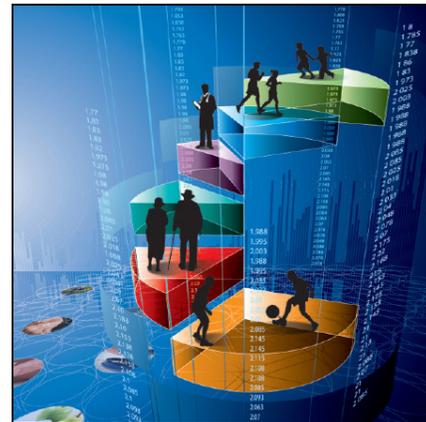


Rapports sur la santé

Tendances relatives à la prévalence de la dépression et des troubles anxieux chez les adultes canadiens en âge de travailler, de 2000 à 2016

par Kathleen G. Dobson, Simone N. Vigod, Cameron Mustard,
et Peter M. Smith

Date de diffusion : le 16 décembre 2020



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 STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.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

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

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 la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2020

Tous droits réservés. 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.

Tendances relatives à la prévalence de la dépression et des troubles anxieux chez les adultes canadiens en âge de travailler, de 2000 à 2016

par Kathleen G. Dobson, Simone N. Vigod, Cameron Mustard, et Peter M. Smith

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202001200002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

Pour élaborer et mettre en place des politiques équitables en matière de santé mentale à l'intention des adultes canadiens, il est essentiel de comprendre la prévalence des épisodes dépressifs majeurs (EDM) et des troubles anxieux au sein des différents groupes de la population active. Cette étude vise à quantifier les tendances en matière de prévalence d'EDM, de troubles anxieux, d'EDM comorbides et de troubles anxieux, chaque année de 2000 à 2016, au sein de la population canadienne en âge de travailler, selon la situation d'activité.

Données et méthodes

Cette étude se fonde sur les données de plusieurs cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. La prévalence des EDM a été évaluée à l'aide de variantes la Composite International Diagnostic Interview et du Patient Health Questionnaire-9. La prévalence des troubles anxieux a permis de déceler la présence d'un trouble anxieux diagnostiqué par un professionnel de la santé. Les estimations de la prévalence ont été calculées pour chaque cycle d'enquête, pour trois groupes de la population active, soit les personnes occupées, les personnes au chômage et les personnes inactives. Un cadre méta-analytique stratifié selon la situation d'activité a servi à estimer les tendances relatives à la prévalence.

Résultats

Tout au long de la période de 2000 à 2016, la prévalence des EDM chez les participants des trois groupes de la population active est restée stable sur le plan statistique, se situant à 5,4 % (avec un intervalle de confiance [IC] de 95 % : de 4,7 % à 6,0 %) chez les personnes qui occupaient un emploi; à 11,7 % (IC de 95 % : de 10,4 % à 13,0 %) chez celles qui étaient au chômage; et à 9,8 % (IC de 95 % : de 8,5 % à 11,2 %) chez celles qui étaient inactives. La prévalence de l'anxiété a varié de 4,6 % à 10,8 % et augmenté au fil du temps (personnes occupées : $\beta=0,26\%$ /année, IC de 95 % : de 0,08 % à 0,45 %; personnes au chômage : $\beta=0,34\%$ /année, IC de 95 % : de -0,10 % à 0,78 %; personnes inactives : $\beta=0,55\%$ /année, IC de 95 % : 0,15 % à 0,95 %). Pour ce qui est de la prévalence des EDM comorbides et de l'anxiété, elle a varié de 1,2 % à 4,1 % au cours de la période de 2003 à 2016.

Interprétation

Selon les tendances observées, la prévalence des EDM au sein des différents groupes de la population active est stable depuis 2000, tandis que la prévalence des troubles anxieux affiche une légère augmentation depuis 2003. Selon tous les résultats examinés, la prévalence des troubles a augmenté à mesure que la participation au marché du travail a diminué.

Mots clés

dépression, anxiété, santé mentale, population active, prévalence, surveillance, emploi, chômage, Canada

AUTEURS

Kathleen G. Dobson (kathleen.dobson@mail.utoronto.ca) et Cameron Mustard sont affiliés au département d'épidémiologie de l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto et à l'Institut de recherche sur le travail et la santé (Toronto, Canada). Simone N. Vigod est affiliée au département de psychiatrie de l'Université de Toronto et au Women's College Hospital and Research Institute (Toronto, Canada). Peter M. Smith est affilié au département d'épidémiologie l'École de santé publique Dalla Lana de l'Université de Toronto et à l'Institut de recherche sur le travail et la santé (Toronto, Canada). Il est également affilié au département d'épidémiologie et de médecine préventive de l'Université Monash à Melbourne (Victoria, Australie).

Ce que l'on sait déjà sur le sujet?

- La dépression et les troubles anxieux sont extrêmement coûteux pour l'économie canadienne, et la perte de productivité de la population active contribue grandement à ces coûts.
- Bien que des résultats antérieurs indiquent que la prévalence de ces troubles au sein de la population canadienne est stable, on en sait peu sur les tendances de leur prévalence au fil du temps, parmi les différents groupes de la population active.
- À l'échelle internationale, il existe peu de données probantes qui rendent compte des tendances relatives à la prévalence de la dépression et des troubles anxieux au sein d'un échantillon de la population active, fondées sur des renseignements qui ont été recueillis de manière systématique sur plusieurs périodes.

Ce qu'apporte l'étude?

- Fondée sur 17 années de données transversales recueillies de manière systématique auprès de cohortes nationales, cette étude décrit la prévalence moyenne et les tendances en matière de prévalence pour les épisodes dépressifs majeurs, la durée des épisodes dépressifs, les troubles anxieux diagnostiqués professionnellement et les épisodes dépressifs et troubles anxieux concomitants, au sein de la population canadienne occupée, au chômage et inactive.
- La prévalence de la dépression a été stable au sein de tous les groupes de la population active, tandis que la prévalence des troubles anxieux a légèrement augmenté.
- La prévalence de la dépression et des troubles anxieux est plus faible chez les Canadiens occupés que chez les Canadiens au chômage ou inactifs.
- De futures recherches devraient se pencher sur la manière dont les politiques en matière de santé mentale, l'utilisation des soins de santé, les conditions macroéconomiques, la littératie en santé et la stigmatisation influencent les tendances relatives à la prévalence au sein de chaque groupe de la population active.

Selon l'étude sur la charge mondiale de morbidité, les troubles mentaux représentent au moins 14 % des années de vie perdues en raison d'une incapacité depuis 1990¹. Les troubles mentaux courants, comme les troubles dépressifs majeurs et les troubles anxieux, figurent parmi les principales causes de la charge de morbidité. À l'échelle mondiale, on estime que ces troubles sont associés à au moins 12 milliards de jours de perte de productivité par année, ce qui correspond à un coût d'environ 925 milliards de dollars américains^{2,3}. Étant donné leur morbidité et coût sociétal élevés, on craint que la prévalence de ces troubles mentaux courants n'ait augmenté dans les pays développés au cours des 30 dernières années.

Les preuves à l'appui de ces préoccupations sont incertaines⁴, en partie parce qu'il n'y a pas eu de surveillance épidémiologique majeure ayant appliqué des mesures uniformes de la morbidité de façon continue, sur une longue période, à des échantillons de population. La surveillance en Allemagne auprès de la population de 18 à 79 ans, et au Canada auprès de la population de 12 ans et plus, a permis de constater une prévalence stable de la dépression mesurée sur une période de 10 ans se terminant en 2012⁵⁻⁷. En revanche, un rapport de surveillance des États-Unis a relevé une légère augmentation de la dépression chez les personnes de 12 ans et plus de 2005 à 2015⁸. Une synthèse méta-analytique d'échantillons formés principalement de la population générale européenne n'a fait ressortir aucune augmentation des troubles anxieux de 1990 à

2010⁹. Cependant, en Australie, les échantillons de la population générale de l'enquête nationale sur la santé mentale et le bien-être ont montré une augmentation des symptômes d'anxiété chez les adultes de plus de 18 ans, de 1997 à 2007¹⁰.

L'incertitude des échantillons de la population générale est attribuable, en partie, au fait que ces échantillons peuvent masquer des tendances au sein des sous-groupes à risque élevé. Le chômage ou l'inactivité est associé à un risque plus élevé de maladie mentale, mais peu d'études en ont tenu compte dans les estimations longitudinales de la prévalence^{10,12}. Or, compte tenu des changements qui sont survenus dans les milieux de travail, les marchés de l'emploi et les conditions macroéconomiques au cours des 20 dernières années, lesquels ont eu des effets marqués sur la main d'œuvre¹³, on a besoin d'un système de surveillance qui permet d'explorer l'incidence des conditions microéconomiques et macroéconomiques sur les tendances en matière de prévalence au sein de différents groupes de la population active. Les données ainsi recueillies peuvent être utilisées par les chercheurs, les économistes, les employeurs et les décideurs pour gérer la charge des troubles mentaux sur les marchés du travail.

Parmi les caractéristiques optimales de tels systèmes de surveillance figurent la continuité des mesures au fil du temps, l'uniformité des mesures au fil du temps, l'échantillonnage fondé sur la population et la fiabilité de la mesure de l'état de

Tableau 1

Taille de l'échantillon des différents cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Enquête, composante et année menée	Taux de réponse	Nombre de participants
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.1, annuelle, 2000 et 2001	84,7	85 954
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 1.2, axée sur la santé mentale, 2002	77,0	25 422
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 2.1, annuelle, 2003	80,7	33 187
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes 3.1, annuelle, 2005	78,9	44 802
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, annuelle, 2007 et 2008	77,6	31 224
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, annuelle, 2009 et 2010	72,3	37 265
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale, axée sur la santé mentale, 2012	68,9	16 190
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, annuelle, 2013 et 2014	66,2	25 112
Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, annuelle, 2015 et 2016	59,5	31 890
Nombre total	...	331 046

... n'ayant pas lieu de figurer

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

santé et des risques pour la santé¹⁴. Cependant, bien que ces critères soient particulièrement importants pour surveiller les tendances en matière de prévalence des troubles mentaux courants à l'échelle de la population, ils présentent des limites pour ce qui est des données actuellement accessibles. La présente étude vise à combler cette lacune en examinant la prévalence dans un pays à revenu élevé, et en appliquant un plan d'étude transversale répétée pour estimer les tendances relatives à la prévalence de la dépression et des troubles anxieux au sein d'échantillons représentatifs d'adultes canadiens en âge de travailler sur une période de 17 ans.

Méthodes

Source des données

Cette étude se fonde sur les données de plusieurs cycles de l'Enquête transversale annuelle sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), une enquête nationale qui examine l'état de santé et les comportements des Canadiens de 12 ans et plus. Elle utilise un plan de regroupement stratifié complexe à plusieurs degrés, fondé sur une base de sondage aréolaire et téléphonique. Environ 3 % de la population canadienne est exclue de la base de sondage de l'ESCC (personnes vivant en établissement, enfants en foyer d'accueil, personnes vivant dans les réserves des Premières Nations, membres à temps plein des Forces armées canadiennes et personnes vivant dans des régions spécifiques du Québec).

L'ESCC a été réalisée pour la première fois en 2000 et jusqu'en 2007, elle a été menée tous les deux ans auprès de quelque 130 000 participants. De 2007 à 2016, l'ESCC a été menée annuellement auprès de quelque 65 000 participants, dans le but de réduire le fardeau d'échantillonnage. En 2015, l'ESCC a fait l'objet d'un remaniement, dans le cadre duquel son contenu et sa base de sondage ont été revus. Au premier cycle de l'ESCC (1.1), le taux de réponse national était d'environ 85 %. Ce pourcentage a diminué par la suite, et s'est situé d'environ 60 % lors du dernier cycle de l'ESCC (2015 à 2016).

Deux cycles de l'ESCC ont été axés sur la santé mentale, l'un en 2002 (ESCC 1.2) et l'autre en 2012 (ESCC-SM), dans le but de produire des estimations des déterminants de la santé mentale, de l'état et des taux de prévalence chez les Canadiens de 15 ans et plus. La taille de l'échantillon de ces enquêtes était de 27 500 à 30 000 participants environ, et les taux de réponse se sont situés à ~77 % (ESCC 1.2) et à ~69 % (ESCC-SM).

Échantillon

Les cycles de l'ESCC sur la santé mentale et tous les cycles annuels de l'ESCC de 2000 à 2016 ont été analysés dans le cadre de l'étude, sauf les cycles de 2011 et de 2012, lesquels ont été exclus en raison de la petite taille de l'échantillon après l'application des critères d'inclusion du module sur la dépression (ce qui entraîné des estimations de prévalence non fiables). Les cycles annuels de l'ESCC à partir de 2007 ont été analysés sur des périodes de deux ans (p. ex. 2007 à 2008; 2009 à 2010, etc.).

À chaque cycle de l'ESCC, les participants étaient inclus s'ils étaient âgés de 18 et 64 ans et s'ils n'étaient pas étudiants à temps plein, et on leur a demandé des renseignements sur leur situation d'activité au cours de la semaine précédente, ainsi que des renseignements en lien avec des indicateurs de santé mentale. L'évaluation de la dépression était facultative pour les cycles annuels de l'ESCC et était incluse à la discrétion des régions sanitaires provinciales. Cela a réduit considérablement la taille de l'échantillon dans certains cycles.

Après l'application des critères de l'étude, 331 046 participants ont été inclus dans l'échantillon (tableau 1). Pour les participants admissibles issus des cycles de l'ESCC 1.1, de l'ESCC 1.2 et de l'ESCC-SM, il y avait des renseignements sur l'état dépressif au cours de l'année précédente pour presque la totalité d'entre eux (environ 97 %). Pour les participants admissibles issus de tous les autres cycles, de 30 % à 55 % environ d'entre eux se trouvaient dans des régions sociosanitaires qui avaient choisi d'inclure le contenu sur l'état dépressif.

Tableau 2

Définitions des groupes de population active et pourcentage de participants âgés de 18 à 64 ans dans chaque groupe, ensemble des cycles de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Groupe de la population active et définition de la catégorie	Cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes								
	2000 et 2001 (1.1)	2002 (1.2)	2003 (2.1)	2005 (3.1)	2007 et 2008	2009 et 2010	2012 (ESCC-SM)	2013 et 2014	2015 et 2016 [†]
	pourcentage								
Occupés la semaine dernière									
Ont déclaré avoir travaillé à un emploi ou s'être absents d'un emploi la semaine précédente	78	78	81	79	80	79	80	79	80
Au chômage la semaine dernière									
Ont déclaré ne pas avoir travaillé au cours de la semaine précédente ET ont déclaré avoir cherché du travail au cours des quatre semaines précédentes	4	4	4	3	3	4	4	5	4
Inactifs la semaine dernière									
Ont déclaré être incapables de travailler de façon permanente OU ont déclaré ne pas avoir travaillé au cours de la semaine précédente ET ont déclaré ne pas avoir cherché de travail au cours des quatre semaines précédentes	18	17	15	17	16	16	16	17	16

[†] Aux cycles de 2015 et de 2016 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, les questions sur la population active ont été fondées sur une différente nomenclature, en raison d'un remaniement de l'enquête.

Note : Les estimations en pourcentage sont pondérées et arrondies. ESCC-SM désigne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Situation en regard de l'activité

Trois groupes de la population active, selon leur situation au cours de la semaine précédente, ont été examinés dans le cadre de l'étude : les personnes occupées, les personnes au chômage et les personnes inactives. On a demandé aux participants leur situation en regard de l'activité au cours de la semaine précédente et s'ils avaient fait des démarches au cours des quatre semaines précédentes pour trouver du travail. Les participants étaient considérés comme occupés s'ils s'étaient absents d'un emploi rémunéré au cours de la semaine précédente (peu importe s'ils cherchaient un nouvel emploi). Les participants étaient considérés comme étant au chômage s'ils n'avaient pas d'emploi au cours de la semaine précédente, mais qu'ils avaient cherché du travail au cours du mois précédent. Les participants étaient considérés comme inactifs s'ils étaient incapables de travailler ou s'ils n'avaient pas d'emploi au cours de la semaine précédente et n'avaient pas cherché de travail au cours du mois précédent (tableau 2).

Pour l'ensemble des cycles d'enquête, environ 80 % des participants étaient occupés, 16 % étaient inactifs et 4 % étaient au chômage au cours de la semaine précédant l'enquête. De 2000 à 2016, le taux de chômage des Canadiens de plus de 15 ans a varié de 6,0 % à 8,3 %¹⁵. Selon d'autres données sur la participation à la population active tirées de l'ESCC, environ 80 % des participants au chômage et environ 15 % des participants inactifs ont travaillé à un moment donné au cours de l'année précédente et en ont touché une rémunération ou un avantage.

Indicateurs de dépression et d'anxiété

Présence d'un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents

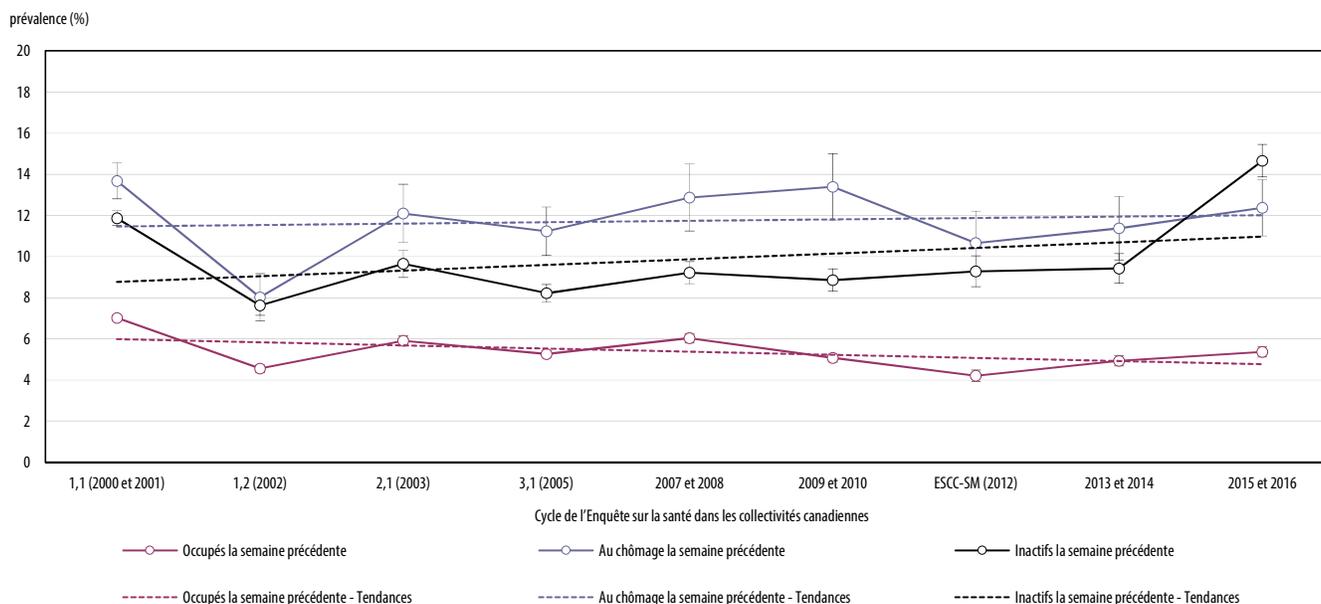
Cet indicateur était un composite d'une forte probabilité de vivre un épisode dépressif majeur (EDM) à l'aide des éléments suivants :

- le questionnaire abrégé du Composite International Diagnostic Interview (CIDI-SF), où un score de $\geq 5/8$ évalué aux cycles annuels de l'ESCC de 2000 à 2014 correspondait à une forte probabilité de vivre un EDM au cours de l'année précédente¹⁶;
- le CIDI sur la santé mentale à l'échelle mondiale (WMH-CIDI), qui a été évalué dans le cadre de l'ESCC 1.2 et de l'ESCC-SM et harmonisé avec les critères de la quatrième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) pour l'expérience d'un EDM au cours de l'année précédente;
- le questionnaire sur la santé des patients-9 (PHQ-9), où un score de $\geq 10/27$ évalué dans les cycles de 2015 à 2016 de l'ESCC correspondait aux critères pour avoir vécu un EDM au cours des deux semaines précédentes¹⁷.

Nombre de semaines de symptômes dépressifs chez les personnes ayant vécu un EDM au cours des 12 mois précédents

On a demandé aux participants qui ont déclaré au CIDI-SF qu'ils s'étaient sentis tristes ou déprimés, ou s'étaient désintéressés de choses comme les passe-temps, le travail ou les activités, pendant combien de semaines ces sentiments avaient duré. Les participants pouvaient indiquer de 2 à 53 semaines. Cet indicateur a été examiné parmi les participants qui répondaient aux critères de l'EDM et a été modélisé sur l'échelle logarithmique, compte tenu de l'asymétrie de la variable.

Figure 1
Tendances de la prévalence annuelle des épisodes dépressifs majeurs de 2000 à 2016



Note : ESCC-SM désigne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Présence d'un trouble anxieux autodéclaré diagnostiqué par un professionnel de la santé

À partir du cycle de l'ESCC 2.1 (2003), on a demandé aux participants quels étaient leurs problèmes de santé diagnostiqués par un professionnel de la santé et qui devaient durer au moins six mois. Les participants pouvaient répondre « oui » ou « non » à la question « Êtes-vous atteint d'un trouble d'anxiété tel qu'une phobie, un trouble obsessionnel compulsif ou un trouble panique? »

EDM comorbides et trouble anxieux diagnostiqué

Pour le cycle de l'ESCC 2.1 et par la suite, on a combiné les variables de l'EDM et de l'anxiété pour explorer la présence d'un EDM au cours de l'année précédente et la présence d'un diagnostic de trouble anxieux autodéclaré.

Analyses statistiques

Pour chaque cycle d'enquête, les estimations de la prévalence des indicateurs de dépression et d'anxiété ont été calculées dans la version 9.3 de SAS pour chaque groupe d'activité. Pour tenir compte de la structure d'échantillonnage complexe des enquêtes, les estimations de la prévalence et de leurs variances ont intégré la pondération de l'enquête et de 500 à 1 000 (cycle de 2015 à 2016) poids bootstrap. Une méta-analyse des effets aléatoires (selon la méthode DerSimonian et Laird)¹⁸ stratifiée selon la situation d'activité a été utilisée pour déterminer la prévalence combinée de chaque résultat dans STATA v15. Pour quantifier le taux de changement de la prévalence pour chaque

résultat, on a utilisé une approche de métarégression des effets aléatoires linéaires, modélisant

$$Prévalence_i = \alpha + \beta année_i + \mu_i + \varepsilon_i$$

Où α représente l'ordonnée à l'origine, β représente la variation moyenne de la prévalence par augmentation annuelle, μ_i représente l'erreur dans le cycle pour chaque estimation de la prévalence, et ε_i représente l'erreur entre les cycles. La signification statistique des estimations a été comparée à l'aide de 1 000 essais Monte Carlo⁶. Les différences entre la prévalence combinée et les coefficients de tendance entre les groupes de la population active ont été testées en utilisant le khi carré et en comparant les procédures de pente.

Analyses de sensibilité

Plusieurs analyses de sensibilité ont été effectuées, notamment : 1) des estimations normalisées selon l'âge et le sexe de la population de l'ESCC de 2005, 2) l'exclusion du cycle de l'ESCC de 2015 à 2016 pour tenir compte des différences dans les outils de mesure du remaniement de l'enquête et de la dépression, 3) l'inclusion de variables indicatrices pour les instruments d'enquête sur la prévalence des EDM pour tenir compte des différences dans les outils de mesure, 4) l'étude des différences dans les résultats des participants à l'ESCC échantillonnés à partir de la base de sondage aréolaire et téléphonique, et 5) l'étude des tendances selon qu'elles suivent une forme linéaire ou une autre forme fonctionnelle.

Un trouble de l'humeur autodéclaré (dépression, trouble bipolaire, manie ou dysthymie) diagnostiqué par un professionnel de la santé et sa comorbidité avec les indicateurs d'EDM et d'anxiété a également été exploré comme indicateur de santé mentale dans les analyses de sensibilité. Enfin, les estimations de la prévalence des EDM ont été corrigées en intégrant la sensibilité et la spécificité de l'outil de mesure à l'équation suivante¹⁹ :

$$\text{Prévalence} = (\text{proportion avec résultat} + \text{spécificité du test} - 1) / (\text{sensibilité du test} + \text{spécificité du test} - 1)$$

Résultats

Le tableau 3 présente les caractéristiques des participants stratifiées selon la situation d'activité pour les cycles de 2000 à 2001, de 2007 à 2008 et de 2015 à 2016 de l'ESCC. En bref, environ 55 % des participants occupés et 30 % des participants inactifs étaient des hommes, et ce taux était similaire d'un cycle à l'autre. Au premier cycle de l'ESCC, environ 52 % des participants au chômage étaient des hommes; ce pourcentage s'est accru pour passer à 63 % au fil des cycles.

La plupart des participants occupés étaient âgés de 30 à 49 ans, la plupart des participants au chômage étaient âgés de 20 à 39 ans, et la plupart des répondants inactifs étaient âgés de plus de 50 ans. Un changement de répartition de l'âge a été observé au fil du temps : les cohortes plus récentes comptaient une plus grande proportion de participants plus âgés. La plupart des

participants de tous les groupes étaient de race blanche et étaient nés au Canada, bien que cette répartition ait légèrement changé au fil du temps.

Résultats de la prévalence

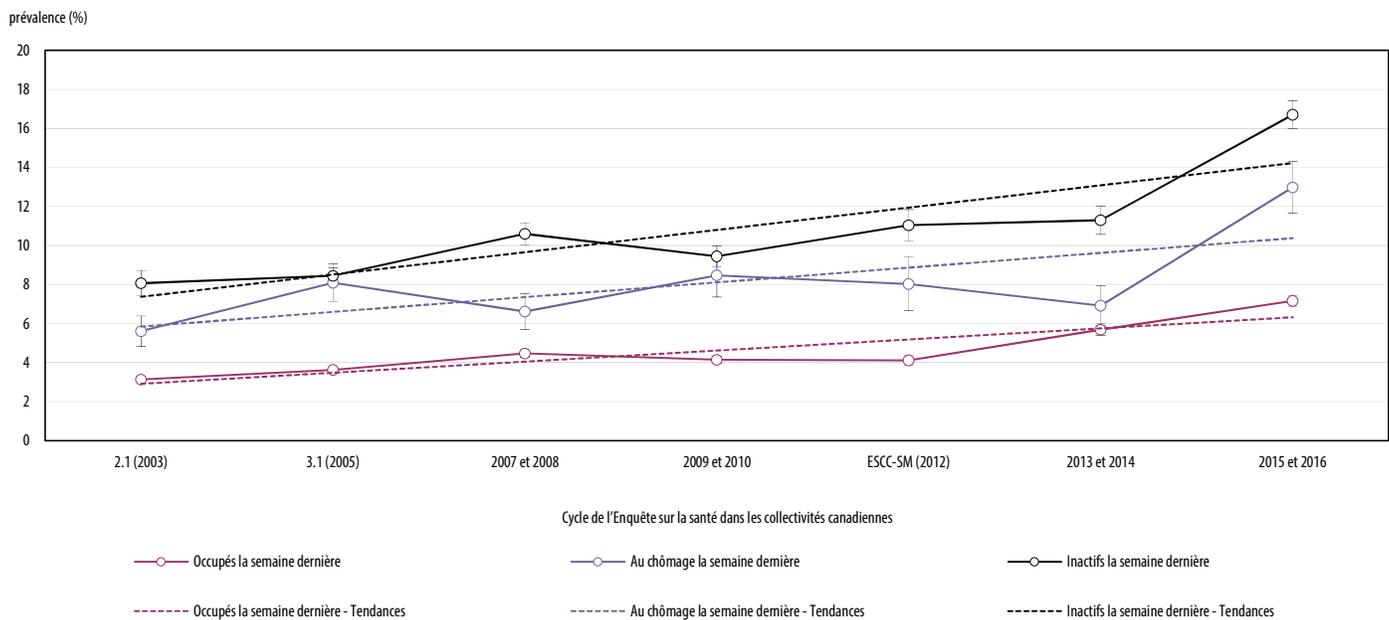
La prévalence annuelle moyenne des EDM était de 5,4 % (IC de 95 % : de 4,7 % à 6,0 %) parmi les participants occupés, 11,7 % (IC de 95 % : de 10,4 % à 13,0 %) parmi les participants au chômage et 9,8 % (IC de 95 % : de 8,5 % à 11,2 %) parmi les participants inactifs (tableau 4).

Les estimations de la prévalence étaient statistiquement plus faibles chez les participants occupés que chez les participants au chômage ($\chi^2 = 61,06, p < 0,001$) et les participants inactifs ($\chi^2 = 29,78, p < 0,001$). Aucune différence n'a été observée entre les participants au chômage et ceux inactifs ($\chi^2 = 3,68, p = 0,06$).

Des estimations plus faibles de la prévalence ponctuelle ont été observées en 2002 et en 2012 (cycles utilisant le CIDI-WMH), mais elles n'étaient pas statistiquement différentes de celles des autres cycles. Aucune tendance statistiquement significative de la prévalence de la dépression de 2000 à 2016 n'a été observée pour aucun groupe de la population active (tableau 4, figure 1).

Parmi les participants qui ont vécu un EDM au cours de l'année précédente, le nombre moyen de semaines de symptômes dépressifs était d'environ 7,6 semaines pour les participants occupés (IC de 95 % : de 7,2 % à 8,0 %), 9,6 semaines pour les participants au chômage (IC de 95 % : de 8,8 % à 10,4 %) et 11,4 semaines chez les participants inactifs (IC de 95 % : de

Figure 2
Tendances relatives à la prévalence des troubles anxieux autodéclarés, 2003 à 2016



Note : ESCC-SM désigne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale.
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Tableau 3
Certaines caractéristiques démographiques, selon la situation d'activité au cours de la semaine précédente

	Cycle de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes								
	1.1 ESCC (2000 et 2001)			ESCC de 2007 et 2008			ESCC de 2015 et 2016		
	Occupés	Au chômage	Inactifs	Occupés	Au chômage	Inactifs	Occupés	Au chômage	Inactifs
	pourcentage								
Sexe									
Femme	45	48	70	47	40	66	47	37	68
Homme	55	52	30	53	60	34	53	63	32
Âge (années)									
Moins de 20	2	6	1	2	5	1	1	6	1
20 à 29	19	30	11	20	28	10	18	29	10
30 à 39	27	24	17	24	23	12	23	22	16
40 à 49	30	24	19	28	20	16	25	16	15
50 à 59	18	14	29	22	20	32	24	21	28
60 et plus	3	2	23	5	4	29	8	6	29
Région provinciale									
Maritimes	7	10	10	13	14	15	12	21	16
Québec	24	30	27	57	68	64	S.O.	S.O.	S.O.
Ontario	39	33	35	S.O.	S.O.	S.O.	75	69	72
Prairies	17	12	14	29	18	21	13	9	11
Colombie-Britannique	13	14	13	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.	S.O.
Territoires	<1	1	<1	<1	1	<1	<1	<1	<1
Statut d'immigrant									
Non-immigrant	80	76	76	86	81	88	72	70	75
Immigrant [†]	20	24	24	14	19	12	28	30	25
Race ou origine ethnique autodéclarée									
Blanc	86	78	84	88	81	89	72	64	73
Autres ethnies	13	19	14	10	15	8	24	29	20
Autochtone vivant hors réserve	1	3	2	2	4	3	4	7	7
Plus haut niveau de scolarité									
Niveau inférieur aux études secondaires	14	23	35	10	20	28	6	12	17
Diplôme d'études secondaires	29	31	28	21	24	25	21	28	28
Diplôme d'études collégiales ou l'équivalent	36	29	25	44	37	33	39	35	34
Baccalauréat	21	17	12	24	19	14	33	25	21
A vécu un EDM au cours de l'année précédente									
Oui	7	14	12	6	13	9	5	12	15
Trouble anxieux autodéclaré									
Oui	S.O.	S.O.	S.O.	4	7	11	7	13	17
Trouble anxieux autodéclaré et EDM au cours de l'année précédente									
Oui	S.O.	S.O.	S.O.	1	2	4	2	4	7

[†] une proportion plus faible de participants immigrants aux cycles de 2007 et 2008 de l'ESCC peut être attribuable au fait que que l'instrument d'EDM n'a pas été inclus dans les questionnaires de l'ESCC administrés en Ontario et en Colombie-Britannique.

S.O. indique qu'aucune donnée n'est disponible.

Notes : Les estimations en pourcentage sont pondérées et arrondies.

ESCC désigne l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

EDM désigne un épisode dépressif majeur.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

10,3 % à 12,6 %). Les tests du khi carré ont indiqué que les estimations de la prévalence n'étaient statistiquement différentes que pour les participants occupés et ceux inactifs ($\chi^2 = 33,38, p < 0,001$). Le nombre de semaines pendant lesquelles les participants ont éprouvé des symptômes dépressifs a augmenté d'environ 0,6 % à 1,9 % par année et n'était pas statistiquement significatif.

La prévalence annuelle moyenne d'un trouble anxieux autodéclaré était de 4,6 % chez les participants occupés (IC de 95 % : de 3,7 % à 5,4 %), 8,0 % chez les participants au chômage (IC de 95 % : de 6,4 % à 9,5 %) et 10,8 % chez les participants inactifs (IC de 95 % : de 8,8 % à 12,7 %). Chaque estimation de la prévalence était statistiquement différente de l'autre. Tous les groupes ont connu une légère augmentation de la prévalence au fil du temps, qui était statistiquement

significative chez les participants occupés (β : 0,26 %; IC de 95 % : de 0,08 % à 0,45 %) et chez les participants inactifs (β : 0,55 %; IC de 95 % : de 0,15 % à 0,95 %; figure 2). Aucune différence statistique n'a été observée entre les estimations des tendances pour les participants occupés et ceux qui inactifs (χ^2 : 2,76; p : 0,10). L'estimation de la tendance pour les participants au chômage (β : 0,34 %) n'était pas statistiquement significative, peut-être en raison de la petite taille de l'échantillon pour ce groupe.

La prévalence de la déclaration d'un trouble anxieux et d'un EDM au cours de l'année précédente était de 1,2 % chez les participants occupés, de 3,0 % chez les participants au chômage et de 4,1 % chez les participants inactifs. L'estimation de la prévalence pour les participants occupés était statistiquement plus faible que celle des participants au chômage et de ceux

inactifs (χ^2 : ~32; p : <0,001). Les estimations de la prévalence pour les participants au chômage et ceux inactifs ne différaient pas (χ^2 : 3,56; p : 0,06). Les résultats de la méta-régression indiquent que la prévalence de comorbidité est demeurée stable dans tous les groupes de la population active.

La plupart des estimations de la prévalence et des coefficients de régression montraient une hétérogénéité élevée, ce qui suggère que des facteurs autres que le temps peuvent influencer les tendances. Les résultats sont demeurés cohérents lorsque les estimations ont été normalisées selon l'âge et le sexe, lorsque les cycles de l'ESCC de 2015 à 2016 ont été exclus et lorsque les variables de l'instrument EDM ont été incluses dans l'analyse de régression. Les tendances ne démontraient pas qu'on suivait une forme fonctionnelle différente avec le temps. Les estimations de la prévalence étaient légèrement plus faibles chez les participants échantillonnés au moyen de la base de sondage téléphonique que chez ceux échantillonnés au moyen de la base de sondage aréolaire. Lorsque le diagnostic des troubles de l'humeur a été exploré comme indicateur, les résultats étaient semblables à ceux présentés dans la présente étude (données disponibles sur demande).

Lorsque la sensibilité et la spécificité des tests d'EDM ont été intégrées, les estimations de la prévalence des EDM étaient plus élevées pour tous les groupes de la population active, allant d'environ 8 % à 18 % après ajustement.

Discussion

Cette étude suggère que du début des années 2000 à 2016, la prévalence des EDM est demeurée relativement stable, tandis que la prévalence des troubles anxieux a légèrement augmenté. Ces tendances sont les mêmes dans tous les groupes de la population active. Cependant, tous les indicateurs de dépression et d'anxiété indiquent que la prévalence était la plus faible chez les participants occupés et la plus élevée chez les participants au chômage ou les participants inactifs.

La comparaison directe des estimations de la prévalence observées dans la présente étude avec celles d'autres études est entravée par des différences méthodologiques importantes entre les enquêtes et les échantillons et doit donc être interprétée avec prudence^{20,21}. Néanmoins, des études menées aux États-Unis ont estimé que la prévalence de la dépression se situe entre 5,5 % et 10,5 % chez les personnes occupées^{22,23}, entre 15,9 % et 20,3 % chez les personnes au chômage²⁴, et entre 8,4 % et 9,8 % chez les personnes inactives²⁴. L'étude européenne sur l'épidémiologie des troubles mentaux a révélé des estimations semblables de troubles de l'humeur sur 12 mois pour les personnes occupées (3,4 %) et au chômage (9,1 %), mais des estimations légèrement plus élevées pour les troubles anxieux (6,2 % à 9,3 %)²⁵. Cette différence peut être attribuable à des différences méthodologiques entre ces enquêtes et la présente étude, et à des conditions économiques différentes observées vers l'an 2000^{26,27}. Cela peut donner à penser que les estimations de prévalence de la présente étude sont semblables

aux estimations européennes, mais peuvent être inférieures aux estimations américaines.

Bien que cela ne soit pas surprenant étant donné l'effet du travailleur en bonne santé (c'est-à-dire une personne qui est en assez bonne santé pour pouvoir travailler)²⁸, les estimations de la prévalence des EDM, des troubles anxieux et des diagnostics concomitants d'EMD et de troubles anxieux chez les participants au chômage et ceux inactifs se sont avérées être environ le double de celles des participants occupés. L'ampleur de cet effet est conforme à ce qui a été observé dans de nombreuses études américaines et européennes menées dans les années 1990^{21,29}, et laisse entendre que les disparités en matière de santé mentale chez les adultes en âge de travailler au chômage persistent. Néanmoins, les mauvaises conditions de travail et la perte d'emploi ont une incidence sur le risque de troubles anxieux et dépressifs³⁰.

Les estimations de prévalence initiales plus élevées chez les participants au chômage et ceux inactifs ont des répercussions connues sur la mobilité socioéconomique individuelle et sur le fonctionnement de la population active au macroniveau¹¹. Au Canada, les personnes au chômage ou ayant un statut socioéconomique inférieur utilisent le système de santé moins souvent que celles occupées³¹. Si elles souffrent de dépression, les personnes au chômage ou ayant un statut socioéconomique plus faible sont plus susceptibles de recevoir un traitement pharmacologique plutôt qu'un traitement psychologique³². Ces facteurs peuvent avoir une incidence négative sur le temps de rétablissement et la prévention des épisodes subséquents, ce qui peut à son tour étendre la période pendant laquelle une personne est au chômage ou inactive. Des symptômes prolongés peuvent avoir une incidence sur la capacité de travailler en cours d'emploi, comme une baisse de productivité ou une diminution des promotions³³.

Définie par la présence de symptômes dépressifs, la prévalence des EDM s'est révélée stable dans tous les groupes de la population active de 2000 à 2016. La prévalence de la dépression était stable dans les cohortes de la population générale^{4,6,34}. On a laissé entendre que les changements dans la prévalence de la dépression observés au niveau de la population générale pourraient être causés par des changements dans les répartitions démographiques, l'amélioration de la littératie en santé des nations et la perception d'une mauvaise santé mentale générale^{7,9}. Dans la présente étude, les tendances étaient semblables lorsque les estimations de la prévalence étaient normalisées selon l'âge et le sexe, ce qui laisse entendre que les changements démographiques peuvent avoir moins d'influence chez les adultes en âge de travailler. Toutefois, les tendances en matière de prévalence au sein de la population générale peuvent ne pas être représentatives des sous-groupes de la population active (p. ex. groupes professionnels, travailleurs précaires).

La présente étude ne permet pas de déterminer si les changements dans l'utilisation des soins de santé mentale, la littératie en santé mentale, la stigmatisation ou les conditions de la population active ont eu une incidence semblable sur les

Tableau 4
Prévalence combinée et résultats des tendances

	Nombre de cycles	Méta-analyse des effets aléatoires						Méta-régression des effets aléatoires					
		Estimation combinée	Intervalles de confiance de 95 %		Q [†]	valeur p [‡]	I ^{2‡} (pourcentage)	Tau au carré (pourcentage)	β (pourcentage)	Intervalles de confiance de 95 %		valeur p	
			de	à						de	à		
Présence d'un EDM au cours des 12 mois précédents													
Occupés	9	5,40	4,70	6,00	200,50	<0,001	96,00	0,0001	-0,09	-0,21	0,04	0,15	
Au chômage	9	11,70	10,40	13,00	18,05	0,02	55,70	0,0002	0,02	-0,30	0,34	0,90	
Inactifs	9	9,80	8,50	11,20	110,30	<0,001	92,70	0,0004	0,14	-0,20	0,48	0,38	
Nombre de semaines de symptômes dépressifs chez les participants vivant un EDM[†]													
Occupés	6	7,61	7,24	8,00	18,00	<0,01	72,30	0,0027	0,01	-0,01	0,02	0,22	
Au chômage	6	9,58	8,33	10,38	1,00	0,96	0,00	0,0000	0,01	-0,02	0,03	0,56	
Inactifs	6	11,36	9,97	12,55	19,10	<0,01	73,90	0,0106	0,02	0,001	0,04	0,05	
Trouble anxieux autodéclaré													
Occupés	7	4,60	3,70	5,40	190,40	<0,001	96,80	0,0001	0,26	0,08	0,45	0,01	
Au chômage	7	8,00	6,40	9,50	25,20	<0,001	76,20	0,0003	0,34	-0,10	0,78	0,10	
Inactifs	7	10,80	8,80	12,70	118,00	<0,001	94,90	0,0007	0,55	0,15	0,95	0,02	
Présence d'un EDM au cours des 12 derniers mois et trouble anxieux autodéclaré													
Occupés	7	1,20	1,00	1,40	41,50	<0,001	85,60	0,0000	0,05	-0,01	0,12	0,09	
Au chômage	7	3,00	2,50	3,50	7,20	0,31	16,20	0,0000	0,06	-0,12	0,24	0,40	
Inactifs	7	4,10	3,20	5,00	66,10	<0,001	90,90	0,0001	0,23	-0,05	0,50	0,09	

[†] modélisé sur l'échelle logarithmique et transformé en unités originales

[‡] statistiques d'hétérogénéité et résultats des tests.

Notes : EDM désigne un épisode dépressif majeur. B = bêta. Q renvoie à la statistique du khi carré; I² indique le degré de variabilité de l'estimation de la prévalence combinée qui est attribuable à l'hétérogénéité plutôt qu'au hasard; tau au carré est une estimation de la variance entre les cycles d'enquête.

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

tendances relatives à la prévalence pour chaque groupe de la population active. Toutefois, il est probable que l'influence de ces facteurs ne soit pas équitable. Par exemple, les personnes au chômage peuvent se sentir en moins bonne santé mentale et globale que les personnes occupées³⁵.

Comme les raisons de ne pas participer à la population active diffèrent tout au long de la vie (p. ex. fonder une famille, cesser de travailler en raison d'une incapacité, prendre sa retraite), il est difficile d'établir des comparaisons. Les participants à l'étude qui étaient inactifs étaient plus âgés que les participants occupés et ceux qui étaient au chômage. Bien que la prévalence des troubles dépressifs majeurs et des troubles anxieux soit généralement plus faible chez les adultes âgés^{36,37}, étant donné que les personnes âgées atteintes de maladie mentale sont plus susceptibles de quitter prématurément le marché du travail³⁸, cela peut avoir influencé la prévalence dans ces groupes. Le rôle hétérogène de ces facteurs doit être exploré pour approfondir ce domaine de la recherche en surveillance de la santé mentale.

Pendant la période visée par cette étude, la situation au Canada a évolué : des changements ont été apportés aux politiques provinciales et nationales en matière de santé mentale, de travail et de bien-être; les efforts consacrés à la prévention des maladies mentales ont été accrus; et on a composé avec une récession mondiale³⁹. Les effets de ces événements peuvent se contrebalancer et contribuer à stabiliser les tendances. Par exemple, une sensibilisation accrue à la santé mentale (p. ex.

dans le cadre d'initiatives nationales de promotion de la santé) peut entraîner une augmentation de la prévalence^{6,9}, tandis que des interventions stratégiques positives peuvent réduire la durée d'un EDM, ce qui pourrait réduire la prévalence. À l'inverse, bien que ces initiatives et événements soient importants pour les personnes et les milieux de travail, leur incidence n'est peut-être pas encore évidente au niveau de la population.

Dans la présente étude, la stabilité des EDM déclarée, qui comprend la période de récession économique, contredit certains ouvrages antérieurs qui ont observé une augmentation de la prévalence parmi les populations actives⁴⁰. Par exemple, la Grèce a enregistré une augmentation de la prévalence de la dépression pendant un mois entre 2008 (prévalence de 3,3 %) et 2013 (prévalence de 12,3 %)⁴¹. Les répercussions de la récession de 2008 sur la prévalence sont probablement plus faibles chez la population active canadienne que chez les populations actives d'autres pays qui ont été plus durement touchés¹³.

En supposant qu'il y ait un changement constant de la prévalence parmi les cycles de l'ESCC de deux ans à compter de 2007, la prévalence du diagnostic de trouble anxieux a augmenté à un taux d'environ 0,26 % à 0,55 % par année dans tous les groupes de la population active. Cette prévalence peut augmenter en raison des changements dans les comportements de recherche d'aide ou en raison de l'autodéclaration accrue de

la mauvaise santé mentale générale et de l'épuisement professionnel dans la population générale^{4,7}.

Bien que cette tendance à la hausse soit modeste, elle peut avoir des répercussions importantes sur le fonctionnement de la population active. La sévérité accrue des symptômes d'anxiété est associée à un rendement au travail réduit, à une augmentation du temps passé en congé d'invalidité, à des interruptions dans l'avancement professionnel et à un départ précoce du marché du travail^{42,43}. De plus, les troubles anxieux coexistent souvent avec d'autres problèmes mentaux et physiques qui peuvent réduire la productivité au travail et augmenter le temps dont un travailleur a besoin pour retrouver son capital santé optimal. Étant donné que le coût à vie des troubles anxieux généralisés au Canada a été estimé de façon prudente à 31 213 \$ CAN en 2008⁴⁴, cette tendance pourrait avoir des répercussions importantes sur les coûts et d'autres répercussions pour les employeurs, les stratégies de santé mentale en milieu de travail et les régimes d'avantages sociaux.

Limites

Le module sur les EDM était facultatif dans les cycles annuels de l'ESCC et était administré à la discrétion des régions sanitaires provinciales. Cela a entraîné une réduction de la taille de l'échantillon, une réduction de la généralisabilité de la population active canadienne et une capacité limitée d'explorer les sous-populations de la population active. Comparativement aux participants à l'ESCC dont les questionnaires comprenaient le module sur les EDM (c.-à-d. les participants qui étaient inclus dans l'échantillon), les participants à l'ESCC dont les questionnaires ne contenaient pas le module avaient généralement un profil démographique semblable. Toutefois, il y avait une tendance selon laquelle les participants qui n'ont pas reçu le module sur les EDM pouvaient avoir des niveaux de détresse plus élevés (mesurés par l'échelle de détresse psychologique de Kessler), et un plus grand nombre de participants pouvaient avoir des diagnostics autodéclarés de troubles anxieux ou de l'humeur. Cela donne à penser que tout biais associé à la réduction de la taille de l'échantillon entraînerait une sous-estimation des constatations.

La continuité des cycles annuels de l'ESCC peut également avoir introduit un biais dans l'étude. L'ESCC annuelle a fait l'objet d'un remaniement de l'échantillonnage et d'un changement du contenu de l'enquête en 2015, ce qui pourrait avoir donné un profil démographique différent de celui des cycles précédents de l'ESCC. Pour tenir compte de cette différence, l'étude a utilisé un plan méta-analytique à effets aléatoires qui modélise l'erreur dans le cycle et l'erreur entre les cycles. En général, la proportion de participants dans chaque groupe de la population active et les réponses sur les mesures de la santé mentale étaient semblables aux cycles précédents.

Les différences entre les outils de mesure des EDM peuvent également avoir introduit un biais de mesure. Le cycle de l'ESCC de 2015 à 2016 a utilisé un instrument d'EDM différent

(PHQ-9) comparativement aux cycles annuels précédents. Une analyse de sensibilité a été effectuée, excluant ces cycles de l'ESCC, et les résultats ont montré que les estimations qui étaient statistiquement significatives à l'origine le sont toujours. Les estimations regroupées de la prévalence étaient semblables, mais légèrement plus faibles lorsque le cycle de l'ESCC de 2015 à 2016 a été exclu. Bien qu'elles ne soient pas statistiquement différentes des autres estimations, les estimations de la prévalence des EDM calculées par le WMH-CIDI dans les cycles de l'ESCC de 2002 et de 2012 étaient inférieures à celles calculées avec le CIDI-SF et le PHQ-9.

Comme les troubles anxieux ont été autodéclarés, ils peuvent être sous-estimés, surtout dans les premiers cycles de l'ESCC, où ces troubles peuvent avoir été légèrement plus stigmatisés. De plus, il peut y avoir un biais associé à l'exploration d'une mesure combinée des symptômes dépressifs par rapport à un diagnostic de trouble anxieux autodéclaré. Toutefois, lorsqu'un indicateur du diagnostic de trouble de l'humeur autodéclaré a été exploré, les résultats ont montré des proportions et des tendances similaires.

Certaines caractéristiques des maladies mentales étudiées, combinées à la situation d'emploi, peuvent avoir rendu les participants moins enclins ou disposés à partager des renseignements sur leur santé mentale ou à participer à l'ESCC. Cela peut avoir entraîné une sous-estimation de la prévalence dans ces groupes.

Enfin, le taux de participation à l'ESCC a diminué au fil du temps. Toutefois, tout biais associé à cette diminution serait présumé ne pas être différentiel entre les groupes de la population active, et les poids d'enquête élaborés par Statistique Canada ont été utilisés pour essayer de minimiser ce biais.

Conclusions

Du début des années 2000 à 2016, chez les Canadiens en âge de travailler occupés, la prévalence d'un EDM annuel s'est située à environ 5,4 %, la présence d'un trouble anxieux à 4,6 %, et la présence d'un trouble anxieux et d'un EDM, à environ 1,2 %. Ces estimations étaient plus élevées chez les participants qui étaient au chômage et ceux qui étaient inactifs. La prévalence des EDM est demeurée stable de 2000 à 2016, bien qu'il y ait eu une augmentation modeste des troubles anxieux diagnostiqués médicalement et autodéclarés. Les constatations ont également mis en évidence les limites existantes des données de surveillance nationale pour explorer la santé mentale des participants à la population active.

Répercussions

La pandémie de COVID-19 a entraîné des changements dans la détresse et le déplacement de la population active canadienne⁴⁵⁻⁴⁷. La présente étude a révélé une prévalence moyenne plus élevée des EDM et des troubles anxieux chez les Canadiens au chômage et les Canadiens inactifs, des tendances stables de la

prévalence des EDM au fil du temps dans chaque groupe de la population active, et une augmentation de la prévalence des diagnostics de troubles anxieux dans tous les groupes de la population active. Dans le contexte de la COVID-19, les résultats de la présente étude sont essentiels pour éclairer les politiques équitables sur la santé mentale, le milieu de travail et le travail afin de maintenir et d'intégrer les Canadiens atteints de maladies mentales dans la population active pendant et après la pandémie. La présente étude met également en lumière d'importantes lacunes dans les données existantes concernant l'étude de la dépression et de l'anxiété au sein de la population active canadienne.

Conflits d'intérêts

Aucun des auteurs n'a de conflit d'intérêts à déclarer.

Remerciements

Cette étude a bénéficié d'une bourse de recherche au doctorat des Instituts de recherche en santé du Canada décernée à Kathleen Dobson. Les auteurs tiennent à souligner le soutien du Réseau canadien des centres de données de recherche, du centre de données de recherche de Statistique Canada dans la région de Toronto, de Statistique Canada et de tous les participants à l'enquête qui ont rendu ce travail possible.

Références

1. S.L. James, D. Abat, K.H. Abate *et al.*, « Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017 », *Lancet*, 392(10159), 2018, p. 1789-1858.
2. D. Chisholm, K. Sweeny, P. Sheehan *et al.*, « Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis », *The Lancet Psychiatry*, 3(5), 2016, p. 415-424.
3. Q. Liu, H. He, J. Yang *et al.*, « Changes in the global burden of depression from 1990 to 2017: Findings from the Global Burden of Disease study », *Journal of Psychiatric Research*, 126(juillet), 2020, p. 134-140.
4. A.F. Jorm, S.B. Patten, T.S. Brugha, R. Mojtabi, « Has increased provision of treatment reduced the prevalence of common mental disorders? Review of the evidence from four countries », *World Psychiatry*, 16(1), 2017, p. 90-99.
5. J. Bretschneider, S. Janitza, F. Jacobi *et al.*, « Time trends in depression prevalence and health-related correlates: Results from population-based surveys in Germany 1997-1999 vs. 2009-2012 », *BMC Psychiatry*, 18(1), 2018, p. 394.
6. S.B. Patten, J.V.A. Williams, D.H. Lavorato *et al.*, « The prevalence of major depression is not changing », *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 2015, p. 31-34.
7. M. Chiu, A. Amartey, X. Wang *et al.*, « Trends in objectively measured and perceived mental health and use of mental health services: a population-based study in Ontario, 2002–2014 », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 192(13), 2020, p. 15-20.
8. A.H. Weinberger, M. Gbedemah, A.M. Martinez *et al.*, « Trends in depression prevalence in the USA from 2005 to 2015: Widening disparities in vulnerable groups », *Psychological Medicine*, 48(8), 2018, p. 1308-1315.
9. A.J. Baxter, K.M. Scott, A.J. Ferrari *et al.*, « Challenging the myth of an “epidemic” of common mental disorders: Trends in the global prevalence of anxiety and depression between 1990 and 2010 », *Depression & Anxiety*, 31(6), 2014, p. 506-516.
10. N.J. Reavley, A.F. Jorm, S. Cvetkovski *et al.*, « National depression and anxiety indices for Australia », *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 45(9), 2011, p. 780-787.
11. T. Fryers, D. Melzer, S. Jenkins, « Social inequalities and the common mental disorders - A systematic review of the evidence », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(5), 2003, p. 229-237.
12. K.I. Paul, K. Moser, « Unemployment impairs mental health: Meta-analyses », *Journal of Vocational Behavior*, 74(3), 2009, p. 264-282.
13. C. Cheung, D. Granovsky, G. Velasco, *Changing Labour Market Participation Since the Great Recession: A Regional Perspective*, 2015 (Banque du Canada, n° FB3-4-2015-2FRA-PDF au catalogue), Ottawa, Banque du Canada.
14. L.M. Lee, S.M. Teutsch, S.B. Thacker *et al.*, *Principles & Practice of Public Health Surveillance*, 3^e édition, New York, Oxford University Press, 2010.
15. Statistique Canada, *Emploi et taux de chômage, données annuelles, centres de population et régions rurales*, tableau 14-10-0106-01. Disponible à : <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1410010601> Publié en 2019.
16. R.C. Kessler, G. Andrews, D. Mroczek *et al.*, « The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 7(4), 1998, p. 171-185.
17. Y. Liu, J. Wang, « Validity of the Patient Health Questionnaire-9 for DSM-IV major depressive disorder in a sample of Canadian working population », *Journal of Affective Disorders*, 187(novembre 2015), 2015, p. 122-126.
18. R.J. Harris, J.J. Deeks, D.G. Altman *et al.*, « Metan: fixed-and random-effects meta-analysis », *Economic Journal*, 8(1), 2008, p. 3-28.
19. B.D. Thombs, L. Kwakkenbos, A.W. Levis, A. Benedetti, « Addressing overestimation of the prevalence of depression based on self-reporting screening questionnaires », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 190(2), 2018, p. E44-E49.
20. T. Fryers, T. Brugha, Z. Morgan *et al.*, « Prevalence of psychiatric disorder in Europe: The potential and reality of meta-analysis », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 39(11), 2004, p. 899-905.
21. T. Fryers, D. Melzer, R. Jenkins, T. Brugha, « The distribution of the common mental disorders: Social inequalities in Europe », *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 1, 2005, p. 1-12.
22. H.G. Birbaum, R.C. Kessler, D. Kelley *et al.*, « Employer burden of mild, moderate, and severe major depressive disorder: Mental health services utilization and costs, and work performance », *Depression & Anxiety*, 27(1), 2010, p. 78-89.
23. L. Wulsin, T. Alterman, P. Timothy Bushnell *et al.*, « Prevalence rates for depression by industry: a claims database analysis », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(11), 2014, p. 1805-1821.
24. P.E. Greenberg, R.C. Kessler, G.H. Birbaum *et al.*, « The economic burden of depression in the United States: How did it change between 1990 and 2000? », *Journal of Clinical Psychiatry*, 64(12), 2003, p. 1465-1475.
25. J. Alonso, M.C. Angermeyer, S. Bernert *et al.*, « Prevalence of mental disorders in Europe: Results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 109, 2004, p. 21-27.
26. L. Balcerowicz, A. Rzoca, L. Kalina, A. Łaszek, *Economic Growth in the European Union (livre électronique du Conseil de Lisbonne)*, Bruxelles, Le Conseil de Lisbonne, 2013.
27. Gouvernement du Canada, *Énoncé économique et mise à jour budgétaire* (ministère des Finances, n° F2-147/2000F au catalogue), Ottawa, Ministère des Finances, 2000.

28. L. Goodwin, I. Ben-Zion, N.T. Fear *et al.*, « Are reports of psychological stress higher in occupational studies? A systematic review across occupational and population-based studies », *PLoS One*, (11), 2013, e78693.
29. D.E. Marcotte, V. Wilcox-Gök, P.D. Redmon, « Prevalence and patterns of major depressive disorder in the United States labor force », *Journal of Mental Health Policy and Economics*, 2(3), 1999, p. 123-131.
30. S. Norlund, C. Reuterwall, J. Hög *et al.*, « Work situation and self-perceived economic situation as predictors of change in burnout - A prospective general population-based cohort study Environmental and occupational health », *BMC Public Health*, 15, 2015, p. 1-9.
31. L.J. Curtis, W.J. MacMinn, « Healthcare utilization in Canada: Twenty-five years of evidence », *Canadian Public Policy / Analyse de politiques*, 34(1), 2008, p. 65-87.
32. A.M.H. Åhs, R. Westerling, « Healthcare utilization among persons who are unemployed or outside the labour force », *Health Policy*, 78(2-3), 2006, p. 178-193.
33. A. Beck, A. Lauren Crain, L.I. Solberg *et al.*, « Severity of depression and magnitude of productivity loss », *Annals of Family Medicine*, 9(4), 2011, p. 305-311.
34. L. Goodwin, S. Wessely, M. Hotopf *et al.*, « Are common mental disorders more prevalent in the UK serving military compared to the general working population? », *Psychological Medicine*, 45(9), 2015, p. 1881-1891.
35. T. Staiger, T. Waldmann, N. Rüsç, S. Krumm, « Barriers and facilitators of help-seeking among unemployed persons with mental health problems: A qualitative study », *BMC Health Services Research*, 17(1), 2017, p. 1-9.
36. S.B. Patten, J.V.A. Williams, D.H. Lavorato *et al.*, « Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012 », *Canadian Journal of Psychiatry*, 60(1), 2015, p. 23-30.
37. R.C. Kessler, A.M. Ruscio, K. Shear, H.-U. Wittchen, « Epidemiology of anxiety disorders ». Dans : M. Stein, T. Steckler, éd. *Behavioral Neurobiology of Anxiety and Its Treatment*, New York City, Springer, 2010, p. 21-35.
38. W.H. Chen, « Health and transitions into nonemployment and early retirement among older workers in Canada », *Economics & Human Biology*, 35, 2019, p. 193-206.
39. J. Samra, D. Davidson, M. Bowsfield, *The Evolution of Workplace Mental Health in Canada: Research Report (2007-2017)*, Centre pour la santé mentale de la Great West Life : rapport commandé, 2017.
40. J. Wang, E. Smailes, J. Sareen *et al.*, « The prevalence of mental disorders in the working population over the period of global economic crisis », *Canadian Journal of Psychiatry*, 55(9), 2010, p. 598-605.
41. M. Economou, E. Angelopoulos, L.E. Peppou *et al.*, « Enduring financial crisis in Greece: prevalence and correlates of major depression and suicidality », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 51(7), 2016, p. 1015-1024.
42. S.R. Erickson, S. Guthrie, M. VanEtten-Lee *et al.*, « Severity of anxiety and work-related outcomes of patients with anxiety disorders », *Depression & Anxiety*, 26(12), 2009, p. 1165-1171.
43. F. Wedegaertner, S. Arnhold-Kerri, N.A. Sittaro *et al.*, « Depression- and anxiety-related sick leave and the risk of permanent disability and mortality in the working population in Germany: A cohort study », *BMC Public Health*, 13(1), 2013, p. 1-10.
44. B.G. Bereza, M. Machado, M. Papadimitropoulos *et al.*, « A Markov Model Approach Assessing the Cost of Illness of Generalized Anxiety Disorder in Canada », *Neurology and Therapy*, 1(1), 2012, p. 1-17.
45. Statistique Canada, *Enquête canadienne sur la situation des entreprises : les répercussions de la COVID-19 sur les entreprises au Canada, mars 2020*, Statistique Canada, 2020.
46. A. Sunderland, L.C. Findlay, « Besoins perçus de soins de santé mentale au Canada : Résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale de 2012 », *Rapports sur la santé*, 24(9), 2013, p. 3-11.
47. D. Vigo, S. Patten, K. Pajer *et al.*, « Mental Health of Communities during the COVID-19 Pandemic », *Canadian Journal of Psychiatry*, 65(10), 2020, p. 681-687.