

# La dépression : un trouble partiellement traité?

Brent Diverty et Marie P. Beaudet\*

## Résumé

En 1994, on estime que 6 % des Canadiens âgés de 18 ans et plus, soit 1,1 million d'adultes, ont subi un épisode dépressif majeur. Même si la dépression peut être traitée, moins de la moitié (43 %) des personnes présentant ce genre de trouble au cours de l'année écoulée (environ 487 000) ont indiqué avoir parlé de troubles émotifs ou mentaux avec un professionnel de la santé. En outre, seulement 26 % des personnes ayant subi un épisode dépressif majeur ont indiqué avoir consulté quatre fois ou plus.

Évidemment, c'est la dépression non chronique qui était la plus susceptible de ne pas avoir été traitée. De même, les personnes atteintes de dépression, en bonne santé physique et celles qui n'avaient pas connu récemment d'événements négatifs étaient moins susceptibles d'être traitées. Toutefois, une fois ces facteurs contrôlés, le modèle multivarié fait ressortir qu'un plus faible niveau de scolarité et un revenu inadéquat constituent des obstacles au traitement. Des contacts relativement peu fréquents avec un omnipraticien réduisent considérablement les chances que la personne soit traitée. En outre, les hommes et les personnes mariées déprimés étaient moins susceptibles d'être traités pour la dépression.

À partir des données de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada pour 1994-1995, le présent article examine les caractéristiques des personnes qui répondent aux critères de l'épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas reçu de traitement ou qui l'ont interrompu. Le choix des variables explicatives a été justifié par un cadre théorique proposé par Andersen et Newman. Ce cadre établit les déterminants individuels dans l'utilisation des services de santé. La probabilité que des personnes ayant subi un épisode dépressif majeur ne soient pas traitées a été déterminée par la méthode de régression logistique.

**Mots-clés :** trouble dépressif, traitement, services de santé mentale, recherche d'aide

La dépression bouleverse la vie de nombreux Canadiens. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de Statistique Canada pour 1994-1995, environ 6 % des personnes âgées de 18 ans et plus, soit 1,1 million d'adultes, ont eu un épisode dépressif majeur dans les 12 mois ayant précédé l'enquête (voir *Épisode dépressif majeur*).

Même si la dépression est l'un des troubles mentaux le plus à même d'être traités<sup>1</sup>, seulement 43 % des personnes identifiées dans le cadre de l'ENSP, comme ayant subi un épisode dépressif majeur, soit environ 487 000 adultes, ont indiqué avoir parlé de troubles émotifs ou mentaux avec un professionnel de la santé au cours de cette période. En outre, seulement 26 % des personnes ayant eu un épisode dépressif majeur ont indiqué avoir consulté plus de trois fois, seuil à partir duquel la personne est définie comme ayant «reçu un traitement» (voir *Méthodologie et Limites*).

Un épisode dépressif majeur est caractérisé par une humeur dépressive et/ou un manque d'intérêt pour la plupart des activités, état qui dure au moins deux semaines. Les symptômes comprennent la perte de l'appétit ou un sommeil perturbé, la perte d'énergie, la difficulté à se concentrer, le sentiment de n'être bon à rien ou l'apparition d'idées suicidaires.

### Épisode dépressif majeur

Dans le cadre de l'ENSP, la détermination d'un épisode dépressif majeur s'effectue selon la méthode de Kessler et al.<sup>2</sup>, par un sous-ensemble de questions tirées du Composite International Diagnostic Interview (voir *Annexe A*). Ces questions se rapportent à un ensemble de symptômes de la dépression, qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*<sup>3</sup>. Les réponses à ces questions ont été cotées selon une échelle et transformées en une estimation de la probabilité que soit posé le diagnostic d'un épisode dépressif majeur. Si cette estimation était égale à 0,9, c'est-à-dire une probabilité de 90 % que soit posé ce diagnostic, on considérerait que la personne en question avait eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents.

\* Brent Diverty au (613) 951-1645 et Marie P. Beaudet au (613) 951-7320 travaillent à la Division des statistiques sur la santé de Statistique Canada, Ottawa, K1A 0T6.

## Méthodologie

### Source des données

Les données proviennent de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) pour 1994-1995, une enquête longitudinale qui sert à mesurer l'état de santé de la population canadienne. Dans le cadre de l'ENSP, le même panel de personnes est interviewé tous les deux ans, pendant une période pouvant aller jusqu'à 20 ans. La collecte des données de la première vague a commencé en juin 1994 et a pris fin à l'été 1995.

La population visée est constituée de résidents de ménages de toutes les provinces et de tous les territoires, à l'exception des personnes qui vivent dans des réserves indiennes, dans des bases des Forces canadiennes ou dans certaines régions éloignées. L'échantillon définitif comportait 27 263 ménages, y compris les unités d'échantillonnage additionnelles acquises par les provinces et les ménages pouvant éventuellement être rejetés. Le taux de réponse final (proportion des ménages choisis ayant accepté de participer à l'étude, y compris les ménages rejetés ultérieurement pour des raisons d'échantillonnage) a été de 89 %. La composante des établissements de l'ENSP porte sur les résidents à long terme d'hôpitaux et d'établissements de soins de longue durée. Les données de la composante des établissements ne sont pas comprises dans la présente analyse. De même, on ne disposait pas, au moment de l'analyse, des données pour les Territoires du Nord-Ouest et le Yukon.

Dans le cadre de l'enquête auprès des ménages, on recueille des données auprès d'un membre adulte du ménage qui connaît bien l'état de santé de tous les membres du ménage. Des données plus approfondies sur la santé sont aussi recueillies auprès d'une personne par ménage choisie au hasard. Ces personnes choisies de façon aléatoire, qui font partie de l'échantillon de base, deviennent membre du panel longitudinal et seront réinterviewées tous les deux ans. Parmi les personnes choisies au hasard, le taux de réponse a été de 96 %. Des renseignements plus détaillés au sujet du contenu et du plan d'échantillonnage de l'ENSP sont fournis dans d'autres documents<sup>4,5</sup>.

Aux personnes qui ont répondu à l'ENSP on a posé les questions suivantes : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé au sujet de votre santé émotionnelle ou mentale? » et « Combien de fois (au cours des 12 derniers mois)? ».

### Techniques d'analyse

La dépression peut se traiter au moyen de la psychothérapie (counseling) ou de la pharmacothérapie (médicaments). De tout temps, on a utilisé la pharmacothérapie, combinée à la psychothérapie, pour traiter les épisodes dépressifs modérés à graves, tandis qu'on a recours à la psychothérapie pour traiter les cas moins graves. De plus en plus, on associe les deux méthodes, même pour les épisodes moins graves de dépression<sup>6</sup>. Les spécialistes définissent trois phases de traitement : les soins aigus, les soins continus et les soins d'entretien<sup>7,8</sup>. La phase de soins aigus dure de 6 à 12 semaines, et elle est, en général, associée à au moins quatre visites : diagnostic, début du traitement, contrôle, et évaluation de la réaction<sup>7,8</sup>. Lorsqu'il y a prescription d'antidépresseurs, un contrôle régulier est aussi conseillé<sup>6</sup>.

Conformément à ces critères, le traitement de la dépression est défini dans le présent article comme comportant *au moins quatre* consultations avec un professionnel de la santé au sujet de troubles émotionnels ou mentaux au cours de l'année qui a précédé. Les trois quarts des personnes souffrant de dépression se situaient au-dessous de ce seuil. La catégorie des personnes déprimées ayant consulté moins de quatre fois inclut les personnes qui ont cherché à se faire traiter, mais qui n'ont pas reçu de traitement, celles qui ont interrompu le traitement, ainsi que celles qui disent n'avoir consulté personne. Ensemble, elles constituent le groupe des personnes non traitées.

Afin de déterminer les caractéristiques des personnes qui ont souffert d'un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas reçu de traitement, on a pris en compte un certain nombre de variables démographiques et socioéconomiques, d'indicateurs de l'utilisation des soins de santé, d'indicateurs de l'état de santé et de facteurs psychologiques<sup>9,10</sup>. Le choix de variables explicatives se fonde sur un cadre théorique reconnu de déterminants individuels dans l'utilisation des services de santé proposé par Andersen & Newman<sup>11</sup>. Ce cadre repose sur le principe que le choix d'un service de santé est lié au besoin de traitement, à la capacité d'évoluer

au sein du réseau de soins de santé et à une prédisposition à utiliser ce genre de services (voir *Annexe B*).

La première composante de ce cadre, le besoin de traitement, fait partie de ce qu'Andersen et Newman appellent les « signes avant-coureurs ». Ce besoin découle de la gravité de la maladie, de la probabilité de récurrence et de la capacité de surmonter les symptômes sans traitement. Ce besoin peut être reconnu par la personne elle-même, par son entourage ou par un professionnel de soins de la santé. Certaines personnes sont capables de surmonter la dépression sans traitement. Toutefois, pour celles qui ont moins de ressources, le besoin de traitement peut difficilement être identifié, à moins que les symptômes soient récurrents ou qu'ils se prolongent. Ainsi, les personnes qui ont tendance à ne pas être traitées sont susceptibles d'être celles dont la situation et le comportement laissent supposer qu'elles n'ont pas besoin de traitement. Les variables choisies pour mesurer l'importance du besoin sont la dépression chronique (oui, non), la tension chronique (élevée, modérée, faible), les événements négatifs de la vie (oui, non), la situation vis-à-vis de l'emploi (actif, inactif), l'état de santé déclaré par la personne (mauvais ou passable, bon ou très bon, excellent) et le niveau d'activité physique à des fins de loisirs (nul, modéré, élevé).

La deuxième composante du cadre, c'est-à-dire les facteurs liés à la capacité d'obtenir des services de santé (« conditions favorables », selon Andersen et Newman), mesure l'accès au traitement, la sensibilisation à ce dernier et la volonté d'y avoir recours. Les personnes qui souffrent de dépression et qui accumulent moins de conditions favorables ont peut-être moins facilement accès au système de soins de santé et, par conséquent, ne reçoivent pas de traitement. Pour mesurer le rôle des conditions favorables, on a choisi pour variables le niveau de scolarité (diplôme d'études secondaires ou moins, niveau postsecondaire), le revenu du ménage (adéquat, inadéquat), l'isolement social (oui, non) et les contacts et/ou consultations téléphoniques avec un omnipraticien au cours de l'année écoulée (0-2, 3-5, 6 et plus).

La troisième composante du cadre comprend les traits de personnalité présents avant le début d'une maladie particulière. Andersen et Newman les appellent les facteurs de prédisposition, puisqu'ils indiquent peut-être une propension à avoir recours aux services de santé, sans être directement responsables. Les facteurs de prédisposition choisis pour la présente analyse sont l'âge, le sexe et l'état matrimonial.

L'analyse a été effectuée à partir d'un modèle de régression logistique qui permet d'établir la probabilité de ne pas être traité pour la dépression à partir de variables mesurant le besoin de traitement, les conditions favorables et les facteurs de prédisposition.

Après avoir essayé différentes combinaisons de variables explicatives, selon des catégories de diverses importances pour l'âge et l'utilisation des soins de santé et divers modèles d'interaction, on a supprimé plusieurs variables du modèle original en raison de taux élevés de non-réponse ou du fait qu'elles chevauchaient des variables choisies. Ces variables étaient le lieu de résidence (urbain/rural), les conditions de logement (personne vivant seule ou avec d'autres), les séjours à l'hôpital et l'utilisation de soins de santé non conventionnels. Pour examiner les différences éventuelles entre les provinces quant au traitement, on a considéré la province de résidence comme une variable indépendante. Les résultats n'ont toutefois pas été significatifs et cette variable a aussi été laissée de côté. Les interactions entre le sexe et l'âge, le sexe et l'état matrimonial ainsi que le revenu et la scolarité n'ont pas contribué au modèle de façon significative.

Parmi les personnes interrogées, 972 de celles de 18 ans et plus ont eu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois ayant précédé l'interview. L'analyse repose sur les 919 personnes pour lesquelles on disposait de données au sujet de toutes les variables choisies. De ce groupe, 234 (26 %) avaient été traitées, et 685 (74 %) ne l'avaient pas été.

Les réponses ont été pondérées à partir des poids de l'enquête. Étant donné le plan d'échantillonnage complexe à grappes multiples de l'ENSP, les erreurs-types sont sous-estimées. Pour calculer les intervalles de confiance des risques relatifs de la régression logistique, on a utilisé la méthode du *jackknife* pour l'estimation de l'écart<sup>12-15</sup>. La valeur du khi-carré résiduelle (une mesure de l'ajustement du modèle aux données), après résolution rétrograde et utilisation de poids normalisés, était égale à 6,4, le nombre de degrés de liberté étant égal à 7 ( $p=0,49$ ).

Une analyse récente des données de l'ENSP révèle que les femmes sont deux fois plus susceptibles d'avoir subi un épisode dépressif majeur que les hommes et que les jeunes sont plus susceptibles d'être atteints de dépression que les personnes plus âgées<sup>16</sup>. En outre, cette étude démontre que le fait d'avoir été marié, l'exposition à un niveau considérable de stress et des ressources psychiques limitées augmentent le risque d'un épisode dépressif majeur. Toutefois, les caractéristiques liées à ce genre d'épisode ne sont pas nécessairement les mêmes que celles qui poussent à demander l'aide d'un professionnel pour des troubles émotifs ou mentaux.

De façon générale, les études portant sur le recours aux services de soins de santé pour des troubles émotifs ou mentaux mettent l'accent sur les patients qui sont traités. Comme elles se fondent principalement sur des données provenant des hôpitaux et sur d'autres données administratives, ces études ont permis de déterminer les caractéristiques des personnes qui sont traitées. On ne dispose toutefois que de peu de renseignements sur les personnes qui ne le sont pas. Ceci est particulièrement vrai dans le cas de la dépression, puisque la plupart des personnes qui en souffrent ne reçoivent pas de traitement<sup>17</sup>.

Il est probable que certaines personnes qui ne sont pas traitées n'ont pas besoin de l'être. Leurs symptômes peuvent être non récurrents, l'épisode dépressif relativement court ou peut-être sont-elles mieux en mesure de surmonter la maladie. Par contre, il est possible qu'un traitement soit avantageux pour d'autres personnes.

Le présent article utilise les données de la première vague de l'ENSP afin de déterminer les facteurs liés au non-traitement de la dépression. Il compare les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur sans être traitées à celles qui ont été traitées.

La souffrance et les coûts économiques, sociaux et personnels liés à la dépression sont incroyablement élevés<sup>1</sup>. La dépression a tendance à réduire l'immunité<sup>18</sup>, la qualité de vie, et elle affecte souvent la productivité et les relations au travail. En identifiant les caractéristiques des personnes qui ne reçoivent pas de traitement, on obtient des renseignements qui peuvent être utiles pour rejoindre ce groupe.

## Dépression non chronique

Les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur, mais non chronique, risquent de ne pas être traitées près de deux fois plus que les personnes souffrant de dépression chronique (risque relatif de 1,9) (tableau 1). Dans le cadre de la présente analyse, la dépression chronique a été définie comme une période de plus de quatre semaines de symptômes au cours de l'année écoulée, par opposition aux deux semaines utilisées pour définir l'épisode dépressif majeur.

Il n'est pas surprenant que les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur, sans souffrir de dépression chronique, soient plus susceptibles de ne pas être traitées. Comme c'est le cas pour la plupart des problèmes de santé, les problèmes persistants ou récurrents sont plus susceptibles d'être traités. En outre, les symptômes de la dépression ne sont pas toujours évidents, surtout lorsque celle-ci est de courte durée.

## Aucun événement négatif récent

Les personnes déprimées qui se trouvent dans des situations qui augmentent leur vulnérabilité, par exemple une crise financière majeure ou une rétrogradation au travail, sont plus susceptibles d'être traitées que les personnes déprimées qui ne signalent pas d'événement négatif récent. En fait, comparativement aux premières, les secondes, qui ont eu un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas signalé d'événement négatif au cours de l'année, risquaient davantage de ne pas être traitées (risque relatif de 1,7).

L'absence d'un événement déclencheur peut jouer un rôle dissuasif quant à la recherche et à la poursuite d'un traitement. De tels événements sont perçus comme des causes valables de dépression et peuvent ainsi atténuer l'image négative souvent liée au fait d'être traité pour des problèmes émotifs. Étant facilement identifiables en tant que source de la dépression, ces événements peuvent aussi légitimer la recherche d'un traitement.

## Personnes par ailleurs en santé

Les personnes en mauvaise santé sont relativement plus susceptibles d'être déprimées<sup>18,19</sup>. Les personnes dont la santé est défaillante peuvent souffrir de dépression parce qu'elles se sentent impuissantes ou

## Limites

La présente analyse comporte plusieurs limites importantes. La question qui identifie les personnes qui ont eu au moins quatre contacts avec un professionnel de la santé au sujet de troubles mentaux ou émotifs au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ne se rapporte pas nécessairement à des contacts suscités par un épisode dépressif. Par conséquent, il est possible que le traitement reçu ne l'ait pas été par suite d'un épisode dépressif majeur. Néanmoins, il est probable que la majorité des personnes ayant souffert d'un épisode dépressif majeur au cours de cette période et ayant eu quatre contacts ou plus avec un professionnel de la santé au sujet de troubles mentaux ou émotifs, ont été traitées pour une dépression.

La portée de la question utilisée pour mesurer les contacts avec un professionnel de la santé était telle qu'il fallait user de jugement pour déterminer qu'il s'agissait d'un traitement. Parallèlement, aucun guide de pratique clinique n'a été publié au Canada au sujet du traitement de la dépression. Toutefois, les spécialistes de ce domaine recommandent un suivi étroit des patients, par le biais de visites régulières, qu'il y ait ou non prescription de médicaments<sup>6-8</sup>. Pour établir qu'un traitement avait été reçu, on a retenu le nombre de quatre visites à un professionnel de la santé relativement à des troubles émotifs ou mentaux afin de s'assurer que le groupe réputé comme ayant été traité l'avait effectivement été. Les personnes qui avaient eu un épisode dépressif majeur, mais qui avaient consulté moins de quatre fois au cours de l'année, n'avaient sans doute pas été traitées et ont par conséquent été classées comme telles.

Afin de déterminer si trois consultations ou moins avec un professionnel de la santé au sujet de troubles émotifs ou mentaux constituait un seuil raisonnable pour décider qu'une personne n'avait pas été traitée, on a aussi effectué l'analyse pour différents seuils : aucun contact, un contact ou moins, deux contacts ou moins et quatre contacts ou moins. Le profil des personnes qui souffraient de dépression et qui n'avaient pas reçu de traitement différait quelque peu lorsqu'on utilisait comme seuil aucun contact ou un contact ou moins pendant l'année, plutôt que deux contacts ou moins, trois contacts ou moins ou quatre contacts ou moins. Au seuil d'un contact ou aucun contact, trois variables— l'âge, la situation quant à l'emploi et l'isolement social— étaient significatives, alors qu'elles ne l'étaient pas pour les seuils plus élevés (tableau disponible auprès des auteurs).

La difficulté d'évaluer le niveau de biais découlant de souvenirs confus et de l'autodéclaration pose une autre limite à cette étude. Les personnes interrogées ont peut-être surestimé ou sous-estimé l'importance des événements ou des sentiments passés. Elles ont peut-être un souvenir confus de leurs contacts avec un professionnel de la santé ou du nombre précis de ces rencontres. Les études sur les erreurs de déclaration concernant des événements passés n'ont pas été concluantes<sup>20,21</sup>. En outre, il se peut que, contrairement à d'autres, certaines personnes n'aient pas déclaré des contacts avec des professionnels de soins de santé comme des travailleurs sociaux ou des conseillers matrimoniaux.

Le fait que l'épisode dépressif majeur ait pu se produire à tout moment au cours des 12 mois précédents signifie qu'au moment de l'interview de l'ENSP, le comportement, les caractéristiques et la situation de certaines personnes ayant souffert d'une dépression grave quelques mois plus tôt avaient changé. Par exemple, les personnes qui n'étaient plus déprimées ou qui s'estimaient en bonne santé au moment de l'interview avaient peut-être une vision moins favorable de leur état de santé, pendant l'épisode dépressif majeur ou peu après.

La non-réponse à l'enquête ou à certaines questions peut aussi poser des problèmes. La non-réponse à l'ENSP était principalement due au refus ou à l'impossibilité pour les intervieweurs de communiquer avec certaines personnes choisies. Cela revêt un intérêt particulier dans le cas de la dépression. Il se peut que certains non-répondants aient été déprimés, mais qu'ils n'aient pas voulu répondre à l'enquête en raison de la nature personnelle et exploratoire de certaines des questions. Par conséquent, il se peut que la non-réponse n'ait pas été aléatoire.

désespérées, particulièrement si leur état est chronique ou si elles se trouvent en phase terminale. Ainsi, la maladie, comme les événements négatifs récents, peut indiquer un risque accru de dépression. Les omnipraticiens et autres professionnels de soins de santé sont conscients de cette situation, et comme ils ont généralement plus de contacts avec les personnes dont la santé physique est défaillante, ils peuvent identifier les patients qui présentent des symptômes d'épisode dépressif majeur et les diriger vers les services appropriés. À l'opposé, les personnes déprimées qui sont en bonne santé physique et qui, par conséquent, semblent bien fonctionner sont moins susceptibles d'être traitées.

Plus une personne est en santé, moins elle a de chances d'être traitée pour une dépression. Les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur et qui décrivent leur état de santé comme bon ou très bon ont deux fois plus de chance de ne pas être traitées que celles qui qualifient leur état de santé de mauvais ou de passable (risque relatif de 2,2). Ceci reste vrai lorsque l'évaluation de l'état de santé s'améliore. Seules quelques personnes en excellente santé physique ont souffert d'un épisode dépressif majeur. Toutefois, elles ont été cinq fois plus susceptibles de ne pas recevoir de traitement que les personnes ayant eu un épisode dépressif majeur et qualifiant leur état de santé de mauvais ou passable. Les personnes qui s'estiment en très bonne santé peuvent ne pas voir que leur santé émotive laisse à désirer. Il se peut aussi qu'elles soient mieux pourvues pour faire face à un épisode dépressif.

## Exercice

Dans le cadre de la présente analyse, le lien entre l'activité physique récréative et le traitement de la dépression n'est pas nettement défini. D'autres études, et notamment un rapport du chef des services de santé des États-Unis, concluent que l'exercice améliore la santé mentale<sup>22-24</sup>. On peut donc s'attendre à ce que l'exercice réduise et/ou limite les symptômes dépressifs et, par conséquent, diminue le besoin de traitement. Toutefois, les données de l'ENSP montre que les personnes qui ont connu un épisode dépressif majeur et qui se décrivaient comme physiquement actives étaient aussi susceptibles de ne pas être traitées que celles qui se déclaraient inactives. Au contraire, chez les personnes qui ont traversé un épisode dépressif majeur, la proportion de personnes non traitées qui avaient une activité physique modérée

était deux fois moins élevée que la proportion des personnes qui se sont déclarées inactives (risque relatif de 0,5). Autrement dit, les personnes qui avaient une activité physique modérée et qui étaient déprimées étaient plus susceptibles d'avoir reçu un traitement.

Ce résultat quelque peu inattendu peut être attribué à la mesure de l'activité physique utilisée ici. Il ne s'agit pas d'une mesure globale, car elle ne tient compte que de l'activité physique récréative et qu'elle exclut l'activité physique au travail ou encore celle déployée pour s'y rendre.

### Plus faible niveau de scolarité et plus faible revenu du ménage

Une fois tous les autres facteurs contrôlés, un faible niveau de scolarité impliquait la probabilité de ne pas recevoir de traitement pour la dépression. Les personnes qui traversaient un épisode dépressif majeur et dont le niveau de scolarité ne dépassait pas le niveau secondaire étaient deux fois plus susceptibles de ne pas être traitées que les personnes ayant un niveau de scolarité plus élevé (risque relatif de 2,0). Il se peut que les personnes moins scolarisées aient des connaissances limitées sur la dépression, ses symptômes et l'efficacité du traitement. L'écart social entre elles et les professionnels de la santé «plus scolarisés» peut aussi les dissuader de rechercher un traitement<sup>25</sup>.

On a aussi associé un faible revenu du ménage à l'absence de traitement de la dépression. Pour les personnes venant de ménages à un revenu inadéquat, le risque de ne pas être traité était le double de celui des personnes vivant dans des ménages au revenu adéquat (risque relatif de 2,1).

Le revenu, comme la scolarité, peut être un obstacle au traitement. Le choix d'un professionnel de la santé chez les personnes qui n'ont pas un revenu adéquat se limite aux services couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces. Dans toutes les provinces, les personnes qui ont besoin d'aide pour résoudre des problèmes mentaux ou émotifs recevront un traitement si cela est jugé nécessaire sur le plan médical<sup>26</sup>. Mais, pour les personnes qui ne disposent d'aucun autre régime d'assurance-maladie, les restrictions quant au choix des professionnels de soins de santé et le coût des ordonnances peuvent constituer des obstacles additionnels à la recherche ou à la poursuite d'un traitement.

**Tableau 1**

### Risques relatifs pour les personnes souffrant de dépression qui n'ont pas été traitées, Canada, 1994-1995

Variable	% de personnes non traitées	Risque relatif	Intervalle confiance de 95 %
<b>Besoin</b>			
Dépression chronique			
Oui†	68,3	1,0	...
Non	83,7	1,9*	(1,1, 3,4)
Tension chronique			
Faible	76,6	1,1	(0,5, 2,5)
Modérée	77,5	1,2	(0,7, 2,1)
Élevée†	71,3	1,0	...
Événement(s) négatif(s) récent(s)			
Oui†	71,0	1,0	...
Non	80,7	1,7*	(1,0, 3,2)
Situation quant à l'emploi			
Inactif	70,3	0,7	(0,4, 1,3)
Actif†	77,0	1,0	...
Auto-évaluation de l'état de santé			
Passable ou mauvais†	61,3	1,0	...
Bon ou très bon	77,2	2,2*	(1,2, 3,9)
Excellent	88,7	5,4*	(2,0, 15,1)
Niveau d'activité physique à des fins de loisirs			
Nul†	74,7	1,0	...
Modéré	67,9	0,5*	(0,3, 0,9)
Élevé	80,1	0,9	(0,5, 1,7)
<b>Conditions favorables</b>			
Niveau de scolarité			
Certaines études postsecondaires ou plus†	70,1	1,0	...
Diplôme d'études secondaires ou moins	80,3	2,0*	(1,3, 3,3)
Revenu du ménage			
Adéquat†	73,7	1,0	...
Inadéquat	75,9	2,1*	(1,2, 3,6)
Isolement social			
Non†	72,5	1,0	...
Oui	78,4	1,5	(0,9, 2,7)
Nombre de visites à un omnipraticien			
0-2	82,8	2,3*	(1,2, 4,3)
3-5	80,8	2,6*	(1,5, 4,3)
6 et plus†	61,2	1,0	...
<b>Facteurs de prédisposition</b>			
Âge			
18-29	79,3	1,0	(0,3, 3,5)
30-44	71,6	0,6	(0,2, 2,0)
45-59	69,7	0,7	(0,2, 2,1)
60 ans et plus†	79,5	1,0	...
Sexe			
Femme†	70,2	1,0	...
Hommes	83,0	1,8*	(1,1, 3,1)
État matrimonial			
Marié/avec conjoint	76,0	2,1*	(1,2, 3,6)
Jamais marié	78,4	1,4	(0,7, 2,8)
Déjà été marié†	64,5	1,0	...

**Source :** Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995

**Nota :** Taille de l'échantillon = 919. L'analyse exclut 53 personnes déprimées (5,4 %) pour lesquelles manquait des données quant à une ou plusieurs variables de l'analyse.

† Correspond à la catégorie de référence, pour laquelle le risque relatif est toujours égal à 1,00.

... N'ayant pas lieu de figurer.

\*  $p \leq 0,05$ .

## Contacts relativement peu fréquents avec des omnipraticiens

Il n'est pas surprenant de constater que les personnes qui consultent fréquemment des omnipraticiens sont aussi plus susceptibles d'être traitées en cas de dépression<sup>a</sup>. Inversement, celles qui ont relativement peu de contacts avec ces professionnels sont moins susceptibles de recevoir un tel traitement. Si on contrôle les autres facteurs, y compris l'état de santé, les personnes ayant consulté moins de six fois un omnipraticien au cours de l'année précédente étaient deux fois moins susceptibles d'être traitées en cas de dépression que les personnes déclarant six consultations ou plus.

On peut de toute évidence conclure que les personnes qui utilisent moins fréquemment le système de soins de santé sont moins susceptibles d'être traitées, mais cette situation cache un certain nombre de facteurs sous-jacents. Certaines personnes peuvent avoir surmonté l'épisode dépressif sans traitement. D'autres, recourant rarement au système de soins de santé, ne le perçoivent peut-être pas comme une solution à leurs problèmes émotifs. Certaines personnes peuvent ne pas se savoir malades ou ne savent pas que leur maladie se traite. D'autres encore sont intimidées par le système. Ainsi, un recours moins fréquent au système de santé réduit la probabilité qu'un omnipraticien reconnaisse, diagnostique et traite la dépression ou en recommande le traitement. Qui plus est, la rareté relative des contacts avec des professionnels de soins de santé peut en accentuer l'étrangeté, et réduire d'autant plus la chance d'être traité en cas de dépression.

<sup>a</sup> La définition du traitement de la dépression utilisée dans la présente analyse, c'est-à-dire quatre contacts ou plus avec un professionnel de la santé au sujet de problèmes émotifs ou mentaux, pourrait inclure les omnipraticiens, étant donné que les médecins de famille et les internistes sont souvent appelés à diagnostiquer et à traiter la dépression<sup>27</sup>. Même si on ne peut déterminer dans quelle mesure il y a chevauchement entre les contacts avec un omnipraticien et ceux avec un professionnel de la santé au sujet de problèmes émotifs ou mentaux, la corrélation fait ressortir que celui-ci n'est pas important ( $r=0,23$ , calculé à partir de mesures continues de ces deux variables). Si le chevauchement était grand, le coefficient de corrélation serait égal ou supérieur à 0,7, ce qui expliquerait au moins la moitié de la variance.

## Les hommes et les personnes mariées sont moins susceptibles d'être traités

Les hommes sont la moitié moins susceptibles que les femmes de souffrir d'un épisode dépressif majeur<sup>1,16</sup>. Et lorsqu'ils sont déprimés, ils sont moins susceptibles d'être traités. Tout autre facteur étant par ailleurs contrôlé, les hommes sont plus susceptibles que les femmes de ne pas être traités (risque relatif de 1,8).

De même, les personnes mariées qui ont traversé un épisode majeur dépressif sont plus susceptibles d'être non traitées que celles qui ne sont plus mariées (risque relatif de 2,1). Il se peut que le soutien du conjoint se substitue au traitement par un professionnel de la santé, ou le conjoint peut dissuader la personne souffrant de dépression d'entreprendre ou de poursuivre un traitement.

## Facteurs non significatifs

Un certain nombre de variables, que l'on aurait pu associer au non-traitement de la dépression, n'étaient pas significatives. Il s'agit de l'âge, de la situation quant à l'emploi, de la tension chronique et de l'isolement social.

Même si la prévalence de la dépression variait fortement avec l'âge, les chances d'être non traité ne variaient pas<sup>16</sup>. Les jeunes adultes qui ont traversé un épisode dépressif majeur n'étaient pas plus susceptibles d'être non traités que les personnes âgées et celles d'âge moyen.

On peut s'attendre à ce que le lien entre le traitement de la dépression et la situation quant à l'emploi soit similaire à celui de l'état de santé et des événements négatifs. Les personnes qui souffrent de dépression et qui ont un emploi peuvent se percevoir et être perçues comme fonctionnant bien, donc, leur besoin de traitement risque moins d'être identifié. En outre, les travailleurs rémunérés ont tendance à avoir moins de temps à consacrer à des traitements qui peuvent être longs. D'autre part, pour certaines personnes, les médicaments prescrits peuvent affecter le rendement au travail. Pourtant, en dépit de ces considérations, une personne qui a un emploi et qui souffre d'un épisode dépressif majeur n'a pas plus de chances de ne pas être traitée qu'une personne sans emploi. Les assurances privées et les

programmes d'aide aux employés compensent probablement pour les éléments dissuasifs existant en situation d'emploi. Ces conclusions non significatives peuvent être aussi dues à la corrélation positive entre les deux variables dichotomiques que sont l'emploi et le revenu ( $r = 0,36$ ).

Comme c'est le cas pour les événements négatifs récents, la tension chronique augmente la vulnérabilité à la dépression et peut aussi être perçue comme un motif légitime de traitement. Par conséquent, l'on pourrait s'attendre à ce que les personnes qui ont eu un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas déclaré de tension chronique, aient eu plus de chances de ne pas être traitées que les personnes ayant déclaré une forte tension chronique. Mais, étonnamment, le niveau de tension chronique a peu de liens avec les chances de ne pas recevoir de traitement.

L'absence d'un réseau de soutien efficace constitué de parents et d'amis peut aussi être perçue comme un obstacle au traitement de la dépression. Sans parents et amis pour l'encourager et la soutenir, une personne qui souffre de dépression peut ne pas rechercher de traitement ou ne pas le poursuivre. Par contre, il est possible qu'un faible réseau de soutien puisse augmenter le besoin de traitement. Ces effets contradictoires peuvent s'annuler, car, après contrôle des autres facteurs les personnes socialement isolées qui souffrent de dépression ne sont ni plus ni moins susceptibles d'être non traitées que celles qui disposent d'un réseau mieux établi de parents et d'amis.

## Répercussions

Certains résultats de cette analyse étaient prévisibles. Par exemple, les personnes qui avaient souffert d'un épisode dépressif majeur, mais dont la dépression n'était pas chronique, et celles qui n'avaient pas indiqué d'événement négatif au cours de l'année écoulée, avaient moins de chance d'être traitées que celles dont la dépression était chronique ou qui avaient vécu un événement négatif récent. De même, les personnes ayant eu une dépression mais qui évaluaient leur état de santé comme bon ou excellent étaient plus susceptibles d'être non traitées que celles qui se disaient en mauvaise santé. Autrement dit, les personnes qui ne semblaient pas avoir besoin de traitement étaient plus susceptibles de ne pas être traitées.

D'autres résultats de l'analyse sont importants dans le contexte du régime de soins de santé au Canada, dont le mandat consiste à fournir les traitements nécessaires sur le plan médical<sup>28</sup>. Les personnes qui ont traversé un épisode dépressif majeur et qui étaient relativement peu scolarisées étaient plus susceptibles d'être non traitées. Un revenu inadéquat peut aussi constituer un obstacle au traitement, en ce que le choix des intervenants peut être limité à ceux dont les services sont couverts par les régimes d'assurance-maladie des provinces. En outre, un revenu inadéquat peut empêcher l'achat de médicaments. Les personnes qui avaient eu un épisode dépressif majeur et qui avaient relativement peu de contacts avec des omnipraticiens risquaient de ne pas être traitées, parce qu'elles n'ont peut-être pas l'habitude de rechercher l'aide de professionnels de la santé. En outre, des contacts plus rares avec des omnipraticiens réduisent les chances de faire diagnostiquer une dépression, et par suite, limiter davantage l'accès aux professionnels de soins en santé mentale.

Enfin, certains résultats de l'analyse furent surprenants. Par exemple, le niveau de tension chronique n'impliquait pas d'être traité; tout comme une situation d'emploi permettant l'accès à une assurance privée ou à une aide dans le cadre d'un programme d'aide aux employés. Comme il a été remarqué précédemment, cela peut être dû au lien entre le revenu et la situation d'emploi. De même, l'âge des personnes déprimées avait peu à voir avec leurs chances d'être non traitées.

Le modèle utilisé ici devrait être perçu en tant qu'examen préliminaire des liens existants. Des travaux ultérieurs devraient viser à déterminer des mesures qui permettraient de compléter le modèle, mesures telles que la disponibilité et l'utilisation des programmes d'aide aux employés et de régimes d'assurance privés pour le traitement des troubles mentaux. Il faudrait en outre élaborer une mesure plus précise et globale du traitement. Enfin, il est possible d'évaluer la fiabilité et la validité des mesures de contacts déclarés dans le cadre de l'ENSP, en les reliant à des données administratives, comme les consultations avec des professionnels de la santé qui ont été facturées et payées.

En dépit des limites des données en particulier de l'ampleur de la variable dépendante, la présente étude est la seule analyse dont on dispose actuellement, à partir d'un échantillon national, sur les caractéristiques

des personnes qui ont traversé un épisode dépressif majeur, mais qui n'ont pas été traitées. Alors que l'analyse identifie ces dernières, elle ne peut toutefois identifier celles qui ont besoin d'un traitement. Il est donc approprié de conclure que la dépression, au Canada, est partiellement traitée, sans pouvoir préciser dans quelle mesure.

## Remerciements

Les auteurs remercient Gary Catlin, Cécile Dumas et Doug Norris pour leurs suggestions des plus utiles.

## Références

1. Association canadienne pour la santé mentale, *Dépression : un aperçu de la littérature*, Ottawa, 1995.
2. 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, 1994, p. 8-19.
3. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3<sup>e</sup> édition révisée. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
4. W. Millar, M.P. Beaudet, J. Chen, E. Ng *et al.*, *Un aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1994-1995* (Statistique Canada, n° 82-567 au catalogue), Ottawa, Ministre de l'Industrie, 1995.
5. J-L. Tambah et G. Catlin, «Plan d'échantillonnage de l'Enquête nationale sur la santé de la population», *Rapports sur la santé*, 7(1), 1995, p. 29-38 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
6. P.E. Stokes, «A primary care perspective on management of acute and long-term depression», *Journal of Clinical Psychiatry* 13(2), 1995, p. 23-33.
7. Canadian Primary Care Rounds on Depression Symposium, *The Management of Depression, A Primary Care Approach*, Toronto, 1994.
8. R. Reesal et P. Vincent (dir.), *Depression: Diagnosis and Treatment in Primary Care*, Toronto, Association médicale du Canada, 1992.
9. M. Olfson et G.L. Klerman, «Depressive symptoms and mental health service utilization in a community sample», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 27, 1992, p. 161-167.
10. M.S. Dew, L.O. Dunn, E.J. Bromet *et al.*, «Factors affecting help-seeking during depression in a community sample», *Journal of Affective Disorders*, 14, 1988, p. 223-234.
11. R. Andersen et J.F. Newman, «Societal and individual determinants of medical care utilization in the United States», *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 51, 1973, p. 95-124.
12. D. Pfeffermann, «The role of sampling weights when modeling survey data», *International Statistical Review*, 61(2), 1993, p. 317-337.
13. E. Korn et B. Graubard, «Analysis of large health surveys: Accounting for the sampling design», *Journal of the Royal Statistical Society*, 158 (2<sup>e</sup> partie), 1995, p. 263-295.
14. P.J. McCarthy, *Replication: An approach to the analysis of data from complex surveys*, (Department of Health, Education, and Welfare, National Centre for Vital and Health Statistics, séries n° 2, n° 14) Washington, États-Unis., Government Printing Office, 1966.
15. K.M. Wolter, *Introduction to Variance Estimation*, New York, Springer-Verlag, 1985.
16. M.P. Beaudet, «Dépression», *Rapports sur la santé*, 7(4), 1996, p. 11-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
17. P. Freeling, B.M. Rao, E.S. Paykel *et al.*, «Unrecognized depression in general practice», *British Medical Journal*, 290, 1985, p. 1880-1883.
18. S. Cohen et T.B. Herbert, «Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology», *Annual Review of Psychology*, 47, 1996, p. 113-142.
19. A.D. Sadovnick, R.A. Remick, J. Allen *et al.*, «Depression and multiple sclerosis», *Neurology*, 46(3), 1996, p. 628-632.
20. S.D. Harlow et M.S. Linet, «Agreement between questionnaire data and medical records», *Journal of Epidemiology*, 129(2), 1989, p. 233-248.
21. P.D. Cleary et A.M. Jette, «The validity of self-reported physician utilization measures», *Medical Care*, 22(9), 1984, p. 796-803.
22. Department of Health and Human Services des États-Unis, *Physical Activity and Health: A Report of the Surgeon General*, chapitre 4, Washington, DC, Government Printing Office, 1996.
23. J.S. Raglin, «Exercise and mental health-beneficial and detrimental effects», *Sports Medicine*, 9(6), 1990, p. 323-329.
24. T. Stephens, «Physical activity and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys», *Preventive Medicine*, 17, 1988, p. 35-47.
25. J.K. Myers et L. Schaffer, «Social stratification and psychiatric practice: A study of an out-patient clinic», *American Sociological Review*, juin 1954, p. 307-310.
26. Health Services and Promotion Branch, *Mental Health Services in Canada, 1990*, Santé et Bien-être Canada (n° H39-182 au catalogue) Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1990.
27. R.A. Schurman, P.D. Kramer, J.B. Mitchell, *et al.*, «The hidden mental health network: Treatment of mental illness by nonpsychiatrist physicians», *Archives of General Psychiatry*, 42, 1985, p. 89-94.



28. Gouvernement du Canada, «La loi canadienne sur la santé, 1984. ch. 6.5.1», Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1984.
29. B. Wheaton, «Chronic stressors: Models and measurement», Conférence présentée à la réunion de la Society for Social Problems à Cincinnati en Ohio, 1991.
30. R.J. Turner, W.R. Avison, «Innovations in the measurement of life stress: Crisis theory and the significance of event resolution», *Journal of Health and Social Behaviour*, 33(1), 1992, p. 36-51.
31. W.R. Avison et R.J. Turner, « Stressful life events and depressive symptoms: Desegregating the effects of acute stressors and chronic strains», *Journal of Health and Social Behaviour*, 29, 1988, p. 253-264.
32. B.S. Dohrenwend, L. Krasnoff, A.R. Askenasy *et al.*, «Exemplification of a method for scaling life events. The PERI Life Events Scale», *Journal of Health and Social Behaviour*, 19, 1978, p. 205-229.

## Annexe A

### Questions utilisées pour déterminer un épisode dépressif majeur

Les questions qui suivent, tirées de l'Enquête nationale sur la santé de la population, sont un sous-ensemble de questions tirées du Composite International Diagnostic Interview. Elles se rapportent à un ensemble de symptômes de la dépression qui sont énumérés dans le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSMIII-R)*<sup>3</sup>. Les numéros des questions correspondent à ceux du questionnaire. Il existe trois schémas d'acheminement possible :

- 1) après une réponse «oui» à la question 2, questions 3 à 13;
  - 2) après une réponse «non» à la question 2 et «oui» à la question 16, questions 17 à 26;
  - 3) réponse «non» à la question 2 et «non» à la question 16.
- Q2. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous senti(e) triste, mélancolique ou déprimé(e) pour une période de deux semaines consécutives ou plus? [Oui - Passez à Q3; Non - Passez à Q16]
- Q16. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé pendant une période de deux semaines ou plus de perdre intérêt pour la plupart des choses que vous aimiez faire ou auxquelles vous preniez généralement plaisir, comme le travail, un passe-temps ou toute autre chose? [Oui - Passez à Q17; Non - Fin]
- Q3 à Q17. Pour ce qui est des questions suivantes, pensez aux deux semaines au cours des 12 derniers mois durant lesquelles/ Q3) ces sentiments ont été les plus forts / Q17) vous avez perdu presque tout intérêt. Pendant cette période, combien de temps ces sentiments cette perte d'intérêt duraient-ils/elle généralement? [Toute la journée, presque toute la journée; environ la moitié de la journée; moins de la moitié de la journée]
- Q4 ou Q18. Combien de fois avez-vous éprouvé ces sentiments vous êtes-vous senti(e) de cette façon pendant ces deux semaines? [Tous les jours, presque tous les jours; moins souvent]
- Q5. Pendant ces deux semaines, avez-vous perdu tout intérêt dans ce qui vous entoure? [Oui; Non]
- Q6 ou Q19. Éprouviez-vous toujours de la fatigue ou un manque d'énergie? [Oui; Non]
- Q7 ou Q20. Avez-vous pris du poids, perdu du poids ou gardé le même poids? [Pris du poids; perdu du poids; gardé le même poids; suivais un régime]
- Q8 ou Q21. Combien de livres ou de kilogrammes avez-vous pris ou perdus?
- Q9 ou Q22. Avez-vous eu plus de difficulté que d'habitude à trouver le sommeil? [Oui; Non]
- Q10 ou Q23. Combien de fois cela s'est-il produit? [Chaque nuit; presque chaque nuit; moins souvent]
- Q11 ou Q24. Avez-vous eu beaucoup plus de difficulté à vous concentrer? [Oui; Non]
- Q12 ou Q25. Pendant ces périodes, les gens se sentent parfois abattus ou sentent qu'ils ne valent rien. Avez-vous éprouvé ces sentiments? [Oui; Non]
- Q13 ou Q26. Avez-vous songé à la mort; soit à la vôtre, à celle d'une autre personne ou à la mort en général? [Oui; Non]

## Annexe B

### Variables indépendantes<sup>b</sup>

#### Besoin

*Dépression chronique* : un épisode dépressif majeur qui a duré plus de quatre semaines l'an dernier.

Pour évaluer la *tension chronique*, on a demandé aux personnes interrogées si 11 énoncés étaient, selon eux, vrais ou faux<sup>29</sup>. On a attribué une cote de 1 à chaque réponse «vrai». Les personnes dont la cote est égale à 0 ou à 1 (44 %) forment la catégorie des personnes éprouvant une tension chronique faible; celles dont la cote est égale à 2 ou à 3 (34 %), la catégorie des personnes dont la tension chronique est modérée et celles dont la cote varie de 4 à 11 (22 %), la catégorie des personnes éprouvant une tension chronique forte. Les énoncés sont les suivants :

1. Vous essayez d'entreprendre trop de choses en même temps.
2. Vous ressentez trop de pression pour être comme les autres.
3. Les autres attendent trop de votre part.
4. Vous n'avez pas assez d'argent pour acheter les choses dont vous avez besoin.
5. Votre travail à la maison n'est pas apprécié.
6. Vos amis ont une mauvaise influence sur vous.
7. Vous aimeriez déménager, mais vous ne le pouvez pas.
8. L'endroit où vous habitez est trop bruyant ou trop pollué.
9. Un de vos parents, un de vos enfants ou votre conjoint(e) est en très mauvaise santé et pourrait mourir.
10. Quelqu'un de votre famille a un problème d'alcool ou de drogue.
11. Les gens sont trop critiques à votre égard ou critiquent trop ce que vous faites.

Pour évaluer les *événements négatifs récents*, on a posé aux personnes ayant participé à l'ENSP huit questions de type «oui/non» au sujet d'événements qu'elles ont vécus personnellement ou qu'a vécu un de leurs proches, tels qu'un(e) conjoint(e) ou partenaire, un enfant, un parent ou un(e) ami(e)<sup>30-32</sup>. On considère que les personnes ayant vécu au moins un des événements décrits ont subi ce type de stress.

1. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été battu ou agressé physiquement ou quelqu'un de votre entourage l'a-t-il été?
2. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) êtes devenue enceinte sans l'avoir désiré?
3. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez subi un avortement ou en une fausse couche?
4. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez éprouvé de graves difficultés financières?
5. ..., est-ce que vous (ou un membre de votre famille) avez échoué à l'école ou à un programme de formation?
6. ..., vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) de changer d'emploi pour un autre qui s'est avéré pire?
7. ..., vous est-il arrivé (ou est-il arrivé à votre conjoint) d'être rétrogradé ou de subir une baisse de salaire?
8. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous personnellement été bénéficiaire de l'aide sociale?

La *situation quant à l'emploi* est divisée en deux catégories : actif et inactif. La catégorie des inactifs comprend les chômeurs et ceux qui ne font pas partie de la population active.

L'*activité physique à des fins de loisirs* a été subdivisée en trois groupes, selon la dépense quotidienne moyenne d'énergie. Les personnes dont la dépense d'énergie est inférieure à 1,5 kcal/kg sont considérées comme physiquement inactives. Une valeur entre 1,5 et 2,9 kcal/kg, c'est-à-dire l'équivalent d'une promenade quotidienne de 45 minutes, correspond à une activité physique modérée. Les personnes dont la dépense d'énergie est de 3,0 kcal/kg ou plus sont considérées comme physiquement actives. Les détails des calculs pour obtenir la dépense d'énergie quotidienne moyenne se trouvent dans l'*Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population pour 1994-1995*<sup>5</sup>.

<sup>b</sup> Les catégories qui se comprennent d'elles-mêmes ne figurent pas dans cette liste.

## Conditions favorables

La *mesure dans laquelle le revenu est adéquat* est établie en examinant le revenu du ménage en fonction de la taille de ce dernier. Le revenu du ménage est jugé inadéquat conformément aux critères suivants :

### Revenu du ménage et taille du ménage

Moins de 15 000 \$ et 1 ou 2 personnes  
 Moins de 20 000 \$ et 3 ou 4 personnes  
 Moins de 30 000 \$ et 5 personnes ou plus

Quatre questions de type «oui/non» visent à évaluer *l'isolement social*. Les personnes qui ont répondu «non» à au moins une de ces questions sont classées dans la catégorie des personnes manquant de soutien social.

1. Avez-vous un confident ou une confidente, c'est-à-dire quelqu'un à qui parler de vos sentiments ou préoccupations personnelles?
2. Avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter en cas de crise?
3. Avez-vous quelqu'un sur qui vous pouvez vraiment compter lorsque vous avez à prendre des décisions personnelles importantes?
4. Quelqu'un vous fait-il sentir qu'il vous aime et qu'il tient à vous?

Le niveau de *contact avec un omnipraticien* a été établi au début de l'interview en demandant aux personnes combien de fois au cours des 12 derniers mois elles avaient consulté, en personne ou par téléphone, un omnipraticien ou un médecin de famille, au sujet de leur santé physique, émotive ou mentale. Une question différente, posée dans la section sur la santé mentale, a été utilisée pour déterminer le niveau de contact avec des professionnels de la santé seulement au sujet de la santé émotive ou mentale.

## Facteurs de prédisposition

L'*état matrimonial* est classé en trois catégories : célibataire (jamais marié(e)), marié(e) (y compris les personnes vivant avec un(e) partenaire et celles vivant en union de fait) et marié(e) antérieurement (veuf(ve), divorcé(e), séparé(e)).