

Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites

- En 2002, plus de 600 000 Canadiens avaient une dépendance à l'alcool et près de 200 000, une dépendance aux drogues illicites.
- La dépression est fréquente chez les personnes ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues.
- L'abus d'alcool a tendance à provoquer la dépression, mais, parallèlement, la dépression mène à l'abus d'alcool.

Résumé

Objectifs

Le présent article donne des estimations de la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites chez les Canadiens de 15 ans et plus. L'analyse se penche également sur la question de la comorbidité en relation avec la dépression.

Sources des données

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

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées ont permis d'estimer la prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites en fonction de certaines caractéristiques. La modélisation par régression logistique multiple a en outre servi à déterminer si les associations observées persistaient après avoir tenu compte de l'effet des facteurs éventuellement confusionnels. La modélisation a aussi permis de vérifier les relations temporelles entre l'abus d'alcool fréquent et la dépression.

Principaux résultats

En 2002, selon les estimations, 641 000 personnes (2,6 % de la population à domicile de 15 ans et plus) souffraient d'une dépendance à l'alcool et 194 000 (0,8 %), d'une dépendance aux drogues illicites. La prévalence de la dépression était plus élevée chez ces personnes que dans l'ensemble de la population. L'abus d'alcool plus d'une fois par semaine est un facteur de risque de vivre un épisode de dépression et la dépression est un facteur de risque de l'apparition de l'abus fréquent d'alcool.

Mots-clés

Troubles liés à la consommation de substances psychoactives, drogues illicites, alcoolisme, problèmes sociaux, dépression, santé mentale comorbidité.

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé à Statistique Canada, au bureau régional de Toronto, 25 St. Clair Avenue E., Toronto, Ontario, M4T 1M4.

Michael Tjepkema

Une grande majorité de Canadiens boivent de l'alcool régulièrement¹, et une proportion importante ont déjà consommé des drogues illicites². Chez certaines de ces personnes, la consommation de substances psychoactives a entraîné une dépendance. L'instabilité sociale, émotionnelle et économique que cause cette dépendance chez les individus, leur famille et leur entourage est bien connue³. La dépendance aux substances psychoactives entraîne également des conséquences physiques, dont une plus forte morbidité⁴ et une plus courte espérance de vie⁵⁻⁷ que l'ensemble de la population, dues en partie à un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques, de blessures^{5,8} et de tentatives de suicide⁹. En outre, l'abus d'alcool ou de drogues coexiste fréquemment avec des troubles mentaux^{4,10-16}, mais il n'est pas toujours facile de savoir quel problème est survenu le premier¹⁷.

À l'aide des données tirées du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être, l'article présente les taux de prévalence de la dépendance à l'alcool et aux drogues illicites pour la population à domicile de 15 ans et plus. Il porte aussi sur la relation de comorbidité avec la dépression. Des données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) sont en outre utilisées pour étudier l'association temporelle entre l'abus fréquent d'alcool et la dépression (voir *Sources des données, Définitions, Techniques d'analyse et Limites*).

La plupart boivent et plusieurs prennent des drogues

Selon l'ESCC de 2002, environ 19,3 millions de personnes, c'est-à-dire 77 % de la population de 15 ans et plus, avaient consommé de l'alcool au cours des 12 mois précédents (tableau 1). Environ 8,8 millions, soit 35 % de la population adulte, avaient vécu au moins un épisode de consommation abusive d'alcool (cinq verres ou plus en une seule occasion). Près de la moitié (48 %) des buveurs excessifs ont indiqué que ce genre d'épisode survenait au moins une fois par mois (tableau 2).

Sources des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

Les données sur la consommation d'alcool et d'autres drogues, sur la dépendance à ces substances et sur les associations à la dépression proviennent du cycle 1.2 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être. Cette enquête a débuté en mai 2002 et a été réalisée sur une période de huit mois. L'enquête couvre les personnes de 15 ans et plus vivant à domicile dans les 10 provinces. Les personnes vivant en établissement, les résidents des trois territoires, des réserves indiennes et de certaines régions éloignées et les membres à temps plein des Forces canadiennes ne font pas partie du champ de l'enquête.

L'échantillon a été tiré à partir de la base aréolaire utilisée pour l'Enquête sur la population active du Canada. Les logements compris dans cette base aréolaire ont été sélectionnés selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. Une personne de 15 ans et plus a été choisie au hasard dans chaque ménage échantillonné. Les participants à l'enquête ont été sélectionnés de manière à ce que les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) soient surreprésentés, pour assurer que les échantillons soient de taille suffisante pour ces groupes d'âge. Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'enquête sont décrits de façon plus détaillée dans des rapports publiés antérieurement et dans le site Web de Statistique Canada^{18,19}.

Toutes les interviews ont été menées au moyen d'une application assistée par ordinateur. La plupart (86 %) ont été réalisées sur place et les autres, par téléphone. Les personnes sélectionnées qui ont participé à l'enquête ont dû fournir elles-mêmes les renseignements demandés, la réponse par procuration n'étant pas acceptée. En tout, 36 984 personnes de 15 ans et plus ont participé à l'enquête, ce qui représente un taux de réponse de 77 %.

Enquête nationale sur la santé de la population

L'analyse des associations entre l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine et la dépression porte sur des données longitudinales recueillies au cours de cinq cycles (1994-1995 à 2002-2003) de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP). Lancée en 1994-1995, l'ENSP est conçue pour recueillir des renseignements sur la santé des Canadiens tous les deux ans. Elle couvre la population à domicile et les personnes vivant en établissement de santé des 10 provinces et des 3 territoires, sauf les habitants des réserves indiennes, des bases des Forces canadiennes et de certaines régions éloignées. Les données de l'ENSP sur lesquelles porte l'article ont trait à la population à domicile de 15 ans et plus des 10 provinces.

En 1994-1995, 20 095 personnes ont été sélectionnées pour faire partie du panel longitudinal. Cette année-là, 17 276 membres du panel ont fourni les renseignements demandés, ce qui représente un taux de réponse de 86,0 %. Ces 17 276 personnes ont été interviewées tous les deux ans. Fondés sur ces 17 276 personnes, les taux de réponse aux cycles subséquents sont : 92,8 % pour le cycle 2 (1996-1997), 88,2 % pour le cycle 3 (1998-1999), 84,8 % pour le cycle 4 (2000-2001) et 80,6 % pour le cycle 5 (2002-2003). Le plan de sondage, l'échantillon et les méthodes d'interview de l'ENSP sont décrits plus en détail dans des rapports déjà publiés^{20,21}.

La présente analyse porte sur le fichier longitudinal « carré » du cycle 5 (2002-2003) qui contient les enregistrements pour tous les membres répondants du panel original (17 276), que l'on ait ou non recueilli les renseignements à leur sujet lors des cycles subséquents.

Tableau 1
Consommation d'alcool et de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre estimé		Nombre estimé		Nombre estimé	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Toute consommation d'alcool	19 273	77,1	10 066	82,0	9 207	72,5*
Abus d'alcool	8 775	35,3	5 692	46,6	3 083	24,3*
Toute drogue illicite	3 135	12,6	1 947	15,9	1 188	9,4*
Cannabis uniquement	2 538	10,2	1 551	12,7	988	7,8*
Au moins une autre drogue [†]	593	2,4	393	3,2	199	1,6*

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

Nota : Comme des valeurs manquent pour certaines drogues illicites, la somme des chiffres peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

† Cocaine, speed, ecstasy, hallucinogènes, héroïne, inhalation de solvants.

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

Tableau 2
Fréquence de l'abus d'alcool chez les buveurs excessifs et fréquence de la consommation de drogues illicites chez les utilisateurs de drogues, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre estimé		Nombre estimé		Nombre estimé	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Abus d'alcool	8 775	100,0	5 692	100,0	3 083	100,0
Moins d'une fois par mois	4 553	51,9	2 549	44,8	2 004	65,0*
De 1 à 3 fois par mois	2 591	29,5	1 831	32,2	759	24,6*
Une fois par semaine	1 034	11,8	802	14,1	232	7,5*
Plus d'une fois par semaine	597	6,8	509	8,9	88	2,8*
Consommation de drogues illicites	3 135	100,0	1 947	100,0	1 188	100,0
Moins d'une fois par mois	1 614	51,5	881	45,2	734	61,8*
De 1 à 3 fois par mois	528	16,8	340	17,5	188	15,8
Une fois par semaine	276	8,8	202	10,4	75	6,3*
Plus d'une fois par semaine	436	13,9	326	16,7	110	9,2*
Quotidiennement	281	9,0	199	10,2	82	6,9*

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

Nota : Comme des valeurs manquent pour la fréquence de la consommation de drogues, la somme des totaux partiels peut ne pas correspondre aux totaux indiqués.

* Valeur significativement différente de l'estimation pour les hommes ($p < 0,05$).

En 2002, environ 3,1 millions de personnes, soit 13 % de la population, ont dit qu'elles avaient consommé des drogues illicites l'année précédente. Le cannabis est la substance qui a été mentionnée le plus fréquemment (10 %); des drogues telles que la cocaïne, l'ecstasy et les hallucinogènes ont été consommées par 2,4 % de la population, soit environ 590 000 personnes. Près de la moitié des personnes qui consommaient de la drogue (49 %) l'avaient fait au moins une fois par mois et 9 % ont admis en consommer tous les jours.

Consommation plus fréquente chez les hommes

Les hommes sont proportionnellement plus nombreux que les femmes à abuser de l'alcool ou à prendre des drogues illicites^{1,22-24}. Selon les données de l'ESCC, 47 % des hommes avaient eu des épisodes de consommation abusive d'alcool l'année qui a précédé l'enquête, comparativement à 24 % des femmes (tableau 1). Plus de la moitié (55 %) des hommes qui ont dit abuser de l'alcool ont déclaré que ce genre d'épisode survenait tout au moins à chaque mois; la proportion correspondante chez les femmes est de 35 % (tableau 2).

Le profil est le même pour les drogues illicites : 16 % des hommes et 9 % des femmes en avaient consommé l'année qui a précédé l'enquête. Plus de la moitié des hommes (55 %), comparativement à 38 % des femmes, avaient déclaré consommer tout au moins sur une base mensuelle. En tout, 10 % et 7 % de ces groupes, respectivement, avaient pris de la drogue quotidiennement.

Dans la vingtaine

La prévalence de l'abus d'alcool et de la consommation de drogues illicites atteint un sommet chez les personnes au début de la vingtaine, puis diminue à mesure que l'âge augmente (graphique 1). Pas moins de 60 % des 20 à 24 ans ont déclaré avoir connu au moins un épisode d'abus d'alcool au cours de l'année précédente; chez les 55 ans et plus, la proportion est de 16 %. Parmi les personnes ayant déclaré un épisode de consommation abusive d'alcool, l'abus d'une telle substance tout au moins sur une base mensuelle était plus fréquent (60 %) parmi les 20 à 24 ans. Pour le groupe des 55 ans et plus, la proportion était de 47 % (graphique 2).

De la même façon, le groupe des 20 à 24 ans est celui auquel on associe le taux le plus élevé de consommation de drogues illicites, soit 37 %. Chez les 25 à 34 ans, le taux est de 18 %, et pour le groupe des 55 ans et plus, d'à peine 1 %. Toutefois, la

Définitions

Voir l'*Annexe* pour les définitions techniques de la *dépendance à l'égard de l'alcool* et de la *dépendance à l'égard des drogues illicites* dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC).

Pour déterminer la *consommation d'alcool* l'année qui a précédé l'enquête, les participants à l'ESCC et à l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) se sont vu demander s'ils avaient bu un verre de bière, de vin, de spiritueux ou de toute autre boisson alcoolisée l'année précédente. On a précisé aux participants qu'un « verre » signifiait une bouteille ou une cannette de bière ou un verre de bière à la pression, un verre de vin ou de vin panaché ou une boisson ou un cocktail contenant une once et demie de spiritueux.

Pour déterminer l'*abus d'alcool*, les participants à l'enquête ont été invités à dire à quelle fréquence, au cours des 12 derniers mois, ils avaient bu cinq verres ou plus en une seule occasion. La *dépendance à l'alcool* a été déterminée en se fondant sur les personnes qui ont déclaré qu'elles avaient abusé de l'alcool au moins une fois par mois.

Pour déterminer la *consommation de drogues illicites*, on a demandé aux participants à l'ESCC s'ils avaient déjà consommé une drogue illicite au cours de leur vie. Ceux qui ont répondu « oui » devaient ensuite préciser à quelle fréquence ils l'avaient fait au cours des 12 derniers mois : moins d'une fois par mois, de une à trois fois par mois, une fois par semaine, plus d'une fois par semaine ou tous les jours. Cette question a été posée séparément pour les drogues suivantes : marijuana, cannabis ou hachisch, cocaïne ou crack, speed (amphétamines), ecstasy (MDMA) ou drogues similaires, hallucinogènes, PCP ou LSD (acide), inhalation de colle, d'essence ou d'autres solvants, ou héroïne. Chaque personne s'est vu attribuer la fréquence correspondant à la drogue qu'elle consommait le plus souvent. Par exemple, une personne qui consommait du cannabis une fois par semaine et de la cocaïne une à trois fois par mois a été considérée comme consommant des drogues illicites une fois par semaine. La détermination de la *dépendance aux drogues illicites* est ici fondée sur les personnes qui ont déclaré avoir consommé des drogues illicites au moins une fois par mois.

La manifestation d'un *épisode dépressif majeur* n'est pas déterminée de la même façon dans l'ENSP et dans l'ESCC (voir l'*Annexe* pour la définition de l'ESCC). L'ENSP comprend un sous-ensemble de questions tirées de la *Composite International Diagnostic Interview*, conformément à la méthode de Kessler *et al.*²⁵. Ces questions couvrent un groupe de symptômes énumérés dans la troisième édition révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*²⁶. Les réponses ont été cotées et le résultat a été transformé en une probabilité estimative d'un diagnostic d'épisode dépressif majeur. On a considéré comme ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête les personnes pour lesquelles la probabilité estimative était égale ou supérieure à 0,9 (c.-à-d. 90 % de certitude d'un diagnostic positif).

Cinq *groupes d'âge* ont été établis pour l'analyse des données de l'ESCC : 15 à 19 ans, 20 à 24 ans, 25 à 34 ans, 35 à 54 ans et 55 ans et plus.

Pour l'*état matrimonial* courant, on a défini quatre catégories : marié(e) ou union de fait, divorcé(e) ou séparé(e), veuf(ve) et jamais marié(e).

Les participants à l'enquête ont été regroupés en quatre catégories de *niveau de scolarité* en se fondant sur le plus haut niveau d'études atteint : pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles, et diplôme d'études postsecondaires.

Les groupes de *revenu du ménage* ont été définis d'après la taille du ménage et le revenu total de ce dernier provenant de toutes les sources durant les 12 mois qui ont précédé l'interview.

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

Le *lieu de résidence* a été établi selon la classification suivante :

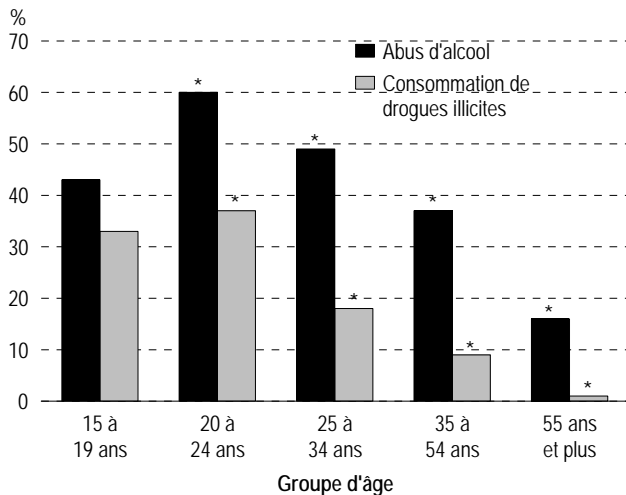
- Un noyau urbain est une grande région urbaine autour de laquelle sont définies les limites d'une région métropolitaine de recensement (RMR) ou d'une agglomération de recensement (AR). La population du noyau urbain d'après le Recensement de 1996 doit être d'au moins 100 000 habitants dans le cas d'une RMR, ou se situer entre 10 000 et 99 999 habitants dans le cas d'une AR.
- Une banlieue urbaine est une petite région urbaine (comptant moins de 10 000 habitants) non contiguë au noyau urbain dans une RMR ou une AR.
- Une banlieue rurale est une région peu peuplée à l'intérieur d'une RMR ou d'une AR.
- Les régions urbaines non comprises dans une RMR/AR ont une population d'au moins 1 000 habitants et comptent au moins 400 habitants par kilomètre carré.
- Toutes les autres régions sont considérées comme étant rurales.

Trois catégories ont été utilisées pour les données de l'ESCC : noyau urbain, région urbaine à l'extérieur d'un noyau urbain (banlieue urbaine, banlieue rurale et régions urbaines non comprises dans une RMR/AR) et région rurale. Pour les données de l'ENSP, deux catégories ont été utilisées : région urbaine (au moins 1 000 habitants et au moins 400 habitants par kilomètre carré) et région rurale (toutes les autres régions).

Pour déterminer la *statut d'immigrant*, les participants devaient révéler s'ils étaient nés au Canada ou à l'étranger.

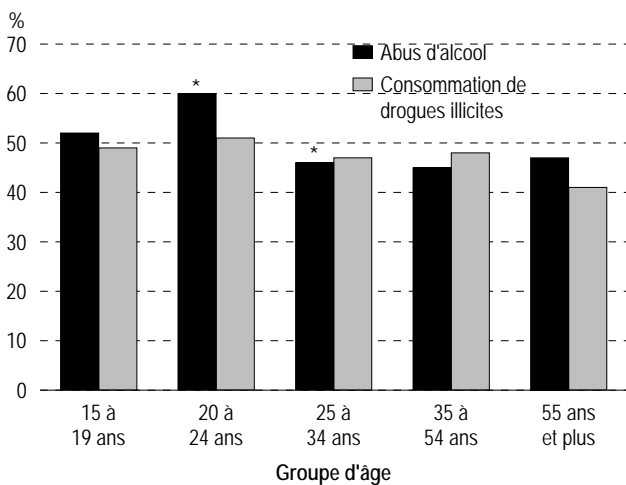
Pour évaluer les *problèmes de santé chroniques*, on a demandé aux participants à l'enquête s'ils souffraient de problèmes de santé de longue durée diagnostiqués par un professionnel de la santé qui persistent ou qui devraient persister six mois ou plus. Pour l'ESCC, l'intervieweur a lu une liste de problèmes de santé, dont 18 ont été retenus pour les besoins de la présente analyse, à savoir, l'asthme, la fibromyalgie, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos, l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique, l'emphysème, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les ulcères, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, les troubles intestinaux, les troubles de la thyroïde, le syndrome de fatigue chronique et la sensibilité aux agresseurs chimiques. La liste de problèmes de santé chroniques utilisée pour l'ENSP était différente : pour les cycles 1 à 4, le syndrome de fatigue chronique et la sensibilité aux agresseurs chimiques ne figuraient pas; pour les cycles 1 à 3, la fibromyalgie était exclue; pour les cycles 1 et 2, les troubles intestinaux étaient exclus; et pour le cycle 1, les troubles de la thyroïde étaient exclus.

Graphique 1
 Pourcentage de personnes ayant déclaré un abus d'alcool ou la consommation de drogues illicites au cours des 12 derniers mois, 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 le groupe d'âge directement inférieur ($p < 0,05$).

Graphique 2
 Pourcentage de buveurs excessifs et d'utilisateurs de drogues illicites qui ont déclaré avoir abusé de l'alcool ou consommé des drogues illicites au moins mensuellement l'année précédente, 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 le groupe d'âge directement inférieur ($p < 0,05$).

fréquence de la consommation chez les personnes qui prenaient de la drogue varie peu selon l'âge. Parmi les personnes de 15 à 54 ans, près de la moitié des utilisateurs de drogues illicites ont déclaré en consommer à tout le moins chaque mois; chez les personnes de 55 ans et plus, la proportion est de 41 %.

Dépendance

L'ESCC comportait des questions permettant d'évaluer sept symptômes de dépendance chez les personnes qui ont dit abuser de l'alcool au moins une fois par mois. De même, six symptômes de dépendance ont été évalués chez les personnes qui ont dit consommer des drogues illicites au moins une fois par mois. Les personnes présentant un minimum de trois symptômes ont été considérées comme étant dépendantes (voir *Annexe*).

Différences interprovinciales

En 2002, le taux de dépendance à l'alcool variait, allant de 1,9 % au Québec à 4,1 % en Saskatchewan. Comparativement à la moyenne nationale (2,6 %), les taux étaient significativement plus faibles au Québec et en Ontario et significativement plus élevés dans les provinces des Prairies et en Colombie-Britannique. Cette année-là, les taux de dépendance aux drogues illicites ne variaient pas beaucoup selon la province, mais étant donné la petite taille des échantillons, les estimations doivent être interprétées avec prudence.

Taux de dépendance à l'alcool et aux drogues illicites selon la province, population à domicile de 15 ans et plus

	Alcool %	Drogues illicites %
Canada[†]	2,6	0,8
Terre-Neuve-et-Labrador	3,2 ^{E1}	0,6 ^{E2}
Île-du-Prince-Édouard	2,9 ^{E1}	F
Nouvelle-Écosse	3,2	0,6 ^{E2}
Nouveau-Brunswick	2,0 ^{E1}	F
Québec	1,9*	0,9 ^{E1}
Ontario	2,1*	0,6*
Manitoba	3,6*	0,6 ^{E2}
Saskatchewan	4,1*	0,8 ^{E1}
Alberta	3,5*	1,0 ^{E1}
Colombie-Britannique	3,6*	1,1 ^{E1}

Sources des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : Santé mentale et bien-être, 2002
[†] Territoires non compris.

* Valeur significativement différente de celle pour le Canada ($p < 0,05$).

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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

Les symptômes les plus courants de dépendance à l'alcool déclarés par les personnes qui en abusaient à chaque mois sont : s'être enivré ou soûlé ou avoir souffert des excès de l'alcool (gueule de bois) au travail, à l'école ou en prenant soin des enfants (27 %) et avoir bu beaucoup plus ou avoir bu pendant une période plus longue que prévu (26 %) (tableau 3). Les symptômes de dépendance déclarés le plus

fréquemment par les personnes consommant mensuellement des drogues illicites sont avoir pris de la drogue en plus grandes quantités ou sur plus de jours d'affilée que prévu (39 %), avoir eu besoin de prendre des quantités plus importantes pour ressentir un effet (18 %) et avoir ressenti des signes de manque (17 %).

Techniques d'analyse

Des totalisations croisées de données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2002 : Santé mentale et bien-être ont servi à estimer la prévalence de l'abus d'alcool, de la dépendance à l'alcool, de la consommation de drogues illicites et de la dépendance aux drogues illicites selon certaines caractéristiques. Deux modèles de régression logistique multiple distincts ont été utilisés pour étudier l'association entre ces variables et la déclaration d'une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.

D'autres totalisations croisées de données de l'ESCC de 2002 ont par ailleurs permis d'estimer la prévalence de la dépression en fonction de quatre niveaux d'abus d'alcool/dépendance à l'alcool et quatre niveaux de consommation de drogues illicites/dépendance aux drogues illicites. Des régressions logistiques multiples ont permis de modéliser l'association entre ces variables en tenant compte de l'effet du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité, du revenu du ménage, du lieu de résidence, du statut d'immigrant et de la présence de problèmes de santé chroniques. On a d'abord introduit séparément la consommation d'alcool/dépendance à l'alcool et la consommation de drogues illicites/dépendance aux drogues illicites dans des modèles logistiques distincts pour calculer les rapports de cotes de référence (modèle 1). L'abus d'alcool et la consommation de drogues illicites ont par la suite été introduits dans le même modèle pour déterminer leur effet sur les rapports de cotes. Bien que ces rapports aient diminué suite à ce changement, ils sont demeurés statistiquement significatifs. Par conséquent, seul le modèle 2, qui contient les deux variables de consommation de substances psychoactives, est présenté dans l'article.

Deux modèles de régression logistique à variables multiples ont été utilisés pour examiner l'association temporelle entre l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine et la manifestation d'un épisode dépressif majeur au moyen de données longitudinales tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population. Le premier modèle visait à examiner l'incidence sur deux ans de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine (nouveaux cas au cours d'une période de deux ans) chez les personnes ayant déclaré un épisode dépressif majeur lors de l'interview de référence. Le deuxième modèle visait à examiner l'incidence sur deux ans d'un épisode dépressif majeur (nouveaux cas) chez les personnes ayant abusé de l'alcool plus d'une fois par semaine au cours de l'année de référence. Chaque modèle contenait des variables de contrôle pour le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le lieu de résidence, le statut d'immigrant et l'existence de problèmes de santé chroniques. Toutes les régressions ont été exécutées sur les données du fichier longitudinal carré couvrant la période de 1994-1995 à 2002-2003. On a défini comme étant un nouveau cas la déclaration d'un épisode dépressif majeur ou d'une consommation abusive d'alcool plus d'une fois par semaine aux cycles 2, 3, 4 ou 5 par une personne qui n'avait pas déclaré le problème lors du cycle précédent. Pour chaque intervalle de deux ans (1994-1995 à 1996-1997, 1996-1997 à 1998-1999, 1998-1999 à 2000-2001, 2000-2001 à 2002-2003), un nouvel enregistrement a été créé pour chaque personne n'ayant pas déclaré le problème lors du cycle précédent. Par conséquent, pour chaque problème, une personne pouvait contribuer jusqu'à quatre enregistrements à l'analyse (un pour chaque intervalle de deux ans). Quelque 42 189 enregistrements ont été utilisés dans le modèle visant à déterminer l'incidence sur deux ans de la dépression et 44 372, dans le modèle visant à déterminer l'incidence sur deux ans de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine.

Pour tenir compte des effets du plan de sondage, on a calculé la variance des taux de prévalence, des différences entre taux de prévalence et des rapports de cotes selon la méthode du *bootstrap*²⁷⁻²⁹.

	Rapport de cotes pour la dépression	
	Modèle 1	Modèle 2
Abus d'alcool l'année précédente		
Jamais	1,0	1,0
Moins d'une fois pas mois	1,2	1,1
Mensuellement, mais pas de dépendance	1,1	1,0
Dépendance	3,1*	2,1*
Consommation de drogues illicites l'année précédente		
Jamais	1,0	1,0
Moins d'une fois pas mois	1,8*	1,7*
Mensuellement, mais pas de dépendance	1,6*	1,4*
Dépendance	6,0*	4,5*

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

Tableau 3

Symptômes de dépendance chez les personnes qui ont abusé de l'alcool ou consommé des drogues illicites au moins mensuellement l'année précédente, selon le sexe, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes		Hommes		Femmes	
	Nombre estimé		Nombre estimé		Nombre estimé	
	milliers	%	milliers	%	milliers	%
Abus d'alcool au moins mensuellement						
Ivresse/suites d'un excès d'alcool au travail, à l'école ou en prenant soins des enfants	1 132	26,9	816	26,0	317	29,3*
Consommation d'alcool en plus grande quantité ou sur une plus longue période que prévu	1 103	26,2	823	26,3	280	26,0
Ivresse/suites d'un excès d'alcool dans une situation augmentant les chances de se blesser	707	16,8	597	19,0	110	10,2*
Tolérance accrue	686	16,3	506	16,2	180	16,7
Période d'un mois ou plus durant laquelle beaucoup de temps a été passé à s'enivrer ou à souffrir de l'excès d'alcool	358	8,5	261	8,3	97	9,0
Problèmes émotionnels/psychologiques dus à la consommation d'alcool	327	7,8	236	7,5	92	8,5
Désir ou besoin tellement grand de consommer de l'alcool qu'il a été impossible d'y résister	324	7,7	237	7,6	87	8,1
Consommation de drogues illicites au moins mensuellement						
Consommation de drogues en plus grande quantité que prévu	590	38,8	429	40,3	161	35,5
Tolérance accrue	278	18,3	190	17,8	88	19,4
Symptômes de manque	260	17,2	178	16,7	82	18,2
Poursuite de la consommation de drogues malgré les effets nocifs pour la santé	143	9,4	96	9,0	47	10,4
Beaucoup de temps passé à essayer d'obtenir de la drogue	127	8,4	88	8,2	40 ^{E1}	8,8 ^{E1}
Abandon d'activités importantes à cause de la consommation de drogue	108	7,1	75	7,0	33 ^{E1}	7,3 ^{E1}

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 hommes ($p < 0,05$).

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

Selon l'ESCC, environ 641 000 personnes, représentant 2,6 % de la population à domicile de 15 ans et plus, dépendaient de l'alcool et environ 194 000 (0,8 % de la population), de drogues illicites (tableau 4). Les taux de dépendance observés au Canada sont semblables à ceux de l'Australie et des États-Unis^{14,30-32}. Il va sans dire que les données ne sont toutefois pas directement comparables compte tenu des différences sur le plan des méthodes d'enquête (voir *Différences interprovinciales*).

Comme en témoignent des études antérieures, le risque de dépendance varie selon le type de drogue, et les utilisateurs de cannabis sont ceux qui courent le risque le plus faible^{11,32}. L'analyse des données de l'ESCC révèle aussi un niveau de dépendance nettement plus faible chez les personnes qui ont consommé uniquement du cannabis au cours de l'année qui a précédé l'enquête (3,4 %) que chez celles qui avaient utilisé d'autres drogues illicites (18,1 %).

Personnes à risque

Les hommes étaient plus susceptibles que les femmes de dépendre de l'alcool (3,9 % contre 1,3 %) ou de drogues illicites (1,1 % contre 0,5 %) (tableau 4).

Être jeune, célibataire ou né au Canada, vivre dans un ménage à faible revenu et avoir fait assez peu d'études sont des caractéristiques également associées à un risque élevé de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Ainsi, le taux de dépendance à l'alcool était de 8,6 % chez les personnes de 20 à 24 ans, mais de moins de 2 % chez celles de 35 ans et plus. Pour la dépendance aux drogues illicites, les chiffres correspondants sont 2,6 % et 0,3 %. Environ 6 % des personnes qui ne s'étaient jamais mariées présentaient une dépendance à l'alcool et 2 %, une dépendance aux drogues; les pourcentages correspondants chez les personnes mariées sont tous deux de 1 % ou moins. En outre, les taux de dépendance à l'alcool et aux drogues sont nettement plus élevés pour les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires ou vivant dans un ménage à faible revenu que pour celles qui ont fait des études postsecondaires ou vivent dans un ménage à revenu élevé. Les personnes nées au Canada sont trois fois plus susceptibles que les immigrants d'éprouver une dépendance à l'alcool ou aux drogues. Par contre, le fait de vivre en région urbaine ou rurale n'est pas corrélé à la dépendance aux substances psychoactives, les citoyens n'étant ni

Tableau 4

Dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites l'année précédente, prévalence et rapports corrigés de cotes, selon certaines caractéristiques, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Dépendance à l'alcool				Dépendance aux drogues illicites			
	Nombre estimé	Prévalence	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Nombre estimé	Prévalence	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
	milliers	%			milliers	%		
Total	641	2,6	...	...	194	0,8	...	...
Sexe								
Hommes	472	3,9*	2,9*	2,4-3,4	135	1,1*	2,3*	1,7-3,2
Femmes [†]	168	1,3	1,0	...	59	0,5	1,0	...
Groupe d'âge								
15 à 19 ans [†]	125	5,6	1,0	...	61 ^{E1}	2,7 ^{E1}	1,0	...
20 à 24 ans	164	8,6*	1,9*	1,4-2,6	50	2,6	1,3	0,7-2,3
25 à 34 ans	146	3,6*	1,2	0,9-1,6	41	1,0*	0,9	0,5-1,5
35 à 54 ans	172	1,7*	0,6*	0,4-0,9	42 ^{E1†}	0,3**	0,3**	0,1-0,5
55 ans et plus	34 ^{E2}	0,5* ^{E2}	0,2*	0,1-0,4	...	...	...	...
État matrimonial								
Marié(e)/union de fait [†]	197	1,3	1,0	...	42 ^{E1}	0,3 ^{E1}	1,0	...
Séparé(e)/divorcé(e)	52	2,8*	2,6*	1,9-3,6	13 ^{E2}	0,7* ^{E2}	2,5*	1,2-5,3
Jamais marié(e)	387	6,1*	2,3*	1,8-3,0	139	2,2*	2,7*	1,5-4,8
Niveau de scolarité								
Pas de diplôme d'études secondaires	164	2,6*	1,4*	1,0-1,8	76	1,2*	2,2*	1,3-3,6
Diplôme d'études secondaires	152	3,3*	1,6*	1,3-2,1	32 ^{E1}	0,7* ^{E1}	1,5	0,9-2,3
Études postsecondaires partielles	100	4,8*	1,6*	1,2-2,1	41 ^{E1}	2,0* ^{E1}	2,5*	1,4-4,7
Diplôme d'études postsecondaires [†]	215	1,8	1,0	...	44	0,4	1,0	...
Revenu du ménage								
Inférieur	36	5,1*	1,7*	1,2-2,5	20 ^{E1}	2,8* ^{E1}	3,6*	1,8-7,5
Moyen-inférieur	42	2,7	1,1	0,8-1,7	24 ^{E2}	1,5* ^{E2}	2,5*	1,1-5,3
Moyen	92	2,0*	0,8	0,6-1,2	28 ^{E1}	0,6 ^{E1}	0,9	0,5-1,8
Moyen-supérieur	206	2,5	1,0	0,8-1,2	51	0,6	1,0	0,6-1,7
Supérieur [†]	198	2,7	1,0	...	47 ^{E1}	0,6 ^{E1}	1,0	...
Lieu de résidence								
Noyau urbain	458	2,6	1,2	1,0-1,6	146	0,8	1,1	0,6-2,2
Région urbaine en dehors d'un noyau urbain	122	2,6	1,2	0,9-1,6	27 ^{E1}	0,6 ^{E1}	0,7	0,3-1,6
Région rurale [†]	61	2,2	1,0	...	21 ^{E2}	0,8 ^{E2}	1,0	...
Statut d'immigrant								
Né(e) au Canada	597	3,1*	3,6*	2,3-5,7	178	0,9	3,1*	1,2-8,4
Né(e) à l'étranger [†]	42 ^{E1}	0,8 ^{E1}	1,0	...	F	F	1,0	...

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

Nota : Comme les valeurs manquantes ne sont pas présentées, la somme des données peut ne pas correspondre aux totaux indiqués. Les rapports de cotes pour lesquels le revenu du ménage n'a pas été déclaré et pour lesquels l'état matrimonial n'a pas été déclaré ou correspond à veuf(ve) sont inclus dans les modèles, mais ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

‡ Personnes de 35 ans et plus.

* Valeur significativement différente de celle observée pour la catégorie de référence ($p < 0,05$).

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

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

F Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

... N'ayant pas lieu de figurer.

plus ni moins susceptibles que les résidents des régions rurales de développer une dépendance à l'alcool ou aux drogues.

Ces facteurs n'agissent cependant pas isolément; par exemple, les jeunes sont plus susceptibles que les personnes plus âgées d'être célibataires et d'avoir

un faible revenu. Néanmoins, si les variables sont considérées ensemble dans un modèle multivarié, les associations entre la dépendance aux substances psychoactives et l'âge, l'état matrimonial, le revenu du ménage, le niveau de scolarité et le pays de naissance demeurent significatives.

Taux élevé de dépression

L'abus d'alcool et d'autres drogues s'accompagne souvent de problèmes de santé mentale^{10-16,33,34}. Selon l'ESCC de 2002, 15,0 % des personnes dépendant de l'alcool avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête, comparativement à 4,4 % des personnes n'ayant pas abusé de l'alcool durant cette période (graphique 3). Si l'on tient compte de l'effet des caractéristiques sociodémographiques et de l'existence de problèmes de santé physique chroniques, la dépendance à l'alcool reste associée à la dépression (tableau A en annexe).

Le lien entre la dépendance aux drogues illicites et la dépression semble être encore plus prononcé : 26,1 % des personnes dépendant d'une drogue illicite avaient vécu un épisode dépressif majeur l'année précédente, taux nettement supérieur à celui de 4,1 % observé chez celles n'ayant pas consommé ce genre de drogues. Même chez les personnes ayant consommé des drogues illicites moins d'une fois par mois, le taux de dépression était supérieur à la moyenne. En outre, ces associations persistent généralement même après avoir tenu compte des effets d'autres variables éventuellement confusionnelles. La relation entre la dépression et tout niveau de consommation de drogue donne à penser que la comorbidité est plus importante pour les

drogues que pour l'alcool, comme en témoignent les résultats d'une étude antérieure¹³.

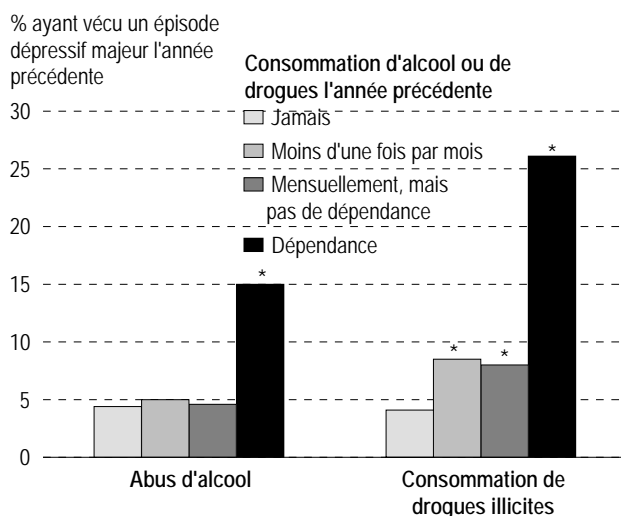
Relation complexe

D'aucuns ont débattu la question de savoir si la dépendance à l'alcool ou aux drogues précède ou suit un trouble mental¹⁷. Témoignant de cette controverse, trois grandes théories ont été avancées pour expliquer la comorbidité entre la consommation d'alcool ou d'autres drogues, ou la dépendance à ces substances, et les troubles mentaux, à savoir l'existence de causes communes ou corrélées, l'effet causal de la consommation d'alcool ou de drogues et l'automédication^{11,35}.

L'analyse des données de l'ESCC révèle certes une association entre la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites et la dépression. Nul ne peut cependant préciser quel événement précède l'autre compte tenu de la nature transversale de ces données qui ne se rapportent donc qu'à un seul point dans le temps. Toutefois, les données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) permettent de dégager des relations temporelles. Malheureusement, l'ENSP ne contenait pas de questions sur la consommation de drogues illicites et les données sur la dépendance à l'alcool n'ont été recueillies que lors de deux cycles. Néanmoins, des renseignements sur la dépression et sur l'abus épisodique l'alcool sont recueillis à chaque cycle depuis 1994-1995. Dans la présente analyse, l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine a servi d'approximation de la dépendance à l'alcool. (Selon l'ESCC de 2002, 35 % des personnes abusant de l'alcool plus d'une fois par semaine, c'est-à-dire 33 % des hommes et 48 % des femmes, ont été considérées comme ayant une dépendance à l'alcool.)

Graphique 3

Prévalence de la dépression, selon la fréquence de l'abus d'alcool et de la consommation de drogues illicites l'année précédente, 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 celle observée pour « Jamais » ($p < 0,05$).

Abus d'alcool et dépression

Même en tenant compte de l'effet d'autres variables éventuellement confusionnelles, la cote exprimant le risque de déclarer un nouveau cas de dépression lors d'une interview de suivi réalisée deux ans plus tard est significativement plus élevée pour les personnes qui ont abusé de l'alcool plus d'une fois par semaine que pour les autres (tableau 5). Un nouveau cas s'entend de toute personne qui n'a pas déclaré de symptômes de dépression lors de l'interview de référence, mais l'a fait lors de l'interview de suivi. Quoique ces données tendent à appuyer la théorie selon laquelle la consommation d'alcool ou de drogues ou la dépendance à ces substances est associée à la manifestation future d'un trouble mental³⁶, il se pourrait que des facteurs de risque non évalués dans le cadre

Tableau 5
Rapports corrigés de cotes exprimant la relation entre certaines caractéristiques et l'incidence sur deux ans de la dépression ou de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 1994-1995 à 2002-2003

	Incidence d'un épisode dépressif majeur		Incidence de l'abus d'alcool plus d'une fois par semaine	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 95 %
Abus d'alcool plus d'une fois par semaine				
Non [†]	1,0	...	...	...
Oui	2,0*	1,0-3,9	...	...
Épisode dépressif majeur				
Non [†]	1,0	...
Oui	...	...	1,8*	1,1-3,1
Sexe				
Hommes	0,6*	0,5-0,7	4,3*	3,1-5,8
Femmes [†]	1,0	...	1,0	...
Âge[‡]				
	1,0*	1,0-1,0	1,0*	1,0-1,0
État matrimonial				
Marié(e)/union de fait [†]	1,0	...	1,0	...
Veuf(ve)	0,6*	0,4-0,9	0,5	0,2-1,3
Séparé(e)/divorcé(e)	1,4*	1,2-1,7	1,3	0,9-2,0
Jamais marié(e)	0,9	0,7-1,1	1,2	0,9-1,7
Niveau de scolarité				
Pas de diplôme d'études secondaires [†]				
	1,0	...	1,0	...
Diplôme d'études secondaires				
	0,8	0,6-1,0	1,1	0,7-1,6
Études postsecondaires partielles				
	0,9	0,7-1,1	0,7*	0,6-1,0
Diplôme d'études postsecondaires				
	0,9	0,7-1,1	0,6*	0,5-0,8
Revenu du ménage				
Inférieur				
	1,6*	1,1-2,4	0,8	0,5-1,5
Moyen-inférieur				
	1,2	0,9-1,6	0,7	0,4-1,2
Moyen				
	1,2	0,9-1,5	0,7	0,5-1,1
Moyen-supérieur				
	1,1	0,9-1,4	0,8	0,6-1,2
Supérieur [†]				
	1,0	...	1,0	...
Lieu de résidence				
Région urbaine				
	1,1	1,0-1,4	0,9	0,7-1,3
Région rurale [†]				
	1,0	...	1,0	...
Statut d'immigrant				
Né(e) au Canada				
	1,1	0,9-1,4	2,1*	1,4-3,3
Né(e) à l'étranger [†]				
	1,0	...	1,0	...
Problèmes de santé chroniques				
Aucun [†]				
	1,0	...	1,0	...
Au moins un				
	1,7*	1,5-2,0	1,3	1,0-1,7

Source des données : Enquête nationale sur la santé de la population, Fichier santé longitudinal, 1994-1995 à 2002-2003

Nota : Un nouveau cas de dépression/abus d'alcool est défini comme étant ne pas avoir le problème lors d'un cycle, mais le déclarer lors du cycle suivant. Les paires de cycles de l'ENSP examinées sont les suivantes : 1 et 2 (1994-1995 à 1996-1997), 2 et 3 (1996-1997 à 1998-1999), 3 et 4 (1998-1999 à 2000-2001), 4 et 5 (2000-2001 à 2002-2003). Les cas pour lesquels le revenu du ménage n'a pas été déclaré sont inclus dans les modèles, mais les rapports de cotes ne sont pas présentés.

† Catégorie de référence.

‡ Traité comme une variable continue.

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

... N'ayant pas lieu de figurer.

de l'ENSP, mais communs à l'abus d'alcool et à la dépression, sous-tendent cette association. De surcroît, une personne chez laquelle a été diagnostiqué un nouvel épisode dépressif pourrait avoir eu des antécédents de ce trouble, si bien que l'association temporelle avec la consommation d'alcool n'est pas entièrement contrôlée (voir *Limites*).

La théorie de l'automédication soutient que les personnes souffrant d'un trouble mental pourraient consommer de l'alcool ou des drogues pour s'aider à faire face à leurs symptômes¹¹. Les données de l'ENSP montrent que les personnes ayant vécu un

Limites

La dépendance ne reflète qu'un aspect restreint et très spécifique des problèmes liés à l'alcool et aux drogues. La présente analyse ne couvre pas le large éventail des autres complications que peuvent causer la consommation d'alcool ou de drogues illicites.

La version de la *Composite International Diagnostic Interview* (CIDI) utilisée pour l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) : Santé mentale et bien-être n'a pas encore été validée. Par conséquent, on ignore dans quelle mesure les évaluations cliniques faites par les professionnels de la santé concorderaient avec les évaluations fondées sur les données de l'ESCC.

Pour plusieurs raisons, l'analyse sous-estime vraisemblablement les taux de dépendance aux substances psychoactives. Les participants à l'enquête pourraient avoir fourni des réponses jugées socialement acceptables. Certains de ceux ayant consommé de l'alcool ou des drogues pourraient ne pas l'avoir déclaré ou avoir dit l'avoir fait à une fréquence moindre qu'en réalité. En outre, les sans-abri et les personnes vivant en établissement chez lesquelles les taux de dépendance aux substances psychoactives sont connus comme étant plus élevés qu'au sein de la population à domicile¹⁴ ne font pas partie du champ d'observation de l'ESCC.

La dépendance aux drogues illicites a été déterminée en considérant plusieurs drogues combinées plutôt que des drogues particulières. Ce regroupement pourrait masquer des différences importantes, car diverses drogues peuvent donner lieu à des niveaux différents de dépendance³².

L'association entre la consommation de substances psychoactives et la dépression pourrait refléter certains facteurs confusionnels dont il n'a pas été possible de tenir compte dans l'analyse³⁷. Par exemple, l'analyse des données longitudinales de l'ENSP ne tient pas entièrement compte de l'effet de la causalité temporelle, car les renseignements sur les épisodes de dépression et l'abus d'alcool survenus dans le passé ne sont pas disponibles.

épisode dépressif majeur étaient plus susceptibles que les autres de commencer à abuser fréquemment de l'alcool dans l'intervalle de deux ans précédant l'interview de suivi, même advenant la prise en compte de l'effet d'autres variables éventuellement confusionnelles (de nouveau, les limites susmentionnées s'appliquent).

Donc, la dépression est à la fois un précurseur et un résultat de la consommation excessive d'alcool plus d'une fois par semaine. Cependant, la relation entre l'alcool et la dépression est complexe. Le lien entre la consommation d'alcool ou de drogues et la santé mentale fait jouer des facteurs neurologiques et biologiques ayant une influence sur la sensibilité ou la résistance d'un individu à ces substances¹⁰ qui dépassent le cadre de la présente analyse.

Mot de la fin

Selon les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002, 641 000 Canadiens ont déclaré des symptômes indiquant qu'ils souffraient d'une dépendance à l'alcool et 194 000, des symptômes laissant présager une dépendance aux drogues illicites. Ces nombres représentent 2,6 % et 0,8 %, respectivement, de la population de 15 ans et

plus. La dépendance à l'alcool et aux drogues est plus fréquente chez les hommes que chez les femmes et a tendance à toucher de façon disproportionnée les jeunes adultes.

L'existence concomitante de troubles mentaux et de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites est fréquente. Selon l'ESCC, 15 % des personnes ayant une dépendance à l'alcool étaient également déprimées l'année qui a précédé l'enquête. Parmi les personnes aux prises avec une dépendance aux drogues illicites, la prévalence de la dépression était encore plus élevée, soit de 26 %.

La relation entre la dépendance à l'alcool ou aux drogues et les problèmes psychologiques reste cependant difficile à départager. Le trouble mental peut favoriser ou maintenir la dépendance à l'alcool ou aux autres drogues, mais la consommation d'alcool ou de drogues peut exacerber le trouble mental. En fait, l'analyse de données longitudinales provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population laisse entendre que l'influence est réciproque, du moins en ce qui concerne l'abus fréquent d'alcool et la dépression. Toutefois, il se pourrait que des facteurs au sujet desquels l'enquête ne fournit pas de données sous-tendent cette relation. ■

Références

1. Statistique Canada, « La santé : à prendre ou à laisser ! », dans *La santé de la population canadienne – Santé et l'enjeu des sexes : l'écart hommes-femmes, supplément annuel à Rapports sur la santé*, 12(3), 2001, p. 11-21, (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
2. M. Tjepkema, « Utilisation du cannabis et d'autres drogues illicites », *Rapports sur la santé*, 15(4), 2004, p. 45-50 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
3. Santé Canada, À propos de la Stratégie canadienne antidrogue, disponible à : <http://www.hc-sc.gc.ca/hecs-sesc/sca/about.htm>, site consulté le 29 juillet 2004.
4. T. Wong et P. Tierney, « Hospitalization and mortality caused by alcohol abuse, 1979-1988 », *Chronic Diseases in Canada*, 1991, mai-juin, p. 27-33.
5. B. Dickey, B. Dembling, A. Hocine *et al.*, « Externally caused deaths for adults with substance use and mental disorders », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 31(1), 2004, p. 75-85.
6. M. Adrian et S.J. Barry, « Physical and mental health problems associated with the use of alcohol and drugs », *Substance Use and Misuse*, 38(11-13), 2003, p. 1575-1614.
7. Y.D. Neumark, M.L. Van Etlen et J.C. Anthony, « 'Drug dependence' and death: Survival analysis of the Baltimore ECA Sample from 1981 to 1985 », *Substance Use and Misuse*, 35(3), 2000, p. 313-327.
8. R.A. Matano, S.E. Wanat, D. Westrup *et al.*, « Prevalence of alcohol and drug use in a highly educated workforce », *The Journal of Behavioral Health Services & Research*, 29(1), 2002, p. 30-44.
9. C.R. Nelson et B.J. Stussman, *Alcohol- and drug-related visits to hospital emergency departments: 1992 National Hospital Ambulatory Medical Care Survey*, Advance Data from Vital and Health Statistics, n° 251, Hyattsville, Maryland, National Center for Health Statistics, 1994.
10. Santé Canada, *Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances : document de travail*, 1996 (Santé Canada, n° H39-360/1-1996F au catalogue).
11. B.F. Grant, « Comorbidity between DSM-IV drug use disorders and major depression: Results of a national survey of adults », *Journal of Substance Abuse*, 7(4), 1995, p. 481-497.
12. L.-T. Wu, W.E. Schlenger et D.M. Galvin, « The relationship between employment and substance use among students aged 12 to 17 », *Journal of Adolescent Health*, 32(1), 2003, p. 5-15.
13. D.B. Kandel, F.-Y. Huang et M. Davies, « Comorbidity between patterns of substance use dependence and psychiatric syndromes », *Drug and Alcohol Dependence*, 64(2), 2001, p. 233-241.
14. M. Farrell, S. Howes, C. Taylor *et al.*, « Substance misuse and psychiatric comorbidity: an overview of the OPCS National Psychiatric Morbidity Survey », *Addictive Behaviors*, 23(6), 1998, p. 909-918.
15. R. Caetano et C. Weisner, « The association between DSM-III-R alcohol dependence, psychological distress and drug use », *Addiction*, 90, 1995, p. 351-359.
16. C. Turner, A. Russell et W. Brown, « Prevalence of illicit drug use in young Australian women, patterns of use and associated risk factors », *Addiction*, 98(10), 2003, p. 1419-1426.
17. D.W. Brook, J.S. Brook, C. Zhang *et al.*, « Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders », *Archives of General Psychiatry*, 59(11), 2002, p. 1039-1044.

18. Y. Béland, J. Dufour et R. Gravel, « Sample design of the Canadian Mental Health Survey », *Proceedings of the Survey Methods Section, 2001*, Vancouver, Société statistique du Canada, 2001, p. 93-98.
19. 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/français/concepts/health/cycle1_2/index.htm, document consulté le 11 mai 2004.
20. J.-L. Tambay et G. Catlin, « Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population », *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 31-42 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
21. L. Swain, G. Catlin et M.P. Beaudet, « Enquête nationale sur la santé de la population – une enquête longitudinale », *Rapports sur la santé*, 10(4), 1999, p. 73-89 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. A.C. Merline, P.M. O'Malley, J.E. Schulenberg *et al.*, « Substance use among adults 35 years of age: Prevalence, adulthood predictors, and impact of adolescent substance use », *American Journal of Public Health*, 94(1), 2004, p. 96-102.
23. D.B. Kandel, K. Chen, L.A. Warner *et al.*, « Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population », *Drug and Alcohol Dependence*, 44, 1997, p. 11-29.
24. Statistique Canada, « Usage de drogues illicites », *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*, 1999, p. 200-203 (Statistique Canada, n° 82-570 au catalogue).
25. 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. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8-19.
26. American Psychiatric Association, *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 3^e édition, texte révisé, Washington DC, American Psychiatric Association, 1989.
27. 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).
28. 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.
29. 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.
30. W. Hall, M. Teesson, M. Lynskey *et al.*, « The 12-month prevalence of substance use and ICD-10 substance use disorders in Australian adults: findings from the National Survey of Mental Health and Well-Being », *Addiction*, 94(10), 1999, p. 1541-1550.
31. M. Teesson, M. Lynskey, B. Manor *et al.*, « The structure of cannabis dependence in the community », *Drug and Alcohol Dependence*, 68(3), 2002, p. 255-262.
32. J.F. Epstein, *Substance Dependence, Abuse, and Treatment: Findings from the 2000 National Household Survey on Drug Abuse*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Department of Health and Human Services, disponible à : <http://www.drugabusestatistics.samhsa.gov/>, site consulté en juillet 2002.
33. R. Caetano et J. Schafer, « DSM-IV alcohol dependence and drug abuse/dependence in a treatment sample of whites, blacks and Mexican Americans », *Drug and Alcohol Dependence*, 43, 1996, p. 93-101.
34. M. Gossop, J. Marsden et D. Stewart, « Dual dependence: assessment of dependence upon alcohol and illicit drugs, and the relationship of alcohol dependence among drug misusers to patterns of drinking, illicit drug use and health problems », *Addiction*, 97(2), 2002, p. 169-178.
35. R.D. Goodwin, D.M. Fergusson et L.J. Horwood, « Association between anxiety disorders and substance use disorders among young persons: results of a 21-year longitudinal study », *Journal of Psychiatric Research*, 38, 2004, p. 295-304.
36. G.C. Patton, C. Coffey, J.B. Carlin *et al.*, « Cannabis use and mental health in young people: cohort study », *British Medical Journal*, 325, 2002, p. 1195-1198.
37. D.M. Fergusson, L.J. Horwood et N. Swain-Campbell, « Cannabis use and psychosocial adjustment in adolescence and young adulthood », *Addiction*, 97(9), 2002, p. 1123-1135.

Annexe

Tableau A

Dépression l'année précédente, prévalence et rapports corrigés de cotes, selon la fréquence de l'abus d'alcool ou de la consommation de drogues illicites, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002

	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Population estimée	Prévalence	Rapport de cotes [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Population estimée	Prévalence	Rapport de cotes [†]	Intervalle de confiance de 95 %	Population estimée	Prévalence	Rapport de cotes [†]	Intervalle de confiance de 95 %
	milliers	%			milliers	%			milliers	%		
Total	1 196	4,8	...	...	452	3,7	...	...	744	5,9	...	...
Abus d'alcool l'année précédente												
Jamais [†]	701	4,4	1,0	...	211	3,2	1,0	...	491	5,1	1,0	...
Moins d'une fois par mois	227	5,0	1,1	0,9-1,3	80	3,1	0,9	0,7-1,2	147	7,4*	1,2	0,9-1,5
Mensuellement, mais pas de dépendance	164	4,6	1,0	0,8-1,3	97	3,7	0,9	0,6-1,4	67	7,4*	1,0	0,7-1,3
Dépendance	96	15,0*	2,1*	1,6-2,9	60	12,7*	2,0*	1,3-3,2	36	21,4*	2,1*	1,4-3,3
Consommation de drogues illicites l'année précédente												
Jamais [†]	898	4,1	1,0	...	310	3,0	1,0	...	588	5,1	1,0	...
Moins d'une fois par mois	137	8,5*	1,7*	1,3-2,3	53	6,1*	1,8*	1,2-2,6	84	11,5*	1,6*	1,1-2,5
Mensuellement, mais pas de dépendance	105	8,0*	1,4*	1,1-1,9	53	5,7*	1,3	0,9-1,9	52	13,3*	1,7*	1,1-2,5
Dépendance	50	26,1*	4,5*	3,0-6,8	32 ^{E1}	23,5* ^{E1}	5,4*	3,1-9,5	19 ^{E1}	32,0* ^{E1}	3,7*	2,0-6,7

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

† Catégorie de référence.

‡ Corrigé pour le sexe, le groupe d'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le revenu du ménage, le lieu de résidence, le statut d'immigrant et le nombre de problèmes de santé physique chroniques.

* 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 %.

... N'ayant pas lieu de figurer.

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.