

Trouble bipolaire I, soutien social et travail

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

Résumé

Objectifs

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

Source des données

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

Techniques d'analyse

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

Principaux résultats

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

Mots-clés

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

Auteure

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

Kathryn Wilkins

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

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

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

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

Méthodologie

Source des données

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

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

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

Techniques d'analyse

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

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

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

Coefficients de corrélation de Pearson entre les variables de soutien social

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

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

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

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

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

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

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

Symptômes

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

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

Plus d'un demi-million de personnes atteintes

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

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

Définitions

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La somme maximale des scores pour ces éléments était 12.

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

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

Le score maximal pour ces éléments était 32.

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

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

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

Le score maximal pour ces éléments était 16.

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

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

Le score maximal pour ces éléments était 16.

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

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

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

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

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

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

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

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

Trouble plus courant au début de l'âge adulte

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

déclaration peuvent tenir également à des erreurs de mémoire.

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

Autres troubles mentaux

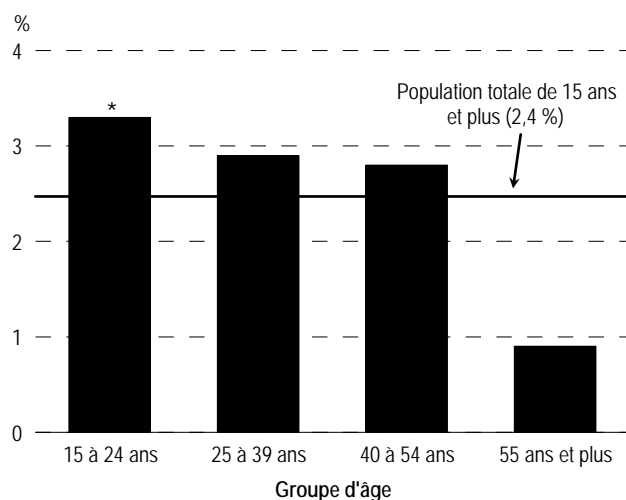
Dans la fourchette de 25 à 64 ans, qui correspond aux années habituelles d'activité sur le marché du travail, le taux global de prévalence du trouble bipolaire I au cours de la vie en 2002 était de 2,6 %, ce qui représente quelque 444 000 personnes. Le trouble bipolaire I n'était pas le seul problème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

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

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

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

Graphique 1
Prévalence du trouble bipolaire I au cours de la vie, selon le groupe d'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Problèmes de santé chroniques

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

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

Le soutien social est moins disponible

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

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

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

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

La majorité travaille

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

Tableau 2

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

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

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

[†] Catégorie de référence.

[‡] Au cours de la vie.

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

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

^F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

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

Soutien et travail

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

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

Obstacles

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

Tableau 3
Rapports corrigés de cotes établissant le lien entre le soutien social ainsi que certaines autres caractéristiques et l'emploi au cours de la semaine précédente, population à domicile de 25 à 64 ans souffrant de trouble bipolaire I, Canada, territoires non compris, 2002

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

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

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

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

‡ Utilisée comme variable continue dans le modèle.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

Limites

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Mot de la fin

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

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

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

Références

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

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

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

PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



Annexe



PUBLICATIONS ÉLECTRONIQUES DISPONIBLES À
www.statcan.ca



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

Le cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) — Santé mentale et bien-être a été réalisé dans les 10 provinces en 2002. L'enquête a eu recours à la World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) pour évaluer la prévalence de divers troubles mentaux au sein de la population canadienne de 15 ans et plus vivant à domicile. La WMH-CIDI, conçue pour être administrée par des intervieweurs non professionnels, est fondée de façon générale sur les critères diagnostiques énoncés dans le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition, Révision du texte (DSM-IV®-TR)*¹. 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. La présente annexe donne les détails des algorithmes particuliers utilisés pour définir les troubles mentaux dans l'ESCC.

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

Dépendance à l'égard de l'alcool

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

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

« Au cours des 12 derniers mois :

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

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

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

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

Dépendance à l'égard des drogues illicites

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

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

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

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

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

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

Les intervieweurs ont lu l'énoncé suivant :

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

On a ensuite demandé aux participants :

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

ou

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

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

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

et

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

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

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

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

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

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

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



Trouble d'anxiété sociale

Questions de dépistage :

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

OUI à : Question 1

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

OU

Question 2

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

ET

OUI à : Question 3

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

ET

OUI à : Question 4

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

OU

Question 5

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

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

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

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

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

Critère 1, au cours de la vie

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

1A

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

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

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

1B

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

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

Critère 2, au cours de la vie

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

Critère 3, au cours de la vie

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

Critère 4, au cours de la vie

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

4A

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

4B

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

4C

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

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

4D

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

4E

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

Critère 5, au cours de la vie

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

5A

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

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

5B

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

5C

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

5D

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

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

Critère 6

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

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

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

Critère 1, au moment de l'enquête

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

Critère 2, au moment de l'enquête

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

Critère 3, au moment de l'enquête

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

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

3A

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

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

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

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

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

3B

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

3C

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

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

3D

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

Trouble bipolaire I

Questions de dépistage :

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

OUI à : Question 1

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

OU

OUI à : Question 2

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

ET

Question 3

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

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

Épisode maniaque, antécédents au cours de la vie

Critère 1, au cours de la vie

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

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

1A

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

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

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

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

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

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

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

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

1B

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

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

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

ou

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

2. *Réduction du besoin de sommeil*

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

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

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

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

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

dans votre esprit que vous ne pouviez les suivre? »

5. *Distractabilité*

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

ou

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

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

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

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

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

ou

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

ou

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

1C

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

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

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

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

ou

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

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

ou

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

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

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

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

ou

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

ou

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

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

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

Trouble dépressif majeur

Questions de dépistage :

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

OUI à : Question 1

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

OU

Question 2

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

OU

Question 3

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

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

Trouble dépressif majeur, antécédents au cours de la vie

Critère 1, au cours de la vie

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

1A

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

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

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

1B

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

1. *Humeur déprimée*

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

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

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

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

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

4. *Insomnie ou hypersomnie*

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

5. *Agitation ou ralentissement psychomoteur*

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

6. *Fatigue ou perte d'énergie*

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

7. *Sentiment de dévalorisation*

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

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

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

9. Pensées de mort récurrentes

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

Critère 2, au cours de la vie

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

2A

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

2B

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

2C

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

2D

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

Critère 3, au cours de la vie

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

3A

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

3B

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

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

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

Critère 1, au moment de l'enquête

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

Critère 2, au moment de l'enquête

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

Critère 3, au moment de l'enquête

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Réponse : Le participant devait répondre « Oui » .

Trouble panique

Questions de dépistage :

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

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

OU

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

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

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

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

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

Trouble panique, antécédents au cours de la vie

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

Critère 1

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

Critère 2

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

1A

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

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

changé vos activités quotidiennes à cause de vos attaques? »

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

1B

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

et

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

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

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

Critère 1

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

Critère 2

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

ou

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

Critère 3

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

Références

1. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, quatrième édition*, 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.