

Rapports sur la santé

Troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée : accent porté sur les groupes de population autochtones et racisés

par Md Kamrul Islam et Heather Gilmour

Date de diffusion : le 18 décembre 2024



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée : accent porté sur les groupes de population autochtones et racisés

par Md Kamrul Islam et Heather Gilmour

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202401200001-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Les troubles anxieux figurent parmi les problèmes de santé mentale les plus courants. Cependant, peu d'études ont porté sur la prévalence des troubles anxieux et les facteurs associés à ceux-ci chez les Canadiens âgés (65 ans et plus), en mettant l'accent sur les groupes de population autochtones et racisés.

Données et méthodologie

Les données de huit cycles de l'Enquête annuelle sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), soit ceux de 2015 à 2022, ont été utilisées pour examiner les troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée. Une régression logistique multivariée et stratifiée selon le sexe a été réalisée sur un échantillon groupé composé de 151 755 répondants de 65 ans et plus.

Résultats

De 2015 à 2022, en moyenne, 6,0 % de la population canadienne âgée a déclaré un diagnostic de trouble anxieux, et les femmes (7,5 %) étaient plus susceptibles que les hommes (4,2 %) d'en avoir déclaré un. Les hommes autochtones étaient plus susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les hommes non autochtones et non racisés, tandis que les femmes chinoises et les autres femmes racisées étaient moins susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les femmes non autochtones et non racisées.

Interprétation

Les résultats de la présente étude soulignent l'importance de tenir compte des groupes de population autochtones et racisés désagrégés selon le sexe lors de l'examen des troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée, afin d'orienter les programmes de dépistage et d'intervention.

Mots-clés

trouble anxieux, population canadienne âgée, Autochtones, populations racisées, sexe à la naissance.

AUTEURS

Md Kamrul Islam et Heather Gilmour travaillent à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les troubles anxieux sont les maladies mentales les plus courantes au sein de la population canadienne. Les femmes sont plus susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les hommes.
- Les conséquences des troubles anxieux peuvent comprendre une mauvaise santé physique et mentale, une aggravation de la situation psychosociale et une détérioration de la qualité de vie.
- Les événements stressants de la vie et des facteurs démographiques, économiques et sociaux sont associés aux troubles anxieux.

Ce qu'apporte l'étude

- Au sein de la population canadienne âgée, les femmes étaient considérablement plus susceptibles que les hommes de présenter des troubles anxieux, même en tenant compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques et de facteurs liés à la santé.
- Les hommes autochtones étaient plus susceptibles de présenter des troubles anxieux que les hommes non autochtones et non racisés.
- Les femmes chinoises et les autres femmes racisées étaient considérablement moins susceptibles d'avoir un trouble anxieux que les femmes non autochtones et non racisées.

Les troubles anxieux peuvent se caractériser par une peur et une anxiété excessives ou par l'évitement de menaces perçues; ils répondent aux critères diagnostiques lorsque les symptômes sont graves et durables ou empêchent un fonctionnement normal¹. Les troubles anxieux sont les maladies mentales les plus courantes au sein de la population canadienne² et comprennent divers problèmes de santé, comme le trouble d'anxiété sociale, les phobies spécifiques, le trouble d'anxiété généralisée et le trouble panique. Même s'ils peuvent être traités, ces problèmes de santé peuvent avoir de nombreuses conséquences négatives sur la santé et le bien-être, comme une mauvaise santé physique et mentale, une aggravation de la situation psychosociale (p. ex. isolement social et solitude) et une détérioration de la qualité de vie³⁻⁷. En se fondant sur 204 pays et territoires, Santomauro et ses collaborateurs⁸ ont estimé que les troubles anxieux avaient causé 44,5 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité à l'échelle mondiale en 2020. Les troubles anxieux sont également associés à des besoins élevés en matière de services de soins de santé au niveau individuel et à une augmentation des dépenses au niveau du système de santé^{5,9}.

La prévalence des troubles anxieux a tendance à être plus faible chez les personnes âgées que chez les jeunes adultes^{2,10}, mais une incertitude demeure quant à savoir s'il s'agit d'un effet réel. Il est possible que l'anxiété chez les personnes âgées soit moins reconnue en raison de facteurs, comme une faible littératie en matière de santé mentale, une absence de mesures des troubles mentaux selon l'âge, et des défis liés à la différenciation entre l'anxiété et des symptômes de comorbidité physique et cognitive, ou en raison de problèmes méthodologiques, comme l'exclusion des personnes âgées vivant dans des établissements institutionnels des données d'enquête¹¹⁻¹⁶. De réels effets

attribuables à l'âge peuvent également exister, comme l'amélioration du bien-être psychologique avec l'âge ou un effet de survivant en bonne santé, selon lequel les personnes les plus en santé survivent plus longtemps¹⁴. Malgré une prévalence plus faible des troubles anxieux chez les personnes âgées, à mesure que la population vieillit, un nombre croissant de Canadiens âgés seront touchés par des troubles anxieux, ce qui aura des répercussions sur les besoins en matière de soins de santé mentale et les coûts pour ce groupe d'âge¹⁷.

S'appuyant sur la théorie du parcours de vie¹⁸⁻¹⁹, des études antérieures ont permis de cerner un éventail de facteurs contribuant à une plus forte probabilité de troubles anxieux chez les personnes, y compris les antécédents familiaux traumatisants, les événements stressants de la vie et les expériences négatives au début de la vie²⁰⁻²². Reposant sur le paradigme des déterminants sociaux de la santé mentale²³, d'autres études ont permis de relever une série de facteurs démographiques, économiques et sociaux associés aux troubles anxieux^{10,24-25}. Conformément aux lignes directrices de l'Analyse comparative entre les sexes Plus²⁶, un nombre croissant de recherches ont permis d'évaluer la mesure dans laquelle les facteurs socioéconomiques et identitaires (y compris la race ou l'origine ethnique et l'orientation sexuelle) interagissent avec le sexe en ce qui concerne les troubles anxieux chez les personnes^{10,11}. Par exemple, Yeretjian et ses collaborateurs¹⁰ ont remarqué que le lien entre l'emploi et un revenu plus élevé et des probabilités plus faibles d'avoir des troubles anxieux était plus fort chez les hommes que chez les femmes. Une étude récente a également permis de déceler un lien positif entre la pandémie de COVID-19 et les troubles anxieux chez les femmes canadiennes comparativement aux hommes²⁷.

Toutefois, les études antérieures étaient surtout axées sur la population générale (12 ans et plus), les jeunes (18 à 24 ans) et la population canadienne d'âge moyen (45 à 64 ans). Les recherches sur les troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée^{15,27}, en particulier au sein des populations autochtones et racisées, sont limitées. Même si la prévalence de troubles anxieux plus élevée chez les femmes que chez les hommes^{15,28} est bien documentée, on en sait peu sur les différences entre les sexes en matière de troubles anxieux au sein des populations autochtones et racisées au Canada. Les groupes racisés au Canada ont un état de santé globalement moins bon, un accès plus limité aux soins de santé et des différences quant à la prévalence des troubles de santé mentale chez les plus jeunes²⁹⁻³⁰. De récentes données d'enquête ont révélé qu'environ la moitié des personnes racisées et des Autochtones (vivant hors réserve) subissait de la discrimination ou un traitement injuste et que ces expériences étaient associées à une moins bonne santé mentale³¹. De plus, une récente analyse de la littérature a permis de conclure que la discrimination et les autres formes de marginalisation vécues par les populations racisées avaient un effet néfaste sur la santé mentale et, plus particulièrement, sur les troubles anxieux³².

L'effet néfaste de la discrimination et des autres formes de marginalisation sur la santé mentale est en accord avec la présomption de la théorie du stress social. Selon cette théorie, les populations marginalisées sont plus sensibles aux facteurs de stress (p. ex. la discrimination) et aux obstacles aux ressources, ce qui devrait entraîner une prévalence plus élevée de troubles mentaux³³⁻³⁴. Cependant, dans des études antérieures, on a également fait état d'une plus faible prévalence de troubles psychiatriques, y compris les troubles anxieux, chez les populations racisées^{2,35-36}. Ce constat paradoxal a mené à plusieurs hypothèses, y compris des préjugés raciaux dans les entrevues cliniques, des biais de sélection et des artefacts de mesure^{33-34,37}. D'autres recherches sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs associés aux troubles anxieux chez les groupes marginalisés de la population canadienne âgée. Cela aidera à orienter l'élaboration de programmes et de mesures de prévention visant à soutenir la population canadienne âgée.

L'objectif de la présente étude était d'examiner la prévalence des troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée (65 ans et plus) et les facteurs associés à ceux-ci selon le sexe, en portant un intérêt particulier aux groupes de population autochtones et racisés. Les données de plusieurs années de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC; 2015 à 2022) ont dû être regroupées pour fournir un échantillon suffisamment important pour pouvoir désagréger l'analyse selon le sexe et examiner des sous-groupes de population. S'appuyant sur le paradigme des déterminants sociaux de la santé mentale²³, l'analyse comprend une série de corrélations liées à la santé et de corrélations démographiques, socioéconomiques et géographiques des troubles anxieux.

Méthodologie

Sources des données

L'ESCC est une enquête transversale représentative à l'échelle nationale dans le cadre de laquelle on recueille des renseignements auprès de la population canadienne âgée de 12 ans et plus vivant dans des logements privés visant l'ensemble des provinces et des territoires. Les personnes vivant dans les réserves des Premières Nations et d'autres peuplements autochtones dans les provinces, les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes vivant en établissement institutionnel et les résidents de certaines régions éloignées sont exclus de l'enquête (environ 2 % de la population canadienne). L'échantillon de l'ESCC est sélectionné à l'aide de différentes bases de sondage (base aréolaire et liste) en fonction du groupe d'âge. Une description détaillée des bases de sondage et des stratégies d'échantillonnage des ménages est disponible à l'adresse suivante :

https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1383236#a2.

Dans l'enquête, on recueille un large éventail de renseignements liés à l'état de santé, à l'utilisation des soins de santé et aux déterminants de la santé. Pour les cycles de 2015 à 2020 de l'ESCC, deux applications distinctes d'interviews assistées par ordinateur ont été utilisées pour recueillir des données : les interviews téléphoniques assistées par ordinateur (ITAO) et les interviews sur place assistées par ordinateur (IPAO). Dans l'ESCC de 2021, toutes les interviews ont été effectuées à l'aide d'ITAO en raison de la pandémie de COVID-19. Dans le cadre de l'ESCC de 2022, les données ont été recueillies au moyen d'un questionnaire électronique (QE) de différentes façons : 1) autodéclaration par QE, 2) QE rempli par l'intervieweur au téléphone et 3) QE rempli par l'intervieweur en personne. Les taux de réponse à l'ESCC étaient de 57,5 % en 2015, de 61,3 % en 2016, de 62,8 % en 2017, de 58,8 % en 2018, de 54,4 % en 2019, de 29,7 % en 2020, de 24,1 % en 2021 et de 42,7 % en 2022. La documentation détaillée sur l'enquête la plus récente est disponible à l'adresse suivante : https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&Id=1383236.

Échantillon de l'étude tiré de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — 2015 à 2022

L'échantillon de l'étude est limité aux personnes de 65 ans et plus. Les répondants n'ayant pas répondu à la question sur les troubles anxieux (n = 356) ont été exclus de l'analyse. De plus, les répondants vivant dans les trois territoires ont également été exclus parce que les données n'étaient pas disponibles dans les fichiers de données pour une seule année (2021 et 2022). Ainsi, l'échantillon définitif de l'étude comprend 151 755 répondants de 65 ans et plus (66 855 hommes et 84 900 femmes), ce qui représente 6,2 millions de Canadiens âgés vivant dans des ménages privés dans les 10 provinces de 2015 à 2022. Cet

important échantillon rendu possible grâce aux données regroupées était nécessaire pour examiner les sous-groupes de population (p. ex. Autochtone, Sud-Asiatique, Chinois et « autres groupes racisés »). Les caractéristiques contextuelles de l'échantillon de l'étude sont présentées à l'annexe A.

Définitions

Troubles anxieux

Un diagnostic de trouble anxieux a été établi en demandant aux répondants : « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique? » On a demandé aux répondants de répondre « oui » si un professionnel de la santé avait diagnostiqué leur problème de santé et si ce problème durait depuis au moins six mois ou devrait durer au moins six mois.

Groupes de population autochtones et racisés

On a demandé aux répondants s'ils étaient membres des Premières Nations (y compris les Indiens inscrits et les Indiens non inscrits), Métis ou Inuit et, dans la négative, s'ils faisaient partie d'un ou de plusieurs groupes raciaux ou culturels. En fonction de ces questions et de la taille de l'échantillon disponible, cinq groupes de population ont été créés : Autochtone, Sud-Asiatique, Chinois, autres personnes racisées et personnes non autochtones et non racisées. La catégorie « autres personnes racisées » combine les groupes pour lesquels l'échantillon était trop petit pour permettre une analyse distincte dans la présente étude (Noir, Philippin, Latino-Américain, Arabe, Asiatique du Sud-Est, Asiatique occidental, Coréen, Japonais, minorité visible non indiquée ailleurs et minorités visibles multiples).

Covariables

La sélection des covariables pour les analyses multivariées a été guidée par la littérature et la disponibilité des données de l'ESCC, et les covariables sélectionnées comprenaient des variables démographiques et socioéconomiques et des variables de la santé associées à la santé mentale.

Avant 2019, dans l'ESCC, on recueillait des renseignements sur le sexe des répondants à la naissance seulement. En 2019 et dans les cycles subséquents, des renseignements sur le sexe à la naissance et l'identité de genre autodéclarés par les répondants ont été recueillis. Ainsi, comme la variable du genre n'était pas disponible pour toute la période de la présente étude, le sexe à la naissance (sexe masculin et sexe féminin) a été utilisé dans l'analyse. L'âge des répondants a été divisé en trois groupes : 65 à 74 ans, 75 à 84 ans et 85 ans et plus. La situation dans le ménage a été classée comme suit : les personnes vivant seules ou celles vivant avec des membres de leur famille ou d'autres personnes.

Parmi les facteurs socioéconomiques, le niveau de scolarité des répondants (plus haut certificat, diplôme ou grade obtenu) a été classé de la façon suivante : sans études postsecondaires ou études postsecondaires. La catégorie « études postsecondaires » comprend les certificats et les diplômes d'études postsecondaires et les grades universitaires. Les quintiles de revenu des ménages après correction ont été définis comme suit : inférieur, intermédiaire-inférieur, intermédiaire, intermédiaire-supérieur, supérieur. Le statut d'immigrant a été classé comme suit : immigrant ou personne née au Canada.

Huit problèmes de santé chroniques étaient systématiquement pris en compte dans tous les cycles de l'ESCC de 2015 à 2022 : l'arthrite (p. ex. l'arthrose, l'arthrite rhumatoïde, la goutte), l'hypertension artérielle, les niveaux élevés de cholestérol ou de lipides dans le sang, les maladies du cœur, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète, le cancer, la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence. La multimorbidité a été définie comme la présence de deux ou plusieurs de ces problèmes de santé chroniques diagnostiqués par un professionnel de la santé.

Le lieu de résidence a été classé comme région rurale (moins de 1 000 habitants) ou région urbaine (1 000 habitants ou plus). Le moment de l'enquête a été défini comme suit : avant la pandémie de COVID-19 (de janvier 2015 à mars 2020) ou pendant la pandémie de COVID-19 (de septembre 2020 à décembre 2022).

Tableau 1
Pourcentage de personnes ayant déclaré des troubles anxieux, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2015 à 2022

Année	Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
2015-2016 [†]	3,8	3,3	4,4	6,7	6,1	7,3
2017-2018	3,8	3,3	4,4	6,9	6,3	7,4
2019-2020	3,9	3,4	4,3	6,8	6,3	7,3
2021-2022	5,3 *	4,9	5,8	9,5 *	8,9	10,1

[†] catégorie de référence

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

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2022.

Tableau 2

Pourcentage de personnes ayant déclaré des troubles anxieux selon le sexe à la naissance et certaines caractéristiques, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2015 à 2022

Caractéristiques	Hommes			Femmes		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Globalement	4,2	4,0	4,5	7,5 [†]	7,2	7,8
Groupe de population						
Autochtone	7,2 [*]	5,5	9,4	10,4 ^{**}	8,9	12,2
Sud-Asiatique	3,8 ^E	2,4	5,8	7,1 ^E	4,5	11,1
Chinois	2,3 ^{*E}	1,2	4,1	4,2 ^{*E}	2,7	6,5
Autres personnes racisées	3,6 ^E	2,6	5,1	4,9 [*]	3,8	6,2
Personnes non autochtones et non racisées [†]	4,3	4,1	4,6	7,8 [†]	7,5	8,1
Groupe d'âge						
65 à 74 ans [†]	4,4	4,1	4,7	8,3 [†]	7,9	8,7
75 à 84 ans	3,8 [*]	3,4	4,3	6,6 ^{**}	6,1	7,0
85 ans et plus	4,1	3,3	5,3	5,7 ^{**}	4,9	6,5
Situation dans le ménage						
Personne vivant seule	5,4 [*]	5,0	5,9	7,9 ^{**}	0,2	7,5
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes [†]	3,9	3,6	4,2	7,2 [†]	0,2	6,9
Plus haut niveau de scolarité atteint						
Sans études postsecondaires	4,6 [*]	4,3	5,0	8,0 ^{**}	7,5	8,4
Études postsecondaires [†]	3,9	3,6	4,3	7,1 [†]	6,7	7,5
Quintile de revenu du ménage						
Inférieur (Q1)	6,0 [*]	5,4	6,7	9,4 ^{**}	8,8	10,0
Intermédiaire-inférieur (Q2)	4,4 [*]	3,9	4,9	7,7 ^{**}	7,1	8,3
Intermédiaire (Q3)	3,9 [*]	3,5	4,5	6,6 ^{**}	6,0	7,3
Intermédiaire-supérieur (Q4)	3,3	2,9	3,8	6,7 ^{**}	6,0	7,5
Supérieur (Q5) [†]	3,0	2,5	3,6	5,1	4,5	5,8
Multimorbidité						
Oui	5,6 [*]	5,2	6,0	9,4 ^{**}	9,0	9,9
Non [†]	2,9	2,6	3,2	5,6 [†]	5,3	6,0
Statut d'immigrant						
Immigrant	3,9	3,3	4,4	5,9 ^{**}	5,4	6,6
Personne née au Canada [†]	4,4	4,2	4,7	8,1 [†]	7,8	8,4
Lieu de résidence						
Région urbaine	4,4 [*]	4,1	4,7	7,6 [†]	7,3	8,0
Région rurale [†]	3,7	3,3	4,0	7,1 [†]	6,6	7,6
Moment de l'enquête						
Avant la COVID-19 [†]	3,9	3,6	4,2	6,7 [†]	6,3	7,0
Pendant la COVID-19	4,8 [*]	4,4	5,2	8,8 ^{**}	8,4	9,4

[†] catégorie de référence

^{*} valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ($p < 0,05$)

[†] valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$)

E à utiliser avec prudence

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2022.

Approche analytique

Huit cycles de l'ESCC, soit de 2015 à 2022, ont été combinés selon l'approche groupée, dans le cadre de laquelle les données-échantillons sont combinées au niveau individuel, afin que l'ensemble de données qui en résulte puisse être traité comme s'il s'agissait d'un échantillon d'une seule population³⁸. Les poids d'échantillonnage originaux ont été remis à l'échelle par un facteur de huit; les estimations en résultant sont interprétées comme si elles représentaient les caractéristiques de la population moyenne de 2015 à 2022. Une description détaillée de l'approche groupée pour combiner les cycles de l'ESCC est disponible à l'adresse suivante : <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2009001/article/10795-fra.htm>.

L'approche groupée peut occulter les tendances d'un cycle à l'autre en ce qui concerne les troubles anxieux. Bien que l'évaluation des tendances de la prévalence de l'anxiété au fil du temps ne soit pas un objectif de la présente étude, il a été nécessaire d'évaluer la prévalence globale des troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée selon un cycle de deux ans, afin de déterminer la pertinence d'utiliser l'approche de cycles groupés. Dans ce cas, la prévalence des troubles anxieux est demeurée stable au cours de la période à l'étude, à l'exception d'une augmentation chez les hommes et les femmes en 2021 et en 2022 (tableau 1). Cela pourrait être le résultat de la pandémie de COVID-19, qui a été associée à une prévalence accrue de l'anxiété chez les personnes plus âgées²⁷. Par conséquent, la technique analytique des cycles groupés a été jugée appropriée pour la présente étude. Une variable du moment de l'enquête (avant la pandémie de COVID-19 ou pendant la pandémie de COVID-19) a été incluse dans le modèle multivarié pour tenir compte d'un effet de cycle potentiel. De plus, pour déterminer si la prévalence de l'anxiété chez les groupes de population autochtones et racisés a été touchée de façon disproportionnée par la pandémie, les effets de l'interaction entre les groupes de population et la pandémie ont été étudiés; aucun n'était significatif.

Des pourcentages pondérés et des tableaux croisés des troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée ont été estimés. Une régression logistique multivariée a permis d'évaluer la mesure dans laquelle la présence de troubles anxieux variait entre les groupes de population autochtones et racisés par rapport à la population non autochtone et non racisée, tout en tenant compte des covariables démographiques, socioéconomiques et géographiques et de celles liées à la santé. Les pourcentages de cas manquants dans les covariables étaient relativement faibles, allant de 0,02 % (multimorbidité) à 1,9 % (groupes de population). Une suppression des cas manquants d'après une liste a été appliquée à l'analyse de régression.

Des poids d'échantillonnage ont été utilisés dans les analyses pour tenir compte du plan de sondage et de la non-réponse. Des poids bootstrap ont également été inclus dans les analyses à l'aide de la version 11.0.3 du logiciel SUDAAN exécutable par

SAS pour tenir compte de la sous-estimation des erreurs-types³⁹. Le niveau de signification a été établi à $p < 0,05$.

Résultats

Caractéristiques de la population étudiée

La population à l'étude représente 2,9 millions d'hommes et 3,3 millions de femmes (46,4 % et 53,5 %, respectivement), de 2015 à 2022, vivant dans les 10 provinces. La majorité de ces personnes faisaient partie du groupe d'âge de 65 à 74 ans et de la population non autochtone et non racisée.

Un pourcentage considérablement plus élevé de femmes (36,9 %) vivaient seules comparativement aux hommes (20,9 %). Par rapport aux hommes, des pourcentages plus faibles de femmes avaient fait des études postsecondaires et étaient dans le quintile de revenu supérieur. Environ la moitié de la population étudiée présentait une multimorbidité (49,8 % des hommes et 49,3 % des femmes). La majorité des personnes étaient nées au Canada et vivaient dans des régions urbaines (annexe A).

Prévalence de troubles anxieux

Selon les données groupées de l'ESCC de 2015 à 2022, en moyenne, 6,0 % de la population canadienne âgée (intervalle de confiance à 95 % : 5,8 % à 6,2 %) a déclaré un diagnostic de trouble anxieux, et la prévalence était considérablement plus élevée chez les femmes que chez les hommes (7,5 % et 4,2 %, respectivement). La prévalence de troubles anxieux était plus élevée chez les Autochtones que chez la population non autochtone et non racisée, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau 2). La prévalence de troubles anxieux était plus faible chez les Chinois que chez les personnes non autochtones et non racisées, tant chez les hommes que chez les femmes. En revanche, au sein des autres populations racisées, la prévalence de troubles anxieux était plus faible chez les femmes (mais pas chez les hommes) qu'au sein de la population non autochtone et non racisée. La prévalence des troubles anxieux pour d'autres covariables sélectionnées est illustrée au tableau 2.

Facteurs associés aux troubles anxieux

Dans une analyse à plusieurs variables tenant compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques et de facteurs liés à la santé, les femmes étaient près de deux fois plus susceptibles (rapport de cotes corrigé [RCc] = 1,8) que les hommes de présenter des troubles anxieux (annexe B). Des analyses stratifiées selon le sexe ont révélé que les hommes autochtones affichaient une probabilité d'avoir des troubles anxieux 1,5 fois plus élevée que celle des hommes non autochtones et non racisés (tableau 3). À l'inverse, les femmes des groupes de population « Chinois » (0,6 fois) et « autres personnes racisées » (0,7 fois) étaient moins susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les femmes non autochtones et

non racisées après correction pour tenir compte d'autres facteurs. Aucune différence significative n'a été relevée entre les populations sud-asiatiques et la population non autochtone et non racisée quant aux probabilités d'avoir des troubles anxieux.

Chez les femmes, les probabilités d'avoir des troubles anxieux étaient plus faibles pour les groupes d'âge avancé que pour les personnes de 65 à 74 ans. Chez les hommes, les probabilités plus faibles d'avoir des troubles anxieux étaient significatives seulement chez les personnes de 75 à 84 ans comparativement à celles de 65 à 74 ans. Les personnes vivant seules étaient plus

susceptibles d'avoir des troubles anxieux, mais ce lien persistait seulement chez les hommes dans le modèle multivarié (1,2 fois).

Un fort gradient était évident dans le lien entre le revenu et l'anxiété; la population canadienne âgée vivant dans des ménages à faible revenu était plus susceptible de présenter des troubles anxieux que celle vivant dans les ménages ayant les revenus les plus élevés. Par exemple, les probabilités d'éprouver de l'anxiété chez les hommes et les femmes vivant dans les ménages ayant le plus faible revenu étaient 1,9 fois plus élevées que celles des personnes vivant dans les ménages ayant

Tableau 3

Rapports de cotes corrigés de la déclaration de troubles anxieux, population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2015 à 2022

Caractéristiques	Hommes			Femmes		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %		Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Groupe de population						
Autochtone	1,5 *	1,1	2,1	1,2	1,0	1,4
Sud-Asiatique	0,8	0,5	1,3	0,9	0,5	1,5
Chinois	0,5	0,2	1,1	0,6 *	0,3	1,0
Autres personnes racisées	0,8	0,5	1,2	0,7 *	0,5	0,9
Personnes non autochtones et non racisées	1,0	...	...	1,0	...	...
Groupe d'âge						
65 à 74 ans [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
75 à 84 ans	0,8 *	0,7	0,9	0,7 *	0,6	0,8
85 ans et plus	0,8	0,6	1,1	0,5 *	0,4	0,6
Situation dans le ménage						
Personne vivant seule	1,2 *	1,1	1,4	1,0	0,9	1,1
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes	1,0	...	...	1,0	...	...
Plus haut niveau de scolarité atteint						
Sans études postsecondaires	1,0	0,9	1,2	1,1	1,0	1,2
Études postsecondaires [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Quintile de revenu du ménage						
Inférieur (Q1)	1,9 *	1,5	2,4	1,9 *	1,7	2,3
Intermédiaire-inférieur (Q2)	1,5 *	1,2	1,8	1,6 *	1,3	1,8
Intermédiaire (Q3)	1,3 *	1,0	1,7	1,3 *	1,1	1,5
Intermédiaire-supérieur (Q4)	1,1	0,8	1,4	1,3 *	1,1	1,6
Supérieur (Q5) [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Statut d'immigrant						
Immigrant	1,0	0,8	1,2	0,8 *	0,7	0,9
Personne née au Canada	1,0	...	...	1,0	...	...
Multimorbidité						
Oui	2,0 *	1,7	2,2	1,8 *	1,6	1,9
Non [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Lieu de résidence						
Région urbaine	1,2 *	1,1	1,4	1,1 *	1,0	1,2
Région rurale [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Moment de l'enquête						
Avant la COVID-19 [†]	1,0	...	...	1,0	...	...
Pendant la COVID-19	1,2 *	1,1	1,3	1,3 *	1,2	1,4

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

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

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2022.

le revenu le plus élevé, tandis que les probabilités d'éprouver de l'anxiété chez les hommes et les femmes vivant dans des ménages à revenu moyen étaient 1,3 fois plus élevées que celles des personnes vivant dans les ménages ayant le revenu le plus élevé.

Les immigrantes étaient moins susceptibles que les femmes nées au Canada d'avoir des troubles anxieux (RCc = 0,8). Chez les deux sexes, les personnes présentant une multimorbidité ou vivant dans une région urbaine étaient plus enclines à avoir des troubles anxieux, tout comme les personnes interrogées pendant la pandémie comparativement à celles interrogées avant la pandémie.

Discussion

La présente étude a porté sur la prévalence de troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée et les facteurs associés à ceux-ci, en mettant l'accent sur les groupes de population autochtones et racisés. Selon les données regroupées de l'ESCC de 2015 à 2022, en moyenne, 6,0 % de la population canadienne âgée présentaient des troubles anxieux. Dans l'ensemble, les femmes étaient plus susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les hommes, après la prise en compte de facteurs démographiques, socioéconomiques et géographiques et de facteurs liés à la santé. La probabilité plus élevée de présenter des troubles anxieux chez les femmes par rapport aux hommes est bien documentée dans la littérature et demeure présente chez les personnes âgées^{15,24,28,40-41}.

L'étude a permis de déceler une plus faible probabilité d'avoir des troubles anxieux avec l'âge, ce qui fait écho aux recherches antérieures^{13,24,42} à une exception près¹¹. Ce résultat peut être attribuable à un biais du survivant en bonne santé (les personnes en meilleure santé sont plus susceptibles de survivre et de vivre dans des logements privés) et à l'exclusion, de l'analyse, des personnes vivant dans des établissements de soins de longue durée. Par ailleurs, cela peut représenter un véritable effet de l'âge. La probabilité plus faible de présenter des troubles anxieux diagnostiqués avec l'âge peut découler d'une plus faible propension à chercher à obtenir des soins de santé mentale pour diverses raisons, comme la stigmatisation, une plus faible littératie en matière de santé mentale ou des obstacles à l'accessibilité^{14,42}.

Des recherches antérieures ont révélé que les Autochtones étaient plus susceptibles d'avoir des troubles anxieux⁴³⁻⁴⁵. Un certain nombre de facteurs à l'origine des piètres résultats en matière de santé mentale des Autochtones ont été cernés, notamment les traumatismes historiques et intergénérationnels, les disparités socioéconomiques, les obstacles géographiques à l'accès aux soins de santé et les iniquités persistantes en matière d'accès aux services de soins de santé⁴⁴⁻⁴⁶. Dans la présente étude, les hommes autochtones étaient plus susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les hommes non autochtones et non racisés. Toutefois, les femmes autochtones étaient plus susceptibles que les femmes non autochtones et non racisées

d'avoir des troubles anxieux, mais ce lien n'a pas persisté dans l'analyse à plusieurs variables. Dans le cadre de l'analyse de régression pas à pas (non présentée), les probabilités élevées de souffrir d'anxiété persistaient chez les femmes autochtones lors de la prise en compte de facteurs sociodémographiques, mais elles n'étaient plus significatives après l'inclusion de la multimorbidité dans le modèle. Cela reflète les données probantes selon lesquelles la multimorbidité physique est un facteur prédictif d'anxiété chez les personnes plus âgées⁴⁷. L'inquiétude et la difficulté à s'adapter au fardeau que représente le fait d'avoir de multiples problèmes de santé ou à l'effet des symptômes, comme les problèmes de sommeil, la douleur ou une incapacité, peuvent accroître le risque d'anxiété chez les personnes présentant une multimorbidité⁴⁷.

Les probabilités plus faibles d'avoir des troubles anxieux n'étaient pas significatives pour les personnes faisant partie du groupe de population Sud-Asiatique comparativement aux personnes non autochtones et non racisées. Toutefois, les femmes chinoises et les autres femmes racisées étaient moins susceptibles d'avoir des troubles anxieux que les femmes non autochtones et non racisées. À l'aide des données de l'Enquête sur la santé mentale et l'accès aux soins de 2022, Stephenson² a relevé une plus faible prévalence de troubles anxieux chez les Sud-Asiatiques, les Chinois, les Philippins et les Noirs au Canada comparativement aux personnes non racisées. On pense que la stigmatisation associée à la déclaration de troubles mentaux est plus élevée chez les personnes racisées⁴⁸ et peut contribuer à la probabilité plus faible d'avoir un diagnostic de trouble anxieux chez les groupes de population racisés. De plus, bon nombre des outils cliniques utilisés pour évaluer les troubles anxieux pourraient avoir été élaborés pour les populations non racisées, ce qui soulève la question de la pertinence culturelle de ces outils pour établir un diagnostic pour les populations racisées et autochtones.

On a constaté qu'un faible revenu du ménage était associé à une probabilité plus élevée d'avoir des troubles anxieux, ce qui a été constamment relevé dans les recherches antérieures⁴⁹⁻⁵¹. Le lien entre le revenu du ménage et les troubles anxieux est susceptible de faire intervenir les interactions de mécanismes multiples. L'un des mécanismes pourrait être que le faible revenu du ménage entraîne une augmentation du stress psychologique, un moindre soutien social et une diminution de la capacité de faire face à l'adversité, ce qui entraîne alors de mauvais résultats en matière de santé mentale, y compris des troubles anxieux⁵¹⁻⁵².

Tant les hommes que les femmes étaient plus susceptibles d'avoir des troubles anxieux pendant la pandémie de COVID-19 qu'avant la pandémie, ce qui reflète les recherches antérieures^{2,53-55}. Des études antérieures ont documenté plusieurs facteurs contribuant à la probabilité plus forte d'avoir des troubles anxieux, notamment les restrictions liées à la COVID-19, les mesures de distanciation physique, les réseaux de soutien limités, la crainte de contracter la COVID-19 et la difficulté d'accès aux services de soins de santé pendant la pandémie.

Points forts et limites

À la connaissance des auteurs, il s'agit de la première étude où l'on a évalué la mesure dans laquelle les troubles anxieux varient entre les groupes autochtones et racisés de Canadiens âgés par rapport à la population non autochtone et non racisée. L'importante taille de l'échantillon a facilité une analyse distincte pour les hommes et les femmes, ainsi qu'un examen de sous-groupes de population.

En revanche, la présente étude comporte certaines limites. Les données sont transversales et aucune causalité ne peut être déduite. Il n'a pas été possible d'examiner le lien entre le genre (par rapport au sexe) et les troubles anxieux. Il n'a pas été possible de différencier les types de troubles anxieux (p. ex. le trouble d'anxiété sociale, les phobies spécifiques, le trouble de stress post-traumatique). L'analyse est fondée sur des troubles anxieux autodéclarés diagnostiqués par un professionnel de la santé, qui ne sont pas mesurés directement (p. ex. cliniquement), ce qui pourrait entraîner des estimations biaisées de troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée. Toutefois, O'Donnell et ses collaborateurs⁵⁶ ont fait état d'une prévalence semblable de troubles anxieux dérivée de l'ESCC et de données administratives (dossiers de sortie de l'hôpital et demandes de remboursement des médecins).

En 2022, dans l'ESCC, on a mis en œuvre un changement de mode de collecte, passant de l'ITAO et de l'IPAO à un format de QE avec suivi des cas de non-réponse par ITAO et IPAO. De plus, certaines modifications ont été apportées au libellé du questionnaire; par exemple, de 2015 à 2021, la question sur les troubles anxieux était la suivante : « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique? » Dans l'ESCC de 2022, on a demandé aux répondants : « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété (phobie, trouble panique, trouble d'anxiété généralisée)? » Par conséquent, les estimations des effets fondées sur l'ESCC avant le changement de conception peuvent être différentes de celles fondées sur l'ESCC de 2022. Une analyse distincte fondée sur les données combinées de l'ESCC de 2015 à 2021 a été effectuée afin d'évaluer la mesure dans laquelle les estimations des effets différaient des estimations de la présente étude. Dans les deux cas, les rapports de cotes des troubles anxieux étaient très semblables (données non présentées).

Les taux de réponse à l'enquête ont varié au cours de la période d'analyse. Toutefois, dans chaque cycle, les poids d'enquête ont été ajustés (ajustements pour tenir compte de la non-réponse et calage au moyen des renseignements auxiliaires disponibles), afin de réduire au minimum tout biais potentiel pouvant découler de la non-réponse à l'enquête. Malgré la taille assez importante de l'échantillon que permet la méthode de groupement, il n'a pas été possible d'obtenir des répartitions détaillées de groupes de population d'intérêt (p. ex. plus de groupes racisés; les membres des Premières Nations, les Métis ou les Inuit; les groupes fondés sur l'âge au moment de l'immigration ou sur le temps écoulé depuis l'immigration). De plus, les données sur le type d'immigrant (catégorie économique, catégorie du regroupement familial ou réfugiés) n'étaient pas disponibles. Enfin, les résultats de la présente étude ne sont pas représentatifs de la population autochtone totale, puisque dans l'ESCC, on exclut les personnes vivant dans des réserves et des peuplements autochtones dans les provinces. En outre, une grande proportion de la population inuite est exclue parce que les données provenant des territoires ne sont pas prises en compte.

Conclusion

À l'aide d'un vaste échantillon représentatif de la population canadienne âgée, la présente étude a permis de déceler des variations importantes de la prévalence des troubles anxieux au sein des populations autochtones et racisées par rapport aux personnes non autochtones et non racisées. Les résultats de l'étude mettent en relief l'importance de tenir compte des groupes de population racisés ventilés selon le sexe lors de l'examen des troubles anxieux au sein de la population canadienne âgée. D'autres facteurs associés à une probabilité plus élevée d'avoir des troubles anxieux tant chez les hommes que chez les femmes comprenaient un faible revenu du ménage, la multimorbidité, la résidence en région urbaine et la pandémie de COVID-19, tandis que l'âge croissant était associé à une probabilité plus faible. Pour les femmes, le fait d'être immigrantes, et pour les hommes, celui de vivre seuls, étaient fortement associés à des probabilités plus élevées d'avoir des troubles anxieux. De futures recherches pourraient porter sur l'utilisation des services de soins de santé mentale et les besoins insatisfaits en matière de soins de santé mentale au sein de la population canadienne âgée présentant des troubles anxieux.

Annexe A
**Répartition en pourcentage pondéré selon le sexe à la naissance et certaines caractéristiques, population à domicile de
65 ans et plus, Canada, à l'exclusion des territoires, 2015 à 2022**

Caractéristiques	Hommes				Femmes			
	nombre en milliers	pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %		nombre en milliers	pourcentage	Intervalle de confiance à 95 %	
			de	à			de	à
Groupe de population								
Autochtone	57	2,0	1,9	2,2	62	1,9	1,8	2,1
Sud-Asiatique	89	3,2	2,9	3,5	79	2,4 [‡]	2,2	2,7
Chinois	88	3,1	2,8	3,4	82	2,5 [‡]	2,3	2,8
Autres personnes racisées	168	5,9	5,6	6,4	195	6,0	5,6	6,4
Personnes non autochtones et non racisées	2 420	85,8	85,1	86,4	2 828	87,1 [‡]	86,6	87,6
Groupe d'âge								
65 à 74 ans	1 797	62,1	61,7	62,6	1 955	58,7 [‡]	58,3	59,1
75 à 84 ans	859	29,7	29,3	30,2	1 026	30,8 [‡]	30,4	31,2
85 ans et plus	236	8,2	7,8	8,5	350	10,5 [‡]	10,2	10,9
Situation dans le ménage								
Personne vivant seule	602	20,9	20,1	21,8	1 224	36,9 [‡]	35,7	38,0
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes	2 276	79,1	78,2	79,9	2 097	63,1 [‡]	62,0	64,3
Plus haut niveau de scolarité atteint								
Sans études postsecondaires	1 188	41,9	41,2	42,5	1 654	50,7 [‡]	50,1	51,3
Études postsecondaires	1 648	58,1	57,5	58,8	1 609	49,3 [‡]	48,7	49,9
Quintile de revenu du ménage								
Inférieur (Q1)	588	20,3	19,8	20,9	934	28,0 [‡]	27,5	28,6
Intermédiaire-inférieur (Q2)	727	25,2	24,6	25,7	879	26,4 [‡]	25,9	26,9
Intermédiaire (Q3)	608	21,0	20,5	21,5	637	19,1 [‡]	18,7	19,6
Intermédiaire-supérieur (Q4)	499	17,3	16,8	17,8	474	14,2 [‡]	13,8	14,6
Supérieur (Q5)	470	16,2	15,8	16,7	406	12,2 [‡]	11,8	12,6
Statut d'immigrant								
Immigrant	796	28,0	27,4	28,7	863	26,5 [‡]	25,9	27,0
Personne née au Canada	2 046	72,0	71,3	72,6	2 399	73,5 [‡]	73,0	74,1
Multimorbidité								
Oui	1 440	49,8	49,2	50,4	1 641	49,3	48,7	49,8
Non	1 452	50,2	49,6	50,8	1 689	50,7	50,2	51,3
Lieu de résidence								
Région urbaine	2 242	77,5	77,0	78,1	2 696	81,0 [‡]	80,5	81,4
Région rurale	650	22,5	21,9	23,0	634	19,0 [‡]	18,6	19,5
Moment de l'enquête								
Avant la COVID-19	1 777	61,5	61,2	61,7	2 063	61,9 [‡]	61,7	62,2
Pendant la COVID-19	1 115	38,5	38,3	38,8	1 267	38,1 [‡]	37,8	38,3

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

Note : La population étudiée représente 6,2 millions de Canadiens de 65 ans et plus de 2015 à 2022 (46,4 % d'hommes et 53,5 % de femmes).

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2022.

Annexe B

Rapports de cotes corrigés de la déclaration de troubles anxieux,
population à domicile de 65 ans et plus, Canada, à l'exclusion des
territoires, 2015 à 2022

Caractéristiques	Hommes et femmes		
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Groupe de population			
Autochtone	1,3 *	1,1	1,5
Sud-Asiatique	0,8	0,6	1,2
Chinois	0,6 *	0,4	0,8
Autres personnes racisées	0,7 *	0,6	0,9
Personnes non autochtones et non racisées [†]	1,0	...	...
Sexe à la naissance			
Femme	1,8 *	1,6	1,9
Homme [†]	1,0	...	...
Groupe d'âge			
65 à 74 ans [†]	1,0	...	...
75 à 84 ans	0,7 *	0,7	0,8
85 ans et plus	0,6 *	0,5	0,7
Situation dans le ménage			
Personne vivant seule	1,1	1,0	1,1
Personne vivant avec des membres de la famille ou d'autres personnes [†]	1,0	...	...
Plus haut niveau de scolarité atteint			
Sans études postsecondaires	1,0	1,0	1,1
Études postsecondaires [†]	1,0	...	...
Quintile de revenu du ménage			
Inférieur (Q1)	1,9 *	1,7	2,2
Intermédiaire-inférieur (Q2)	1,5 *	1,3	1,8
Intermédiaire (Q3)	1,3 *	1,1	1,5
Intermédiaire-supérieur (Q4)	1,2 *	1,1	1,4
Supérieur (Q5) [†]	1,0	...	...
Statut d'immigrant			
Immigrant	9,0 *	0,8	1,0
Personne née au Canada	1,0	...	...
Multimorbidité			
Oui	1,8 *	1,7	2,0
Non [†]	1,0	...	...
Lieu de résidence			
Région urbaine	1,1 *	1,1	1,2
Région rurale [†]	1,0	...	...
Moment de l'enquête			
Avant la COVID-19 [†]	1,0	...	...
Pendant la COVID-19	1,3 *	1,2	1,4

... n'ayant pas lieu de figurer

[†] catégorie de référence

* valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence

(p < 0,05)

Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2015 à 2022.

Références

- Penninx, B.W., D.S. Pine, E.A. Holmes et A. Reif. Anxiety disorders. *Lancet* 2021; 397(10277) : 914-927. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)00359-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)00359-7).
- Stephenson, E. Troubles mentaux et accès aux soins de santé mentale. *Regards sur la société canadienne* 2023, produit n° 75-006-X au catalogue de Statistique Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/75-006-x/2023001/article/00011-fra.pdf>.
- Craske, M.G. et M.B. Stein. Anxiety. *The Lancet* 2016, 388 : 3048-3059. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)30381-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)30381-6).
- Santé Canada. Santé mentale – Troubles anxieux. 2009. Produit n° H13-7/60-2009F-PDF au catalogue. https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/diseases-maladies/anxiety-anxieux-fra.pdf.
- Kessler, R.C., S. Aguilar-Gaxiola, J. Alonso et coll. The global burden of mental disorders: An update from the WHO World Mental Health (WMH) surveys. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2009; 18(1) : 23-33. <https://doi.org/10.1017/s1121189x00001421>.
- Mendlowicz, M.V. et M.B. Stein. Quality of life in individuals with anxiety disorders. *The American Journal of Psychiatry* 2000; 157(5) : 669-682. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.669>.
- Pelletier, L., S. O'Donnell, L. McRae et coll. Le fardeau du trouble d'anxiété généralisée au Canada. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada : Recherche, politiques et pratiques*, 2017; 37 : 60-69. <https://doi.org/10.24095/hpcdp.37.2.04f>.
- Santomauro, D.F., A.M. Herrera, J. Shadid et coll. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *The Lancet* 2021; 398(10312) : 1700-1712. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)02143-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)02143-7).
- Horenstein, A. et R.G. Heimberg. Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. *Clinical Psychology Review* 2020; 81 : 101894. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101894>.
- Yeretzian, S.T., Y. Sahakyan, N. Kozloff et coll. Sex differences in the prevalence and factors associated with anxiety disorders in Canada: A population-based study. *Journal of Psychiatric Research* 2023; 164 : 125-132. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2023.06.018>.
- Byers, A.L., K. Yaffe, K.E. Covinsky et coll. High occurrence of mood and anxiety disorders among older adults: The National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry* 2010; 67(5) : 489-496. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2010.35>.
- Beaunoyer, E., P. Landreville et P.-H. Carmichael. Older adults' knowledge of anxiety disorders. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences & Social Sciences* 2019; 74(5) : 806-814. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbx128>.
- Canuto, A., K. Weber, M. Baertschi et coll. Anxiety disorders in old age: Psychiatric comorbidities, quality of life, and prevalence according to age, gender, and country. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2018; 26(2) : 174-185. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2017.08.015>.
- Streiner, D., J. Cairney et S. Veldhuizen. The epidemiology of psychological problems in the elderly. *Canadian Journal of Psychiatry* 2006; 52 : 185-191. <https://doi.org/10.1177/070674370605100309>.
- Vasiliadis, H.M., F. Desjardins, P. Roberge et coll. Sex differences in anxiety disorders in older adults. *Current Psychiatry Reports* 2020; 22(12) : 75. <https://doi.org/10.1007/s11920-020-01203-x>.
- Wolitzky-Taylor, K.B., N. Castriotta, E.J. Lenze et coll. Anxiety disorders in older adults: A comprehensive review. *Depression & Anxiety* 2010; 27 : 190-211. <https://doi.org/10.1002/da.20653>.
- Vasiliadis, H.M., P.A. Dionne, M. Prévile et coll. The excess healthcare costs associated with depression and anxiety in elderly living in the community. *American Journal of Geriatric Psychiatry* 2013; 21(6) : 536-548. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2012.12.016>.
- Elder, G., Jr. Time, human agency, and social change: Perspectives on the life course. *Social Psychology Quarterly* 1994; 57 : 4-15. <https://doi.org/10.2307/2786971>.
- Elder, G., Jr. The life course as developmental theory. *Child Development* 1998; 69 : 1-12. <https://doi.org/10.2307/1132065>.
- Juruena, M.F., F. Erer, A.J. Cleare et coll. The role of early life stress in HPA axis and anxiety. *Advances in Experimental Medicine and Biology* 2020; 1191 : 141-153. https://doi.org/10.1007/978-981-32-9705-0_9.
- Lähdepuro, A., K. Savolainen, M. Lahti-Pulkkinen et coll. The impact of early life stress on anxiety symptoms in late adulthood. *Scientific Reports* 2019; 9(1) : 4395. <https://doi.org/10.1038/s41598-019-40698-0>.
- McLaughlin, K.A. et M.L. Hatzenbuehler. Stressful life events, anxiety sensitivity, and internalizing symptoms in adolescents. *Journal of Abnormal Psychology* 2009; 118(3) : 659-669. <https://doi.org/10.1037/a0016499>.
- Lund, C., C. Brooke-Sumner, F. Baingana et coll. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: A systematic review of reviews. *The Lancet Psychiatry* 2018; 5 : 357-369. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30060-9](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30060-9).
- Grenier, S., M.C. Payette, B. Gunther et coll. Association of age and gender with anxiety disorders in older adults: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2019; 34(3) : 397-407. <https://doi.org/10.1002/gps.5035>.
- Meng, X. et C. D'Arcy. Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. *La Revue canadienne de psychiatrie* 2012; 57(8) : 479-487. <https://doi.org/10.1177/070674371205700806>.
- Hankivsky, O. et L. Mussell. Gender-based analysis plus in Canada: Problems and possibilities of integrating intersectionality. *Analyse de Politiques* 2018; 44(4) : 303-316. <https://doi.org/10.3138/cpp.2017-058>.
- Reppas-Rindlisbacher, C., A. Mahar, S. Siddhpuria et coll. Gender differences in mental health symptoms among Canadian older adults during the COVID-19 pandemic: A cross-sectional survey. *Canadian Geriatrics Journal* 2022 : 25(1) : 49. <https://doi.org/10.5770/cgj.25.532>.

28. Jalnapurkar, I., M. Allen et T. Pigott. Sex differences in anxiety disorders: A review. *Journal of Psychiatry, Depression & Anxiety* 2018; 4 : 3-16. <https://doi.org/10.24966/PDA-0150/100011>.
29. Agence de la santé publique du Canada. Inégalités en matière de santé chez les adultes racisés au Canada. *Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé* 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/health-inequalities-infographics/health-inequalities-racialized-adults-fra.pdf>.
30. McGuire, T.G. et J. Miranda. New evidence regarding racial and ethnic disparities in mental health: Policy implications. *Health Affairs (Millwood)* 2008; 27(2) : 393-403. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.27.2.393>.
31. Statistique Canada. La moitié des personnes racisées ont vécu de la discrimination ou ont été traitées de manière injuste au cours des cinq dernières années. *Le Quotidien* 2024, 16 mai. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/240516/dq240516b-fra.htm>.
32. MacIntyre, M.M., M. Zare et M.T. Williams. Anxiety-related disorders in the context of racism. *Current Psychiatry Reports* 2023; 25(2) : 31-43. <https://doi.org/10.1007/s11920-022-01408-2>.
33. Oh, H., T.A. Pickering, C. Martz et coll. Ethno-racial differences in anxiety and depression impairment among emerging adults in higher education. *SSM-Population Health* 2024; 26 : 101678. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2024.101678>.
34. Schwartz, S. et I.H. Meyer. Mental health disparities research: The impact of within and between group analyses on tests of social stress hypotheses. *Social Science & Medicine* 2010; 70(8) : 1111-1118. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2009.11.032>.
35. Chiu, M., A. Amartey, X. Wang et coll. Ethnic differences in mental health status and service utilization: A population-based study in Ontario, Canada. *La Revue canadienne de psychiatrie* 2018; 63(7) : 481-491. <https://doi.org/10.1177/0706743717741061>.
36. Thomas Tobin, C.S., C.L. Erving, T.W. Hargrove et coll. Is the Black-White mental health paradox consistent across age, gender, and psychiatric disorders? *Aging & Mental Health* 2022; 26(1) :196-204. <https://doi.org/10.1080/13607863.2020.1855627>.
37. Pamplin II, J.R et L.M. Bates. Evaluating hypothesized explanations for the Black-white depression paradox: A critical review of the extant evidence. *Social Science & Medicine* 2021; 281 : 114085. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114085>.
38. Thomas, S. et B. Wannell. Combiner les cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. *Rapports sur la santé* 2009; 20(1) : 1-7. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/pub/82-003-x/2009001/article/10795-fra.pdf>.
39. Rust, K.F. et J.N.K. Rao. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Statistical Methods in Medical Research* 1996; 5(3) : 283-310. <https://doi.org/10.1177/096228029600500305>.
40. Reynolds, K., R.H. Pietrzak, R. El-Gabalawy et coll. Prevalence of psychiatric disorders in U.S. older adults: Findings from a nationally representative survey. *World Psychiatry* 2015; 14(1) : 74-81. <https://doi.org/10.1002/wps.20193>.
41. Preville, M., R. Boyer, H.M. Vasiliadis et coll. One-year incidence of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. *La Revue canadienne de psychiatrie* 2010; 55(7) : 449-457. <https://doi.org/10.1177/070674371005500708>.
42. Mosier, K.E., H.M. Vasiliadis, M. Lepnum et coll. Prevalence of mental disorders and service utilization in seniors: Results from the Canadian Community Health Survey cycle 1.2. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 2010; 25(10) : 960-967. <https://doi.org/10.1002/gps.2434>.
43. DeChamplain, B. Prevalence of psychological disorders among the Indigenous population of Canada. *SURG Journal* 2019; 11 : 1-5. <https://doi.org/10.21083/surg.v11i0.5232>.
44. Graham, S., K. Stelkia, C. Wieman et coll. Mental health interventions for First Nations, Inuit, and Métis Peoples in Canada: A systematic review. *The International Indigenous Policy Journal* 2021; 12(2) : 1-31. <https://doi.org/10.18584/iipj.2021.12.2.10820>.
45. Nelson, S.E. et K. Wilson. The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social Science & Medicine* 2017; 176 : 93-112. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.01.021>.
46. Allan, B. et J. Smylie. First peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada. *Wellesley Institute* 2015. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Full-Report-FPSTC-Updated.pdf>.
47. Smith, L., J.I. Shin, L. Jacob et coll. Physical multimorbidity predicts the onset and persistence of anxiety: A prospective analysis of the Irish Longitudinal Study on Ageing. *Journal of Affective Disorders* 2022; 309 : 71-76. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.04.022>.
48. Eylem, O., L. de Wit, A. van Straten et coll. Stigma for common mental disorders in racial minorities and majorities a systematic review and meta-analysis. *BMC Public Health* 2020; 20(1) : 879. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08964-3>.
49. Liu, G., W. Liu, X. Zheng et coll. The higher the household income, the lower the possibility of depression and anxiety disorder: Evidence from a bidirectional Mendelian randomization study. *Front Psychiatry* 2023; 14(1264174). <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1264174>.
50. Agence de la santé publique du Canada. Inégalités en matière de santé mentale selon le revenu au Canada. *Initiative pancanadienne sur les inégalités de santé* 2022. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/science-research-data/health-inequalities-infographics/mental-health-inequalities-by-income-fr.pdf>.
51. Sareen, J., T.O. Afifi, K.A. McMillan et G.J.G. Asmundson. Relationship between household income and mental disorders: Findings from a population-based longitudinal study. *Archives of General Psychiatry* 2011; 68(4) : 419-427. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.15>.
52. Alegría, M., R.V. Bijl, E. Lin et coll. Income differences in persons seeking outpatient treatment for mental disorders: A comparison of the United States with Ontario and the Netherlands. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57(4) : 383-391. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.4.383>.

53. Gosselin, P., C. Castonguay, M. Goyette et coll. Anxiety among older adults during the COVID-19 pandemic. *Journal of Anxiety Disorders* 2022; 92 : 102633. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2022.102633>.
54. Kindred, R. et G.W. Bates. The influence of the COVID-19 pandemic on social anxiety: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 2023; 20(3) : 2362. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032362>.
55. Lin, S.L. Generalized anxiety disorder during COVID-19 in Canada: Gender-specific association of COVID-19 misinformation exposure, precarious employment, and health behavior change. *Journal of Affective Disorders* 2022; 302 : 280-292. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.100>.
56. O'Donnell, S., S. Vanderloo, L. McRae et coll. Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* 2016; 25 : 360-369. <https://doi.org/10.1017/S2045796015000463>.