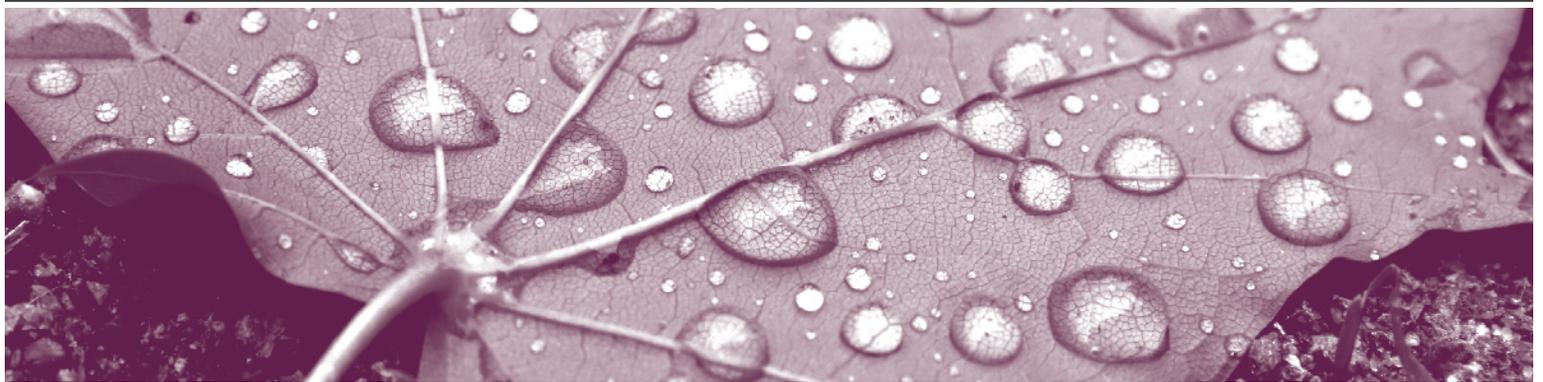


RAPPORT DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES: LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR AU CANADA, 2016



PROTÉGER LES CANADIENS ET LES AIDER À AMÉLIORER LEUR SANTÉ



Agence de la santé
publique du Canada

Public Health
Agency of Canada

Canada

**PROMOUVOIR ET PROTÉGER LA SANTÉ DES CANADIENS GRÂCE AU LEADERSHIP, AUX PARTENARIATS,
À L'INNOVATION ET AUX INTERVENTIONS EN MATIÈRE DE SANTÉ PUBLIQUE.**

– Agence de la santé publique du Canada

Also available in English under the title:
REPORT FROM THE CANADIAN CHRONIC DISEASE SURVEILLANCE SYSTEM:
MOOD AND ANXIETY DISORDERS IN CANADA, 2016

Pour obtenir plus d'information, veuillez communiquer avec :

Agence de la santé publique du Canada
Indice de l'adresse 0900C2
Ottawa (Ontario) K1A 0K9
Tél. : 613-957-2991
Sans frais : 1-866-225-0709
Télec. : 613-941-5366
ATS : 1-800-465-7735
Courriel : publications@hc-sc.gc.ca

On peut obtenir, sur demande, la présente publication en formats de substitution.

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2016

Date de publication : mai 2016

La présente publication peut être reproduite sans autorisation pour usage personnel ou interne seulement, dans la mesure où la source est indiquée en entier.

Cat.: HP35-70/2016F-PDF
ISBN: 978-0-660-04803-1
Pub.: 150262

RAPPORT DU SYSTÈME CANADIEN DE
SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES :
LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR AU CANADA, 2016



TABLE DES MATIÈRES

FAITS SAILLANTS DU RAPPORT	1
1. INTRODUCTION	4
TROUBLES DE L'HUMEUR	4
TROUBLES ANXIEUX	5
COMORBIDITÉ DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR	5
TRAITEMENT	5
DÉFIS LIÉS À LA SURVEILLANCE DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR	6
OBJET DU RAPPORT	6
2. LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES (SCSMC)	7
MÉTHODOLOGIE	7
LIMITES	9
3. PRINCIPAUX RÉSULTATS	10
3.1 PERSONNES AYANT UTILISÉ DES SERVICES DE SANTÉ POUR DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR	10
3.1.1 POPULATION ÂGÉE D'UN AN ET PLUS	10
3.1.2 POPULATION ÂGÉE 1 À 19 ANS	12
3.1.3 POPULATION ÂGÉE DE 20 ANS ET PLUS	13
3.1.4 RÉPARTITION SELON L'ÂGE ET LE SEXE DANS LA POPULATION ÂGÉE D'UN AN ET PLUS.	14
3.2 PERSPECTIVE PANCANADIENNE	16
3.3 MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES COMORBIDES DANS LE SCSMC	18
4. CONCLUSION	21
OBJECTIFS FUTURS	22
GLOSSAIRE	23
REMERCIEMENTS	27
ANNEXE A	30
ANNEXE B	31
ANNEXE C	33
ANNEXE D	35
BIBLIOGRAPHIE	36



FAITS SAILLANTS DU RAPPORT

OBJET DU RAPPORT

Le présent rapport, *Les troubles anxieux et de l'humeur, 2016*, est la première publication à présenter des données administratives sur la santé tirées du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) pour la surveillance nationale des troubles anxieux et de l'humeur chez les Canadiens âgés d'un an ou plus. Il présente les données nationales complètes les plus récentes du SCSMC (soit celles de l'exercice 2009–2010) ainsi que des données sur les tendances couvrant plus d'une décennie (de 1996–1997 à 2009–2010). Il est possible de consulter les données présentées ici, et dans les mises à jour subséquentes, au moyen des cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse suivante : www.infobase.phac-aspc.gc.ca. Les cubes de données sont des bases de données interactives qui permettent aux utilisateurs de créer rapidement des tableaux et graphiques à l'aide de leur navigateur Web.

TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

Les troubles anxieux et de l'humeur constituent les types de maladies mentales les plus courants au Canada et partout dans le monde. Les troubles de l'humeur sont caractérisés par des variations, à la hausse ou à la baisse, de l'humeur de la personne touchée. Quant aux troubles anxieux, ils sont caractérisés par des sentiments extrêmes et persistants d'appréhension, d'anxiété et même de peur. Ces deux types de troubles peuvent avoir de grandes répercussions sur la vie quotidienne des personnes qui en sont atteintes et prendre la forme d'épisodes uniques de courte durée jusqu'aux maladies chroniques. La combinaison de soins professionnels et d'une utilisation active des stratégies d'autogestion peut favoriser le rétablissement et améliorer le bien-être des personnes touchées par ces troubles, et leur permettre de mener une vie active et bien remplie.

SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES

Le SCSMC forme un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance, financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Il relève les cas de maladies chroniques dans les bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales, lesquelles incluent les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Les données sur tous les résidents admissibles au régime d'assurance-maladie

provincial ou territorial (environ 97 % de la population canadienne) sont saisies dans les registres de l'assurance-maladie, ce qui rend la couverture du SCSMC presque universelle. Les définitions de cas sont appliquées à ces bases de données reliées.

Les données obtenues sont ensuite regroupées au niveau provincial et territorial avant d'être soumises à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'être rapportées aux niveaux provincial, territorial et national.

En 2010, l'Agence de la santé publique du Canada a élargi la portée du SCSMC de façon à faire le suivi des maladies mentales en général ainsi que des troubles anxieux et de l'humeur dans la population canadienne, et à élaborer des rapports sur ceux-ci. Dans le SCSMC, une personne est considérée comme ayant eu recours aux services de santé pour une maladie mentale si son dossier est associé à au moins une réclamation de facturation d'un médecin, ou un congé de l'hôpital indiquant des codes de troubles anxieux et de l'humeur de la 9^e ou de la 10^e édition de la Classification internationale des maladies (CIM) au cours de l'année. La surveillance des troubles anxieux et de l'humeur en tant qu'entités distinctes n'a pas été possible en raison du manque de précision des diagnostics et des données recueillies. Dans le présent rapport, l'expression « troubles anxieux et de l'humeur » fait référence aux personnes qui ont utilisé des services de santé soit uniquement pour des troubles de l'humeur, uniquement pour des troubles anxieux ou pour des troubles anxieux et de l'humeur co-existants.

Le SCSMC peut prendre en compte des personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés de troubles anxieux et de l'humeur, mais à qui on a attribué un code diagnostique selon une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC ne prend pas en compte les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés de troubles anxieux et de l'humeur, mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent (y compris celles qui ont utilisé des services de santé, mais dont le dossier n'a pas été saisi dans les bases de données administratives sur la santé de la province ou du territoire et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Pour ces raisons, les estimations du SCSMC représentent la prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur plutôt que la prévalence des troubles anxieux et de l'humeur diagnostiqués.

PRINCIPAUX RÉSULTATS

Environ les trois quarts des Canadiens qui utilisent chaque année des services de santé pour des maladies mentales consultaient pour des troubles anxieux et de l'humeur. En 2009–2010, près de 3,5 millions de Canadiens (10 %) ont utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur. Quoiqu'élevée, la proportion de Canadiens utilisant des services de santé pour ces troubles est demeurée relativement stable de 1996–1997 à 2009–2010 (la prévalence normalisée selon l'âge variait de 9,4 à 10,5 %). La prévalence la plus élevée a été observée chez les personnes âgées de 30 à 54 ans, suivie des personnes âgées de 55 ans et plus; par ailleurs, l'augmentation relative la plus importante de la prévalence a été observée chez les jeunes enfants et les adolescents (âgés de 5 à 14 ans); cependant, en chiffres absolus, cette augmentation était de moins de 1 %.

Les adolescentes et les femmes adultes, en particulier celles d'âge moyen, étaient plus susceptibles d'utiliser des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur, comparativement aux hommes du même âge. Une combinaison de facteurs comportementaux, biologiques et socioculturels peut expliquer cet écart selon le sexe. Par ailleurs, les garçons âgés de 5 à 9 ans étaient plus susceptibles d'utiliser des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur que les filles du même âge. Cela pourrait s'expliquer par la co-occurrence fréquente des troubles anxieux et de l'humeur et des troubles de conduite ou de déficit de l'attention avec hyperactivité, lesquels font l'objet d'un diagnostic plus fréquent chez les garçons de cet âge.

En 2009–2010, la prévalence annuelle normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur était le plus élevé en Nouvelle-Écosse (11,6 %) et le plus faible dans les Territoires du Nord-Ouest (5,8 %). Au cours de la période de surveillance, des écarts d'une province ou d'un territoire à l'autre ont été observés, notamment une augmentation annuelle significative de la prévalence normalisée selon l'âge en Saskatchewan, au Manitoba, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse, à l'Île-du-Prince-Édouard et à Terre-Neuve-et-Labrador, ainsi qu'une diminution annuelle significative en Ontario. Ces écarts pourraient être expliqués, en partie, par des différences dans les pratiques de dépistage et de traitement, ainsi que par des différences en matière de codage des données, d'entrées dans les bases de données, de modèles de rémunération et de pratiques de facturation *pro forma*.

Une prévalence plus élevée d'asthme et de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et, dans une moindre mesure, de cardiopathie ischémique, de diabète et d'hypertension a été observée chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur par rapport à celles qui n'en ont pas utilisé. Même si le lien entre ces maladies demeure mal compris, il est bien reconnu que les personnes atteintes de troubles dépressifs et anxieux courent un risque accru de présenter d'autres maladies ou affections chroniques, et que les personnes qui ont une maladie ou une affection physique chronique ont un risque accru d'être atteintes de troubles dépressifs et anxieux.

OBJECTIFS FUTURS

Les activités à venir du SCSMC liées aux troubles anxieux et de l'humeur comprennent notamment : la poursuite de la collecte et de la dissémination de données sur les troubles anxieux et de l'humeur; la mise au point d'une approche visant l'étude de la chronicité des troubles anxieux et de l'humeur; et l'étude d'autres maladies et affections comorbides.



1. INTRODUCTION

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur et/ou du comportement et associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués¹. Elles peuvent donc toucher tous les aspects de la vie des personnes, y compris les relations, les études, le travail et la participation à la vie communautaire. Ces conséquences dans la vie des personnes ont aussi des répercussions sur l'économie en général²⁻⁶. Il existe de nombreux types distincts de maladies mentales, mais les troubles anxieux et de l'humeur figurent parmi les plus courants au Canada et dans le monde. Elles découlent d'interactions complexes entre facteurs biologiques, génétiques, économiques, sociaux et psychologiques⁷. Le présent rapport a trait à la combinaison de ces troubles; autrement dit, il porte sur les personnes atteintes uniquement de troubles de l'humeur, uniquement de troubles anxieux ou de troubles anxieux et de l'humeur co-existants.

TROUBLES DE L'HUMEUR

Les troubles de l'humeur affectent la façon dont une personne se sent et peuvent comprendre des épisodes dépressifs ou maniaques¹. Les personnes vivant des épisodes de dépression peuvent se sentir dévalorisées, impuissantes ou désespérées, perdre intérêt envers les activités habituelles, éprouver un changement d'appétit et avoir un sommeil perturbé, une baisse d'énergie, une faible concentration et/ou de la difficulté à prendre des décisions. Pour leur part, les personnes vivant un épisode maniaque peuvent ressentir une exaltation excessive et afficher un optimisme déraisonnable ou manquer de jugement et avoir des pensées qui défilent, un sommeil plus court, une durée d'attention extrêmement brève et passer rapidement à la rage ou à la tristesse. Ils comprennent les quatre classifications suivantes: le trouble dépressif majeur, le trouble bipolaire, le trouble dysthymique et la dépression périnatale ou postpartum. Les troubles de l'humeur peuvent toucher les personnes de tout âge, mais ils se manifestent habituellement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ils sont plus fréquents chez les femmes que chez les hommes, à l'exception du trouble bipolaire, qui affecte également les femmes et les hommes. Les facteurs de risque connus comprennent les antécédents familiaux, les épisodes antérieurs de dépression, le stress, les affections ou maladies chroniques et la consommation de certains médicaments. Les événements traumatisants de la vie, qu'il s'agisse de relations difficiles ou violentes, ou de facteurs socioéconomiques tels qu'un faible revenu ou un logement inadéquat, jouent aussi un rôle.

TROUBLES ANXIEUX

Les personnes atteintes de troubles anxieux vivent des épisodes de sentiments extrêmes et persistants d'appréhension, d'anxiété et même de peur qui peuvent faire en sorte que les personnes touchées évitent des situations ou accomplissent des rituels compulsifs qui aident à atténuer ces symptômes¹. Ces troubles sont caractérisés par des « sentiments intenses et prolongés de peur et de détresse qui sont hors de proportion par rapport à la menace ou au danger réel », lesquels « entravent le fonctionnement quotidien normal ». Il y a sept principaux types de troubles anxieux : le trouble d'anxiété généralisée, la phobie sociale ou le trouble d'anxiété sociale, les phobies spécifiques, le trouble de stress post-traumatique, le trouble obsessionnel-compulsif, le trouble panique et l'agoraphobie. Ces troubles affectent les femmes plus fréquemment que les hommes et les symptômes se développent habituellement pendant l'enfance, l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les facteurs de risque connus comprennent les antécédents familiaux, les antécédents personnels de troubles anxieux et de l'humeur, ainsi que les antécédents d'événements de la vie stressants ou de traumatismes, en particulier la violence subie pendant l'enfance. Les affections ou maladies chroniques, la consommation de certains médicaments, la toxicomanie, la solitude, un faible niveau de scolarité et des pratiques parentales défavorables peuvent aussi accroître le risque de développer des troubles anxieux⁸.

COMORBIDITÉ DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

D'autres maladies ou affections chroniques sont souvent comorbides des troubles anxieux et de l'humeur. De nombreuses associations bidirectionnelles ont été observées, mais elles demeurent mal comprises. Par exemple, l'apparition précoce de troubles dépressifs et anxieux a été associée au risque accru d'être atteint de maladies du cœur, d'asthme, d'arthrite et de maux de dos ou de tête chroniques à l'âge adulte⁹. En outre, les troubles anxieux et de l'humeur peuvent mener à des comportements malsains qui augmentent le risque de développer ou d'aggraver d'autres maladies ou affections chroniques^{9,10}. Par exemple, les personnes déclarant souffrir de troubles dépressifs et anxieux sont plus susceptibles de fumer^{11,12} – il s'agit d'un facteur de risque majeur d'affections respiratoires chroniques¹³. Inversement, les troubles dépressifs et anxieux peuvent avoir été engendrés par le fardeau associé au fait de vivre avec une maladie ou une affection chronique^{1,14,15}, ce qui pourrait être attribuable à un certain nombre de facteurs, notamment les changements psychologiques et les incapacités fonctionnelles associés aux maladies ou affections chroniques¹⁵.

TRAITEMENT

La combinaison de soins professionnels et d'un recours actif aux stratégies d'autogestion peut favoriser le rétablissement et améliorer le bien-être des personnes touchées par des troubles anxieux et de l'humeur, et leur permettre de mener une vie active et bien remplie⁷. Le traitement se présente sous plusieurs formes (psychothérapie, counseling et médication), qui sont souvent utilisées conjointement^{8,16,17}. Un soutien communautaire – comme les services de proximité, un soutien au revenu (p. ex. l'aide sociale), un soutien professionnel et une aide au logement – peut aussi être offert. Au Canada, le traitement des maladies mentales et le soutien connexe sont offerts dans divers milieux, comme les cliniques de médecine familiale et de psychiatrie, les hôpitaux, les programmes et cliniques de consultation externe, ainsi que les organismes communautaires. De nombreuses personnes paient aussi elles-mêmes les coûts de traitements en pratique privée (p. ex. psychothérapie offerte par un psychologue) ou de soins en établissement privé.

DÉFIS LIÉS À LA SURVEILLANCE DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR

La surveillance des troubles anxieux et de l'humeur présente des défis particuliers comparativement à d'autres maladies ou affections chroniques en raison de l'exacitude diagnostique variable. Contrairement aux maladies ou affections ayant des marqueurs physiologiques établis, les maladies mentales, comme les troubles anxieux et de l'humeur, ressemblent à la douleur chronique en ce sens qu'il n'existe aucun test objectif permettant de poser un diagnostic. Le diagnostic repose sur les symptômes rapportés par le patient et sur les signes observés par le médecin ou par les proches¹⁸.

La durée variable des épisodes de troubles anxieux et de l'humeur d'une personne à l'autre pose un autre défi particulier en matière de surveillance, puisqu'il est difficile d'en estimer la véritable incidence. Cependant, il est possible d'estimer différentes prévalences de période. Par exemple, il a été estimé que 12,6 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus connaîtront un épisode de trouble de l'humeur au cours de leur vie, tandis que 8,7 % vivront un épisode de trouble d'anxiété généralisée. Au cours d'une période de 12 mois, ces estimations de prévalence s'élevaient à 5,4 et à 2,6 % respectivement¹⁹.

De nombreux facteurs environnementaux, sociaux et culturels peuvent influencer sur le taux de consultation pour des symptômes et signes associés aux troubles anxieux et de l'humeur et sur la façon dont les médecins évaluent ces symptômes et ces signes. Cependant, des efforts ont été déployés pour augmenter la sensibilisation de la population aux symptômes et aux conséquences de ces troubles et pour en renforcer la compréhension et l'acceptation. Si ce n'était de la crainte du jugement ou de la discrimination, plus de gens seraient prêts à obtenir des soins pour leurs symptômes ou à discuter plus ouvertement de leurs émotions.

OBJET DU RAPPORT

Le présent rapport est la première publication à présenter des données administratives sur la santé provenant du Système canadien de surveillance des maladies chroniques (SCSMC) pour la surveillance nationale des troubles anxieux et de l'humeur chez les Canadiens âgés d'un an ou plus. Il présente les données nationales complètes les plus récentes du SCSMC (soit celles de l'exercice 2009–2010) ainsi que des données sur les tendances couvrant plus d'une décennie (de 1996–1997 à 2009–2010). Avant la publication du présent rapport, l'Agence de la santé publique du Canada a publié le rapport *Les maladies mentales au Canada, 2015* (canadiensensante.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/index-fra.php), qui présente des données du SCSMC concernant la surveillance nationale des maladies mentales en général²⁰. Les troubles anxieux et de l'humeur font l'objet du présent rapport, car ils sont les types les plus courants de maladie mentale au Canada et dans le monde. Il est possible de consulter les données présentées ici, et dans les mises à jour subséquentes, au moyen des cubes de données de l'Infobase des maladies chroniques de l'Agence de la santé publique du Canada à l'adresse suivante : www.infobase.phac-aspc.gc.ca. Les cubes de données sont des bases de données interactives qui permettent aux utilisateurs de créer rapidement des tableaux et graphiques à l'aide de leur navigateur Web.



2. LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES (SCSMC)

MÉTHODOLOGIE

Le SCSMC forme un réseau de collaboration de systèmes provinciaux et territoriaux de surveillance des maladies chroniques, financé par l'Agence de la santé publique du Canada. Les cas de maladies chroniques sont identifiés à partir des bases de données administratives sur la santé provinciales et territoriales, lesquelles incluent les réclamations de facturation des médecins et les congés des patients des hôpitaux, jumelées aux registres de l'assurance-maladie provinciaux et territoriaux. Les données sur tous les résidents admissibles au régime d'assurance-maladie provincial ou territorial (environ 97 % de la population canadienne) sont saisies dans les registres de l'assurance-maladie, ce qui rend la couverture du SCSMC presque universelle. Les définitions de cas sont appliquées à ces bases de données jumelées. Les données obtenues sont ensuite regroupées au niveau provincial et territorial avant d'être soumises à l'Agence de la santé publique du Canada afin d'être rapportées aux niveaux provincial, territorial et national. En 2010, on a élargi la portée du SCSMC de façon à effectuer la surveillance et la rédaction de rapports sur les maladies mentales en général²⁰ ainsi que les troubles anxieux et de l'humeur dans la population canadienne. Pour en savoir plus sur la portée actuelle du SCSMC, consulter l'annexe A.

Dans le SCSMC, une personne est considérée comme ayant eu recours aux services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur si elle satisfait aux critères suivants : au moins une réclamation de facturation d'un médecin indiquant un code diagnostique de trouble anxieux et de l'humeur dans le premier champ, ou un congé de l'hôpital indiquant un code diagnostique de trouble anxieux et de l'humeur dans le champ du diagnostic principal, selon les codes de la CIM-9 ou CIM-9-MC, ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA (tableau 1). Selon cette définition de cas, la personne doit être considérée comme un cas au cours d'un exercice financier donné pour figurer parmi les estimations de cet exercice financier. Par conséquent, les estimations représentent la prévalence annuelle.

Une définition de cas combinant les troubles anxieux et de l'humeur a été établie, car la surveillance distincte de ces troubles n'ayant pas été possible en raison du manque de précision des diagnostics et des données recueillies²¹. L'expression « troubles anxieux et

de l'humeur» utilisée tout au long du présent rapport désigne donc les personnes qui ont utilisé des services de santé uniquement pour des troubles de l'humeur, uniquement pour des troubles anxieux ou pour des troubles anxieux et de l'humeur co-existants.

TABLEAU 1: Codes de la CIM inclus dans la définition de cas du SCSMC pour l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur

	CIM-9 ou CIM-9-MC	CIM-10-CA
Troubles anxieux et de l'humeur	296, 300 et 311	F30 à F48, et F68

Ces codes de la CIM inclus dans la définition de cas du SCSMC sont associés aux troubles suivants :

TROUBLES DE L'HUMEUR

- Trouble dépressif majeur;
- Trouble bipolaire;
- Trouble dysthymique;
- Troubles dépressifs, non classés ailleurs et qui pourraient comprendre la dépression pendant la grossesse et à l'accouchementⁱ.

TROUBLES ANXIEUX

- Trouble d'anxiété généralisée;
- Phobie sociale ou trouble d'anxiété sociale;
- Phobies spécifiques;
- Réaction au stress très grave et troubles d'adaptation incluant les troubles de stress post-traumatiqueⁱⁱ;
- Trouble obsessionnel-compulsif;
- Trouble panique;
- Agoraphobie.

Le SCSMC peut identifier des personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés de troubles anxieux et de l'humeur, mais à qui on a attribué un code diagnostique selon une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC n'identifie pas les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés de troubles anxieux et de l'humeur, mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent (y compris celles qui ont utilisé des services de santé, mais dont le dossier n'a pas été saisi dans les bases de données administratives sur la santé de la province ou du territoire et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Pour ces raisons, les estimations du SCSMC représentent la prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur plutôt

ⁱ La dépression périnatale n'est traitée que partiellement puisque les codes propres à la grossesse de la CIM-9-MC (648.40: dépression pendant le travail et la grossesse) et de la CIM-10-CA (F53: dépression postpartum) n'ont pas été inclus.

ⁱⁱ La réaction au stress très grave et les troubles d'adaptation ne sont traités que partiellement puisque les codes diagnostiques équivalents de la CIM-9 et de la CIM-9-MC n'ont pas été inclus.

que la prévalence des troubles anxieux et de l'humeur diagnostiqués. Pour en savoir plus sur les études de faisabilité et de validation exécutées en vue d'élaborer cette définition de cas et d'élargir la portée du SCSMC pour inclure les troubles anxieux et de l'humeur, consulter l'annexe B.

Le rapport présente des données issues de l'ensemble des provinces et des territoires, à l'exception du Nunavutⁱⁱⁱ et du Yukon^{iv} qui, ensemble, représentent environ 0,2% de la population totale du Canada^v. Les registres de l'assurance-maladie des provinces et des territoires fournissent les données démographiques pour chaque personne, et l'âge est calculé en date du 1^{er} octobre, soit au milieu de l'exercice financier. Le dénombrement de la population correspond au nombre total de personnes assurées dans les provinces et les territoires (sauf le Nunavut et le Yukon) selon le registre de l'assurance-maladie pour chaque exercice financier.

LIMITES

Bien que la couverture du SCSMC soit quasi universelle, elle exclut les Canadiens couverts par des programmes de santé fédéraux, par exemple les demandeurs d'asile, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus de pénitenciers fédéraux. En outre, le SCSMC ne prend pas en compte les personnes admissibles qui ont été vues par un médecin salarié ne pratiquant pas la facturation *pro forma*, celles qui ont sollicité des soins en clinique communautaire ou privée, celles qui ont reçu des services de santé mentale dans un hôpital ne soumettant pas ses données sur les congés à la Base de données sur les congés des patients (ou à la base de données Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière [MED-ÉCHO] au Québec), celles qui ont utilisé des services de santé sans recevoir de code diagnostique de troubles anxieux et de l'humeur pertinent et, enfin, celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout. Pour ces raisons, les données présentées ici constituent probablement une sous-estimation de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur au Canada. Pour en savoir plus sur la population prise en compte dans le SCSMC relativement aux troubles anxieux et de l'humeur, consulter l'annexe C.

Une autre limite a trait à la difficulté de distinguer les troubles de l'humeur des troubles anxieux au moyen des données du SCSMC à l'échelle nationale. Selon une étude de faisabilité visant à évaluer l'utilité des données administratives concernant la surveillance des troubles anxieux et de l'humeur traités au Canada, les résultats étaient comparables d'une province à l'autre lorsque ces deux troubles étaient combinés; cependant, des écarts importants entre les provinces ont été observés lorsque ces troubles étaient examinés de façon distincte. Ces écarts étaient probablement attribuables à un manque de précision des diagnostics et des données recueillies²¹.

ⁱⁱⁱ Les données du Nunavut ont été exclues puisqu'elles étaient incomplètes avant 2003 (c.-à-d. que les données des centres de santé communautaires et de certains hôpitaux n'étaient pas disponibles).

^{iv} Les données du Yukon ont été exclues en raison de problèmes liés à la qualité des données.

^v Chiffres de population et des logements, Canada, provinces et territoires, recensements de 2011 et 2006, Statistique Canada. En ligne : www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/hltfst/pd-pl/Table-Tableau.cfm?Lang=fra&T=101&S=50&O=A.



3. PRINCIPAUX RÉSULTATS

RAPPEL!

Le SCSMC peut identifier des personnes qui ne remplissent pas tous les critères diagnostiques normalisés de troubles anxieux et de l'humeur, mais à qui on a attribué un code diagnostique suite à une évaluation clinique. À l'inverse, le SCSMC n'identifie pas les personnes qui remplissent tous les critères diagnostiques normalisés de troubles anxieux et de l'humeur, mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent (y compris celles qui ont utilisé des services de santé, mais dont le dossier n'a pas été saisi dans les bases de données administratives sur la santé de la province ou du territoire et celles qui n'ont pas utilisé de services de santé du tout). Pour ces raisons, les estimations du SCSMC représentent la prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur plutôt que la prévalence des troubles anxieux et de l'humeur diagnostiqués.

3.1 Personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur

3.1.1 Population âgée d'un an et plus

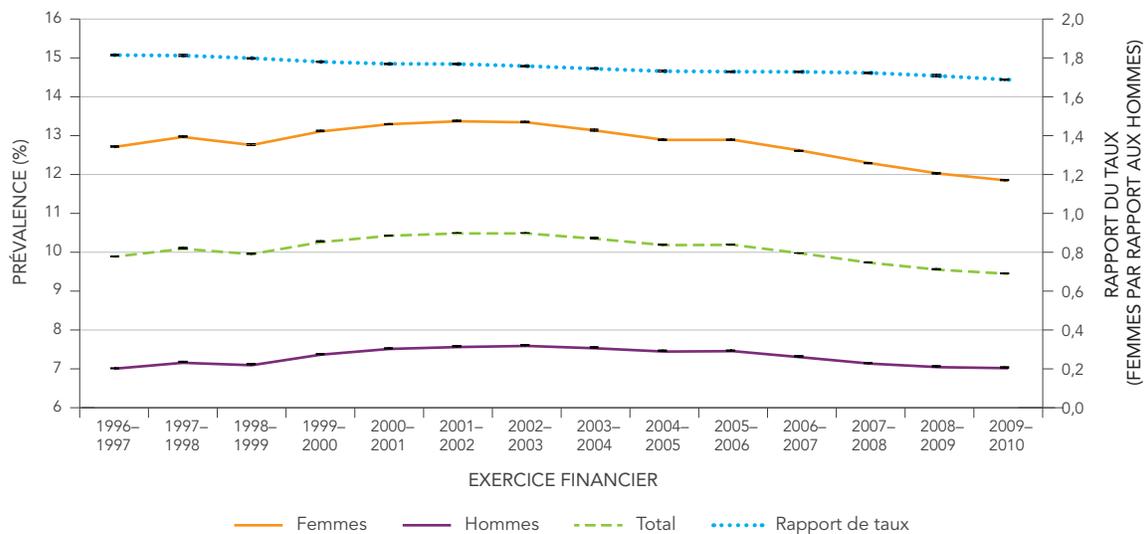
Les troubles anxieux et de l'humeur sont les sous-groupes des troubles mentaux les plus répandus au Canada. Environ les trois quarts de la population canadienne âgée d'un an et plus utilisant des services de santé pour une maladie mentale chaque année²⁰ ont fait appel à ces services pour des troubles anxieux et de l'humeur.

- En 2009–2010, environ 3,5 millions (10%) de Canadiens ont utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur (2,2 millions de femmes et 1,3 million d'hommes; résultats non présentés).
- La prévalence normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les Canadiens est demeurée relativement stable au cours de la période de surveillance de 14 ans (de 1996–1997 à 2009–2010), variant de 9,4% à 10,5% (tendance linéaire non significative sur le plan statistique). Cependant, au cours de la période de 2001–2002 à 2002–2003, une faible augmentation a été observée, mais la prévalence a par la suite diminué, passant à un niveau semblable à celui de 1996–1997 (figure 1).

- Dans l'ensemble, la prévalence normalisée selon l'âge était constamment plus élevée chez les femmes que chez les hommes au cours de la période de surveillance; cependant, les rapports de taux de prévalence normalisés selon l'âge entre les femmes et les hommes ont diminué légèrement (de 1,8 à 1,7), soit une baisse annuelle significative sur le plan statistique de 0,5 % (figure 1).

La légère diminution de la prévalence normalisée selon l'âge après 2002–2003 pourrait être expliquée en partie par l'adoption de la CIM-10-CA dans les hôpitaux partout au Canada de 2001–2002 à 2006–2007 puisqu'il a été établi que la CIM-10-CA était moins sensible que la CIM-9-MC pour identifier les cas de dépression à partir des dossiers de congé de l'hôpital²². En outre, il est possible qu'une proportion accrue de médecins aient été salariés (plutôt que payés à l'acte) au cours des plus récentes années de la période de surveillance. Faute de facturation *pro forma*, ce changement touchant la rémunération réduirait le nombre de réclamations de facturation des médecins soumises aux gouvernements provinciaux et territoriaux. Malgré ces modifications apportées au codage des données et aux modèles de rémunération, il est important de noter que la tendance linéaire n'était pas significative sur le plan statistique, et que dans l'ensemble, les diminutions absolues de la prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur durant la période de surveillance s'élevaient à moins de 1 %.

FIGURE 1: Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] (%) et rapports de taux de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées d'un an et plus, selon le sexe, au Canada*, de 1996–1997 à 2009–2010



NOTES: L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20. [†]Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. *Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

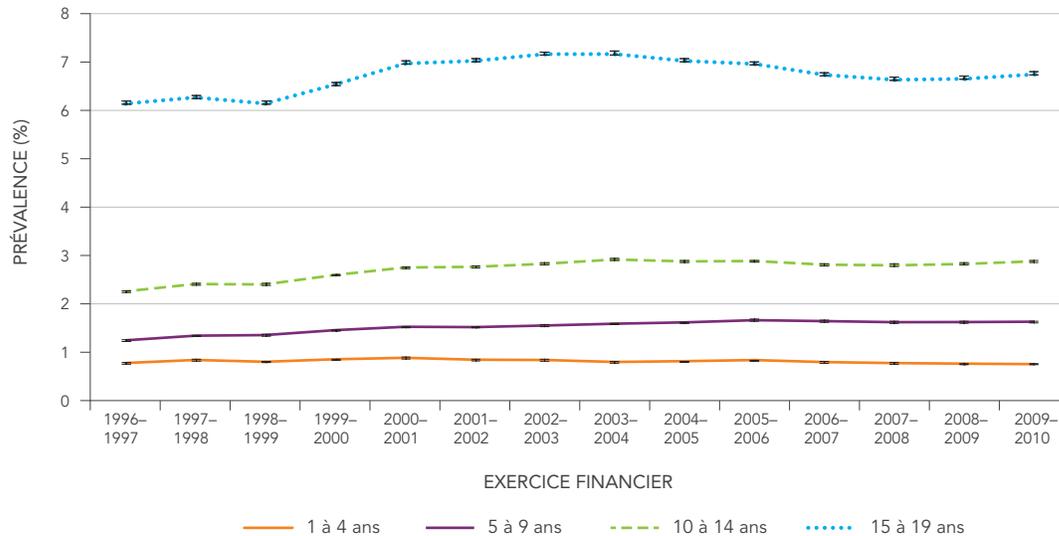
SOURCE: Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

3.1.2 Population âgée 1 à 19 ans

- En 2009–2010, environ 258 000 (3,1 %) enfants et jeunes Canadiens ont reçu des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur (résultats non présentés).
- La prévalence chez les enfants et les jeunes augmentait avec l'âge. La prévalence la plus élevée a été observée chez les jeunes âgés de 15 à 19 ans (figure 2).
- Même si la prévalence a légèrement augmenté chez les enfants et chez les jeunes âgés de 5 à 19 ans au cours de la période de surveillance de 14 ans, elle est demeurée stable chez les enfants âgés de 1 à 4 ans (figure 2). La plus forte augmentation relative de la prévalence a été observée chez les enfants âgés de 5 à 9 ans (30,9 %), suivie des jeunes âgés de 10 à 14 ans (27,5 %). En chiffres absolus, ces augmentations ont néanmoins été faibles, soit moins de 1 %.

Plus des deux tiers des jeunes âgés de 15 à 19 ans ayant utilisé des services de santé pour une maladie mentale chaque année²⁰ l'ont fait pour des troubles anxieux et de l'humeur, tandis que moins d'un tiers des personnes âgées de 1 à 14 ans ont reçu ces services pour des troubles anxieux et de l'humeur. La prévalence plus faible chez les personnes âgées de 1 à 14 ans est probablement attribuable au fait que les troubles mentaux non psychotiques, comprenant les troubles de conduite et de déficit de l'attention, font souvent l'objet d'un premier diagnostic chez les enfants et les jeunes adolescents²³. Même si les études ont montré que les troubles anxieux et de l'humeur étaient courants chez les enfants et les adolescents^{23,24} et fréquemment comorbides des troubles de la conduite et d'hyperactivité²⁴, il est possible que les troubles de la conduite et les troubles de déficit de l'attention aient fait l'objet d'un codage préférentiel chez la population âgée de 1 à 14 ans. La prévalence plus élevée d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur observée chez les personnes âgées de 15 à 19 ans correspond à l'augmentation de la dépression et de l'anxiété au cours de l'adolescence, en particulier chez les filles pendant la puberté et après celle-ci, en raison de processus biologiques ou hormonaux²⁵⁻²⁷.

FIGURE 2: Prévalence annuelle selon l'âge (%) de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées de 1 à 19 ans, au Canada*, 1996–1997 à 2009–2010



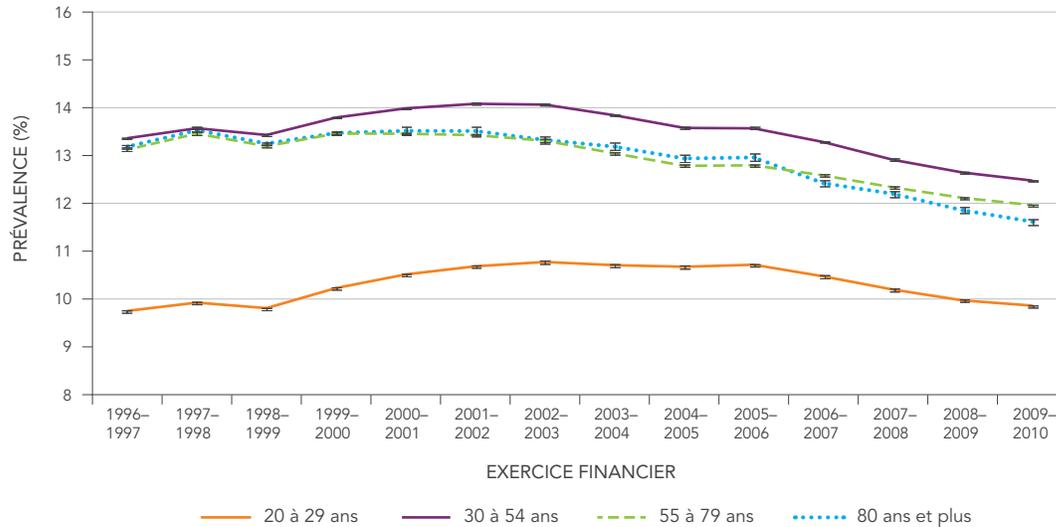
NOTES: L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20. *Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE: Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

3.1.3 Population âgée de 20 ans et plus

- En 2009–2010, environ 3,2 millions (11,9 %) d'adultes canadiens ont reçu des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur (résultats non présentés).
- Au cours de la période de surveillance de 14 ans, la prévalence normalisée selon l'âge la plus élevée a été observée chez les Canadiens âgés de 30 à 54 ans, suivis de près par les personnes âgées de 55 ans et plus (figure 3).
- La prévalence normalisée selon l'âge a régressé légèrement dans tous les groupes d'âge au cours de la période de surveillance, sauf chez les jeunes adultes âgés de 20 à 29 ans (figure 3). Ces diminutions relatives s'établissaient respectivement de 6,6 % à 11,0 % chez les Canadiens âgés de 30 à 54 ans et chez les personnes âgées de 80 ans et plus. En chiffres absolus, ces diminutions relatives s'élevaient cependant à moins de 1,6 %.

FIGURE 3: Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées de 20 ans et plus, au Canada*, de 1996–1997 à 2009–2010



NOTES: L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20. [†] Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. *Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE: Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

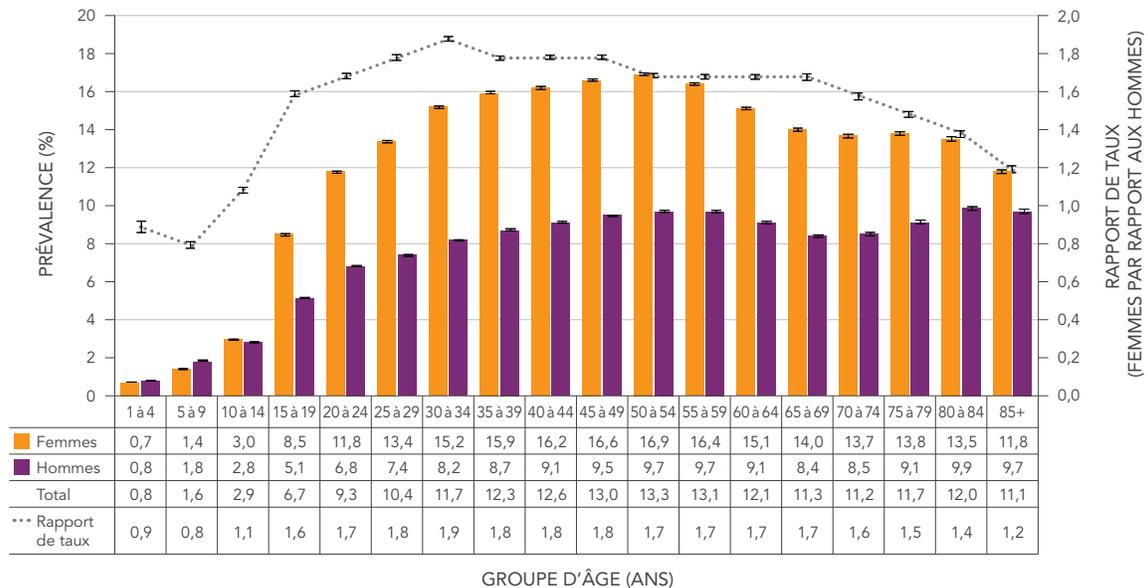
La plus forte prévalence observée chez les adultes d'âge moyen et plus vieux pourrait avoir trait en partie aux défis particuliers ou uniques auxquels font souvent face ces sous-populations. Par exemple, une association entre le stress lié au travail et les troubles dépressifs et anxieux a été établie chez les personnes en âge de travailler^{28,29}. Un déséquilibre entre le travail et la vie personnelle/familiale pourrait être un facteur de risque plus important que d'autres aspects du stress lié au travail tels que la combinaison d'une forte demande psychologique et d'une faible latitude décisionnelle, l'insécurité d'emploi ou le soutien social offert par le superviseur ou des collègues de travail²⁹. De plus, parmi les facteurs de risque associés aux troubles dépressifs et/ou anxieux chez les personnes âgées, mentionnons le déficit cognitif, les problèmes de santé chroniques, l'incapacité fonctionnelle, le deuil, la solitude et les aspects qualitatifs du réseau social³⁰⁻³².

3.1.4 Répartition selon l'âge et le sexe dans la population âgée d'un an et plus

- En 2009–2010, la répartition selon l'âge et le sexe de la prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur était semblable à celle observée pour les maladies mentales dans leur ensemble²⁰, la prévalence la plus élevée ayant été observée chez les adultes d'âge moyen et les personnes âgées (figure 4).
- On a enregistré une prévalence plus élevée chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge de 15 ans et plus, la variation relative de prévalence la plus importante selon le sexe ayant été observée chez les personnes âgées de 30 à 34 ans (rapport de taux entre les femmes et les hommes: 1,9). En comparaison, on a observé une

prévalence plus élevée chez les garçons âgés de 5 à 9 ans que chez les fillettes du même groupe d'âge (rapport de taux : 0,8). Finalement, la prévalence chez les filles et garçons était similaire dans les groupes d'âge de 1 à 4 ans et de 10 à 14 ans (rapport de taux : 0,9 et 1,1 respectivement) (figure 4).

FIGURE 4: Prévalence annuelle selon l'âge (%) et rapports de taux de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées de 1 an et plus, selon le sexe, au Canada*, en 2009–2010



NOTES: L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.
*Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

SOURCE: Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

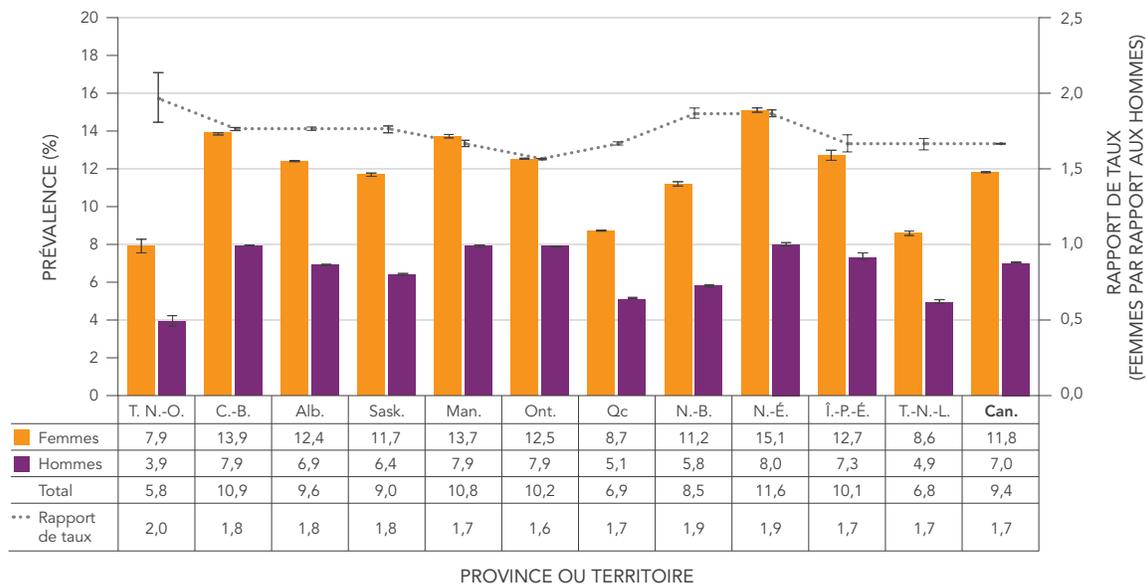
La prévalence la plus élevée d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les adolescentes et les femmes par rapport à leurs homologues masculins tient probablement à une combinaison de plusieurs facteurs. Parmi ces facteurs, mentionnons un biais observé dans la détection des états de santé, étant donné qu'il a été établi que les femmes utilisent plus fréquemment les services de santé que les hommes³³. La dépression pourrait ne pas être aussi facilement détectable chez les hommes compte tenu de différences dans les symptômes associés à la dépression, puisque les femmes manifestent les symptômes plus « classiques » de la dépression, tandis que les hommes sont plus susceptibles d'être irritables, colériques et découragés lorsque déprimés¹. De plus, les variations hormonales touchant différents aspects de la fonction reproductive pourraient rendre les femmes en âge post pubertaire et en âge de procréation plus vulnérables à la dépression que les hommes du même âge^{25-27,34}. En outre, des différences culturelles et sociales, comme les responsabilités professionnelles et familiales, peuvent aussi jouer un rôle, puisque les femmes disent vivre de plus grands conflits entre le travail et la vie de famille que les hommes³⁵.

Par ailleurs, la prévalence la plus élevée d'utilisation des services de santé chez les garçons âgés de 5 à 9 ans pourrait être attribuable à une prévalence plus élevée de troubles anxieux chez les garçons de ce groupe d'âge que chez les filles³⁶. De plus, des études ont montré que les troubles anxieux et de l'humeur sont fréquemment comorbides des troubles de la conduite et de l'hyperactivité, qui sont plus courants chez les garçons que chez les filles du même âge²⁴.

3.2 Perspective pancanadienne

- En 2009–2010, la prévalence normalisée selon l'âge de l'utilisation des services de santé pour les troubles anxieux et de l'humeur était la plus élevée en Nouvelle-Écosse (11,6%) et la plus faible dans les Territoires du Nord-Ouest (5,8%) (figure 5).
- Quel que soit l'emplacement géographique, la prévalence normalisée selon l'âge était plus élevée chez les femmes que chez les hommes : rapports de taux variant de 1,6 (Ontario) à 2,0 (Territoires du Nord-Ouest) (figure 5).

FIGURE 5: Prévalence annuelle normalisée selon l'âge[†] (%) et rapports de taux de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes âgées d'un an et plus, selon la province ou le territoire et le sexe, au Canada*, en 2009–2010



NOTES: L'intervalle de confiance à 95% délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20.

[†] Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. *Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon.

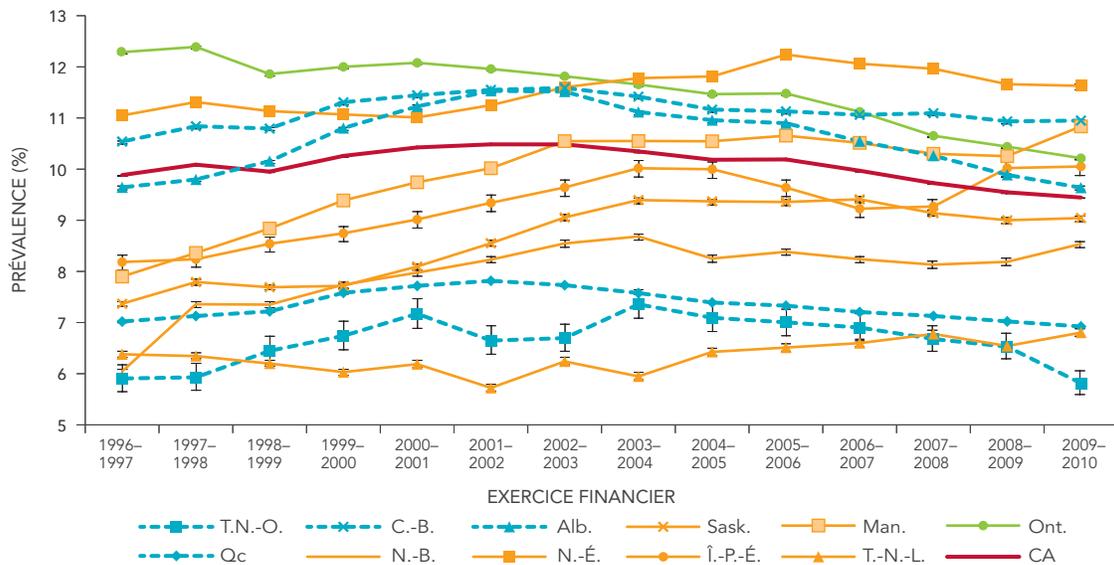
SOURCE: Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

- Plusieurs écarts entre les provinces et les territoires ont été observés au cours de la période de surveillance de 14 ans. Par exemple, une augmentation significative du taux annuel a été constatée en Saskatchewan (1,7%), au Manitoba (1,9%), au Nouveau-Brunswick (1,4%), en Nouvelle-Écosse (0,6%), à l'Île-du-Prince-Édouard (1,4%) et à Terre-Neuve-et-Labrador (0,7%). Parmi ces provinces, l'augmentation relative la plus importante a été observée au

Nouveau-Brunswick (41,2%), suivi du Manitoba (37,2%). En comparaison, une diminution significative du taux annuel a été observée en Ontario (1,3%), avec une diminution relative de 16,9%. Pour toutes les autres provinces et tous les autres territoires, les estimations de prévalence sont demeurées relativement stables, notamment dans les provinces les plus peuplées du pays, à savoir la Colombie-Britannique, l'Alberta et le Québec (figure 6).

- Les variations provinciales et territoriales observées ont contribué à une prévalence normalisée selon l'âge relativement stable, dans l'ensemble, de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur (figures 1 et 6).

FIGURE 6 : Prévalence annuelle normalisée selon l'âge† (%) de l'utilisation des services et de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur chez les personnes d'un an et plus, selon la province et le territoire et Canada*, de 1996–1997 à 2009–2010



NOTES : L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20. †Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. *Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon. Les provinces et territoires avec une augmentation significative du taux annuel sont représentés par une **ligne orange**, ceux avec une diminution significative du taux annuel sont représentés par une **ligne verte** et finalement ceux avec un changement non-significatif sont représentés par une **ligne pointillée bleue** (à l'exception du Canada).

SOURCE : Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

Les écarts observés entre les provinces et les territoires peuvent être liés à des différences dans la répartition des facteurs ayant une influence connue sur la santé mentale, par exemple la situation financière, l'emploi, les possibilités de formation, le soutien social et la mobilisation de la collectivité¹. Toutefois, des différences sur le plan de la détection et du traitement, ainsi que des différences en matière du codage des données, des modèles de rémunération et des pratiques de facturation *pro forma*, peuvent fort probablement aussi y jouer un rôle.

3.3 Maladies et affections chroniques comorbides dans le SCSMC

Plusieurs maladies ou affections chroniques peuvent aussi être identifiées par le SCSMC, ce qui constitue un des avantages de la méthodologie de ce système. Les cas sont définis à partir de la même population source et peuvent être jumelés au moyen d'un identificateur unique (au niveau provincial ou territorial seulement). Par conséquent, le SCSMC permet de calculer la prévalence de maladies et affections chroniques comorbides chez les personnes qui utilisent les services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur. Il est important de souligner que ces données ne peuvent être utilisées que pour décrire l'association transversale entre plusieurs maladies ou affections, mais elles ne permettent pas de décrire la direction de cette association (c.-à-d. la causalité). À l'avenir, il pourrait être possible d'établir la temporalité du diagnostic des maladies et affections chroniques en utilisant les données du SCSMC. Cette information pourrait fournir un éclairage sur la mesure dans laquelle les troubles anxieux et de l'humeur constituent un facteur de risque associé à d'autres maladies chroniques ou une complication découlant d'autres maladies chroniques.

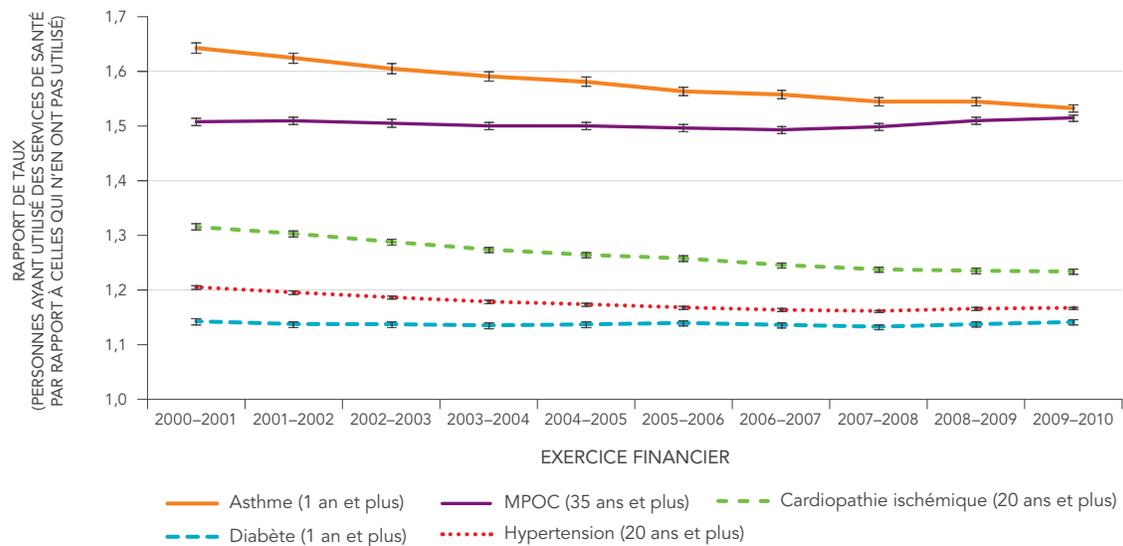
Dans le cadre d'un projet pilote pancanadien mené en 2012, le SCSMC a recueilli des données sur cinq maladies et affections chroniques susceptibles d'être comorbides de troubles anxieux et de l'humeur et de l'ensemble des maladies mentales, à savoir le diabète, l'hypertension, l'asthme, la cardiopathie ischémique et la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Les résultats de ce projet pilote ont été utilisés pour calculer la prévalence de maladies chroniques comorbides chez les personnes ayant utilisé les services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur comparativement à la prévalence chez celles qui n'en ont pas utilisé. Pour consulter un résumé des définitions des cas utilisées pour ces maladies et affections comorbides, consulter l'annexe D.

L'une des limites de ce projet pilote est liée au fait que la prévalence d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur a été calculé annuellement (prévalence annuelle), alors que la prévalence des cas de diabète, d'hypertension, d'asthme, de cardiopathie ischémique et de MPOC comprend tant les anciens cas que les nouveaux cas recensés au cours de l'année (prévalence vie-entière). En outre, certaines administrations n'utilisent qu'un seul champ de diagnostic dans les réclamations de facturation des médecins. Par conséquent, si une personne sollicite des services de santé pour plus d'une maladie ou affection lors d'une même visite, toutes les affections comorbides ne seront pas notées au dossier. Cette situation est plus problématique pour les personnes plus âgées, puisqu'elles sont plus susceptibles de présenter plusieurs maladies comorbides. Enfin, certains diagnostics, comme le diabète, peuvent être codés de préférence à d'autres, et entraîner une sous-déclaration des troubles anxieux et de l'humeur.

Dans l'ensemble, les résultats de ce projet pilote pancanadien ont révélé que les maladies et affections chroniques comorbides sont plus fréquentes chez les personnes ayant reçu des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur que chez celles n'en ayant pas utilisé (figure 7).

- De 2000–2001 à 2009–2010, l'asthme était l'affection la plus fréquente chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur, par rapport à celles n'en ayant pas utilisé, suivie par la MPOC (rapports de taux variant de 1,5 à 1,6). Dans une moindre mesure, la cardiopathie ischémique, l'hypertension et le diabète étaient aussi plus fréquents chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur que chez celles n'en ayant pas utilisé (rapports de taux variant de 1,1 à 1,3) (figure 7).
- Les différences observées dans les rapports de taux normalisés selon l'âge étaient relativement stables au cours de la période de surveillance de 14 ans, sauf pour l'asthme et la cardiopathie ischémique, où les différences ont légèrement diminué au fil du temps (figure 7).

FIGURE 7: Rapports de taux normalisés selon l'âge[†] de la prévalence des maladies ou affections chroniques chez les personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur par rapport à celles n'en ayant pas utilisé[‡], au Canada*, de 2000–2001 à 2009–2010



NOTES: L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible d'inclure la prévalence réelle 19 fois sur 20. [†]Normalisée selon la structure d'âge de la population canadienne de 1991. [‡]On a utilisé les mêmes groupes d'âge dans la définition de cas propre à chaque maladie et dans celle pour l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur. *Les données ne comprennent pas le Nunavut ni le Yukon; les données relatives à l'asthme et au diabète au Québec ont été modélisées à l'aide de la répartition canadienne des groupes d'âge.

SOURCE: Agence de la santé publique du Canada, d'après les fichiers de données du SCSMC fournis par les provinces et les territoires, en date de septembre 2013.

Ces résultats sont soutenus par de nombreuses associations bidirectionnelles connues entre les troubles anxieux et de l'humeur et d'autres maladies et affections chroniques. Par exemple, il a été établi que les troubles dépressifs et anxieux étaient associés au développement de l'asthme, de la bronchite ou de l'emphysème chronique, de maladies cardiaques, de l'hypertension, de l'arthrite, des maux de dos chroniques et des migraines plus tard dans la vie^{9,37-39}. On estime que les troubles mentaux causent une mauvaise santé physique observée plus tard dans la vie en agissant comme facteur de stress psychosocial intrinsèque au moyen de mécanismes biologiques directs. Plus précisément, des études ont émis l'hypothèse selon laquelle ces troubles contribuent à un déséquilibre chronique des médiateurs hormonaux et des neurotransmetteurs de la réponse au stress⁴⁰ lié à une série d'effets indésirables sur les plans métaboliques (tel que le diabète), cardiovasculaires, immunitaires et cognitifs⁴⁰⁻⁴². En outre, les troubles mentaux pourraient mener à des comportements malsains qui accroissent le risque de développer ou d'aggraver d'autres maladies et affections chroniques de façon à composer avec le stress ou à réguler les humeurs dépressives ou l'anxiété^{9,10,43}. Par exemple, des études de cohortes prospectives ont démontré que la dépression prédit l'initiation à l'usage du tabac¹¹, l'augmentation de la consommation de tabac¹², des taux plus faibles d'abandon du tabagisme⁴⁴ et une diminution de l'activité physique⁴⁵. Ces associations ont des répercussions évidentes, étant donné que le tabagisme est un facteur de risque majeur de l'apparition de diverses affections physiques chroniques, comme les maladies respiratoires chroniques, et que la capacité réduite de faire de l'activité physique prédispose à l'établissement de pronostics défavorables chez les personnes ayant ces affections¹³.

À l'inverse, les troubles dépressifs et anxieux pourraient découler du fardeau des personnes vivant avec une maladie ou une affection physique chronique¹. Dans le cadre d'une étude longitudinale, Patten *et coll.* (2001) ont constaté que le fait d'être atteint d'une affection à long terme doublait presque le risque de dépression majeure dans la population canadienne¹⁴. L'apparition de ces troubles mentaux pourrait être attribuable à un certain nombre de facteurs, y compris les symptômes les incapacités fonctionnelles et les changements physiologiques associés à l'affection ou à la maladie, ainsi que les effets secondaires découlant de la prise de médicaments pour traiter cette affection ou cette maladie¹⁵.



4. CONCLUSION

Les troubles anxieux et de l'humeur sont une question de santé publique majeure; environ un Canadien sur dix reçoit des services de santé pour ces troubles chaque année (la prévalence normalisée selon l'âge varie de 9,4 à 10,5% au cours de la période de surveillance de 14 ans). La prévalence la plus élevée a été observée chez les femmes d'âge moyen, tandis que les augmentations relatives les plus importantes ont été constatées chez les enfants et les jeunes; néanmoins, en chiffres absolus, ces augmentations s'élevaient à moins de 1%. Le fait d'assurer un suivi de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur au fil du temps nous aidera à évaluer l'impact des interventions de santé publique et à surveiller les populations les plus à risque, notamment les enfants et les jeunes, ainsi que les femmes d'âge moyen.

Bien que la couverture du SCSMC soit quasi universelle, les résultats présentés ici doivent être interprétés avec prudence en tenant compte des exclusions suivantes: les estimations du SCSMC n'incluent pas les Canadiens couverts par des programmes de santé fédéraux, ainsi que les personnes ayant sollicité des services de santé mentale de médecins salariés ne pratiquant pas la facturation *pro forma*, celles ayant sollicité exclusivement des soins privés, celles ayant reçu des services de santé mentale dans des hôpitaux ne soumettant pas de données sur les congés à la Base de données sur les congés des patients (ou à la base de données MED-ÉCHO au Québec), celles ayant sollicité des soins sans se voir attribuer de code diagnostique pertinent pour des troubles anxieux ou de l'humeur ou celles n'ayant pas sollicité de soins du tout. À la lumière de ce qui précède, les résultats présentés dans ce rapport sous-estiment probablement l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur au Canada.

Le présent rapport est la première publication à présenter des données administratives sur la santé tirées du SCSMC sur l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur au Canada. La connaissance de la situation actuelle et des tendances sera utile pour accroître la compréhension collective des troubles anxieux et de l'humeur et de l'utilisation connexe des soins de santé dans la population canadienne. Les données qu'il renferme aideront les principaux intervenants de tous les paliers de gouvernement, ceux des organismes non gouvernementaux, ceux du milieu universitaire et ceux des secteurs de l'industrie dans leurs efforts pour alléger le fardeau des troubles anxieux et de l'humeur au Canada.

OBJECTIFS FUTURS

Les activités à venir du SCSMC liées aux troubles anxieux et de l'humeur comprennent notamment: la poursuite de la collecte et de la dissémination de données sur les troubles anxieux et de l'humeur; la mise au point d'une approche visant l'étude de la chronicité des troubles anxieux et de l'humeur faisant l'objet d'un suivi au moyen du SCSMC; l'étude d'autres maladies et états comorbides; l'élaboration d'indicateurs de mortalité chez les personnes atteintes de trouble anxieux et de l'humeur.

GLOSSAIRE

Agoraphobie: Trouble anxieux caractérisé par de l'anxiété liée au fait de se retrouver dans des lieux ou situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours¹.

Analyse de tendance linéaire: Approche statistique utilisée pour détecter et estimer les tendances linéaires dans des données chronologiques. Il est présumé que les estimations de prévalence font l'objet d'une distribution de Poisson; par conséquent, une régression de Poisson ou linéaire logarithmique est utilisée pour établir une relation linéaire entre l'estimation de la provenance et une année civile ou financière. La pente de la droite montre si les estimations connaissent une augmentation ou une diminution au fil du temps.

Base de données sur les congés des patients (BDCP): Tenue à jour par l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), la BDCP recueille des données démographiques, cliniques et administratives sur les congés des hôpitaux (y compris les décès, les départs volontaires et les transferts). Quelques provinces et territoires utilisent aussi la BDCP pour recueillir des données sur les chirurgies d'un jour. Les établissements de l'ensemble des provinces et territoires, à l'exception du Québec, sont tenus de soumettre des données.

Chronicité: Degré de persistance d'une maladie chronique ou d'une pathologie, c.-à-d. une maladie qui est considérée comme permanente une fois diagnostiquée, ou une maladie qui est intermittente une fois diagnostiquée.

Code de la Classification internationale des maladies (CIM): Classification diagnostique internationale normalisée des maladies et autres problèmes de santé, utilisée à des fins épidémiologiques, cliniques et de gestion. Cette classification est notamment utilisée pour faire le suivi de l'incidence et de la prévalence des maladies et autres problèmes de santé, offrant ainsi un portrait de l'état de santé général d'un pays ou d'une population⁴⁷.

Comorbidité: Présence de maladie(s) ou d'affection(s) chronique(s) qui co-existe(nt) ou s'ajoute(nt) à une maladie ou à une affection particulière étudiée.

Dépression périnatale: Trouble de l'humeur qui « peut survenir tant chez les femmes enceintes que chez les nouvelles mères »¹.

Dépression postpartum: Trouble de l'humeur spécifique aux nouvelles mères¹.

Dépression: Trouble de l'humeur pouvant occasionner une variété de symptômes, dont des sentiments de dévalorisation, de tristesse et de vide gênant le fonctionnement, une perte d'intérêt envers les activités habituelles, un changement d'appétit, un sommeil troublé et une baisse d'énergie. Les enfants atteints de dépression peuvent se montrer irritables et anxieux ou manifester des troubles de conduite similaires aux symptômes du trouble d'opposition ou du trouble de déficit de l'attention. Chez les personnes âgées, la dépression se manifeste par des symptômes d'anxiété, d'agitation et des troubles physiques et de mémoire¹.

Épisodes maniaques: Symptômes des troubles de l'humeur où la personne démontre un niveau d'énergie élevé et des comportements téméraires, et qui la prédisposent souvent à agir de façon inhabituelle, p. ex. dépenser inconsidérément, commettre des délits ou avoir des comportements sexuels inappropriés. Les épisodes maniaques peuvent durer des semaines, voire des mois, et affecter les relations, la vie sociale, les études et le travail¹.

Étude de faisabilité: Étude menée pour déterminer si les données peuvent être utilisées dans un objectif de surveillance.

Facteurs de risque liés aux troubles anxieux et de l'humeur: Aspects de la vie ou prédispositions génétiques qui augmentent la probabilité de développer une maladie mentale ou qui favorise une maladie mentale existante à se détériorer⁴⁹.

Facturation pro forma: La *facturation pro forma* est un processus administratif par lequel les médecins soumettent des informations reliées à la provision de soins en utilisant les codes provinciaux et territoriaux de la rémunération à l'acte, alors qu'ils sont rémunérés par d'autres modes de paiement. La *facturation pro forma* peut être utilisée dans le but de maintenir une mesure historique des services offerts basée sur les données de la rémunération à l'acte.

Incidence: Nombre de nouveaux cas de maladie survenant au cours d'une période donnée au sein d'une population à risque, exprimé par une proportion ou un taux.

Intervalle de confiance: Mesure statistique de la fiabilité d'une estimation. La taille de l'intervalle de confiance renvoie à la précision de l'estimation; les intervalles de confiance étroits indiquent une plus grande fiabilité que les intervalles de confiance larges. L'intervalle de confiance à 95 % délimite une plage de valeurs susceptible de contenir la prévalence réelle 19 fois sur 20.

Maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière

(MED-ÉCHO): Base de données provinciale qui permet de recueillir des données démographiques, cliniques et administratives sur les soins actifs de malades hospitalisés, les chirurgies d'un jour, ainsi que sur certains centres de réadaptation et établissements psychiatriques et certaines unités pour les maladies chroniques au Québec.

Maladies mentales: Les maladies mentales sont « caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqué¹ ». Elles résultent d'interactions complexes entre facteurs biologiques, génétiques, économiques, sociaux et psychosociaux⁷. Elles peuvent toucher les personnes de tout âge; cependant, elles se manifestent souvent dès l'adolescence ou le début de l'âge adulte⁴⁸. Il existe de nombreux types de maladies mentales, qui prennent la forme d'épisodes uniques de courte durée jusqu'aux maladies chroniques.

Phobie sociale: Trouble anxieux défini par une peur excessive ou l'évitement des situations sociales ou de performance¹.

Prévalence: Nombre d'événements ou de cas d'une maladie ou d'une affection particulière au sein d'une population donnée, au cours d'une période définie, exprimé par la proportion de la population atteinte de la maladie ou de l'affection. La prévalence permet de mesurer le fardeau de la maladie ou de l'affection dans la population.

Prévalence annuelle d'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur (%) : Proportion de personnes qui ont utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur au cours d'un exercice financier donné. Cette proportion représente le nombre de personnes ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur divisé par le total de la population, soit toutes les personnes inscrites à un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial (environ 97 % de la population canadienne). Dans le SCSMC, pour qu'une personne soit considérée comme ayant utilisé des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur, elle doit satisfaire aux critères suivants : au moins une réclamation de facturation d'un médecin indiquant un code diagnostique de troubles anxieux et de l'humeur dans le premier champ, ou un congé de l'hôpital indiquant un code diagnostique de troubles anxieux et de l'humeur dans le champ du diagnostic principal, selon les codes de la CIM-9 ou CIM-9-MC (296, 300 et 311) ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA (F30 à F48 et F68), au cours d'un exercice donné.

Proportion ou taux normalisé selon l'âge : Proportion ou taux ajusté pour tenir compte des différences dans la structure d'âge de la population à l'étude par rapport à la population de référence. Les proportions ou taux normalisés selon l'âge sont fréquemment utilisés dans les analyses des tendances ou pour comparer les proportions ou les taux entre différentes régions ou sous-populations.

Proportion ou taux spécifique selon l'âge : Proportion ou taux calculé pour un groupe d'âge spécifique.

Rapport de taux : Rapport de deux mesures reliées ; par exemple, la prévalence d'utilisation des services de santé pour des maladies mentales chez les femmes divisée par la prévalence d'utilisation de ces mêmes services chez les hommes.

Rémunération à l'acte : Paiement des réclamations qui se fonde sur la soumission d'actes médicaux individuels⁴⁶.

Stigmatisation : « ...renvoie aux croyances et aux mentalités à l'égard des troubles mentaux et des maladies mentales qui mènent à stéréotyper les personnes qui vivent avec ces troubles et à avoir des préjugés envers elles et leur famille. Ces comportements sont souvent dus à l'ignorance, à l'incompréhension et à des connaissances erronées⁴⁹ ».

Troubles anxieux : Les troubles anxieux sont caractérisés par des sentiments extrêmes et persistants d'appréhension, d'anxiété et même de peur.

Trouble bipolaire : Trouble de l'humeur caractérisé par au moins un épisode de manie ou un épisode mixte (manie et dépression) avec ou sans antécédents de dépression majeure. Le trouble bipolaire I englobe tout épisode maniaque, avec ou sans épisodes dépressifs. Le trouble bipolaire II est caractérisé par des épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'épisodes maniaques moins graves (épisodes hypomaniaques)¹.

Trouble d'anxiété généralisée : Trouble anxieux caractérisé par une anxiété et des soucis excessifs qui sont difficiles à contrôler et souvent accompagnés de fatigue et de difficultés de concentration. Le diagnostic clinique suppose des symptômes qui sont présents la plupart des jours pendant une période durant au moins six mois¹.

Troubles de l'humeur: Les troubles de l'humeur sont caractérisés par des variations, à la hausse ou à la baisse, de l'humeur de la personne touchée.

Trouble de stress post-traumatique: Trouble anxieux caractérisé par des flashbacks, des pensées et des souvenirs effrayants persistants, et de la « colère ou de l'irritabilité en réaction à une expérience terrifiante¹ ».

Trouble dépressif majeur: Trouble de l'humeur « caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs », cliniquement défini par la présence d'une « humeur dépressive et/ou perte d'intérêt envers les activités habituelles persistant pendant au moins deux semaines et s'accompagnant d'au moins quatre autres symptômes de dépression¹ ».

Trouble dysthymique: Trouble de l'humeur caractérisé par « une humeur déprimée chroniquement qui se manifeste pour la plupart sur une période d'au moins deux ans sans périodes prolongées sans symptômes ». « Les adultes souffrant de ce trouble se plaignent de se sentir tristes ou déprimés, alors que les enfants peuvent se sentir irritables. » La durée minimale requise des symptômes pour le diagnostic des enfants est d'un an¹.

Trouble obsessionnel-compulsif: Trouble anxieux caractérisé par une ou plusieurs obsessions, comme des « pensées, idées, impulsions ou des représentations persistantes qui sont perçues comme intrusives et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse prononcée ». Les compulsions sont des pensées ou des actes qui surviennent pour faire face aux obsessions¹.

Trouble panique: Trouble anxieux qui suppose la « présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues » (période bien délimitée de peur intense), « suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois de subir d'autres attaques, d'inquiétude au sujet des attaques, » ou « d'un changement de comportement important associé aux attaques¹ ».

Variation annuelle en pourcentage: Variation annuelle moyenne en pourcentage au cours de plusieurs années utilisée pour mesurer la variation de proportions ou de taux au fil du temps. Le calcul comprend l'ajustement d'une droite au logarithme naturel des données, représenté en fonction de l'année civile ou exercice financier. La pente de la droite, exprimée en pourcentage, représente la variation annuelle en pourcentage.

Variation relative en pourcentage: Mesure de la variation relative exprimée en pourcentage. Elle peut être utilisée pour montrer dans quelle mesure une estimation de prévalence à la fin d'une période de surveillance a augmenté ou diminué par rapport à l'estimation au début d'une période de surveillance.

REMERCIEMENTS

Équipe de production de l'Agence de la santé publique du Canada (anciens membres et membres actuels)

Christina Bancej
Alain Demers
Joellyn Ellison
Yong Jun Gao
Charles Gilbert
Kelsey Klaver
Lidia Loukine
Louise McRae
Siobhan O'Donnell
Jay Onysko
Catherine Pelletier
Louise Pelletier
Neel Rancourt
Cynthia Robitaille
Glenn Robbins
Amanda Shane
Jennette Toews
Saskia Vanderloo
Chris Waters

Groupe de travail du SCSMC sur les maladies mentales (anciens membres et membres actuels)

Cheryl Broeren, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
Leslie Anne Campbell, Université Dalhousie
Wayne Jones, Université Simon Fraser
Steve Kisely, Université du Queensland (Australie)
Alain Lesage, Centre de recherche de l'Institut universitaire en santé mentale de Montréal
Adrian Levy, Université Dalhousie
Elizabeth Lin, Centre de toxicomanie et de santé mentale
Peter Nestman, Université Dalhousie
Éric Pelletier, Institut national de santé publique du Québec
Kim Reimer, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique
Mark Smith, Université du Manitoba
Larry Svenson, ministère de la Santé de l'Alberta
Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences

Helen-Maria Vasiliadis, Université de Sherbrooke

Comité scientifique du SCSMC (anciens membres et membres actuels)

Paul Bélanger, Instituts de recherche en santé du Canada

Gillian Booth, Université de Toronto

Jill Casey, ministère de la Santé et du Bien-être de la Nouvelle-Écosse

Kayla Collins, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Valérie Émond, Institut national de santé publique du Québec

Jeffrey Johnson, Université de l'Alberta

John Knight, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Anthony Leamon, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Lisa Lix (coprésidente), Université du Manitoba

Carol McClure, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Rolf Puchtinger, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Indra Pulcins, Institut canadien d'information sur la santé

Drona Rasali, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Kim Reimer (coprésident), ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Mark Smith, Université du Manitoba

Larry Svenson, ministère de la Santé de l'Alberta

Karen Tu, Institute for Clinical Evaluative Sciences

Linda Van Til, Anciens Combattants Canada

Comité consultatif sur la surveillance des maladies mentales (membres en 2011–2012)

Carol Adair, Université de Calgary

Tim Aubry, Université d'Ottawa

Kathryn Bennett, Université McMaster

Karen Cohen, Société canadienne de psychologie

Wayne Jones, Université Simon Fraser

Nawaf Madi, Institut canadien d'information sur la santé

Gillian Mulvale, Université McMaster

Mark Smith, Université du Manitoba

Larry Svenson, ministère de la Santé de l'Alberta

Cathy Trainor, Statistique Canada

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

Groupe de travail technique du SCSMC (membres en 2011–2012)

Fred Ackah, ministère de la Santé de l'Alberta

Patricia Caetano, ministère de la Santé du Manitoba

Jill Casey, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Connie Cheverie, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Bryany Denning, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Neeru Gupta, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Yuko Henden, ministère de la Santé et du Mieux-être de la Nouvelle-Écosse

Ping Li, Institut de recherche en services de santé

Mary-Ann MacSwain, ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Île-du-Prince-Édouard

Pat McCrea, ministère de la Santé de la Colombie-Britannique

Jim Nichol, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Rolf Puchtinger, ministère de la Santé de la Saskatchewan

Robin Read, Programme de soins du diabète de la Nouvelle-Écosse

Louis Rochette, Institut national de santé publique du Québec

Mike Ruta, gouvernement du Nunavut

Khokan Sikdar, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Josh Squires, Centre d'information sur la santé de Terre-Neuve-et-Labrador

Mike Tribes, gouvernement du Yukon

Hao Wang, ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick

Kai Wong, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Cette étude a été rendue possible grâce à la collaboration entre l'ASPC et les gouvernements respectifs de l'Alberta, de la Colombie-Britannique, du Manitoba, du Nouveau-Brunswick, de Terre-Neuve-et-Labrador, de la Nouvelle-Écosse, des Territoires du Nord-Ouest, de l'Ontario, de l'Île-du-Prince-Édouard, du Québec et de la Saskatchewan. Les opinions, les résultats, et les conclusions de ce rapport sont ceux des auteurs. Aucun endossement de la part des provinces et du territoire ne devrait être déduit ou inferé.

ANNEXE A

PORTÉE DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES (SCSMC)

Le but du SCSMC est d'estimer et de rapporter les tendances des maladies et les affections chroniques au Canada. Fondé sur le modèle de l'ancien Système national de surveillance du diabète, le SCSMC poursuit la surveillance du diabète, mais sa portée a été élargie, ou est en voie de l'être, puisqu'il inclut d'autres maladies ou affections chroniques telles que les maladies mentales, les troubles de l'humeur et anxieux, l'hypertension, l'asthme, la MPOC, l'insuffisance cardiaque, la cardiopathie ischémique, l'infarctus aigu du myocarde, les accidents vasculaires cérébraux, l'arthrite, l'ostéoporose et les affections neurologiques. Le SCSMC offre une couverture quasi complète de la population canadienne, dont certaines personnes souvent exclues d'autres méthodes de collecte de données (comme les enquêtes). Le portrait qu'il dresse des maladies et affections chroniques que l'on retrouve dans le système de soins de santé canadien est plus exhaustif que celui offert par les bases de données dont le suivi se limite aux affections traitées dans les hôpitaux. Le SCSMC est guidé par un Comité scientifique qui compte des représentants de chaque province et territoire.

ANNEXE B

SURVEILLANCE DES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR À L'AIDE DE DONNÉES ADMINISTRATIVES – ÉTUDES DE FAISABILITÉ ET DE VALIDATION

Une étude de faisabilité a été réalisée pour évaluer l'utilité de données administratives pour la surveillance des troubles anxieux et de l'humeur traités au Canada selon l'âge, le sexe et l'année à l'aide de données provenant des quatre provinces suivantes : Colombie-Britannique, Ontario, Québec (Montréal seulement) et Nouvelle-Écosse²¹.

Les cas ont été identifiés grâce à un jumelage au niveau populationnel des données administratives extraites des réclamations de facturation des médecins, des congés des hôpitaux et des cliniques communautaires. Une personne a été considérée comme un cas si elle avait eu au moins une réclamation de facturation de médecin ou un congé d'un hôpital avec un code diagnostique inscrit dans le premier champ de diagnostic ou dans le champ du diagnostic principal, selon les codes diagnostiques suivants :

- **Désordres de l'humeur** : CIM-9 ou CIM-9-MC (296.0–296.9 et 311.0), ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA, ou encore dans la quatrième édition du Manuel diagnostique statistique des troubles mentaux;
- **Troubles anxieux** : CIM-9 ou CIM-9-MC (300.0–300.9), ou leurs équivalents dans la CIM-10-CA, ou encore dans la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

En Colombie-Britannique, une personne peut se voir attribuer le code « 50B » pour l'une ou l'autre des catégories d'affections; ce code a donc aussi été inclus dans la définition de cas. Les troubles anxieux et de l'humeur ont été examinés ensemble et de façon distincte. Les estimations de la prévalence ont été calculées annuellement.

Les résultats pour la combinaison des troubles anxieux et de l'humeur ont révélé que la prévalence annuelle des troubles anxieux et de l'humeur traités était relativement comparable dans les quatre provinces, quoique légèrement inférieure au Québec. Cela pourrait être attribuable au fait que l'échantillon ne portait que sur Montréal où les psychologues, qui n'étaient pas concernés par ces sources de données, jouent un rôle plus grand dans le traitement que dans les autres provinces en question. De plus, les résultats ont aussi confirmé les tendances attendues selon le sexe et l'âge et se sont révélés stables au fil du temps. En outre, les résultats sont conformes à d'autres études et enquêtes canadiennes, notamment le *Stirling County Study* et l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

En comparaison, on a observé d'importants écarts entre les provinces lorsque la prévalence annuelle d'utilisation des services de santé pour les troubles anxieux et les troubles de l'humeur traités était examinée de façon distincte. Le fait de distinguer les troubles anxieux traités des troubles de l'humeur traités pose un défi compte tenu du recoupement des codes et des caractéristiques cliniques, en plus du fait que ces troubles sont souvent comorbides. Par conséquent, on a recommandé une mesure combinée pour la surveillance nationale des troubles anxieux et de l'humeur traités.

Dans le cadre d'une étude de faisabilité semblable sur les maladies mentales⁵⁰, on a exploré d'autres données pour évaluer l'impact de l'incorporation des codes de facturation des médecins et des données sur les hospitalisations au-delà du premier champ de diagnostic et du champ du diagnostic principal, respectivement. En Ontario et en Nouvelle-Écosse, il a été possible d'élargir la définition de cas dans les données sur les hospitalisations afin de chercher jusqu'à 16 codes de maladie mentale au-delà du diagnostic principal. Toutefois, cela n'a augmenté la prévalence que de 0,3 %. En Alberta et en Nouvelle-Écosse, on a pu examiner jusqu'à deux champs des réclamations de facturation des médecins pour déceler les codes de maladie mentale, ce qui a fait augmenter la prévalence de moins de 0,5 %. L'inclusion d'un seul champ de diagnostic (dénominateur commun entre les provinces et territoires) n'a donc eu qu'un effet marginal sur l'identification des cas. De plus, cette étude a aussi examiné les effets occasionnés par l'ajout des données des cliniques communautaires de la Colombie-Britannique et de la Nouvelle-Écosse, qui incluent les visites auprès de tous les professionnels en santé mentale et non seulement des médecins. Les résultats montrent une augmentation de la prévalence des maladies mentales traitées de seulement 1 %.

Au terme de l'étude de faisabilité décrite, l'Agence a financé une étude intitulée *Case definition validation study for mental health surveillance in Canada* afin d'établir la validité des définitions de cas du SCSMC par rapport à leur capacité d'estimer la prévalence des maladies mentales traitées à l'aide de données administratives au sein de la population adulte (la validité chez les personnes âgées de moins de 20 ans n'a pas été évaluée)⁵¹. L'étude menée par l'Institute of Clinical Evaluative Sciences (Ontario) a montré que les critères d'identification des cas du SCSMC pour la prévalence annuelle risquaient de ne pas cerner correctement tous les cas diagnostiqués de troubles anxieux et de l'humeur (sensibilité de 64,7 à 71,5 %, spécificité de 92,2 à 93,4 %, valeur prédictive positive de 47 à 53,2 %, valeur prédictive négative de 96 à 96,9 %). Les résultats n'étaient pas différents lorsqu'un code d'hospitalisation avait été inscrit dans le champ du diagnostic principal ou dans d'autres champs.

Parmi les explications possibles de cette faible sensibilité figure la difficulté à identifier un cas de troubles anxieux et de l'humeur dans les réclamations de facturation des médecins en présence d'un diagnostic concurrent, puisque plusieurs administrations ne peuvent utiliser qu'un seul champ de diagnostic (soit le premier)⁵¹. Toutefois, selon les résultats de l'étude de faisabilité présentés plus haut, l'effet de cette restriction a été jugée comme marginale⁵⁰. Par ailleurs, la faible valeur prédictive positive peut s'expliquer en partie par les limites inhérentes à la norme de référence (c.-à-d. les dossiers médicaux électroniques des médecins de famille), puisque les lettres de consultation de spécialistes et les dossiers d'hospitalisation et de salles d'urgence ne sont pas entièrement saisis dans cette source de données⁵¹. Une autre explication potentielle de la faible valeur prédictive positive tient au fait que des médecins sont susceptibles d'attribuer un code diagnostique pour des troubles anxieux et de l'humeur alors que le patient ne satisfait pas à la norme diagnostique.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude de validation ont montré que la capacité d'identifier correctement, à l'aide de données administratives, les personnes atteintes de troubles anxieux et de l'humeur est limitée⁵¹. Par conséquent, il a été recommandé de réserver l'utilisation de données administratives à l'estimation de l'utilisation des services de santé pour des troubles anxieux et de l'humeur.

ANNEXE C

LES TROUBLES ANXIEUX ET DE L'HUMEUR DANS LE SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES (SCSMC) – COUVERTURE DE LA POPULATION

Bien que la couverture du SCSMC soit quasi universelle, des exclusions touchent les Canadiens couverts par des programmes de santé fédéraux, par exemple les demandeurs d'asile, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les anciens combattants admissibles, les membres de la Gendarmerie royale du Canada et les détenus de pénitenciers fédéraux. Comme les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont inclus dans les registres des régimes d'assurance-maladie provinciaux et territoriaux, les services médicaux et hospitaliers sont enregistrés pour ces populations.

Par ailleurs, le SCSMC n'identifie pas toutes les personnes admissibles, notamment :

- Celles qui ont été vues par un médecin salarié (ce qui inclut les psychiatres) qui ne pratique pas la facturation *pro forma*.

Conformément aux modèles conventionnels de rémunération des médecins au Canada, ces derniers se voient rembourser selon le principe du « paiement à l'acte ». Étant donné l'évolution des modèles de prestation de soins de santé, il y a eu une augmentation de ces autres modèles de paiement, comme les paiements à salaire, à vacation ou à capitation. Lorsque ces modes de paiement sont utilisés, les codes diagnostiques ne sont pas saisis dans les données de réclamations de facturation des médecins^{vi}, à moins que la facturation *pro forma* ne soit en place. En 2005–2006, les autres modes de paiement totalisaient 21,3 % des paiements de services cliniques versés aux médecins au Canada⁴⁶. La proportion de médecins rémunérés par d'autres modes de paiement varie de 10,3 % en Alberta à 96,1 % dans les Territoires du Nord-Ouest. Étant donné que dans plusieurs provinces et territoires la plupart des psychiatres sont rémunérés selon d'autres modes de paiement et qu'on ignore dans quelle proportion ils pratiquent la facturation *pro forma*, une proportion non définie de ces cas peuvent être manquants.

- Celles qui ont utilisé les soins d'une clinique communautaire ou privée.

De nombreux services de santé mentale fournis dans des cliniques communautaires ou des cabinets privés (services de psychothérapeutes, psychologues, travailleurs sociaux ou conseillers) sont financés par d'autres modes de paiement et, par conséquent, ne sont pas enregistrés dans le SCSMC. Toutefois, les résultats d'une étude de faisabilité ayant examiné l'effet de l'inclusion de données tirées de bases de données communautaires en Colombie-Britannique et en Nouvelle-Écosse ont montré que la prévalence des troubles mentaux traités, y compris les troubles anxieux et de l'humeur, n'augmentait que de 1 %⁵⁰.

^{vi} Les réclamations de facturation des médecins comprennent les services rendus par les omnipraticiens, les psychiatres et les autres médecins spécialistes.

- Celles qui ont reçu des services pour une maladie mentale dans un hôpital qui ne soumet pas de données sur les congés à la Base de données sur les congés des patients (BDPC) ou à la base de données MED-ECHO au Québec.

Certains hôpitaux psychiatriques spécialisés (représentant environ 11 % à 16 % des congés pour soins en santé mentale)⁵² et certains hôpitaux offrant des lits réservés aux patients recevant des soins en santé mentale ne soumettent pas de données sur les congés aux bases de données mentionnées plus haut. Ainsi, les données sur les hospitalisations psychiatriques ne sont pas systématiquement enregistrées dans le SCSMC dans toutes les provinces et tous les territoires. On pensait que l'impact potentiel de ceci pouvait être observé par la diminution de la prévalence en Ontario au cours de la période d'observation. En 2006, la province a arrêté la soumission de données faite par les hôpitaux psychiatriques à la BDPC. À partir de ce moment, l'Ontario a soumis les données des hôpitaux psychiatriques au *Système d'information Ontarien sur la santé mentale (SIOSM)*. Toutefois, les données préliminaires de l'Ontario qui comprennent le SIOSM démontrent que ceci n'explique pas la diminution observée en cette province.

- Celles qui ont sollicité des soins, mais à qui on n'a pas attribué de code diagnostique pertinent pour des troubles anxieux et de l'humeur.

Comme de nombreuses juridictions ne peuvent utiliser qu'un seul champ de diagnostic (le premier), il peut être difficile d'enregistrer un cas de troubles anxieux et de l'humeur en présence d'un diagnostic concurrent. Par exemple, certains diagnostics, dont le diabète, peuvent être codés de préférence à d'autres, d'où une sous-déclaration des troubles anxieux et de l'humeur. Par ailleurs, des personnes dont le fournisseur de soins de santé hésite à attribuer un code diagnostique de troubles anxieux et de l'humeur en raison de la stigmatisation qui y est associée, ou qui hésite à régler leurs problèmes en raison de son inexpérience, de difficultés de traitement ou de contraintes de temps connues⁵³ peuvent recevoir un autre code diagnostique non associé à la maladie mentale et, ainsi, ne pas être enregistrées.

- Celles qui n'ont pas sollicité de soins du tout.

L'identification des cas de troubles anxieux et de l'humeur dans le SCSMC repose sur le fait que les personnes consultent pour traiter leurs symptômes ou sur les parents qui recherchent un traitement pour soigner les symptômes de leur enfant. Plusieurs explications ont été proposées concernant ces faibles taux de consultations chez ceux qui présentent ces troubles mentaux, notamment la crainte d'être stigmatisé par les professionnels de la santé et par la société⁵⁴, la croyance que le problème disparaîtra de lui-même⁵⁵ et, enfin, le peu de connaissances en matière de santé mentale^{56,57}.

ANNEXE D

DÉFINITIONS DE CAS POUR LES MALADIES ET AFFECTIONS CHRONIQUES COMORBIDES IDENTIFIÉES AU MOYEN DU SYSTÈME CANADIEN DE SURVEILLANCE DES MALADIES CHRONIQUES (SCSMC)

Asthme : Personne âgée d'au moins un an et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique d'asthme dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins en deux ans incluant un code diagnostique d'asthme dans le premier champ de diagnostic. Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Maladie pulmonaire obstructive chronique : Personne âgée d'au moins 35 ans et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique de MPOC dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins incluant un code diagnostique de MPOC dans le champ du premier diagnostic, au cours d'une année donnée. Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Diabète : Personne âgée d'au moins un an et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique de diabète dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins en deux ans incluant un code diagnostique de diabète dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic (les cas probables de diabète gestationnel sont exclus). Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Hypertension : Personne âgée d'au moins 20 ans et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique d'hypertension dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins en deux ans incluant un code diagnostique d'hypertension dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic (les cas probables d'hypertension induite par la grossesse sont exclus). Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

Cardiopathie ischémique : Personne âgée d'au moins vingt ans et présentant l'un des deux éléments suivants : au moins un congé de l'hôpital incluant un code diagnostique ou de procédure de cardiopathie ischémique dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic ou au moins deux réclamations de facturation des médecins incluant un code diagnostique de cardiopathie ischémique dans l'un ou l'autre des champs de diagnostic, au cours d'une année donnée. Une fois identifiée, on considère que la personne constitue un cas prévalent à vie.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa (Ont.): Travaux publics et services gouvernementaux Canada; 2006. 188 p. N° de catalogue: HP5-19/2006F. ISBN: 0-662-72356-2.
- (2) Agence de la santé publique du Canada. Le fardeau économique de la maladie au Canada (FEMC) [Internet]. Ottawa (Ont.): Gouvernement du Canada; 1986 – [cité le 4 août 2015]. En ligne: <http://ebic-femc.phac-aspc.gc.ca/index.php?lang=fra>.
- (3) Lim, K.L., P. Jacobs, A. Ohinmaa, D. Schopflocher et C.S. Dewa. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2008;28(3):92–8.
- (4) Sanderson, K., E. Tilse, J. Nicholson, B. Oldenburg et N. Graves. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *J Affect Disorders*. Août 2007;101(1–3):65–74.
- (5) Organisation mondiale de la Santé (OMS). Rapport sur la santé dans le monde, 1998 - La vie au 21^e siècle: une perspective pour tous. Genève (Suisse), Organisation mondiale de la Santé; 1998. 232 p. ISBN: 92 4 156189 0 (Classification de la NLM: WA 540.1), ISSN 1020–3311.
- (6) Jacobs, P., C. Dewa, A. Lesage, H. Vasiliadis, C. Escobar, G. Mulvale et coll. The Cost of Mental Health and Substance Abuse Services in Canada: A report to the Mental Health Commission of Canada. Edmonton (Alta.): Institute of Health Economics; 2010. 43 p. ISBN (version imprimée): 978-1-897443-78-1, ISBN (version électronique): 978-1-897443-79-8.
- (7) Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies: Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (Alta.), Commission de la santé mentale du Canada; 2012. 152 p. ISBN: 978-0-9813795-3-1.
- (8) Katzman, M.A., P. Bleau, P. Blier, Chokka, K. Kjernisted et M. Van Ameringen. Canadian Anxiety Guidelines Initiative Group on behalf of the Anxiety Disorders Association of Canada/Association Canadienne des troubles anxieux and McGill University. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, posttraumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl 1):S1.
- (9) Scott, K.M., M. Von Korff, M.C. Angermeyer, C. Benjet, R. Bruffaerts, G. de Girolamo et coll. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. Août 2011;68(8):838–44.
- (10) Evans, D.L., D.S. Charney, L. Lewis, R.N. Golden, J.M. Gorman, K.R.R. Krishnan et coll. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 1^{er} août 2005;58(3):175–89.
- (11) Patton, G.C., J.B. Carlin, C. Coffey, R. Wolfe, M. Hibbert et G. Bowes. Depression, anxiety, and smoking initiation: a prospective study over 3 years. *American Journal of Public Health*. Octobre 1998;88(10):1518–22.
- (12) van Gool, C.H., G.I. Kempen, B.W. Penninx, D.J. Deeg, A.T. Beekman AT et J.T. van Eijk. Relationship between changes in depressive symptoms and unhealthy lifestyles in late middle aged and older persons: results from the Longitudinal Aging Study Amsterdam. *Age Ageing*. Janvier 2003;32(1):81–7.

- (13) Atlantis, E., P. Fahey, B. Cochrane et S. Smith. Bidirectional associations between clinically relevant depression or anxiety and COPD: a systematic review and meta-analysis. *Chest*. Septembre 2003;144(3):766–77.
- (14) Patten, S.B. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *J Affect Disord*. Mars 2001;63(1–3):35–41.
- (15) Katon, W.J. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms, and general medical illness. *Biol Psychiatry*. Août 2003;54(3):216–26.
- (16) Parikh, S.V., Z.V. Segal, S. Grigoriadis, A.V. Ravindran, S.H. Kennedy, R.W. Lam et coll. Association canadienne pour le traitement des troubles anxieux et de l'humeur (CANMAT). Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. Octobre 2009;117 (Suppl 1):S15–25.
- (17) Institute of Health Economics. Déclaration de consensus sur l'amélioration des transitions en santé mentale. Edmonton (Alta.): Institute of Health Economics; Novembre 2014, 19 p. ISBN (version imprimée): 978-1-897443-32-3. ISBN (version électronique): 978-1-897443-33-0.
- (18) Pies, R. How "Objective" Are Psychiatric Diagnoses? (guess again). *Psychiatry (Edgmont)*. Octobre 2007;4(10):18–22.
- (19) Pearson, C., T. Janz et J. Ali. Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada. Statistique Canada : Coup d'œil sur la santé [Internet], 18 septembre 2013 [cité le 4 août 2015], en ligne : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>.
- (20) Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques: Les maladies mentales au Canada, 2015. Ottawa (Ont.): Agence de la santé publique du Canada; 2015, 34 p. Cat. : HP35-56/2015F-PDF. ISBN : 978-0-660-23453-3. Pub. : 140527.
- (21) Kisely, S., E. Lin, C. Gilbert, M. Smith, L.A. Campbell, H.M. Vasiliadis. Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*. Décembre 2009;43(12):1118–25.
- (22) Quan, H., B. Li, L.D. Saunders, G.A. Parsons, C.I. Nilsson, A. Alibhai et coll. Assessing validity of CIM-9-CM and CIM-10 administrative data in recording clinical conditions in a unique dually coded database. *Health Services Research Journal*. Août 2008;43(4):1424–41.
- (23) Offord, D.R., M.H. Boyle, P. Szatmari, N.I. Rae-Grant, P.S. Links, D.T. Cadman et coll. Ontario Child Health Study. II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization. *Archives General Psychiatry*. Septembre 1987;44(9):832–6.
- (24) Biederman, J., J. Newcorn, S. Sprich. Comorbidity of attention deficit hyperactivity disorder with conduct, depressive, anxiety, and other disorders. *American Journal of Psychiatry*. Mai 1991; 148(5):564–77.
- (25) Patton, G.C., M.E. Hibbert, J. Carlin, Q. Shao, M. Rosier, J. Caust et coll. Menarche and the onset of depression and anxiety in Victoria, Australia. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Décembre 1996;50:661–6.
- (26) Angold, A., E.J. Costello, C.M. Worthman. Puberty and depression: the roles of age, pubertal status and pubertal timing. *Psychological Medicine*. Janvier 1998;28(1):51–61.

- (27) Angold, A., E.J. Costello, A. Erkanli, C.M. Worthman. Pubertal changes in hormone levels and depression in girls. *Psychological Medicine*. Septembre 1999;29(5):1043–53.
- (28) Siegrist, J. Chronic psychosocial stress at work and risk of depression: evidence from prospective studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*. Novembre 2008 ;258 Suppl 5:115–9.
- (29) Wang, J.L., A. Lesage, N. Schmitz et A. Drapeau. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *Journal of Epidemiology & Community Health*. Janvier 2008;62(1):42–7.
- (30) Vinka, D., M.J. Aartsena et R.A. Schoevers. Risk factors for anxiety and depression in the elderly: A review. *Journal of Affective Disorders*. Février 2008;106(1–2):29–44.
- (31) Lenze, E.J. et J.L. Wetherell. A lifespan view of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*. Décembre 2011;13(4):381–99.
- (32) Aziz, R. et D.C. Steffens. What Are the causes of late-life depression? *Psychiatr Clin North Am*. Décembre 2013;36(4):497–516.
- (33) Kazanjian, A., D. Morettin et R. Cho. Health Care Utilization by Canadian Women. *BMC Women's Health*. Août 2004 25;4(Suppl 1):S33.
- (34) Noble, R.E. Depression in women. *Metabolism*. Mai 2005;54(5 Suppl 1):49–52.
- (35) Duxbury L, C. Higgins et C. Lee. Work-family conflict: A Comparison by gender, family type, and perceived control. *J Fam Issues*. Septembre 1994;15(3):449–66.
- (36) Centers for Disease Control and Prevention. Mental Health Surveillance Among Children—United States, 2005–2011. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* [Internet], 17 mai 2013 [cite le 4 août 2015];62(Suppl 2):1–35. En ligne : www.cdc.gov/mmwr/pdf/other/su6202.pdf.
- (37) Scott, K.M., M. Von Korff, J. Alonso, M.C. Angermeyer, C. Benjet, R. Bruffaerts et coll. Childhood adversity, early onset depressive/anxiety disorders, and adult onset asthma. *Psychosom Med*. Novembre 2008;70(9):1035–43.
- (38) Patten, S.B., J.V. Williams, D.H. Lavorato, G. Modgill, N. Jetté et M. Eliasziw. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry*. Septembre-octobre 2008;30(5):407–13.
- (39) Stein, D.J., S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso, R. Bruffaerts, P. de Jonge, Z. Liu et coll. Associations between mental disorders and subsequent onset of hypertension. *Gen Hosp Psychiatry*. 2014 Mars-avril 2014;36(2):142–9.
- (40) McEwen, B.S. Protective and damaging effects of stress mediators. *N Engl J Med*. Janvier 1998;338(3):171–9.
- (41) Miller, G.E., S. Cohen et A.K. Ritchey. Chronic psychological stress and the regulation of pro-inflammatory cytokines: a glucocorticoid resistance model. *Health Psychol*. Novembre 2002;21(6):536–541.
- (42) Chrousos, G.P. et T. Kino. Glucocorticoid action networks and complex psychiatric and/or somatic disorders. *Stress*. Juin 2007;10(2):213–219.
- (43) Niaura, R, W.G. Shadel, D.M. Britt et D.B. Abrams. Response to social stress, urge to smoke, and smoking cessation. *Addict Behav*. Mars-avril 2002;27(2):241–250.

- (44) Murphy, J.M., N.J. Horton, R.R. Monson, N.M. Laird, A.M. Sobol et A.H. Leighton. Cigarette smoking in relation to depression: historical trends From the Stirling County Study. *American Journal of Psychiatry*. Septembre 2003;160(9):1663–1669.
- (45) Patten, S.B., J.V. Williams, D.H. Lavorato et M. Eliasziw. A longitudinal community study of major depression and physical activity. *Gen Hosp Psychiatry*. Novembre-décembre 2009;31(6):571–575.
- (46) Institut canadien d'information sur la santé. Les médecins au Canada : état des programmes relatifs aux autres modes de paiement, 2005–2006. Ottawa (Ont.): Institut canadien d'information sur la santé; 2008. 39 p. ISBN (PDF): 978-1-55465-375-1.
- (47) Organisation mondiale de la Santé (OMS): Classification internationale des maladies (CIM) [en anglais seulement] [Internet]. OMS [cité le 4 août 2015]. En ligne : www.who.int/classifications/icd/en.
- (48) Kessler, R.C., P. Berglund, O. Demler, R. Jin, K.R. Merikangas et E.E. Walters. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. Juin 2005;62(6):593–602.
- (49) Commission de la santé mentale du Canada. Vers le rétablissement et le bien-être : cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada. Commission de la santé mentale du Canada; novembre 2009, 123 p. ISBN: 978-0-9813-795-1-7.
- (50) Kisely, S., E. Lin, A. Lesage, C. Gilbert, M. Smith, L.A. Campbell et coll. Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces. *Revue canadienne de psychiatrie*. Août 2009;54(8):571–575.
- (51) Tu, K., M. Wang, N. Ivers, D. Green, J. Young, D. Butt et coll. Case definition validation study for mental illness surveillance in Canada, 2012. 51 p. Institute for Clinical Evaluative Sciences, Toronto, Ontario.
- (52) Institut canadien d'information sur la santé. Statistiques éclair – Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.): Institut canadien d'information sur la santé; [cité le 13 juillet 2011]. En ligne : www.cihi.ca/cihi-ext-portal/internet/fr/quick_stats/quick+stats/quick_stats_main?pagenumber=1&resultcount=10.
- (53) Spady, D.W., D.P. Schopflocher, L.W. Svenson et A.H. Thompson. Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician billing data. *Journal of Affective Disorders*. Octobre 2001;155(10):1153–1159.
- (54) Stuart, H. Fighting the stigma caused by mental disorders: past perspectives, present activities, and future directions. *World Psychiatr*. Octobre, 2008;7(3):185–188.
- (55) Andrews, G., S. Henderson, W. Hall. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry*. Février 2001;178:145–153.
- (56) Wang, J., C. Adair, G. Fick, D. Lai, B. Evans, B.W. Perry et coll. Depression literacy in Alberta: findings from a general population sample. *Revue canadienne de psychiatrie*. Juillet 2007;52(7):442–449.
- (57) Wang, J. et D. Lai. The relationship between mental health literacy, personal contacts and personal stigma against depression. *J Affective Disord*. Septembre 2008;110(1–2):191–196.