

# État de santé, limitations d'activité, restrictions professionnelles et degré d'invalidité chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété

L. Loukine, M. Sc. (1); S. O'Donnell, M. Sc. (1); E. M. Goldner, M.D. (2,3); L. McRae, B. Sc. (1); H. Allen, M.P.A. (1)

Cet article a fait l'objet d'une évaluation par les pairs.

 Diffuser cet article sur Twitter

## Résumé

**Introduction :** Cette étude fournit, au moyen d'un échantillon de ménages fondé sur la population, le premier aperçu, chez des Canadiens adultes atteints de troubles de l'humeur ou d'anxiété, de leur état de santé globale et de santé mentale perçue, de leurs limitations fonctionnelles, de leurs restrictions professionnelles et de leur degré d'invalidité, ainsi que des facteurs associés à une invalidité grave.

**Méthodologie :** Nous avons utilisé les données de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété. L'échantillon est composé de Canadiens âgés de 18 ans et plus, atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété autodéclaré et habitant l'une des 10 provinces (n = 3361; taux de réponse 68,9 %). Nous avons mené des analyses de régression logistiques multidimensionnelles multinomiales et descriptives.

**Résultats :** Parmi les Canadiens adultes atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, plus d'un quart ont rapporté un état de santé globale (25,3 %) et de santé mentale (26,1 %) « passable ou médiocre », plus du tiers (36,4 %) ont mentionné avoir une ou plusieurs limitations fonctionnelles, la moitié (50,3 %) ont déclaré qu'une modification de leur emploi a été nécessaire pour continuer à travailler et plus du tiers (36,5 %) souffrait d'une invalidité grave. Les personnes avec troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants ont mentionné de moins bons résultats : 56,4 % avaient une ou plusieurs limitations fonctionnelles, 65,8 % ont mentionné qu'une modification de leur emploi a été nécessaire et 49,6 % souffraient d'une invalidité grave. Après ajustement pour les caractéristiques individuelles, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété qui étaient plus âgées, dont le revenu familial était situé dans le quintile du plus faible revenu ou du revenu faible à moyen ou qui avaient des troubles concomitants étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave.

**Conclusion :** Les résultats de cette étude confirment que les troubles de l'humeur ou d'anxiété, surtout dans le cas de troubles concomitants, sont associés à des résultats en santé physique et mentale négatifs. Ces constats soutiennent les actions en politique et programmes de santé publique qui visent à améliorer la vie des personnes atteintes de ces troubles, surtout celles qui sont atteintes de troubles concomitants.

**Mots-clés :** troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, état de santé, limitations fonctionnelles, restrictions liées au travail, invalidité, Health Utilities Index, enquête sur la santé, enquête démographique

## Introduction

Les troubles de l'humeur et d'anxiété peuvent avoir une incidence importante sur la santé physique et mentale, le degré

d'invalidité et la qualité de vie globale<sup>1,2</sup>. Ces troubles sont également associés à d'importants coûts liés à l'utilisation des ressources médicales et aux pertes de productivité<sup>3</sup>. Les troubles de l'humeur englobent

### Points saillants

- Les Canadiens adultes atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété étaient plus susceptibles que la population générale de rapporter un état de santé globale et de santé mentale « passable ou médiocre » et d'avoir une invalidité grave.
- Les personnes atteintes à la fois d'un trouble de l'humeur et d'un trouble d'anxiété étaient plus susceptibles que celles atteintes de l'un des deux seulement d'avoir déclaré un état de santé globale et de santé mentale perçue « passable ou médiocre », davantage de limitations fonctionnelles et de restrictions professionnelles et une invalidité grave.
- La majorité des personnes atteintes des deux troubles ont mentionné que des modifications ont dû être apportées à leur emploi pour qu'elles puissent continuer à travailler, et près de la moitié ont dû cesser de travailler en raison de leurs troubles.
- L'invalidité grave était la catégorie d'invalidité la plus prévalente chez les personnes atteintes des deux troubles.
- Après ajustement pour les caractéristiques individuelles, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété qui étaient plus âgées, dont le revenu familial était situé dans le quintile du plus faible revenu ou du revenu faible à moyen ou qui avaient les deux troubles étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave.

### Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Centre for Applied Research in Mental Health and Addictions (CARMHA), Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada
3. Faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

**Correspondance :** Louise McRae, Division de la surveillance et de l'épidémiologie, Centre de prévention des maladies chroniques, Direction générale de la promotion de la santé et de la prévention des maladies chroniques, Agence de la santé publique du Canada, 785 Carling Avenue, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-853-7222; téléc. : 613-941-2057; courriel : louise.mcrae@phac-aspc.gc.ca

la dépression et les troubles de bipolarité, et les troubles d'anxiété regroupent une variété de problèmes de santé parmi lesquels le trouble d'anxiété généralisée est le plus commun. En 2012, environ 3,5 millions (12,6 %) de Canadiens âgés de 15 ans ou plus ont rapporté avoir eu des symptômes correspondant à ceux d'un trouble de l'humeur et 2,4 millions (8,7 %) ont rapporté avoir eu des symptômes correspondant à ceux d'un trouble d'anxiété généralisée à un moment de leur vie<sup>4</sup>. Étant donné leur prévalence élevée et leur vaste incidence, les troubles de l'humeur et d'anxiété sont un défi de santé publique important au Canada.

À l'échelle mondiale, la dépression unipolaire et les troubles d'anxiété ont été classés respectivement premier et sixième contributeurs principaux des années de vie perdues en raison de l'invalidité dans l'étude *La charge mondiale de morbidité 2012*<sup>5</sup>. Au Canada, environ 4 millions d'années-personnes ont été perdues en raison d'une invalidité en général, dont 12 % ont été attribués à la dépression et au trouble bipolaire et environ 3 % aux troubles d'anxiété. De plus, l'Enquête canadienne sur l'incapacité a permis d'estimer qu'en 2012, 3,8 millions (13,7 %) des Canadiens âgés de 15 ans ou plus étaient atteints d'un type d'invalidité et 1,1 million (3,9 %) ont rapporté avoir une invalidité liée à la santé mentale, avec comme conditions sous-jacentes le plus souvent mentionnées la dépression et les troubles bipolaires et d'anxiété<sup>6</sup>.

L'invalidité est une notion multidimensionnelle complexe. La Convention relative aux droits des personnes handicapées des Nations unies définit les personnes ayant une invalidité comme « celles qui ont une déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle durable qui, en interaction avec différents obstacles, pourrait empêcher leur participation complète et efficace dans la société sur la base d'une égalité avec les autres »<sup>7</sup>.

De nombreuses études ont utilisé des mesures des activités de la vie quotidienne (AVQ)<sup>†</sup> et des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ)<sup>‡</sup> pour définir l'invalidité en fonction des activités fonctionnelles nécessaires qui permettent à une personne de mener une vie indépendante<sup>8-10</sup>. Ces mesures sont habituellement dérivées de la cueillette de données auto-déclarées et d'enquêtes de santé. Même si les activités évaluées varient d'une enquête à l'autre, ce qui rend difficile la comparaison des résultats entre études, les études utilisant ces mesures ont rapporté de fortes corrélations entre la dépression et les limitations d'activités<sup>8,9,11</sup>. Une autre mesure de l'invalidité est le Health Utilities Index Mark 3 (HUI)<sup>12,13</sup>. Les catégories d'invalidité fondées sur cet outil permettent la mesure systématique et la comparaison des divers degrés d'invalidité entre populations.

Un corpus important de travaux de recherche a révélé une corrélation constante entre la dépression et des limitations des AVQ et des AIVQ ainsi que l'invalidité<sup>8-10,14</sup>. De plus, les troubles de l'humeur et d'anxiété se sont avérés être associés à une perte de productivité au travail<sup>15-17</sup>. Cependant, à notre connaissance, seules quelques études canadiennes ont abordé le lien entre dépression et limitations fonctionnelles<sup>14</sup> et aucune n'a abordé le lien entre les troubles de l'humeur ou d'anxiété, les restrictions professionnelles et le degré d'invalidité. Il est donc nécessaire d'obtenir de l'information relative à ces relations à l'échelle de la population canadienne afin de contribuer aux initiatives politiques et pratiques, de faciliter l'élaboration d'interventions susceptibles de diminuer l'invalidité liée aux troubles de l'humeur et d'anxiété et d'aider au suivi des améliorations éventuelles au fil du temps.

À l'aide de données provenant d'un échantillon de ménages fondé sur la population d'adultes canadiens vivant avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété, nous avons établi les objectifs suivants : (1) décrire l'état de santé mentale et de santé globale, les limitations fonctionnelles, les restrictions professionnelles et l'invalidité, et

(2) cerner les caractéristiques socio-démographiques associées à des degrés d'invalidité graves.

## Méthodologie

### Source des données et échantillon

Nous avons utilisé des données provenant de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA) de 2014. Dans le cadre de l'EPMCC-THA de 2014, des Canadiens âgés de 18 ans et plus et vivant dans un logement privé dans les 10 provinces, ont répondu « oui » à la question de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) – composante annuelle de 2013 leur demandant s'ils avaient reçu par un professionnel de la santé un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété ayant persisté ou dont on s'attend à ce qu'il persiste au moins 6 mois. L'échantillon définitif comportait 3 361 répondants (taux de réponse de 68,9 %), soit 508 de la région de l'Atlantique, 593 du Québec, 1 162 de l'Ontario, 690 de la région des Prairies et 408 de la Colombie-Britannique. La méthodologie de l'EPMCC-THA de 2014 et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon définitif ont été décrites ailleurs<sup>18</sup>. Les termes « troubles de l'humeur ou d'anxiété » utilisés dans cet article renvoient aux personnes qui ont déclaré avoir reçu un diagnostic posé par un professionnel soit de trouble de l'humeur, soit de trouble d'anxiété soit de troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants.

### Mesures

L'état de santé a été évalué au moyen d'indicateurs de la santé globale et de la santé mentale perçues. Les deux ont été mesurés à partir des réponses à la question : « En général, diriez-vous que votre santé [ou santé mentale] est excellente, très bonne, bonne, passable ou médiocre? »<sup>19</sup>.

Les limitations d'activités ont été mesurées en demandant aux répondants à quel point

<sup>4</sup> Les taux de prévalence étaient fondés sur une version modifiée du Composite International Diagnostic Interview 3.0 (CIDI) de l'Organisation mondiale de la santé, un outil normalisé permettant d'évaluer les troubles et les états mentaux conformément à une opérationnalisation des définitions et des critères du DSM-IV. Les estimations de la prévalence fondées sur le CIDI de l'OMS ne sont pas nécessairement comparables à la prévalence autodéclarée des troubles de l'humeur et d'anxiété diagnostiqués par un professionnel.

<sup>†</sup> Les AVQ comprennent les tâches de soins personnels de base, c'est-à-dire « les choses que nous faisons normalement dans notre vie quotidienne comme se nourrir, se laver, s'habiller, s'arranger, travailler, être au foyer, et avoir des loisirs » (MedTerms Medical Dictionary. [consulté le 28 août 2015]. Disponible à l'adresse : <http://www.medicinenet.com/script/main/art.asp?articlekey=2131>)

<sup>‡</sup> Les AIVQ comprennent les compétences de base complexes requises pour bien vivre de façon indépendante et sont formées de différents domaines comme les tâches ménagères, la prise de médicament, la gestion de l'argent, les courses pour acheter de la nourriture et des vêtements, et l'utilisation d'appareils de communication et de moyens de transport. (Bookman A, Harrington M, Pass L, Reisner E. *The family caregiver handbook: finding elder care resources in Massachusetts*. Cambridge, MA: Massachusetts Institute of Technology; 2007.)

(« beaucoup », « un peu », ou « pas du tout ») leur trouble de l'humeur ou d'anxiété les avait limités dans sept domaines d'activités au cours des 12 derniers mois : loisirs et passe-temps; exercices ou sports; activités sociales en famille ou entre amis; tâches ménagères; magasinage et courses; voyages et vacances et enfin hygiène personnelle ou habillement. Ces questions étaient fondées sur le module État de santé général (SF-36) de l'ESCC – composante annuelle de 2013 conçues pour mesurer les limitations fonctionnelles attribuables à un trouble de l'humeur ou d'anxiété<sup>19</sup>.

Les restrictions professionnelles ont été évaluées en demandant aux répondants si, dans leur environnement de travail actuel ou passé, des modifications dans leur emploi ont été nécessaires – notamment des changements dans le nombre d'heures de travail (« oui » ou « non »), dans le type de travail (« oui » ou « non ») et dans leur façon de réaliser leurs tâches au travail (« oui » ou « non ») – ou s'ils ont dû cesser de travailler (« oui » ou « non ») en raison de leur trouble de l'humeur ou d'anxiété. Ces questions étaient fondées sur la National Health Interview Survey (NHIS) des États-Unis et conçues pour saisir les restrictions liées au travail attribuables à un trouble de l'humeur ou d'anxiété<sup>20</sup>.

Le degré d'invalidité était fondé sur le HUI, qui décrit la santé fonctionnelle selon huit domaines : la vision, l'ouïe, la parole, la déambulation, la dextérité, l'émotion, la cognition et la douleur<sup>21</sup>. Chaque domaine possède cinq à six degrés de fonctionnement, allant du degré le plus faible à la capacité complète. Les scores de chaque domaine sont combinés en un score d'état de santé global allant de 1 (santé parfaite) à 0 (décès), jusqu'à -0,36 (un état considéré comme pire que le décès). Les valeurs négatives du HUI représentent un état de santé auquel la mort serait préférable. Les quatre catégories d'invalidité proposées par Feeny et Furlong<sup>12,13</sup> et validées par Feng et coll.<sup>22</sup> au moyen de données canadiennes (« aucune invalidité », « invalidité légère », « invalidité modérée » et « invalidité grave ») ont été définies en fonction des scores d'état de santé global. On considérerait que les participants n'avaient « aucune invalidité » si tous les domaines obtenaient le degré fonctionnel le plus

élevé (HUI = 1), une « invalidité légère » si au moins un des domaines obtenait un degré fonctionnel réduit susceptible d'être corrigé et n'empêchant aucune activité ( $0,89 \leq \text{HUI} \leq 0,99$ ), une « invalidité modérée » si au moins un des domaines obtenait un degré fonctionnel réduit ne pouvant être corrigé et empêchant certaines activités ( $0,70 \leq \text{HUI} \leq 0,88$ ) et une « invalidité grave » si au moins un des domaines obtenait un degré fonctionnel réduit ne pouvant être corrigé et empêchant plusieurs activités ( $\text{HUI} < 0,70$ ).

### Analyse statistique

Pour décrire l'état de santé, les limitations fonctionnelles, les restrictions professionnelles et le degré d'invalidité par caractéristiques sociodémographiques des répondants, nous avons réalisé une analyse descriptive de données par tableaux croisés. Nous avons stratifié les données par type de trouble, c'est-à-dire trouble de l'humeur uniquement, trouble anxieux uniquement et troubles concomitants. Les caractéristiques sociodémographiques étaient le sexe (homme, femme), les groupes d'âge (18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), l'état matrimonial (célibataire/jamais marié(e), veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e), marié(e)/conjoint(e) de fait); le niveau de scolarité (aucun diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études postsecondaires partielles, diplôme d'études postsecondaires), le quintile de suffisance du revenu corrigé, la région (région de l'Atlantique, Québec, Ontario, Prairies, Colombie-Britannique), le milieu de résidence (urbain, rural), le fait d'être autochtone (oui, non) ou immigrant (oui, non). Nous avons divisé les répondants par quintile de suffisance du revenu corrigé d'après la répartition des revenus des ménages de Statistique Canada en déciles, c'est-à-dire le ratio du revenu total du ménage du répondant ajusté au seuil de faible revenu correspondant à la taille de son ménage et de sa collectivité<sup>23</sup>. Nous avons utilisé des tests du chi carré pour déterminer s'il y a un lien entre les caractéristiques sociodémographiques des répondants et le degré d'invalidité. Une valeur de  $p \leq 0,05$  a été considérée comme statistiquement significative.

Pour étudier le lien entre le degré d'invalidité et les caractéristiques du répondant, nous

avons mené une analyse de régression logistique multidimensionnelle multinomiale et descriptive. Nous avons ajusté le modèle pour toutes les caractéristiques sociodémographiques et tous les types de troubles. Les résultats des tests de qualité de l'ajustement ont démontré que le modèle était significatif et bien ajusté aux données. Le score du quotient de vraisemblance et les tests de Wald ont confirmé que le modèle avec covariables choisies était supérieur au modèle avec interception uniquement. Les rapports de cotes (RC) avec une valeur de  $p \leq 0,05$  ont été considérés comme statistiquement significatifs.

Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, et pour généraliser à la population adulte canadienne totale atteinte d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, toutes les estimations ont été pondérées<sup>5</sup> pour représenter la population à l'étude et la méthode *bootstrap* a été utilisée pour les estimations de variance<sup>24</sup>. Seuls les résultats ayant un coefficient de variation inférieur à 33,3 % sont mentionnés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada<sup>25</sup>. Nous avons réalisé toutes les analyses statistiques à l'aide du logiciel SAS, version 9.3 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

## Résultats

### État de santé, limitations fonctionnelles, restrictions professionnelles et degré d'invalidité par type de trouble

Dans l'ensemble, un Canadien sur quatre âgé de 18 ans ou plus ayant mentionné avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou un diagnostic de trouble d'anxiété posé par un professionnel a rapporté avoir un état de santé globale « passable ou médiocre » (25,3 % pour la santé mentale et 26,1 % pour la santé globale) (tableau 1). Ces résultats variaient par type de trouble. Les personnes ayant des troubles concomitants avaient de moins bons résultats : un état de santé « passable ou médiocre » a été rapporté par 37,9 % d'entre eux pour la santé globale et par 44,8 % pour la santé mentale.

Parmi les personnes atteintes d'un seul type de trouble (de l'humeur ou d'anxiété), moins de 30 % ont rapporté avoir eu

<sup>5</sup> Facteurs de pondération ajustés par Statistique Canada pour les exclusions, le choix d'échantillon, les taux obtenus à l'intérieur de la portée, l'absence de réponse et la permission d'associer et de partager.

**TABEAU 1**  
**État de santé, limitations fonctionnelles, restrictions professionnelles<sup>a</sup> et degré d'invalidité chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, stratifié par type de trouble (n = 3361), EPMCC-THA de 2014**

	Type de troubles			Global
	Troubles de l'humeur uniquement (n = 1531) % <sup>a</sup> (IC à 95 %)	Troubles d'anxiété uniquement (n = 770) % <sup>a</sup> (IC à 95 %)	Troubles d'anxiété et de l'humeur concomitants (n = 1060) % <sup>a</sup> (IC à 95 %)	Troubles de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361) % <sup>a</sup> (IC à 95 %)
Santé globale perçue (« passable ou médiocre »)	21,6 (18,2 à 25,0)	16,2 (12,4 à 20,0)	37,9 (32,7 à 43,1)	25,3 (22,9 à 27,7)
Santé mentale perçue (« passable ou médiocre »)	21,0 (17,7 à 24,3)	11,5 (8,5 à 14,5)	44,8 (39,2 à 50,5)	26,1 (23,4 à 28,8)
<b>Nombre de limitations fonctionnelles</b>				
Une ou plus	27,8 (24,2 à 31,5)	27,0 (21,3 à 32,7)	56,4 (50,8 à 62,1)	36,4 (33,6 à 39,2)
Trois ou plus	13,2 (10,4 à 16,1)	9,3 (5,8 à 12,8)	31,2 (25,7 à 36,8)	17,8 (15,5 à 20,1)
<b>Restrictions professionnelles<sup>b</sup></b>				
Des modifications ont dû être apportées à l'emploi pour continuer à travailler	43,6 (38,4 à 48,8)	44,2 (36,9 à 51,6)	65,8 (59,7 à 71,9)	50,3 (46,7 à 54,0)
A déjà cessé complètement de travailler	32,1 (27,2 à 37,1)	24,3 (18,0 à 30,7)	47,9 (41,3 à 54,6)	34,9 (31,7 à 38,8)
<b>Degré d'invalidité</b>				
Grave	31,5 (27,6 à 35,4)	29,2 (23,8 à 34,6)	49,6 (44,0 à 55,1)	36,5 (33,6 à 39,4)
Modéré	24,7 (20,4 à 29,0)	19,4 (14,7 à 24,2)	22,9 (18,3 à 27,5)	22,9 (20,2 à 25,5)
Léger	30,9 (26,7 à 35,0)	38,9 (32,9 à 45,0)	18,9 (14,7 à 23,1)	29,1 (26,3 à 31,9)
Aucune	12,9 (9,5 à 16,3)	12,5 (8,8 à 16,2)	8,6 (5,7 à 11,6)	11,5 (9,6 à 13,4)

**Abréviations :** EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance.

<sup>a</sup> Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

<sup>b</sup> Parmi les personnes qui ont déjà travaillé ou qui continuent de travailler (n = 2528).

« beaucoup » de limitations dans au moins une des sept catégories d'activités décrites précédemment, et entre 9 % et 13 % ont rapporté avoir eu « beaucoup » de limitations dans au moins trois de ces activités. Parmi les personnes atteintes de troubles concomitants (trouble de l'humeur et trouble d'anxiété), plus de la moitié ont rapporté des limitations dans au moins une activité et un tiers (31,2 %) ont rapporté des limitations dans au moins trois activités. Quel que soit le type de trouble, les loisirs et passe-temps et les activités sociales en famille ou entre amis faisaient partie des trois principales activités pour lesquelles les répondants ont mentionné avoir eu « beaucoup » de limitations, la troisième activité en importance variant, elle, selon le type de trouble.

En matière de restrictions professionnelles, pour la moitié (50,3 %) des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou

d'anxiété qui ont déjà travaillé ou qui travaillaient, des modifications ont dû être apportées à leur emploi pour qu'elles puissent continuer à travailler. Plus d'un tiers des répondants (34,9 %) ont cessé de travailler en raison de leur trouble. L'impact le plus important sur le travail a été observé chez les personnes atteintes de troubles concomitants : pour deux tiers (65,8 %), des modifications ont dû être apportées à leur emploi pour qu'elles puissent continuer à travailler et près de la moitié (47,9 %) ont rapporté avoir cessé de travailler en raison de leurs troubles.

Dans l'ensemble, les personnes atteintes de trouble de l'humeur ou d'anxiété avaient plus souvent une invalidité grave que les autres degrés d'invalidité (36,5 %). Moins du tiers des personnes atteintes d'un type de trouble uniquement et près de la moitié (49,6 %) de celles atteintes des deux troubles avaient une invalidité grave. Seule une

personne atteinte d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété sur 10 (11,5 %) n'avait aucune invalidité.

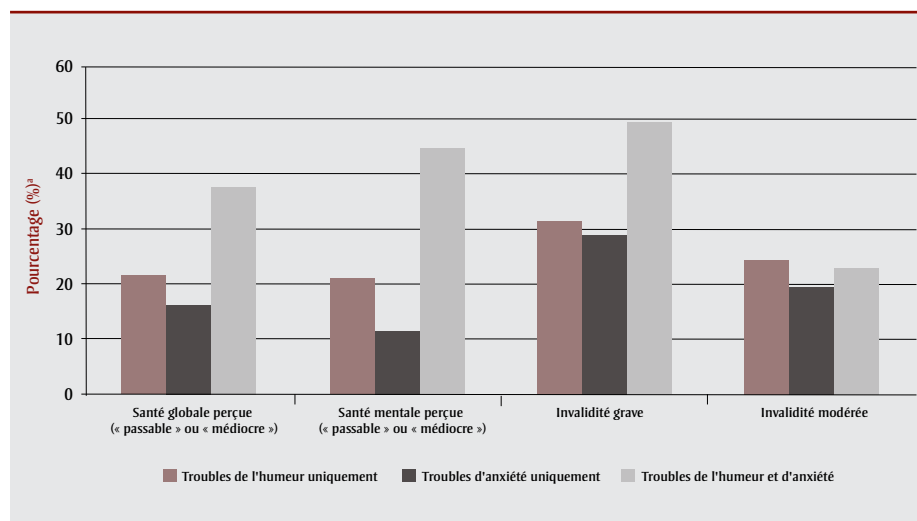
En résumé, les personnes atteintes de troubles concomitants étaient plus susceptibles que celles atteintes d'un seul type de trouble de rapporter un état de santé globale et de santé mentale « passable ou médiocre », un nombre plus élevé de limitations fonctionnelles et de restrictions professionnelles et elles étaient également plus susceptibles d'avoir une invalidité grave (figures 1 et 2).

#### *Caractéristiques sociodémographiques par type de trouble et degré d'invalidité\*\**

Parmi les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur uniquement, des relations importantes ont été établies entre le degré d'invalidité et l'âge, le niveau de scolarité et le quintile de suffisance du revenu du

\*\* En raison de la petite taille de l'échantillon, certaines estimations avaient un CV élevé (> 33,3 %), ce qui témoigne d'une variabilité importante dans l'échantillon et de la qualité non acceptable des estimations.

**FIGURE 1**  
**État de santé et invalidité, par type de trouble chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014**



**Abréviation :** EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

<sup>a</sup> Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

ménage (tableau 2). Les personnes âgées de 50 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave comparativement aux personnes du groupe d'âge le plus jeune. De plus, les personnes qui n'avaient pas obtenu de diplôme d'études secondaires et celles dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave, comparativement aux

personnes qui possédaient un diplôme d'études secondaires et dont le revenu se situait dans les deux quintiles de suffisance du revenu les plus élevés.

Parmi les personnes atteintes d'un trouble d'anxiété uniquement, nous avons observé des relations importantes entre le degré d'invalidité et l'état matrimonial, et le degré

d'invalidité et la suffisance du revenu du ménage. Les personnes veuves/divorcées/séparées étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave comparativement aux personnes célibataires/jamais mariées ou mariées/conjointes de fait. De plus, les personnes dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que les personnes dont le revenu se situait dans les deux quintiles de suffisance du revenu les plus élevés.

Parmi les personnes atteintes de troubles concomitants, nous avons observé une relation importante entre le degré d'invalidité et la suffisance du revenu du ménage uniquement : les personnes dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave comparativement aux personnes qui possédaient un diplôme d'études secondaires et dont le revenu se situait dans les deux quintiles de suffisance du revenu les plus élevés.

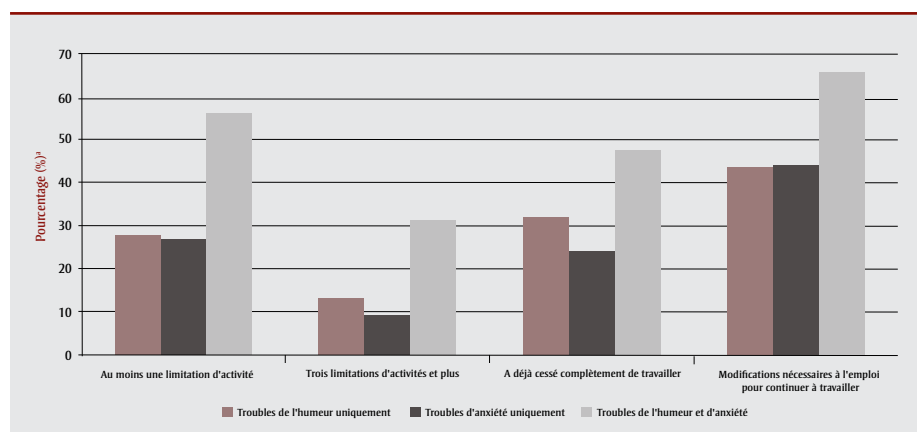
Nous n'avons observé aucune relation significative entre les degrés d'invalidité et le sexe, la région ou le milieu de résidence. En raison de la petite taille de échantillons, il n'était pas possible de réaliser une analyse de données par tableaux croisés pour les populations immigrantes et autochtones.

En résumé, nous avons observé qu'une proportion plus élevée des personnes atteintes d'invalidité grave se trouvait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible (trouble de l'humeur ou d'anxiété), était âgée de 50 ans ou plus ou n'avait pas obtenu de diplôme d'études secondaires (trouble de l'humeur uniquement) ou était veuve, divorcée ou séparée (trouble d'anxiété uniquement).

**Facteurs associés à des degrés variables d'invalidité**

Après ajustement pour toutes les caractéristiques sociodémographiques et les types de troubles, les résultats de l'analyse de régression logistique multidimensionnelle multinomiale ont montré que les personnes de 50 à 64 ans étaient 4,5 fois plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que celles âgées de 18 à 34 ans (tableau 3). Dans une moindre mesure, les personnes de 35 à 49 ans et de 65 ans et plus étaient plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que celles du groupe d'âge le plus jeune

**FIGURE 2**  
**Limitations fonctionnelles (n = 3361) et restrictions professionnelles<sup>a</sup> (n = 2528) par type de trouble chez les Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, EPMCC-THA de 2014**



**Abréviation :** EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété.

<sup>a</sup> Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

(RC = 2,7 et 2,2, respectivement). De plus, les personnes dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu le plus faible et intermédiaire étaient plus susceptibles de se trouver dans la catégorie d'invalidité grave que celles dont le revenu se situait dans le quintile de suffisance du revenu du ménage le plus élevé (RC = 2,7 et 2,9, respectivement). Finalement, les personnes atteintes de troubles concomitants étaient 1,9 fois plus susceptibles d'avoir une invalidité grave que les personnes atteintes d'un trouble d'anxiété uniquement.

Il n'y avait aucun RC significatif entre le degré d'invalidité de la personne et le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité, le statut vis-à-vis de l'immigration, le fait d'autre autochtone, le milieu de résidence ou la région, sauf dans les Prairies. Comparativement à leurs homologues vivant en Ontario, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété dans les Prairies étaient 1,7 fois plus susceptibles d'avoir une invalidité grave. Cependant, le RC n'avait qu'une signification statistique relative.

Bref, les personnes les plus à risque d'avoir une invalidité grave étaient plus âgées, plus particulièrement âgées de 50 à 64 ans, se trouvaient dans les quintiles de suffisance du revenu du ménage le plus faible et intermédiaire et avaient des troubles concomitants.

## Analyse

Les résultats de notre étude démontrent que les troubles de l'humeur et d'anxiété jouent un rôle important dans l'état de santé globale et de santé mentale perçu par une personne. Comparativement à la population canadienne générale questionnée dans le cadre de l'ESCC – Composante annuelle de 2013 (soit l'enquête source pour l'EPMCC-THA de 2014), une proportion significativement plus importante (de 2 à 4 fois) de la population affectée par un trouble de l'humeur ou d'anxiété a rapporté un état de santé globale et de santé mentale « passable ou médiocre » (données non présentées). De la même façon, le degré d'invalidité observé parmi les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété dans cette étude était considérablement plus élevé que celui observé dans la population canadienne générale. Les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété avaient plus souvent

une invalidité « grave » que d'autres degrés d'invalidité, alors que la population générale de ménages canadiens était plus susceptible d'avoir une invalidité « légère »<sup>22</sup>. De plus, les résultats de cette étude sont cohérents avec les résultats d'études précédentes qui révèlent que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont associés à des limitations d'activités importantes<sup>8,9,14</sup> et à l'invalidité<sup>10,26-28</sup>.

Le lien de cause à effet entre les troubles de l'humeur et d'anxiété et les limitations fonctionnelles et l'invalidité est complexe et serait bidirectionnel. La maladie chronique, les limitations fonctionnelles et l'invalidité peuvent mener à des fluctuations d'humeur, à la dépression<sup>8,26</sup> et à l'anxiété.<sup>29</sup> Inversement, des études longitudinales et de cohortes ont révélé que les troubles de l'humeur mènent à des déficiences dans une vaste gamme d'activités, même lorsqu'un contrôle est effectué pour les facteurs contributifs<sup>14</sup>. Cette relation pourrait être attribuable aux principaux symptômes du trouble de l'humeur, à savoir un sentiment de désespoir, une perte d'intérêt et de motivation, l'indécision, des perturbations du sommeil et des difficultés de concentration. De la même façon, le trouble d'anxiété peut entraver l'activité en raison d'inquiétudes ou de peurs dérangeantes et incontrôlables qui interfèrent avec la capacité de réaliser des tâches et la capacité de quitter la maison. Notre étude a révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont positivement associés à une augmentation du nombre des limitations fonctionnelles et du degré d'invalidité.

Les troubles de l'humeur et les troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants étaient associés à des taux particulièrement élevés d'invalidité modérée à grave. Nos résultats sont cohérents avec ceux d'études précédentes, qui ont révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants augmentent le degré d'invalidité chez les personnes qui en sont atteintes et augmentent la consommation de ressources et les coûts associés aux soins de santé à un niveau supérieur à celui d'une personne atteinte d'un seul de ces deux troubles<sup>30,31</sup>. Puisque les études épidémiologiques ont révélé que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont prévalents avec des taux élevés de comorbidités<sup>32-35</sup>, nous supposons que les troubles de l'humeur et d'anxiété sont responsables d'une invalidité importante à l'échelle de la population.

Une distribution semblable de l'invalidité a été observée chez les hommes et les femmes, même si la prévalence des troubles de l'humeur et d'anxiété est habituellement plus élevée chez les femmes que chez les hommes<sup>36</sup>. Il n'y a aucun consensus dans la littérature relativement à l'influence du sexe en ce qui concerne l'association entre invalidité et troubles de l'humeur ou d'anxiété, ou entre invalidité et troubles mentaux globaux. Bien que certaines études suggèrent que les femmes atteintes de dépression sont plus susceptibles d'avoir une invalidité sociale et physique que leurs homologues masculins<sup>27</sup>, d'autres études démontrent le contraire<sup>8,10,14</sup>. Les variations entre études pourraient être attribuables aux différences dans les définitions de l'invalidité et dans la composition des populations étudiées.

Nous avons observé que l'âge était associé au degré d'invalidité, c'est-à-dire que les personnes plus âgées, surtout celles de 50 à 64 ans, avaient des degrés d'invalidité supérieurs à celles du groupe le plus jeune. Ces résultats sont cohérents avec les résultats relatifs à l'âge concernant l'utilisation des services de santé pour les troubles de l'humeur et d'anxiété<sup>37</sup> et pourraient avoir un lien avec les défis spécifiques auxquels cette sous-population est confrontée, notamment des taux plus élevés de problèmes physiques et de troubles de santé mentale<sup>7</sup> concomitants. Il a été démontré que les personnes atteintes de problèmes physiques et mentaux sont plus susceptibles de souffrir d'invalidité, après contrôle pour les caractéristiques sociodémographiques, l'emploi et la région<sup>38</sup>.

De plus, une étude traitant de l'association entre le stress en milieu de travail et les troubles mentaux a révélé que les personnes en âge de travailler ayant rapporté un déséquilibre entre le travail et la vie personnelle ou familiale avaient un risque plus élevé d'être atteintes d'un trouble mental, quel que soit le sexe<sup>39</sup>. Les personnes qui ont plusieurs rôles, comme travailler en plus de prendre soin de leurs parents ou beaux-parents et de leurs enfants, sont habituellement âgés de 45 à 65 ans<sup>40</sup>. Cette population de personnes, celles de la « génération sandwich », devrait s'accroître, car d'une part les gens ont maintenant des enfants plus tard et d'autre part le gouvernement recommande une transition des soins officiels aux soins non officiels pour les aînés<sup>41</sup>.

**TABEAU 2**  
**Caractéristiques sociodémographiques des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété, stratifiées par type de trouble et degré d'invalidité (n = 3361), EPMCC-THA de 2014**

	Type de troubles														
	Troubles de l'humeur uniquement % <sup>a</sup> (IC à 95 %)				Troubles anxieux uniquement % <sup>a</sup> (IC à 95 %)				Troubles anxieux et de l'humeur concomitants % <sup>a</sup> (IC à 95 %)						
	Catégorie d'invalidité			Test du chi carré, valeur p	Catégorie d'invalidité			Test du chi carré, valeur p	Catégorie d'invalidité			Test du chi carré, valeur p			
Sexe	Grave	Modérée	Légère	Aucune invalidité	Grave	Modérée	Légère	Aucune invalidité	Grave	Modérée	Légère	Aucune invalidité	Test du chi carré, valeur p		
Femmes	33,7 (28,7-38,6)	23,5 (18,7-28,4)	30,7 (25,8-35,6)	12,1 (7,6-16,6)	0,656	29,9 (23,0-36,9)	20,2 (14,5-25,9)	39,8 (32,2-47,5)	10,0 (6,2-13,8)	0,239	47,8 (42,1-53,6)	24,1 (18,9-29,3)	19,9 (15,5-24,3)	8,1 (5,2-11,1)	0,789
Hommes	28,2 (22,1-34,4)	26,4 (18,9-34,0)	31,1 (23,5-38,8)	14,2 (8,8-19,5)		27,4 (17,5-37,2)	17,4 (10,0-24,8)	36,7 (26,7-46,6)	18,6 (10,6-26,5)		52,5 (41,8-63,2)	20,8 (12,6-29,0)	17,2 (9,1-25,4)	RD <sup>b</sup>	
<b>Groupe d'âge (ans)</b>															
18 à 34	19,7 (12,5-26,9)	28,4 (19,0-37,7)	31,3 (21,1-41,5)	20,6 (11,5-29,8)	0,016 <sup>c</sup>	24,4 (13,7-35,1)	18,6 (9,0-28,2)	38,4 (27,9-48,9)	18,5 (10,3-26,7)	0,404	44,8 (32,8-56,8)	28,0 (17,6-38,4)	18,6 (9,0-28,2)	8,6 (3,5-13,7)	0,260
35 à 49	31,3 (23,3-39,3)	20,6 (12,8-28,5)	38,1 (29,5-46,7)	9,9 (5,0-14,9)		28,4 (15,8-41,0)	18,4 (8,4-28,4)	39,9 (25,2-54,6)	13,3 (5,8-20,7)		42,2 (30,3-54,2)	26,7 (15,6-37,7)	21,2 (11,9-30,5)	RD <sup>b</sup>	
50 à 64	38,1 (31,1-45,1)	25,6 (17,7-33,5)	25,6 (19,4-31,9)	10,7 (4,3-17,1)		32,6 (22,8-42,4)	19,3 (11,1-27,5)	42,9 (30,7-55,2)	5,2 (1,9-8,5)		59,6 (51,9-67,3)	14,9 (9,1-20,6)	18,8 (13,0-24,7)	6,7 (2,9-10,5)	
65 et plus	36,0 (28,3-43,7)	23,4 (17,0-29,8)	30,0 (23,0-37,1)	10,5 (4,8-16,3)		35,2 (24,9-45,4)	23,5 (15,3-31,7)	30,4 (21,1-39,8)	10,8 (3,9-17,8)		51,8 (41,7-62,0)	23,6 (15,1-32,2)	14,1 (8,2-20,1)	10,4 (4,1-16,6)	
<b>État matrimonial</b>															
Célibataire ou jamais marié(e)	29,7 (21,8-37,5)	26,8 (18,1-35,4)	30,9 (21,5-40,3)	12,7 (6,1-19,2)	0,171	26,3 (16,1-36,5)	24,2 (14,0-34,5)	29,8 (20,2-39,5)	19,6 (10,7-28,6)	<0,001 <sup>c</sup>	50,9 (40,8-61,1)	24,9 (15,7-34,1)	16,7 (8,2-25,2)	7,5 (3,4-11,6)	0,452
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e)	39,6 (31,6-47,7)	29,9 (22,0-37,8)	20,1 (14,1-26,0)	10,4 (4,0-16,9)		59,0 (40,7-77,3)	15,0 (6,9-23,1)	20,9 (9,0-32,8)	RD <sup>b</sup>		57,5 (47,2-67,8)	14,2 (8,1-20,2)	18,6 (10,5-26,8)	9,7 (4,0-15,4)	
Marié(e)/conjoint(e) de fait	29,9 (24,9-34,8)	22,2 (16,5-27,9)	34,2 (28,3-40,0)	13,8 (9,0-18,6)		23,9 (17,7-30,1)	18,1 (12,2-24,1)	47,2 (38,5-55,8)	10,8 (6,7-14,9)		45,5 (37,0-54,0)	25,5 (18,5-32,5)	20,2 (14,1-26,3)	8,8 (4,1-13,5)	
<b>Niveau de scolarité</b>															
Études secondaires non terminées	47,0 (35,0-59,0)	23,5 (14,4-32,7)	24,8 (14,5-35,1)	RD <sup>b</sup>	0,019 <sup>c</sup>	36,6 (25,0-48,1)	19,5 (10,8-28,2)	32,2 (20,7-43,7)	RD <sup>b</sup>	0,281	64,2 (51,9-76,4)	17,3 (8,2-26,4)	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	0,230

Suite page suivante

Diplôme d'études secondaires	36,4 (28,0-44,9)	21,4 (14,3-28,5)	27,4 (20,1-34,6)	RD <sup>b</sup>	33,7 (21,7-45,8)	15,1 (6,4-23,7)	36,8 (25,3-48,2)	14,4 (5,3-23,6)	50,3 (39,7-60,8)	23,7 (13,9-33,5)	18,7 (10,7-26,7)	RD <sup>b</sup>	
Études postsecondaires partielles	29,9 (16,2-43,6)	27,8 (12,6-43,0)	19,7 (8,2-31,3)	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	63,4 (47,2-79,5)	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	RD <sup>b</sup>	
Diplôme d'études postsecondaires	26,7 (22,1-31,3)	25,8 (20,0-31,6)	34,7 (28,8-40,6)	12,8 (8,8-16,8)	25,6 (18,2-33,0)	18,9 (12,8-24,9)	43,2 (34,8-51,5)	12,4 (7,7-17,0)	45,4 (37,4-53,4)	24,6 (18,2-31,0)	21,4 (15,2-27,7)	8,6 (4,6-12,6)	
<b>Suffisance du revenu du ménage</b>													
Quintile 1 (faible)	41,3 (32,9-49,6)	23,4 (15,5-31,4)	24,3 (16,1-32,5)	11,0 (4,7-17,4)	0,032 <sup>c</sup>	51,5 (37,0-66,0)	12,5 (6,4-18,6)	25,8 (14,4-37,2)	RD <sup>b</sup>	<0,001 <sup>c</sup>	15,4 (8,5-22,4)	11,4 (5,2-17,6)	6,5 (3,0-10,0)
Quintile 2 (faible-moyen)	38,3 (28,0-48,6)	28,7 (17,6-39,7)	21,7 (14,6-28,7)	11,4 (0,8-21,9)		20,4 (10,9-29,8)	32,2 (18,4-46,0)	38,2 (26,2-50,1)	RD <sup>b</sup>		16,5 (8,8-24,2)	18,0 (10,2-25,7)	RD <sup>b</sup>
Quintile 3 (moyen)	31,0 (22,3-39,7)	22,7 (12,4-33,0)	27,0 (16,9-37,2)	19,2 (10,2-28,3)		39,4 (25,8-53,0)	21,0 (9,8-32,2)	29,4 (16,2-42,7)	RD <sup>b</sup>		42,9 (30,9-54,9)	21,0 (11,9-30,0)	5,1 (2,0-8,2)
Quintile 4 (moyen supérieur)	22,9 (15,5-30,4)	24,7 (17,6-31,8)	42,2 (33,2-51,3)	10,2 (4,3-16,0)		14,9 (6,8-23,0)	11,7 (5,7-17,7)	59,8 (45,6-73,9)	13,6 (5,7-21,5)		25,4 (14,1-36,7)	27,1 (16,6-37,5)	7,3 (2,1-12,6)
Quintile 5 (supérieur)	22,9 (14,7-31,1)	24,4 (15,1-33,8)	40,8 (31,5-50,1)	11,8 (5,2-18,4)		20,5 (8,6-32,4)	21,6 (11,3-31,9)	37,9 (25,3-50,5)	20,0 (10,0-29,9)		17,4 (6,9-27,9)	23,5 (8,0-39,1)	RD <sup>b</sup>
<b>Région</b>													
Région de l'Atlantique	28,7 (20,2-37,1)	24,6 (15,5-33,7)	34,7 (23,9-45,5)	12,0 (5,0-19,0)	0,074	32,2 (20,7-43,8)	14,5 (6,6-22,3)	43,5 (30,8-56,2)	9,8 (3,6-16,0)	0,608	23,4 (13,8-33,0)	23,8 (12,3-35,3)	RD <sup>b</sup>
Québec	22,1 (14,3-29,9)	29,9 (20,1-39,7)	36,0 (25,6-46,5)	12,0 (5,0-19,1)		33,3 (22,5-44,0)	24,2 (14,3-34,0)	34,2 (23,3-45,1)	RD <sup>b</sup>		21,3 (11,9-30,8)	27,4 (17,6-37,1)	RD <sup>b</sup>
Ontario	33,7 (27,1-40,3)	24,3 (16,9-31,8)	26,8 (20,8-32,8)	15,2 (8,5-21,8)		24,4 (15,4-33,3)	16,1 (9,6-22,6)	43,3 (30,8-55,9)	16,2 (8,4-24,0)		22,7 (14,6-30,7)	16,8 (9,4-24,1)	7,7 (3,1-12,3)
Prairie region	43,7 (34,8-52,5)	20,0 (14,2-25,8)	26,3 (19,0-33,7)	10,0 (4,2-15,8)		30,7 (13,9-47,4)	RD <sup>b</sup>	38,8 (24,3-53,3)	16,2 (6,3-26,0)		25,1 (13,7-36,4)	13,7 (7,7-19,7)	RD <sup>b</sup>
Colombie-Britannique	22,8 (14,8-30,9)	25,9 (15,1-36,6)	39,6 (26,8-52,4)	11,7 (3,9-19,5)		26,4 (5,5-47,4)	RD <sup>b</sup>	33,6 (14,3-53,0)	RD <sup>b</sup>		22,1 (11,9-32,3)	18,9 (9,3-28,5)	RD <sup>b</sup>
<b>Milieu de résidence</b>													
Rural	34,2 (26,6-41,7)	23,5 (17,3-29,6)	35,5 (28,0-43,0)	6,9 (3,5-10,3)	0,076	25,6 (17,7-33,4)	15,7 (9,6-21,9)	46,1 (36,1-56,2)	12,6 (5,9-19,2)	0,434	27,6 (17,8-37,4)	12,2 (6,5-17,9)	RD <sup>b</sup>
Urbain	30,9 (26,6-35,2)	25,0 (20,0-29,9)	29,9 (25,1-34,6)	14,2 (10,1-18,4)		30,2 (23,5-36,8)	20,4 (14,6-26,2)	37,0 (29,7-44,3)	12,5 (8,1-16,8)		22,1 (17,0-27,2)	20,1 (15,2-24,9)	9,0 (5,7-12,3)

**Abbreviations :** EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; RD, rien à déclarer.

<sup>a</sup> Les pourcentages sont basés sur les effectifs pondérés afin de représenter la population canadienne de 18 ans et plus avec un trouble de l'humeur ou d'anxiété et vivant dans les 10 provinces.

<sup>b</sup> Coefficient de variation supérieur à 33,3.

<sup>c</sup> Significatif d'un point de vue statistique à  $p < 0,05$ .



**TABEAU 3**

**Rapport de cotes corrigé lié à la possibilité de se trouver dans les catégories d'invalidité « grave », « modérée » ou « légère » comparativement à la catégorie « aucune invalidité », par caractéristiques sociodémographiques et type de trouble chez des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014**

Caractéristiques sociodémographiques	Degré d'invalidité	RC (IC à 95 %)	Valeur p
<b>Sexe</b>			
Femmes comparativement aux hommes	Grave	1,1 (0,7 à 1,8)	0,633
	Modéré	1,2 (0,7 à 2,0)	0,434
	Léger	1,4 (0,9 à 2,3)	0,167
	Aucun	référence	
<b>Groupe d'âge (ans)</b>			
35 à 49 comparativement à 18 à 34	Grave	2,7 <sup>a</sup> (1,4 à 5,3)	0,004 <sup>a</sup>
	Modéré	1,5 (0,8 à 2,8)	0,220
	Léger	1,9 <sup>a</sup> (1,0 à 3,6)	0,048 <sup>a</sup>
	Aucun	référence	
50 à 64 comparativement à 18 à 34	Grave	4,5 <sup>a</sup> (2,3 à 8,9)	< 0,001 <sup>a</sup>
	Modéré	2,1 <sup>a</sup> (1,1 à 4,0)	0,035 <sup>a</sup>
	Léger	2,2 <sup>a</sup> (1,1 à 4,3)	0,028 <sup>a</sup>
	Aucun	référence	
65+ comparativement à 18 à 34	Grave	2,2 <sup>a</sup> (1,0 à 4,6)	0,042 <sup>a</sup>
	Modéré	1,4 (0,6 à 2,8)	0,421
	Léger	1,4 (0,7 à 2,9)	0,368
	Aucun	référence	
<b>État matrimonial</b>			
Célibataire, jamais marié(e) comparativement à marié(e)/conjoint(e) de fait	Grave	1,4 (0,7 à 2,5)	0,348
	Modéré	1,4 (0,7 à 2,7)	0,326
	Léger	1,1 (0,5 à 2,1)	0,869
	Aucun	référence	
Veuf(ve)/divorcé(e)/séparé(e) comparativement à marié(e)/conjoint(e) de fait	Grave	1,2 (0,7 à 2,1)	0,606
	Modéré	0,9 (0,5 à 1,8)	0,828
	Léger	0,7 (0,4 à 1,2)	0,192
	Aucun	référence	
<b>Niveau de scolarité</b>			
Aucun diplôme d'études secondaires comparativement à un diplôme d'études postsecondaires	Grave	1,5 (0,8 à 2,7)	0,174
	Modéré	1,0 (0,5 à 1,8)	0,911
	Léger	0,9 (0,4 à 1,6)	0,631
	Aucun	référence	
Diplôme d'études secondaires comparativement à un diplôme d'études postsecondaires	Grave	1,2 (0,7 à 2,1)	0,572
	Modéré	1,0 (0,5 à 1,8)	0,985
	Léger	0,9 (0,5 à 1,5)	0,668
	Aucun	référence	
Études postsecondaires partielles comparativement à un diplôme d'études postsecondaires	Grave	0,9 (0,3 à 2,6)	0,904
	Modéré	0,9 (0,3 à 2,6)	0,803
	Léger	0,4 (0,1 à 1,2)	0,092
	Aucun	référence	

Suite page suivante

Lorsque les données étaient stratifiées par statut socioéconomique, la suffisance du revenu du ménage et le niveau de scolarité étaient associés négativement au degré d'invalidité chez les personnes atteintes de trouble de l'humeur ou d'anxiété. Les personnes qui avaient la plus faible suffisance du revenu du ménage et qui n'avaient pas obtenu leur diplôme d'études secondaires avaient des degrés d'invalidité plus élevés que les personnes qui avaient une suffisance du revenu du ménage et un niveau de scolarité supérieurs. L'association entre les degrés d'invalidité et la scolarité, cependant, pourrait être influencée par le revenu du ménage, puisque le RC lié au fait de se trouver dans les catégories d'invalidité grave, modérée ou légère comparativement à la catégorie aucune invalidité pour les personnes n'ayant pas obtenu de diplôme d'études secondaires n'était pas significatif d'un point de vue statistique lorsqu'il était ajusté pour d'autres facteurs comme la suffisance du revenu du ménage. En général, les résultats liés au statut socioéconomique de cette étude sont cohérents avec ceux d'autres recherches, qui ont révélé qu'un revenu et un niveau de scolarité inférieurs sont associés à des résultats négatifs sur la santé<sup>42,43</sup>.

Un autre résultat important découlant de cette étude est le grand impact des troubles de l'humeur et d'anxiété sur les fonctions professionnelles, surtout chez les personnes atteintes de troubles concomitants. Même si les troubles de l'humeur et d'anxiété varient en durée et en gravité, les personnes ayant des symptômes chroniques ou récurrents et celles qui ont des symptômes plus graves sont particulièrement susceptibles de devenir inaptes au travail. Même si les données de l'enquête n'ont pas permis d'étudier l'absentéisme et le présentéisme au travail, la littérature suggère que les personnes atteintes de troubles anxieux et de l'humeur ont un risque plus élevé de s'absenter du travail et d'avoir un moins bon rendement au travail<sup>44-46</sup>. De plus, on a estimé à environ 500 000 le nombre de Canadiens absents du travail tous les jours en raison d'une dépression<sup>47</sup>. Il n'a pas été possible de tenir compte des impacts potentiels du sous-emploi (c.-à-d. les personnes avec des compétences qui leur permettraient d'obtenir une meilleure carrière si elles ne souffraient pas d'un trouble mental) car ces données n'ont pas été recueillies dans l'EPMCC-THA de 2014.

TABLEAU 3 (suite)

Rapport de cotes corrigé lié à la possibilité de se trouver dans les catégories d'invalidité « grave », « modérée » ou « légère » comparativement à la catégorie « aucune invalidité », par caractéristiques sociodémographiques et type de trouble chez des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Degré d'invalidité	RC (IC à 95 %)	Valeur p
<b>Quintiles de la suffisance du revenu du ménage</b>			
Quintile 1 (faible) comparativement au quintile 5 (supérieur)	Grave	2,7 <sup>a</sup> (1,3 à 5,9)	0,01 <sup>a</sup>
	Modéré	1,4 (0,6 à 3,0)	0,405
	Léger	1,0 (0,5 à 2,2)	0,951
	Aucun	référence	
Quintile 2 (faible à moyen) comparativement au quintile 5 (supérieur)	Grave	2,9 <sup>a</sup> (1,3 à 6,3)	0,008 <sup>a</sup>
	Modéré	2,7 <sup>a</sup> (1,1 à 6,3)	0,024 <sup>a</sup>
	Léger	1,4 (0,6 à 3,1)	0,398
	Aucun	référence	
Quintile 3 (moyen) comparativement à quintile 5 (supérieur)	Grave	1,6 (0,7 à 3,3)	0,235
	Modéré	1,5 (0,7 à 3,0)	0,319
	Léger	0,9 (0,4 à 1,9)	0,812
	Aucun	référence	
Quintile 4 (moyen supérieur) comparativement à quintile 5 (supérieur)	Grave	1,4 (0,6 à 3,2)	0,437
	Modéré	1,6 (0,8 à 3,3)	0,217
	Léger	2,0 (0,9 à 4,1)	0,080
	Aucun	référence	
<b>Régions</b>			
La Région de l'Atlantique comparativement à l'Ontario	Grave	1,0 (0,5 à 1,8)	0,960
	Modéré	1,2 (0,6 à 2,3)	0,662
	Léger	1,6 (0,8 à 3,0)	0,154
	Aucun	référence	
Le Québec comparativement à l'Ontario	Grave	0,9 (0,5 à 1,6)	0,766
	Modéré	1,5 (0,8 à 2,9)	0,216
	Léger	1,5 (0,8 à 2,9)	0,172
	Aucun	référence	
La Colombie-Britannique comparativement à l'Ontario	Grave	0,9 (0,4 à 1,9)	0,777
	Modéré	1,4 (0,6 à 3,2)	0,389
	Léger	1,7 (0,8 à 3,7)	0,185
	Aucun	référence	
Les Prairies comparativement à l'Ontario	Grave	1,7 (0,9 à 3,2)	0,132
	Modéré	1,3 (0,6 à 2,6)	0,466
	Léger	1,2 (0,6 à 2,2)	0,663
	Aucun	référence	
<b>Milieu de résidence</b>			
Population urbaine comparativement à rurale	Grave	0,6 (0,4 à 1,0)	0,071
	Modéré	0,6 (0,4 à 1,1)	0,076
	Léger	0,7 (0,4 à 1,1)	0,119
	Aucun	référence	

Suite page suivante

Les taux élevés de restrictions professionnelles et d'invalidité observés dans cette étude chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et d'anxiété montrent l'importance d'initiatives comme la norme nationale du Canada sur la santé et la sécurité psychologiques en milieu de travail de 2013<sup>48</sup>. Cette norme, soutenue par la Commission de la santé mentale du Canada, est constituée d'un ensemble de directives, d'outils et de ressources dont l'application demeure volontaire et visant à promouvoir la santé psychologique globale des employés et à prévenir les dommages psychologiques causés par des facteurs liés au milieu de travail. Elle s'applique à tous les employés, quel que soit leur état de santé mentale. Cette norme respecte les priorités en matière de santé mentale du Canada décrites dans le document *Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*<sup>49</sup>, qui recommande l'adoption à grande échelle de normes en matière de santé et sécurité psychologiques dans les milieux de travail canadiens<sup>50</sup>.

### Points forts et limites

Un des nombreux points forts de cette étude est le fait que nous avons été en mesure de stratifier les analyses par type de trouble, ce qui a permis une comparaison des effets séparés et combinés des troubles de l'humeur et d'anxiété sur l'état de santé, les limitations fonctionnelles, les restrictions professionnelles et le degré d'invalidité. Une autre force de cette étude est qu'elle utilise pour définir les catégories d'invalidité le HUI, qui est l'un des principaux instruments pour mesurer la santé fonctionnelle. Les catégories d'invalidité fondées sur le HUI ont été validées pour l'évaluation de l'invalidité et de la qualité de vie liée à la santé<sup>22</sup>. Il permet la mesure systématique et la comparaison des degrés d'invalidité entre des populations ayant des caractéristiques spécifiques.

L'interprétation des résultats doit cependant tenir compte de plusieurs limitations. Par exemple, l'identification des personnes atteintes de troubles de l'humeur ou d'anxiété et de leur activité de santé, leur travail et leur état d'invalidité s'est faite sur la base de l'autodéclaration, sans corroboration ou vérification par un tiers. Bien qu'il s'agisse de la méthode la plus pratique

TABLEAU 3 (suite)

Rapport de cotes corrigé lié à la possibilité de se trouver dans les catégories d'invalidité « grave », « modérée » ou « légère » comparativement à la catégorie « aucune invalidité », par caractéristiques sociodémographiques et type de trouble chez des Canadiens de 18 ans et plus atteints d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 3361), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques	Degré d'invalidité	RC (IC à 95 %)	Valeur p
<b>Statut vis-à-vis de l'immigration</b>			
Non immigrant comparativement à immigrant	Grave	1,2 (0,4 à 3,7)	0,699
	Modéré	1,8 (0,2 à 14,9)	0,565
	Léger	1,5 (0,2 à 9,4)	0,667
	Aucun	référence	
<b>Statut d'Autochtone</b>			
Non Autochtone comparativement à Autochtone	Grave	1,9 (0,7 à 5,4)	0,202
	Modéré	2,0 (0,6 à 6,6)	0,240
	Léger	1,8 (0,6 à 5,1)	0,290
	Aucun	référence	
<b>Type de troubles</b>			
Troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants comparativement à troubles d'anxiété uniquement	Grave	1,9 <sup>a</sup> (1,1 à 3,4)	0,021 <sup>a</sup>
	Modéré	1,8 (1,0 à 3,2)	0,070
	Léger	0,8 (0,5 à 1,3)	0,362
	Aucun	référence	
Troubles de l'humeur uniquement comparativement à troubles d'anxiété uniquement	Grave	0,9 (0,5 à 1,5)	0,666
	Modéré	1,2 (0,7 à 2,2)	0,583
	Léger	0,9 (0,5 à 1,6)	0,7665
	Aucun	référence	

**Abréviations :** EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; RC, rapport de cotes.

<sup>a</sup> Différence significative par rapport à la catégorie de référence ( $p < 0,05$ ).

pour évaluer ce type de problèmes de santé dans de larges effectifs de population, l'autodéclaration est sujette aux erreurs en raison du biais de désirabilité sociale, du biais lié à la mémoire ou de la non-déclaration consciente, ce qui conduit à une sous-estimation ou une surestimation possible des fardeaux individuels et sociétaux associés au trouble. De plus, puisque les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété (surtout les personnes ayant des symptômes graves) sont sans doute moins portées à participer à ce genre d'enquête, les estimations présentées sont probablement conservatrices<sup>51</sup>.

Parmi les répondants choisis pour l'EPMCC-THA de 2014, 17 % ont été exclus de l'étude pour une des raisons suivantes : ils n'étaient pas classés correctement comme étant atteints du trouble dans l'ESCC de 2013, ils ont fourni volontairement des réponses les éliminant de l'enquête, ils ont émigré ou sont décédés.

Puisque les données n'ont pas été ajustées pour ces cas, aucune comparaison des résultats de santé n'a été effectuée dans le cadre de cette étude entre la population adulte non atteinte de troubles de l'humeur ou d'anxiété selon l'ESCC de 2013 et la population adulte atteinte de trouble de l'humeur ou d'anxiété selon l'EPMCC-THA de 2014. Même si les résultats de l'étude suggèrent que les troubles de l'humeur et d'anxiété ont une incidence importante sur la santé et le bien-être des personnes qui en sont atteintes, nous ne pouvons pas évaluer la différence entre ces deux populations.

Une autre limitation de l'étude est liée à la possibilité de généraliser ces résultats à l'ensemble de la population canadienne. Les personnes qui vivent dans les trois territoires et certaines populations connues comme étant à risque de troubles mentaux comme les personnes autochtones vivant dans des réserves ou les terres publiques<sup>52,53</sup>,

les sans-abris<sup>54</sup>, les résidents institutionnalisés<sup>55,56</sup>, et les membres à temps plein des forces armées canadiennes<sup>57</sup> n'ont pas été inclus. Il est bien connu que la prévalence de la dépression majeure chez les Canadiens âgés vivant dans des établissements de soins de longue durée est plus élevée (de 3 à 4 fois) que chez les personnes vivant en domicile privé<sup>55,58</sup>, et que le degré d'invalidité des personnes vivant dans des établissements correctionnels est beaucoup plus élevé que celui des personnes vivant dans la collectivité<sup>56,59</sup>. En tenant compte de ces éléments, les résultats de l'étude ont probablement sous-estimé l'incidence des troubles de l'humeur et d'anxiété sur les Canadiens qui en sont atteints.

## Conclusion

Il s'agit de la première étude canadienne fondée sur la population qui offre un aperçu complet de l'état de santé globale et de santé mentale, des activités professionnelles et quotidiennes et du degré d'invalidité des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ou d'anxiété.

Les résultats soulignent l'importance de la détection précoce des symptômes et d'un accès rapide au traitement afin d'atténuer l'impact négatif de ces troubles sur la santé des personnes et, finalement, d'améliorer leur bien-être et leur participation au travail et dans leur vie quotidienne. De plus, ces résultats vont contribuer aux politiques et aux programmes qui visent à promouvoir un état de santé positif et le bien-être en milieu de travail, notamment les mesures d'adaptation en milieu de travail. Garder les personnes ayant le risque le plus élevé d'invalidité grave plus longtemps en milieu de travail pourrait atténuer certains problèmes qui minent la santé mentale des adultes plus âgés (comme le stress financier et l'isolation sociale).

Les degrés d'invalidité importants associés aux troubles de l'humeur et d'anxiété soulignent également l'importance d'adapter les traitements afin de résorber les limitations fonctionnelles et professionnelles plutôt que de se concentrer trop étroitement sur la diminution des symptômes. De plus, les résultats soulignent l'importance de promouvoir la santé mentale des Canadiens tout au long de leur vie et dans différents milieux de vie (c.-à-d. à l'école, au travail, dans la collectivité, dans les résidences pour personnes âgées, etc.) par l'intermédiaire de stratégies contre la

stigmatisation, de la sensibilisation du public, de l'éducation et de la formation.

## Conflits d'intérêts

Les auteurs n'ont aucun conflit d'intérêts à déclarer.

## Soutien financier et matériel

La recherche n'a pas été financée par une subvention d'une agence de financement, du secteur commercial ou sans but lucratif.

## Contribution des auteurs

L. Loukine a contribué au concept de l'article, a mené les analyses statistiques et a contribué à la rédaction du manuscrit. S. O'Donnell et E. Goldner ont contribué à la rédaction du manuscrit et aux révisions. L. McRae et H. Allen ont révisé et examiné de façon critique le manuscrit. Tous les auteurs ont parcouru et approuvé le manuscrit final.

## Références

1. Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa (Ont.) : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2006 [N° de catalogue HP5-19/2006F].
2. Steensma C, Loukine L, Orpana H, et al. Description du fardeau de la dépression sur la santé de la population au Canada : utilisation de l'espérance de vie ajustée en fonction de la santé. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2016;36(10):201-209.
3. Lim K-L, Jacobs P, Ohinmaa A, Schopflocher D, Dewa CS. Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2008;28(3):103-110.
4. Pearson C, Janz T, Ali J. Troubles mentaux et troubles liés à l'utilisation de substances au Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013 [consulté le 19 sept. 2015]. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
5. Organisation mondiale de la Santé. Global Burden of Disease (GBD) [Internet]. 2012 [consulté le 19 septembre 2015]. En ligne à : [http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/gbd/en/](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/gbd/en/)
6. Statistique Canada. Enquête canadienne sur l'incapacité, 2012. Feuillet d'information. [Internet]. 2014 [consulté le 19 sept. 2015]. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-654-x/89-654-x2013002-fra.htm>
7. Nations Unies. Convention relative aux droits des personnes handicapées. Article premier-Objet. [Internet]. [consulté le 29 juillet 2016]. En ligne à : <http://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>
8. Covinsky KE, Yaffe K, Lindquist K, Cherkasova E, Yelin E, Blazer DG. Depressive symptoms in middle age and the development of later-life functional limitations: the long-term effect of depressive symptoms. *J Am Geriatr Soc*. 2010;36(3):551-556.
9. Jonas BS, Loeb M. Mood disorders and physical functioning difficulties as predictors of complex activity limitations in young U.S. adults. *Disabil Health J*. 2010;3(3):171-178.
10. Scott KM, Collings SCD. Gender and the association between mental disorders and disability. *J Affect Disord*. 2010;125(1-3):207-212.
11. Tsuchiya M, Kawakami N, Ono Y. et al., Impact of mental disorders on work performance in a community sample of workers in Japan: the World Mental Health Japan Survey 2002-2005. *Psychiatry Res*. 2012;198(1):140-145.
12. Feeny D. Example health states for disability categories of the Health Utilities Index Mark 3 system. 2007. Non publié.
13. Feeny D, Furlong W. Health Utilities Index Mark 2 (HUI2) and Mark 3 (HUI3) disability categories for single and multi-attribute utility scores. 2002. Non publié.
14. Breslin FC, Gnam W, Franche RL, Mustard C, Lin E. Depression and activity limitations: examining gender differences in the general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41(8):648-655.
15. Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx WB. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *J Affect Disord*. 2010;125(1-3):198-206.
16. Plaisier I, de Graaf R, de Bruijn J, et al. Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res*. 2012;200(2-3):382-388.
17. Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B, Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety?. *J Affect Disord*. 2007;101(1-3):65-74.
18. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada (EPMCC) – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété : aperçu de la méthodologie. *Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada*. 2016;36(12):307-21.
19. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) – Composante annuelle : questionnaire. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
20. Adams PF, Kirzinger WK, Martinez ME. Summary Health Statistics for the U.S. Population: National Health Interview Survey, 2012. National Center for Health Statistics. *Vital Health Stat*. 2013;10(259).
21. Horsman J, Furlong W, Feeny D, Torrance G. The Health Utilities Index (HUI): concepts, measurement properties and applications. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(54):1-13.
22. Feng Y, Bernier J, McIntosh C, Orpana H. Validation des catégories d'incapacité dérivées des scores du Health Utilities Index Mark 3, *Rapports sur la santé*. 2009;20(2):45-53.

23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESSC) – Composante annuelle : spécifications des variables dérivées (VD) 2013. Ottawa (Ont.); Statistique Canada; 2014.
24. Efron B, Tibshirani R. Bootstrap Methods for Standard Errors, Confidence Intervals, and Other Measures of Statistical Accuracy. *Statist Sci.* 1986;1: 54-75.
25. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada, 2014. 42 pages.
26. Broadhead WE, Blazer DG, George LK, Tse CK. Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA.* 1990;264(19):2524-2528.
27. Cook JA. Depression, Disability, and Rehabilitation Services for Women. *Psychol Women Q.* 2003;27:121-129.
28. el-Guebaly N, Currie S, Williams J, et al. Association of mood, anxiety, and substance use disorders with occupational status and disability in a community sample. *Psychiatr Serv.* 2007; 58(5):659-667.
29. DeJean D, Giacomini M, Vanstone M, Brundisini F. Patient experiences of depression and anxiety with chronic disease: a systematic review and qualitative meta-synthesis. *Ont Health Techno Assess Ser.* 2013;13(16):1-33.
30. McLaughlin TP, Khandker RK, Kruzikas DT, Tummala R. Overlap of anxiety and depression in a managed care population: Prevalence and association with resource utilization. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(8):1187-1193.
31. Lépine JP. Epidemiology, burden, and disability in depression and anxiety. *J Clin Psychiatry.* 2001;62(suppl. 13):4-10: 11-12.
32. Meng X, D'Arcy C. Common and unique risk factors and comorbidity for 12-month mood and anxiety disorders among Canadians. *Rev. Can. J Psychiatry.* 2012;57(8):479-487.
33. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62(6):617-627.
34. Watterson RA, Williams JV, Lavorato DH, Patten SB. Descriptive Epidemiology of Generalized Anxiety Disorder in Canada. *Can J Psychiatry.* 2016 [Epub disponible avant la version imprimée]. doi: 10.1177/0706743716645304.
35. Patten SB, Wang JL, Williams JV, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry.* 2006;51(2):84-90.
36. O'Donnell S, Vanderloo S, McRae L, Onysko J, Patten SB, Pelletier L. Comparison of the estimated prevalence of mood and/or anxiety disorders in Canada between self-report and administrative data. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2016;25(4):360-369. [publication électronique 17 juin 2015]. doi: 10.1017/S2045796015000463.
37. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les troubles anxieux et de l'humeur au Canada, 2016. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada, 2016. [N° HP35-70/2016F -PDF au catalogue.]
38. Dewa CS, Lin E, Kooehoorn M, Goldner E. Association of chronic work stress, psychiatric disorders, and chronic physical conditions with disability among workers. *Psychiatr Serv.* 2007;8(5):652-658.
39. Wang JL, Lesage A, Schmitz N, Drapeau A. The relationship between work stress and mental disorders in men and women: findings from a population-based study. *J Epidemiol Community Health.* 2008;62(1):42-47.
40. Sinha M. Mettre l'accent sur les Canadiens : résultats de l'Enquête sociale générale – Portrait des aidants familiaux, 2012. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. [N° 89-652-X au catalogue – N° 001].
41. Steiner A. The Lived Experiences of Sandwich Generation Women and Their Health Behaviours. [master's thesis]. Theses and Dissertations (Comprehensive). Document 1722. Waterloo (Ont.) : Université Wilfrid-Laurier; 2015. En ligne à : <http://scholars.wlu.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=2817&context=etd>
42. Humphries KH, van Doorslaer E. Income-related health inequality in Canada. *Soc Sci Med.* 2000;50(5): 663-671.
43. Tjepkema M, Wilkins R, Long A. Mortalité par cause selon le niveau de scolarité au Canada : une étude de suivi sur 16 ans. *Rapports sur la santé.* 2012;23(3):3-12.
44. Plaisier I, Beekman AT, de Graaf R, Smit JH, van Dyck R, Penninx BW. Work functioning in persons with depressive and anxiety disorders: the role of specific psychopathological characteristics. *J Affect Disord.* 2010; 125(1-3):198-206.
45. Plaisier I, de Graaf R, de Bruijn J, et al. Depressive and anxiety disorders on-the-job: the importance of job characteristics for good work functioning in persons with depressive and anxiety disorders. *Psychiatry Res.* 2012;200(2-3): 382-388.
46. Hendriks SM, Spijker J, Licht CM, et al. Long-term work disability and absenteeism in anxiety and depressive disorders. *J Affect Disord.* 2015;178: 121-130. [Publication électronique du 11 mars 2015]. doi: 10.1016/j.jad.2015.03.004.
47. PartenaireSanté. Rapport sur les maladies chroniques et la santé mentale. 2015 [consulté le 28 sept. 2015]. En ligne à : <http://partenairesante.ca/la-sant%C3%A9-des-canadiens/rapport-sur-les-maladies-chroniques-et-la-sant%C3%A9-mentale>
48. Association canadienne de normalisation et le Bureau de normalisation du Québec. Norme nationale du Canada pour la Santé et sécurité psychologiques en milieu de travail. Mississauga (Ont.) : Association canadienne de normalisation; 2013. 71 pages. En ligne à : [http://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN\\_CSA-Z1003-13\\_BNQ\\_9700-803\\_2013\\_FR.pdf](http://www.csagroup.org/documents/codes-and-standards/publications/CAN_CSA-Z1003-13_BNQ_9700-803_2013_FR.pdf)

49. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (Alb.) : Commission de la santé mentale du Canada. 2012:123.
50. Commission de la santé mentale du Canada. Une main-d'oeuvre en quête d'emploi : emploi et revenus pour les personnes atteintes de maladies mentales graves. 2013. En ligne à : [http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Workplace\\_MHCC\\_Aspiring\\_Workforce\\_Report\\_FRE\\_0\\_0.pdf](http://www.mentalhealthcommission.ca/sites/default/files/Workplace_MHCC_Aspiring_Workforce_Report_FRE_0_0.pdf)
51. Korkeila K, Suominen S, Ahvenainen J, et al. Non-response and related factors in a nation-wide health survey. *Eur J Epidemiol*. 2001;17(11):991-999.
52. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA, et al. First Nations women's mental health: results from an Ontario survey. *Arch Womens Ment Health*. 2008; 11(2):109-115.
53. Gouvernement du Canada. Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada. Dans : Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada (2006) :159-179. [N° de catalogue : HP5-19/2006F]. En ligne à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/index-fra.php>
54. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(8): 1235-1243.
55. Seitz D, Purandare N, Conn DK. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(7):1025-1039.
56. Simpson AI, McMaster JJ, Cohen SN. Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2013;41(4):501-509.
57. Pearson C, Zamorski M, Janz T. Santé mentale dans les Forces armées canadiennes. [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014. [N° 82-624-X au catalogue]. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2014001/article/14121-fra.pdf>
58. Conn DK. An overview of common mental disorders among seniors. *Writ Gerontol*. 2002;18:19-32.
59. Wu Z, Schimmele CM, Chappell NL. Aging and late-life depression. *J Aging Health*. 2012;24(1):3-28.