommes

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à abuser de l'alcool ou à prendre des drogues illicites^{1,22-24}. Selon les données de l'ESCC, 47 % des hommes avaient eu des épisodes de consommation abusive d'alcool l'année qui a précédé l'enquête, comparativement à 24 % des femmes (tableau 1). Plus de la moitié (55 %) des hommes qui ont dit abuser de l'alcool ont déclaré que ce genre d'épisode survenait tout au moins à chaque mois; la proportion correspondante chez les femmes est de 35 % (tableau 2).

Le profil est le même pour les drogues illicites : 16 % des hommes et 9 % des femmes en avaient consommé l'année qui a précédé l'enquête. Plus de la moitié des hommes (55 %), comparativement à 38 % des femmes, avaient déclaré consommer tout au moins sur une base mensuelle. En tout, 10 % et 7 % de ces groupes, respectivement, avaient pris de la drogue quotidiennement.

Dans la vingtaine

La prévalence de l'abus d'alcool et de la consommation de drogues illicites atteint un sommet chez les personnes au début de la vingtaine, puis diminue à mesure que l'âge augmente (graphique 1). Pas moins de 60 % des 20 à 24 ans ont déclaré avoir connu au moins un épisode d'abus d'alcool au cours de l'année précédente; chez les 55 ans et plus, la proportion est de 16 %. Parmi les personnes ayant déclaré un épisode de consommation abusive d'alcool, l'abus d'une telle substance tout au moins sur une base mensuelle était plus fréquent (60 %) parmi les 20 à 24 ans. Pour le groupe des 55 ans et plus, la proportion était de 47 % (graphique 2).

De la même façon, le groupe des 20 à 24 ans est celui auquel on associe le taux le plus élevé de consommation de drogues illicites, soit 37 %. Chez les 25 à 34 ans, le taux est de 18 %, et pour le groupe des 55 ans et plus, d'à peine 1 %. Toutefois, la

Définitions

Voir l'*Annexe* pour les définitions techniques de la *dépendance à l'égard de l'alcool* et de la *dépendance à l'égard des drogues illicites* dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Pour déterminer la *consommation d'alcool* l'année qui a précédé l'enquête, les participants à l'ESCC et à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) se sont vu demander s'ils avaient bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée l'année précédente. On a précisé aux participants qu'un « verre » signifiait une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière à la pression, un verre de vin ou de vin panaché ou une boisson ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Pour déterminer l'*abus d'alcool*, les participants à l'enquête ont été invités à dire à quelle fréquence, au cours des 12 derniers mois, ils avaient bu cinq verres ou plus en une seule occasion. La *dépendance à l'alcool* a été déterminée en se fondant sur les personnes qui ont déclaré qu'elles avaient abusé de l'alcool au moins une fois par mois.

Pour déterminer la *consommation de drogues illicites*, on a demandé aux participants à l'ESCC s'ils avaient déjà consommé une drogue illicite au cours de leur vie. Ceux qui ont répondu « oui » devaient ensuite préciser à quelle fréquence ils l'avaient fait au cours des 12 derniers mois : moins d'une fois par mois, de une à trois fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine ou tous les jours. Cette question a été posée séparément pour les drogues suivantes : marijuana, cannabis ou hachisch, cocaïne ou crack, speed (amphétamines), ecstasy (MDMA) ou drogues similaires, hallucinogènes, PCP ou LSD (acide), inhalation de colle, d'essence ou d'autres solvants, ou héroïne. Chaque personne s'est vu attribuer la fréquence correspondant à la drogue qu'elle consommait le plus souvent. Par exemple, une personne qui consommait du cannabis une fois par semaine et de la cocaïne une à trois fois par mois a été considérée comme consommant des drogues illicites une fois par semaine. La détermination de la *dépendance aux drogues illicites* est ici fondée sur les personnes qui ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au moins une fois par mois.

La manifestation d'un *épisode dépressif majeur* n'est pas déterminée de la même façon dans l'ENSP et dans l'ESCC (voir l'*Annexe* pour la définition de l'ESCC). L'ENSP comprend un sous-ensemble de questions tirées de la *Composite International Diagnostic Interview*, conformément à la méthode de Kessler *et al.*²⁵. Ces questions couvrent un groupe de symptômes énumérés dans la troisième édition révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*²⁶. Les réponses ont été cotées et le résultat a été transformé en une probabilité estimative d'un diagnostic d'épisode dépressif majeur. On a considéré comme ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête les personnes pour lesquelles la probabilité estimative était égale ou supérieure à 0,9 (c.-à-d. 90 % de certitude d'un diagnostic positif).

Cinq *groupes d'âge* ont été établis pour l'analyse des données de l'ESCC : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 54 ans et 55 ans et plus.

Pour l'*état matrimonial* courant, on a défini quatre catégories : marié(e) ou union de fait, divorcé(e) ou séparé(e), veuf(ve) et jamais marié(e).

Les participants à l'enquête ont été regroupés en quatre catégories de *niveau de scolarité* en se fondant sur le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles, et diplôme d'études postsecondaires.

Les groupes de *revenu du ménage* ont été définis d'après la taille du ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'interview.

Groupe de revenu ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

Le *lieu de résidence* a été établi selon la classification suivante :

- Un noyau urbain est une grande région urbaine autour de laquelle sont définies les limites d'une région métropolitaine de recensement (RMR) ou d'une agglomération de recensement (AR). La population du noyau urbain d'après le Recensement de 1996 doit être d'au moins 100 000 habitants dans le cas d'une RMR, ou se situer entre 10 000 et 99 999 habitants dans le cas d'une AR.
- Une banlieue urbaine est une petite région urbaine (comptant moins de 10 000 habitants) non contiguë au noyau urbain dans une RMR ou une AR.
- Une banlieue rurale est une région peu peuplée à l'intérieur d'une RMR ou d'une AR.
- Les régions urbaines non comprises dans une RMR/AR ont une population d'au moins 1 000 habitants et comptent au moins 400 habitants par kilomètre carré.
- Toutes les autres régions sont considérées comme étant rurales.

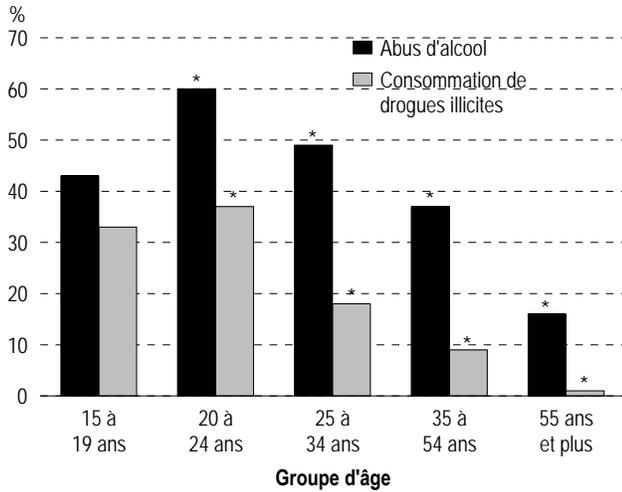
Trois catégories ont été utilisées pour les données de l'ESCC : noyau urbain, région urbaine à l'extérieur d'un noyau urbain (banlieue urbaine, banlieue rurale et régions urbaines non comprises dans une RMR/AR) et région rurale. Pour les données de l'ENSP, deux catégories ont été utilisées : région urbaine (au moins 1 000 habitants et au moins 400 habitants par kilomètre carré) et région rurale (toutes les autres régions).

Pour déterminer la *statut d'immigrant*, les participants devaient révéler s'ils étaient nés au Canada ou à l'étranger.

Pour évaluer les *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils souffraient de problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus. Pour l'ESCC, l'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé, dont 18 ont été retenus pour les besoins de la présente analyse, à savoir, l'asthme, la fibromyalgie, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos, l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique, l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux, les troubles de la thyroïde, le syndrome de fatigue chronique et la sensibilité aux agresseurs chimiques. La liste de problèmes de santé chroniques utilisée pour l'ENSP était différente : pour les cycles 1 à 4, le syndrome de fatigue chronique et la sensibilité aux agresseurs chimiques ne figuraient pas; pour les cycles 1 à 3, la fibromyalgie était exclue; pour les cycles 1 et 2, les troubles intestinaux étaient exclus; et pour le cycle 1, les troubles de la thyroïde étaient exclus.

Graphique 1

Pourcentage de personnes ayant déclaré un abus d'alcool ou la consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

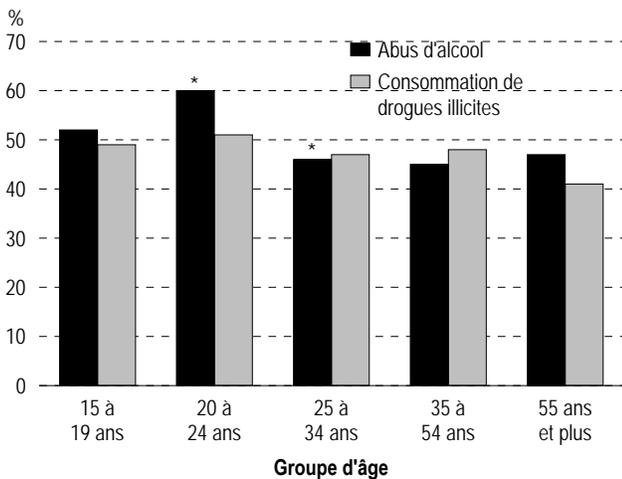


Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe d'âge directement inférieur ($p < 0,05$).

Graphique 2

Pourcentage de buveurs excessifs et d'utilisateurs de drogues illicites qui ont déclaré avoir abusé de l'alcool ou consommé des drogues illicites au moins mensuellement l'année précédente, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour le groupe d'âge directement inférieur ($p < 0,05$).

fréquence de la consommation chez les personnes qui prenaient de la drogue varie peu selon l'âge. Parmi les personnes de 15 à 54 ans, près de la moitié des utilisateurs de drogues illicites ont déclaré en consommer à tout le moins chaque mois; chez les personnes de 55 ans et plus, la proportion est de 41 %.

Dépendance

L'ESCC comportait des questions permettant d'évaluer sept symptômes de dépendance chez les personnes qui ont dit abuser de l'alcool au moins une fois par mois. De même, six symptômes de dépendance ont été évalués chez les personnes qui ont dit consommer des drogues illicites au moins une fois par mois. Les personnes présentant un minimum de trois symptômes ont été considérées comme étant dépendantes (voir *Annexe*).

Différences interprovinciales

En 2002, le taux de dépendance à l'alcool variait, allant de 1,9 % au Québec à 4,1 % en Saskatchewan. Comparativement à la moyenne nationale (2,6 %), les taux étaient significativement plus faibles au Québec et en Ontario et significativement plus élevés dans les provinces des Prairies et en Colombie-Britannique. Cette année-là, les taux de dépendance aux drogues illicites ne variaient pas beaucoup selon la province, mais étant donné la petite taille des échantillons, les estimations doivent être interprétées avec prudence.

Taux de dépendance à l'alcool et aux drogues illicites selon la province, population à domicile de 15 ans et plus

	Alcool %	Drogues illicites %
Canada†	2,6	0,8
Terre-Neuve-et-Labrador	3,2 ^{E1}	0,6 ^{E2}
Île-du-Prince-Édouard	2,9 ^{E1}	F
Nouvelle-Écosse	3,2	0,6 ^{E2}
Nouveau-Brunswick	2,0 ^{E1}	F
Québec	1,9*	0,9 ^{E1}
Ontario	2,1*	0,6*
Manitoba	3,6*	0,6 ^{E2}
Saskatchewan	4,1*	0,8 ^{E1}
Alberta	3,5*	1,0 ^{E1}
Colombie-Britannique	3,6*	1,1 ^{E1}

Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

† Territoires non compris.

* Valeur significativement différente de celle pour le Canada ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Les symptômes les plus courants de dépendance à l'alcool déclarés par les personnes qui en abusaient à chaque mois sont : s'être enivré ou soûlé ou avoir souffert des excès de l'alcool (gueule de bois) au travail, à l'école ou en prenant soin des enfants (27 %) et avoir bu beaucoup plus ou avoir bu pendant une période plus longue que prévu (26 %) (tableau 3). Les symptômes de dépendance déclarés le plus

fréquemment par les personnes consommant mensuellement des drogues illicites sont avoir pris de la drogue en plus grandes quantités ou sur plus de jours d'affilée que prévu (39 %), avoir eu besoin de prendre des quantités plus importantes pour ressentir un effet (18 %) et avoir ressenti des signes de manque (17 %).

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées de données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être ont servi à estimer la prévalence de l'abus d'alcool, de la dépendance à l'alcool, de la consommation de drogues illicites et de la dépendance aux drogues illicites selon certaines caractéristiques. Deux modèles de régression logistique multiple distincts ont été utilisés pour étudier l'association entre ces variables et la déclaration d'une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

D'autres totalisations croisées de données de l'ESCC de 2002 ont par ailleurs permis d'estimer la prévalence de la dépression en fonction de quatre niveaux d'abus d'alcool/dépendance à l'alcool et quatre niveaux de consommation de drogues illicites/dépendance aux drogues illicites. Des régressions logistiques multiples ont permis de modéliser l'association entre ces variables en tenant compte de l'effet du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, du lieu de résidence, du statut d'immigrant et de la présence de problèmes de santé chroniques. On a d'abord introduit séparément la consommation d'alcool/dépendance à l'alcool et la consommation de drogues illicites/dépendance aux drogues illicites dans des modèles logistiques distincts pour calculer les rapports de cotes de référence (modèle 1). L'abus d'alcool et la consommation de drogues illicites ont par la suite été introduits dans le même modèle pour déterminer leur effet sur les rapports de cotes. Bien que ces rapports aient diminué suite à ce changement, ils sont demeurés statistiquement significatifs. Par conséquent, seul le modèle 2, qui contient les deux variables de consommation de substances psychoactives, est présenté dans l'article.

Deux modèles de régression logistique à variables multiples ont été utilisés pour examiner l'association temporelle entre l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine et la manifestation d'un épisode dépressif majeur au moyen de données longitudinales tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Le premier modèle visait à examiner l'incidence sur deux ans de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine (nouveaux cas au cours d'une période de deux ans) chez les personnes ayant déclaré un épisode dépressif majeur lors de l'interview de référence. Le deuxième modèle visait à examiner l'incidence sur deux ans d'un épisode dépressif majeur (nouveaux cas) chez les personnes ayant abusé de l'alcool plus d'une fois par semaine au cours de l'année de référence. Chaque modèle contenait des variables de contrôle pour le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le lieu de résidence, le statut d'immigrant et l'existence de problèmes de santé chroniques. Toutes les régressions ont été exécutées sur les données du fichier longitudinal carré couvrant la période de 1994-1995 à 2002-2003. On a défini comme étant un nouveau cas la déclaration d'un épisode dépressif majeur ou d'une consommation abusive d'alcool plus d'une fois par semaine aux cycles 2, 3, 4 ou 5 par une personne qui n'avait pas déclaré le problème lors du cycle précédent. Pour chaque intervalle de deux ans (1994-1995 à 1996-1997, 1996-1997 à 1998-1999, 1998-1999 à 2000-2001, 2000-2001 à 2002-2003), un nouvel enregistrement a été créé pour chaque personne n'ayant pas déclaré le problème lors du cycle précédent. Par conséquent, pour chaque problème, une personne pouvait contribuer jusqu'à quatre enregistrements à l'analyse (un pour chaque intervalle de deux ans). Quelque 42 189 enregistrements ont été utilisés dans le modèle visant à déterminer l'incidence sur deux ans de la dépression et 44 372, dans le modèle visant à déterminer l'incidence sur deux ans de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage, on a calculé la variance des taux de prévalence, des différences entre taux de prévalence et des rapports de cotes selon la méthode du *bootstrap*²⁷⁻²⁹.

	Rapport de cotes pour la dépression	
	Modèle 1	Modèle 2
Abus d'alcool l'année précédente		
Jamais	1,0	1,0
Moins d'une fois pas mois	1,2	1,1
Mensuellement, mais pas de dépendance	1,1	1,0
Dépendance	3,1*	2,1*
Consommation de drogues illicites l'année précédente		
Jamais	1,0	1,0
Moins d'une fois pas mois	1,8*	1,7*
Mensuellement, mais pas de dépendance	1,6*	1,4*
Dépendance	6,0*	4,5*

* Valeur significativement différente de l'estimation pour « Jamais » ($p < 0,05$).

Tableau 3

Symptômes de dépendance chez les personnes qui ont abusé de l'alcool ou consommé des drogues illicites au moins mensuellement l'année précédente, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre estimé		Nombre estimé		Nombre estimé	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Abus d'alcool au moins mensuellement						
Ivresse/suites d'un excès d'alcool au travail, à l'école ou en prenant soins des enfants	1 132	26,9	816	26,0	317	29,3*
Consommation d'alcool en plus grande quantité ou sur une plus longue période que prévu	1 103	26,2	823	26,3	280	26,0
Ivresse/suites d'un excès d'alcool dans une situation augmentant les chances de se blesser	707	16,8	597	19,0	110	10,2*
Tolérance accrue	686	16,3	506	16,2	180	16,7
Période d'un mois ou plus durant laquelle beaucoup de temps a été passé à s'enivrer ou à souffrir de l'excès d'alcool	358	8,5	261	8,3	97	9,0
Problèmes émotionnels/psychologiques dus à la consommation d'alcool	327	7,8	236	7,5	92	8,5
Désir ou besoin tellement grand de consommer de l'alcool qu'il a été impossible d'y résister	324	7,7	237	7,6	87	8,1
Consommation de drogues illicites au moins mensuellement						
Consommation de drogues en plus grande quantité que prévu	590	38,8	429	40,3	161	35,5
Tolérance accrue	278	18,3	190	17,8	88	19,4
Symptômes de manque	260	17,2	178	16,7	82	18,2
Poursuite de la consommation de drogues malgré les effets nocifs pour la santé	143	9,4	96	9,0	47	10,4
Beaucoup de temps passé à essayer d'obtenir de la drogue	127	8,4	88	8,2	40 ^{E1}	8,8 ^{E1}
Abandon d'activités importantes à cause de la consommation de drogue	108	7,1	75	7,0	33 ^{E1}	7,3 ^{E1}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Selon l'ESCC, environ 641 000 personnes, représentant 2,6 % de la population à domicile de 15 ans et plus, dépendaient de l'alcool et environ 194 000 (0,8 % de la population), de drogues illicites (tableau 4). Les taux de dépendance observés au Canada sont semblables à ceux de l'Australie et des États-Unis^{14,30-32}. Il va sans dire que les données ne sont toutefois pas directement comparables compte tenu des différences sur le plan des méthodes d'enquête (voir *Différences interprovinciales*).

Comme en témoignent des études antérieures, le risque de dépendance varie selon le type de drogue, et les utilisateurs de cannabis sont ceux qui courent le risque le plus faible^{11,32}. L'analyse des données de l'ESCC révèle aussi un niveau de dépendance nettement plus faible chez les personnes qui ont consommé uniquement du cannabis au cours de l'année qui a précédé l'enquête (3,4 %) que chez celles qui avaient utilisé d'autres drogues illicites (18,1 %).

Personnes à risque

Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de dépendre de l'alcool (3,9 % contre 1,3 %) ou de drogues illicites (1,1 % contre 0,5 %) (tableau 4).

Être jeune, célibataire ou né au Canada, vivre dans un ménage à faible revenu et avoir fait assez peu d'études sont des caractéristiques également associées à un risque élevé de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Ainsi, le taux de dépendance à l'alcool était de 8,6 % chez les personnes de 20 à 24 ans, mais de moins de 2 % chez celles de 35 ans et plus. Pour la dépendance aux drogues illicites, les chiffres correspondants sont 2,6 % et 0,3 %. Environ 6 % des personnes qui ne s'étaient jamais mariées présentaient une dépendance à l'alcool et 2 %, une dépendance aux drogues; les pourcentages correspondants chez les personnes mariées sont tous deux de 1 % ou moins. En outre, les taux de dépendance à l'alcool et aux drogues sont nettement plus élevés pour les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires ou vivant dans un ménage à faible revenu que pour celles qui ont fait des études postsecondaires ou vivent dans un ménage à revenu élevé. Les personnes nées au Canada sont trois fois plus susceptibles que les immigrants d'éprouver une dépendance à l'alcool ou aux drogues. Par contre, le fait de vivre en région urbaine ou rurale n'est pas corrélé à la dépendance aux substances psychoactives, les citoyens n'étant ni

Tableau 4

Dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites l'année précédente, prévalence et rapports corrigés de cotes, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Dépendance à l'alcool				Dépendance aux drogues illicites			
	Nombre estimé	Prévalence	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre estimé	Prévalence	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
	milliers	%			milliers	%		
Total	641	2,6	...	...	194	0,8	...	...
Sexe								
Hommes	472	3,9*	2,9*	2,4-3,4	135	1,1*	2,3*	1,7-3,2
Femmes†	168	1,3	1,0	...	59	0,5	1,0	...
Groupe d'âge								
15 à 19 ans†	125	5,6	1,0	...	61 ^{E1}	2,7 ^{E1}	1,0	...
20 à 24 ans	164	8,6*	1,9*	1,4-2,6	50	2,6	1,3	0,7-2,3
25 à 34 ans	146	3,6*	1,2	0,9-1,6	41	1,0*	0,9	0,5-1,5
35 à 54 ans	172	1,7*	0,6*	0,4-0,9	42 ^{E1†}	0,3**	0,3**	0,1-0,5
55 ans et plus	34 ^{E2}	0,5* ^{E2}	0,2*	0,1-0,4	...	...	...	...
État matrimonial								
Marié(e)/union de fait†	197	1,3	1,0	...	42 ^{E1}	0,3 ^{E1}	1,0	...
Séparé(e)/divorcé(e)	52	2,8*	2,6*	1,9-3,6	13 ^{E2}	0,7* ^{E2}	2,5*	1,2-5,3
Jamais marié(e)	387	6,1*	2,3*	1,8-3,0	139	2,2*	2,7*	1,5-4,8
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	164	2,6*	1,4*	1,0-1,8	76	1,2*	2,2*	1,3-3,6
Diplôme d'études secondaires	152	3,3*	1,6*	1,3-2,1	32 ^{E1}	0,7* ^{E1}	1,5	0,9-2,3
Études postsecondaires partielles	100	4,8*	1,6*	1,2-2,1	41 ^{E1}	2,0* ^{E1}	2,5*	1,4-4,7
Diplôme d'études postsecondaires†	215	1,8	1,0	...	44	0,4	1,0	...
Revenu du ménage								
Inférieur	36	5,1*	1,7*	1,2-2,5	20 ^{E1}	2,8* ^{E1}	3,6*	1,8-7,5
Moyen-inférieur	42	2,7	1,1	0,8-1,7	24 ^{E2}	1,5* ^{E2}	2,5*	1,1-5,3
Moyen	92	2,0*	0,8	0,6-1,2	28 ^{E1}	0,6 ^{E1}	0,9	0,5-1,8
Moyen-supérieur	206	2,5	1,0	0,8-1,2	51	0,6	1,0	0,6-1,7
Supérieur†	198	2,7	1,0	...	47 ^{E1}	0,6 ^{E1}	1,0	...
Lieu de résidence								
Noyau urbain	458	2,6	1,2	1,0-1,6	146	0,8	1,1	0,6-2,2
Région urbaine en dehors d'un noyau urbain	122	2,6	1,2	0,9-1,6	27 ^{E1}	0,6 ^{E1}	0,7	0,3-1,6
Région rurale†	61	2,2	1,0	...	21 ^{E2}	0,8 ^{E2}	1,0	...
Statut d'immigrant								
Né(e) au Canada	597	3,1*	3,6*	2,3-5,7	178	0,9	3,1*	1,2-8,4
Né(e) à l'étranger†	42 ^{E1}	0,8 ^{E1}	1,0	...	F	F	1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Comme les valeurs manquantes ne sont pas présentées, la somme des données peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les rapports de cotes pour lesquels le revenu du ménage n'a pas été déclaré et pour lesquels l'état matrimonial n'a pas été déclaré ou correspond à veuf(ve) sont inclus dans les modèles, mais ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

‡ Personnes de 35 ans et plus.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

... N'ayant pas lieu de figurer.

plus ni moins susceptibles que les résidents des régions rurales de développer une dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Ces facteurs n'agissent cependant pas isolément; par exemple, les jeunes sont plus susceptibles que les personnes plus âgées d'être célibataires et d'avoir

un faible revenu. Néanmoins, si les variables sont considérées ensemble dans un modèle multivarié, les associations entre la dépendance aux substances psychoactives et l'âge, l'état matrimonial, le revenu du ménage, le niveau de scolarité et le pays de naissance demeurent significatives.

Taux élevé de dépression

L'abus d'alcool et d'autres drogues s'accompagne souvent de problèmes de santé mentale^{10-16,33,34}. Selon l'ESCC de 2002, 15,0 % des personnes dépendant de l'alcool avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête, comparativement à 4,4 % des personnes n'ayant pas abusé de l'alcool durant cette période (graphique 3). Si l'on tient compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques et de l'existence de problèmes de santé physique chroniques, la dépendance à l'alcool reste associée à la dépression (tableau A en annexe).

Le lien entre la dépendance aux drogues illicites et la dépression semble être encore plus prononcé : 26,1 % des personnes dépendant d'une drogue illicite avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année précédente, taux nettement supérieur à celui de 4,1 % observé chez celles n'ayant pas consommé ce genre de drogues. Même chez les personnes ayant consommé des drogues illicites moins d'une fois par mois, le taux de dépression était supérieur à la moyenne. En outre, ces associations persistent généralement même après avoir tenu compte des effets d'autres variables éventuellement confusionnelles. La relation entre la dépression et tout niveau de consommation de drogue donne à penser que la comorbidité est plus importante pour les

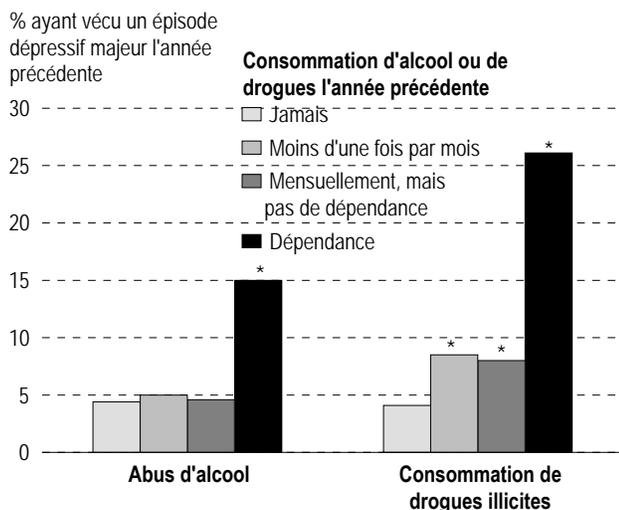
drogues que pour l'alcool, comme en témoignent les résultats d'une étude antérieure¹³.

Relation complexe

D'aucuns ont débattu la question de savoir si la dépendance à l'alcool ou aux drogues précède ou suit un trouble mental¹⁷. Témoignant de cette controverse, trois grandes théories ont été avancées pour expliquer la comorbidité entre la consommation d'alcool ou d'autres drogues, ou la dépendance à ces substances, et les troubles mentaux, à savoir l'existence de causes communes ou corrélées, l'effet causal de la consommation d'alcool ou de drogues et l'automédication^{11,35}.

L'analyse des données de l'ESCC révèle certes une association entre la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites et la dépression. Nul ne peut cependant préciser quel événement précède l'autre compte tenu de la nature transversale de ces données qui ne se rapportent donc qu'à un seul point dans le temps. Toutefois, les données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) permettent de dégager des relations temporelles. Malheureusement, l'ENSP ne contenait pas de questions sur la consommation de drogues illicites et les données sur la dépendance à l'alcool n'ont été recueillies que lors de deux cycles. Néanmoins, des renseignements sur la dépression et sur l'abus épisodique l'alcool sont recueillis à chaque cycle depuis 1994-1995. Dans la présente analyse, l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine a servi d'approximation de la dépendance à l'alcool. (Selon l'ESCC de 2002, 35 % des personnes abusant de l'alcool plus d'une fois par semaine, c'est-à-dire 33 % des hommes et 48 % des femmes, ont été considérées comme ayant une dépendance à l'alcool.)

Graphique 3
Prévalence de la dépression, selon la fréquence de l'abus d'alcool et de la consommation de drogues illicites l'année précédente, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002
 * Valeur significativement différente de celle observée pour « Jamais » (p < 0,05).

Abus d'alcool et dépression

Même en tenant compte de l'effet d'autres variables éventuellement confusionnelles, la cote exprimant le risque de déclarer un nouveau cas de dépression lors d'une interview de suivi réalisée deux ans plus tard est significativement plus élevée pour les personnes qui ont abusé de l'alcool plus d'une fois par semaine que pour les autres (tableau 5). Un nouveau cas s'entend de toute personne qui n'a pas déclaré de symptômes de dépression lors de l'interview de référence, mais l'a fait lors de l'interview de suivi. Quoique ces données tendent à appuyer la théorie selon laquelle la consommation d'alcool ou de drogues ou la dépendance à ces substances est associée à la manifestation future d'un trouble mental³⁶, il se pourrait que des facteurs de risque non évalués dans le cadre

Tableau 5
Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques et l'incidence sur deux ans de la dépression ou de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Incidence d'un épisode dépressif majeur		Incidence de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Abus d'alcool plus d'une fois par semaine				
Non [†]	1,0	...	...	...
Oui	2,0*	1,0-3,9	...	...
Épisode dépressif majeur				
Non [†]	1,0	...
Oui	...	...	1,8*	1,1-3,1
Sexe				
Hommes	0,6*	0,5-0,7	4,3*	3,1-5,8
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...
Âge[‡]				
	1,0*	1,0-1,0	1,0*	1,0-1,0
État matrimonial				
Marié(e)/union de fait [†]	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	0,6*	0,4-0,9	0,5	0,2-1,3
Séparé(e)/divorcé(e)	1,4*	1,2-1,7	1,3	0,9-2,0
Jamais marié(e)	0,9	0,7-1,1	1,2	0,9-1,7
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [†]	1,0	...	1,0	...
Diplôme d'études secondaires	0,8	0,6-1,0	1,1	0,7-1,6
Études postsecondaires partielles	0,9	0,7-1,1	0,7*	0,6-1,0
Diplôme d'études postsecondaires	0,9	0,7-1,1	0,6*	0,5-0,8
Revenu du ménage				
Inférieur	1,6*	1,1-2,4	0,8	0,5-1,5
Moyen-inférieur	1,2	0,9-1,6	0,7	0,4-1,2
Moyen	1,2	0,9-1,5	0,7	0,5-1,1
Moyen-supérieur	1,1	0,9-1,4	0,8	0,6-1,2
Supérieur [†]	1,0	...	1,0	...
Lieu de résidence				
Région urbaine	1,1	1,0-1,4	0,9	0,7-1,3
Région rurale [†]	1,0	...	1,0	...
Statut d'immigrant				
Né(e) au Canada	1,1	0,9-1,4	2,1*	1,4-3,3
Né(e) à l'étranger [†]	1,0	...	1,0	...
Problèmes de santé chroniques				
Aucun [†]	1,0	...	1,0	...
Au moins un	1,7*	1,5-2,0	1,3	1,0-1,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, Fichier source longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Un nouveau cas de dépression/abus d'alcool est défini comme étant ne pas avoir le problème lors d'un cycle, mais le déclarer lors du cycle suivant. Les paires de cycles de l'ENSP examinées sont les suivantes : 1 et 2 (1994-1995 à 1996-1997), 2 et 3 (1996-1997 à 1998-1999), 3 et 4 (1998-1999 à 2000-2001), 4 et 5 (2000-2001 à 2002-2003). Les cas pour lesquels le revenu du ménage n'a pas été déclaré sont inclus dans les modèles, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence.

[‡] Traité comme une variable continue.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

de l'ENSP, mais communs à l'abus d'alcool et à la dépression, sous-tendent cette association. De surcroît, une personne chez laquelle a été diagnostiqué un nouvel épisode dépressif pourrait avoir eu des antécédents de ce trouble, si bien que l'association temporelle avec la consommation d'alcool n'est pas entièrement contrôlée (voir *Limites*).

La théorie de l'automédication soutient que les personnes souffrant d'un trouble mental pourraient consommer de l'alcool ou des drogues pour s'aider à faire face à leurs symptômes¹¹. Les données de l'ENSP montrent que les personnes ayant vécu un

Limites

La dépendance ne reflète qu'un aspect restreint et très spécifique des problèmes liés à l'alcool et aux drogues. La présente analyse ne couvre pas le large éventail des autres complications que peuvent causer la consommation d'alcool ou de drogues illicites.

La version de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) utilisée pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être n'a pas encore été validée. Par conséquent, on ignore dans quelle mesure les évaluations cliniques faites par les professionnels de la santé concorderaient avec les évaluations fondées sur les données de l'ESCC.

Pour plusieurs raisons, l'analyse sous-estime vraisemblablement les taux de dépendance aux substances psychoactives. Les participants à l'enquête pourraient avoir fourni des réponses jugées socialement acceptables. Certains de ceux ayant consommé de l'alcool ou des drogues pourraient ne pas l'avoir déclaré ou avoir dit l'avoir fait à une fréquence moindre qu'en réalité. En outre, les sans-abri et les personnes vivant en établissement chez lesquelles les taux de dépendance aux substances psychoactives sont connus comme étant plus élevés qu'au sein de la population à domicile¹⁴ ne font pas partie du champ d'observation de l'ESCC.

La dépendance aux drogues illicites a été déterminée en considérant plusieurs drogues combinées plutôt que des drogues particulières. Ce regroupement pourrait masquer des différences importantes, car diverses drogues peuvent donner lieu à des niveaux différents de dépendance³².

L'association entre la consommation de substances psychoactives et la dépression pourrait refléter certains facteurs confusionnels dont il n'a pas été possible de tenir compte dans l'analyse³⁷. Par exemple, l'analyse des données longitudinales de l'ENSP ne tient pas entièrement compte de l'effet de la causalité temporelle, car les renseignements sur les épisodes de dépression et l'abus d'alcool survenus dans le passé ne sont pas disponibles.

épisode dépressif majeur étaient plus susceptibles que les autres de commencer à abuser fréquemment de l'alcool dans l'intervalle de deux ans précédant l'interview de suivi, même advenant la prise en compte de l'effet d'autres variables éventuellement confusionnelles (de nouveau, les limites susmentionnées s'appliquent).

Donc, la dépression est à la fois un précurseur et un résultat de la consommation excessive d'alcool plus d'une fois par semaine. Cependant, la relation entre l'alcool et la dépression est complexe. Le lien entre la consommation d'alcool ou de drogues et la santé mentale fait jouer des facteurs neurologiques et biologiques ayant une influence sur la sensibilité ou la résistance d'un individu à ces substances¹⁰ qui dépassent le cadre de la présente analyse.

Mot de la fin

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, 641 000 Canadiens ont déclaré des symptômes indiquant qu'ils souffraient d'une dépendance à l'alcool et 194 000, des symptômes laissant présager une dépendance aux drogues illicites. Ces nombres représentent 2,6 % et 0,8 %, respectivement, de la population de 15 ans et

plus. La dépendance à l'alcool et aux drogues est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et a tendance à toucher de façon disproportionnée les jeunes adultes.

L'existence concomitante de troubles mentaux et de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites est fréquente. Selon l'ESCC, 15 % des personnes ayant une dépendance à l'alcool étaient également déprimées l'année qui a précédé l'enquête. Parmi les personnes aux prises avec une dépendance aux drogues illicites, la prévalence de la dépression était encore plus élevée, soit de 26 %.

La relation entre la dépendance à l'alcool ou aux drogues et les problèmes psychologiques reste cependant difficile à départager. Le trouble mental peut favoriser ou maintenir la dépendance à l'alcool ou aux autres drogues, mais la consommation d'alcool ou de drogues peut exacerber le trouble mental. En fait, l'analyse de données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population laisse entendre que l'influence est réciproque, du moins en ce qui concerne l'abus fréquent d'alcool et la dépression. Toutefois, il se pourrait que des facteurs au sujet desquels l'enquête ne fournit pas de données sous-tendent cette relation. ■

Références

1. Statistique Canada, « La santé : à prendre ou à laisser ! », dans *La santé de la population canadienne – Santé et l'enjeu des sexes : l'écart hommes-femmes*, supplément annuel à *Rapports sur la santé*, 12(3), 2001, p. 11-21, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. M. Tjepkema, « Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites », *Rapports sur la santé*, 15(4), 2004, p. 45-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. Santé Canada, À propos de la Stratégie canadienne antidrogue, disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/about.htm>, site consulté le 29 juillet 2004.
4. T. Wong et P. Tierney, « Hospitalization and mortality caused by alcohol abuse, 1979-1988 », *Chronic Diseases in Canada*, 1991, mai-juin, p. 27-33.
5. B. Dickey, B. Dembling, A. Hocine *et al.*, « Externally caused deaths for adults with substance use and mental disorders », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(1), 2004, p. 75-85.
6. M. Adrian et S.J. Barry, « Physical and mental health problems associated with the use of alcohol and drugs », *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 2003, p. 1575-1614.
7. Y.D. Neumark, M.L. Van Etlen et J.C. Anthony, « 'Drug dependence' and death: Survival analysis of the Baltimore ECA Sample from 1981 to 1985 », *Substance Use and Misuse*, 35(3), 2000, p. 313-327.
8. R.A. Matano, S.E. Wanat, D. Westrup *et al.*, « Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(1), 2002, p. 30-44.
9. C.R. Nelson et B.J. Stussman, *Alcohol- and drug-related visits to hospital emergency departments: 1992 National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*, Advance Data from Vital and Health Statistics, n° 251, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 1994.
10. Santé Canada, *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances : document de travail*, 1996 (Santé Canada, n° H39-360/1-1996F au catalogue).
11. B.F. Grant, « Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults », *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 1995, p. 481-497.
12. L.-T. Wu, W.E. Schlenger et D.M. Galvin, « The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17 », *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 2003, p. 5-15.
13. D.B. Kandel, F.-Y. Huang et M. Davies, « Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes », *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2), 2001, p. 233-241.
14. M. Farrell, S. Howes, C. Taylor *et al.*, « Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey », *Addictive Behaviors*, 23(6), 1998, p. 909-918.
15. R. Caetano et C. Weisner, « The association between DSM-III-R alcohol dependence, psychological distress and drug use », *Addiction*, 90, 1995, p. 351-359.
16. C. Turner, A. Russell et W. Brown, « Prevalence of illicit drug use in young Australian women, patterns of use and associated risk factors », *Addiction*, 98(10), 2003, p. 1419-1426.
17. D.W. Brook, J.S. Brook, C. Zhang *et al.*, « Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders », *Archives of General Psychiatry*, 59(11), 2002, p. 1039-1044.

18. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
19. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à : http://www.statcan.ca/français/concepts/health/cycle1_2/index.htm, document consulté le 11 mai 2004.
20. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. A.C. Merline, P.M. O'Malley, J.E. Schulenberg *et al.*, « Substance use among adults 35 years of age: Prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use », *American Journal of Public Health*, 94(1), 2004, p. 96-102.
23. D.B. Kandel, K. Chen, L.A. Warner *et al.*, « Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population », *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 1997, p. 11-29.
24. Statistique Canada, « Usage de drogues illicites », *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999, p. 200-203 (Statistique Canada, n° 82-570 au catalogue).
25. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
26. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition, texte révisé, Washington DC, American Psychiatric Association, 1989.
27. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
28. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
29. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, American Statistical Association, août 1999.
30. W. Hall, M. Teesson, M. Lynskey *et al.*, « The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being », *Addiction*, 94(10), 1999, p. 1541-1550.
31. M. Teesson, M. Lynskey, B. Manor *et al.*, « The structure of cannabis dependence in the community », *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 2002, p. 255-262.
32. J.F. Epstein, *Substance Dependence, Abuse, and Treatment: Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services, disponible à : <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/>, site consulté en juillet 2002.
33. R. Caetano et J. Schafer, « DSM-IV alcohol dependence and drug abuse/dependence in a treatment sample of whites, blacks and Mexican Americans », *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 1996, p. 93-101.
34. M. Gossop, J. Marsden et D. Stewart, « Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems », *Addiction*, 97(2), 2002, p. 169-178.
35. R.D. Goodwin, D.M. Fergusson et L.J. Horwood, « Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study », *Journal of Psychiatric Research*, 38, 2004, p. 295-304.
36. G.C. Patton, C. Coffey, J.B. Carlin *et al.*, « Cannabis use and mental health in young people: cohort study », *British Medical Journal*, 325, 2002, p. 1195-1198.
37. D.M. Fergusson, L.J. Horwood et N. Swain-Campbell, « Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood », *Addiction*, 97(9), 2002, p. 1123-1135.

Annexe

Tableau A

Dépression l'année précédente, prévalence et rapports corrigés de cotes, selon la fréquence de l'abus d'alcool ou de la consommation de drogues illicites, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Population estimée	Prévalence	Rapport de cotes [‡]	Intervalle de confiance de 95 %	Population estimée	Prévalence	Rapport de cotes [‡]	Intervalle de confiance de 95 %	Population estimée	Prévalence	Rapport de cotes [‡]	Intervalle de confiance de 95 %
	milliers	%			milliers	%			milliers	%		
Total	1 196	4,8	...	...	452	3,7	...	...	744	5,9	...	...
Abus d'alcool l'année précédente												
Jamais [†]	701	4,4	1,0	...	211	3,2	1,0	...	491	5,1	1,0	...
Moins d'une fois par mois	227	5,0	1,1	0,9-1,3	80	3,1	0,9	0,7-1,2	147	7,4*	1,2	0,9-1,5
Mensuellement, mais pas de dépendance	164	4,6	1,0	0,8-1,3	97	3,7	0,9	0,6-1,4	67	7,4*	1,0	0,7-1,3
Dépendance	96	15,0*	2,1*	1,6-2,9	60	12,7*	2,0*	1,3-3,2	36	21,4*	2,1*	1,4-3,3
Consommation de drogues illicites l'année précédente												
Jamais [†]	898	4,1	1,0	...	310	3,0	1,0	...	588	5,1	1,0	...
Moins d'une fois par mois	137	8,5*	1,7*	1,3-2,3	53	6,1*	1,8*	1,2-2,6	84	11,5*	1,6*	1,1-2,5
Mensuellement, mais pas de dépendance	105	8,0*	1,4*	1,1-1,9	53	5,7*	1,3	0,9-1,9	52	13,3*	1,7*	1,1-2,5
Dépendance	50	26,1*	4,5*	3,0-6,8	32 ^{E1}	23,5* ^{E1}	5,4*	3,1-9,5	19 ^{E1}	32,0* ^{E1}	3,7*	2,0-6,7

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

[†] Catégorie de référence.

[‡] Corrigé pour le sexe, le groupe d'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le lieu de résidence, le statut d'immigrant et le nombre de problèmes de santé physique chroniques.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

^{E1} Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

... N'ayant pas lieu de figurer.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Trouble bipolaire I, soutien social et travail

- Plus de 400 000 personnes en âge de travailler (de 25 à 64 ans) ont vécu au moins un épisode maniaque laissant supposer un trouble bipolaire I.
- Malgré les effets perturbateurs de cette affection, environ les deux tiers des personnes qui en sont atteintes ont un emploi.
- Croire être en mesure de compter sur l'aide de quelqu'un pour s'acquitter des tâches quotidiennes de la vie fait augmenter la cote exprimant la possibilité que les personnes atteintes de trouble bipolaire aient un emploi.

Résumé

Objectifs

Le présent article fournit des estimations de la prévalence du trouble bipolaire I au cours de la vie au sein de la population à domicile et décrit les caractéristiques des personnes en âge de travailler (25 à 64 ans) qui souffrent de ce trouble. La relation entre le soutien social et le statut d'emploi des personnes souffrant de ce trouble est examinée.

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être.

Techniques d'analyse

Des fréquences pondérées et des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence du trouble bipolaire I. Quatre dimensions du soutien social en rapport avec le fait d'occuper un emploi, chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I, ont été examinées au moyen de modélisation par régression logistique multiple.

Principaux résultats

Environ 444 000 personnes de 25 à 64 ans (2,6 %) souffraient de trouble bipolaire I au cours de la vie. La dépendance à l'alcool, l'asthme, la migraine, l'obésité et le trouble panique étaient beaucoup plus prévalents chez ces personnes comparativement à la population générale. Les personnes atteintes de trouble bipolaire I qui ont déclaré avoir facilement accès à un soutien concret avaient une cote exprimant la possibilité de travailler plus élevée comparativement aux personnes ayant moins facilement accès à un soutien concret.

Mots-clés

Trouble de l'humeur, soutien social, santé mentale, comorbidité, enquêtes sur la santé.

Auteure

Kathryn Wilkins (613-951-1769; Kathryn.Wilkins@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Kathryn Wilkins

Le trouble bipolaire I est un trouble de l'humeur chronique caractérisé par la survenue d'au moins un épisode maniaque ou mixte, avec ou sans épisodes dépressifs majeurs (voir *Annexe*). Le premier épisode peut être maniaque ou dépressif, et les taux de récurrence élevés sont courants¹.

Les personnes atteintes de trouble bipolaire I présentent des symptômes caractéristiques². Le trait le plus courant d'un épisode maniaque est une humeur exaltée causant une euphorie ou une bonne humeur inhabituelle. Les proches d'une personne qui manifeste pareil comportement le reconnaissent comme étant excessif, bien que d'autres peuvent ne le prendre que pour de l'humeur particulièrement expansive. L'humeur est également caractérisée par un enthousiasme permanent et non sélectif pour les relations interpersonnelles, sexuelles ou professionnelles. Par exemple, la personne peut engager

spontanément des conversations prolongées avec des inconnus dans des lieux publics ou faire des appels téléphoniques à des heures peu appropriées de la nuit. Bien que l'humeur euphorique soit considérée comme le symptôme le plus typique, un épisode maniaque peut également être caractérisé par l'irritabilité, en particulier lorsque la personne est contrariée dans ses désirs. La volatilité de l'humeur, celle-ci variant entre l'euphorie et l'irritabilité, est courante.

Le trouble bipolaire I perturbe les activités quotidiennes normales et les rôles sociaux de la personne. En 1990, l'Organisation mondiale de la Santé a classé ce trouble comme étant la sixième cause principale d'incapacité dans le monde⁵. Les personnes touchées peuvent avoir des récurrences fréquentes et ne pas retrouver un niveau de fonctionnement complètement normal entre les épisodes, ce qui entraîne une baisse de la qualité de leur vie familiale et sociale⁶⁻¹². Le risque de suicide

Méthodologie

Source des données

Le présent article se fonde sur les données du cycle 1.2, Santé mentale et bien-être, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002. La collecte des données a débuté en mai 2002 et s'est poursuivie sur une période de huit mois. Le cycle 1.2 de l'ESCC porte sur la population à domicile de 15 ans et plus dans les 10 provinces. Les résidents des territoires, de réserves indiennes et de certaines régions éloignées ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes ne font pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon a été sélectionné à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans et plus a été sélectionnée au hasard dans chaque ménage échantillonné. Les participants ont été sélectionnés de manière à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés afin de garantir des échantillons de taille suffisante pour ces groupes d'âge. On trouvera des descriptions plus détaillées du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue dans d'autres rapports parus antérieurement ainsi que dans le site Web de Statistique Canada^{3,4}.

Toutes les entrevues ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été menées en personne; les autres, par téléphone. Les participants sélectionnés ont été priés de fournir personnellement les renseignements demandés, les réponses par procuration n'étant pas acceptées. L'échantillon utilisé comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus, et le taux de réponse était de 77 %.

Techniques d'analyse

Des fréquences et des totalisations croisées, pondérées de manière à être représentatives de la population de 15 ans et plus habitant dans les provinces en 2002, ont été produites afin d'estimer la prévalence du trouble bipolaire I au sein de la population à domicile et d'examiner les caractéristiques des personnes souffrant de ce trouble. Selon la définition d'épisode maniaque utilisée dans l'ESCC (voir l'Annexe), au total 938 participants de 15 ans et plus ont été classés comme ayant vécu un tel épisode (et donc comme souffrant de trouble bipolaire I) à un moment donné au cours de leur vie et

35 848 n'avaient pas d'antécédents de ce trouble. Un total de 198 participants (0,5 %) ont été exclus de l'analyse parce que leurs réponses n'ont pas fourni suffisamment de renseignements pour permettre de déterminer s'ils étaient atteints de trouble bipolaire I.

Une analyse de régression logistique multiple a servi à examiner les associations entre certaines variables liées au soutien social et à l'emploi chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I. Le modèle a permis de tenir compte de l'effet des facteurs disponibles dans les données de l'ESCC qui sont manifestement liés au trouble bipolaire et qui pourraient influencer sur la probabilité d'emploi, soit les caractéristiques démographiques et socioéconomiques, les états comorbides, le traitement reçu et l'âge au moment de l'apparition du trouble bipolaire I. Les variables mesurant quatre dimensions de l'accès au soutien social, soit l'affection, le soutien émotionnel ou informationnel, l'interaction sociale et le soutien concret étaient d'intérêt particulier. Une analyse préliminaire a indiqué une forte corrélation entre ces quatre variables.

Coefficients de corrélation de Pearson entre les variables de soutien social

	Affection	Soutien émotionnel et informationnel	Interaction sociale positive	Soutien concret
Affection	1,00			
Soutien émotionnel et informationnel	0,75	1,00		
Interaction sociale positive	0,79	0,83	1,00	
Soutien concret	0,65	0,69	0,69	1,00

Étant donné la possibilité de multicollinéarité, chaque variable de soutien social a été entrée séparément dans le modèle tenant compte de l'effet de toutes les variables, les résultats ont été notés, puis les quatre variables ont été entrées simultanément.

Toutes les estimations et les analyses étaient fondées sur des données pondérées reflétant la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile de 15 ans et plus dans les 10 provinces en 2002. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*¹³⁻¹⁵.

est également considérable¹⁶⁻¹⁸. Selon les recherches menées aux États-Unis, plus de la moitié des personnes atteintes de trouble bipolaire ont fait une tentative de suicide ou ont sérieusement pensé à se suicider¹⁷.

Outre ses effets négatifs sur le fonctionnement physique et social, le trouble bipolaire entraîne des coûts indirects qui comprennent le manque à gagner attribuable à une diminution de l'emploi et à une plus faible productivité. Selon les recherches fondées sur les données de la National Comorbidity Study menée aux États-Unis, le coût moyen par cas en 1998 s'établissait à environ 112 000 \$ (US), portant le total des coûts indirects au cours de la vie à 10,7 milliards de dollars (US)¹⁸.

Néanmoins, la majorité des personnes atteintes de trouble bipolaire I ont un emploi. Quoique le travail revête un rôle de très grande importance dans la société contemporaine, il existe peu de recherches sur les caractéristiques qui différencient les personnes atteintes de trouble bipolaire I qui réussissent à conserver un emploi de celles qui n'y parviennent pas. En outre, certaines études antérieures ont porté sur des échantillons cliniques de petite taille, d'où l'impossibilité de savoir dans quelle mesure les résultats peuvent être généralisés et appliqués à la population dans son ensemble^{19,20}.

Les données tirées récemment du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être fournissent pour la première fois l'occasion d'étudier le trouble bipolaire I au Canada à partir de données fondées sur la population. Le présent article porte plus particulièrement sur les facteurs associés à l'emploi chez les personnes qui sont atteintes de ce trouble (voir *Méthodologie* et *Définitions*). Dans la présente analyse, l'expression « trouble bipolaire I » s'applique aux personnes qui ont vécu au moins un épisode maniaque à un moment donné au cours de leur vie. Même si les critères établis dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*² excluent les épisodes maniaques dus aux effets d'une substance toxique donnant lieu à un abus, d'un médicament, d'autres traitements de la dépression ou de l'exposition à une substance toxique, ou encore aux effets psychologiques directs d'une affection médicale, les personnes dont les épisodes étaient dus à ces causes sont incluses dans la présente analyse (voir *Limites*).

Symptômes

Les participants à l'ESCC devaient satisfaire à certains critères pour être considérés comme souffrant d'un

trouble bipolaire I. Ainsi, ils devaient avoir eu à un moment donné au cours de leur vie une période d'au moins une semaine durant laquelle leur humeur était exaltée et expansive de façon anormale et persistante. Ils pouvaient aussi avoir eu une période de même longueur durant laquelle ils étaient si irritables qu'ils ont été à l'origine de disputes, ont crié après les gens ou les ont frappés. Ce comportement devait être suffisamment prononcé pour causer une altération des activités quotidiennes normales, du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations avec les autres ou au point de nécessiter une hospitalisation. Les participants devaient aussi avoir manifesté au moins trois des symptômes suivants (quatre si leur humeur était seulement irritable) : augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur, réduction du besoin de sommeil, plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment, sensation que les pensées défilent, distractibilité, augmentation de l'activité, agitation ou sociabilité accrues et engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables comme faire des achats impulsifs, avoir des rapports sexuels à risque et conduire imprudemment un véhicule (voir *Annexe*). Les personnes qui satisfaisaient à ces critères ont été classées dans la catégorie des personnes ayant vécu un « épisode maniaque ».

Plus d'un demi-million de personnes atteintes

En 2002, environ 589 000 Canadiens de 15 ans et plus (2,4 %) ont déclaré avoir déjà éprouvé au cours de leur vie des symptômes correspondant à un épisode maniaque. Aux États-Unis, les pourcentages de personnes souffrant de trouble bipolaire I sont plus faibles, allant de 1,0 % à 1,6 %, tandis que dans la plupart des autres pays ils vont de 0,2 % à 1,9 %^{1,21,22}. L'estimation à l'égard du Canada reste toutefois légèrement inférieure à celle de la Hongrie (3 %)²³. L'estimation plus élevée de l'ESCC pourrait s'expliquer en partie par l'inclusion de personnes dont les épisodes maniaques étaient peut-être induits par une substance ou dus à des affections autres que le trouble bipolaire I (voir *Annexe* et *Limites*). L'exclusion de ces cas donne une estimation de 1,96 % (données non présentées), mais même ce chiffre dépasse la plupart des observations faites ailleurs. Comme l'a suggéré un récent rapport américain, la prévalence réelle du trouble bipolaire I peut être plus élevée que celle estimée précédemment²⁴.

La proportion de personnes atteintes ne diffère pas sensiblement entre les hommes et les femmes,

Définitions

Voir l'*Annexe* pour les définitions du trouble bipolaire I, du trouble dépressif majeur, du trouble panique, de la dépendance à l'égard de l'alcool et de la dépendance à l'égard des drogues illicites.

Quatre *groupes d'âge* ont été établis pour les besoins des estimations de la prévalence selon l'âge du participant au moment de l'entrevue, soit 15 à 24 ans, 25 à 39 ans, 40 à 54 ans et 55 ans et plus. Pour les totalisations croisées et la modélisation par régression multiple utilisant des variables liées au statut matrimonial, au niveau de scolarité, au revenu du ménage et à l'emploi, l'analyse n'a porté que sur les participants de 25 à 64 ans. Dans ces cas, les groupes d'âge utilisés étaient 25 à 39 ans, 40 à 54 ans et 55 à 64 ans.

L'*âge au moment de la première apparition* des symptômes a été déterminé en demandant aux participants quel âge ils avaient au moment de leur premier épisode maniaque. Dans le cas des personnes qui avaient également vécu au moins un épisode dépressif majeur, l'âge au moment de la première apparition des symptômes a été défini comme étant l'âge au moment du premier épisode majeur, si cet âge était inférieur à celui au moment du premier épisode maniaque.

Le *statut matrimonial* a été défini de manière à distinguer les personnes vivant dans une relation de celles qui n'étaient pas mariées, ou celles vivant avec un partenaire de celles qui n'avaient jamais été mariées ou qui étaient séparées, divorcées ou veuves.

Les participants ont été regroupés en quatre catégories établies pour définir le *niveau de scolarité* selon le plus haut niveau atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les participants ont été classés comme *occupés* s'ils travaillaient à un emploi ou à une entreprise ou s'ils avaient un emploi ou une entreprise dont ils étaient absents la semaine précédant l'entrevue.

Le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes évalue quatre dimensions de l'accès au *soutien social*, en utilisant une version abrégée des mesures utilisées dans la Medical Outcomes Study (MOS)²⁵ :

- *Affection* : témoignages d'amour autant que d'affection.
- *Soutien émotionnel et informationnel* : expression d'affects positifs, empathie et encouragement à exprimer ses renseignements; et le fait d'offrir des conseils, de l'information, de l'orientation ou de la rétroaction.
- *Interaction sociale positive* : le fait d'avoir une personne avec qui avoir du bon temps.
- *Soutien concret* : le fait de fournir de l'aide matérielle ou de l'aide en matière de comportement.

Pour toutes les questions servant à mesurer le soutien social, l'entrée en matière était la même, soit : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? » Les réponses à chaque question se sont vu accorder une cote selon la mesure dans laquelle le participant avait accès au soutien : « Jamais (cote 0) », « Rarement (1) », « Parfois (2) », « La plupart du temps (3) » et « Tout le temps (4) ».

Les éléments utilisés pour mesurer l'*affection* étaient :

- une personne qui vous témoigne de l'amour et de l'affection
- une personne pour vous serrer dans ses bras
- une personne qui vous aime et qui donne le sentiment d'être désiré(e)

La somme maximale des scores pour ces éléments était 12.

Les éléments utilisés pour mesurer le *soutien émotionnel et informationnel* étaient :

- une personne qui vous écoute quand vous avez besoin de parler
- une personne qui vous conseille en situation de crise
- une personne pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez
- une personne à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes
- une personne dont vous recherchez vraiment les conseils
- une personne à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes
- une personne à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel
- une personne qui comprend vos problèmes

Le score maximal pour ces éléments était 32.

Les éléments utilisés pour mesurer l'*interaction sociale positive* étaient :

- une personne avec qui partager du bon temps
- une personne avec qui vous détendre

- une personne avec qui faire des activités distrayantes
- une personne avec qui faire des choses agréables

Le score maximal pour ces éléments était 16.

Les éléments utilisés pour mesurer le *soutien concret* étaient :

- une personne pour vous aider lorsque vous devez garder le lit
- une personne pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin
- une personne pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire
- une personne pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade

Le score maximal pour ces éléments était 16.

Pour chacune des quatre dimensions du soutien social, une variable a été dérivée et fondée sur la somme des scores attribués aux réponses pour les divers éléments, dans chaque dimension. Pour faciliter l'interprétation dans les analyses univariées et bivariées, chaque variable a été dichotomisée comme suit : les participants qui ont répondu « jamais » ou « rarement » à une question ont été classés comme ayant accès à un « faible » niveau de soutien social dans la dimension dans laquelle se situait l'élément. Les participants qui ont répondu « parfois », « la plupart du temps » ou « tout le temps » ont été classés comme ayant accès à un niveau de soutien social « élevé ». Les variables de soutien social ont été utilisées dans leur forme continue (selon la somme des scores obtenus) dans les modèles de régression multiple.

L'*asthme* et la *migraine* ont été mesurés en posant aux participants des questions sur les « problèmes de santé de longue durée », soit les états qui dureraient ou devaient durer six mois ou plus et qui avaient été « diagnostiqués par un professionnel de la santé ». Les intervieweurs ont lu une liste de problèmes comprenant l'asthme et la migraine.

L'*obésité* a été évaluée en utilisant l'indice de masse corporelle (IMC) selon les données autodéclarées portant sur la taille et le poids. L'IMC se calcule en divisant le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Selon les normes de l'Organisation mondiale de la santé, les participants dont l'IMC était de 30,0 ou plus ont été classés comme étant obèses²⁶.

La *dépendance en ce qui concerne les activités de la vie quotidienne (personnelles ou instrumentales)* a été déterminée en posant aux participants les questions suivantes : « À cause d'un état physique ou un état mental ou un problème de santé, avez-vous besoin d'aide d'une autre personne : ... pour préparer les repas? ... pour vous rendre à des rendez-vous ou faire des commissions comme l'épicerie? ... pour accomplir les tâches ménagères quotidiennes? ... pour faire des gros travaux d'entretien comme faire le ménage du printemps ou travailler dans la cour? ... pour vos soins personnels comme vous laver, vous habiller, manger ou prendre des médicaments? ... pour vous déplacer dans la maison? ... pour vous occuper de vos finances personnelles comme faire des transactions bancaires ou des paiements de factures? » Les participants qui ont répondu « oui » à l'une quelconque de ces questions ont été classés comme dépendant d'autres personnes pour les activités de la vie quotidienne.

Les *consultations d'un psychiatre, d'un médecin de famille ou d'un psychologue* ont été évaluées en posant aux participants la question suivante : « Au cours de votre vie, parmi les professionnels suivants, lesquels avez-vous déjà consultés, en personne ou par téléphone, au sujet de vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? » L'intervieweur a lu aux participants une liste comprenant « psychiatre », « médecin de famille ou omnipraticien » et « psychologue ».

L'utilisation d'un *médicament régulateur de l'humeur* durant la dernière année a été déterminée en posant aux participants les questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris des régulateurs de l'humeur (tels que lithium ou Tegretol®)? »

L'*hospitalisation au cours de la dernière année pour des problèmes de santé mentale* a été établie en posant aux participants la question suivante : « Avez-vous déjà été hospitalisé(e) pendant une nuit ou plus dans n'importe quel genre de centre de soins de santé pour recevoir de l'aide pour des problèmes reliés à vos émotions, votre santé mentale ou votre consommation d'alcool ou de drogues? La question « Quand était-ce? » a été posée aux participants qui ont répondu « Oui ».

résultat invariablement observé dans d'autres populations^{1,27-30}.

Trouble plus courant au début de l'âge adulte

Bien qu'on puisse s'attendre à ce que la prévalence du trouble bipolaire I au cours de la vie augmente avec l'âge, et donc à ce qu'elle soit plus élevée dans le groupe le plus âgé, il n'en est rien en réalité. En fait, les personnes plus jeunes sont beaucoup plus susceptibles que les personnes plus âgées de déclarer des symptômes de trouble bipolaire I au cours de la vie. Environ 3 % des personnes de 15 à 24 ans avaient éprouvé des symptômes correspondant à ce trouble, soit un pourcentage trois fois plus élevé que celui associé aux personnes de 55 ans et plus (graphique 1). Un profil similaire a aussi été observé dans d'autres études³¹. Selon ces dernières, ce phénomène pourrait tenir en partie au risque accru de mortalité associé au trouble bipolaire. D'autres explications possibles comprennent un biais de déclaration lié à l'âge (les jeunes personnes aujourd'hui peuvent être moins réticentes à divulguer des comportements associés à un épisode maniaque) et un effet de cohorte (pour une raison quelconque, peut-être la consommation de substances, les personnes plus jeunes courent maintenant un risque plus élevé de vivre des épisodes maniaques que les générations précédentes). Les différences dans la

déclaration peuvent tenir également à des erreurs de mémoire.

Le premier épisode caractérisant ce trouble survient habituellement au début de la vie. À cet égard, 41 % des personnes atteintes de trouble bipolaire I au cours de la vie ont déclaré que leur premier épisode maniaque (ou premier épisode dépressif majeur chez celles qui ont vécu l'un et l'autre) est survenu avant 17 ans. L'âge médian au moment de l'apparition de la maladie était 19 ans (données non présentées). Un âge également jeune au moment de l'apparition de l'affection a été signalé dans d'autres études^{27,28,32,34}.

Autres troubles mentaux

Dans la fourchette de 25 à 64 ans, qui correspond aux années habituelles d'activité sur le marché du travail, le taux global de prévalence du trouble bipolaire I au cours de la vie en 2002 était de 2,6 %, ce qui représente quelque 444 000 personnes. Le trouble bipolaire I n'était pas le seul problème d'ordre mental ou émotionnel avec lequel bon nombre de ces personnes se trouvaient aux prises. Ces personnes étaient en effet beaucoup plus susceptibles que leurs contemporains ne souffrant pas de ce trouble d'être atteintes d'autres problèmes psychiatriques, comme en témoignent les résultats d'études antérieures^{1,9,18,29,35-40}.

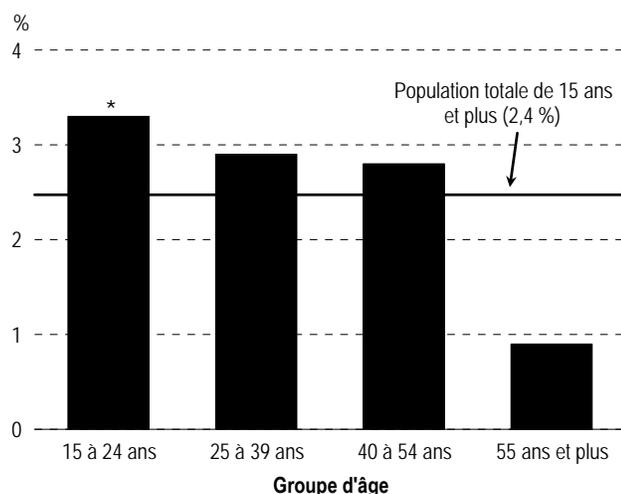
Le trouble bipolaire I s'accompagne souvent de dépression. Or il semble assez étonnant de constater que seulement 56 % des personnes souffrant de ce trouble aient vécu au moins un épisode dépressif majeur au cours de leur vie. Cependant, cette proportion est nettement supérieure à celle du reste de la population (13 %) (tableau 1). Les chiffres correspondants pour le trouble panique sont 22 % et 4 %. En outre, des proportions significativement plus élevées de personnes atteintes de trouble bipolaire I présentaient une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

Une part relativement importante de personnes souffrant de trouble bipolaire I se sont adressées à un professionnel de la santé pour leurs problèmes de santé émotionnelle ou mentale, ou pour un problème de consommation abusive d'alcool ou de drogue. Plus des deux tiers (69 %) ont consulté un médecin de famille, un psychiatre ou un psychologue, comparativement à tout juste un peu plus du cinquième des personnes non atteintes de ce trouble (données non présentées). Beaucoup ont consulté plus d'un type de professionnel : 59 %, un médecin de famille, 46 %, un psychiatre et 33 %, un psychologue.

Toutefois, près du tiers des personnes présentant des symptômes correspondant à un épisode

Graphique 1

Prévalence du trouble bipolaire I au cours de la vie, selon le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour 55 ans et plus ($p < 0,05$).

Tableau 1
Certaines caractéristiques de la population à domicile de 25 à 64 ans, selon la présence de trouble bipolaire I au cours de la vie, Canada, territoires non compris, 2002

	Population totale de 25 à 64 ans	Trouble bipolaire I au cours de la vie	
		Oui	Non
	%	%	%
Épisode dépressif majeur au cours de la vie	13,8	56,3*	12,6
Trouble panique au cours de la vie	4,4	22,2*	3,9
Dépendance à l'alcool	2,0	11,8*	1,8
Dépendance aux drogues illicites	0,5	5,3 ^{E1}	0,4
Consultation de professionnels de la santé mentale au cours de la vie			
Médecin de famille	17,2	58,6*	16,1
Psychiatre	9,1	46,0*	8,1
Psychologue	9,5	33,4*	8,9
A pris des régulateurs de l'humeur au cours de la dernière année	1,3	13,6*	0,9
A été hospitalisé(e) pour des problèmes de santé mentale au cours de la dernière année	0,5	4,4 ^{E1}	0,4
Asthme	7,8	15,4 ^{E1}	7,6
Migraine	12,1	25,1*	11,8
Obésité	17,5	23,7*	17,4
Dépendance pour les AVQ/AIVQ	10,0	22,7*	9,7
Soutien social			
Faible affection	7,5	20,3*	7,2
Faible soutien émotionnel et informationnel	13,9	29,6*	13,5
Faible interaction sociale positive	7,5	18,2*	7,3
Faible soutien concret	12,9	25,9*	12,5
Marié(e)/vit avec un(e) conjoint(e)	74,5	50,1*	75,2
Jamais marié(e)/séparé(e)/divorcé(e)	23,9	47,3*	23,3
Études postsecondaires partielles	6,6	10,4*	6,5
Diplôme d'études postsecondaires	56,4	49,0*	56,6
Occupait un emploi au cours de la semaine précédente	77,6	68,8*	77,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les personnes non atteintes de trouble bipolaire I ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

maniaque n'ont pas consulté un professionnel pour se faire soigner. Il se peut que celles qui n'ont pas pris de dispositions pour se faire traiter éprouvaient des symptômes qui ne satisfaisaient pas intégralement aux critères d'un épisode maniaque. Pourtant, même après exclusion des personnes dont les épisodes maniaques étaient attribuables à une autre cause (consommation d'une substance donnant lieu à un abus, médicament, autres traitements de la dépression, exposition à une substance toxique ou effets psychologiques directs d'une affection

médicale), l'estimation du pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel de la santé demeure presque inchangée (données non présentées).

Bien entendu, les personnes souffrant de trouble bipolaire I étaient également plus susceptibles que celles non atteintes de ce trouble d'avoir pris des régulateurs de l'humeur. Les cas d'hospitalisation étaient rares : environ 1 personne sur 25 a été hospitalisée pour des problèmes de santé mentale au cours de la dernière année.

Problèmes de santé chroniques

Les personnes souffrant de trouble bipolaire I étaient plus susceptibles d'avoir non seulement de nombreux autres problèmes mentaux ou émotionnels, mais aussi une prévalence étonnamment élevée de certains problèmes de santé. Par exemple, 15 % souffraient d'asthme, soit presque le double des personnes non atteintes de trouble bipolaire I (8 %). En outre, elles étaient près de deux fois plus susceptibles d'avoir des migraines (25 % comparativement à 12 %) et elles étaient sensiblement plus susceptibles d'être obèses (24 % comparativement à 17 %). Ces résultats s'apparentent à ceux d'études antérieures^{10,31,40-47}.

Il est plus courant pour les personnes atteintes de trouble bipolaire I d'avoir besoin d'aide pour leurs soins personnels (prendre un bain ou s'habiller) ou pour les activités instrumentales de la vie quotidienne (préparer les repas, faire les courses d'épicerie ou les achats liés à d'autres nécessités de la vie, accomplir les tâches ménagères, payer les factures). Près du quart (23 %) avaient besoin de l'aide d'une autre personne pour ce type d'activité, comparativement à 10 % des personnes ne souffrant pas de ce trouble.

Le soutien social est moins disponible

Même si elles ont davantage besoin d'aide, les personnes souffrant de trouble bipolaire I reçoivent comparativement peu de soutien social. Pour chacune des quatre dimensions mesurées, soit affection, soutien émotionnel et informationnel, interaction sociale positive et soutien concret, la proportion de personnes qui ont déclaré n'avoir « jamais » accès au soutien social ou n'y avoir accès que « rarement » était plus du double de la proportion correspondante chez les personnes ne souffrant pas de trouble bipolaire I (tableau 1).

Le faible accès au soutien social peut tenir en partie à l'état matrimonial. La probabilité de ne s'être jamais marié(e) ou d'être séparé(e) ou divorcé(e) était considérablement plus élevée chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I que chez celles qui n'en souffraient pas. Cela reflète vraisemblablement les effets négatifs du trouble sur les relations intimes.

Même si environ la moitié (49 %) des personnes de 25 à 64 ans atteintes de trouble bipolaire I avaient un diplôme d'études postsecondaires, cette proportion était inférieure à celle de leurs contemporains qui ne souffraient pas de ce trouble (57 %). En outre, 10 % des personnes atteintes de trouble bipolaire I avaient entrepris des études postsecondaires mais ne les avaient pas achevées, comparativement à 7 % des

personnes non atteintes de ce trouble. De nouveau, ces résultats peuvent témoigner des effets perturbateurs de ce trouble.

La majorité travaille

La difficulté à occuper un emploi est une autre conséquence négative du trouble bipolaire I¹⁰. Selon les résultats de l'ESCC, les personnes de 25 à 64 ans

Tableau 2

Pourcentage de personnes de 25 à 64 ans souffrant de trouble bipolaire I qui occupaient un emploi au cours de la semaine précédente, selon l'accès au soutien social et certaines autres caractéristiques, population à domicile, Canada, territoires non compris, 2002

	%		%
Total	68,8	A consulté un psychiatre au sujet de problèmes émotionnels ou mentaux[‡]	
Hommes [†]	76,1	Oui	63,6
Femmes	60,9*	Non [†]	73,0
Accès au soutien social		A consulté un psychologue au sujet de problèmes émotionnels ou mentaux[‡]	
<i>Affection</i>		Oui	70,7
Faible	51,3*	Non [†]	67,7
Élevé [†]	73,0	A pris des médicaments régulateurs de l'humeur au cours de la dernière année	
<i>Soutien émotionnel et informationnel</i>		Oui	54,3*
Faible	55,4*	Non [†]	71,0
Élevé [†]	73,9	A été hospitalisé(e) pour problèmes émotionnels ou mentaux au cours de la dernière année	
<i>Interaction sociale positive</i>		Oui	F
Faible	50,2*	Non [†]	70,8
Élevé [†]	72,8	Asthme	
<i>Soutien concret</i>		Oui	56,3*
Faible	51,3*	Non [†]	71,0
Élevé [†]	74,7	Migraine	
Groupe d'âge		Oui	57,7*
25 à 39 ans [†]	71,4	Non [†]	72,9
40 à 54 ans	71,4	Obésité	
55 à 64 ans	48,9*	Oui	69,2
Apparition de symptômes avant 17 ans		Non [†]	68,6
Oui	65,8	Dépendance pour les AVQ/AIVQ	
Non [†]	69,9	Oui	45,0*
Épisode dépressif majeur au cours de la vie		Non [†]	75,6
Oui	60,5*	État matrimonial	
Non [†]	78,8	Jamais marié(e)/divorcé(e)/séparé(e)	64,4
Trouble panique au cours de la vie		Marié(e)/vit avec un(e) conjoint(e) [†]	73,1
Oui	65,3	Niveau de scolarité	
Non [†]	70,8	Pas de diplôme d'études secondaires	47,5*
Dépendance à l'alcool		Diplôme d'études secondaires	75,9
Oui	65,5	Études secondaires partielles	69,9
Non [†]	69,3	Diplôme d'études postsecondaires [†]	74,9
Dépendance aux drogues illicites		A consulté un médecin de famille au sujet de problèmes émotionnels ou mentaux[‡]	
Oui	49,1* ^{E1}	Oui	64,4*
Non [†]	70,0	Non [†]	74,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

† Catégorie de référence.

‡ Au cours de la vie.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

souffrant de ce trouble étaient moins susceptibles de travailler que celles n'en souffrant pas, soit 69 % comparativement à 78 %. Cependant, le résultat peut-être le plus important, étant donné les conséquences de l'affection sur le plan du comportement et des activités normales ainsi que les effets négatifs des états comorbides qui sont beaucoup plus prévalents, est qu'une forte majorité de personnes souffrant de trouble bipolaire I travaillent. Qu'est-ce qui distingue les personnes qui travaillent de celles qui ne travaillent pas? Lorsque les variables sociales, psychologiques, physiques et de soins de santé sont prises en compte ensemble, relativement peu de facteurs se dégagent ayant une association indépendante avec l'emploi, dont l'un des plus importants est le soutien social.

Soutien et travail

Chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I au cours de la vie, la probabilité d'emploi est significativement plus élevée chez celles qui se situent à un niveau plus élevé pour chacune des quatre dimensions du soutien social (tableau 2). Ces résultats sont similaires à ceux du petit nombre d'études portant sur la relation entre le travail et le soutien social chez les malades atteints de trouble bipolaire^{19,20}.

Lorsque chaque variable de soutien social est incluse séparément dans un modèle de régression multiple qui permet de tenir compte des effets des caractéristiques sociodémographiques, des états comorbides, de l'âge au moment de l'apparition de la maladie et du traitement, l'association avec l'emploi se maintient (données non présentées). Toutefois, lorsque les quatre variables sont prises en compte simultanément, seule s'avère significative la relation avec le soutien concret, soit se savoir en mesure de pouvoir compter sur l'aide de quelqu'un lors d'une période d'alitement ou, au besoin, lors d'une visite chez le médecin, ou encore lors de la préparation des repas ou de l'accomplissement des tâches ménagères (tableau 3). Il semble donc que certains aspects du soutien émotionnel, social et interpersonnel soient implicites dans le soutien concret (ce dont attestent les fortes corrélations entre les quatre variables — voir *Méthodologie*), mais que le soutien concret offre un autre avantage indépendant. Ce soutien a été mesuré sur une échelle allant de 0 à 16. En moyenne, chaque augmentation du score attribué au soutien concret augmente de 15 % la cote exprimant la possibilité d'avoir un emploi.

Obstacles

Un certain nombre d'autres variables étaient liées à l'emploi chez les personnes atteintes de trouble bipolaire I. Les personnes souffrant de migraine ou

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le soutien social ainsi que certaines autres caractéristiques et l'emploi au cours de la semaine précédente, population à domicile de 25 à 64 ans souffrant de trouble bipolaire I, Canada, territoires non compris, 2002

	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Sexe		
Hommes	2,0*	1,0-3,8
Femmes [†]	1,0	...
Soutien social		
Affection [†]	1,0	0,9-1,2
Soutien émotionnel et informationnel [†]	1,0	0,9-1,1
Interaction sociale positive [†]	1,0	0,9-1,2
Soutien concret [†]	1,2*	1,0-1,3
Groupe d'âge		
25 à 39 ans [†]	1,0	...
40 à 54 ans	1,0	0,5-2,1
55 à 64 ans	0,3*	0,1-0,7
Caractéristiques psychiatriques		
Apparition des symptômes avant 17 ans	0,8	0,4-1,7
Épisode dépressif majeur au cours de la vie	0,5*	0,2-1,0
Trouble panique au cours de la vie	1,5	0,7-3,2
Dépendance à l'alcool	1,1	0,3-3,9
Dépendance aux drogues illicites	0,4	0,1-1,4
Consultation de professionnels de la santé mentale au cours de la vie		
Médecin de famille	0,8	0,3-1,8
Psychiatre	1,2	0,5-3,0
Psychologue	1,9	0,9-3,8
A pris des régulateurs de l'humeur au cours de la dernière année	0,5	0,2-1,3
A été hospitalisé(e) pour des problèmes de santé mentale au cours de la dernière année	0,2*	0,0-0,8
Problèmes de santé chroniques		
Asthme	0,6	0,3-1,4
Migraine	0,4*	0,2-0,9
Obésité	1,6	0,8-3,5
Dépendance pour les AVQ/AIVQ	0,5	0,2-1,1
État matrimonial		
Jamais marié(e)/séparé(e)/divorcé(e) [†]	1,0	...
Marié(e)/vit avec un(e) conjoint(e)	1,3	0,6-2,7
Niveau de scolarité		
Pas de diplôme d'études secondaires	0,2*	0,1-0,5
Diplôme d'études secondaires	1,0	0,4-2,3
Études postsecondaires partielles	0,5	0,2-1,5
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Modèle fondé sur les enregistrements de 620 participants satisfaisant aux critères de trouble bipolaire I (défini comme étant un épisode dépressif majeur au cours de la vie et un épisode maniaque au cours de la vie) et pour lesquels des données sur les variables incluses dans le modèle étaient disponibles. Les chiffres ayant été arrondis, certains rapports de cotes pour lesquels la limite supérieure ou inférieure de l'intervalle de confiance est 1,0 sont statistiquement significatifs.

[†] Catégorie de référence. Lorsqu'il n'y a pas d'indication, la catégorie de référence est l'absence de la caractéristique; par exemple, la catégorie de référence pour "dépendance à l'alcool" est pas de dépendance à l'alcool.

[‡] Utilisée comme variable continue dans le modèle.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Limites

Bien que des versions antérieures de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) aient été validées pour utilisation aux fins d'enquêtes axées sur la collectivité, la nouvelle version utilisée pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) n'a pas encore été validée intégralement. Par conséquent, on ne sait pas dans quelle mesure les évaluations cliniques faites par les professionnels de la santé correspondent à celles fondées sur les résultats de l'ESCC.

Il est précisé dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*² que les personnes dont les épisodes maniaques étaient dus aux effets d'une substance donnant lieu à un abus, d'un médicament, d'autres traitements de la dépression, d'une exposition à une substance toxique ou des effets directs d'une affection médicale ne devraient pas être classées au nombre des personnes souffrant de trouble bipolaire I⁴⁷. Ces exclusions n'ont pas été retenues aux fins de la présente analyse compte tenu des conseils des experts cliniques qu'a reçus Statistique Canada et selon lesquels les causes externes d'épisodes affectifs ne peuvent être évaluées que par des diagnosticiens qualifiés dans le cadre d'entrevues personnelles et non par des intervieweurs non professionnels. L'inclusion de personnes qui auraient été exclues selon les critères du DSM-IV gonfle à un degré inconnu l'estimation de la prévalence du trouble bipolaire I et en limite la comparabilité sur le plan international.

En raison de l'enchaînement des questions durant l'interview de l'ESCC, certaines personnes dont l'épisode maniaque était caractérisé par une « humeur irritable », comme cela est précisé au critère A du DSM-IV (voir l'*Annexe*)², sont exclues de la variable dérivée utilisée pour l'épisode maniaque. L'algorithme pour l'ESCC exclut les personnes qui ont répondu aux questions de dépistage portant sur l'épisode maniaque selon qu'elles avaient eu une période distincte où elles s'étaient senties « excitées et pleine d'énergie » et une période durant laquelle elles étaient irritables, d'humeur grincheuse ou de mauvaise humeur, mais qui ont ensuite nié avoir éprouvé des symptômes spécifiques de manie (« le fait d'être plus bavard, avoir besoin de très peu de sommeil, être très agité, faire des achats impulsifs, et agir d'une manière qui leur paraîtrait normalement inappropriée... »), même si elles ont éprouvé des symptômes correspondant à une irritabilité extrême. Cette exclusion a pour effet de limiter la validité externe des résultats de l'analyse.

Les données recueillies dans le cadre de l'interview de l'ESCC n'ont pas permis de distinguer un épisode maniaque d'un épisode « mixte » (caractérisé par une période, habituellement d'une semaine, au cours de laquelle sont présents à la fois les critères

d'un épisode maniaque et ceux d'un épisode dépressif majeur)². Toutefois, comme les critères de trouble bipolaire I comprennent soit un épisode maniaque soit un épisode mixte, cette limite de l'outil d'enquête n'a probablement pas eu d'effet sur l'estimation de la prévalence.

Selon les résultats de recherches antérieures, le trouble bipolaire peut être confondu avec la dépression étant donné la longue période (jusqu'à 15 ans) qui peut s'écouler avant que ne survienne un épisode maniaque^{24,48}. Par conséquent, certains participants qui ne satisfaisaient qu'aux critères de l'épisode dépressif majeur ont peut-être été classés incorrectement. Ces classifications incorrectes affaibliraient les associations entre les variables dépendantes et indépendantes.

Plusieurs études antérieures ont signalé que, chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I, la capacité de fonctionner au travail est altérée ou se détériore au fil du temps, même si elles peuvent continuer d'occuper un emploi^{6,10-12,20,24}. Toutefois, l'ESCC ne fournit pas de mesure sur le rendement au travail. En outre, des données n'ont pas été recueillies sur les autres facteurs qui influent sur la probabilité de travailler. Par exemple, la capacité cognitive, qui peut se détériorer chez les personnes souffrant de trouble bipolaire I^{49,50}, et le nombre d'épisodes maniaques ou dépressifs antérieurs n'ont pu être pris en compte. Les effets de pareilles omissions sont inconnus.

Les effets de l'exclusion de 198 participants (0,5 % du total) qui n'ont pas fourni de renseignements sur les épisodes maniaques sont inconnus. Si la prévalence du trouble bipolaire I était plus élevée chez les membres de ce groupe que chez les participants qui ont fourni des renseignements complets, il en résulterait un biais, mais l'effet serait minime étant donné le petit nombre de personnes en cause.

Les périodes de référence diffèrent pour certaines des variables considérées ensemble. Par exemple, le soutien social et l'emploi au moment de l'enquête ont été examinés par rapport à des antécédents de trouble bipolaire au cours de la vie. Malgré les fortes associations négatives avec le trouble bipolaire qui se sont dégagées, les relations observées pourraient être attribuables à de nombreux autres facteurs.

L'analyse se fonde sur des données transversales qui permettent d'observer les associations entre variables à un moment donné. Ni un lien de causalité ni l'ordonnement temporel des événements ne peuvent être déduits des données. Par exemple, il est impossible de déterminer si le soutien social concret précède ou suit l'emploi chez les personnes qui ont vécu un épisode maniaque.

d'asthme, ayant une dépendance aux drogues illicites ou qui avaient besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne étaient moins susceptibles de travailler (tableau 2). Toutefois, lorsque d'autres facteurs d'influence sont pris en compte dans l'analyse par régression multiple, seule l'association négative avec la migraine persiste (tableau 3).

Les personnes atteintes de trouble bipolaire I auquel sont associés des épisodes dépressifs majeurs étaient moins susceptibles de travailler. Pareils antécédents pourraient indiquer la présence de symptômes plus graves et une plus longue période nécessaire pour se rétablir entre les épisodes⁵¹.

L'hospitalisation au cours des 12 derniers mois associée au traitement d'un problème mental ou émotionnel entraîne également une diminution de la cote exprimant la possibilité de travailler. Ce résultat s'apparente en outre à celui d'études antérieures⁴⁹. Il se peut que la personne ait dû être hospitalisée en raison d'un épisode maniaque ou dépressif sévère, de sorte que l'association négative à l'emploi au moment de l'enquête n'est pas étonnante.

En outre, la cote exprimant la possibilité d'occuper un emploi était très faible parmi les personnes souffrant de trouble bipolaire I qui n'avaient pas terminé leurs études secondaires.

Même si l'apparition précoce du trouble bipolaire I, soit durant l'enfance ou l'adolescence, a été liée à des problèmes sociaux⁵², les résultats de l'ESCC ne montrent pas de relation entre l'apparition du trouble à un jeune âge et l'emploi. Lorsque tous les facteurs sont pris en compte, les personnes souffrant de trouble bipolaire I qui ont consulté des professionnels de la santé ou qui ont pris des régulateurs de l'humeur ne sont ni plus ni moins susceptibles de travailler que celles qui n'ont pas consulté de professionnels de la santé ou pris des régulateurs de l'humeur.

Mot de la fin

Selon les données de la première enquête visant à mesurer la santé mentale de la population à domicile du Canada, environ 24 personnes sur 1 000 ont déclaré avoir vécu au moins un épisode maniaque et plus de la moitié d'entre elles avaient également vécu un épisode dépressif majeur. Ces épisodes pouvaient dans certains cas être dus à un usage abusif de drogues ou d'alcool ou aux effets d'une affection médicale. Dans le cas d'une forte proportion de personnes, toutefois, les symptômes étaient vraisemblablement liés au trouble bipolaire I.

Selon des études antérieures, le trouble bipolaire I pourrait avoir un effet négatif sur les rôles sociaux et les relations interpersonnelles^{7,10}, même si les liens de cause à effet n'ont pas été bien établis et peuvent être réciproques⁵³. Les symptômes se manifestent tôt dans la vie et perturbent le fonctionnement social et professionnel. Les personnes souffrant de trouble bipolaire I sont moins susceptibles d'avoir terminé leurs études postsecondaires. Elles sont plus susceptibles d'avoir besoin de l'aide d'autres personnes pour les activités de la vie quotidienne et courent un risque particulièrement plus élevé de souffrir d'autres problèmes mentaux et physiques.

Malgré ces obstacles, la plupart des personnes en âge de travailler qui souffrent de trouble bipolaire I travaillent. À cet égard, celles qui estiment qu'une personne est en mesure de les aider en ce qui a trait aux nécessités pratiques de la vie peuvent jouir d'un avantage. Toutefois, environ une personne sur quatre atteintes de ce trouble a déclaré que cette aide est rarement disponible ou ne l'est pas du tout. Ainsi, offrir des services de soutien en matière de santé mentale, notamment l'accès à une aide concrète, pourrait aider à réduire les effets négatifs graves que peuvent avoir les symptômes de trouble bipolaire sur la possibilité de trouver et de conserver un emploi. ■

Références

1. D.M. Hilty, K.T. Brady et R.E. Hales, « A review of bipolar disorder among adults », *Psychiatric Services*, 50, 1999, p. 201-213.
2. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
3. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
4. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à : http://www.statcan.ca/français/concepts/health/cycle1_2/index.htm, document consulté le 11 mai 2004.
5. C.J.L. Murray et A.D. Lopez (publié sous la direction de), *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, Massachusetts, Harvard School of Public Health, 1996.
6. L.S. Kleinman, A. Lowin, E. Flood *et al.*, « Costs of bipolar disorder », *Pharmacoeconomics*, 21(9), 2003, p. 601-622.
7. G.M. MacQueen, L.T. Young, R.T. Joffe, « A review of psychosocial outcome in patients with bipolar disorder », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 103, 2001, p. 163-170.
8. R.G. Cooke, J.C. Robb, L.T. Young *et al.*, « Well-being and functioning in patients with bipolar disorder assessed using the MOS 20-ITEM short form (SF-20) », *Journal of Affective Disorders*, 39, 1996, p. 93-97.

9. L.M. Arnold, K.A. Witzeman et M.L. Swank, « Health-related quality of life using the SF-36 in patients with bipolar disorder compared with patients with chronic back pain and the general population », *Journal of Affective Disorders*, 57, 2000, p. 235-239.
10. J.R. Calabrese, R.M.A. Hirschfeld, M. Reed *et al.*, « Impact of bipolar disorder on a US community sample », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2003, p. 425-432.
11. W. Coryell, W. Scheftner, M. Keller *et al.*, « The enduring psychosocial consequences of mania and depression », *American Journal of Psychiatry*, 150(5), 1993, p. 720-727.
12. R.M. Post, K.D. Denicoff, G.S. Leverich, « Morbidity in 258 bipolar outpatients followed for 1 year with daily prospective ratings on the NIMH Life Chart Method », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2003, p. 680-690.
13. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
14. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
15. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, American Statistical Association, août 1999.
16. F. Angst, H.H. Stassen, P.F. Clayton *et al.*, « Mortality of patients with mood disorders: follow-up over 34-38 years », *Journal of Affective Disorders*, 68, 2002, p. 167-181.
17. T. Suppes, G.S. Leverich, P.E. Keck *et al.*, « The Stanley Foundation Bipolar Treatment Outcome Network II, Demographics and illness characteristics of the first 261 patients », *Journal of Affective Disorders*, 67, 2001, p. 45-59.
18. P.E. Keck, S.L. McElroy et L.M. Arnold, « Bipolar disorder », *Medical Clinics of North America*, 2001, 85(1), p. 645-661.
19. R.A. O'Connell, J.A. Mayo, L.K. Eng *et al.*, « Social support and long-term lithium outcome », *British Journal of Psychiatry*, 147, 1985, p. 272-275.
20. C. Hammen, M. Gitlin et L. Altshuler, « Predictors of work adjustment in bipolar I patients: A naturalistic longitudinal follow-up », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68(2), 2000, p. 220-225.
21. J.-P. Lépine, « Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety », *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 13), 2001, p. 4-10.
22. M. ten Have, W. Vollebergh, R. Bijl *et al.*, « Bipolar disorder in the general population in The Netherlands (prevalence, consequences and care utilisation): results from The Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS) », *Journal of Affective Disorders*, 2002, p. 203-213.
23. E. Szádóczy, Z. Papp, J. Vitrai *et al.*, « The prevalence of major depressive and bipolar disorders in Hungary », *Journal of Affective Disorders*, 50, 1998, p. 153-162.
24. R.M.A. Hirschfeld, L. Lewis et L.A. Vornik, « Perceptions and impact of bipolar disorder: How far have we really come? Results of the National Depressive and Manic-Depressive Association 2000 Survey of Individuals with Bipolar Disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2003, p. 161-174.
25. C.D. Sherbourne et A.L. Stewart, « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714.
26. Organisation mondiale de la santé, *Physical Status: The Use and Interpretation of Anthropometry, Report of the WHO Expert Committee* (WHO Technical Report Series, n° 854), Genève, 1995.
27. P. Waraich, E.M. Goldner et J.M. Somers, « Prevalence and incidence studies of mood disorders: A systematic review of the literature », *Revue canadienne de psychiatrie*, 49(2), 2004, p. 124-138.
28. M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Canino *et al.*, « Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder », *Journal of the American Medical Association (JAMA)*, 276(4), 1996, p. 293-299.
29. V. Hendrick, L.L. Altshuler, M.J. Gitlin *et al.*, « Gender and bipolar illness », *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 2000, p. 393-396.
30. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao *et al.*, « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States », *Archives of General Psychiatry*, 51, 1994, p. 8-19.
31. R.M.A. Hirschfeld, J.R. Calabrese, M.M. Weissman *et al.*, « Screening for bipolar disorder in the community », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2003, p. 53-59.
32. D.J. Kupfer, E. Frank et V.J. Grochocinski, « Demographic and clinical characteristics of individuals in a bipolar disorder case registry », *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 2002, p. 120-125.
33. C.E. Begley, J.F. Annegers, A.C. Swann *et al.*, « The lifetime cost of bipolar disorder in the US », *Pharmacoeconomics*, 19(5 Pt 1), 2001, p. 483-495.
34. P.M. Lewinsohn, J.R. Selley et D.N. Klein, « Bipolar disorders during adolescence », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(supplément 418), 2003, p. 47-50.
35. Y. Sasson, M. Chopra, E. Harrari *et al.*, « Bipolar comorbidity: from diagnostic dilemmas to therapeutic challenge », *International Journal of Neuropsychopharmacology*, 6, 2003, p. 139-144.
36. S. McElroy, L. Altshuler, T. Suppes *et al.*, « Axis I psychiatric comorbidity and its relationship to historical illness variables in 288 patients with bipolar disorder », *American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, p. 420-426.
37. M.A. Frye, L.L. Altshuler, S.L. McElroy, *et al.*, « Gender differences in prevalence, risk, and clinical correlates of alcoholism comorbidity in bipolar disorder », *American Journal of Psychiatry*, 160(5), 2003, p. 883-889.
38. S.M. Strakowski, M.P. DelBello, D.E. Fleck *et al.*, « The impact of substance abuse on the course of bipolar disorder », *Biological Psychiatry*, 48, 2000, p. 477-485.
39. R.D. Goodwin et C.W. Hoven, « Bipolar-panic comorbidity in the general population: prevalence and associated morbidity », *Journal of Affective Disorders*, 70, 2002, p. 27-33.
40. R.C. Kessler, R.M. Crum, L.A. Warner *et al.*, « Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 54, 1997, p. 313-321.
41. J.L. Elmslie, J.T. Silverstone, J.I. Mann *et al.*, « Prevalence of overweight and obesity in bipolar patients », *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 2000, p. 179-184.
42. A. Fagiolini, E. Frank, P.R. Houck *et al.*, « Prevalence of obesity and weight change during treatment in patients with bipolar I disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 63, 2002, p. 528-533.
43. O.B. Fasmer, « The prevalence of migraine in patients with bipolar and unipolar affective disorders », *Cephalalgia*, 21, 2001, p. 894-899.
44. R.D. Goodwin, F. Jacobi et W. Thefeld, « Mental disorders and asthma in the community », *Archives of General Psychiatry*, 60, 2003, p. 1125-1131.
45. P.E. Keck et S.L. McElroy, « Bipolar disorder, obesity, and pharmacotherapy-associated weight gain », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 2003, p. 1426-1435.

46. N.C.P. Low, G. Galbaud du Fort et P. Cervantes, « Prevalence, clinical correlates, and treatment of migraine in bipolar disorder », *Headache*, 43, 2003, p. 940-949.
47. T. Mahmood, S. Romans et T. Silverstone, « Prevalence of migraine in bipolar disorder », *Journal of Affective Disorders*, 52, 1999, p. 239-241.
48. J.F. Goldberg, M. Harrow et J.E. Whiteside, « Risk for bipolar illness in patients initially hospitalized for unipolar depression », *American Journal of Psychiatry*, 158, 2001, p. 1265-1270.
49. F.B. Dickerson, J.J. Boronow, C.R. Stallings *et al.*, « Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder », *Journal of Psychiatric Services*, 55(1), 2004, p. 54-58.
50. W. van Gorp, L. Altshuler, D.C. Théberge *et al.*, « Cognitive impairment in euthymic bipolar patients with and without prior alcohol dependence », *Archives of General Psychiatry*, 55, 1998, p. 41-46.
51. M.B. Keller, P.W. Lavori, W. Coryell *et al.*, « Bipolar I: A five-year prospective follow-up », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(4), 1993, p. 238-245.
52. J.D. Lish, S. Dime-Meenan, P.C. Whybrow *et al.*, « The National Depressive and Manic-depressive Association (DMDA) survey of bipolar members », *Journal of Affective Disorders*, 31, 1994, p. 281-294.
53. L.N. Robins et D.A. Regier (publié sous la direction de), *Psychiatric Disorders in America. The Epidemiologic Catchment Area Study*, New York, Free Press, 1991.

Trouble panique et comportements d'adaptation

- *Le trouble panique, caractérisé par des attaques récurrentes et imprévisibles de panique, touche davantage les femmes que les hommes.*
- *Le trouble frappe habituellement les personnes jeunes et se manifeste une première fois à l'âge moyen de 25 ans.*
- *Plusieurs comportements d'adaptation négatifs sont associés au trouble panique, y compris le repli sur soi, l'usage accru du tabac, la consommation d'alcool en réaction au stress ou la prise de drogues illicites.*

Résumé

Objectifs

Le présent article donne des estimations de la prévalence du trouble panique au sein de la population à domicile de 15 ans et plus. L'article examine également l'association entre le trouble panique et certaines mesures de la santé physique et mentale, la situation d'activité et les comportements d'adaptation.

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être.

Techniques d'analyse

Les taux de prévalence en 2002 ont été calculés pour les personnes ayant des antécédents de trouble panique. L'analyse a aussi examiné les caractéristiques associées à l'existence d'un trouble panique au moment de l'enquête ou dans le passé. Des modèles de régression logistique multiple ont permis d'examiner les liens avec la situation concernant l'emploi et les comportements d'adaptation, ainsi que les problèmes de santé physique chroniques et d'autres troubles mentaux.

Principaux résultats

En 2002, environ 1,5 % de la population présentait un trouble panique au moment de l'enquête et 2,1 % avaient des antécédents de ce trouble. L'âge moyen à l'apparition du trouble était 25 ans. Les personnes qui souffraient d'un trouble panique au moment de l'enquête étaient moins susceptibles de travailler et plus susceptibles d'être incapables de travailler de façon permanente que celles n'ayant jamais souffert de ce trouble. Les comportements d'adaptation négatifs, dont la consommation d'alcool ou de drogues et l'usage du tabac, étaient plus fréquents chez les personnes souffrant d'un trouble panique.

Mots-clés

Âge au moment de l'apparition du trouble, agoraphobie, comorbidité, comportement d'adaptation, indicateurs de l'état de santé, santé mentale, prévalence, attaques de panique.

Auteure

Pamela L. Ramage-Morin (613-951-1760; Pamela.Ramage-Morin@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, K1A 0T6.

Pamela L. Ramage-Morin

Toute personne éprouve certes de l'anxiété dont le niveau varie toutefois selon les vicissitudes de la vie. Le niveau d'anxiété d'une personne grimpe habituellement de façon quasi imperceptible selon qu'elle se trouve dans une situation pouvant devenir difficile, effrayante, voire dangereuse¹. L'anxiété est une réaction typique et normale au stress et, souvent, il est approprié d'en éprouver un certain degré. Quoiqu'une certaine anxiété puisse être considérée comme tout à fait normale, il en va cependant tout autrement des attaques de panique, c'est-à-dire ces épisodes distincts de peur intense survenant en l'absence de tout danger réel. Les attaques de panique s'accompagnent de symptômes tels que douleur à la poitrine, sueurs, tremblements, souffle court et palpitations. Durant une attaque, la personne peut avoir l'impression d'étouffer, de perdre le contrôle ou « de devenir folle ». Elle peut craindre de mourir

Méthodologie

Source des données

Les données utilisées pour l'analyse sont tirées du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être. L'enquête a débuté en mai 2002 et a été réalisée sur une période de huit mois. Les personnes vivant en établissement, les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées, ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes, ne font pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon du cycle 1.2 de l'ESCC a été tiré à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements de cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans et plus a été choisie au hasard dans chaque ménage échantillonné. Les participants à l'enquête ont été sélectionnés de manière à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés pour garantir des échantillons de taille suffisante pour ces groupes d'âge. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'enquête sont décrits de façon plus détaillée dans d'autres rapports parus antérieurement et dans le site Web de Statistique Canada^{2,3}.

Les entrevues ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été menées en personne et les autres, par téléphone. Les participants sélectionnés ont dû fournir eux-mêmes les renseignements demandés, la réponse par procuration n'étant pas acceptée. En tout, 36 894 personnes de 15 ans et plus ont participé à l'enquête, ce qui représente un taux de réponse de 77 %.

L'ESCC a évalué le trouble panique au moyen de la *World Mental Health Composite International Diagnostic Interview* (WMH-CIDI), un instrument créé pour évaluer les troubles mentaux d'après les définitions du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte* (DSM-IV[®]-TR)⁴. La CIDI a été conçue pour déterminer la prévalence des troubles mentaux au sein de la collectivité et elle peut être administrée par des intervieweurs non professionnels. Les questions et les algorithmes utilisés pour évaluer la prévalence des attaques de panique et du trouble panique dans le cadre de l'ESCC figurent dans l'*Annexe*. Le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC peut être consulté dans le site Web de Statistique Canada à www.statcan.ca.³

Techniques d'analyse

Le calcul des taux de prévalence du trouble panique a été fait en fonction de certaines variables sociodémographiques. Les résultats ont ensuite été comparés pour ces diverses caractéristiques, et ce,

à l'endroit des personnes qui présentaient un trouble panique au moment de l'enquête et à l'endroit de celles qui en avaient souffert par le passé. L'âge à l'apparition du trouble et les moyennes ont été estimés en considérant l'incidence cumulative selon l'âge.

Les taux de prévalence et les modèles de régression logistique ont servi à comparer les personnes présentant un trouble panique au reste de la population en ce qui concerne la santé physique et mentale, la situation concernant l'emploi et les comportements d'adaptation. À cet égard, quatre groupes mutuellement exclusifs et exhaustifs ont été créés, à savoir les personnes présentant un trouble panique au moment de l'enquête (satisfaisant aux critères de trouble panique au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'ESCC); celles ayant souffert d'un trouble panique par le passé (trouble panique dans le passé, mais non au cours des 12 derniers mois); celles ne satisfaisant pas aux critères de trouble panique (groupe de référence); et celles dont la situation concernant le trouble panique était « inconnue ». Ce dernier groupe a été retenu pour l'analyse à cause de sa taille appréciable (voir *Limites*), mais les résultats ne sont pas présentés. Pour examiner les différences selon le sexe pour l'agoraphobie au cours de la vie, ainsi que pour certains comportements d'adaptation (consommation d'alcool et repli sur soi-même), seules les personnes présentant un trouble panique (au moment de l'enquête ou dans le passé) ont été sélectionnées pour l'analyse.

L'analyse par régression logistique multiple a servi à estimer les rapports de cotes. Deux ensembles de modèles ont ainsi été utilisés. Dans le modèle 1, les variables de contrôle suivantes ont été introduites : sexe, âge, état matrimonial et niveau de scolarité ou revenu du ménage. Ces mêmes variables ont été retenues dans le modèle 2 auquel ont toutefois été ajoutés les problèmes de santé physique chroniques et d'autres troubles mentaux, à savoir l'agoraphobie, le trouble d'anxiété sociale, l'épisode dépressif majeur et le trouble de stress post-traumatique (au cours des 12 derniers mois uniquement). La comparaison des résultats produits par les modèles, c'est-à-dire les différences entre les rapports de cotes, permet d'évaluer le rôle joué par le trouble panique dans l'observation de deux résultats particuliers, à savoir la situation concernant l'emploi et les comportements d'adaptation.

L'analyse est fondée sur un échantillon pondéré représentatif de l'ensemble de la population de 15 ans et plus des 10 provinces en 2002. Afin de tenir compte de l'effet du plan de sondage, la variance pour les estimations des taux de prévalence, pour les différences entre les taux et pour les rapports de cotes a été calculée selon la méthode du *bootstrap*^{2,5-7}.

et éprouver le besoin de s'enfuir. Les attaques surviennent soudainement, atteignent habituellement leur paroxysme dans les 10 minutes et peuvent se manifester la nuit et réveiller la victime⁴.

Le trouble panique, qui est caractérisé par des attaques de panique récurrentes et imprévisibles, peut être chronique et invalidant^{4,8,9}. Il apparaît le plus souvent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte¹⁰, c'est-à-dire au cours des années qui correspondent généralement à la fin des études, à l'entrée sur le marché du travail et à l'établissement de relations. Le stress et les perturbations que cause le trouble panique peuvent avoir des conséquences personnelles, sociales et économiques de longue durée⁹⁻¹¹.

Le présent article vise à décrire le trouble panique en s'appuyant sur des données récentes tirées du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être réalisée auprès de la population à domicile en 2002 (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). L'analyse présente les taux de prévalence pour les personnes ayant souffert d'un trouble panique durant l'année qui a précédé l'enquête (au moment de l'enquête), pour celles qui ne souffraient pas du trouble au moment de l'enquête, mais qui avaient des antécédents de ce trouble (dans le passé) et pour celles ayant souffert du trouble aux deux périodes (au cours de la vie) (voir *Annexe*). Certaines caractéristiques des personnes qui souffraient d'un trouble panique au moment de l'enquête ou qui en avaient souffert dans le passé sont ensuite comparées à celles des personnes n'ayant jamais manifesté le trouble. L'article examine aussi la manifestation d'autres problèmes de santé mentale et physique chez les personnes souffrant d'un trouble panique et évalue la contribution indépendante du trouble panique à la situation concernant l'emploi et aux comportements d'adaptation.

Les personnes atteintes d'un trouble panique peuvent aussi présenter d'autres troubles, comme l'agoraphobie, la dépression, le trouble d'anxiété sociale et le trouble obsessionnel compulsif^{11,12-16}. Dans la présente étude, l'agoraphobie est incluse à titre d'état comorbide, parce que le nombre assez faible de cas dépistés dans le cadre de l'ESCC empêche la comparaison habituelle du trouble panique avec agoraphobie, du trouble panique sans agoraphobie et de l'agoraphobie sans antécédents de trouble panique.

Attaques de panique

Les attaques de panique sont des épisodes distincts de peur intense qui se manifestent en l'absence de

danger réel (voir *Définitions* et *Annexe*). Selon l'ESCC de 2002, au Canada, plus de 5 millions de personnes, soit 21 % de la population de 15 ans et plus, avaient eu une attaque de panique à un moment donné de leur vie (données non présentées). Près de 2 millions, soit 8 %, ont dit avoir eu une attaque durant l'année qui a précédé l'entrevue de l'enquête (tableau 1). Les femmes sont plus susceptibles que les hommes d'être touchées (10 % contre 6 %). Les attaques de panique sont en outre plus fréquentes chez les jeunes que chez les personnes plus âgées; par exemple, 12 % des personnes de 15 à 24 ans, mais 4 % des personnes de 55 ans et plus, avaient eu une attaque de panique au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête.

Tableau 1
Prévalence de l'attaque de panique au cours des 12 derniers mois, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes	Hommes	Femmes
	%	%	%
Total	8,0	6,0	9,9[‡]
Groupe d'âge			
15 à 24 ans	11,8*	7,4*	16,4*
25 à 34 ans	10,3*	7,2*	13,3*
35 à 44 ans	8,6*	6,8*	10,4*
45 à 54 ans	7,6*	5,8*	9,2*
55 ans et plus [†]	4,2	3,9	4,4

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

[‡] Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

Le trouble panique est plus fréquent chez les femmes

Selon l'ESCC, 3,7 % des Canadiens de 15 ans et plus ont souffert d'un trouble panique, c'est-à-dire d'attaques de panique récurrentes et imprévisibles, à un moment de leur vie. Il s'agit d'un taux plus élevé que ce que pouvaient laisser présager d'autres enquêtes communautaires internationales^{10,17}. Puisque l'ESCC n'a pas retenu les critères d'exclusion décrits dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*⁴ (voir *Limites*), les taux pourraient être supérieurs à la valeur réelle. En 2002, la prévalence du trouble panique au cours de la vie était plus élevée pour les femmes (4,6 %) que pour les hommes (2,8 %) (tableau 2), ce dont témoignent aussi d'autres

Définitions

Pour être classés dans la catégorie des personnes ayant un *trouble panique*, les participants au cycle 1.2 sur la santé mentale et le bien-être de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) devaient d'abord avoir satisfait aux critères diagnostiques de l'*attaque de panique*. Veuillez consulter l'*Annexe* pour un exposé complet des définitions, des questions et des algorithmes utilisés dans le cadre de l'ESCC.

Il existe trois types d'*attaque de panique*. Les attaques *imprévisibles*, qui sont caractéristiques du *trouble panique*, semblent survenir « de façon complètement inattendue », autrement dit, ne paraissent pas être associées à un événement ou à un ensemble particulier de circonstances. Les attaques de paniques *situationnelles* sont prévisibles, en ce sens qu'elles surviennent lorsque la personne se trouve dans une situation particulière (p. ex., prendre la parole en public) ou anticipe cette situation. Les attaques de panique *favorisées par certaines situations* sont semblables, sauf qu'elles ne se manifestent pas systématiquement lorsque l'ensemble particulier de circonstances se présente ou qu'elles ne surviennent pas directement après l'exposition⁴.

L'*âge à l'apparition* du trouble panique est défini comme étant l'âge qu'avait la personne au moment de la plus ancienne attaque de panique déclarée.

Pour les besoins de l'analyse, les participants à l'enquête ont été classés selon les groupes d'âge suivants : 15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 44 ans, 45 à 54 ans, et 55 ans et plus. Certaines analyses sont limitées à certains groupes d'âge (25 à 64 ans pour l'état matrimonial et le niveau de scolarité, par exemple). L'âge a été introduit dans les modèles de régression logistique sous forme de variable continue.

L'*état matrimonial* est celui déclaré au moment de l'entrevue : marié(e)/union de fait, veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e) et jamais marié(e).

Les groupes de *niveau de scolarité* sont les suivants : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Les groupes de *revenu du ménage* ont été définis d'après la taille du ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'entrevue de 2002.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	10 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ et plus
	3 ou plus	80 000 \$ et plus

La présence d'*au moins un problème de santé chronique* a été déterminée en demandant aux participants à l'enquête s'ils souffraient de problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus. Une liste de problèmes de santé a ensuite été lue aux participants. Les 18 problèmes de santé autodéclarés considérés dans la présente analyse sont l'asthme, la fibromyalgie, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos sauf la fibromyalgie et l'arthrite, l'hypertension, la migraine, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux/maladie de Crohn ou colite, les troubles thyroïdiens, le syndrome de fatigue chronique, la sensibilité aux agresseurs chimiques, la bronchite chronique et l'emphysème ou bronchopneumopathie chronique obstructive.

Les personnes qui satisfaisaient aux critères d'agoraphobie, de trouble d'anxiété sociale ou d'épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois ou qui ont déclaré qu'elles souffraient d'un trouble de stress post-traumatique ont été considérées comme ayant un trouble mental concurrent (voir l'*Annexe* pour la description détaillée du trouble d'anxiété sociale et de l'épisode dépressif majeur.)

Les personnes qui satisfaisaient aux critères d'agoraphobie, de trouble d'anxiété sociale ou d'épisode dépressif majeur au cours de la vie, mais qui n'avaient pas souffert de ces maladies au cours de l'année qui a précédé l'enquête, ont été classées dans la catégorie des personnes ayant eu d'*autres troubles mentaux par le passé*. Le trouble de stress post-traumatique n'a pas été inclus dans cette définition, car il a été évalué uniquement à titre de problème de santé chronique au moment de l'enquête.

La *situation concernant l'emploi* a été établie en demandant aux participants à l'enquête s'ils avaient travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois. Le code « 1 » a été donné à cette variable dichotomique si la réponse était « non » et le code « 0 » si la réponse était « oui ».

L'ESCC comportait aussi une question sur le travail la semaine avant l'enquête : « La semaine dernière, avez-vous travaillé à un emploi ou à une entreprise? ». À nouveau, une variable dichotomique a été créée à laquelle le code « 1 » a été donné si la réponse était « incapacité permanente ». Le code « 0 » a été attribué à cette variable si la réponse était « oui » ou « non ».

Le code postal résidentiel et la géographie du Recensement de 1996 ont permis de classer les participants selon qu'ils vivaient en région *urbaine* ou *rurale*.

Tableau 2
Prévalence du trouble panique, selon certaines caractéristiques sociodémographiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Au cours de la vie	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)
	%	%	%
Total	3,7	1,5	2,1
Hommes [†]	2,8	1,0	1,7
Femmes	4,6*	2,0*	2,5*
Groupe d'âge			
15 à 24 ans	2,9	1,8*	1,1* ^{E1}
25 à 34 ans	3,9*	1,8*	2,1
35 à 44 ans	4,5*	2,0*	2,4*
45 à 54 ans	5,1*	1,5*	3,5*
55 ans et plus [†]	2,5	0,8	1,6
État matrimonial[‡]			
Marié(e)/union de fait [†]	3,9	1,4	2,5
Veuf(ve)	6,4 ^{E2}	F	F
Divorcé(e)/séparé(e)	7,2*	3,2*	3,6*
Jamais marié(e)	4,8	2,3*	2,4
Niveau de scolarité[‡]			
Pas de diplôme d'études secondaires	5,1	1,9	3,0
Diplôme d'études secondaires	4,9	2,3*	2,5
Études postsecondaires partielles/ diplôme d'études postsecondaires [†]	4,0	1,5	2,5
Revenu du ménage			
Inférieur/moyen-inférieur	5,7*	3,1*	2,3
Moyen	3,5	1,8	1,7*
Moyen-supérieur/supérieur [†]	3,7	1,3	2,3

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Une catégorie « données manquantes » est incluse pour le revenu du ménage, mais les taux de prévalence ne sont pas présentés.

[†] Catégorie de référence.

[‡] Pour les personnes de 25 à 64 ans.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

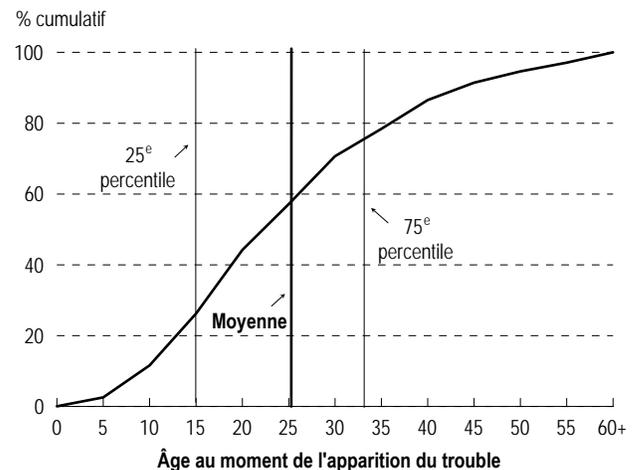
études^{9,10,18,19}. Selon les données de l'ESCC, le ratio hommes-femmes est de 1,7. Environ 1,5 % des Canadiens souffraient d'un trouble panique en 2002 (au moment de l'enquête); 2,1 % présentaient des antécédents de ce trouble.

Apparition au milieu de la vingtaine

La première manifestation du trouble panique survient la plupart du temps à un jeune âge, comme le révèlent d'autres études^{4,10,14}. Les résultats de l'ESCC indiquent que les personnes de moins de 55 ans étaient plus susceptibles d'avoir un trouble panique au moment de l'enquête que celles de 55 ans et plus (tableau 2). Pour le trouble panique au cours de la vie, l'âge moyen au moment de son apparition était

de 25 ans; chez 75 % des personnes présentant le trouble, ce dernier s'était manifesté la première fois avant l'âge de 33 ans (graphique 1).

Graphique 1
Incidence cumulative du trouble panique, selon l'âge au moment de l'apparition, population à domicile de 15 ans et plus ayant des antécédents de trouble panique au cours de la vie, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

État matrimonial, niveau de scolarité et revenu

En 2002, le trouble panique (au moment de l'enquête et dans le passé) était plus fréquent chez les personnes séparées ou divorcées que chez celles qui étaient mariées (tableau 2), comme l'indique aussi une autre étude¹⁰. La plus forte prévalence du trouble chez ce groupe pourrait témoigner d'une association entre les événements stressants de la vie et la manifestation du trouble panique²⁰. Ainsi, une revue axée spécialement sur le trouble panique avec agoraphobie a porté à conclure que des événements importants de la vie, y compris des problèmes conjugaux et interpersonnels, ont tendance à survenir durant la période qui précède l'apparition du trouble²¹.

La présence du trouble panique est également associée à des niveaux de scolarité et de revenu plus faibles que ceux observés chez les personnes non atteintes. La prévalence du trouble panique au moment de l'enquête était plus forte chez les personnes ayant quitté l'école après l'obtention du diplôme d'études secondaires que chez celles ayant fait des études postsecondaires. En revanche, contrairement aux conclusions d'études antérieures¹⁰, les personnes sans diplôme d'études secondaires

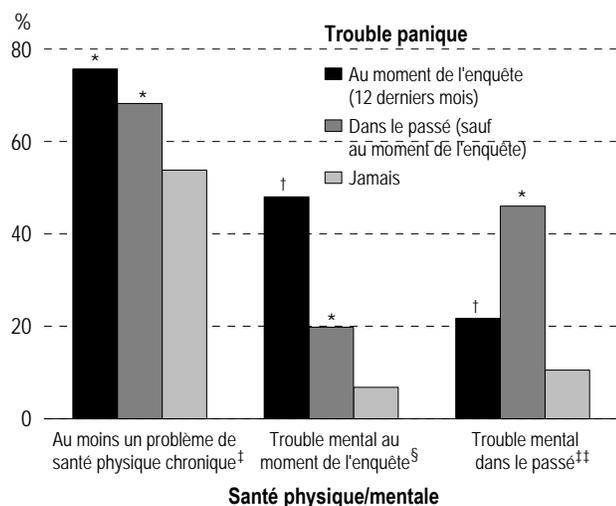
n'étaient pas plus susceptibles de souffrir d'un trouble panique au moment de l'enquête ou d'en avoir souffert dans le passé que celles ayant fait des études postsecondaires.

Les personnes appartenant au groupe inférieur de revenu du ménage étaient plus susceptibles de présenter un trouble panique au moment de l'enquête que celles dont le revenu était plus élevé. Il se peut qu'un faible revenu soit un indicateur d'autres circonstances stressantes qui contribuent à la maladie ou que le trouble proprement dit entraîne une diminution du revenu si la personne est incapable de travailler. Bien qu'on ait laissé entendre que le trouble panique est plus fréquent dans les régions urbaines¹⁰, selon les données de l'ESCC, il n'en est pas ainsi.

Autres maladies physiques et mentales

Les trois quarts (76 %) des personnes souffrant d'un trouble panique au moment de l'enquête ont déclaré au moins un diagnostic de problème de santé chronique (graphique 2). Chez celles ayant souffert d'un trouble panique dans le passé, la proportion

Graphique 2
Pourcentage de personnes présentant des problèmes de santé chroniques et d'autres troubles mentaux, selon les antécédents de trouble panique, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, terroires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

† Valeur significativement différente de l'estimation pour les catégories « Jamais » et « Dans le passé » ($p < 0,05$).

‡ Voir Définitions pour la liste des 18 problèmes de santé chroniques diagnostiqués autodéclarés.

§ Agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, trouble de stress post-traumatique, épisode dépressif majeur.

‡‡ Agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, épisode dépressif majeur.

* Valeur significativement supérieure à l'estimation pour la catégorie « Jamais » ($p < 0,05$).

correspondante est un peu plus faible (68 %), mais supérieure à celle observée chez les personnes n'ayant jamais présenté de trouble panique (54 %).

La présence d'autres troubles mentaux est assez fréquente chez les personnes ayant souffert d'un trouble panique^{13,22-24}. Près de la moitié (48 %) de celles présentant le trouble au moment de l'enquête avaient aussi souffert d'agoraphobie, du trouble d'anxiété sociale ou du trouble de stress post-traumatique ou vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête. Cette proportion est significativement plus élevée que les 20 % observés pour les personnes ayant souffert d'un trouble panique dans le passé. Néanmoins, les membres des deux groupes étaient plus susceptibles d'avoir souffert d'une de ces maladies mentales l'année précédente que le reste de la population (7 %).

Bien que nombre de personnes souffrant d'un trouble panique au moment de l'enquête n'aient pas manifesté d'autres troubles mentaux au cours de l'année qui a précédé l'enquête, il est possible qu'elles en aient présenté un ou plusieurs dans le passé : 22 % avaient des antécédents d'agoraphobie, de trouble d'anxiété sociale ou d'épisode dépressif majeur (voir *Limites*). Chez les personnes ayant des antécédents de trouble panique, 46 % avaient, parallèlement, des antécédents d'au moins un de ces autres troubles mentaux.

Les personnes atteintes sont moins susceptibles de travailler

Les personnes de 25 à 64 ans qui avaient souffert d'un trouble panique au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'ESCC étaient moins susceptibles d'avoir eu un emploi ou d'avoir travaillé dans leur propre entreprise durant cette période (72 %) que celles qui avaient eu un trouble panique dans le passé (82 %) ou qui n'avaient jamais eu cette maladie (84 %) (données non présentées). Les personnes souffrant d'un trouble panique au moment de l'enquête étaient également plus susceptibles d'être incapables de travailler de façon permanente : 11 % comparativement à 2 % de celles ayant souffert d'un trouble panique dans le passé ou n'ayant jamais souffert de ce trouble. Si l'on tient compte de l'effet des facteurs sociodémographiques, la cote exprimant le risque d'être incapable de travailler de façon permanente était également plus élevée pour les personnes présentant un trouble panique au moment de l'enquête que pour celles n'ayant jamais souffert de ce trouble (tableau 3, tableaux A et B en annexe). Cette relation persiste en outre même en tenant compte d'autres problèmes physiques et mentaux.

Par contre, il n'existe aucune différence en ce qui a trait à la situation concernant l'emploi, c'est-à-dire ne pas avoir travaillé au cours de l'année qui a précédé l'enquête ou être en permanence incapable de travailler, entre les personnes ayant des antécédents de trouble panique et celles n'ayant jamais souffert du trouble. Autrement dit, la situation concernant l'emploi des personnes en rémission pendant une année ou plus est semblable à celle des personnes n'ayant aucun antécédent de trouble panique.

Moyens négatifs d'adaptation

Certains auteurs ont décrit le recours fréquent à des comportements d'adaptation négatifs comme l'évitement, le blâme personnel et les idées chimériques (par opposition à une approche de résolution de problème) chez les personnes souffrant d'un trouble panique²⁵⁻²⁷. L'analyse des données de l'ESCC de 2002 indique aussi que la cote exprimant le risque de se replier sur soi-même, de se blâmer et de souhaiter que les problèmes disparaissent est de deux à trois fois plus élevée pour les personnes qui souffraient d'un trouble panique au moment de l'enquête ou qui en avaient souffert par le passé que pour celles n'ayant pas d'antécédents de ce trouble (tableau 4). Les premières étaient également plus susceptibles de considérer le « beau côté » des choses (voir *Comportements d'adaptation*).

La cote exprimant le risque de boire pour faire face au stress et de fumer plus qu'à l'ordinaire est environ deux fois plus élevée pour les personnes qui souffraient d'un trouble panique au moment de l'enquête ou en avaient souffert par le passé que pour celles n'ayant jamais souffert de ce trouble. Selon l'ESCC (données non présentées), 18 % des personnes présentant un trouble panique ont dit qu'elles faisaient face au stress en consommant de l'alcool, proportion significativement plus élevée que celle observée pour les personnes n'ayant jamais souffert du trouble (11 %). Parmi les personnes atteintes d'un trouble panique au moment de l'enquête ou qui en avaient souffert par le passé, les hommes (24 %) étaient plus susceptibles que les femmes (14 %) de réagir au stress en buvant. En dépit de la prise en compte de l'effet des facteurs socioéconomiques et d'autres problèmes de santé mentale et physique, la cote exprimant le risque de boire pour faire face aux difficultés est plus élevée pour les hommes que pour les femmes. Des différences comparables entre les taux de consommation d'alcool ont été observées lors d'autres études^{8,28,29}.

Selon certains auteurs, il existerait des différences entre les hommes et les femmes qui souffrent d'un trouble panique en ce qui a trait à l'agoraphobie ou à l'évitement agoraphobique^{8,28,29}. Par contre, d'autres

Tableau 3

Rapports corrigés de cotes reliant le trouble panique à la situation d'activité, sans et avec variables de contrôle pour les problèmes de santé physique et d'autres troubles mentaux, population à domicile de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

Situation concernant l'emploi	Trouble panique	Modèle 1		Modèle 2	
		Variables de contrôle pour les facteurs sociodémographiques [†]		Variables de contrôle pour les facteurs sociodémographiques et les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux [‡]	
		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
N'a pas travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 mois précédents	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,0*	1,5 - 2,7	1,6*	1,1 - 2,2
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	0,9	0,7 - 1,2	0,9	0,7 - 1,1
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Incapacité permanente de travailler	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	6,4*	3,9 - 10,5	3,2*	1,8 - 5,8
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	1,1	0,7 - 1,7	0,9	0,5 - 1,4
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Résume les résultats des quatre modèles de régression; les résultats complets figurent aux tableaux A et B en annexe.

[†] Sexe, âge, état matrimonial et niveau de scolarité.

[‡] Au moins un des 18 problèmes de santé chroniques diagnostiqués autodéclarés (voir Définitions); agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, épisode dépressif majeur et trouble de stress post-traumatique (l'année précédente uniquement).

[§] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau 4

Rapports corrigés de cotes reliant le trouble panique à certains comportements, sans et avec variables de contrôle pour les problèmes de santé physique et d'autres troubles mentaux, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

Comportement	Trouble panique	Modèle 1		Modèle 2	
		Variables de contrôle pour les facteurs sociodémographiques [†]		Variables de contrôle pour les facteurs sociodémographiques et les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux [‡]	
		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Éviter la compagnie des gens	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	3,0*	2,2 - 3,9	1,8*	1,4 - 2,5
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	2,1*	1,7 - 2,7	1,6*	1,2 - 2,0
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Consommer de l'alcool pour faire face au stress	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	1,8*	1,4 - 2,4	1,2	0,9 - 1,6
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	1,9*	1,4 - 2,6	1,4*	1,0 - 2,0
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Fumer plus qu'à l'habitude	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,6*	1,8 - 3,7	1,7*	1,2 - 2,5
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	2,2*	1,6 - 3,1	1,7*	1,2 - 2,5
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Se blâmer	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,6*	2,0 - 3,4	1,7*	1,3 - 2,2
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	2,3*	1,8 - 3,1	1,7*	1,3 - 2,3
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Souhaiter que les problèmes disparaissent	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,8*	1,9 - 4,0	1,9*	1,3 - 2,8
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	2,0*	1,2 - 3,2	1,6	1,0 - 2,6
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Prier/rechercher une aide spirituelle	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	1,3*	1,1 - 1,7	1,2	0,9 - 1,5
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	1,5*	1,2 - 1,9	1,3*	1,0 - 1,7
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Voir le bon côté des choses	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	0,4*	0,3 - 0,5	0,7*	0,5 - 0,9
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	0,8	0,5 - 1,1	1,0	0,7 - 1,5
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Consommation de drogues illicites au cours de la vie, sauf la consommation de cannabis une seule fois	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,1*	1,7 - 2,8	1,5*	1,1 - 2,0
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	2,5*	1,9 - 3,2	1,9*	1,4 - 2,4
	Jamais [§]	1,0	...	1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Résume les résultats des 16 modèles de régression; les résultats complets peuvent être obtenus sur demande.

† Sexe, âge, état matrimonial et revenu du ménage.

‡ Au moins un des 18 problèmes de santé chroniques diagnostiqués autodéclarés (voir Définitions); agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, épisode dépressif majeur et trouble de stress post-traumatique (l'année précédente uniquement).

§ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p < 0,05).

... N'ayant pas lieu de figurer.

études n'ont montré aucune différence de ce genre³⁰, comme l'indiquent les résultats de l'analyse de ces comportements selon le sexe fondée sur les données de l'ESCC. Aucune différence significative ne se dégage entre les hommes et les femmes souffrant d'un trouble panique pour ce qui est du repli sur soi-même pour faire face au stress ou à la présence d'agoraphobie au cours de la vie (données non présentées).

Consommation de drogues illicites

D'autres études ont mené à la conclusion que la consommation de substances psychoactives, y compris le cannabis, est associée au trouble panique^{13,31}, comme en témoignent les résultats de l'ESCC : 62 % des personnes présentant un trouble panique au moment de l'enquête et 60 % de celles ayant des antécédents de ce trouble avaient consommé des drogues illicites à un quelconque

Comportements d'adaptation

Tous les participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 se sont vu poser des questions sur leurs moyens de *faire face au stress*. Le *repli sur soi-même* désigne les personnes qui ont déclaré qu'elles faisaient « souvent » ou « parfois » face au stress en évitant la compagnie des gens ou en dormant plus qu'à l'habitude ou en ne parlant aux autres que « rarement » ou « jamais ». Les participants ont aussi été invités à préciser à quelle fréquence ils faisaient les choses suivantes pour faire face au stress :

- tenter de mieux se sentir en consommant de l'alcool;
- tenter de mieux se sentir en fumant plus qu'à l'habitude;
- se blâmer;
- souhaiter que la situation disparaisse ou qu'elle prenne fin d'une manière ou d'une autre;
- prier ou rechercher une aide spirituelle;
- essayer de regarder le bon côté des choses.

Les réponses ont été regroupées dans la catégorie « souvent/parfois » ou « rarement/jamais ».

Pour établir la *consommation de drogues illicites au cours de la vie* (sauf la consommation de cannabis à une seule occasion), on a utilisé la série de questions suivantes : « Avez-vous déjà pris ou essayé :

- de la marijuana, du cannabis ou du hashish;
- de la cocaïne ou du crack;
- du speed (amphétamines);
- de l'ecstasy (MDMA) ou d'autres drogues semblables;
- des drogues hallucinogènes, du PCP ou du LSD (acide);
- de l'héroïne;
- des stéroïdes, comme de la testostérone, du dianabol ou des hormones de croissance, pour améliorer votre performance dans la pratique d'un sport ou d'une activité quelconque ou pour changer votre apparence physique;
- inhaler de la colle, de l'essence ou d'autres solvants.

moment (données non présentées). Par contre, 41 % des personnes sans antécédents de trouble panique avaient essayé des drogues illicites (voir *Définitions*). Si l'on exclut des calculs les personnes ayant essayé le cannabis une seule fois, les taux de consommation de drogues illicites au cours de la vie tombent à 52 % pour les personnes présentant un trouble panique au moment de l'enquête, à 51 % pour celles ayant souffert d'un trouble panique dans le passé et à 33 % pour tous les autres participants à l'enquête. Quelle que

soit la direction de la relation, laquelle ne peut être établie d'après les données transversales de l'ESCC, il est évident que les personnes présentant un trouble panique étaient plus susceptibles d'avoir consommé des drogues illicites que celles n'ayant jamais souffert du trouble.

Recherche d'aide

Plusieurs rapports indiquent qu'une forte proportion de personnes présentant un trouble panique utilisent des services médicaux^{18,20,32-34}, observation qu'appuient les résultats de l'ESCC. Tous les participants à l'ESCC se sont vu demander s'ils avaient déjà consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel au sujet de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de drogues. Environ 70 % des participants qui souffraient d'un trouble panique (au moment de l'enquête ou dans le passé) ont dit avoir consulté un professionnel de la santé (psychiatre, médecin de famille, autre médecin ou psychologue) au sujet de ces problèmes, comparativement à 18 % de ceux qui n'avaient jamais eu de trouble panique (tableau 5). Près de la moitié (48 %) des personnes qui souffraient d'un trouble panique au moment de l'enquête avaient eu une consultation l'année précédente. Même en tenant compte de l'effet des caractéristiques démographiques et d'autres problèmes de santé mentale ou physique, la cote exprimant la possibilité d'avoir consulté un

Tableau 5

Pourcentage de personnes ayant consulté un professionnel au sujet de leurs émotions, leur santé mentale ou leur consommation d'alcool ou de drogues, selon la situation de trouble panique, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Trouble panique	%
A déjà consulté un professionnel en personne ou par téléphone	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	71,8*
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	69,7*
	Jamais [†]	18,1
A consulté un professionnel en personne ou par téléphone au cours des 12 derniers mois	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	48,4 [†]
	Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	20,9*
	Jamais [†]	6,1

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Les professionnels incluent les psychiatres, les médecins de famille ou les omnipraticiens, les autres médecins, tels que les cardiologues, les gynécologues ou les urologues, et les psychologues.

[†] Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

professionnel au sujet de leur santé mentale est presque six fois plus élevée pour les personnes ayant un trouble panique que pour les autres (tableau C en annexe).

Aux participants à l'ESCC qui avaient vécu des attaques de panique récurrentes et imprévisibles, on

a demandé spécifiquement s'ils avaient consulté un médecin ou un autre professionnel au sujet de ces attaques (données non présentées). Le terme « professionnel » a été utilisé de façon plus générale dans cette question pour englober également les travailleurs sociaux, les conseillers, les conseillers

Limites

Les études du trouble panique consistent souvent à comparer trois groupes mutuellement exclusifs : les personnes ayant un trouble panique, celles faisant de l'agoraphobie et celles présentant les deux troubles. Cette comparaison n'a pas été possible au moyen des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), à cause de la petite taille de l'échantillon pour chaque catégorie. La forte proportion de cas dont la situation était « inconnue » observée pour le module du trouble panique a contribué à la petitesse de l'échantillon. En tout, 1 397 personnes satisfaisaient aux critères de trouble panique au cours de la vie, 34 711 n'y satisfaisaient pas et 876 autres personnes n'ont pu être classées. La plupart des cas inconnus (497) ont été « perdus » à cause de la non-réponse à la liste de 16 questions/14 symptômes pour le trouble de panique (voir *Annexe*). De surcroît, 282 autres cas sont devenus « inconnus » à cause d'une non-réponse à la question sur le nombre d'attaques imprévisibles vécues au cours de la vie. Parmi les cas inconnus restants, 64 ont été perdus à cause d'une non-réponse aux questions de dépistage et 33, à cause d'une non-réponse à d'autres questions.

Deux analyses distinctes ont été réalisées dans le cadre de l'étude en vue d'évaluer l'effet de l'omission des cas dont la situation concernant le trouble panique était inconnue. Dans ces analyses, les cas inconnus ont été retenus et regroupés dans une catégorie « situation inconnue » distincte. Puis, pour considérer le « pire scénario », chaque cas inconnu s'est vu attribué un code indiquant la présence d'un trouble panique au moment de l'enquête. La comparaison des résultats a révélé que la direction et la signification des relations observées demeuraient en grande partie inchangées. Le nombre de cas inconnus de trouble panique pourrait donc affaiblir l'estimation de la prévalence, mais cela ne devrait pas avoir d'effet sur les associations entre variables.

Pour satisfaire aux critères d'attaque de panique et de trouble panique, les participants à l'enquête devaient avoir déclaré au moins 4 symptômes sur une possibilité de 14. Pour l'ESCC, 16 questions ont servi à évaluer les 14 symptômes. Les questions « Avez-vous eu des vertiges ou des étourdissements? » et « Avez-vous eu peur de vous évanouir? » servaient toutes deux à évaluer le symptôme « sensations de vertige, d'instabilité, d'étourdissement ou

d'évanouissement ». Pour réduire le fardeau de réponse, les 16 questions ont cessé d'être posées aussitôt qu'une personne avait satisfait aux critères en répondant affirmativement à quatre questions. Malheureusement, à cause d'une erreur de programmation de l'application d'interview assistée par ordinateur, les questions ont cessé d'être posées même si les quatre réponses fournies incluaient les deux questions contribuant à un seul symptôme, si bien que les personnes dans cette situation ne satisfaisaient pas aux critères requis de quatre symptômes. Ces personnes ont reçu un code indiquant qu'elles n'avaient pas d'attaques de panique ni de trouble panique et ont par conséquent été incluses dans le dénominateur. Pour la plupart, le statut de non-cas a été confirmé lorsqu'elles n'ont pas satisfait à d'autres critères du trouble à un stade ultérieur du questionnaire. Cependant, il se pourrait qu'un petit nombre de cas aient été classés incorrectement, donnant lieu ainsi à une sous-estimation éventuelle de la prévalence du trouble panique.

Dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*⁴, sont exclues du diagnostic de trouble panique les personnes dont les attaques de panique sont dues à un problème de santé général (p. ex., hyperthyroïdisme) ou aux conséquences de l'effet physiologique d'une substance (p. ex., caféine). En raison des recommandations faites par les cliniciens aux employés de Statistique Canada, ces critères d'exclusion n'ont pas été appliqués, ce qui pourrait avoir causé une surestimation de la prévalence; par conséquent, ces estimations pourraient être plus élevées que prévu.

Il n'est pas inhabituel que le trouble obsessionnel-compulsif se manifeste en même temps que le trouble panique. En raison d'une erreur de traduction de l'anglais vers le français, les données pour cette variable ont été supprimées; par conséquent, il n'a pas été possible d'évaluer le trouble obsessionnel-compulsif ni de tenir compte de son effet dans les modèles multivariés.

Les participants à l'ESCC ont été considérés comme « ayant un trouble panique » uniquement d'après leurs réponses au questionnaire, et la présence ou l'absence du trouble n'a pas été confirmée cliniquement, si bien que les taux pourraient être trop élevés.

spirituels, les homéopathes, les acuponcteurs et les groupes d'entraide. Environ 73 % des personnes présentant un trouble panique (dans le passé ou au moment de l'enquête) ont déclaré une consultation de ce genre. Les femmes étaient significativement plus susceptibles que les hommes d'avoir recherché de l'aide : 77 % comparativement à 65 %.

Aux personnes ayant recherché de l'aide concernant leurs attaques, on a demandé si elles avaient jamais reçu de l'aide ou un traitement efficace. Sept sur dix ont répondu affirmativement. Cependant, cela signifie que, dans l'ensemble, à peine la moitié des personnes souffrant d'un trouble panique au moment de l'enquête ou en ayant souffert dans le passé ont reçu une aide efficace. Une certaine insatisfaction pourrait se manifester si les attaques de panique ne sont pas diagnostiquées ou si le diagnostic posé est incorrect. D'autres études ont révélé que nombre de personnes présentant un trouble panique tentent d'obtenir de l'aide en s'adressant au service de l'urgence d'un hôpital où leur trouble n'est pas reconnu ou est diagnostiqué incorrectement³³⁻³⁷.

La forte proportion de personnes présentant un trouble panique qui recherchent une aide médicale n'est pas étonnante compte tenu des symptômes physiques qui peuvent se manifester durant les attaques (souffle court, douleur à la poitrine ou palpitations, par exemple)³⁸. Selon une étude antérieure, les personnes souffrant d'un trouble panique cherchent, en général, à se faire traiter dans l'année de l'apparition du trouble³⁹. On a demandé aux participants à l'ESCC l'âge qu'ils avaient au moment de leur première attaque de panique et l'âge qu'ils avaient quand ils ont consulté pour la première fois un professionnel à ce sujet. Chez la plupart d'entre eux (68 %), la différence, soit le laps de temps écoulé, était d'une année ou moins, bien que certains aient attendu plus longtemps. Pour 17 %, l'écart entre l'apparition des attaques et la recherche d'une aide professionnelle était d'au moins 10 ans.

Mot de la fin

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être, près d'un million de Canadiens avaient souffert d'un trouble panique l'année qui a précédé l'entrevue de l'enquête ou avaient présenté le trouble à un moment de leur vie. Les symptômes commencent habituellement à se manifester au début de l'âge adulte, à 25 ans en moyenne.

L'utilisation des services de santé est assez fréquente chez les personnes présentant un trouble panique. Les sensations physiques associées aux attaques de panique poussent souvent les personnes qui en souffrent à rechercher un traitement médical, car il arrive qu'elles craignent une crise cardiaque ou une autre maladie grave³¹. Environ 7 Canadiens sur 10 souffrant d'un trouble panique avaient consulté un psychiatre, un médecin de famille, un autre médecin ou un psychologue au sujet de leurs émotions ou de leur santé mentale. En outre, à la question de savoir s'ils avaient consulté un médecin au sujet de leurs attaques de panique, presque la même proportion ont déclaré avoir recherché de l'aide.

Les résultats que présente l'article mettent en évidence l'ensemble complexe de problèmes que présentent les personnes souffrant d'un trouble panique. Ainsi, elles sont plus susceptibles d'avoir un problème de santé physique chronique ou un autre trouble mental. Elles peuvent aussi avoir des difficultés professionnelles, voire être incapables de travailler de façon permanente. Cependant, après une rémission d'une année ou plus du trouble panique, leur situation concernant l'emploi est semblable à celle des personnes qui n'ont jamais souffert de la maladie.

Les personnes qui souffraient d'un trouble panique au moment de l'enquête ou en avaient souffert par le passé avaient tendance, pour faire face au stress, à se replier sur elles-mêmes, à se blâmer ou à souhaiter que leurs problèmes disparaissent tout simplement. Les comportements néfastes pour la santé, tels que boire pour supporter le stress, fumer plus qu'à l'ordinaire et prendre des drogues illicites, sont aussi assez fréquents chez les personnes présentant un trouble panique. ■

Références

1. R. Berkow (publié sous la direction de), *The Merck Manual of Medical Information*, Whitehouse Station, NJ, Merck Research Laboratories, 1997.
2. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
3. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à : http://www.statcan.ca/français/concepts/health/cycle1_2/index.htm, document consulté le 11 mai 2004.
4. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
5. Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).

6. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
7. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
8. K.A. Yonkers, C. Zlotnick, J. Allsworth *et al.*, « Is the course of panic disorder the same in women and men? », *American Journal of Psychiatry*, 155(5), 1998, p. 596-602.
9. E.U. Wittchen et C.A. Essau, « Epidemiology of panic disorder: progress and unresolved issues », *Journal of Psychiatric Research*, 1993, 27(supplément 1), p. 47-68.
10. F. Rouillon, « Epidemiology of panic disorder », *Human Psychopharmacology*, 12, 1997, p. S7-S12.
11. J.C. Ballenger et R.B. Lydiard, « Panic disorder: results of a patient survey », *Human Psychopharmacology*, 12, 2004, p. S27-S33.
12. J. Alonso, M.C. Angermeyer, S. Bernet *et al.*, « 12-month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 420, 2004, p. 28-37.
13. R.M. Goisman, M.G. Warshaw, L.G. Peterson *et al.*, « Panic, agoraphobia, and panic disorder with agoraphobia. Data from a multicenter anxiety disorders study », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(2), 1994, p. 72-79.
14. S. Andersch et J. Hetta, « A 15-year follow-up study of patients with panic disorder », *European Psychiatry: The Journal of the European College of Neuropsychopharmacology*, 18(8), 2003, p. 401-408.
15. V. Starcevic, E.H. Uhlenhuth, R. Kellner *et al.*, « Patterns of comorbidity in panic disorder and agoraphobia », *Psychiatry Research*, 42(2), 1992, p. 171-183.
16. W.W. Eaton, R.C. Kessler, H.U. Wittchen *et al.*, « Panic and panic disorder in the United States », *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 1994, p. 413-420.
17. J. Alonso, M.C. Angermeyer, S. Bernert *et al.*, « Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of Epidemiology of Mental Disorders (ESEMED) project », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 420, 2004, p. 21-27.
18. P. Carlbring, H. Gustafsson, L. Ekselius *et al.*, « 12-month prevalence of panic disorder with or without agoraphobia in the Swedish general population », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(5), 2002, p. 207-211.
19. M.M. Weissman, R.C. Bland, G.J. Canino *et al.*, « The cross-national epidemiology of panic disorder », *Archives of General Psychiatry*, 54(4), 1997, p. 305-309.
20. B. Grant, W. Katon et B. Beitman, « Panic disorder », *Journal of Family Practice*, 17(5), 1983, p. 907-914.
21. R. Marcaurelle, C. Bélanger et A. Marchand, « Marital relationship and the treatment of panic disorder with agoraphobia: a critical review », *Clinical Psychology Review*, 23(2), 2003, p. 247-276.
22. M.B. Keller, K.A. Yonkers, M.G. Warshaw *et al.*, « Remission and relapse in subjects with panic disorder and panic with agoraphobia: a prospective short-interval naturalistic follow-up », *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(5), 1994, p. 290-296.
23. R.C. Kessler, P.E. Stang, H.U. Wittchen *et al.*, « Lifetime panic-depression comorbidity in the National Comorbidity Survey of the United States », *Archives of General Psychiatry*, 55(9), 1998, p. 801-808.
24. T. Iketani, N. Kiriike, M.B. Stein *et al.*, « Personality disorder comorbidity in panic disorder patients with or without current major depression », *Depression and Anxiety*, 15(4), 2002, p. 176-182.
25. T. Hino, T. Takeuchi et N. Yamanouchi, « A 1-year follow-up study of coping in patients with panic disorder », *Comprehensive Psychiatry*, 43(4), 2002, p. 279-284.
26. K. Yamada, I. Fujii, J. Akiyoshi *et al.*, « Coping behaviour in patients with panic disorder », *Psychiatry Clinical Neuroscience*, 58(2), 2004, p. 173-178.
27. P.P. Vitaliano, W. Katon, J. Russo *et al.*, « Coping as an index of illness behaviour in panic disorder », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 175(2), 1987, p. 78-84.
28. L. Turgeon, A. Marchand et G. Dupuis, « Clinical features in panic disorder with agoraphobia: a comparison of men and women », *Journal of Anxiety Disorders*, 12(6), 1998, p. 539-553.
29. V. Starcevic, A. Djordjevic, M. Latas *et al.*, « Characteristics of agoraphobia in women and men with panic disorder with agoraphobia », *Depression and Anxiety*, 8(1), 1998, p. 8-13.
30. G.S. Sachs, P. Amering, P. Berger *et al.*, « Gender-related disabilities in panic disorder », *Archives of Women's Mental Health*, 4, 2002, p. 121-127.
31. P.N. Dannon, K. Lowengrub, R. Amaiz *et al.*, « Comorbid cannabis use and panic disorder : short-term and long-term follow-up », *Human Psychopharmacology: Clinical & Experimental*, 19(2), 2004, p. 97.
32. W.J. Katon, M. Von Korff et E. Lin, « Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms and medical costs », *The American Journal of Medicine*, 92(1A), 1992, p. 7S-11S.
33. T.S. Zaubler et W. Katon, « Panic disorder and medical comorbidity: a review of the medical and psychiatric literature », *Bulletin of the Menninger Clinic*, 60(2, supplément A), 1996, p. A12-A38.
34. D.A. Katerndahl et J.P. Realini, « Use of health care services by persons with panic symptoms », *Psychiatric Services*, 48(8), 1997, p. 1027-1032.
35. D.A. Katerndahl, « Predictors and outcomes in people told they have panic attacks », *Depression and Anxiety*, 17(2), 2003, p. 98-100.
36. W. Katon, « Panic disorder: epidemiology, diagnosis, and treatment in primary care », *Journal of Clinical Psychiatry*, 47(supplément), 1986, p. 21-30.
37. K.W. Yingling, L.R. Wulsin, L.M. Arnold *et al.*, « Estimated prevalence of panic disorder and depression among consecutive patients seen in an emergency department with acute chest pain », *Journal of General Internal Medicine*, 8(5), 1993, p. 231-235.
38. W. Katon, « Panic disorder: relationship to high medical utilization, unexplained physical symptoms, and medical costs », *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(supplément 10), 1996, p. 11-18.
39. M. Olfson, R.C. Kessler, P.A. Berglund *et al.*, « Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario », *American Journal of Psychiatry*, 155(10), 1998, p. 1415-1422.

Annexe

Tableau A

Rapports corrigés de cotes reliant le trouble panique au fait de ne pas avoir travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois, sans et avec variables de contrôle pour les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux, population à domicile de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Modèle 1		Modèle 2	
	Variables de contrôle pour les facteurs socio-démographiques [†]		Variables de contrôle pour les facteurs socio-démographique et les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux [‡]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble panique				
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,0*	1,5 - 2,7	1,6*	1,1 - 2,2
Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	0,9	0,7 - 1,2	0,9	0,7 - 1,1
Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Sexe				
Hommes	0,3*	0,3 - 0,4	0,4*	0,3 - 0,4
Femmes [§]	1,0	...	1,0	...
Âge	1,1*	1,1 - 1,1	1,1*	1,1 - 1,1
État matrimonial				
Marié(e) [§]	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	1,6*	1,1 - 2,2	1,5*	1,1 - 2,1
Séparé(e)/divorcé(e)	1,0	0,8 - 1,1	0,9	0,8 - 1,1
Jamais marié(e)	1,3*	1,2 - 1,6	1,3*	1,1 - 1,5
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires	2,8*	2,5 - 3,2	2,8*	2,4 - 3,2
Diplôme d'études secondaires	1,4*	1,2 - 1,6	1,4*	1,2 - 1,6
Études postsecondaires partielles	1,4*	1,2 - 1,7	1,3*	1,1 - 1,6
Diplôme d'études post-secondaires [§]	1,0	...	1,0	...
Autre(s) trouble(s) mental(aux)				
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)			1,5*	1,3 - 1,8
Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)			0,9	0,8 - 1,1
Jamais [§]			1,0	...
Problèmes de santé chroniques				
Oui			1,4*	1,2 - 1,5
Non [§]			1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : L'analyse multivariée est fondée, pour le modèle 1, sur 23 573 personnes de 25 à 64 ans et, pour le modèle 2, sur 23 140 personnes qui ont fourni les renseignements sur toutes les variables incluses dans le modèle. Une catégorie « données manquantes » est incluse dans les modèles pour le trouble panique afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Sexe, âge, état matrimonial et niveau de scolarité.

‡ Au moins un des 18 problèmes de santé chroniques diagnostiqués autodéclarés (voir Définitions); agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, épisode dépressif majeur et trouble de stress post-traumatique (l'année précédente uniquement).

§ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Rapports corrigés de cotes reliant le trouble panique à l'incapacité permanente de travailler, sans et avec variables de contrôle pour les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux, population à domicile de 25 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Modèle 1		Modèle 2	
	Variables de contrôle pour les facteurs socio-démographiques [†]		Variables de contrôle pour les facteurs socio-démographiques et les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux [‡]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble panique				
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	6,4*	3,9 - 10,5	3,2*	1,8 - 5,8
Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	1,1	0,7 - 1,7	0,9	0,5 - 1,4
Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Sexe				
Hommes	1,1	0,9 - 1,3	1,2	1,0 - 1,5
Femmes [§]	1,0	...	1,0	...
Âge	1,1*	1,1 - 1,1	1,1*	1,1 - 1,1
État matrimonial				
Marié(e) [§]	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	1,6	1,0 - 2,5	1,5	0,9 - 2,4
Séparé(e)/divorcé(e)	2,8*	2,2 - 3,6	2,5*	1,9 - 3,2
Jamais marié(e)	3,5*	2,7 - 4,5	3,4*	2,6 - 4,5
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires	3,7*	2,9 - 4,7	3,5*	2,7 - 4,4
Diplôme d'études secondaires	1,8*	1,3 - 2,4	1,6*	1,2 - 2,3
Études postsecondaires partielles	2,0*	1,3 - 3,1	1,7*	1,1 - 2,6
Diplôme d'études post-secondaires [§]	1,0	...	1,0	...
Autre(s) trouble(s) mental(aux)				
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)			2,2*	1,6 - 2,9
Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)			1,1	0,8 - 1,5
Jamais [§]			1,0	...
Problèmes de santé chroniques				
Oui			5,3*	3,7 - 7,5
Non [§]			1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : L'analyse multivariée est fondée, pour le modèle 1, sur 23 440 personnes de 25 à 64 ans et, pour le modèle 2, sur 23 019 personnes qui ont fourni les renseignements sur toutes les variables incluses dans le modèle. Une catégorie « données manquantes » est incluse dans les modèles pour le trouble panique afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Sexe, âge, état matrimonial et niveau de scolarité.

‡ Au moins un des 18 problèmes de santé chroniques diagnostiqués autodéclarés (voir Définitions); agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, épisode dépressif majeur et trouble de stress post-traumatique (l'année précédente uniquement).

§ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau C

Rapports corrigés de cotes reliant le trouble panique au fait d'avoir consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel au sujet de ses émotions, sa santé mentale ou sa consommation d'alcool ou de drogues, sans et avec variables de contrôle pour les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	<i>Modèle 1</i>		<i>Modèle 2</i>	
	Variables de contrôle pour les facteurs socio-démographiques [†]		Variables de contrôle pour les facteurs socio-démographiques et les problèmes de santé physique et autres troubles mentaux [‡]	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble panique				
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	10,3*	7,9 - 13,6	5,7*	4,2 - 7,7
Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)	10,1*	7,9 - 13,0	5,9*	4,4 - 7,9
Jamais [§]	1,0	...	1,0	...
Sexe				
Hommes	0,5*	0,5 - 0,6	0,6*	0,5 - 0,7
Femmes [§]	1,0	...	1,0	...
Âge				
1,0	1,0	1,0 - 1,0	1,0	1,0 - 1,0
État matrimonial				
Marié(e) [§]	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	0,6*	0,5 - 0,8	0,7*	0,5 - 0,8
Séparé(e)/divorcé(e)	2,4*	2,1 - 2,6	1,9*	1,7 - 2,2
Jamais marié(e)	1,1	1,0 - 1,3	1,1	0,9 - 1,2
Revenu du ménage				
Inférieur	1,3*	1,1 - 1,6	1,0	0,8 - 1,3
Moyen-inférieur	0,9	0,8 - 1,1	0,8*	0,6 - 1,0
Moyen	0,8*	0,7 - 0,9	0,7*	0,6 - 0,8
Moyen-supérieur	0,9	0,8 - 1,0	0,9*	0,8 - 1,0
Supérieur [§]	1,0	...	1,0	...
Autre(s) trouble(s) mental(aux)				
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)			7,4*	6,4 - 8,5
Dans le passé (sauf au moment de l'enquête)			6,4*	5,7 - 7,3
Jamais [§]			1,0	...
Problèmes de santé chroniques				
Oui			1,8*	1,6 - 1,9
Non [§]			1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Les professionnels incluent les psychiatres, les médecins de famille ou les omnipraticiens, les autres médecins, tels que les cardiologues, les gynécologues ou les urologues, et les psychologues. L'analyse multivariée est fondée, pour le modèle 1, sur 36 846 personnes de 15 ans et plus et, pour le modèle 2, sur 36 159 personnes qui ont fourni les renseignements sur toutes les variables incluses dans le modèle. Des catégories « données manquantes » sont incluses dans les modèles pour le trouble panique et le revenu du ménage afin de maximiser la taille de l'échantillon, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Sexe, âge, état matrimonial et niveau de scolarité.

‡ Au moins un des 18 problèmes de santé chroniques diagnostiqués autodéclarés (voir Définitions); agoraphobie, trouble d'anxiété sociale, épisode dépressif majeur et trouble de stress post-traumatique (l'année précédente uniquement).

§ Catégorie de référence.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

... N'ayant pas lieu de figurer.

Trouble d'anxiété sociale — plus que de la timidité

- *Le trouble d'anxiété sociale, appelé aussi phobie sociale, se manifeste habituellement pour la première fois durant l'enfance ou au début de l'adolescence et les symptômes persistent souvent pendant des décennies.*
- *Le trouble est associé à un plus faible niveau de scolarité et à une probabilité d'emploi réduite, à l'isolement social, à l'invalidité fonctionnelle et à des sentiments d'insatisfaction face à la vie et à l'égard de la santé.*
- *De nombreuses personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale et d'autres problèmes de santé mentale (trouble dépressif majeur, trouble panique ou dépendance aux drogues) déclarent que leurs symptômes d'anxiété sociale se sont manifestés les premiers.*
- *Peu de personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale consultent un professionnel au sujet de leur peur de situations sociales ou de performance.*

Résumé

Objectifs

Le présent article fournit des estimations de la prévalence du trouble d'anxiété sociale (phobie sociale) au sein de la population à domicile canadienne de 15 ans et plus. L'article examine la relation entre ce trouble mental et d'autres troubles mentaux. Certains aspects de l'altération du fonctionnement sont en outre comparés entre les personnes atteintes de ce trouble au moment de l'enquête, dans le passé et avec celles sans antécédents de cette affection.

Source des données

Les données sont tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 : Santé mentale et bien-être.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale et de déterminer les facteurs socioéconomiques qui y sont associés. De telles totalisations ont aussi permis d'étudier les liens entre ce trouble et d'autres troubles mentaux. Les associations entre le trouble d'anxiété sociale et certaines variables d'altération du comportement ont été soumises à une analyse multivariée pour tenir compte des effets des facteurs socioéconomiques et d'autres aspects de la santé mentale et physique.

Principaux résultats

En 2002, 750 000 Canadiens et Canadiennes de 15 ans et plus (3 %) souffraient de trouble d'anxiété sociale. Ces personnes présentaient un risque plus élevé de souffrir de trouble dépressif majeur, de trouble panique et de dépendance aux drogues que la population générale. Le trouble d'anxiété sociale était associé à des taux plus élevés d'incapacité, de perceptions négatives de la santé physique et mentale et de sentiments d'insatisfaction face à la vie.

Mots-clés

Âge au moment de l'apparition, comorbidité, indicateurs de l'état de santé, santé mentale, prévalence, phobie sociale, soutien social.

Auteure

Margot Shields (613 951-4177; Margot.Shield@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, Ottawa, Ontario, K1A 0T6.

Margot Shields

Au cours de la vie, la plupart des gens ont déjà éprouvé un sentiment de gêne ou d'embarras face à une quelconque situation sociale ou de performance. Cependant, en pareille situation, les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale (appelé aussi phobie sociale) se sentent toute leur vie très mal à l'aise ou même paralysées parce qu'elles ont une peur intense d'être observées attentivement ou mises dans l'embarras. Par conséquent, soit elles évitent totalement les contacts sociaux, soit elles les redoutent et les subissent avec détresse intense¹. Souvent méconnu et confondu avec de la simple timidité, le trouble d'anxiété sociale correspond, selon plusieurs études, à un état chronique et persistant caractérisé par de forts sentiments d'anxiété et une altération significative du fonctionnement²⁻⁵. On parle avec raison de « timidité malade »⁶.

Déterminer combien de personnes souffrent réellement de trouble d'anxiété sociale reste difficile, puisque la plupart ne s'adressent pas à un professionnel de la santé pour se faire traiter^{3, 6-12}. Le trouble d'anxiété sociale a été considéré comme un état rare et habituellement bénin jusque dans les années 1980¹³, quand il a été reconnu comme trouble distinct dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*¹⁴. Puis, durant les années 1990, plusieurs études épidémiologiques ont donné à penser que le trouble d'anxiété sociale était associé à une altération significative du comportement et qu'il était plus prévalent qu'on ne l'avait cru initialement^{3, 10, 13, 15, 16}. Il était considéré alors comme l'un des troubles mentaux les plus courants^{3, 10, 13, 15, 16}. Toutefois, comme peu de personnes se font traiter par des professionnels de la santé, les études épidémiologiques fondées sur la population constituent en réalité le seul moyen d'estimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale et le fardeau qu'il peut représenter.

Le présent article est fondé sur les données du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être. Le cycle 1.2 de l'ESCC est la première enquête conçue et menée dans le but de fournir des renseignements complets sur les questions de santé mentale au niveau national. La présente analyse fournit les taux de prévalence du trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête et au cours de la vie pour la population canadienne de 15 ans et plus vivant à domicile (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*). L'analyse se penche sur l'âge au moment de l'apparition des symptômes et sur la durée de ceux-ci ainsi que sur le lien avec d'autres troubles mentaux. L'évaluation du fardeau que représente le trouble d'anxiété sociale est basée sur l'étude de l'invalidité fonctionnelle et de la qualité de vie. Ces deux facteurs sont analysés au moyen de modèles multivariés qui permettent de tenir compte de l'effet d'autres variables qui peuvent influencer sur les résultats, soit les caractéristiques socioéconomiques ainsi que certains aspects de la santé physique et mentale. L'analyse porte finalement sur le nombre de personnes atteintes de ce trouble qui ont consulté un professionnel de la santé pour se faire traiter.

Mesure du trouble d'anxiété sociale

Pour les besoins de l'ESCC, le trouble d'anxiété sociale a été mesuré selon la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI). Cet instrument a été créé pour permettre d'évaluer les troubles mentaux d'après les définitions données dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du*

texte (DSM-IV®-TR)¹. La CIDI a été conçue pour mesurer la prévalence des troubles mentaux au sein de la collectivité et elle peut être administrée par des intervieweurs non professionnels. (Les questions et les algorithmes utilisés pour mesurer le trouble d'anxiété sociale dans l'ESCC figurent à l'Annexe. Le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC figure dans le site Web de Statistique Canada à www.statcan.ca¹⁷.)

Situations redoutées

Selon l'ESCC de 2002, un peu plus de 2 millions de Canadiens et Canadiennes de 15 ans et plus avaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale, c'est-à-dire qu'ils en avaient éprouvé les symptômes à un moment donné de leur vie (voir *Définitions et Annexe*). Environ 8 % de la population totale serait ainsi touchée (tableau 1). Par ailleurs, quelque

Tableau 1
Prévalence du trouble d'anxiété sociale au cours de la vie et au moment de l'enquête, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Au cours de la vie	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)
	%	
Total	8,1	3,0
Sexe		
Hommes	7,5*	2,6*
Femmes [†]	8,7	3,4
Groupe d'âge		
15 à 24 ans	9,4	4,7*
25 à 34 ans	9,6	3,8
35 à 54 ans [‡]	9,1	3,1
55 ans et plus	4,9*	1,3*
État matrimonial[†]		
Marié(e) ou en union libre [†]	8,0	2,5
Veuf(veuve)	7,0 ^{E1}	2,4 ^{E2}
Divorcé(e) ou séparé(e)	12,7*	5,0*
Jamais marié(e)	12,0*	5,0*
Niveau de scolarité[†]		
Pas de diplôme d'études secondaires	9,1	3,9*
Diplôme d'études secondaires	8,8	3,3
Études postsecondaires partielles	10,3	3,9*
Diplôme d'études postsecondaires [†]	8,9	2,7
Revenu du ménage		
Inférieur ou moyen-inférieur	9,8*	4,6*
Moyen	7,8	3,0
Moyen-supérieur ou supérieur [†]	8,2	2,8

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002 : Santé mentale et bien-être

[†] Catégorie de référence.

[‡] Pour les personnes de 25 à 64 ans.

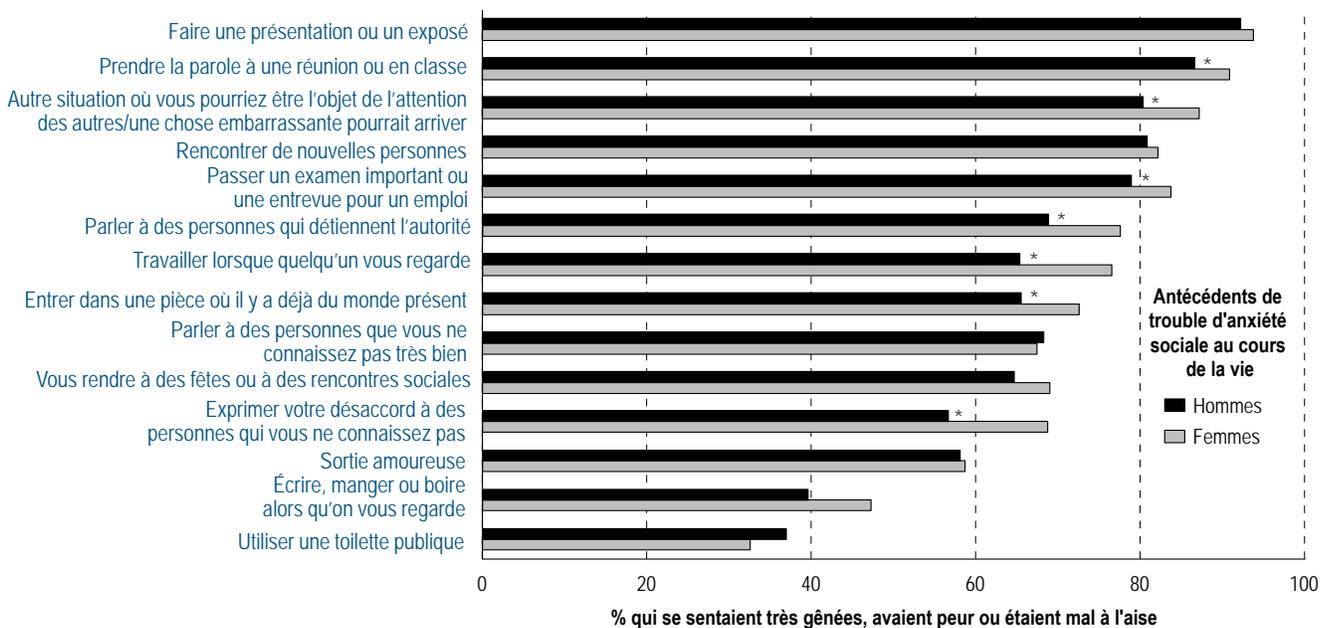
* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

Graphique 1

Pourcentage de personnes ayant des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de la vie qui se sentaient très gênées, avaient peur ou étaient mal à l'aise dans certaines situations, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002

Nota : Dans l'estimation pour chaque situation, les cas où les participants ont indiqué que la situation ne s'applique pas sont exclus.

* Valeur significativement plus faible que l'estimation pour les femmes (p < 0,05).

750 000 personnes (3 %) souffraient de ce trouble « au moment de l'enquête », c'est-à-dire qu'elles avaient eu des symptômes au cours des 12 mois précédant l'enquête.

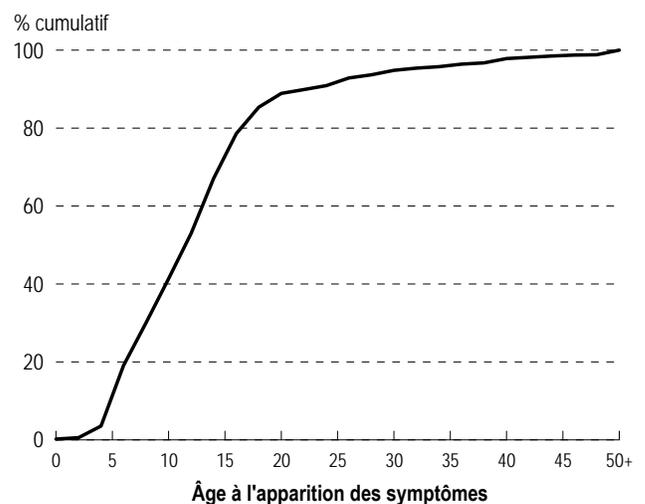
Les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale appréhendent le plus souvent une situation de performance ou d'avoir à prendre la parole en public. Plusieurs autres situations sont en outre source d'anxiété pour bon nombre, notamment, rencontrer de nouvelles personnes, parler à quiconque détient ou représente une autorité, ou entrer dans une pièce pleine de gens (graphique 1). La majorité des personnes aux prises avec un trouble d'anxiété sociale ont dit craindre 10 ou plus des 14 situations sociales couvertes par l'ESCC, et près de 95 % en craignaient 5 ou plus. Dans la moitié des situations examinées, les femmes étaient légèrement plus susceptibles que les hommes d'avoir des appréhensions.

Problèmes qui apparaissent tôt et qui persistent

L'apparition hâtive du trouble d'anxiété sociale représente certes l'une de ses caractéristiques les plus frappantes : les symptômes se manifestent habituellement pour la première fois dans l'enfance ou

Graphique 2

Incidence cumulative du trouble d'anxiété sociale, selon l'âge au moment de l'apparition des symptômes, population à domicile de 15 ans et plus présentant des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de la vie, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Méthodologie

Source des données

La présente analyse est fondée sur les données du cycle 1.2, Santé mentale et bien-être, de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002, qui a débuté en mai 2002 et qui a été réalisé sur une période de huit mois. Le cycle 1.2 de l'ESCC couvre la population à domicile de 15 ans et plus dans les 10 provinces. Les personnes vivant en établissement, les résidents de réserves indiennes et de certaines régions éloignées, les habitants des trois territoires ainsi que les membres à temps plein des Forces canadiennes ne font pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon du cycle 1.2 de l'ESCC a été sélectionné à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans et plus a été sélectionnée au hasard dans chaque ménage échantillonné. Les participants ont été sélectionnés de manière à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés, afin de garantir des échantillons de taille suffisante pour ces groupes d'âge. On trouvera des descriptions plus détaillées du plan de sondage, de l'échantillon et des méthodes d'entrevue dans d'autres rapports parus antérieurement ainsi que dans le site Web de Statistique Canada^{17,18}.

Toutes les entrevues ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été menées en personne; les autres, par téléphone. Les participants sélectionnés ont été priés de fournir personnellement les renseignements demandés, les réponses par procuration n'étant pas acceptées. L'échantillon utilisé comptait 36 984 personnes de 15 ans et plus, et le taux de réponse était de 77 %.

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale et les caractéristiques associées à ce trouble dans la population à domicile de 15 ans et plus. Toutes les estimations étaient fondées sur les données du cycle 1.2 de l'ESCC.

Dans l'échantillon global de 36 984 participants à l'enquête, 1 189 ont été classés comme souffrant de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête (symptômes au cours des 12 derniers mois), 1 723 comme ayant souffert de ce trouble dans le passé (à un quelconque moment au cours de toute la vie mais non au cours des 12 derniers mois) et 33 691, comme n'ayant pas d'antécédents de ce trouble. (Pour la définition exhaustive du trouble d'anxiété sociale, voir l'*Annexe*.) Certains des participants (381) n'ont pu être classés parce qu'ils n'ont pas répondu à un nombre suffisant de questions pour permettre de procéder à une évaluation. Ces participants ont été exclus de l'estimation des taux de prévalence.

Les totalisations croisées ont été utilisées également pour examiner la mesure dans laquelle le trouble d'anxiété sociale est associé à un trouble dépressif majeur, un trouble panique et une dépendance aux drogues.

Des modèles de régression logistique à plusieurs variables ont servi à évaluer les associations entre le trouble d'anxiété sociale et certaines variables d'altération du fonctionnement, dont les faibles niveaux de soutien social, les limitations des activités, les jours d'incapacité, les perceptions négatives de la santé physique et mentale et l'insatisfaction face à la vie. Deux ensembles de modèles ont été utilisés. Des variables socioéconomiques ont été introduites dans le premier ensemble à titre de variables de contrôle. Ces variables ont été retenues pour le deuxième ensemble, et plusieurs problèmes de santé ont été ajoutés pour permettre d'examiner la comorbidité – soit le trouble dépressif majeur, le trouble panique, la dépendance aux drogues et le nombre de problèmes de santé physique chroniques – pour déterminer si les associations étaient plus faibles ou les mêmes, ou si elles avaient disparu (tableau 4, tableaux B à D en annexe).

Toutes les estimations et les analyses étaient fondées sur des données pondérées reflétant la répartition selon l'âge et le sexe de la population à domicile de 15 ans et plus dans les 10 provinces en 2002. Pour tenir compte des effets du plan de sondage, les erreurs-types et les coefficients de variation ont été estimés selon la méthode du *bootstrap*²²⁻²⁴.

au début de l'adolescence^{3,6,7,10-13,19-21}. Les participants à l'ESCC ont été invités à déclarer à quel âge ils avaient pour la première fois eu peur de manière intense d'une situation sociale ou de performance ou avaient cherché à l'éviter. L'âge moyen des personnes ayant des antécédents de trouble d'anxiété sociale au moment de l'apparition des premiers symptômes était de 13 ans; seulement 15 % ont déclaré que les symptômes avaient commencé à se manifester après 18 ans (graphique 2). Par contre, les premiers

symptômes des deux autres troubles courants, soit le trouble panique et la dépression, se sont manifestés beaucoup plus tard, à 25 et 28 ans, respectivement (données non présentées).

Le trouble d'anxiété sociale peut non seulement apparaître tôt, mais aussi persister longtemps. Selon de nombreuses études, les symptômes peuvent persister pendant des années, souvent pendant deux décennies ou plus^{3,5,12,13,25}. Les participants à l'ESCC qui présentaient des antécédents de ce trouble

au cours de leur vie en ressentait les symptômes en moyenne pendant 20 ans. Toutefois, cela sous-estime la véritable durée du trouble, puisque de nombreuses personnes en souffraient encore au moment de l'enquête.

Trouble plus courant chez les femmes

En 2002, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de souffrir de trouble d'anxiété sociale, tant au cours de leur vie qu'au moment de l'enquête (tableau 1). Le rapport du taux chez les femmes et de celui chez les hommes était de 1,2 pour le trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie et de 1,3 pour le trouble au moment de l'enquête (12 derniers mois). Ce résultat s'apparente à celui d'autres études communautaires et cliniques qui révèlent généralement des taux supérieurs chez les femmes^{7,10,13,16,20,21,26,27}.

Les jeunes de 15 à 24 ans étaient plus susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête (4,7 %) que les personnes d'âge moyen (3,1 %), et les personnes de 55 ans et plus, moins susceptibles (1,3 %); cette tendance s'observe également dans d'autres pays^{7,10,26,28}. Selon l'ESCC, les taux de prévalence du trouble d'anxiété sociale au cours de la vie étaient similaires chez les personnes de 15 à 54 ans, puis diminuaient fortement. Un effet de cohorte jouerait peut-être ici un rôle, c'est-à-dire que les personnes nées il y a plus longtemps seraient moins susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale que les cohortes récentes^{6,10}. Toutefois, en l'absence de données sur la prévalence portant sur les décennies précédentes, le bien-fondé d'une telle théorie reste difficile à démontrer. Il se peut également que les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale décèdent à un âge plus jeune ou que les personnes âgées ne se rappellent pas avoir eu des symptômes¹⁰.

L'état matrimonial est un facteur

En 2002, la prévalence du trouble d'anxiété sociale était plus élevée chez les personnes qui ne s'étaient jamais mariées ou qui avaient divorcé ou s'étaient séparées (5,0 % dans l'un et l'autre cas), comparativement aux personnes mariées (2,5 %) (tableau 1). D'autres études révèlent des associations semblables avec l'état matrimonial^{3,6,7,10,12,13,21,26}. De fait, l'apparition du trouble d'anxiété sociale à un jeune âge semblerait empêcher l'acquisition de compétences sociales, ce qui rendrait le mariage ou un mariage réussi moins probable.

La non-acquisition de compétences sociales à un jeune âge pourrait également constituer une entrave

au succès scolaire^{3,6,7,10,12,13,21,28}, comme en témoignent les résultats de l'ESCC. Les personnes qui n'avaient pas achevé leurs études secondaires ou postsecondaires étaient plus susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale que les diplômés du postsecondaire. Chez les étudiants du postsecondaire, cela pourrait tenir à la peur associée au fait de quitter la maison et(ou) de changer d'école, puis à l'abandon des études lorsqu'ils sont obligés de faire face à un nouveau milieu social^{6,7}.

Revenu inférieur, prévalence plus élevée

Selon l'ESCC de 2002, le trouble d'anxiété sociale est plus prévalent chez les personnes qui habitent dans des ménages à revenu inférieur que chez celles qui habitent dans des ménages à revenu supérieur (tableau 1). En outre, les personnes qui ont déclaré des symptômes de trouble d'anxiété sociale au cours des 12 derniers mois étaient moins susceptibles d'avoir un emploi et celles qui travaillaient avaient un revenu personnel inférieur (tableau 2). Cela peut être attribuable en partie aux niveaux de scolarité inférieurs des personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale ainsi qu'aux difficultés associées à un emploi qui exige passablement d'interaction sociale^{7,29}. Les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale étaient également plus susceptibles d'être dépendantes sur le plan financier. En 2002, 10 % des personnes qui présentaient des symptômes au moment de l'enquête habitaient dans des ménages qui ont déclaré avoir touché des prestations d'aide sociale au cours des 12 derniers mois, comparativement à 4 % des personnes n'ayant pas d'antécédents de ce trouble (données non

Tableau 2
Situation d'emploi et revenu personnel moyen des travailleurs selon les antécédents de trouble d'anxiété sociale, population à domicile de 25 à 54 ans, Canada, territoires non compris, 2002

	Antécédents de trouble d'anxiété sociale		
	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	Jamais
Travaille à un emploi/à une entreprise actuellement (%)	72*	84	84
Revenu personnel moyen des travailleurs occupés actuellement (\$)	36 000*	40 000	43 000

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement différente de l'estimation pour « jamais » ($p < 0,05$).

présentées). Les résultats de l'ESCC à l'égard de la dépendance sur le plan financier sont comparables à ceux d'autres études^{4,7,13,30}.

Plus forte probabilité d'autres troubles

Selon toute vraisemblance, le trouble d'anxiété sociale est nettement associé à un risque plus élevé d'autres troubles d'anxiété, de trouble de l'humeur et de toxicomanie^{3,12,15,26,31,32}. En outre, selon certaines études, le trouble d'anxiété sociale est associé à la gravité et à la persistance de ces autres troubles mentaux^{3,12,15,32}.

Les personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête étaient plus de six fois plus susceptibles que la population générale de souffrir de trouble dépressif majeur (tableau 3). Elles étaient aussi plus de cinq fois plus susceptibles de présenter un trouble panique et trois fois plus susceptibles d'avoir une dépendance aux drogues. En outre, les personnes qui présentaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie mais qui n'avaient plus de symptômes ont continué de présenter un risque plus élevé de souffrir de ces autres troubles. La relation entre le trouble d'anxiété sociale et ces trois états persiste lorsqu'on l'examine au moyen de modèles multivariés qui tiennent compte de l'effet des facteurs socioéconomiques (tableau A en annexe).

Le trouble d'anxiété sociale semble d'être plus volontiers lié à la dépression chez les femmes et à la toxicomanie chez les hommes^{3,5}. Lorsque les modèles multivariés de l'ESCC ont de nouveau été exécutés pour vérifier s'il existe une interaction entre le sexe et

Tableau 3
Autres problèmes de santé mentale, selon les antécédents de trouble d'anxiété sociale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Trouble dépressif majeur	Trouble panique	Dépendance à l'alcool ou aux drogues
	% ayant souffert du trouble au cours des 12 derniers mois		
Global	5	2	3
Antécédents de trouble d'anxiété sociale			
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	31 [†]	11 [†]	9 [†]
Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	11 [†]	4 [†]	6 [†]
Jamais	4 [‡]	1 [‡]	3 [‡]

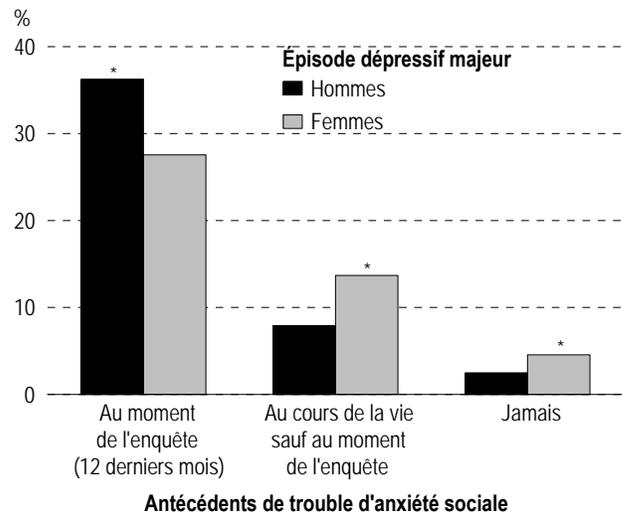
Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

[†] Valeur significativement plus élevée que l'estimation globale ($p < 0,05$).

[‡] Valeur significativement plus faible que l'estimation globale ($p < 0,05$).

Graphique 3

Pourcentage de personnes déclarant avoir connu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois, selon les antécédents de trouble d'anxiété sociale et le sexe, population de 15 ans et plus, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour l'autre sexe ($p < 0,05$)

les antécédents de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête, seule la dépression a révélé une interaction significative (données non présentées), ce qui était contraire aux attentes. Contrairement aux femmes, les hommes souffrant de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête présentaient un risque plus élevé de souffrir également de dépression (graphique 3). Toutefois, dans le cas des personnes qui n'ont jamais souffert de ce trouble ou qui en ont souffert dans le passé, la dépression était plus prévalente chez les femmes.

L'anxiété précède souvent d'autres troubles

Un examen des données de l'ESCC révèle que le trouble d'anxiété sociale précède souvent d'autres troubles mentaux, comme le montrent de nombreuses autres études^{7,10,12,15,19,21,25,26,28,31,32}. En 2002, chez les participants à l'ESCC qui présentaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale et de trouble dépressif majeur au cours de leur vie, les symptômes d'anxiété sociale se sont manifestés les premiers dans environ 7 cas sur 10 (69 %). L'âge au moment de l'apparition des symptômes était le même pour l'un et l'autre trouble dans le cas de 13 % des participants à l'enquête.

Chez les personnes ayant des antécédents de trouble d'anxiété sociale et de trouble panique au cours de leur vie, l'anxiété sociale s'est manifestée à un âge plus jeune dans 59 % des cas, et l'âge au moment de l'apparition des symptômes était le même pour le trouble panique et le trouble d'anxiété sociale dans environ le quart des cas.

D'autres études ont montré que le trouble d'anxiété sociale précède souvent la toxicomanie^{4, 7, 10, 19, 30, 33, 34}, mais l'ESCC ne fournit pas de renseignements sur les antécédents de toxicomanie au cours de la vie.

Bien que la question n'ait pas été étudiée à fond, l'analyse a révélé une association entre le trouble d'anxiété sociale et la maladie physique^{13, 28}. Les participants à l'ESCC souffrant de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête ont déclaré en moyenne 1,5 problème de santé physique chronique. Il s'agit là d'un nombre significativement supérieur au nombre moyen déclaré par ceux ayant des antécédents de ce trouble (1,2) et qui, à son tour, est significativement supérieur à la moyenne des gens sans antécédents (1,1).

De nombreuses études antérieures ont révélé que le trouble d'anxiété sociale est associé à l'isolement social^{2, 7, 8, 12, 16}, à l'incapacité^{6, 8, 10, 12, 27, 30, 35}, et à une qualité de vie réduite^{5, 6, 12, 13, 21, 27, 28}. Les données de l'ESCC reflètent aussi de telles associations.

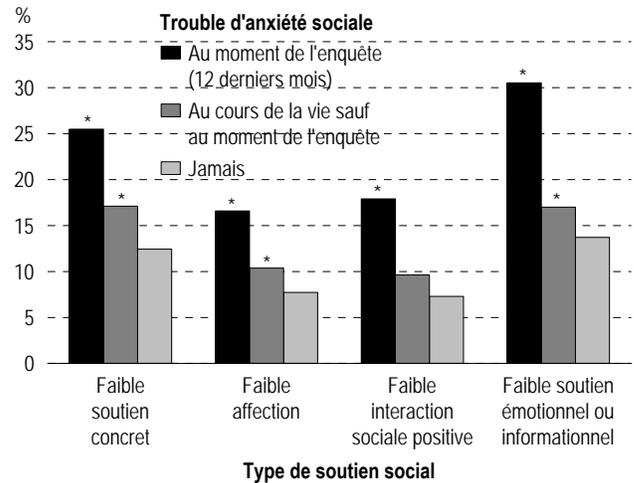
Absence de soutien social

L'ESCC a permis de mesurer quatre types de soutien social, soit le soutien concret, l'affection, l'interaction sociale positive et le soutien émotionnel ou informationnel (voir *Définitions*). Bénéficier d'un soutien concret signifie avoir quelqu'un qui vous fournit de l'aide lorsque vous en avez besoin, par exemple si vous êtes alité ou si vous avez besoin de quelqu'un pour vous conduire chez le médecin, préparer les repas ou accomplir certaines tâches quotidiennes. Recevoir de l'affection signifie avoir une personne qui vous montre qu'elle vous aime, qui vous prend dans ses bras et qui vous donne le sentiment d'être désiré. Avoir des interactions sociales positives signifie pouvoir se détendre, s'amuser ou se changer les idées avec une personne. Le soutien émotionnel ou informationnel est prodigué par des personnes qui vous comprennent ainsi que vos problèmes, qui vous conseillent et avec lesquelles vous pouvez partager vos soucis et vos craintes.

D'après les données de l'ESCC, les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale n'ont pas un soutien social adéquat. Comparativement aux personnes qui n'ont pas d'antécédents de ce trouble, celles qui en souffraient au moment de l'enquête étaient plus de deux fois plus susceptibles d'avoir de

Graphique 4

Pourcentage de personnes bénéficiant d'un faible soutien social, selon le type de soutien et les antécédents de trouble d'anxiété sociale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « jamais » ($p < 0,05$)

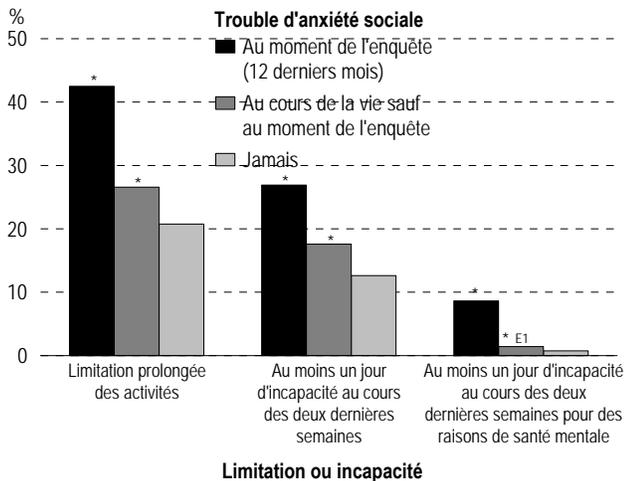
faibles niveaux de chaque type de soutien (graphique 4). Même si la situation des personnes qui ne présentent plus de symptômes de ce trouble est légèrement meilleure, elles demeurent plus susceptibles de bénéficier d'un faible soutien social comparativement aux personnes qui n'ont pas d'antécédents de trouble d'anxiété sociale. Les études cliniques révèlent que les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale souhaitent avoir des contacts sociaux mais en sont empêchées par leur peur de l'interaction, de sorte qu'elles souffrent d'isolement social^{2, 31, 36}. Comme les symptômes se manifestent à un jeune âge, il est particulièrement difficile pour ces personnes d'établir et de maintenir des relations significatives.

Plus forte probabilité de limitations, d'incapacité

Comparativement aux personnes sans antécédents de trouble d'anxiété sociale, les personnes qui en souffraient au moment de l'enquête étaient plus de deux fois plus susceptibles de déclarer une limitation des activités (graphique 5). C'est-à-dire que leurs activités à la maison, à l'école, au travail ou durant les heures de loisirs étaient limitées par une affection physique ou mentale ou un problème de santé à long terme. En outre, ces personnes étaient également plus de deux fois plus susceptibles de déclarer au moins

Graphique 5

Limitation prolongée des activités et incapacité au cours des deux dernières semaines, selon les antécédents de trouble d'anxiété sociale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « jamais » ($p < 0,05$).

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines, c'est-à-dire qu'elles avaient passé au moins un jour au lit ou avaient réduit leurs activités habituelles pour cause de maladie ou de blessure.

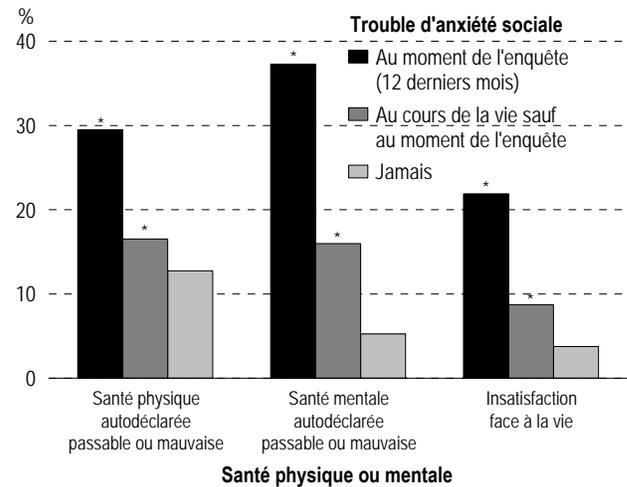
Les différences sur le plan du nombre de jours d'incapacité pour cause de problème de santé mentale ou émotionnelle ou de consommation d'alcool ou de drogue sont encore plus prononcées. Les personnes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête étaient plus de 10 fois plus susceptibles de déclarer au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines pour des raisons de santé mentale que les personnes sans antécédents de ce trouble. Les personnes ayant souffert de trouble d'anxiété sociale auparavant étaient plus susceptibles de déclarer des limitations des activités à long terme et des jours d'incapacité au cours des deux dernières semaines que les personnes sans antécédents de ce trouble, bien que leurs taux d'altération du fonctionnement soient considérablement inférieurs à ceux des personnes qui souffraient de ce trouble au moment de l'enquête.

Insatisfaction face à la vie et à l'égard de la santé

Les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale ont tendance à avoir une qualité de vie

Graphique 6

État de santé physique et mentale autodéclaré, selon les antécédents de trouble d'anxiété sociale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

* Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour « jamais » ($p < 0,05$).

inférieure, comme l'indiquent leurs perceptions plutôt négatives de leur propre santé et leur insatisfaction face à la vie (graphique 6). Près de 30 % des personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête ont déclaré que leur santé physique était passable ou mauvaise, comparativement à 17 % des personnes ayant souffert de ce trouble dans le passé et à 13 % de celles n'ayant pas d'antécédents de cette affection. Plus du tiers des personnes (37 %) qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête ont jugé leur santé mentale passable ou mauvaise, comparativement à 16 % des personnes ayant souffert du trouble dans le passé et à 5 % des personnes n'ayant pas d'antécédents de cette affection.

Il existe également un lien entre l'insatisfaction face à la vie en général et le trouble d'anxiété sociale. Plus de 20 % des personnes ayant des symptômes au moment de l'enquête se sont dites très insatisfaites, comparativement à 9 % de celles ayant souffert de ce trouble dans le passé et à 4 % de celles sans antécédents de cette affection.

Mesure du fardeau

Les relations entre le trouble d'anxiété sociale et le soutien social, l'incapacité, les perceptions de la santé physique et mentale et l'insatisfaction face à la vie

Définitions

Les participants à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) qui ont déclaré avoir eu les symptômes ci-dessous ont été considérés comme ayant des antécédents de *trouble d'anxiété sociale* :

- une peur persistante et intense d'une ou de plusieurs situations sociales ou de performance durant lesquelles ils sont en contact avec des gens non familiers ou bien peuvent être exposés à l'éventuelle observation attentive d'autrui, et craignent d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante;
- l'exposition aux situations sociales redoutées provoque une anxiété et peut-être une attaque de panique;
- ils reconnaissent le caractère excessif ou déraisonné de la peur;
- ils évitent ou vivent avec une anxiété et une détresse intenses les situations sociales ou de performance redoutées;
- l'évitement, l'anticipation anxieuse ou la détresse dans les situations sociales ou de performance redoutées perturbent de façon importante leurs habitudes, leurs activités professionnelles ou leurs activités sociales;
- dans le cas des personnes de moins de 18 ans, une durée d'au moins six mois de leurs symptômes.

Par ailleurs, l'ESCC a considéré comme souffrant de *trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête* les participants qui satisfaisaient à tous les critères énumérés ci-dessus et qui, au cours des 12 derniers mois, avaient en outre éprouvé les symptômes d'un tel trouble et avaient connu une altération marquée du fonctionnement professionnel et social. Pour les questions et les algorithmes utilisés par l'ESCC pour mesurer le trouble d'anxiété sociale *ainsi que* le trouble dépressif majeur, le *trouble panique* et la *dépendance aux drogues*, voir l'*Annexe*.

L'*âge au moment de la première apparition des symptômes* a été déterminé en demandant aux participants quel âge ils avaient la toute première fois où ils ont ressenti une peur ou commencé à éviter les situations sociales.

La *durée des symptômes* a été calculée par soustraction de l'âge au moment de l'apparition de ceux-ci de l'âge au moment des derniers symptômes (ou l'âge au moment de l'enquête, dans le cas des personnes souffrant encore de ce trouble).

Quatre *groupes d'âge* ont été établis pour les besoins de l'analyse, soit 15 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 54 ans et 55 ans et plus. Le groupe des 35 à 54 ans a été utilisé comme le groupe de référence pour souligner le gradient de l'âge pour le trouble d'anxiété sociale.

Quatre catégories ont été établies pour définir l'*état matrimonial* : marié(e) ou union libre; veuf(veuve); divorcé(e) ou séparé(e); jamais marié(e).

Les participants ont été regroupés en quatre catégories établies pour définir le *niveau de scolarité* selon le plus haut niveau atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles et diplôme d'études postsecondaires.

Le *revenu du ménage* était fondé sur le nombre de personnes dans le ménage et le revenu total du ménage de toutes les sources au cours des 12 mois précédant l'entrevue de 2002.

Groupe de revenu du ménage	Nombre de membres du ménage	Revenu total du ménage
Inférieur	1 à 4	Moins de 10 000 \$
	5 ou plus	Moins de 15 000 \$
Moyen-inférieur	1 ou 2	10 000 \$ à 14 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 19 999 \$
	5 ou plus	15 000 \$ à 29 999 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Moyen-supérieur	1 ou 2	30 000 \$ à 59 999 \$
	3 ou 4	40 000 \$ à 79 999 \$
	5 ou plus	60 000 \$ à 79 999 \$
Supérieur	1 ou 2	60 000 \$ ou plus
	3 ou plus	80 000 \$ ou plus

Les participants ont été classés *comme travaillant à un emploi ou à une entreprise à l'heure actuelle* s'ils travaillaient la semaine précédant l'entrevue ou s'ils avaient un emploi ou une entreprise dont ils étaient absents.

La question suivante a permis de mesurer le *soutien social* des participants : « Dans quelle mesure avez-vous accès aux types de soutien suivants quand vous en avez besoin? Une personne :

1. pour vous aider lorsque vous devez garder le lit? »
2. qui vous écoute quand vous avez besoin de parler? »
3. qui vous conseille en situation de crise? »
4. pour vous accompagner chez le médecin si vous en aviez besoin? »
5. qui vous témoigne de l'amour et de l'affection? »
6. avec qui partager du bon temps? »
7. pouvant vous renseigner afin de vous aider à comprendre les situations que vous traversez? »
8. à qui vous confier ou à qui parler de vous et de vos problèmes? »
9. pour vous serrer dans ses bras? »
10. avec qui vous détendre? »
11. pour préparer vos repas si vous étiez incapable de le faire? »
12. dont vous recherchez vraiment les conseils? »
13. avec qui faire des activités distrayantes? »
14. pour vous aider à accomplir les tâches ménagères si vous étiez malade? »
15. à qui confier vos inquiétudes et vos peurs les plus intimes? »
16. à qui demander des suggestions quand vous avez un problème d'ordre personnel? »
17. avec qui faire des choses agréables? »
18. qui comprend vos problèmes? »
19. qui vous aime et vous donne le sentiment d'être désiré(e)? »

Pour chaque question, les participants devaient indiquer si ce soutien leur était disponible « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps » ou « tout le temps ». En se fondant sur ces questions, quatre types de soutien social ont été mesurés : le *soutien concret* (questions 1, 4, 11 et 14), l'*affection* (questions 5, 9 et 19), l'*interaction sociale positive* (questions 6, 10, 13 et 17) et le *soutien émotionnel ou informationnel* (questions 2, 3, 7, 8, 12, 15, 16 et 18)³⁷. Pour

Définitions – fin

chaque type, le participant a été classé comme ayant un faible soutien social si la réponse à au moins l'un des points permettant de mesurer la dimension était « jamais » ou « parfois ».

La *limitation des activités à long terme* résultant d'un état physique ou mental ou d'un problème de santé de longue durée était fondée sur la réponse « souvent » ou « parfois » à l'une quelconque des questions suivantes : « Est-ce qu'un état physique ou un état mental ou un problème de santé de longue durée réduit la quantité ou le genre d'activités que vous pouvez faire des fois à la maison? À l'école? Au travail? Dans d'autres activités? »

Le *nombre de jours d'incapacité* a été établi en déterminant le nombre de jours passés au lit et de jours de « limitation des activités » au cours des deux dernières semaines. Les participants devaient indiquer combien de jours ils ont gardé le lit à cause d'une maladie ou d'une blessure (y compris les nuits passées à l'hôpital) et combien de jours ils ont limité leurs activités normales à cause d'une maladie ou d'une blessure. L'*incapacité au cours des deux dernières semaines pour des raisons de santé mentale* a été mesurée en posant la question de suivi « Était-ce à cause de votre santé émotionnelle ou mentale ou de votre consommation d'alcool ou de drogues? »

L'*autoévaluation de l'état de santé physique* a été tirée de la réponse à la question suivante : « En général, diriez-vous que votre santé physique est : Excellente? Très bonne? Bonne? Passable? Mauvaise? » Une question semblable a été posée pour mesurer l'*autoévaluation de l'état de santé mentale*.

La mesure de l'*insatisfaction face à la vie* a été déterminée d'après la réponse à la question qui suit : « Dans quelle mesure êtes-vous satisfait(e) de votre vie en général : Très satisfait? Satisfait? Ni satisfait ni insatisfait? Insatisfait? Très insatisfait? » Les deux dernières catégories ont été utilisées pour classer les répondants comme étant insatisfaits face à la vie.

Les *problèmes de santé chroniques* ont été mesurés en posant aux participants des questions sur les problèmes de santé, soit les états qui duraient ou qui devraient durer six mois ou plus et qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Les intervieweurs ont lu une liste de problèmes. La présente analyse porte sur 18 problèmes de santé chroniques : l'asthme, la fibromyalgie, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos, l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique, l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, les maladies cardiaques, le cancer, les ulcères, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux, les problèmes de la thyroïde, le syndrome de fatigue chronique et les sensibilités aux agresseurs chimiques.

Pour les participants qui avaient un trouble d'anxiété sociale, le *traitement par un professionnel* a été défini comme la consultation d'un médecin ou d'un autre professionnel au sujet de leurs appréhensions sociales. La catégorie « autre professionnel » comprenait les psychologues, les psychiatres, les travailleurs sociaux, les conseillers, les conseillers spirituels, les homéopathes, les acupuncteurs et les groupes de soutien.

persistent lorsque sont pris en compte les effets confusionnels éventuels des caractéristiques socioéconomiques (sexe, âge, état matrimonial, niveau de scolarité et revenu) (tableau 4). Lorsqu'on a introduit des mesures du trouble dépressif majeur, du trouble panique, de la dépendance aux drogues et d'autres problèmes de santé physique chroniques, les relations se sont affaiblies mais elles sont, pour la plupart, demeurées statistiquement significatives (tableau 4, tableaux B à D en annexe).

La question de savoir s'il est à propos de tenir compte de l'effet d'autres problèmes de santé et d'autres troubles lorsqu'on cherche à mesurer le fardeau que représente le trouble d'anxiété sociale a été débattue. Comme ce trouble s'accompagne souvent d'autres troubles mentaux, ne pas tenir compte de leur effet peut limiter les évaluations de l'association entre le trouble d'anxiété sociale et l'altération du comportement⁶. Toutefois, s'il y a une relation de cause à effet entre le trouble d'anxiété sociale et d'autres troubles mentaux, il faudrait inclure son effet (sans apporter de correction) au moment

d'évaluer le fardeau total de la maladie¹³. Dans la plupart des cas, le trouble d'anxiété sociale se manifeste souvent avant d'autres désordres mentaux, bien qu'aucune relation de cause à effet n'ait jusqu'ici été établie^{7,10}. Néanmoins, certains chercheurs ont émis l'hypothèse selon laquelle il existe peut-être des rapports de causalité. Par exemple, de nombreuses personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale consomment de l'alcool ou de la drogue pour les aider à composer avec leur maladie, ce qui peut entraîner une consommation abusive ou une dépendance^{7,20,30,33,38}. En outre, l'isolement associé au trouble d'anxiété sociale et le fait de ne pas atteindre les objectifs fixés en matière d'études et d'emploi peuvent accroître le risque de dépression^{7,19,32,39}.

Les conclusions fondées sur les données tirées de l'ESCC sont particulièrement pertinentes puisque, même compte tenu des autres problèmes de santé mentale et physique, les rapports de cotes pour les 10 variables de résultats étaient élevés chez les personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête.

Tableau 4

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le trouble d'anxiété sociale et certains résultats, avant et après correction en fonction d'autres aspects de la santé mentale et physique, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

Résultat	Trouble d'anxiété sociale	Correction en fonction du sexe, du groupe d'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité et du revenu du ménage		Correction en fonction du sexe, du groupe d'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu du ménage et du trouble dépressif majeur, du trouble panique, de la dépendance aux drogues et des problèmes de santé physique chroniques	
		Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Faible soutien concret	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,3*	1,9- 2,8	1,8*	1,4- 2,2
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,5*	1,2- 1,7	1,3*	1,1- 1,6
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Faible affection	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,2*	1,8- 2,8	1,7*	1,4- 2,2
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,4*	1,1- 1,9	1,3	1,0- 1,7
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Faible interaction sociale positive	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,9*	2,3- 3,5	2,1*	1,7- 2,7
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,4*	1,1- 1,8	1,3	1,0- 1,7
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Faible soutien émotionnel ou informationnel	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,8*	2,3- 3,4	2,1*	1,7- 2,6
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,3*	1,1- 1,6	1,2	0,9- 1,4
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Limitation prolongée des activités	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	3,6*	3,0- 4,3	2,2*	1,7- 2,8
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,6*	1,4- 1,9	1,3*	1,1- 1,5
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,4*	2,0- 2,8	1,4*	1,1- 1,7
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,5*	1,2- 1,7	1,2*	1,0- 1,4
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines pour des raisons de santé mentale	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	9,9*	7,2-13,5	3,5*	2,5- 5,0
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,8*	1,1- 2,9	1,1	0,6- 1,9
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Autoévaluation de la santé physique comme étant passable ou mauvaise	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	3,4*	2,8- 4,3	1,8*	1,4- 2,4
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	1,6*	1,3- 1,9	1,2*	1,0- 1,5
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Autoévaluation de la santé mentale comme étant passable ou mauvaise	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	10,7*	8,8-12,9	5,4*	4,4- 6,7
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	3,5*	2,9- 4,4	2,6*	2,0- 3,3
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...
Insatisfaction face à la vie	Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	6,6*	5,3- 8,3	3,3*	2,5- 4,4
	Au cours de la vie sauf au moment de l'enquête	2,4*	1,9- 3,1	1,8*	1,4- 2,3
	Jamais [†]	1,0	...	1,0	...

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : Présente les résultats de 20 modèles de régression distincts; les résultats complets pour le deuxième ensemble de modèles figurent aux tableaux B à D en annexe.

[†] Catégorie de référence.

* p < 0,05.

... N'ayant pas lieu de figurer.

La majorité ne cherche pas à se faire traiter

On a demandé aux personnes qui avaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de la vie si elles avaient jamais consulté en personne ou par téléphone un médecin, un psychologue, un

psychiatre, un travailleur social ou un autre professionnel au sujet de leur peur ou de leur tendance à éviter les situations sociales (voir *Définitions et Limites*). La majorité d'entre elles ne l'avaient pas fait. Seulement 37 % ont déclaré qu'elles avaient consulté un professionnel de la santé (tableau 5), taux

nettement inférieur à celui associé au trouble dépressif majeur (71 %) et au trouble panique (72 %) (données non présentées). Seulement 27 % des personnes qui souffraient de trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête (qui ont déclaré avoir eu des symptômes au cours des 12 derniers mois) avaient reçu l'aide d'un professionnel de la santé au cours de la dernière année. Celles qui ont pris des dispositions pour obtenir un traitement ont souvent attendu des années avant de se faire soigner. Les participants à l'ESCC qui

présentaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie ont cherché à se faire soigner, en moyenne, 14 ans après l'apparition de la maladie. Ces faibles taux de traitement du trouble d'anxiété sociale s'apparentent aux résultats d'autres études^{3,6,7,12,35,40}.

Le fait de ne pas prendre des dispositions pour se faire soigner peut être directement lié à la nature du trouble. À cause de leurs craintes sociales extrêmes, les gens peuvent être peu disposés à discuter de leurs

Limites

Bien que des versions antérieures de la Composite International Diagnostic Interview (CIDI) aient été validées, la version de l'Enquête mondiale sur la santé mentale utilisée aux fins de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être ne l'est pas encore. Par conséquent, on ne sait pas dans quelle mesure les évaluations cliniques faites par les professionnels de la santé sont conformes à celles fondées sur les données de l'ESCC.

Selon les définitions données dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Texte révisé* (DSM®-IV-TR)¹, l'un des critères qui doit être satisfait pour un diagnostic du trouble d'anxiété sociale est que la peur ou l'évitement de situations sociales « n'est pas attribuable aux effets psychologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale et ne découle pas davantage d'un autre trouble mental ». Comme on trouvait que les participants ne pouvaient déclarer ces renseignements de façon exacte en répondant aux questions posées par des intervieweurs non professionnels, ce critère n'a pas été utilisé pour évaluer le trouble d'anxiété sociale dans le cadre de l'ESCC, ce qui a peut-être eu pour effet de gonfler les estimations de la prévalence. Cela a peut-être aussi modifié les associations entre le trouble d'anxiété sociale et d'autres variables.

Des données rétrospectives fournies par les participants ont permis d'évaluer l'âge au moment de l'apparition du trouble d'anxiété sociale, la durée des symptômes et l'ordonnement temporel du trouble d'anxiété sociale par rapport à d'autres troubles mentaux. La mesure dans laquelle les problèmes de mémorisation ont pu réduire l'exactitude de ces renseignements reste inconnue.

La non-réponse revêt une importance particulière dans une enquête qui vise à mesurer une affection telle que le trouble d'anxiété sociale. La peur des situations sociales peut amener les personnes qui souffrent de ce trouble à refuser d'ouvrir la porte et de parler à une personne qu'elles ne connaissent pas. Le taux de réponse global au cycle 1.2 de l'ESCC était de 77 %. Même si l'application de poids d'échantillonnage garantit que les estimations représentent la

population totale, on sait peu de choses sur les caractéristiques des non-répondants et certains segments de la population peuvent être sous-représentés. Il se peut que les personnes qui n'ont pas répondu aient été plus susceptibles de souffrir de trouble d'anxiété sociale, ce qui entacherait les estimations d'enquête d'un biais à la baisse par défaut. Il y a 381 personnes (environ 1 %) qui ont répondu à l'ESCC mais qui avaient une valeur « non déclarée » pour le trouble d'anxiété sociale parce qu'elles n'ont pas répondu à un nombre suffisant de questions pour permettre de procéder à une évaluation. Toutes ces personnes sauf cinq ont répondu à la question sur l'autoévaluation de l'état de santé mentale, et 22 % ont indiqué qu'elles jugeaient leur santé mentale passable ou mauvaise. Ce taux est sensiblement plus élevé que celui de 7 % observé à l'endroit des participants pour lesquels il était possible d'attribuer un état de trouble d'anxiété sociale. Cela a probablement entraîné l'accentuation du biais à la baisse par défaut dans les estimations de la prévalence, mais il est peu probable que ce biais soit considérable étant donné le petit nombre d'enregistrements en question (seulement 1 % de tous les enregistrements).

Les associations observées entre le trouble d'anxiété sociale et les limitations des activités, l'incapacité, les perceptions plus négatives de l'état de santé physique et mentale, les faibles niveaux de soutien social et l'insatisfaction face à la vie sont toutes fondées sur des résultats transversaux; par conséquent, il faut interpréter les résultats avec circonspection. Aucun lien de causalité entre le trouble d'anxiété sociale et ces variables de résultats n'a été établi, pas plus que l'ordre des événements. Ces problèmes existaient peut-être avant l'apparition des symptômes du trouble d'anxiété sociale.

La médecine classique offre deux types de traitement aux personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale : la pharmacothérapie (médicaments) et la psychothérapie (counselling psychologique). Le questionnaire de l'ESCC ne contenait pas de questions portant plus particulièrement sur le traitement du trouble d'anxiété sociale.

Tableau 5

Traitement par un professionnel pour le trouble d'anxiété sociale, selon la présence d'autres problèmes de santé mentale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Total	Autre problème de santé mentale	
		Oui	Non
Antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de la vie			
Consulté un professionnel pour recevoir un traitement pour peur/éviter de situations sociales (%)	37	51 [†]	25 [‡]
Reçu un traitement utile/efficace (%) [§]	69	73 [†]	64 [‡]
Nombre moyen d'années écoulées avant de consulter un professionnel (à compter de l'âge au moment de l'apparition des symptômes) [§]	14	13	14
Antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours des 12 derniers mois			
Reçu un traitement professionnel pour peur/éviter de situations sociales au cours des 12 derniers mois (%)	27	43 [†]	16 [‡]

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : « Professionnel » s'entend d'un médecin, d'un psychologue, d'un psychiatre, d'un travailleur social, d'un conseiller, d'un conseiller spirituel, d'un homéopathe, d'un acupuncteur et d'un groupe de soutien. Pour les estimations des antécédents au cours de la vie, les autres états comprennent le trouble panique et le trouble dépressif majeur; pour les taux sur 12 mois, le trouble panique, le trouble dépressif majeur et la dépendance aux drogues sont inclus.

[†] Valeur significativement plus élevée que l'estimation pour le total.

[‡] Valeur significativement plus faible que l'estimation pour le total.

[§] Basé sur le nombre de personnes qui ont cherché à obtenir de l'aide.

symptômes avec un professionnel de la santé ou trop gênées pour ce faire^{6,8,31,41}. Il peut être extrêmement difficile pour une personne souffrant de trouble d'anxiété sociale de faire l'effort de communiquer avec un professionnel et de le rencontrer. En outre, les personnes aux prises avec ce trouble prennent souvent leur peur intense pour de la timidité. Elles ne songent pas à s'adresser à un professionnel de la santé parce qu'elles ne sont pas conscientes de souffrir d'un trouble mental reconnu^{6,7,20,41}.

Les résultats de l'ESCC, comme ceux d'autres études^{3,6,7,42}, indiquent qu'une personne est beaucoup plus susceptible de consulter un professionnel de la santé pour son trouble d'anxiété sociale si elle souffre également d'un autre trouble mental. Or, 51 % des personnes ayant des antécédents de trouble d'anxiété sociale et des antécédents d'un autre trouble mental avaient consulté un professionnel de la santé pour leurs peurs sociales, soit plus du double de celles souffrant de trouble d'anxiété sociale seulement (25 %). L'écart était encore plus important dans le cas des personnes qui avaient déclaré des symptômes aux cours des 12 derniers mois : 43 % des personnes souffrant à la fois de trouble d'anxiété sociale et d'un autre trouble ont déclaré avoir été soignées par un professionnel de la santé au cours de la dernière année comparativement à 16 % des personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale seulement.

Les faibles taux de traitement des personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale et le nombre d'années qu'elles attendent avant de consulter sont inquiétants étant donné que, dans de nombreux cas, le trouble peut être traité avec succès. En fait, la

majorité (69 %) des participants à l'ESCC qui ont consulté un professionnel de la santé ont trouvé le traitement reçu utile et efficace.

Mot de la fin

Le trouble d'anxiété sociale a été décrit comme la « maladie des possibilités perdues »¹¹. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être abondent en ce sens. Le trouble souvent se manifeste pour la première fois durant l'enfance ou au début de l'adolescence : selon les données de l'ESCC, l'âge moyen autodéclaré au moment de l'apparition de la maladie est de 13 ans. De plus, les symptômes persistent, en moyenne, pendant 20 ans chez les participants à l'ESCC qui présentaient des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de leur vie.

Cette étude des données nationales révèle un lien entre le trouble d'anxiété sociale et un plus faible niveau de scolarité, de plus faibles possibilités d'emploi, un revenu moindre et la dépendance à l'égard de l'aide sociale, une plus faible probabilité de mariage ou de mariage réussi et l'isolement social. Ce trouble est également associé à des taux plus élevés d'incapacité, des perceptions plutôt négatives de la santé physique et mentale et des sentiments d'insatisfaction face à la vie.

Même s'il existe un traitement efficace, la plupart des personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale ne s'adressent pas à un professionnel de la santé pour les aider à vaincre leur peur. Les patients qui souffrent de trouble d'anxiété sociale peuvent

trouver extrêmement difficile de s'engager et de fournir l'effort nécessaire pour entreprendre et suivre un programme de traitement en bonne et due forme²⁰. Qui plus est, s'ils y parviennent, ils peuvent avoir de la difficulté à trouver un professionnel ayant reçu la formation voulue^{11,20,43}. Cependant, selon d'autres

études, l'intervention et le traitement précoces peuvent permettre aux personnes atteintes de ce trouble non seulement de réaliser leur plein potentiel, mais aussi de prévenir l'apparition d'autres troubles mentaux^{3,6,21}.

Références

- American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
- M.J. Chartier, A.L. Hazen et M.B. Stein, « Lifetime patterns of social phobia: a retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population », *Depression and Anxiety*, 7(3), 1998, p. 113-121.
- M.B. Keller, « The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 108(supplément 417), 2003, p. 85-94.
- J.-P. Lépine et A. Pelissolo, « Why take social anxiety disorder seriously? », *Depression and Anxiety*, 11(3), 2000, p. 87-92.
- K.A. Yonkers, I.R. Dyck et M.B. Keller, « An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. », *Psychiatric Services*, 52(5), 2001, p. 637-643.
- R.C. Kessler, « The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. » *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 108(supplément 417), 2003, p. 19-27.
- J.D. Lipsitz et F.R. Schneier, « Social phobia. Epidemiology and cost of illness », *Pharmacoeconomics*, 18(1), 2000, p. 23-32.
- M. Olfson, M. Guardino, E. Struening *et al.*, « Barriers to the treatment of social anxiety », *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 2000, p. 521-527.
- J. Ross, « Social phobia: the consumer's perspective », *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(supplément 12), 1993, p. 5-9.
- F.R. Schneier, J. Johnson, C.D. Hornig *et al.*, « Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample », *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 1992, p. 282-288.
- M.B. Stein et J.M. Gorman, « Unmasking social anxiety disorder », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 26(3), 2001, p. 185-189.
- H.-U. Wittchen et L. Fehm, « Epidemiology and natural course of social fears and social phobia », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 108(supplément 417), 2003, p. 4-18.
- D.J. Katzelnick et J.H. Greist, « Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care », *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 11-16.
- American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, troisième édition*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
- R.C. Kessler, P. Stang, H.-U. Wittchen *et al.*, « Lifetime comorbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey », *Psychological Medicine*, 29(3), 1999, p. 555-567.
- T. Furmark, M. Tillfors, P.-O. Everz *et al.*, « Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 1999, p. 416-424.
- Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à : http://www.statcan.ca/français/concepts/health/cycle1_2/index.htm. Accessed May 11, 2004.
- Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
- M.J. Chartier, J.R. Walker et M.B. Stein, « Considering comorbidity in social phobia », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 2003, p. 728-734.
- L. Sareen et M. Stein, « A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder », *Drugs*, 59(3), 2000, p. 497-509.
- E. Weiller, J.-C. Bisslerbe, P. Boyer *et al.*, « Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder », *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 1996, p. 169-174.
- J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
- K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
- D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
- D.J. DeWit, A. Ogborne, D.R. Offord *et al.*, « Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia », *Psychological Medicine*, 29(3), 1999, p. 569-582.
- L. Lampe, T. Slade, C. Issakidis *et al.*, « Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB) », *Psychological Medicine*, 33(4), 2003, p. 637-646.
- M.B. Stein et Y.M. Kean, « Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings », *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 2000, p. 1606-1613.
- A.J. Lang et M.B. Stein, « Social phobia: prevalence and diagnostic threshold », *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 5-10.
- J.R.T. Davidson, « Social anxiety disorder under scrutiny », *Depression and Anxiety* 11(3), 2000, p. 93-98.
- S.A. Montgomery, « Social phobia: the need for treatment », *International Clinical Psychopharmacology*, 12(supplément 6), 1997, p. S3-S9.
- M.R. Liebowitz, « Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(supplément 18), 1999, p. 22-26.
- M.B. Stein, M. Fuetsch, N. Müller *et al.*, « Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults », *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 2001, p. 251-256.
- C.J. Bell, A.L. Malizia et D.J. Nutt, « The neurobiology of social phobia », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(supplément 1), 1999, p. S11-S18.

34. R.B. Lydiard, « Social anxiety disorder: comorbidity and its implications » *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 17-24.
35. Y. Lecrubier et E. Weiller, « Comorbidities in social phobia » *International Clinical Psychopharmacology*, 12(supplément 6), 1997, p. S17-S21.
36. N.J. Coupland, « Social phobia: etiology, neurobiology, and treatment » *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 25-35.
37. C.D. Sherbourne, A.L. Stewart, « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714.
38. M.G. Kushner, K.J. Sher et D.J. Erickson, « Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders », *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 1999, p. 723-732.
39. D.C. Beidel, « Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(supplément 17), 1998, p. 27-32.
40. Y. Lecrubier, « Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(supplément 17), 1998, p. 33-38.
41. H.G.M. Westenberg, « The nature of social anxiety disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(supplément 17), 1998, p. 20-26.
42. K.R. Merikangas et J. Angst, « Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(6), 1995, p. 297-303.
43. M.B. Stein, « Coming face-to-face with social phobia », *American Family Physician*, 60(8), 1999, p. 2244-2247.

Annexe

Tableau A

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le trouble d'anxiété sociale ainsi que certaines caractéristiques et le trouble dépressif majeur, le trouble panique et la dépendance aux drogues au cours des 12 derniers mois, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Trouble dépressif majeur		Trouble panique		Dépendance aux drogues	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble d'anxiété sociale						
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	10,5*	8,4-13,1	9,4*	6,9- 12,6	3,0*	2,3- 4,1
Au cours de la vie, sauf au moment de l'enquête	3,2*	2,5- 3,9	3,1*	2,2- 4,5	2,0*	1,5- 2,7
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe						
Hommes	0,7*	0,6- 0,8	0,6*	0,4- 0,7	2,9*	2,4- 3,4
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	0,9	0,7- 1,1	0,8	0,6- 1,2	2,6*	2,0- 3,5
25 à 34 ans	1,0	0,8- 1,2	1,0	0,7- 1,3	1,9*	1,5- 2,4
35 à 54 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
55 ans et plus	0,6*	0,5- 0,7	0,6*	0,4- 0,8	0,3*	0,2- 0,5
État matrimonial						
Marié(e) ou union libre [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Veuf(veuve)	1,6*	1,1- 2,3	0,6	0,3- 1,2	0,8	0,3- 1,9
Divorcé(e) ou séparé(e)	2,7*	2,2- 3,3	1,7*	1,2- 2,4	2,6*	1,9- 3,5
Jamais marié(e)	1,7*	1,4- 2,2	1,3	1,0- 1,8	2,2*	1,7- 2,8
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	0,9	0,7- 1,1	1,1	0,8- 1,5	1,3	1,0- 1,6
Diplôme d'études secondaires	1,0	0,8- 1,2	1,5*	1,1- 2,1	1,6*	1,3- 2,0
Études postsecondaires partielles	1,0	0,8- 1,3	1,4	1,0- 2,0	1,8*	1,3- 2,4
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	1,7*	1,4- 2,1	2,1*	1,5- 2,9	1,5*	1,1- 2,0
Moyen	1,2*	1,0- 1,4	1,4*	1,0- 1,9	0,8	0,6- 1,1
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	36 212		35 603		36 116	
Échantillon avec trouble ou problème mental	1 869		600		1 191	
Enregistrements éliminés à cause de données manquantes	772		1 381		868	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » afin de maximiser la taille de l'échantillon mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Tous les modèles sont basés sur des données pondérées.

[†] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau B

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le trouble d'anxiété sociale ainsi que certaines caractéristiques et les faibles niveaux de soutien social, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Faible soutien concret		Faible affection		Faible interaction sociale positive		Faible soutien émotionnel ou informationnel	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble d'anxiété sociale								
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	1,8*	1,4- 2,2	1,7*	1,4- 2,2	2,1*	1,7- 2,7	2,1*	1,7- 2,6
Au cours de la vie, sauf au moment de l'enquête	1,3*	1,1- 1,6	1,3	1,0- 1,7	1,3	1,0- 1,7	1,2	0,9- 1,4
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe								
Hommes	0,9	0,8- 1,0	1,8*	1,5- 2,0	1,3*	1,1- 1,5	1,6*	1,4- 1,7
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge								
15 à 24 ans	0,3*	0,3- 0,4	0,3*	0,2- 0,3	0,3*	0,2- 0,3	0,4*	0,3- 0,5
25 à 34 ans	0,7*	0,6- 0,8	0,8*	0,6- 0,9	0,7*	0,6- 0,9	0,7*	0,6- 0,8
35 à 54 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
55 ans et plus	1,0	0,9- 1,2	1,3*	1,1- 1,5	1,1	0,9- 1,3	1,2*	1,0- 1,3
État matrimonial								
Marié(e) ou union libre [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Veuf(veuve)	2,6*	2,2- 3,1	5,0*	4,0- 6,3	2,5*	2,1- 3,1	1,9*	1,6- 2,2
Divorcé(e) ou séparé(e)	3,2*	2,8- 3,7	5,9*	5,0- 7,1	2,6*	2,2- 3,1	2,4*	2,0- 2,7
Jamais marié(e)	3,3*	2,9- 3,7	8,5*	7,2-10,1	3,0*	2,5- 3,5	2,5*	2,2- 2,8
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	0,8*	0,7- 0,9	1,3*	1,1- 1,5	1,3*	1,1- 1,5	1,2*	1,1- 1,4
Diplôme d'études secondaires	1,0	0,9- 1,1	1,2*	1,0- 1,4	1,2	1,0- 1,4	1,2*	1,0- 1,3
Études postsecondaires partielles	1,0	0,8- 1,2	1,2	0,9- 1,4	1,0	0,8- 1,3	1,1	1,0- 1,4
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage								
Inférieur/moyen-inférieur	2,1*	1,8- 2,4	2,2*	1,9- 2,6	2,4*	2,0- 2,8	1,8*	1,6- 2,1
Moyen	1,5*	1,3- 1,7	1,6*	1,4- 1,9	1,9*	1,6- 2,2	1,5*	1,3- 1,7
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Trouble dépressif majeur/trouble panique/dépendance aux drogues								
12 derniers mois	1,7*	1,5- 2,0	1,8*	1,5- 2,1	1,9*	1,6- 2,3	1,9*	1,7- 2,2
Au cours de la vie sauf les 12 derniers mois	1,1	1,0- 1,3	1,1	0,9- 1,3	1,1	0,9- 1,4	1,2*	1,0- 1,5
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Nombre de problèmes de santé physique chroniques								
	1,1*	1,0- 1,1	1,1*	1,0- 1,1	1,1*	1,1- 1,1	1,1*	1,1- 1,2
Renseignements sur le modèle								
Taille de l'échantillon	34 509		34 510		34 519		34 435	
Échantillon avec faible soutien social	5 556		3 424		3 130		5 401	
Enregistrements éliminés à cause de données manquantes	2 475		2 474		2 465		2 549	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » afin de maximiser la taille de l'échantillon mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Tous les modèles sont basés sur des données pondérées.

[†] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau C

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le trouble d'anxiété sociale ainsi que certaines caractéristiques et la limitation prolongée des activités ainsi que l'incapacité au cours des deux dernières semaines, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Limitation prolongée des activités		Au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines		Au moins un jour d'incapacité au cours des deux dernières semaines pour cause de santé mentale	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble d'anxiété sociale						
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	2,2*	1,7-2,8	1,4*	1,1-1,7	3,5*	2,5- 5,0
Au cours de toute la vie, sauf au moment de l'enquête	1,3*	1,1-1,5	1,2*	1,0-1,4	1,1	0,6- 1,9
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe						
Hommes	1,1*	1,0-1,2	0,8*	0,8-0,9	0,8	0,6- 1,0
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	0,7*	0,6-0,8	1,4*	1,2-1,7	0,8	0,5- 1,3
25 à 34 ans	0,7*	0,6-0,8	1,3*	1,1-1,5	1,1	0,7- 1,7
35 à 54 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
55 ans et plus	1,4*	1,2-1,5	0,7*	0,6-0,8	0,5*	0,3- 0,7
État matrimonial						
Marié(e) ou union libre [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Veuf(veuve)	1,4*	1,2-1,6	1,1	0,9-1,3	1,0	0,5- 1,8
Divorcé(e) ou séparé(e)	1,0	0,9-1,1	1,1	0,9-1,3	1,5*	1,0- 2,1
Jamais marié(e)	1,2*	1,1-1,4	1,1	1,0-1,3	1,7*	1,2- 2,5
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	1,1	1,0-1,2	0,9	0,8-1,1	1,4*	1,0- 2,0
Diplôme d'études secondaires	0,9	0,8-1,1	1,0	0,8-1,1	1,3	0,9- 1,9
Certaines études postsecondaires	1,1	1,0-1,3	1,1	0,9-1,3	1,2	0,7- 1,9
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	1,3*	1,2-1,5	1,0	0,9-1,2	1,2	0,9- 1,8
Moyen	1,1*	1,0-1,2	0,9	0,8-1,0	1,3	0,9- 1,9
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Trouble dépressif majeur/trouble panique/ dépendance aux drogues						
12 derniers mois	2,1*	1,8-2,4	2,0*	1,8-2,3	8,4*	6,1-11,7
Au cours de toute la vie sauf les 12 derniers mois	1,2*	1,0-1,4	1,3*	1,1-1,5	0,9	0,5- 1,7
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Nombre de problèmes de santé physique chroniques						
	1,9*	1,9-2,0	1,5*	1,4-1,5	1,3*	1,2- 1,4
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	35 129		35 083		35 077	
Échantillon avec limitation des activités ou incapacité	8 677		5 020		438	
Enregistrements éliminés à cause de données manquantes	1 855		1 901		1 907	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » afin de maximiser la taille de l'échantillon mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Tous les modèles sont basés sur des données pondérées.

[†] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau D

Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le trouble d'anxiété sociale ainsi que certaines caractéristiques et l'autoévaluation de l'état de santé physique et mentale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Autoévaluation de la santé physique comme étant passable/mauvaise		Autoévaluation de la santé mentale comme étant passable/mauvaise		Insatisfaction face à la vie	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Trouble d'anxiété sociale						
Au moment de l'enquête (12 derniers mois)	1,8*	1,4-2,4	5,4*	4,4-6,7	3,3*	2,5-4,4
Au cours de toute la vie- sauf au moment de l'enquête	1,2*	1,0-1,5	2,6*	2,0-3,3	1,8*	1,4-2,3
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Sexe						
Hommes	1,2*	1,1-1,3	1,0	0,9-1,1	1,2*	1,0-1,4
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Groupe d'âge						
15 à 24 ans	0,9	0,8-1,1	0,6*	0,5-0,7	0,4*	0,3-0,5
25 à 34 ans	1,0	0,8-1,2	0,9	0,7-1,0	0,9	0,7-1,1
35 à 54 ans [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
55 ans et plus	1,3*	1,2-1,5	0,7*	0,6-0,8	0,7*	0,6-0,9
État matrimonial						
Marié(e) ou union libre [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Veuf(veuve)	1,0	0,8-1,1	1,2	0,9-1,5	1,2	0,9-1,6
Divorcé(e) ou séparé(e)	1,3*	1,1-1,5	1,9*	1,5-2,3	2,5*	2,1-3,1
Jamais marié(e)	1,1	0,9-1,3	1,4*	1,2-1,7	2,1*	1,7-2,5
Niveau de scolarité						
Pas de diplôme d'études secondaires	1,6*	1,5-1,9	1,5*	1,2-1,7	1,1	0,9-1,3
Diplôme d'études secondaires	1,3*	1,1-1,4	1,2	1,0-1,4	1,0	0,8-1,3
Certaines études postsecondaires	1,2*	1,0-1,4	1,1	0,9-1,4	1,2	0,9-1,6
Diplôme d'études postsecondaires [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Revenu du ménage						
Inférieur/moyen-inférieur	2,1*	1,7-2,4	1,8*	1,5-2,2	2,1*	1,7-2,5
Moyen	1,5*	1,3-1,7	1,4*	1,2-1,7	1,7*	1,4-2,0
Moyen-supérieur/supérieur [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Trouble dépressif majeur/trouble panique/dépendance aux drogues						
12 derniers mois	2,4*	2,0-2,8	6,3*	5,3-7,4	4,5*	3,7-5,5
Au cours de toute la vie sauf les 12 derniers mois	1,3*	1,1-1,5	1,7*	1,4-2,1	1,3	1,0-1,6
Jamais [†]	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Nombre de problèmes de santé physique chroniques	1,8*	1,8-1,9	1,4*	1,3-1,4	1,3*	1,2-1,4
Renseignements sur le modèle						
Taille de l'échantillon	35 149		35 137		35 135	
Echantillon avec santé passable/mauvaise ou insatisfaction face à la vie	5 494		2 720		1 890	
Enregistrements éliminés à cause de données manquantes	1 835		1 847		1 849	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

Nota : On a intégré à chaque modèle une catégorie « données manquantes » afin de maximiser la taille de l'échantillon mais les rapports de cotes respectifs ne sont pas présentés. Tous les modèles sont basés sur des données pondérées.

[†] Catégorie de référence.

* $p < 0,05$.

... N'ayant pas lieu de figurer.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Annexe



PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Définitions des troubles mentaux dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien être

Le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être a été réalisé dans les 10 provinces en 2002. L'enquête a eu recours à la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) pour évaluer la prévalence de divers troubles mentaux au sein de la population canadienne de 15 ans et plus vivant à domicile. La WMH-CIDI, conçue pour être administrée par des intervieweurs non professionnels, est fondée de façon générale sur les critères diagnostiques énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*¹. Conformément aux conseils fournis par des spécialistes dans le domaine de la santé mentale, la WMH-CIDI et les algorithmes utilisés pour mesurer les troubles mentaux ont été révisés au cours d'une certaine période. Le questionnaire de l'ESCC peut être consulté à l'adresse www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1_2/index_f.htm. La présente annexe donne les détails des algorithmes particuliers utilisés pour définir les troubles mentaux dans l'ESCC.

Pour certains troubles, des questions de dépistage ont servi à déterminer s'il serait approprié de poser au participant les questions plus détaillées conçues pour évaluer un trouble particulier. Le but visé était de réduire le nombre de questions posées aux participants n'ayant pas de troubles mentaux. Dans certains cas, ces questions de dépistage ont été utilisées également dans l'algorithme pour classer les participants à l'enquête comme souffrant d'un trouble.

Dépendance à l'égard de l'alcool

Dépendance à l'égard de l'alcool, 12 derniers mois

La **dépendance à l'égard de l'alcool** a été déterminée au moyen d'une *mesure dans le questionnaire abrégé* comprenant une série de questions posées pour mesurer sept symptômes différents. On a posé aux participants à l'ESCC qui avaient *bu au moins cinq verres à une occasion par mois ou plus souvent au cours des 12 derniers mois* les sept questions suivantes pour déterminer les effets de leur consommation d'alcool sur leurs activités quotidiennes :

« Au cours des 12 derniers mois :

- vous êtes-vous déjà enivré(e) ou soûlé(e) ou avez-vous souffert des excès d'alcool (gueule de bois) pendant que vous étiez au travail, à l'école ou que vous preniez soin des enfants? »
- vous est-il déjà arrivé d'être ivre ou soûl(e) ou de souffrir d'excès d'alcool dans une situation qui augmentait vos chances de vous blesser? (par exemple, conduire un bateau, utiliser des armes, traverser dans la circulation ou lors d'une activité sportive.) »
- avez-vous eu des problèmes émotionnels ou psychologiques résultant de la consommation d'alcool, par exemple, vous êtes-vous senti(e)

désintéressé(e) des choses en général, déprimé(e) ou soupçonneux(se) à l'égard d'autres personnes? »

- avez-vous éprouvé un désir ou un besoin tellement grand de consommer de l'alcool que vous n'avez pu y résister ou que vous ne pouviez penser à rien d'autre? »
- y a-t-il eu une période d'un mois ou plus où vous avez passé beaucoup de temps à vous enivrer ou à souffrir d'excès d'alcool? »
- avez-vous déjà bu beaucoup plus ou avez-vous bu pendant une période plus longue que vous n'en aviez l'intention? »
- vous est-il déjà arrivé de constater que vous deviez consommer plus d'alcool que d'habitude pour sentir le même effet ou que la consommation de la même quantité avait moins d'effet qu'auparavant? »

Ce questionnaire abrégé a été élaboré afin de produire une mesure fondée sur les critères A et B du diagnostic du trouble d'utilisation de substances psychoactives du DSM-III-R². Les participants à l'enquête qui ont déclaré au moins trois symptômes étaient considérés comme ayant une **dépendance à l'égard de l'alcool**³.

Dépendance à l'égard des drogues illicites

Dépendance à l'égard des drogues illicites, 12 derniers mois

Dans le cadre du cycle 1.2 de l'ESCC, on a posé aux participants à l'enquête des questions sur la consommation des drogues illicites suivantes : cannabis, cocaïne, speed (amphétamines), ecstasy (MDMA) ou autres drogues semblables, drogues hallucinogènes, héroïne et essence, colle ou autres solvants. On a posé des questions de suivi pour mesurer les symptômes de dépendance aux participants à l'enquête qui avaient consommé de telles drogues illicites au moins une fois par mois au cours de la dernière année.

Les participants étaient considérés comme ayant une **dépendance à l'égard de drogues illicites** s'ils avaient éprouvé au moins trois symptômes liés à des aspects de la tolérance, du sevrage, de la perte de contrôle et de problèmes d'ordre social ou physique liés à leur consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois. On a mesuré six symptômes.

1. *La tolérance, soit le besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ou effet notamment diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance :*

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu besoin de prendre des quantités plus importantes de drogues pour ressentir un effet, ou avez-vous remarqué que vous ne ressentiez plus autant les effets que d'habitude avec les quantités que vous aviez l'habitude d'utiliser? »

2. *Le sevrage, manifesté par le syndrome de sevrage ou la prise de la même substance (ou d'une substance très proche) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.*

Les intervieweurs ont lu l'énoncé suivant :

- « Certaines personnes qui diminuent ou arrêtent leur consommation de drogues peuvent ne pas se sentir bien s'ils en ont consommé de façon régulière pendant une certaine période. Ces sensations sont plus intenses et peuvent durer plus longtemps que la simple gueule de bois. »

On a ensuite demandé aux participants :

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà connu des moments lorsque vous avez arrêté, diminué ou ne preniez pas de drogue, pendant lesquels vous avez ressenti des symptômes tels que de la fatigue, des maux de tête, de la diarrhée, des tremblements ou des problèmes émotionnels? »

ou

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu des moments où vous avez consommé de la drogue pour éviter d'avoir de tels symptômes? »

3. *La substance est souvent prise en quantités plus importantes ou pendant une période plus prolongée que prévu, ou bien le participant s'était promis de ne pas le faire.*

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu des moments où vous avez consommé de la drogue, même si vous vous étiez promis(e) que vous ne le feriez pas, ou des moments où vous avez consommé beaucoup plus que vous ne l'aviez prévu? »

et

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà connu des moments pendant lesquels vous preniez de la drogue plus fréquemment, ou sur plus de jours d'affilée que ce que vous aviez prévu? »

4. *Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex., consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets.*

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu des périodes de plusieurs jours ou plus pendant lesquelles vous passiez tellement de temps à consommer de la drogue ou à récupérer de ses effets que vous aviez peu de temps pour faire autre chose? »

5. *Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.*

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà eu des périodes d'un mois ou plus pendant lesquelles vous avez abandonné ou beaucoup réduit des activités importantes à cause de votre consommation de drogues? »

6. *L'utilisation de la substance est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.*

- « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà continué à consommer de la drogue tout en sachant que vous aviez de sérieux problèmes physiques ou émotionnels qui pouvaient être causés ou aggravés par votre consommation de drogues? »



Trouble d'anxiété sociale

Questions de dépistage :

Les participants à l'enquête ont été choisis (ou écartés) pour le module sur le **trouble d'anxiété sociale** de l'ESCC selon leurs réponses aux cinq questions « oui » / « non » suivantes :

OUI à : Question 1

« Au cours de votre vie, y a-t-il déjà eu une période pendant laquelle vous avez eu une peur intense ou vous avez été vraiment, vraiment gêné(e) avec des gens; par exemple, lorsque vous deviez rencontrer de nouvelles personnes, aller à des fêtes, sortir avec quelqu'un ou utiliser les toilettes publiques? »

OU

Question 2

« Au cours de votre vie, y a-t-il déjà eu une période pendant laquelle vous avez eu une peur intense ou vous avez été mal à l'aise lorsque vous deviez faire quelque chose devant un groupe tel que faire un discours ou parler en classe? »

ET

OUI à : Question 3

« Au cours de votre vie, y a-t-il déjà eu une période où vous êtes devenu(e) très bouleversé(e) ou nerveux(se) lorsque vous étiez dans des situations sociales ou lorsque vous deviez faire quelque chose devant un groupe? »

ET

OUI à : Question 4

« À cause de votre peur, vous êtes-vous déjà tenu(e) loin des situations sociales ou des situations où vous deviez faire quelque chose devant un groupe lorsque vous pouviez le faire? »

OU

Question 5

« Pensez-vous que votre peur a déjà été beaucoup plus grande qu'elle n'aurait dû l'être? »

On a posé aux participants qui ont répondu « oui » aux questions 1 ou 2, puis « oui » à la question 3 et « oui » aux questions 4 ou 5, les questions figurant

dans la section sur le **trouble d'anxiété sociale** du questionnaire. Autrement, ils ont été classés comme n'ayant pas d'antécédents de trouble d'anxiété sociale.

Trouble d'anxiété sociale, antécédents au cours de la vie

Les participants à l'enquête qui satisfaisaient aux critères de dépistage ainsi qu'aux six critères ci-dessous étaient considérés comme ayant **des antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de la vie**.

Critère 1, au cours de la vie

Les critères 1A et 1B indiquent une peur intense et persistante d'une ou de plusieurs situations sociales ou de performance dans laquelle la personne est en contact avec des gens non familiers ou peut être exposée à l'éventuelle observation attentive d'autrui. Le participant craint d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante. Dans l'ESCC, le participant devait satisfaire aux deux critères, 1A et 1B.

1A

Au moins une réponse « oui » lorsqu'on a demandé aux participants s'il y a déjà eu une période dans leur vie où ils se sentaient « très gênés », avaient « peur » ou étaient « inconfortables » dans les situations suivantes :

1. Rencontrer de nouvelles personnes.
2. Parler à des personnes qui détiennent ou représentent une autorité.
3. Prendre la parole à une réunion ou en classe.
4. Vous rendre à des fêtes ou à des rencontres sociales.
5. Faire une présentation ou un exposé devant un public.
6. Passer un examen important ou une entrevue pour un emploi même si vous êtes bien préparé(e).
7. Travailler lorsque quelqu'un vous regarde.
8. Entrer dans une pièce où il y a déjà du monde présent.
9. Parler à des personnes que vous ne connaissez pas très bien.
10. Exprimer votre désaccord à des personnes que vous ne connaissez pas très bien.
11. Écrire, manger ou boire lorsqu'on vous regarde.

12. Utiliser une toilette publique ou une salle de bains autre que celle de votre maison.
13. Lors de sorties amoureuses.
14. Dans toute *autre* situation sociale ou de performance où vous pourriez être l'objet de l'attention des autres ou durant laquelle une chose *embarrassante* pourrait vous arriver.

1B

La réponse « oui » à au moins l'une des questions suivantes :

1. « Au cours de cette situation/ces situations, aviez-vous peur de faire quelque chose d'*embarrassant* ou d'*humiliant*? »
2. « Aviez-vous peur de peut être embarrasser d'autres personnes? »
3. « Aviez-vous peur que les gens puissent vous regarder, parler de vous ou penser des choses négatives à votre sujet? »
4. « Aviez-vous peur d'être le centre d'attention? »

Critère 2, au cours de la vie

La réponse « oui » à la question « Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu une période où vous êtes devenu(e) *très bouleversé(e) ou nerveux(se)* lorsque vous étiez dans des situations sociales ou lorsque vous deviez faire quelque chose devant un groupe? » (question de dépistage 3.)

Critère 3, au cours de la vie

Une réponse « oui » à la question « Pensez-vous que votre peur a *déjà* été beaucoup plus grande qu'elle n'aurait dû l'être? » (question de dépistage 5.)

Critère 4, au cours de la vie

Le participant doit avoir satisfait à au moins l'une des exigences 4A, 4B, 4C, 4D ou 4E.

4A

La réponse « oui » à la question « À cause de votre peur, vous êtes-vous déjà tenu(e) loin des situations sociales ou des situations où vous deviez faire quelque chose devant un groupe lorsque vous pouviez le faire? » (question de dépistage 4.)

4B

La réponse « tout le temps », « la plupart du temps » ou « quelquefois » à la question « Au cours des *12 derniers mois*, à quelle fréquence avez-vous évité de faire face à n'importe quelle de ces situations? »

4C

La réponse « oui » à au moins deux des questions ci-dessous sur les réactions aux situations de craintes :

1. « Votre cœur battait-il fort ou trop vite? »
2. « Aviez-vous des sueurs? »
3. « Aviez-vous des frémissements? »
4. « Aviez-vous mal à l'estomac? »
5. « Aviez-vous la bouche sèche? »
6. « Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons? »
7. « Vous sentiez-vous engourdi(e) ou aviez-vous des picotements? »
8. « Aviez-vous du mal à respirer normalement? »
9. « Aviez-vous l'impression d'étouffer? »
10. « Aviez-vous une douleur ou un malaise à la poitrine? »
11. « Aviez-vous des vertiges ou des étourdissements? »
12. « Aviez-vous peur de mourir? »
13. « Avez-vous déjà eu peur de perdre le contrôle de vous même, de devenir fou/folle ou de vous évanouir? »
14. « Aviez-vous l'impression de ne pas » vraiment être là « , comme si vous étiez en train de vous regarder dans un film, ou l'impression que les choses autour de vous n'étaient pas réelles ou que vous étiez comme dans un rêve? »

4D

La réponse « sévère » ou « très sévère » à la question « Imaginons que vous deviez faire face à *cette situation/à une de ces situations aujourd'hui*. Quelle serait l'intensité de votre peur? »

4E

La réponse « oui » à la question « Au cours de cette situation/ces situations, avez-vous déjà eu peur d'avoir une attaque de panique? »

Critère 5, au cours de la vie

Ce critère précise que la peur ou l'évitement des situations sociales ou de performance doit perturber significativement les activités routinières, le fonctionnement au travail ou dans les études, ou les activités sociales ou les relations de la personne. Au moins l'une des quatre conditions 5A, 5B, 5C ou 5D doit être présente.

5A

On a demandé aux participants qui ont éprouvé des symptômes au cours des 12 derniers mois d'indiquer dans quelle mesure leur peur ou évitement des situations avait perturbé différentes activités. On leur a demandé de penser à la période au cours de la dernière année qui a duré *un mois ou plus* pendant laquelle leur peur ou leur tendance à éviter des situations sociales ou de performance était la plus sévère. On a attribué une cote aux réponses sur une échelle à 11 points, où 0 signifie « aucun trouble » et 10, « trouble très sévère ». Pour satisfaire à ce critère, le participant devait avoir une cote de 5 ou plus pour au moins l'une des situations suivantes :

1. « À quel point votre peur ou votre tendance à éviter des situations sociales ou de performance a-t-elle troublé vos tâches ménagères, comme le ménage, les courses et s'occuper de la maison ou de l'appartement? »
2. « À quel point a-t-elle troublé votre capacité d'aller à l'école? »
3. « À quel point a-t-elle troublé votre capacité de travailler à un emploi? »
4. « À quel point cette peur ou cette tendance a-t-elle troublé votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres? »
5. « À quel point a-t-elle troublé votre vie sociale? »

5B

La réponse « un peu », « beaucoup » ou « extrêmement » à la question de savoir à quel point leur peur ou leur évitement des situations sociales ou de performance a déjà troublé leur travail, leur vie sociale ou leurs relations personnelles.

5C

La réponse « cinq jours ou plus » à la question « Au cours des 12 derniers mois, environ combien de jours sur 365 avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'accomplir vos activités normales à cause de votre peur ou votre tendance à éviter des situations? »

5D

La réponse « oui » à la question « Au cours de votre vie, avez-vous déjà consulté, en personne ou par téléphone, un médecin ou un autre professionnel au sujet de votre peur ou votre tendance à éviter une situation sociale ou de performance? »

Nota : On a précisé aux participants qu'« autre professionnel » s'entendait des psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, conseillers, conseillers spirituels, homéopathes, acupuncteurs, groupes de soutien ou autres spécialistes de la santé.

Critère 6

Dans le cas des personnes de moins de 18 ans ou de celles dont tous les symptômes se sont manifestés avant l'âge de 18 ans, les symptômes devaient avoir persisté pendant au moins six mois. Aucune durée minimale n'est établie pour les participants à l'enquête qui ont éprouvé des symptômes après l'âge de 18 ans. On a calculé la durée des symptômes en soustrayant l'âge auquel le participant a déclaré avoir eu peur de situations sociales ou de performance ou les avoir évitées pour la première fois de l'âge auquel cela s'est produit la dernière fois (ou l'âge au moment de l'enquête des personnes encore atteintes de ce trouble).

Trouble d'anxiété sociale, au moment de l'enquête (12 derniers mois)

Trois critères ont été utilisés pour évaluer le **trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête**, c'est à dire pour déterminer si le participant avait éprouvé des symptômes au cours des 12 mois précédant l'entrevue d'enquête. Le participant devait satisfaire à tous trois critères pour être classé comme ayant souffert du trouble d'anxiété sociale au cours de la dernière année.

Critère 1, au moment de l'enquête

Le participant devait satisfaire aux critères d'antécédents de trouble d'anxiété sociale au cours de la vie.

Critère 2, au moment de l'enquête

Les participants qui ont déclaré que la dernière fois où ils ont, de manière intense, eu peur ou évité des situations sociales ou de performance a été au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'enquête satisfaisaient à ce critère. On leur a demandé également quel âge ils avaient la première et la dernière fois qu'ils ont eu peur ou évité une situation sociale ou de performance. S'ils ont donné comme réponse leur âge au moment de l'entrevue, cela a été également accepté comme preuve qu'ils avaient souffert de ce trouble au cours de la dernière année.

Critère 3, au moment de l'enquête

Pour satisfaire à ce critère, il faut que la peur ou l'évitement des situations sociales ou de performance

ait perturbé significativement les activités routinières, le fonctionnement au travail ou dans les études, ou les activités sociales ou les relations de la personne au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue. (Ce critère ressemble fort au critère 5 pour la présence du trouble au cours de la vie et, dans certains cas, on a utilisé les mêmes conditions, c.-à-d. celles concernant les éléments portant sur une période de référence de 12 mois.) Au moins l'une des quatre situations examinées (3A, 3B, 3C ou 3D) devait être présente.

3A

(Identique au critère 5A, au cours de la vie.)

On a demandé aux participants à l'enquête qui avaient éprouvé des symptômes au cours des 12 derniers mois d'indiquer à quel point leur peur ou évitement des situations avait perturbé cinq activités distinctes. On leur a demandé de penser à la période au cours de la dernière année qui a duré *un mois ou plus* où leur peur ou leur tendance à éviter les situations sociales ou de performance était la plus sévère. Les réponses ont été codées selon une échelle à 11 points, où 0 signifie « aucun trouble » et 10, « trouble très sévère ».

1. « À quel point votre peur ou votre tendance à éviter des situations sociales ou de performance a-t-elle troublé vos tâches ménagères, comme le ménage, les courses et s'occuper de la maison ou de l'appartement? »
2. « À quel point a-t-elle troublé votre capacité d'aller à l'école? »

3. « À quel point a-t-elle troublé votre capacité de travailler à un emploi? »
4. « À quel point cette peur ou cette tendance a-t-elle troublé votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres? »
5. « À quel point a-t-elle troublé votre vie sociale? »

Pour satisfaire à ce critère, il fallait une cote de 5 ou plus pour au moins l'une de ces situations, indiquant que les symptômes de trouble d'anxiété sociale avaient perturbé les activités au cours des 12 derniers mois.

3B

La réponse « tout le temps », « la plupart du temps » ou « quelquefois » quand on a demandé aux participants à quelle fréquence ils avaient évité des situations sociales ou de performance *au cours des 12 derniers mois*.

3C

(Identique au critère 5C, au cours de la vie.)

La réponse « cinq jours ou plus » à la question « Au cours des 12 derniers mois, environ combien de jours sur 365 avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'accomplir vos activités normales à cause de votre peur ou de votre tendance à éviter des situations? »

3D

La réponse « oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des traitements professionnels pour votre peur? »

Trouble bipolaire I

Questions de dépistage :

On a « filtré » les participants à l'enquête avant de leur poser des questions détaillées sur le **trouble bipolaire I**. Les participants sélectionnés étaient ceux qui avaient répondu :

OUI à : Question 1

« Certaines personnes ont des périodes de plusieurs jours ou plus pendant lesquelles elles se sentent plus excitées et pleines d'énergie qu'à l'habitude. Les idées circulent trop vite dans leur tête. Elles parlent beaucoup. Elles sont très agitées et sont incapables de rester assises et font parfois des choses qui ne sont pas habituelles pour elles. Par exemple, elles peuvent conduire trop vite ou dépenser trop d'argent. Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu une période comme celle ci qui a duré plusieurs jours ou plus? »

OU

OUI à : Question 2

« Avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous étiez la plupart du temps très irritable, d'humeur grincheuse ou de mauvaise humeur? »

ET

Question 3

« Avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous étiez la plupart du temps si irritable que vous avez été à l'origine de disputes, vous avez crié beaucoup après les gens ou vous les avez frappés? »

On a posé aux participants qui ont répondu « oui » à la question 1 ou « oui » aux questions 2 et 3 les questions plus détaillées qui figurent à la section du questionnaire portant sur la « manie ».

Épisode maniaque, antécédents au cours de la vie

Critère 1, au cours de la vie

Pour remplir les critères d'un épisode maniaque au cours de la vie, les participants doivent avoir eu : (1A)

une période nettement délimitée d'élévation de l'humeur ou d'humeur expansive ou irritable persistant pendant au moins une semaine; (1B) au moins trois des sept symptômes (ou au moins quatre si l'humeur est seulement irritable) durant la perturbation de l'humeur; et (1C) une altération marquée des activités quotidiennes normales, du fonctionnement professionnel, des activités sociales habituelles ou des relations interpersonnelles (1Ci), ou une perturbation de l'humeur comprenant des caractéristiques psychotiques (1Cii) ou une perturbation de l'humeur suffisamment sévère pour nécessiter l'hospitalisation (1Ciii).

1A

On a posé aux participants qui ont répondu « oui » à la question de dépistage 1 la question suivante :

« Tout à l'heure, vous disiez avoir eu une période durant quelques jours ou plus pendant laquelle vous vous sentiez plein(e) d'énergie et plus excité(e) qu'à l'habitude et vos idées circulaient également trop vite dans votre tête. Les gens qui ont de telles périodes ont souvent en même temps des changements dans leur comportement et dans leur façon de penser, comme être plus bavard, avoir besoin de très peu de sommeil, être très agité, faire des achats impulsifs, et agir d'une manière qui leur paraîtrait normalement inappropriée. Dites-moi, avez-vous déjà eu l'un de ces changements au cours des périodes pendant lesquelles vous étiez excité(e) et plein(e) d'énergie? »

On n'a pas posé aux participants qui ont répondu « non » d'autres questions figurant à la section sur la manie, peu importe leur réponse aux questions de dépistage 2 et 3.

On a posé à ceux qui ont répondu « non » à la question de dépistage 1, mais « oui » aux questions de dépistage 2 et 3, la question suivante :

« Tout à l'heure, vous avez dit avoir eu une période de quelques jours ou plus pendant laquelle vous êtes devenu(e) si irritable ou grincheux(se) que soit vous avez été à l'origine de disputes, vous avez crié après les gens ou vous les avez frappés. Les gens qui ont de telles périodes d'irritabilité ont souvent en même temps des changements dans leur comportement,

comme le fait d'être plus bavard, avoir besoin de très peu de sommeil, être très agité, faire des achats impulsifs, et agir d'une manière qui leur paraîtrait normalement inappropriée. Dites-moi, avez-vous déjà eu l'un de ces changements au cours des périodes où vous étiez très irritable ou grincheux(se)? »

On n'a pas posé aux participants qui ont répondu « non » d'autres questions figurant à la section sur la manie.

Pour les deux questions en 1A, on a déterminé que l'épisode avait duré au moins une semaine en posant la question suivante : « Combien de temps cet épisode a-t-il duré (en termes d'heures, de jours, de semaines, de mois ou d'années)? »

1B

Pour satisfaire à ce critère, au moins trois des sept symptômes suivants devaient s'être manifestés (ou au moins quatre si l'humeur était seulement irritable ou grincheuse) :

1. *Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur*

- « Avez-vous eu une confiance grandement exagérée en vous ou avez-vous pensé pouvoir faire des choses que vous ne pouviez pas réellement faire? »

ou

- « Avez-vous pensé que vous étiez effectivement quelqu'un d'autre, ou que vous aviez un lien particulier avec une personne célèbre alors qu'en réalité ce n'était pas le cas? »

2. *Réduction du besoin de sommeil*

- « Dormiez-vous beaucoup moins que d'habitude sans pour autant vous sentir fatigué(e) ou somnolent(e)? »

3. *Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment*

- « Parliez-vous beaucoup plus que d'habitude ou ressentiez-vous le besoin de parler tout le temps? »

4. *Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent*

- « Vos pensées semblaient-elles passer d'une chose à l'autre ou défiler si vite

dans votre esprit que vous ne pouviez les suivre? »

5. *Distractabilité*

- « Changiez-vous constamment vos projets ou vos activités? »

ou

- « Étiez-vous si facilement distrait(e) que la moindre interruption pouvait vous faire perdre le fil de vos pensées? »

6. *Augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice*

- « Étiez-vous devenu(e) si nerveux(se) ou agité(e) que vous bougiez sans cesse ou que vous ne pouviez pas tenir en place? »
- « Étiez-vous devenu(e) trop amical(e) ou trop familier(ère) avec les gens? »
- « Aviez-vous beaucoup plus d'intérêt pour le sexe que d'habitude, ou vouliez-vous avoir des rencontres sexuelles avec des gens qui en temps normal ne vous auraient pas intéressés? »
- « Avez-vous essayé des choses impossibles à faire, comme essayer de prendre une quantité irréaliste de travail? »

7. *Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables*

- « Vous êtes-vous lancé(e) dans des investissements insensés ou des projets pour gagner de l'argent? »

ou

- « Avez-vous dépensé tellement plus d'argent que d'habitude que cela vous a créé des problèmes financiers? »

ou

- « Étiez-vous motivé(e) par la recherche de plaisir d'une manière que vous auriez jugé habituellement risquée comme avoir des rapports sexuels à risque, faire des achats impulsifs ou conduire imprudemment un véhicule? »

1C

Le participant pouvait satisfaire à ce sous critère de l'une de trois façons : 1Ci, 1Cii ou 1Ciii.

1Ci: *Pour être considéré comme présentant une altération marquée de ses activités quotidiennes normales, de son fonctionnement professionnel, de ses activités sociales habituelles ou de ses relations avec les autres, le participant devait satisfaire à l'un des critères suivants :*

- « Vous venez tout juste de mentionner que vous avez eu un épisode/des épisodes pendant lequel/lesquels vous étiez très excité(e) et plein(e) d'énergie/irritable ou grincheux(se) . . . À quel point cet épisode/ces épisodes a-t-il/ont-ils déjà troublé votre travail, votre vie sociale ou vos relations personnelles? »

On n'a pas posé d'autres questions figurant dans la section sur la manie aux participants qui ont répondu « pas du tout » ou « un peu ». On a considéré comme satisfaisant à ce critère ceux qui ont répondu « beaucoup » ou « extrêmement ».

ou

- « Au cours de cet épisode/ces épisodes, à quelle fréquence avez-vous été incapable d'accomplir vos activités normales? »

Les catégories de réponse étaient : « souvent », « quelquefois », « rarement » et « jamais »; les réponses « souvent » ou « quelquefois » ont été considérées comme satisfaisant à ce critère.

ou

- « Forte perturbation des activités (une cote se situant entre 7 et 10) :
 - « À quel point votre épisode a-t-il troublé vos tâches ménagères, comme le ménage, les courses et s'occuper de la maison ou de l'appartement? »
 - « À quel point votre épisode a-t-il troublé votre capacité d'aller à l'école? »
 - « À quel point a-t-il troublé votre capacité de travailler à un emploi? »
 - « En pensant encore à la période qui a duré un mois ou plus pendant laquelle votre épisode/vos épisodes était/étaient le plus sévère/les plus sévères, à quel

point a-t-il/ont-ils troublé votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres? »

- « À quel point a-t-il/ont-ils troublé votre vie sociale? »

Les cotes devaient se situer entre 7 et 10, sur une échelle à 11 points où 0 signifie « aucun trouble » et 10, « trouble très sévère ».

ou

Les participants qui ont donné un chiffre entre 5 et 365 en réponse à la question « Au cours des 12 derniers mois, environ combien de jours sur 365 avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'accomplir vos activités normales à cause de votre épisode/vos épisodes où vous étiez très excité(e) et plein(e) d'énergie/irritable ou grincheux(se)? » ont été considérés comme présentant une altération marquée de leur fonctionnement professionnel.

ou

La réponse « oui » à la question suivante : « Au cours de votre vie avez-vous déjà consulté, en personne ou par téléphone, un médecin ou un autre professionnel au sujet de votre épisode/vos épisodes où vous étiez très excité(e) et plein(e) d'énergie/irritable ou grincheux(se)? (Par autre professionnel, nous entendons psychologues, psychiatres, travailleurs sociaux, conseillers, conseillers spirituels, homéopathes, acupuncteurs, groupes de soutien ou autres spécialistes de la santé.) »

1Cii: *La réponse « oui » à la question « Avez-vous pensé que vous étiez effectivement quelqu'un d'autre, ou que vous aviez un lien particulier avec une personne célèbre alors qu'en réalité ce n'était pas le cas? » a établi la présence d'une caractéristique psychotique.*

1Ciii: *La réponse « oui » à la question « Avez-vous été hospitalisé(e) pour une nuit ou plus à cause de votre épisode/vos épisodes où vous étiez très excité(e) ou plein(e) d'énergie/irritable ou grincheux(se)? » a établi une perturbation de l'humeur suffisamment sévère pour exiger l'hospitalisation.*

Trouble dépressif majeur

Questions de dépistage :

Les participants à l'enquête ont été choisis (ou écartés) pour le module sur le **trouble dépressif majeur** selon leurs réponses aux trois questions ci-dessous. Pour être sélectionnés, ils devaient répondre « oui » à au moins l'une des questions.

OUI à : Question 1

« Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous vous sentiez triste, vide ou déprimé(e) la majeure partie de la journée? »

OU

Question 2

« Avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous étiez la majeure partie de la journée très découragé(e) à propos de ce qui se passait dans votre vie? »

OU

Question 3

« Avez-vous déjà eu une période de plusieurs jours ou plus pendant laquelle vous avez perdu l'intérêt pour la plupart des choses que vous aimez habituellement comme le travail, les passe temps et les relations personnelles? »

Les participants à l'ESCC étaient sélectionnés pour le module dès qu'ils répondaient « oui » à une question dans cette série.

Trouble dépressif majeur, antécédents au cours de la vie

Critère 1, au cours de la vie

Pour satisfaire à ce critère, les participants devaient avoir éprouvé les symptômes ci-dessous durant la même période de deux semaines : humeur déprimée ou perte d'intérêt ou de plaisir pour la plupart des choses qui leur faisaient habituellement plaisir (1A) et cinq des neuf symptômes additionnels associés à la dépression qui représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur (1B).

1A

Nota : Les questions dans la présente section ont été posées selon les réponses données aux questions de dépistage.

Une réponse « oui » à au moins l'une des questions suivantes :

1. « Tout à l'heure, vous disiez avoir eu des périodes de quelques jours ou plus pendant lesquelles vous avez perdu l'intérêt pour la plupart des choses comme le travail, les loisirs ou les autres choses qui vous faisaient habituellement plaisir. Avez-vous déjà eu une telle période qui a duré la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant deux semaines ou plus? »
2. « Avez-vous déjà eu une période de découragement ou de manque d'intérêt dans les choses qui a duré la majeure partie de la journée, presque tous les jours, pendant deux semaines ou plus? »
3. « Vous êtes-vous senti(e) triste, vide ou déprimé(e) la majeure partie de la journée, presque tous les jours, durant cette période de deux semaines? »
4. « Presque tous les jours, vous sentiez-vous si triste que rien ne pouvait vous réjouir? »
5. « Au cours de cette période de deux semaines, étiez-vous découragé(e) la majeure partie de la journée, presque tous les jours, à propos de ce qui se passait dans votre vie? »
6. « Étiez-vous, presque tous les jours, désespéré(e) quant à votre avenir? »
7. « Au cours de cette période de deux semaines, avez-vous perdu l'intérêt pour la plupart des choses comme le travail, les loisirs et ce que vous aimez faire pour vous amuser? »
8. « Aviez-vous l'impression que rien ne vous apportait du plaisir même lorsque de bonnes choses vous arrivaient? »

1B

Cinq des neuf symptômes devaient être présents pour satisfaire à ce critère :

1. *Humeur déprimée*

- « Vous êtes-vous senti(e) triste, vide ou déprimé(e) la majeure partie de la journée, presque tous les jours, durant cette période de deux semaines? »
- « Presque tous les jours, vous sentiez-vous si triste que rien ne pouvait vous réjouir? »
- « Au cours de cette période de deux semaines, étiez-vous découragé(e) la majeure partie de la journée, presque tous les jours, à propos de ce qui se passait dans votre vie? »
- « Étiez-vous, presque tous les jours, désespéré(e) quant à votre avenir? »

2. *Perte d'intérêt ou de plaisir dans la plupart des activités*

- « Au cours de cette période de deux semaines, avez-vous perdu l'intérêt pour la plupart des choses comme le travail, les loisirs et ce que vous aimiez faire pour vous amuser? »
- « Aviez-vous l'impression que rien ne vous apportait du plaisir même lorsque de bonnes choses vous arrivaient? »

3. *Perte ou gain de poids significatif ou changement de l'appétit*

- « Au cours de cette période de deux semaines, aviez-vous, presque tous les jours, *beaucoup moins* d'appétit qu'à l'habitude? »
- « Aviez-vous *beaucoup plus* d'appétit que d'habitude presque tous les jours? »
- « Au cours de cette période de deux semaines, avez-vous pris du poids sans en avoir l'intention? »
- « Avez-vous pris du poids en raison d'une croissance physique ou d'une grossesse? »
- « Avez-vous *perdu* du poids sans en avoir l'intention? »
- « Avez-vous perdu du poids suite à un régime amaigrissant ou à cause d'une maladie physique? »
- « Combien de poids avez-vous perdu? »

4. *Insomnie ou hypersomnie*

- « Au cours de cette période de deux semaines, avez-vous eu beaucoup plus de difficultés qu'à l'habitude à vous endormir, à rester endormi(e) ou vous êtes-vous réveillé(e) trop tôt *presque toutes les nuits*? »
- « Au cours de cette période de deux semaines, avez-vous dormi beaucoup plus qu'à l'habitude *presque toutes les nuits*? »

5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur*

- « Parliez-vous ou vous déplaçiez-vous beaucoup plus lentement que d'habitude presque tous les jours? »
- « Quelqu'un d'autre a-t-il remarqué que vous parliez ou que vous vous déplaçiez lentement? »
- « Étiez-vous si nerveux(se) ou tendu(e) presque tous les jours, que vous bougiez sans cesse ou ne pouviez pas tenir en place? »
- « Quelqu'un d'autre a-t-il remarqué que vous étiez agité(e)? »

6. *Fatigue ou perte d'énergie*

- « Au cours de cette période de deux semaines, vous êtes-vous senti(e) fatigué(e) ou manquez-vous d'énergie presque tous les jours, même si vous n'aviez pas travaillé beaucoup? »

7. *Sentiment de dévalorisation*

- « Vous sentiez-vous totalement sans valeur presque tous les jours? »

8. *Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer*

- « Au cours de cette période de deux semaines, vos pensées étaient-elles beaucoup plus lentes que d'habitude ou semblaient-elles embrouillées presque tous les jours? »
- « Presque tous les jours, aviez-vous beaucoup plus de difficultés que d'habitude à vous concentrer? »
- « Étiez-vous incapable de prendre une décision au sujet de choses pour lesquelles habituellement vous n'avez aucun mal à vous décider? »

9. Pensées de mort récurrentes

- « Au cours de cette période, avez-vous déjà pensé qu'il vaudrait mieux que vous soyez mort(e)? »
- « Il y a trois expériences, EXPÉRIENCE A, B et C. Pensez à la période de *deux semaines ou plus* [quand vos sentiments d'être triste ou découragé(e) ou de manque d'intérêt pour la plupart des choses qui vous faisaient habituellement plaisir] et les autres problèmes étaient les plus sévères et fréquents. Durant cette période, avez-vous vécu l'Expérience A? (Vous avez sérieusement pensé à vous suicider.) Maintenant, regardez la seconde expérience sur la liste, l'Expérience B. Avez-vous vécu l'Expérience B? (Vous avez fait un projet de suicide.) Maintenant, regardez la troisième expérience sur la liste, l'Expérience C. Au cours de la période de *deux semaines ou plus*, avez-vous vécu l'Expérience C? (Vous avez fait une tentative de suicide.) »

Critère 2, au cours de la vie

On a posé aux participants à l'enquête quatre questions pour déterminer que leurs symptômes dépressifs au cours de la vie ont induit une souffrance cliniquement significative. Pour satisfaire à ce critère, le participant devait donner l'une des réponses ci-dessous à l'un des quatre éléments (2A, 2B, 2C ou 2D).

2A

La réponse « modérée », « sévère » ou « très sévère » à la question « Durant ces périodes, quelle était l'intensité de votre détresse émotionnelle? »

2B

La réponse « souvent » ou « quelquefois » à la question « Durant ces périodes, à quelle fréquence votre détresse émotionnelle était-elle si sévère que rien ne pouvait vous réjouir? »

2C

La réponse « souvent » ou « quelquefois » à la question « Durant ces périodes, à quelle fréquence votre détresse émotionnelle était-elle si sévère que vous ne pouviez accomplir vos activités quotidiennes? »

2D

La réponse « oui » à la question « Presque tous les jours, vous sentiez-vous si triste que rien ne pouvait vous réjouir? »

Critère 3, au cours de la vie

Pour satisfaire à ce dernier critère, les épisodes dépressifs au cours de la vie n'étaient *pas* systématiquement expliqués par le deuil (p. ex., précédés par le décès d'une personne proche), tel qu'établi par la réponse « non » aux éléments 3A ou 3B.

3A

La réponse « non » à la question « Est-ce que vos épisodes pendant lesquels vous vous êtes senti(e) triste ou découragé(e) sont déjà survenus à la suite de la mort d'une personne proche? »

3B

La réponse « non » à la question « Est-ce que vos épisodes pendant lesquels vous avez perdu l'intérêt pour la plupart des choses que vous aimez habituellement sont toujours survenus à la suite de la mort d'une personne proche? »

Trouble dépressif majeur, au moment de l'enquête (12 derniers mois)

Les trois critères ci-dessous ont été utilisés pour évaluer un **épisode dépressif majeur au moment de l'enquête**, c'est-à-dire pour déterminer si le participant avait éprouvé des symptômes au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'ESCC. Pour être classé comme ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours de la dernière année, le participant devait satisfaire à tous trois critères.

Critère 1, au moment de l'enquête

Le participant devait satisfaire aux critères d'antécédents au cours de la vie de trouble dépressif majeur.

Critère 2, au moment de l'enquête

Le participant devait déclarer avoir vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois.

Critère 3, au moment de l'enquête

Ce critère visait à évaluer la souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. On a demandé aux participants de penser à une période *au cours des 12 derniers mois* où leurs

sentiments d'être tristes ou découragés ou d'avoir perdu l'intérêt pour les choses qu'ils aimaient habituellement étaient les *plus sévères et fréquents*. On leur a ensuite posé la série de questions suivantes :

« Au cours de cette période [de deux semaines ou plus], à quelle fréquence :

- vous êtes-vous senti(e) joyeux(se)? »
- vous êtes-vous senti(e) comme si vous étiez au ralenti? »
- pouviez-vous prendre plaisir à lire un bon livre, écouter une émission de radio ou regarder la télévision? »

Réponses possibles : souvent, quelquefois, occasionnellement, jamais; pour satisfaire à ce critère, le participant devait répondre au moins une fois « occasionnellement » ou « jamais ».

« Au cours de cette période [de deux semaines ou plus], à quelle fréquence :

- preniez-vous plaisir aux choses qui vous faisaient habituellement plaisir? »
- pouviez-vous rire et voir le bon côté des choses? »
- vous êtes-vous intéressé(e) à votre apparence physique? »
- vous réjouissiez-vous à l'avance de faire des choses? »

Réponses possibles : autant que d'habitude, un peu moins que d'habitude, juste un peu, pas du tout; le participant devait répondre

au moins une fois « juste un peu » ou « pas du tout ».

« Pour chacune des activités suivantes, quel nombre décrit le mieux le trouble occasionné par ces sentiments [période d'un mois ou plus] :

- vos tâches ménagères, comme le ménage, les courses et s'occuper de la maison ou de l'appartement? »
- votre capacité d'aller à l'école? »
- votre capacité de travailler à un emploi? »
- votre capacité à établir et à maintenir des relations proches avec les autres? »
- votre vie sociale? »

Réponses : 0 = aucun trouble; 10 = trouble très sévère. Le participant devait obtenir une cote se situant entre 4 et 10.

« Combien de jours sur 365 avez-vous été totalement incapable de travailler ou d'accomplir vos activités normales à cause de vos sentiments? »

Réponse : N'importe quel nombre entre 0 et 365; le participant devait donner une réponse se situant entre 5 et 365.

« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu un traitement de la part d'un professionnel pour vos sentiments? »

Réponse : Le participant devait répondre « Oui » .

Trouble panique

Questions de dépistage :

Les participants à l'ESCC ont été choisis (ou écartés) pour le module sur le **trouble panique** du questionnaire selon leurs réponses aux deux questions suivantes :

OUI à : « Au cours de votre vie, avez-vous déjà eu une attaque de peur ou de panique pendant laquelle vous vous êtes senti(e) subitement très effrayé(e), anxieux/ anxieuse ou mal à l'aise? »

OU

« Avez-vous déjà eu une attaque pendant laquelle, subitement, vous êtes devenu(e) très mal à l'aise, vous avez eu le souffle court, des vertiges, des nausées ou le cœur qui battait fort, ou vous avez pensé que vous pourriez perdre le contrôle de vous-même, mourir ou devenir fou/folle? »

Ces questions ont permis d'établir la présence d'**attaques de panique**, c'est à dire de déterminer si le participant avait jamais vécu une période bien délimitée de crainte ou de malaise intense. On a posé à ceux qui ont répondu « oui » à l'une de ces deux questions les questions plus détaillées comprises dans le module sur le trouble panique au sujet des symptômes qu'ils avaient éprouvés durant leurs attaques de peur ou de panique.

1. *Cœur qui bat trop fort ou trop vite*
 - « Votre cœur battait-il trop fort ou trop vite? »
2. *Souffle court*
 - « Avez-vous le souffle court? »
3. *Nausée ou gêne abdominale*
 - « Avez-vous des nausées ou mal à l'estomac? »
4. *Sensations de vertige, d'instabilité, d'étourdissement ou d'évanouissement*
 - « Avez-vous eu des vertiges ou des étourdissements? »
 - « Avez-vous eu peur de vous évanouir? »
5. *Sueur*
 - « Avez-vous des sueurs? »
6. *Frémissements ou tremblements*
 - « Avez-vous eu des frémissements ou des tremblements? »
7. *Bouche sèche*
 - « Avez-vous la bouche sèche? »
8. *Sensation d'étranglement*
 - « Avez-vous l'impression d'étouffer? »
9. *Douleur ou gêne thoracique*
 - « Avez-vous une douleur ou un malaise à la poitrine? »
10. *Peur de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou*
 - « Avez-vous peur de perdre le contrôle de vous-même ou de devenir fou/folle? »
11. *Déréalisation ou dépersonnalisation*
 - « Avez-vous l'impression de ne pas vraiment être là « comme si vous étiez en train de vous regarder dans un film? »
 - « Avez-vous l'impression que les choses autour de vous n'étaient pas réelles ou que vous étiez comme dans un rêve? »
12. *Peur de mourir*
 - « Avez-vous peur de mourir? »
13. *Bouffées de chaleur ou frissons*
 - « Avez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons? »
14. *Sensations d'engourdissement ou de picotements*
 - « Vous sentiez-vous engourdi(e) ou aviez-vous des picotements? »

On a ensuite demandé aux participants qui ont donné au moins quatre réponses « oui » et qui ont déclaré au moins quatre symptômes si ces symptômes sont apparus soudainement et s'ils ont atteint leur plus fort niveau dans les 10 minutes qui

ont suivi le début de l'attaque ou des attaques. Les participants qui ont répondu « oui » ont été considérés comme satisfaisant aux critères pour les **attaques de panique au cours de la vie**.

Trouble panique, antécédents au cours de la vie

Les participants à l'enquête qui ont été sélectionnés à l'étape du dépistage et qui satisfaisaient aux critères plus détaillés pour les attaques de panique au cours de la vie ont été évalués plus à fond pour déterminer s'ils satisfaisaient aux deux critères suivants établissant des antécédents de **trouble panique au cours de la vie**.

Critère 1

Pour satisfaire à ce critère, le participant devait avoir eu au moins quatre attaques de panique récurrentes et inattendues. On a demandé aux participants qui avaient déclaré que leurs attaques avaient débuté subitement et atteint leur plus fort niveau dans les 10 minutes qui ont suivi (critère 3 pour les attaques de panique) combien de ces attaques soudaines ils avaient eues « durant toute leur vie ». On a demandé à ceux qui en avaient eu au moins quatre s'ils avaient jamais eu « une attaque survenue de manière inattendue », « à l'improviste? ». S'ils ont répondu « oui », on leur a demandé d'indiquer le nombre de ces attaques.

Critère 2

On a posé aux participants à l'enquête une série de questions sur les craintes, les changements de comportement et les situations ou sensations physiques associées aux attaques. Le participant devait répondre « oui » à l'élément 1A ou à l'élément 1B pour satisfaire à ce critère de trouble panique au cours de la vie.

1A

Au moins une réponse « oui » à la question de savoir si, à la suite d'une de ces attaques, « vous avez vécu les expériences suivantes » :

- « Un mois ou plus pendant lequel vous avez souvent craint d'avoir une autre attaque? »
- « Un mois ou plus pendant lequel vous avez craint que quelque chose de terrible puisse vous arriver à cause de vos attaques, comme un accident de voiture, une crise cardiaque ou que vous perdiez le contrôle de vous-même? »
- « Un mois ou plus pendant lequel vous avez

changé vos activités quotidiennes à cause de vos attaques? »

- « Un mois ou plus pendant lequel vous avez évité certaines situations par peur d'avoir une autre attaque? »

1B

La réponse « oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé de vous sentir très bouleversé(e) à cause de sensations physiques qui vous rappelaient vos attaques? »

et

La réponse « tout le temps » ou « la plupart du temps » à la question « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous évité des situations ou activités qui auraient pu causer ces sensations physiques? »

Trouble panique, au moment de l'enquête (12 derniers mois)

Les trois critères suivants ont été utilisés pour évaluer le **trouble panique au moment de l'enquête**, c'est-à-dire pour déterminer si le participant avait éprouvé des symptômes au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue de l'ESCC. Le participant devait satisfaire à tous trois critères pour être classé comme ayant souffert de trouble panique au cours de la dernière année.

Critère 1

Le participant devait satisfaire aux critères d'antécédents de trouble panique au cours de la vie.

Critère 2

Les participants à l'enquête ont satisfait à ce critère s'ils ont déclaré avoir eu une attaque de panique soudaine et inattendue qui a atteint son plus fort niveau dans les 10 premières minutes « à n'importe quel moment au cours des 12 derniers mois »

ou

s'ils ont déclaré que leur âge au moment de leur première ou de leur toute dernière attaque de panique était le même que leur âge au moment de l'entrevue.

Critère 3

Pour ce critère, on a demandé aux participants de penser à une attaque survenue au cours des 12 derniers mois et d'indiquer l'intensité de leur détresse émotionnelle. Les participants ont satisfait à ce critère s'ils ont répondu « modérée », « sévère » ou « tellement sévère qu'il vous était impossible de vous concentrer et que vous deviez arrêter vos activités ».

Références

1. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte*, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, troisième édition*, Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
3. E.E. Walters, R.C. Kessler, C.B. Nelson *et al.*, Scoring the World Health Organization's Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF), disponible à : www.who.int/msa/cidi/CIDISFScoringMemo12-03-02.pdf.