

Rapports sur la santé

Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada

par Saeeda Khan

Date de diffusion : le 16 août 2017



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Programme des services de dépôt

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

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > « Normes de service à la clientèle ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.

Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada

par Saeeda Khan

Résumé

D'après les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale menée en 2012, 1,2 % des Canadiens âgés de 15 à 64 ans (282 000 personnes selon les estimations) ont souffert de troubles mentaux et de troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues simultanément au cours de l'année précédente (au moins un trouble de l'humeur ou d'anxiété et un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues). Les caractéristiques de démographie, de situation socioéconomique, d'état de santé et d'utilisation des services chez le groupe de personnes présentant des troubles concomitants ont été comparées à celles des personnes présentant uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. Les personnes aux prises avec des troubles concomitants avaient systématiquement une moins bonne santé psychologique, faisaient une utilisation accrue des services de soins de santé et étaient plus susceptibles de déclarer des besoins partiellement satisfaits ou non satisfaits que le groupe de personnes présentant un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, même lorsque les facteurs démographiques et socioéconomiques et le nombre de problèmes de santé chroniques étaient pris en compte. Les similitudes apparentes dans l'état de santé, l'utilisation des services et les besoins partiellement satisfaits ou non satisfaits entre le groupe de personnes ayant des troubles concomitants et le groupe de personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété n'ont pas persisté dans l'analyse multivariée. Les constatations indiquent que la complexité des troubles concomitants contribue à de moins bons résultats sur le plan de la santé psychologique et à une utilisation accrue des services de santé, comparativement aux personnes présentant uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues.

Mots-clés : Trouble d'anxiété, état de santé, santé mentale, trouble de l'humeur, utilisation des services

Les troubles concomitants, également appelés diagnostic mixte ou trouble mixte, désignent généralement l'existence simultanée d'un trouble mental et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues^{1,2}. Les personnes présentant des troubles concomitants ont souvent une moins bonne santé physique³ et éprouvent une plus grande détresse psychologique⁴ que les personnes ayant un trouble unique. Elles peuvent aussi ne pas recevoir des soins de santé optimaux⁵. Les besoins complexes en matière de santé de cette sous-population peuvent entraîner de longs séjours à l'hôpital, des taux élevés de réadmission et l'augmentation des coûts des soins de santé⁶⁻⁸.

La double nature des troubles concomitants peut déclencher un cycle autoperpétué qui contribue à de piètres résultats, notamment un risque de rechute élevé si les troubles ne sont pas traités simultanément^{6,7}. L'intégration des systèmes de prestation en vue du traitement des personnes ayant des problèmes concomitants liés à la santé mentale et à la consommation d'alcool ou de drogues constitue un défi reconnu^{5,7,8,9}.

Bien que les troubles qui coexistent le plus souvent soient les troubles de l'humeur ou d'anxiété et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues², de nombreuses autres combinaisons ont été examinées, par exemple la consommation d'alcool ou de drogues et les psychoses, les troubles de l'alimentation ou la dépendance au jeu². Par conséquent, il est difficile de suivre les taux de prévalence au fil du temps, ce qui peut entraîner une sous-estimation de la prévalence globale des troubles concomitants¹⁰.

Dans la plus grande partie de la documentation, on s'est appuyé sur des données plus anciennes^{11,12}, et on a examiné des mesures portant sur l'ensemble de la vie, plutôt que sur les 12 derniers mois, ce qui accroît la probabilité que les troubles n'étaient pas présents en même temps. Dans des analyses plus récentes^{14,13} axées sur les troubles au cours des 12 derniers mois, on a utilisé l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale et bien-être menée en 2002, dans le cadre de laquelle on a recueilli des renseignements sur une sélection de troubles mentaux différente de celle de la présente analyse.

Cette étude est la première à utiliser l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale menée en 2012 en vue d'examiner les caractéristiques de démographie, de situation socioéconomique, d'état de santé et d'utilisation des services de soins de santé chez les personnes présentant des troubles concomitants, et de les comparer à celles des personnes qui avaient uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (voir *Les données*). On a défini les participants à l'enquête aux prises avec des troubles concomitants comme étant les personnes qui, au cours des 12 derniers mois, ont présenté au moins un trouble de l'humeur ou d'anxiété et au moins un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. Les troubles de l'humeur ou d'anxiété représentaient un épisode dépressif majeur, un trouble bipolaire I/trouble bipolaire II et un trouble d'anxiété généralisée. Les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues représentaient un abus d'alcool, de cannabis

et d'autres drogues ou une dépendance à ces substances. Des estimations ont été calculées pour la population à domicile âgée de 15 à 64 ans dans les 10 provinces.

Prévalence (12 derniers mois) par type de trouble

En 2012, selon les estimations, 6,1 % de la population canadienne à domicile âgée de 15 à 64 ans a présenté un trouble de l'humeur ou d'anxiété au cours de l'année précédente et 3,8 % était aux prises avec un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (tableau 1). Un autre 1,2 % (282 000 personnes) a présenté des troubles concomitants de l'humeur ou d'anxiété et des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, soit une estimation similaire à la prévalence de 1,7 % des troubles concomitants issue des résultats de l'ESCC — Santé mentale et bien-être menée en 2002¹, qui a permis de mesurer un éventail de maladies mentales légèrement différent.

La prévalence des troubles concomitants ne variait pas de façon significative selon le sexe : 1,4 % chez les hommes et 1,1 % chez les femmes. Cependant, conformément aux données de la documentation^{1,13,14}, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter un trouble de l'humeur ou d'anxiété (7,8 % par rapport à 4,5 %), et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues étaient plus courants chez les hommes que chez les femmes (5,8 % par rapport à 1,9 %).

La prévalence des troubles concomitants et des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues diminuait selon le groupe d'âge, tandis que la prévalence des troubles de l'humeur ou d'anxiété atteignait un sommet chez les personnes âgées de 25 à 44 ans.

État matrimonial et situation socioéconomique

Les personnes présentant des troubles concomitants étaient significativement plus susceptibles que les personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété d'être célibataires et significativement moins susceptibles d'être mariées (tableau 2). Le pourcentage élevé de célibataires chez les personnes présentant des troubles concomitants est en partie attribuable à

Tableau 1

Prévalence des troubles concomitants, des troubles de l'humeur ou d'anxiété et des troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues au cours des 12 derniers mois, selon le sexe et le groupe d'âge, population à domicile âgée de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2012

	Troubles concomitants [†]		Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement				Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues					
	Nombre estimatif (en milliers)	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		Nombre estimatif (en milliers)	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		Nombre estimatif (en milliers)	%	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Total	282	1,2	1,0	1,5	1 434	6,1	5,7	6,7	898	3,8	3,5	4,3
Sexe												
Hommes	158	1,4	1,1	1,7	523	4,5*	3,9	5,1	679	5,8*	5,1	6,6
Femmes [‡]	124	1,1	0,8	1,4	912	7,8	7,0	8,7	219	1,9	1,6	2,3
Groupe d'âge												
15 à 24 ans [†]	120	2,7	2,0	3,7	283	6,4	5,4	7,6	403	9,1	7,9	10,4
25 à 44 ans	108	1,2*	0,9	1,6	612	6,6*	5,8	7,6	312	3,4*	2,8	4,1
45 à 64 ans	53	0,6*	0,4	0,8	539	5,6*	4,9	6,3	183	1,9*	1,4	2,5

* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$)

[†] épisode dépressif majeur, trouble bipolaire I/trouble bipolaire II ou trouble d'anxiété généralisée avec abus d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues ou une dépendance à ces substances

[‡] groupe de référence

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Tableau 2

Caractéristiques démographiques et socioéconomiques, selon l'existence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, population à domicile âgée de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2012

Caractéristiques démographiques et socioéconomiques	Troubles concomitants [†]			Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement			Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues		
	%	Intervalle de confiance à 95 % de à		%	Intervalle de confiance à 95 % de à		%	Intervalle de confiance à 95 % de à	
Sexe									
Hommes	56,1	47,4	64,4	36,4*	32,3	40,7	75,6*	71,3	79,4
Femmes	43,9	35,6	52,6	63,6*	59,3	67,7	24,4*	20,6	28,7
Groupe d'âge									
15 à 24 ans	42,7	33,1	52,9	19,7*	16,9	23,0	44,9	39,5	50,3
25 à 44 ans	38,4	29,2	48,5	42,7	38,5	46,9	34,8	30,0	39,9
45 à 64 ans	19,0	13,8	25,5	37,6*	33,7	41,6	20,3	15,7	26,0
État matrimonial									
Marié/conjoint de fait	26,9 ^E	19,0	36,5	45,6*	41,5	49,7	34,7	29,0	40,9
Veuf, séparé ou divorcé	12,1 ^E	8,2	17,3	15,7	12,6	19,4	3,7*	2,6	5,3
Célibataire, jamais marié	61,0	51,2	69,9	38,4*	34,5	42,5	61,5	55,4	67,1
Niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage									
Diplôme d'études secondaires ou moins	20,5 ^E	13,8	29,2	15,2	12,7	18,1	18,0	14,3	22,4
Au moins des études postsecondaires partielles	69,2	59,4	77,6	76,1	72,5	79,4	73,7	68,8	78,1
Situation d'emploi									
Personne occupée	59,6	50,3	68,3	52,1	48,1	56,2	72,8*	68,1	77,0
Personne au chômage	33,7	25,7	42,8	37,3	33,3	41,4	24,3	20,4	28,7
Personne inactive	6,5 ^E	4,0	10,5	10,3	8,0	13,1	F	...	...
Quintile de suffisance du revenu du ménage[‡]									
1 et 2 (inférieurs)	53,0	43,6	62,2	53,2	48,9	57,4	35,1*	30,3	40,2
3 (milieu)	18,9 ^E	12,5	27,5	18,1	15,1	21,4	17,8	14,1	22,3
4 et 5 (supérieurs)	28,1	20,1	37,8	28,8	25,2	32,6	47,1*	41,5	52,7

... n'ayant pas lieu de figurer

^E à utiliser avec prudence

F trop peu fiable pour être publié

* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de personnes ayant des troubles concomitants ($p < 0,05$)

[†] épisode dépressif majeur, trouble bipolaire I/trouble bipolaire II ou trouble d'anxiété généralisée avec abus d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues ou une dépendance à ces substances

[‡] fondé sur le ratio du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Tableau 3

État de santé physique et psychologique, selon l'existence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, population à domicile âgée de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2012

Indicateurs de santé physique et psychologique	Troubles concomitants [†]			Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement			Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues		
	%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %		%	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à		de	à
Maladies physiques chroniques[‡]									
Aucune	36,1	27,9	45,2	33,4	29,7	37,4	61,5*	55,9	66,9
Une	34,9	26,7	44,0	27,6	23,7	32,0	25,0	20,4	30,3
Deux ou plusieurs	29,1	21,5	38,0	38,9*	35,1	42,9	13,4*	10,4	17,2
Autoévaluation de l'état de santé physique									
Excellente/très bonne (grande)	28,5	21,5	36,6	28,9	25,2	32,9	47,6*	42,3	52,9
Bonne	36,7	28,1	46,2	34,1	30,5	38,0	35,8	31,1	40,7
Passable/mauvaise (piètre)	34,8	26,0	44,8	36,8	32,8	41,0	16,6*	12,8	21,3
Autoévaluation de l'état de santé mentale									
Excellente/très bonne (grande)	15,9 [§]	10,7	23,0	19,4	16,1	23,2	50,8*	45,8	55,8
Bonne	31,6	23,4	41,1	32,2	28,4	36,1	40,1	35,0	45,5
Passable/mauvaise (piètre)	52,5	43,6	61,2	48,4	44,3	52,6	9,0*	6,8	11,8
Autoévaluation du stress quotidien									
Pas du tout/pas tellement stressant (faible)	9,1 [§]	5,7	14,2	11,4	8,9	14,5	33,6*	28,5	39,1
Un peu stressant	39,6	30,9	49,1	37,6	33,8	41,6	44,6	39,5	50,0
Assez/extrêmement stressant (élevé)	51,2	41,6	60,7	50,9	46,8	54,9	21,7*	17,3	27,0
Score de détresse psychologique[§]									
Grande détresse	90,6	84,6	94,4	79,1*	75,8	82,1	33,7*	29,0	38,8

[§] à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de personnes ayant des troubles concomitants ($p < 0,05$)

[†] épisode dépressif majeur, trouble bipolaire I/trouble bipolaire II ou trouble d'anxiété généralisée avec abus d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues ou une dépendance à ces substances

[‡] diabète, asthme, arthrite, problèmes de dos sauf la fibromyalgie ou l'arthrite, migraine, bronchite chronique/emphysème/MPOC, épilepsie, maladie cardiaque, hypertension artérielle, cancer, séquelles d'un accident vasculaire cérébral, maladies intestinales/maladie de Crohn, maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence, syndrome de fatigue chronique ou sensibilités multiples aux agresseurs chimiques

[§] fondé sur l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (variant de 0 à 40), les scores les plus élevés indiquant une grande détresse; les scores de 9 ou plus indiquaient une grande détresse

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

leur profil d'âge plus jeune : 43 % étaient âgées de 15 à 24 ans, comparativement à 20 % des personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété.

Les répartitions du niveau de scolarité dans le ménage, de la situation d'emploi et de la catégorie de revenu du ménage des personnes présentant des troubles concomitants et des personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété ne présentaient aucune différence significative. En revanche, comparativement aux personnes qui étaient aux prises avec un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, des pourcentages moins élevés de personnes présentant des troubles concomitants occupaient un emploi ou se situaient dans les deux quintiles de suffisance du revenu du ménage supérieurs, et un pourcentage

plus élevé de ces personnes se situaient dans les deux quintiles de revenu du ménage inférieurs.

Santé physique et psychologique

Selon les estimations, 29 % des personnes présentant des troubles concomitants ont signalé avoir au moins deux maladies chroniques (tableau 3). Cette proportion est significativement en deçà du pourcentage observé chez les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété (39 %), mais significativement supérieure à l'estimation pour les personnes ayant un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (13 %).

Des pourcentages similaires de personnes présentant des troubles concomitants ou un trouble de l'humeur ou

d'anxiété avaient la perception que leur santé physique était passable ou mauvaise (35 % et 37 %); la proportion chez les personnes ayant un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues était significativement inférieure (17 %). On a révélé qu'il existe un lien bidirectionnel entre les troubles de l'humeur ou d'anxiété ainsi que les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues et les maladies chroniques^{15,16}. La présence d'une maladie chronique peut engendrer un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, tandis que certaines maladies chroniques peuvent être déclenchées par un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues¹⁷⁻¹⁹.

Les personnes présentant des troubles concomitants étaient significativement plus susceptibles que les personnes ayant un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues d'avoir la perception que leur santé mentale était passable ou mauvaise (53 % par rapport à 9 %) et de signaler un stress quotidien intense (51 % par rapport à 22 %). Les différences dans la perception de la santé mentale et du stress quotidien entre le groupe de personnes présentant des troubles concomitants et le groupe de personnes ayant des troubles de l'humeur ou d'anxiété n'étaient pas significatives.

Au total, 91 % des personnes présentant des troubles concomitants ont signalé éprouver une grande détresse psychologique, ce qui est significativement supérieur aux pourcentages observés chez les personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété (79 %) ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (34 %).

Utilisation des services

Les personnes présentant des troubles concomitants (76 %) étaient plus susceptibles que les personnes ayant uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété (67 %) ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (21 %) d'avoir reçu de l'aide, au cours des 12 derniers mois, en raison de leurs émotions, de leur santé mentale ou de leur consommation d'alcool ou de

Tableau 4
Utilisation des services de santé et besoins perçus en matière de soins de santé, selon l'existence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, population à domicile âgée de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2012

Utilisation des services et besoins perçus en matière de soins de santé	Troubles concomitants ^f			Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement			Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
	%	de	à	%	de	à	%	de	à
Au cours des 12 derniers mois :									
Aide reçue ^g	75,5	67,1	82,3	66,5*	62,3	70,6	21,0*	17,4	25,2
Consultation officielle ^h	64,9	55,8	73,0	59,2	54,9	63,4	16,2*	12,8	20,2
Consultation informelle ⁱⁱ	78,2	70,5	84,3	64,4*	60,2	68,3	31,2*	26,9	35,9
Besoins perçus en matière de soins de santé									
Aucun	12,0 ^e	7,2	19,3	23,6*	20,2	27,4	74,9*	70,5	78,9
Tous les besoins satisfaits	44,4	35,4	53,7	42,2	37,9	46,7	14,9*	11,9	18,5
Besoins partiellement satisfaits ou non satisfaits	39,3	31,2	48,1	32,1	28,2	36,3	9,6*	7,3	12,7

^e à utiliser avec prudence

* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de personnes ayant des troubles concomitants ($p < 0,05$)

^f épisode dépressif majeur, trouble bipolaire I/trouble bipolaire II ou trouble d'anxiété généralisée avec abus d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues ou une dépendance à ces substances

^g information, médicaments, consultation ou thérapie en raison de problèmes d'émotions, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues

^h psychiatres, médecins de famille et omnipraticiens, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes

ⁱⁱ membres de la famille, amis, collègues/superviseurs/patrons, enseignants/directeurs d'école, programmes d'aide aux employés, ressources sur Internet, groupes d'entraide, services téléphoniques d'aide et autres

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

drogues (tableau 4). C'était généralement le cas tant pour les consultations officielles qu'informelles, sauf que les pourcentages observés pour les groupes de personnes présentant des troubles concomitants et des personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété ayant signalé des sources officielles ne présentaient aucune différence significative.

Malgré les pourcentages élevés de personnes ayant signalé avoir eu des consultations en soins de santé, 39 % des personnes présentant des troubles concomitants avaient la perception d'avoir un besoin non satisfait ou partiellement satisfait seulement en matière de soins en santé mentale. Cette proportion était quatre fois supérieure à celle des personnes ayant un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (10 %), mais n'était pas statistiquement différente de la proportion observée chez les personnes ayant un trouble de l'humeur ou d'anxiété (32 %). De même,

une étude antérieure a révélé que la cote exprimant le risque d'avoir des besoins non satisfaits était plus élevée chez les personnes présentant des troubles concomitants, lorsque l'utilisation des services, les caractéristiques sociodémographiques, la détresse psychologique et l'état de santé mentale étaient pris en compte⁴.

Régression multivariée

Même avec des ajustements pour tenir compte de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité dans le ménage, de la situation d'emploi, du revenu du ménage et du nombre de maladies chroniques, l'analyse a révélé une santé mentale autoévaluée significativement moins bonne et une plus grande détresse psychologique chez les personnes présentant des troubles concomitants, comparativement aux personnes qui avaient uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement

un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues (tableau 5). Ces résultats confirment les constatations de l'analyse descriptive (tableau 3).

En outre, lorsque les facteurs sociodémographiques et les maladies chroniques étaient pris en compte, les personnes présentant des troubles concomitants avaient une cote exprimant la possibilité d'utiliser les services de santé significativement plus élevée et une cote exprimant la possibilité d'avoir des besoins en matière de santé partiellement satisfaits ou non satisfaits plus élevée que les personnes ayant uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. Encore une fois, les résultats confirment les constatations de l'analyse descriptive (tableau 4).

Mot de la fin

En 2012, selon les estimations, 282 000 Canadiens âgés de 15 à 64 ans (1,2 %) avaient présenté à la fois un trouble de l'humeur ou d'anxiété et un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues au cours de l'année précédente. Les caractéristiques sociodémographiques de ce groupe le distinguent des personnes ayant eu uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. En outre, comparativement à ces deux derniers groupes, les personnes présentant des troubles concomitants avaient une santé psychologique moins bonne, utilisaient plus souvent les services de santé et étaient plus susceptibles de signaler des besoins partiellement satisfaits ou non satisfaits. Ces constatations donnent à croire que la complexité des troubles concomitants contribue à un moins bon état de santé psychologique et à une utilisation accrue des services, comparativement aux personnes présentant uniquement un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou uniquement un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues. ■

Troubles concomitants de santé mentale et de consommation d'alcool ou de drogues au Canada • Santé en bref

Tableau 5

Rapports de cotes corrigés reliant l'état de santé autoévalué et l'utilisation des services à l'existence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues, population à domicile âgée de 15 à 64 ans, Canada, territoires non compris, 2012

État de santé autoévalué, utilisation des services au cours des 12 derniers mois et existence d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété et d'un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues	Rapport de cotes corrigé [†]	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à
Santé physique (passable/mauvaise par rapport à bonne/très bonne/excellente)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,90	0,51	1,57
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,61	0,32	1,14
Santé mentale (passable/mauvaise par rapport à bonne/très bonne/excellente)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,58*	0,37	0,92
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,10*	0,05	0,17
Stress quotidien (assez/extrêmement par rapport à un peu/pas tellement/pas du tout)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,78	0,51	1,21
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,34*	0,21	0,56
Détresse psychologique[§] (grande par rapport à faible)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,37*	0,19	0,73
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,06*	0,03	0,12
Aide reçue^{††} (oui par rapport à non)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,43*	0,25	0,75
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,10*	0,06	0,17
Consultation officielle^{††} (oui par rapport à non)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,61*	0,38	0,98
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,13*	0,08	0,22
Consultation informelle^{§§} (oui par rapport à non)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,44*	0,26	0,74
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,14*	0,08	0,23
Besoins en matière de soins de santé (partiellement satisfaits ou non satisfaits par rapport à tous les besoins satisfaits)			
Troubles concomitants [‡]	1,00	...	...
Trouble de l'humeur ou d'anxiété uniquement	0,47*	0,30	0,74
Trouble lié uniquement à la consommation d'alcool ou de drogues	0,14*	0,08	0,24

... n'ayant pas lieu de figurer

* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de personnes ayant des troubles concomitants ($p < 0,05$)

† ajusté pour tenir compte de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du niveau de scolarité dans le ménage, de la situation d'emploi, du quintile de suffisance du revenu du ménage et du nombre de maladies chroniques

‡ épisode dépressif majeur, trouble bipolaire I/trouble bipolaire II ou trouble d'anxiété généralisée avec abus d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues ou une dépendance à ces substances

§ fondé sur l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler (variant de 0 à 40), les scores les plus élevés indiquant une plus grande détresse; les scores de 9 ou plus indiquaient une grande détresse

†† information, médicaments, consultation ou thérapie

‡‡ psychiatres, médecins de famille et omnipraticiens, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes

§§ membres de la famille, amis, collègues/superviseurs/patrons, enseignants/directeurs d'école, programmes d'aide aux employés, ressources sur Internet, groupes d'entraide, services téléphoniques d'aide et autres

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale de 2012.

Les données

Les estimations étaient fondées sur une enquête transversale, soit l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes — Santé mentale (ESSC — SM) de 2012, laquelle a permis de recueillir des données quant à la prévalence, sur l'ensemble de la vie et sur 12 mois, de certains troubles de santé mentale et de certains troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues. L'ESSC — SM a été menée de janvier à décembre 2012, et le taux de réponse a atteint 68,9 %. Étaient exclus du champ de l'enquête les résidents d'établissements, les habitants des territoires, des réserves et d'autres établissements autochtones et les membres à temps plein des Forces canadiennes.

L'application de poids d'échantillonnage a permis de s'assurer que les résultats étaient représentatifs de la population canadienne. Pour tenir compte du plan de sondage complexe, des poids bootstrap ont été appliqués afin d'obtenir des estimations des variances fiables (intervalles de confiance à 95 %) ²⁰. Une régression logistique multivariée a été effectuée dans le but d'analyser les liens entre les groupes de personnes ayant des troubles et l'état de santé et l'utilisation des services.

L'analyse porte sur la population canadienne à domicile âgée de 15 à 64 ans qui avait présenté un trouble de l'humeur ou d'anxiété ou un trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues au cours des 12 derniers mois. Compte tenu de données manquantes sur ces troubles, 41 participants à l'enquête ont été exclus. L'échantillon final de l'étude comptant 2 460 personnes comprenait 267 personnes présentant des troubles concomitants et a été pondéré de façon à représenter une population estimée à 282 000 personnes.

Les troubles de l'humeur ou d'anxiété et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues ont été identifiés à l'aide des mesures sur les 12 derniers mois d'une version modifiée du Composite International Diagnostic Interview 3.0 (CIDI) de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ²¹, qui avait été établi et validé aux fins de l'ESSC — SM de 2012 ²².

Deux catégories ont été établies pour le niveau de scolarité le plus élevé dans le ménage : diplôme d'études secondaires ou moins et au moins des études postsecondaires partielles. La situation d'emploi indiquait si les participants à l'enquête avaient été occupés, en chômage ou inactifs au cours des deux semaines précédant l'interview. Trois catégories ont été établies pour les quintiles de suffisance du revenu du ratio du revenu du ménage par rapport au seuil de faible revenu ²³ : deux quintiles inférieurs, quintile du milieu et deux quintiles supérieurs.

On a additionné et classé comme suit les problèmes de santé physique diagnostiqués par un professionnel de la santé qui avaient duré ou devaient durer six mois ou plus : 0, 1, ou au moins 2 maladies chroniques. Les maladies étaient les suivantes : le diabète, l'asthme, l'arthrite, les problèmes de dos sauf la fibromyalgie ou l'arthrite, la migraine, la bronchite chronique/emphysème/MPOC, l'épilepsie, la maladie cardiaque, l'hypertension artérielle, le cancer, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, les maladies intestinales/maladie de Crohn/colite, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, le syndrome de fatigue chronique et les sensibilités multiples aux agresseurs chimiques.

Trois groupes ont été définis relativement à la santé physique et à la santé mentale autoévaluées : excellente/très bonne (grande), bonne et passable/mauvaise (piètre). Trois groupes ont été établis quant au stress quotidien autoévalué : pas du tout/pas tellement stressant (faible), un peu stressant et assez/extrêmement stressant (élevé). La détresse psychologique a été mesurée au moyen de l'échelle de détresse psychologique à 10 questions de Kessler ²⁴, qui varie de 0 à 40, les scores les plus élevés indiquant une plus grande détresse; les scores de 9 ou plus indiquaient une grande détresse ¹⁴.

L'aide reçue au cours des 12 derniers mois comprenait de l'information, des médicaments, la consultation ou la thérapie en raison de problèmes d'émotions, de santé mentale ou de consommation d'alcool ou de drogues. L'aide *officielle* se rapportait aux psychiatres, médecins de famille et omnipraticiens, psychologues, infirmières et travailleurs sociaux/conseillers/psychothérapeutes. L'aide *informelle* se rapportait aux membres de la famille, amis, collègues/superviseurs/patrons, enseignants/directeurs d'école, programmes d'aide aux employés, ressources sur Internet (diagnostics en ligne, recherche d'aide, discussions avec d'autres/thérapie en ligne/autre), groupes d'entraide, services téléphoniques d'aide et autres.

Les catégories suivantes ont été établies pour les besoins perçus de soins en santé mentale au cours des 12 derniers mois : aucun besoin perçu, tous les besoins satisfaits ou les besoins partiellement satisfaits ou non satisfaits. Les besoins particuliers se rapportaient à ce qui suit : l'information, les médicaments, la consultation ou une autre forme d'aide.

Les résultats de cette étude doivent être examinés dans le contexte de plusieurs limites. L'information fournie était autodéclarée et n'a pas été vérifiée. De plus, le CIDI de l'OMS n'est pas un diagnostic clinique. Comme le trouble de l'humeur ou d'anxiété et le trouble lié à la consommation d'alcool ou de drogues sont survenus au cours de la même période de 12 mois, on a supposé qu'ils étaient simultanés; cependant, ce n'était pas nécessairement le cas. Les taux de prévalence ne sont pas comparables à ceux de l'ESSC de 2002 en raison des différences entre les troubles inclus et les instruments utilisés pour les identifier. Les taux de prévalence des troubles concomitants sont sous-déclarés, parce que l'ESSC — SM de 2012 a permis de mesurer seulement certains troubles de l'humeur ou d'anxiété et les troubles liés à la consommation d'alcool ou de drogues, et en a exclu d'autres (par exemple, les psychoses, les troubles de l'alimentation et la dépendance au jeu). L'enquête a également exclu certaines populations chez lesquelles la prévalence des troubles concomitants peut s'avérer élevée : les personnes qui vivent en établissement, les Autochtones vivant dans les réserves et les personnes sans abri ^{1,6,11}.

Références

1. B. Rush, K. Urbanoski, D. Bassani *et al.*, « Prevalence of co-occurring substance use and other mental disorders in the Canadian population », *Canadian Journal of Psychiatry*, 53(12), 2008, p. 800-809.
2. W.J. Skinner, C.P. O'Grady, C. Bartha et C. Parker, *Concurrent Substance Use and Mental Health Disorders—An Information Guide*, Toronto, Centre for Addiction and Mental Health, 2010.
3. M.J. Fleury, G. Grenier, J.M. Bamvita et J. Caron, « Profiles associated respectively with substance dependence only, mental disorders only and co-occurring disorders », *Psychiatric Quarterly*, 86, 2015, p. 355-371.
4. K. Urbanoski, J. Cairney, D. Bassani et B. Rush, « Perceived unmet need for mental health care for Canadians with co-occurring mental and substance use disorders », *Psychiatric Services*, 59(3), 2008, p. 283-289.
5. F.C. Todd, J.D. Sellman et P.J. Robertson, « Barriers to optimal care for patients with coexisting substance use and mental health disorders », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 2002, p. 792-799.
6. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, *Toxicomanie au Canada : Troubles concomitants*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2009.
7. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, *Approche systémique de la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Centre canadien de lutte contre les toxicomanies, 2013.
8. Institut canadien d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier pour maladie mentale avec troubles concomitants liés à la consommation de psychotropes au Canada*, Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2013.
9. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, *De l'ombre à la lumière—La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006.
10. G. Pozzi, M. Bacigalupi et E. Tempesta, « Comorbidity of drug dependence and other mental disorders: A two-phase study of prevalence at outpatient treatment centres in Italy », *Drug and Alcohol Dependence*, 46, 1997, p. 69-77.
11. D.A. Regier, M.E. Farmer, D.S. Rae *et al.*, « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse », *Journal of the American Medical Association*, 264(19), 1990, p. 2511-2518.
12. R.C. Kessler, R. Crum, L.A. Warner *et al.*, « Lifetime co-occurrence of DSM-III-R alcohol abuse and dependence with other psychiatric disorders in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 54, 1997, p. 313-321.
13. K. Urbanoski, B. Rush, T. Wild *et al.*, « Use of mental health care services by Canadians with co-occurring substance dependence and mental disorders », *Psychiatric Services*, 58(7), 2007, p. 962-969.
14. J. Caron et A. Liu, « Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé », *Maladies chroniques au Canada*, 30(3), 2010, p. 86-97.
15. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : Les maladies mentales au Canada, 2015*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2015.
16. D.L. Evans et D.S. Charney, « Mood disorders and medical illness: A major public health problem », *Biological Psychiatry*, 54, 2003, p. 177-180.
17. Y. Gan, Y. Gong, X. Tong *et al.*, « Depression and the risk of coronary heart disease: a meta-analysis of prospective cohort studies », *BMC Psychiatry*, 14(371), 2014, p. 1-11.
18. L. Pozuelo, J. Zhang, K. Franco *et al.*, « Depression and heart disease: What do we know, and where are we headed? », *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 76(1), 2009, p. 59-70.
19. D.P. Chapman, G.S. Perry et T.W. Strine, « The vital link between chronic disease and depressive disorders », *Preventing Chronic Disease—Public Health Research, Practice, and Policy*, 2(1), 2005, p. 1-10.
20. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
21. R.C. Kessler et T.B. Ustun, « The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 2004, p. 93-121.
22. Statistique Canada, *Guide de l'utilisateur des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale (ESCC)*, septembre, 2013, non publié.
23. Statistique Canada, « Les seuils de faible revenu de 2008 et les mesures de faible revenu de 2007 », *Série de documents de recherche - Revenu*, N° 002 (n° 75F002M au catalogue) Ottawa, Ministre de l'Industrie, 2009.
24. R.C. Kessler, P.R. Barker, L.J. Colpe *et al.*, « Screening for serious mental illness in the general population », *Archives of General Psychiatry*, 60(2), 2003, p. 184-189.