

# Trouble d'anxiété sociale — plus que de la timidité

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

## Résumé

### Objectifs

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

### Source des données

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

### Techniques d'analyse

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

### Principaux résultats

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

### Mots-clés

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

### Auteure

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

Margot Shields

**A**u cours de la vie, la plupart des gens ont déjà éprouvé un sentiment de gêne ou d'embarras face à une quelconque situation sociale ou de performance. Cependant, en pareille situation, les personnes atteintes de trouble d'anxiété sociale (appelé aussi phobie sociale) se sentent toute leur vie très mal à l'aise ou même paralysées parce qu'elles ont une peur intense d'être observées attentivement ou mises dans l'embarras. Par conséquent, soit elles évitent totalement les contacts sociaux, soit elles les redoutent et les subissent avec détresse intense<sup>1</sup>. Souvent méconnu et confondu avec de la simple timidité, le trouble d'anxiété sociale correspond, selon plusieurs études, à un état chronique et persistant caractérisé par de forts sentiments d'anxiété et une altération significative du fonctionnement<sup>2-5</sup>. On parle avec raison de « timidité malade »<sup>6</sup>.

Déterminer combien de personnes souffrent réellement de trouble d'anxiété sociale reste difficile, puisque la plupart ne s'adressent pas à un professionnel de la santé pour se faire traiter<sup>3, 6-12</sup>. Le trouble d'anxiété sociale a été considéré comme un état rare et habituellement bénin jusque dans les années 1980<sup>13</sup>, quand il a été reconnu comme trouble distinct dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*<sup>14</sup>. Puis, durant les années 1990, plusieurs études épidémiologiques ont donné à penser que le trouble d'anxiété sociale était associé à une altération significative du comportement et qu'il était plus prévalent qu'on ne l'avait cru initialement<sup>3, 10, 13, 15, 16</sup>. Il était considéré alors comme l'un des troubles mentaux les plus courants<sup>3, 10, 13, 15, 16</sup>. Toutefois, comme peu de personnes se font traiter par des professionnels de la santé, les études épidémiologiques fondées sur la population constituent en réalité le seul moyen d'estimer la prévalence du trouble d'anxiété sociale et le fardeau qu'il peut représenter.

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

### Mesure du trouble d'anxiété sociale

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

*texte* (DSM-IV®-TR)<sup>1</sup>. La CIDI a été conçue pour mesurer la prévalence des troubles mentaux au sein de la collectivité et elle peut être administrée par des intervieweurs non professionnels. (Les questions et l'algorithme utilisés pour mesurer le trouble d'anxiété sociale dans l'ESCC figurent à l'Annexe. Le questionnaire du cycle 1.2 de l'ESCC figure dans le site Web de Statistique Canada à [www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)<sup>17</sup>.)

### Situations redoutées

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

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

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

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

<sup>†</sup> Catégorie de référence.

<sup>‡</sup> Pour les personnes de 25 à 64 ans.

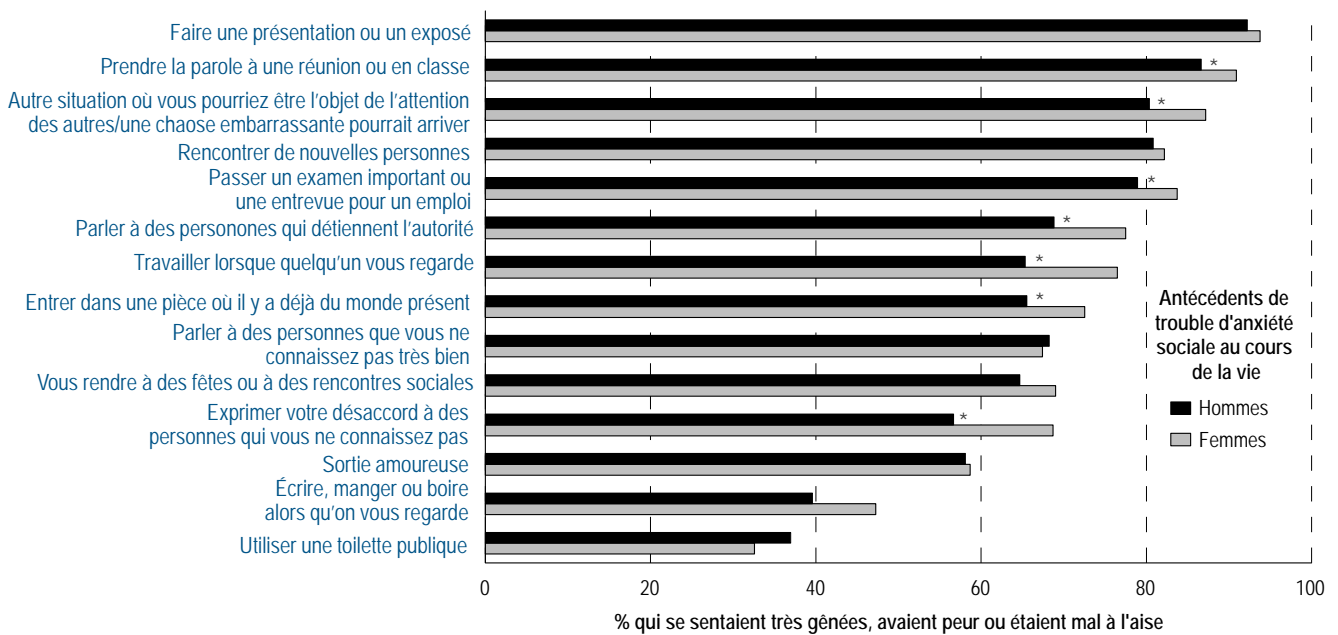
\* Valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ).

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

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

Graphique 1

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



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

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

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

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

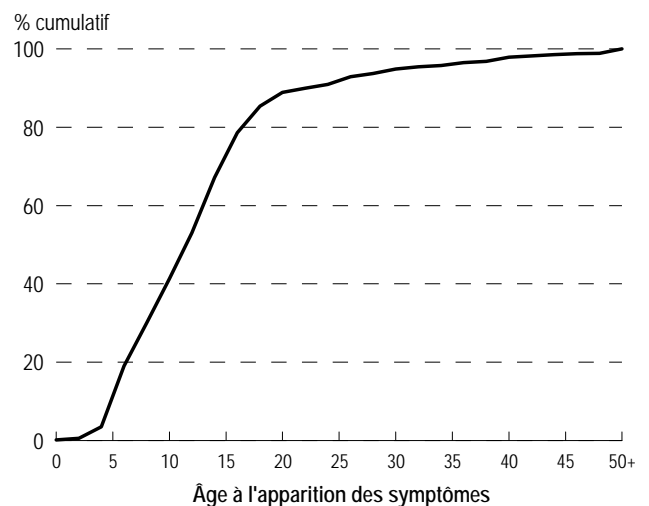
Les personnes qui souffrent de trouble d'anxiété sociale appréhendent le plus souvent une situation de performance ou d'avoir à prendre la parole en public. Plusieurs autres situations sont en outre source d'anxiété pour bon nombre, notamment, rencontrer de nouvelles personnes, parler à quiconque détient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

### Problèmes qui apparaissent tôt et qui persistent

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

Graphique 2

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



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

## Méthodologie

### Source des données

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

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

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

### Techniques d'analyse

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

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

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

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

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

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

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

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

au cours de leur vie en ressentait les symptômes en moyenne pendant 20 ans. Toutefois, cela sous-estime le véritable fardeau que représente ce trouble, puisque de nombreuses personnes en souffraient encore au moment de l'enquête.

### *Trouble plus courant chez les femmes*

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

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

### *L'état matrimonial est un facteur*

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

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

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

### *Revenu inférieur, prévalence plus élevée*

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

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

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

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

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

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

### Plus forte probabilité d'autres troubles

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

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

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

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

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

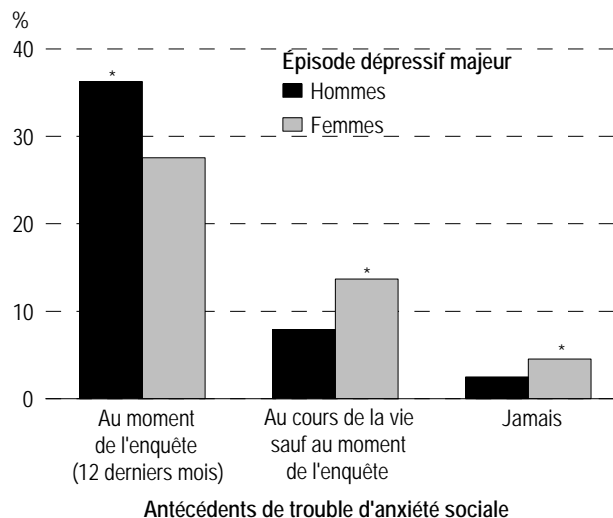
Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002

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

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

Graphique 3

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



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

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

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

### L'anxiété précède souvent d'autres troubles

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

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

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

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

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

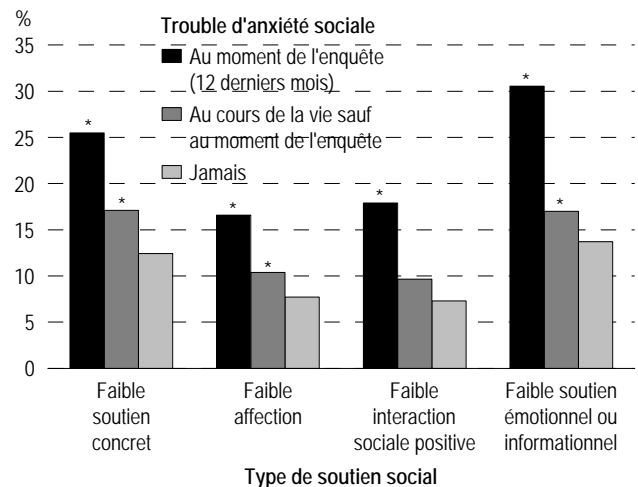
### Absence de soutien social

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

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

Graphique 4

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



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

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

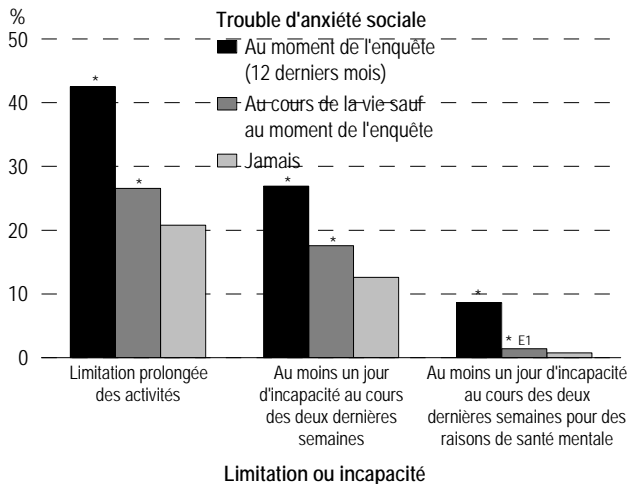
faibles niveaux de chaque type de soutien (graphique 4). Même si la situation des personnes qui ne présentent plus de symptômes de ce trouble est légèrement meilleure, elles demeurent plus susceptibles de bénéficier d'un faible soutien social comparativement aux personnes qui n'ont pas d'antécédents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

### Plus forte probabilité de limitations, d'incapacité

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

Graphique 5

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



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

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

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

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

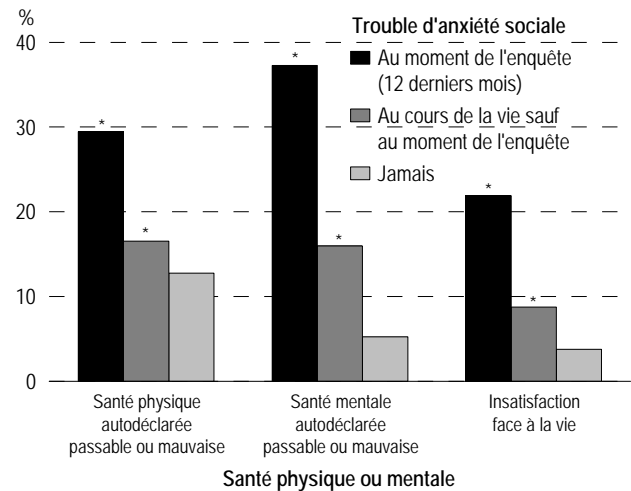
Les différences sur le plan du nombre de jours d'incapacité pour cause de problème de santé mentale ou émotionnelle ou de consommation d'alcool ou de drogue sont encore plus prononcées. Les personnes souffrant d'un trouble d'anxiété sociale au moment de l'enquête étaient plus de 10 fois plus susceptibles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

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

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

Graphique 6

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



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

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

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

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

### Mesure du fardeau

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



## Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Pour chaque question, les participants devaient indiquer si ce soutien leur était disponible « jamais », « rarement », « parfois », « la plupart du temps » ou « tout le temps ». En se fondant sur ces questions, quatre dimensions du soutien social ont été mesurées : le *soutien concret* (questions 1, 4, 11 et 14), l'*affection* (questions 5, 9 et 19), l'*interaction sociale positive* (questions 6, 10, 13 et 17) et le

## Définitions – fin

*soutien émotionnel ou informationnel* (questions 2, 3, 7, 8, 12, 15, 16 et 18)<sup>37</sup>. Pour chaque dimension, le participant a été classé comme ayant un faible soutien social si la réponse à au moins l'un des points permettant de mesurer la dimension était « jamais » ou « parfois ».

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

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

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

mesurer l'*autoévaluation de l'état de santé mentale*.

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

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

Pour les besoins de l'ESCC, le *traitement par un professionnel* a été défini comme la consultation d'un médecin ou d'un autre professionnel au sujet de leurs appréhensions sociales. La catégorie « autre professionnel » comprenait les psychologues, les psychiatres, les travailleurs sociaux, les conseillers, les conseillers spirituels, les homéopathes, les acuponcteurs et les groupes de soutien.

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

La question de savoir s'il est à propos de tenir compte de l'effet d'autres problèmes de santé et d'autres troubles lorsqu'on cherche à mesurer le fardeau que représente le trouble d'anxiété sociale a été débattue. Comme ce trouble s'accompagne souvent d'autres troubles mentaux, ne pas tenir compte de leur effet peut limiter les évaluations de l'association entre le trouble d'anxiété sociale et l'altération du comportement<sup>6</sup>. Toutefois, s'il y a une relation de cause à effet entre le trouble d'anxiété sociale et d'autres troubles mentaux, il faudrait inclure son effet (sans apporter de correction) au moment d'évaluer le fardeau total de la maladie<sup>13</sup>. Dans la

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

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

Tableau 4

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

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

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

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

<sup>†</sup> Catégorie de référence.

\*p < 0,05.

... N'ayant pas lieu de figurer.

### La majorité ne cherche pas à se faire traiter

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

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

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

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

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

## Limites

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

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

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

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

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

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

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

Tableau 5

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Les faibles taux de traitement des personnes souffrant de trouble d'anxiété sociale et le nombre d'années qu'elles attendent avant de consulter sont inquiétants étant donné que, dans de nombreux cas,

le trouble peut être traité avec succès. En fait, la majorité (69 %) des participants à l'ESCC qui ont consulté un professionnel de la santé ont trouvé le traitement reçu utile et efficace.

### Mot de la fin

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

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

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

qui souffrent de trouble d'anxiété sociale peuvent trouver extrêmement difficile de s'engager et de fournir l'effort nécessaire pour entreprendre et suivre un programme de traitement en bonne et due forme<sup>20</sup>. Qui plus est, s'ils y parviennent, ils peuvent avoir de la difficulté à trouver un professionnel ayant reçu la

formation voulue<sup>11,20,43</sup>. Cependant, selon d'autres études, l'intervention et le traitement précoces peuvent permettre aux personnes atteintes de ce trouble non seulement de réaliser leur plein potentiel, mais aussi de prévenir l'apparition d'autres troubles mentaux<sup>3,6,21</sup>. ■

## Références

1. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, quatrième édition, texte révisé, Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
2. M.J. Chartier, A.L. Hazen et M.B. Stein, « Lifetime patterns of social phobia: a retrospective study of the course of social phobia in a nonclinical population », *Depression and Anxiety*, 7(3), 1998, p. 113-121.
3. M.B. Keller, « The lifelong course of social anxiety disorder: a clinical perspective », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 108(supplément 417), 2003, p. 85-94.
4. J.-P. Lépine et A. Pelissolo, « Why take social anxiety disorder seriously? », *Depression and Anxiety*, 11(3), 2000, p. 87-92.
5. K.A. Yonkers, I.R. Dyck et M.B. Keller, « An eight-year longitudinal comparison of clinical course and characteristics of social phobia among men and women. », *Psychiatric Services*, 52(5), 2001, p. 637-643.
6. R.C. Kessler, « The impairments caused by social phobia in the general population: implications for intervention. » *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 108(supplément 417), 2003, p. 19-27.
7. J.D. Lipsitz et F.R. Schneier, « Social phobia. Epidemiology and cost of illness », *Pharmacoeconomics*, 18(1), 2000, p. 23-32.
8. M. Olfson, M. Guardino, E. Struening *et al.*, « Barriers to the treatment of social anxiety », *American Journal of Psychiatry*, 157(4), 2000, p. 521-527.
9. J. Ross, « Social phobia: the consumer's perspective », *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(supplément 12), 1993, p. 5-9.
10. F.R. Schneier, J. Johnson, C.D. Hornig *et al.*, « Social phobia. Comorbidity and morbidity in an epidemiologic sample », *Archives of General Psychiatry*, 49(4), 1992, p. 282-288.
11. M.B. Stein et J.M. Gorman, « Unmasking social anxiety disorder », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 26(3), 2001, p. 185-189.
12. H.-U. Wittchen et L. Fehm, « Epidemiology and natural course of social fears and social phobia », *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum*, 108(supplément 417), 2003, p. 4-18.
13. D.J. Katzelnick et J.H. Greist, « Social anxiety disorder: an unrecognized problem in primary care », *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 11-16.
14. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, troisième édition, Washington DC, American Psychiatric Association, 1980.
15. R.C. Kessler, P. Stang, H.-U. Wittchen *et al.*, « Lifetime co-morbidities between social phobia and mood disorders in the US National Comorbidity Survey », *Psychological Medicine*, 29(3), 1999, p. 555-567.
16. T. Furmark, M. Tillfors, P.-O. Everz *et al.*, « Social phobia in the general population: prevalence and sociodemographic profile », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34(8), 1999, p. 416-424.
17. Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2, disponible à : [http://www.statcan.ca/english/concepts/health/cycle1\\_2/index.htm](http://www.statcan.ca/english/concepts/health/cycle1_2/index.htm). Accessed May 11, 2004.
18. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
19. M.J. Chartier, J.R. Walker et M.B. Stein, « Considering comorbidity in social phobia », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 38(12), 2003, p. 728-734.
20. L. Sareen et M. Stein, « A review of the epidemiology and approaches to the treatment of social anxiety disorder », *Drugs*, 59(3), 2000, p. 497-509.
21. E. Weiller, J.-C. Bisseurbe, P. Boyer *et al.*, « Social phobia in general health care: an unrecognized undertreated disabling disorder », *British Journal of Psychiatry*, 168(2), 1996, p. 169-174.
22. J.N.K. Rao, G.F.J. Wu et K. Yue, « Quelques travaux récents sur les méthodes de rééchantillonnage applicables aux enquêtes complexes », *Techniques d'enquête*, 18(2), 1992, p. 225-234 (Statistique Canada, n° 12-001 au catalogue).
23. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5, 1996, p. 281-310.
24. D. Yeo, H. Mantel et T.P. Liu, « Bootstrap Variance Estimation for the National Population Health Survey », *American Statistical Association: Proceedings of the Survey Research Methods Section*, Baltimore, Maryland, août 1999.
25. D.J. DeWit, A. Ogborne, D.R. Offord *et al.*, « Antecedents of the risk of recovery from DSM-III-R social phobia », *Psychological Medicine*, 29(3), 1999, p. 569-582.
26. L. Lampe, T. Slade, C. Issakidis *et al.*, « Social phobia in the Australian National Survey of Mental Health and Well-Being (NSMHWB) », *Psychological Medicine*, 33(4), 2003, p. 637-646.
27. M.B. Stein et Y.M. Kean, « Disability and quality of life in social phobia: epidemiologic findings », *American Journal of Psychiatry*, 157(10), 2000, p. 1606-1613.
28. A.J. Lang et M.B. Stein, « Social phobia: prevalence and diagnostic threshold », *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 5-10.
29. J.R.T. Davidson, « Social anxiety disorder under scrutiny », *Depression and Anxiety* 11(3), 2000, p. 93-98.
30. S.A. Montgomery, « Social phobia: the need for treatment », *International Clinical Psychopharmacology*, 12(supplément 6), 1997, p. S3-S9.
31. M.R. Liebowitz, « Update on the diagnosis and treatment of social anxiety disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 60(supplément 18), 1999, p. 22-26.

32. M.B. Stein, M. Fuetsch, N. Müller *et al.*, « Social anxiety disorder and the risk of depression: a prospective community study of adolescents and young adults », *Archives of General Psychiatry*, 58(3), 2001, p. 251-256.
33. C.J. Bell, A.L. Malizia et D.J. Nutt, « The neurobiology of social phobia », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 249(supplément 1), 1999, p. S11-S18.
34. R.B. Lydiard, « Social anxiety disorder: comorbidity and its implications » *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 17-24.
35. Y. Lecrubier et E. Weiller, « Comorbidities in social phobia » *International Clinical Psychopharmacology*, 12(supplément 6), 1997, p. S17-S21.
36. N.J. Coupland, « Social phobia: etiology, neurobiology, and treatment » *Journal of Clinical Psychiatry*, 62(supplément 1), 2001, p. 25-35.
37. C.D. Sherbourne, A.L. Stewart, « The MOS social support survey », *Social Science and Medicine*, 32(6), 1991, p. 705-714.
38. M.G. Kushner, K.J. Sher et D.J. Erickson, « Prospective analysis of the relation between DSM-III anxiety disorders and alcohol use disorders », *American Journal of Psychiatry*, 156(5), 1999, p. 723-732.
39. D.C. Beidel, « Social anxiety disorder: etiology and early clinical presentation », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(supplément 17), 1998, p. 27-32.
40. Y. Lecrubier, « Comorbidity in social anxiety disorder: impact on disease burden and management », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(supplément 17), 1998, p. 33-38.
41. H.G.M. Westenberg, « The nature of social anxiety disorder », *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(supplément 17), 1998, p. 20-26.
42. K.R. Merikangas et J. Angst, « Comorbidity and social phobia: evidence from clinical, epidemiologic, and genetic studies », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 244(6), 1995, p. 297-303.
43. M.B. Stein, « Coming face-to-face with social phobia », *American Family Physician*, 60(8), 1999, p. 2244-2247.

## Annexe

Tableau A

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

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

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

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

† Catégorie de référence.

\*  $p < 0,05$ .

... N'ayant pas lieu de figurer.



Tableau B

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

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

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

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

<sup>†</sup> Catégorie de référence.

\*  $p < 0,05$ .

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau C

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

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

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

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

<sup>†</sup> Catégorie de référence.

\*  $p < 0,05$ .

... N'ayant pas lieu de figurer.

Tableau D

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

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

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

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

<sup>†</sup> Catégorie de référence.

\*  $p < 0,05$ .

... N'ayant pas lieu de figurer.

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À  
**[www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)**



# Annexe



PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À  
**[www.statcan.ca](http://www.statcan.ca)**



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

Le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) — Santé mentale et bien-être a été réalisé dans les 10 provinces en 2002. L'enquête a eu recours à la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) pour évaluer la prévalence de divers troubles mentaux au sein de la population canadienne de 15 ans et plus vivant à domicile. La WMH-CIDI, conçue pour être administrée par des intervieweurs non professionnels, est fondée de façon générale sur les critères diagnostiques énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*<sup>1</sup>. Selon les conseils de spécialistes dans le domaine de la santé mentale, la WMH-CIDI et les algorithmes utilisés pour mesurer les troubles mentaux ont été révisés au cours d'une certaine période. Le questionnaire de l'ESCC peut être consulté à l'adresse [www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1\\_2/index\\_f.htm](http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle1_2/index_f.htm). La présente annexe donne les détails des algorithmes particuliers utilisés pour définir les troubles mentaux dans l'ESCC.

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

## Dépendance à l'égard de l'alcool

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

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

« Au cours des 12 derniers mois :

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

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

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

Ce questionnaire abrégé a été élaboré afin de produire une mesure fondée sur les critères A et B du diagnostic du trouble d'utilisation de substances psychoactives du DSM-III-R<sup>2</sup>. Les participants à l'enquête qui ont déclaré au moins trois symptômes étaient considérés comme ayant une **dépendance à l'égard de l'alcool**<sup>3</sup>.



## Dépendance à l'égard des drogues illicites

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

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

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

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

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

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

Les intervieweurs ont lu l'énoncé suivant :

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

On a ensuite demandé aux participants :

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

ou

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

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

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

et

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

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

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

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

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

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

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



## Trouble d'anxiété sociale

### Questions de dépistage :

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

#### OUI à : Question 1

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

OU

#### Question 2

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

ET

#### OUI à : Question 3

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

ET

#### OUI à : Question 4

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

OU

#### Question 5

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

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

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

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

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

#### Critère 1, au cours de la vie

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

#### 1A

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

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

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

#### 1B

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

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

#### Critère 2, au cours de la vie

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

#### Critère 3, au cours de la vie

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

#### Critère 4, au cours de la vie

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

#### 4A

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

#### 4B

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

#### 4C

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

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

#### 4D

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

#### 4E

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

#### Critère 5, au cours de la vie

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

**5A**

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

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

**5B**

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

**5C**

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

**5D**

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

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

**Critère 6**

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

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

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

**Critère 1, au moment de l'enquête**

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

**Critère 2, au moment de l'enquête**

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

**Critère 3, au moment de l'enquête**

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

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

### 3A

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

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

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

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

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

### 3B

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

### 3C

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

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

### 3D

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

## Trouble bipolaire I

### Questions de dépistage :

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

#### OUI à : Question 1

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

OU

#### OUI à : Question 2

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

ET

#### Question 3

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

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

### Épisode maniaque, antécédents au cours de la vie

#### Critère 1, au cours de la vie

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

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

#### 1A

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

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

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

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

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

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

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

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

### 1B

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

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

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

ou

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

#### 2. *Réduction du besoin de sommeil*

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

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

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

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

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

dans votre esprit que vous ne pouviez les suivre? »

#### 5. *Distractabilité*

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

ou

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

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

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

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

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

ou

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

ou

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

### 1C

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



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

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

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

*ou*

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

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

*ou*

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

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

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

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

*ou*

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

*ou*

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

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

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

## Trouble dépressif majeur

### Questions de dépistage :

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

#### OUI à : Question 1

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

OU

#### Question 2

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

OU

#### Question 3

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

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

### Trouble dépressif majeur, antécédents au cours de la vie

#### Critère 1, au cours de la vie

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

#### 1A

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

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

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

**1B**

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

1. *Humeur déprimée*

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

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

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

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

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

4. *Insomnie ou hypersomnie*

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

5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur*

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

6. *Fatigue ou perte d'énergie*

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

7. *Sentiment de dévalorisation*

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

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

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

### 9. Pensées de mort récurrentes

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

#### Critère 2, au cours de la vie

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

##### 2A

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

##### 2B

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

##### 2C

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

##### 2D

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

#### Critère 3, au cours de la vie

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

##### 3A

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

##### 3B

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

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

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

#### Critère 1, au moment de l'enquête

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

#### Critère 2, au moment de l'enquête

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

#### Critère 3, au moment de l'enquête

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*Réponse* : Le participant devait répondre « Oui » .

## Trouble panique

### Questions de dépistage :

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

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

OU

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

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

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

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

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

### **Trouble panique, antécédents au cours de la vie**

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

#### **Critère 1**

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

#### **Critère 2**

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

##### **1A**

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

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

changé vos activités quotidiennes à cause de vos attaques? »

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

##### **1B**

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

et

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

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

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

#### **Critère 1**

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

#### **Critère 2**

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

ou

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

#### **Critère 3**

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

## Références

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