

Facteurs associés au diagnostic tardif d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

Ricky Cheung, Ph. D. (1); Siobhan O'Donnell, M. Sc. (1); Nawaf Madi, Ph. D. (2); Elliot M. Goldner[†], M.D. (3)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : Cette étude examine les relations entre le délai écoulé avant l'établissement d'un diagnostic et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, ainsi que les relations entre ce délai de diagnostic et l'état de santé physique et mental des adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété.

Méthodologie : L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada - Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété de 2014 a été utilisée pour cette étude. L'échantillon de l'étude ($n = 3\,212$) a été divisé en trois sous-groupes en fonction du délai de diagnostic : long (plus de 5 ans), modéré (1 à 5 ans) et court (moins d'un an). Nous avons réalisé des analyses de régression logistique multivariées descriptives et multinomiales. Nous avons pondéré toutes les estimations afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété.

Résultats : La plupart (61,6 %) des adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont dit avoir reçu leur diagnostic plus d'un an après l'apparition des symptômes (délai modéré : 30,0 %; délai long : 31,6 %). Après ajustement des caractéristiques individuelles, nous avons constaté qu'un délai modéré était significativement associé à la présence d'un faible nombre de comorbidités physiques ou d'aucune, qu'un délai long était significativement associé à un âge plus avancé, et qu'un délai long ou modéré étaient significativement associés à l'apparition de symptômes à un jeune âge. Finalement, un délai long était significativement associé à une santé mentale perçue comme « mauvaise » ou « passable » et à un nombre plus élevé de limitations d'activité.

Conclusion : Ces résultats confirment qu'un long délai de diagnostic est associé à des résultats de santé négatifs chez les adultes canadiens atteints de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Le délai de diagnostic est particulièrement sous-optimal chez les adultes plus âgés et les personnes dont les symptômes sont apparus à un jeune âge. La mise en œuvre de stratégies adaptées facilitant l'établissement d'un diagnostic précoce chez les personnes les plus susceptibles d'obtenir un diagnostic tardif, surtout chez celles dont les symptômes sont apparus à un jeune âge, est nécessaire.

Mots-clés : troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, diagnostic tardif, état de santé, enquêtes de santé, surveillance de la population, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada

Introduction

L'établissement d'un diagnostic précoce et l'amorce d'un traitement en temps opportun sont essentiels pour optimiser la santé

et le bien-être généraux des personnes atteintes de troubles de l'humeur ou d'anxiété¹⁻³. Malgré l'existence de traitements efficaces, chez une grande proportion de Canadiens atteints de ces troubles,

Points saillants

- Seule une minorité (38,4 %) des adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqués(s) ont déclaré avoir reçu leur diagnostic dans un délai cliniquement acceptable, c.-à-d. moins d'un an après l'apparition de leurs symptômes.
- Les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqués chez qui le délai de diagnostic était modéré (1 à 5 ans) étaient plus susceptibles de n'avoir aucune ou peu de comorbidités physiques. Ceux chez qui le délai de diagnostic était long (plus de 5 ans) étaient plus susceptibles d'être plus âgés. Ceux chez qui le délai de diagnostic était modéré ou long étaient plus susceptibles d'avoir vu leurs symptômes apparaître à un jeune âge.
- Un long délai de diagnostic était associé à de moins bons résultats de santé physique et mentale.
- Il est primordial de mettre en œuvre des stratégies adaptées facilitant l'établissement d'un diagnostic précoce chez les personnes les plus susceptibles d'obtenir un diagnostic tardif.

le diagnostic est pourtant posé tardivement ou aucun diagnostic n'est établi⁴⁻⁹. Divers facteurs individuels ont une influence sur l'état de santé de ces personnes, notamment un faible niveau de connaissance en matière de santé mentale, la crainte de la stigmatisation et une préférence pour l'autogestion de sa propre santé, de même que certains facteurs liés au système de santé,

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada

2. Réadaptation et santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé, Ottawa (Ontario), Canada

3. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, faculté des sciences de la santé, Université Simon Fraser, Vancouver (Colombie-Britannique), Canada

† Décédé le 27 novembre 2016.

Correspondance : Siobhan O'Donnell, Agence de la santé publique du Canada; 785, avenue Carling, IA : 6806B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-301-7325; téléc. : 613-941-2057; courriel : siobhan.odonnell@phac-aspc.gc.ca

notamment un accès limité aux services de santé mentale et un manque de connaissances, de compétences ou de temps chez les professionnels de la santé⁵⁻⁷.

Compte tenu de la prévalence élevée des troubles de l'humeur et d'anxiété au Canada comme ailleurs dans le monde¹⁰, un retard ou une absence de diagnostic ont des conséquences importantes sur la santé publique, car l'établissement du diagnostic est une condition habituellement préalable au traitement. Un retard dans l'amorce d'un traitement de ces troubles communs est associé à de moins bons résultats en matière de santé, notamment une dégradation de l'état de santé mentale, le développement d'autres troubles de santé mentale et un risque accru de suicide^{3,11,12}. De plus, l'apparition précoce de troubles mentaux non traités est liée à de nombreuses difficultés sociales, comme l'échec scolaire, une grossesse à l'adolescence, la violence conjugale ou une incapacité à conserver son emploi ou à entretenir des relations¹³⁻¹⁵.

Plusieurs études internationales ont tenté de quantifier le délai de diagnostic moyen et d'examiner les facteurs susceptibles d'expliquer les retards dans l'établissement d'un diagnostic et dans l'amorce d'un traitement après l'apparition des premiers symptômes de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété¹⁶⁻¹⁹. À notre connaissance, la seule étude canadienne sur le sujet a été publiée il y a presque 20 ans et reposait uniquement sur les données tirées de l'Enquête sur la santé en Ontario. Ses résultats ne sont donc pas représentatifs de la population canadienne²⁰.

Notre étude, fondée sur les données de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA), avait deux objectifs : déterminer les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au délai écoulé avant l'établissement du diagnostic et examiner la relation entre le délai de diagnostic et l'état de santé physique et mentale, au sein d'un échantillon représentatif de la population adulte vivant en logement privé et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété.

Méthodologie

Source des données et échantillon

L'EPMCC-THA de 2014 a été menée auprès de Canadiens âgés d'au moins 18 ans vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant répondu « oui » à la question de l'Enquête sur la santé des collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle de 2013 qui leur demandait s'ils avaient reçu d'un professionnel de la santé un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ayant persisté (ou dont on s'attendait à ce qu'il persiste) six mois ou plus ($n = 3\,361$; taux de réponse = 68,9 %)²¹. Ont été exclus de l'enquête les résidents des trois territoires, les personnes vivant dans une réserve indienne ou sur des terres de la Couronne, celles vivant en établissement, les membres des Forces armées canadiennes travaillant à temps plein et les résidents de certaines régions éloignées, soit au total environ 3 % de la population cible. La méthodologie utilisée dans le cadre de l'EPMCC-THA de 2014 et le profil sociodémographique de l'échantillon final sont décrits ailleurs²². Dans cette étude, l'expression « troubles de l'humeur et/ou d'anxiété » signifie que le répondant a déclaré avoir reçu un diagnostic établi par un professionnel de la santé soit de trouble de l'humeur uniquement, soit de trouble d'anxiété uniquement, soit de troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété.

Mesures pour l'étude

Sous-groupes liés au délai de diagnostic

Nous avons calculé pour chacun des répondants le délai écoulé avant l'établissement de son diagnostic en retranchant l'âge auquel les premiers symptômes sont apparus de l'âge auquel il a reçu son diagnostic. Chez les répondants atteints de troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété, le délai de diagnostic a été calculé en soustrayant l'âge au moment de l'apparition des symptômes du trouble qui est survenu le plus tardivement de l'âge au moment du diagnostic le plus tardif, et ce, qu'il s'agisse ou non du même trouble. Nous avons ensuite classé les répondants en quatre sous-groupes mutuellement exclusifs en fonction du délai de diagnostic ainsi calculé : (1) symptômes apparus plus

de cinq ans avant l'établissement du diagnostic (délai long); (2) symptômes apparus entre un et cinq ans avant l'établissement du diagnostic (délai modéré); (3) apparition des symptômes et établissement du diagnostic dans la même année (délai court); et (4) symptômes apparus après l'établissement du diagnostic. Le choix de l'intervalle de temps pour la création des sous-groupes repose sur des études antérieures qui ont révélé que l'apparition des symptômes et l'obtention d'un diagnostic au cours de la même année sont associées à de meilleurs résultats de santé chez les personnes atteintes de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété^{1,2,12}.

Après exclusion des répondants dont les symptômes étaient apparus après l'établissement du diagnostic, en raison de la petite taille de ce sous-groupe ($n = 50$), ainsi que de ceux n'ayant pas répondu à l'une des questions permettant de calculer le délai de diagnostic ($n = 99$), l'échantillon final de l'étude était de 3 212 personnes (figure 1).

Caractéristiques sociodémographiques

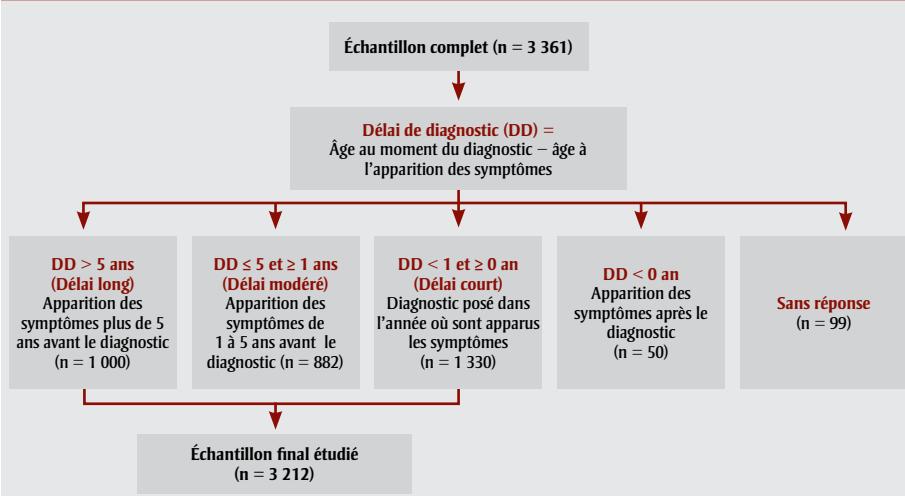
Les caractéristiques sociodémographiques analysées étaient l'âge des répondants au moment de l'enquête (groupes d'âges : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus; âge moyen), leur sexe (femme, homme), leur état matrimonial (célibataire ou jamais marié(e); veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e); marié(e) ou conjoint(e) de fait), leur plus haut niveau de scolarité (études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires/aucunes études postsecondaires, études postsecondaires partielles, diplôme d'études postsecondaires), le quintile de suffisance du revenu corrigé de leur ménage (déciles calculés par Statistique Canada* convertis en quintiles), le milieu de résidence (rural, urbain), la zone géographique (région de l'Atlantique, Colombie-Britannique, Ontario, région des Prairies, Québec), le statut d'immigration (immigrant, non-immigrant) et l'identité autochtone (autochtone, non-autochtone).

Caractéristiques cliniques

Les caractéristiques cliniques analysées étaient l'âge à l'apparition des symptômes (groupes d'âge : 19 ans et moins, 20 à 29 ans et 30 ans et plus; âge moyen à l'apparition des symptômes), le nombre de comorbidités physiques (0, 1 à 2 et 3 ou

* Cette variable dérivée correspond à une distribution des répondants en déciles (soit dix catégories comprenant à peu près le même pourcentage de Canadiens dans chacune des provinces) en fonction du ratio du revenu total du ménage ajusté pour tenir compte du seuil de faible revenu correspondant à la taille de leur ménage et de leur collectivité. Elle fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu de son ménage par rapport au revenu des ménages de tous les autres répondants²³.

FIGURE 1



Abréviations : DD, délai de diagnostic; EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; n, fréquence non pondérée.

plus) et le type de trouble (trouble de l'humeur uniquement, trouble d'anxiété uniquement, troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété). L'établissement de l'âge à l'apparition des symptômes reposait sur les réponses fournies aux questions « Quel âge aviez-vous quand vous avez ressenti pour la première fois des symptômes liés à votre trouble de l'humeur ? » et « Quel âge aviez-vous quand vous avez ressenti pour la première fois des symptômes liés à votre trouble d'anxiété ? ». Le choix des trois groupes d'âge caractérisant l'âge à l'apparition des symptômes reposait sur les données d'études antérieures, et ces groupes correspondent à trois étapes de la vie : enfance et adolescence (19 ans et moins), début de l'âge adulte (20 à 29 ans) et âge adulte (30 ans et plus)^{19,24,25}. Nous avons déterminé le nombre de comorbidités physiques à partir des réponses portant sur les troubles diagnostiqués par un professionnel de la santé ayant persisté (ou dont on s'attendait à ce qu'ils persistent) six mois ou plus, c.-à-d. : asthme, arthrite, problèmes de dos, maladie pulmonaire obstructive chronique, diabète, maladies du cœur, cancer, accident vasculaire cérébral, maladies intestinales (maladie de Crohn ou colite) et enfin maladie d'Alzheimer ou démence. Chaque affection a été comptabilisée comme une comorbidité physique. Le type de trouble a été défini en demandant aux répondants s'ils étaient atteints ou avaient déjà été atteints d'un trouble de l'humeur (comme la dépression, le trouble bipolaire,

la manie ou la dysthymie) et s'ils étaient atteints ou avaient déjà été atteints d'un trouble d'anxiété (comme la phobie, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble panique) diagnostiqués par un professionnel de la santé.

État de santé physique et mentale

Les mesures de l'état de santé physique et mentale analysées étaient le degré d'incapacité (grave, modérée, légère, nulle), le nombre de limitations d'activités (3 ou plus, 1 à 2, 0), la santé globale perçue, la santé mentale perçue et la satisfaction à l'égard de la vie en général. Les degrés d'incapacité ont été définis à partir de l'indice de l'état de santé Health Utilities Index (HUI), qui mesure l'état de santé fonctionnelle selon huit dimensions : vision, ouïe, parole, mobilité, dextérité, émotion, cognition et douleur²⁶. Les quatre catégories d'incapacité que nous avons choisies sont fondées sur ces scores globaux de santé fonctionnelle et ont été proposées par Feeny et Furlong²⁷, puis validées par Feng et ses collaborateurs²⁸ à partir de données canadiennes. La catégorisation liée au nombre de limitations d'activité repose sur le nombre de fois où un répondant a indiqué avoir déjà vécu, au cours des 12 mois précédent l'enquête, « beaucoup » de restrictions en raison de ses troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, dans le cadre de sept activités prédefinies : « activités récréatives, activités de loisir et passe-temps », « exercice ou sport », « activités sociales avec la

famille ou les amis », « tâches ménagères », « commissions ou magasinage », « voyage ou vacances » et « prendre soin de soi (comme l'habillement, le bain ou les soins d'hygiène personnelle) ». La santé globale perçue et la santé mentale perçue ont été mesurées en demandant aux répondants d'évaluer leur santé globale et mentale comme « excellente », « très bonne », « bonne », « passable » ou « mauvaise ». Quant à la satisfaction générale à l'égard de la vie, les répondants devaient indiquer sur une échelle de 0 à 10 dans quelle mesure ils étaient satisfaits de leur vie, 0 signifiant « très insatisfait » et 10, « très satisfait ».

Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ainsi que les mesures de l'état de santé correspondaient toutes à « l'état actuel » des répondants au moment de l'enquête.

Analyse statistique

Nous avons effectué des analyses croisées pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques ainsi que l'état de santé physique et mentale en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic. Nous avons réalisé des tests du chi carré (pour les variables nominales) et des analyses de régression logistique (pour les variables numériques discrètes, c.-à-d. l'âge et l'âge à l'apparition des symptômes) pour préciser les associations entre les sous-groupes liés au délai de diagnostic et les caractéristiques et l'état de santé des répondants. Nous avons aussi mené des analyses de régression logistique multivariées et multinomiales pour examiner les associations indépendantes entre les caractéristiques des répondants et le délai de diagnostic, après ajustement de toutes les autres caractéristiques des répondants, ainsi que les associations entre les facteurs liés à l'état de santé et le délai de diagnostic, après ajustement de l'ensemble des caractéristiques des répondants.

Nous avons également réalisé plusieurs analyses supplémentaires pour évaluer (1) la distribution des répondants en fonction du sous-groupe lié au délai de diagnostic et du type de trouble, ainsi que le délai de diagnostic médian par type de trouble; (2) l'association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques (variables numériques discrètes : âge des répondants et âge à l'apparition des symptômes) et le délai de diagnostic (variable numérique discrète), au moyen d'une

analyse de régression binomiale négative; et (3) l'association entre l'état de santé physique et mentale et le délai de diagnostic (variable numérique discrète), par le biais d'une analyse de régression logistique multivariée et multinomiale. Quant au calcul du délai médian de diagnostic, nous avons exclu les répondants classés dans le sous-groupe du délai court (c.-à-d. inférieur à 1 an) de façon à pouvoir comparer les résultats avec ceux d'études antérieures^{16-19,29}. Les données tirées de ces analyses supplémentaires sont disponibles auprès de l'auteur-ressource.

Pour tenir compte de la répartition de l'échantillon et de la conception de l'enquête, nous avons pondéré toutes les estimations avec les poids d'enquête générés par Statistique Canada[†], afin que les données soient représentatives de la population canadienne adulte vivant en logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété. Nous avons également produit des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) en utilisant les poids de rééchantillonnage *bootstrap* fournis avec les données³⁰. Seuls les résultats dont le coefficient de variation était inférieur à 33,3 % sont présentés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada²¹. Les valeurs *p* inférieures à 0,05 ont été considérées comme statistiquement significatives. Toutes les analyses statistiques ont été réalisées à l'aide de la version 5.1 du logiciel SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

La majorité (61,6 %) des adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué ont déclaré avoir reçu leur diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété plus d'un an après l'apparition de leurs symptômes. Parmi eux, 30,0 % ont reçu un diagnostic entre un et cinq ans après l'apparition de leurs symptômes (délai modéré) et 31,6 % plus de cinq ans après (délai long) (tableau 1). Après exclusion des répondants ayant reçu un diagnostic dans l'année de l'apparition de leurs symptômes, le délai de diagnostic médian était de 5,0 ans chez les répondants atteints de troubles de l'humeur

uniquement, de 5,4 ans chez ceux atteints de troubles d'anxiété uniquement et de 5,2 chez ceux atteints des deux troubles concourants (données disponibles sur demande).

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic

Les relations se sont révélées significatives entre d'une part les différents sous-groupes liés au délai de diagnostic et d'autre part l'âge, l'état matrimonial, la suffisance de revenu du ménage, la zone géographique, l'âge à l'apparition des symptômes et le nombre de comorbidités physiques (tableau 1). De plus, nous avons constaté que l'âge moyen à l'apparition des symptômes diminuait avec l'augmentation du délai de diagnostic (37,5 ans pour un délai de diagnostic court, 28,1 ans pour un délai de diagnostic modéré et 20,6 ans pour un délai de diagnostic long).

Après ajustement pour tenir compte de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, les adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué pour qui le délai de diagnostic était modéré (par opposition à court) étaient plus susceptibles d'avoir vu leurs symptômes apparaître pendant l'enfance ou l'adolescence ou encore au début de l'âge adulte (rapport de cotés ajusté [RC] = 3,5 et 1,9 respectivement) et de n'être atteints que de quelques comorbidités physiques ou d'aucune (RC ajusté = 2,5 et 1,8 respectivement) (tableau 2). Quant aux personnes pour qui le délai de diagnostic était long (par opposition à court), elles étaient plus susceptibles d'appartenir aux cohortes plus âgées (RC ajusté = 7,5 pour les 65 ans et plus, 7,6 pour les 50 à 64 ans et 5,5 pour les 35 à 49 ans) et à avoir vu apparaître leurs symptômes pendant l'enfance ou l'adolescence ou au début de l'âge adulte (RC ajusté = 33,7 et 3,7 respectivement). Nous avons observé une diminution d'environ 8,0 % du délai de diagnostic pour chaque année supplémentaire de l'âge à l'apparition des symptômes, et une hausse de 5,0 % du délai de diagnostic pour chaque année supplémentaire de l'âge des répondants (données disponibles sur demande).

État de santé physique et mentale en fonction du sous-groupe lié au délai de diagnostic

Nous avons observé une relation significative entre les sous-groupes liés au délai de diagnostic et les cinq mesures de l'état de santé (degré d'incapacité, nombre de limitations d'activité, santé globale perçue, santé mentale perçue et satisfaction générale à l'égard de la vie) (tableau 3). Après ajustement en fonction des caractéristiques individuelles, les adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqués pour qui le délai de diagnostic était long (par opposition à court) étaient plus susceptibles de déclarer un plus grand nombre de limitations d'activités (3 ou plus) ainsi qu'une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (RC ajusté = 2,1 et 2,3, respectivement) (tableau 4). Pour chaque augmentation d'un an du délai de diagnostic, on a observé une probabilité accrue du nombre le plus élevé de limitations d'activité (par opposition à aucune) ainsi que d'une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (par opposition à « très bonne » ou « excellente »), soit respectivement 5,0 % et 4,0 % (données disponibles sur demande).

Analyse

Cette étude est à notre connaissance la première à examiner, au moyen d'un échantillon représentatif de la population, les facteurs associés au délai de diagnostic chez les adultes canadiens ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Les résultats ont révélé que seule une minorité (38,4 %) d'entre eux ont obtenu un diagnostic dans un délai cliniquement acceptable, c.-à-d. moins d'un an après l'apparition de leurs symptômes. Ces résultats cadrent avec ceux tirés d'une étude internationale portant sur 11 pays, d'après laquelle 40 % des répondants atteints de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété avaient sollicité un traitement dans l'année où les symptômes étaient apparus²⁵. L'EPMCC-THA de 2014 excluant les personnes n'ayant pas encore reçu de diagnostic d'un professionnel de la santé, nos résultats surestiment probablement la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic en temps opportun.

[†] Statistique Canada a procédé à l'ajustement des poids d'échantillonnage en fonction des exclusions, de la sélection de l'échantillon, des taux de répondants admissibles, des non-réponses et de l'autorisation de partager et jumeler les données²¹.

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (nom.)	Sous-groupes liés au délai de diagnostic			Test du chi carré valeur p
	Court ^a (n = 1 330; 38,4 %) % (IC à 95 %)	Modéré ^b (n = 882; 30,0 %) % (IC à 95 %)	Long ^c (n = 1 000; 31,6 %) % (IC à 95 %)	
Âge des répondants (ans)				< 0,001*
65 et plus	19,0 (16,5 à 21,4)	8,2 (6,3 à 10,2)	14,7 (11,7 à 17,6)	
50 à 64	35,8 (31,7 à 39,9)	23,8 (18,9 à 28,7)	32,4 (27,7 à 37,1)	
35 à 49	25,1 (21,3 à 28,9)	27,1 (21,8 à 32,4)	33,0 (27,5 à 38,6)	
18 à 34	20,1 (16,7 à 23,5)	40,9 (35,4 à 46,4)	19,9 (15,1 à 24,7)	
Sexe				0,902
Femme	64,5 (60,0 à 69,0)	63,9 (58,6 à 69,3)	62,7 (57,3 à 68,1)	
Homme	35,5 (31,0 à 40,0)	36,1 (30,7 à 41,4)	37,3 (31,9 à 42,7)	
État matrimonial				< 0,001*
Célibataire ou jamais marié(e)	22,3 (18,6 à 25,9)	34,7 (29,0 à 40,5)	22,9 (18,7 à 27,1)	
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	19,7 (16,5 à 22,9)	11,0 (7,8 à 14,1)	21,4 (17,1 à 25,8)	
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	58,0 (53,8 à 62,2)	54,3 (48,4 à 60,3)	55,7 (50,2 à 61,2)	
Plus haut niveau de scolarité des répondants				0,054
Études secondaires partielles	16,0 (12,8 à 19,1)	10,3 (7,8 à 12,8)	10,0 (6,5 à 13,4) ^d	
Diplôme d'études secondaires/aucunes études postsecondaires	22,5 (18,3 à 26,7)	22,1 (17,6 à 26,5)	19,2 (15,0 à 23,4)	
Études postsecondaires partielles	4,6 (2,8 à 6,4) ^d	6,7 (4,0 à 9,5) ^d	5,7 (3,3 à 8,1) ^d	
Diplôme d'études postsecondaires	57,0 (52,2 à 61,7)	60,9 (55,5 à 66,4)	65,2 (60,0 à 70,4)	
Quintile de suffisance du revenu pour le ménage				0,004*
Q1	25,1 (21,1 à 29,1)	19,8 (15,3 à 24,3)	22,7 (18,4 à 26,9)	
Q2	22,5 (18,5 à 26,5)	17,0 (12,7 à 21,3)	13,8 (10,5 à 17,2)	
Q3	21,3 (17,1 à 25,5)	25,9 (20,3 à 31,6)	19,9 (15,5 à 24,3)	
Q4	14,6 (11,8 à 17,5)	20,1 (15,2 à 25,0)	25,0 (20,1 à 29,9)	
Q5	16,5 (13,0 à 20,0)	17,2 (12,9 à 21,5)	18,7 (14,0 à 23,3)	
Milieu de résidence				0,332
Rural	17,8 (14,9 à 20,8)	19,0 (15,8 à 22,8)	15,5 (12,4 à 18,7)	
Urbain	82,2 (79,3 à 85,1)	81,0 (77,2 à 84,7)	84,5 (81,3 à 87,6)	
Zone géographique				< 0,001*
Colombie-Britannique	12,1 (9,1 à 15,2)	16,3 (12,0 à 20,5)	13,5 (10,3 à 16,7)	
Région des Prairies	16,3 (13,3 à 19,2)	18,6 (14,4 à 22,8)	17,4 (13,3 à 21,5)	
Ontario	35,4 (31,1 à 39,7)	41,5 (35,6 à 47,3)	44,3 (39,1 à 49,5)	
Québec	27,8 (24,0 à 31,6)	17,5 (13,1 à 21,8)	12,9 (9,4 à 16,4)	
Région de l'Atlantique	8,4 (6,9 à 10,0)	6,2 (4,6 à 7,7)	12,0 (9,5 à 14,5)	
Statut d'immigration				0,283
Immigrant	15,2 (10,4 à 20,0)	11,6 (6,9 à 16,2) ^d	10,5 (6,5 à 14,5) ^d	
Non-immigrant	84,8 (80,1 à 89,6)	88,4 (83,8 à 93,1)	89,5 (85,5 à 93,5)	
Identité autochtone				0,102
Autochtone	4,3 (2,7 à 6,0) ^d	6,9 (3,7 à 10,1) ^d	3,9 (2,3 à 5,5) ^d	
Non-autochtone	95,7 (94,0 à 97,3)	93,1 (89,9 à 96,3)	96,1 (94,5 à 97,7)	
Âge à l'apparition des symptômes (ans)				< 0,001*
19 ou moins	13,4 (10,3 à 16,4)	35,3 (29,4 à 41,2)	55,2 (49,7 à 60,7)	
20 à 29	20,9 (17,3 à 24,5)	29,4 (23,4 à 35,5)	21,4 (17,0 à 25,9)	
30 ou plus	65,8 (61,5 à 70,0)	35,3 (30,2 à 40,3)	23,4 (18,6 à 28,1)	

Suite page suivante

TABLEAU 1 (suite)

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques (nom.)	Sous-groupes liés au délai de diagnostic			Test du chi carré valeur p
	Court ^a (n = 1 330; 38,4 %) % (IC à 95 %)	Modéré ^b (n = 882; 30,0 %) % (IC à 95 %)	Long ^c (n = 1 000; 31,6 %) % (IC à 95 %)	
Comorbidités physiques (nombre)				< 0,001*
0	34,5 (29,7 à 39,3)	50,8 (44,7 à 56,8)	39,0 (33,7 à 44,3)	
1 à 2	49,7 (45,0 à 54,3)	42,0 (36,3 à 47,8)	46,6 (40,9 à 52,2)	
3 ou plus	15,8 (12,7 à 18,9)	7,2 (5,3 à 9,2)	14,4 (11,1 à 17,8)	
Type de trouble				0,936
Troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété	29,9 (25,5 à 34,3)	31,5 (26,4 à 36,6)	32,5 (27,1 à 37,9)	
Trouble d'anxiété uniquement	23,7 (19,9 à 27,5)	24,0 (18,4 à 29,6)	24,3 (19,6 à 29,0)	
Trouble de l'humeur uniquement	46,4 (42,0 à 50,8)	44,5 (38,6 à 50,3)	43,2 (37,5 à 48,8)	
Caractéristiques sociodémographiques (num.)		Moyenne	ET (valeur p) ^e	Moyenne
Âge des répondants (ans)	49,8	0,6 (Réf)	41,2 (< 0,001)*	48,5 0,7 (0,184)
Âge à l'apparition des symptômes (ans)	37,5	0,7 (Réf)	28,1 (< 0,001)*	20,6 0,6 (< 0,001)*

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; ET, erreur-type; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; nom., variable nominale; num., variable numérique discrète; Q, quintile; Réf, groupe de référence.

Remarque : Les taux, les IC à 95 %, les moyennes et les ET sont fondés sur des données pondérées.

^a Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

^b Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

^c Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

^d Variabilité de l'échantillonnage élevée (coefficient de variation compris entre 16,6 % et 33,3 %).

^e Analyses de régression linéaire.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

Certaines études indiquent que les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur consultent, en général, un professionnel de la santé et obtiennent un diagnostic plus rapidement que celles atteintes d'un trouble d'anxiété. Par exemple, le délai de diagnostic médian (excluant les personnes ayant reçu un diagnostic dans l'année d'apparition des symptômes) s'établissait, pour les troubles de l'humeur et d'anxiété respectivement, à 1 et 16 ans en Belgique¹⁹, à 1 et 21 ans en Chine³¹, à 4 et 23 ans aux États-Unis²⁹, à 4 et 29 ans en Australie¹⁸ et à 14 et 30 ans au Mexique¹⁷. Si les résultats de notre analyse supplémentaire ont révélé un délai médian de diagnostic relativement similaire chez les adultes canadiens atteints de troubles de l'humeur et ceux atteints de trouble d'anxiété (respectivement 5,0 et 5,4 ans), nous avons constaté des différences plus importantes dans les délais médian de diagnostic en fonction de types précis de troubles de l'humeur et d'anxiété, par exemple entre la dépression (4,4 ans) et le trouble d'anxiété généralisé (6,2 ans)

(données disponibles sur demande). Ces résultats peuvent s'expliquer à partir de ce que nous savons sur ces troubles en matière de gravité des symptômes du patient (la gravité des symptômes est un facteur prédictif du recours aux services de santé) et en matière de besoin perçu et de tendance à aller chercher de l'aide (les troubles de l'humeur et les troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété sont des facteurs prédictifs importants du besoin perçu)^{32,33}.

Nos résultats en matière d'association entre diverses caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le délai de diagnostic sont, en général, corroborés par la littérature. Par exemple, nous avons constaté que l'âge à l'apparition des symptômes était associé à un diagnostic plus tardif : les adultes canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqués dont les symptômes étaient apparus durant l'enfance ou l'adolescence (19 ans ou moins) et le début de l'âge adulte (20 à

29 ans) étaient plus susceptibles que ceux ayant reçu un diagnostic à un âge plus avancé (30 ans ou plus) d'être classés dans les sous-groupes de délais de diagnostic modéré et long que dans le sous-groupe de délai de diagnostic court, ce qui était également le cas dans des études antérieures^{16-20,25,34,35}. Les résultats d'une analyse supplémentaire ont confirmé aussi cette association : pour chaque augmentation d'une année de l'âge à l'apparition des symptômes, on a observé une diminution de 8,0 % du délai de diagnostic après ajustement pour tenir compte de toutes les autres caractéristiques des répondants (données disponibles sur demande).

Parmi les explications possibles à ce résultat, notons que les jeunes (1) dépendent de l'aide d'adultes pour consulter en santé mentale³⁶, (2) ont souvent une capacité limitée à faire état de leurs problèmes de santé mentale, ce qui n'induit pas de préoccupations suffisantes pour qu'on les envoie consulter un professionnel en santé

TABLEAU 2

Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et les sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Sous-groupes liés au délai de diagnostic				Analyse de l'effet de type 3 valeur p
	Modéré ^a (n = 882) vs court ^b (n = 1 330) RC ^d (IC à 95 %)	valeur p	Long ^c (n = 1 000) vs court ^b (n = 1 330) RC ^d (IC à 95 %)	valeur p	
Âge des répondants (ans)					
65 et plus	0,8 (0,4 à 1,5)	0,456	7,5 (3,4 à 16,4)	< 0,001 ^e	
50 à 64	1,1 (0,6 à 1,9)	0,825	7,6 (3,8 à 15,2)	< 0,001 ^e	
35 à 49	1,3 (0,8 à 2,2)	0,324	5,5 (2,6 à 11,5)	< 0,001 ^e	
18 à 34	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Sexe					
Femme	1,1 (0,7 à 1,5)	0,752	0,9 (0,6 à 1,3)	0,500	
Homme	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
État matrimonial					
Célibataire ou jamais marié(e)	1,1 (0,7 à 1,7)	0,599	0,7 (0,4 à 1,2)	0,235	
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	0,8 (0,5 à 1,3)	0,413	1,4 (0,9 à 2,2)	0,177	
Marié(e) ou conjoint(e) de fait	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Plus haut niveau de scolarité des répondants					
Études secondaires/partielles	0,7 (0,5 à 1,1)	0,137	0,7 (0,4 à 1,3)	0,270	
Diplôme d'études secondaires/ aucunes études postsecondaires	1,0 (0,7 à 1,4)	0,818	0,8 (0,5 à 1,2)	0,349	
Études postsecondaires partielles	1,2 (0,6 à 2,5)	0,688	1,1 (0,5 à 2,5)	0,896	
Diplôme d'études postsecondaires	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Quintile de suffisance du revenu pour le ménage					
Q1	1,0 (0,6 à 1,7)	0,925	0,8 (0,4 à 1,4)	0,372	
Q2	0,9 (0,5 à 1,6)	0,781	0,7 (0,4 à 1,3)	0,214	
Q3	1,3 (0,7 à 2,1)	0,390	0,9 (0,5 à 1,8)	0,843	
Q4	1,4 (0,8 à 2,4)	0,274	1,5 (0,8 à 2,7)	0,224	
Q5	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Milieu de résidence					
Rural	1,1 (0,8 à 1,6)	0,438	0,7 (0,5 à 1,1)	0,089	
Urbain	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Zone géographique					
Colombie-Britannique	2,3 (1,3 à 4,1)	0,007 ^e	1,8 (1,0 à 3,3)	0,072	
Région des Prairies	1,7 (1,0 à 2,8)	0,063	1,5 (0,9 à 2,8)	0,146	
Ontario	1,9 (1,2 à 2,9)	0,007 ^e	2,1 (1,3 à 3,5)	0,004 ^e	
Région de l'Atlantique	1,2 (0,7 à 1,9)	0,582	2,5 (1,5 à 4,3)	0,001 ^e	
Québec	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Statut d'immigration					
Immigrant	1,4 (0,4 à 5,5)	0,625	2,4 (0,6 à 9,7)	0,220	
Non-immigrant	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Identité autochtone					
Autochtone	1,5 (0,7 à 2,9)	0,293	0,9 (0,4 à 1,8)	0,701	
Non-autochtone	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		
Âge à l'apparition des symptômes (ans)					
19 ou moins	3,5 (2,1 à 6,0)	< 0,001 ^e	33,7 (17,6 à 64,7)	< 0,001 ^e	
20 à 29	1,9 (1,2 à 3,0)	0,007 ^e	3,7 (2,2 à 6,3)	< 0,001 ^e	
30 ou plus	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)		

Suite page suivante

TABLEAU 2 (suite)

Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et les sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques	Sous-groupes liés au délai de diagnostic			Analyse de l'effet de type 3 valeur p
	Modéré ^a (n = 882) vs court ^b (n = 1 330) RC ^d (IC à 95 %)	valeur p	Long ^c (n = 1 000) vs court ^b (n = 1 330) RC ^d (IC à 95 %)	
Comorbidités physiques (nombre)				0,019*
0	2,5 (1,5 à 4,3)	0,001 ^c	1,5 (0,9 à 2,4)	0,152
1 à 2	1,8 (1,1 à 2,9)	0,013 ^c	1,0 (0,7 à 1,7)	0,859
3 ou plus	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)	
Type de trouble				0,472
Troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété	1,1 (0,8 à 1,5)	0,650	1,4 (0,9 à 2,2)	0,114
Trouble d'anxiété uniquement	0,8 (0,5 à 1,3)	0,444	1,1 (0,7 à 1,7)	0,690
Trouble de l'humeur uniquement	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; Q, quintile; RC, rapport de cotes; Réf, groupe de référence.

Remarque : Les RC et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées.

^a Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

^b Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

^c Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

^d Ajusté pour tenir compte de toutes les autres caractéristiques sociodémographiques et cliniques du modèle.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

mentale³⁴, (3) sont portés à développer des stratégies d'adaptation, comme des changements de comportement, pour réduire les répercussions sur leur vie de leur trouble de santé mentale¹⁶, (4) sont moins susceptibles que les adultes de consulter des médecins praticiens, surtout des médecins en soins primaires pourtant souvent à l'origine du diagnostic initial³⁷, et enfin (5) ont des connaissances et des compétences limitées en matière de troubles de santé mentale, notamment concernant les symptômes associés aux troubles de l'humeur ou d'anxiété.

Outre l'âge à l'apparition des symptômes, sa cohorte s'est révélée également associée à un diagnostic plus tardif. Autrement dit, les cohortes plus âgées (les 65 ans et plus, les 50 à 64 ans et les 35 à 49 ans) étaient plus susceptibles que la cohorte la plus jeune (les 18 à 34 ans) de faire partie du sous-groupe de délai de diagnostic long (par opposition à court). Les résultats d'une analyse supplémentaire ont reconfirmé cette association : pour chaque augmentation d'une année de l'âge du répondant, le délai de diagnostic augmentait de 5,0 %, après contrôle de toutes les autres caractéristiques individuelles (données disponibles sur demande). Ces résultats cadrent avec ceux de rapports antérieurs révélant qu'une

cohorte plus âgée et un âge précoce d'apparition des symptômes étaient associées à un retard de plus d'un an dans les démarches en vue d'amorcer un premier traitement^{16-20,25,34,35}. Globalement, ces résultats tendent à indiquer que les Canadiens au début de l'âge adulte atteints de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété sont plus enclins à consulter un professionnel en vue de recevoir des soins que les Canadiens plus âgés, du fait d'une plus forte tendance à rechercher de l'aide observée depuis plusieurs années chez les cohortes plus jeunes. Ce comportement pourrait être partiellement attribuable aux récentes campagnes de sensibilisation à la santé mentale visant spécifiquement les jeunes, dans le but de réduire la stigmatisation et d'accroître la sensibilisation à l'égard de la maladie mentale. Il a été démontré que des mesures de ce type ont une influence positive sur la tendance à rechercher de l'aide chez les personnes atteintes de troubles de santé mentale³⁸.

Nous avons constaté que les adultes canadiens atteints d'aucune comorbidité physique et, dans une moindre mesure, ceux atteints d'une ou deux comorbidités physiques seulement étaient plus susceptibles de faire partie du sous-groupe de délai de diagnostic modéré (par opposition à court)

que les répondants atteints de 3 comorbidités physiques ou plus. Cette observation est étayée par des études antérieures montrant que les personnes sans comorbidité physique avaient moins souvent recours aux services de soins de santé et, par conséquent, étaient moins nombreuses à recevoir un diagnostic de trouble de santé mentale et un traitement adapté que les personnes souffrant déjà d'une affection physique chronique^{39,40}.

En ce qui concerne l'état de santé des répondants, ceux ayant reçu un diagnostic tardif étaient plus nombreux à déclarer le plus grand nombre (3 ou plus) de limitations d'activité et une santé mentale « mauvaise » ou « passable ». Les résultats d'une analyse supplémentaire ont corroboré ce fait : pour chaque augmentation d'une année du délai de diagnostic, on a observé une hausse de 5,0 % de la probabilité d'avoir trois limitations d'activité ou plus (comparativement à aucune limitation d'activité) et une hausse de 4,0 % de la probabilité de déclarer une santé mentale « mauvaise » ou « passable » (par rapport à une santé mentale « très bonne » ou « excellente »), après ajustement pour tenir compte de toutes les autres caractéristiques des répondants (données disponibles sur demande). L'absence de résultats de santé

TABLEAU 3
Facteurs liés à l'état de santé physique et mentale en fonction des sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Facteurs liés à l'état de santé physique et mentale	Sous-groupes liés au délai de diagnostic			Test du chi carré valeur p
	Court ^a (n = 1 330) % (IC à 95 %)	Modéré ^b (n = 882) % (IC à 95 %)	Long ^c (n = 1 000) % (IC à 95 %)	
Degré d'incapacité				0,032*
Grave	38,9 (34,4 à 43,4)	29,3 (24,0 à 34,5)	40,0 (34,6 à 45,4)	
Modérée	22,8 (18,3 à 27,3)	22,7 (17,9 à 27,4)	23,0 (18,2 à 27,8)	
Légère	27,0 (23,1 à 31,0)	36,5 (30,4 à 42,5)	25,3 (20,8 à 29,7)	
Nulle	11,3 (8,0 à 14,6)	11,6 (8,1 à 15,1)	11,7 (8,2 à 15,3)	
Limitations d'activité (nombre)				0,001*
3 ou plus	15,1 (11,8 à 18,4)	13,7 (9,9 à 17,4)	25,2 (19,7 à 30,7)	
1 à 2	17,2 (13,8 à 20,7)	20,0 (15,0 à 24,9)	18,7 (14,7 à 22,7)	
0	67,7 (63,4 à 72,0)	66,4 (60,8 à 71,9)	56,1 (50,5 à 61,7)	
Santé globale perçue				0,045*
Mauvaise ou passable	29,7 (25,4 à 34,1)	19,1 (15,1 à 23,2)	25,3 (20,6 à 30,1)	
Bonne	33,5 (28,7 à 38,3)	37,8 (32,0 à 43,7)	36,5 (31,0 à 41,9)	
Très bonne ou excellente	36,8 (32,2 à 41,3)	43,1 (36,6 à 49,6)	38,2 (32,6 à 43,9)	
Santé mentale perçue				0,021*
Mauvaise ou passable	22,5 (18,4 à 26,7)	25,0 (20,3 à 29,7)	31,3 (25,7 à 36,9)	
Bonne	43,8 (38,9 à 48,6)	40,9 (35,0 à 46,8)	43,8 (38,0 à 49,5)	
Très bonne ou excellente	33,7 (29,6 à 37,8)	34,1 (28,4 à 39,8)	25,0 (20,8 à 29,2)	
Satisfaction à l'égard de la vie en général				0,005*
Très insatisfait ou insatisfait	11,0 (8,4 à 14,1)	6,3 (3,7 à 9,0)	12,1 (8,5 à 15,7)	
Ni satisfait ni insatisfait	13,5 (10,1 à 17,0)	7,5 (4,5 à 10,5)	12,2 (8,9 à 15,6)	
Très satisfait ou satisfait	75,5 (71,4 à 79,6)	86,2 (82,3 à 90,1)	75,7 (71,0 à 80,4)	

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée.

Remarque : Les taux et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées.

^a Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

^b Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

^c Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

négatifs chez les répondants pour qui le délai de diagnostic était modéré (par opposition à court) pourrait s'expliquer partiellement par un effet potentiel de seuil touchant les limitations d'activité et l'état de santé mentale : il peut s'écouler jusqu'à cinq ans (avec des taux respectifs de 5,0 % et de 4,0 % par an) avant de pouvoir en observer des répercussions significatives sur la santé.

Quant à nos résultats sur l'âge à l'apparition des symptômes en lien avec le délai de diagnostic, ils revêtent une grande importance en matière de santé publique, car près de la moitié des adultes canadiens ont vu leurs symptômes de maladie mentale apparaître durant leur enfance ou leur

adolescence⁴¹. De plus, l'apparition précoce de problèmes de santé mentale s'est révélée étroitement associée à des expériences sociales négatives¹³⁻¹⁵, plus fortes et plus éprouvantes que celles vécues par les répondants chez qui les symptômes sont apparus plus tard⁴². En outre, les répondants dont les troubles de santé mentale sont apparus à un jeune âge sont plus susceptibles de développer des comorbidités secondaires, qui peuvent à leur tour aggraver les symptômes du trouble mental principal et nuire à la réponse au traitement de ce dernier⁴³. De ce fait, des politiques et programmes de santé publique visant les jeunes, les parents et les éducateurs sont essentiels afin de contribuer à une détection plus précoce des symptômes de

trouble de l'humeur et/ou d'anxiété apparus pendant l'enfance et l'adolescence et à permettre ainsi de poser un diagnostic en temps opportun. Plusieurs initiatives nationales ont ainsi été mises en œuvre, notamment l'Initiative canadienne de collaboration en santé mentale⁴⁴, l'initiative de Centre de médecine de famille⁴⁵ et le programme ACCESS (Adolescent/young adult Connections to Community-driven, Early, Strengths-based and Stigma-free services)⁴⁶, ainsi que diverses initiatives provinciales^{47,48}. Outre ces politiques et programmes de santé publique visant les jeunes, d'autres initiatives importantes ont été lancées, notamment des programmes de prévention et d'intervention précoce misant sur la réduction des facteurs de risque associés à la

TABLEAU 4
Association entre les facteurs liés à l'état de santé physique et mentale et les sous-groupes liés au délai de diagnostic chez les Canadiens âgés de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 3 212), EPMCC-THA de 2014

Facteurs liés à l'état de santé physique et mentale	Sous-groupes liés au délai de diagnostic				Analyse de l'effet de type 3 valeur p	
	Modéré ^a (n = 882) par rapport à court ^b (n = 1 330)		Long ^c (n = 1 000) par rapport à court ^b (n = 1 330)			
	RC ^d (IC à 95 %)	valeur p	RC ^d (IC à 95 %)	valeur p		
Degré d'incapacité					0,269	
Grave	0,9 (0,5 à 1,6)	0,741	0,9 (0,5 à 1,7)	0,746		
Modérée	1,2 (0,7 à 2,1)	0,528	1,1 (0,5 à 2,1)	0,880		
Légère	1,2 (0,7 à 2,0)	0,501	0,7 (0,4 à 1,3)	0,246		
Nulle	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)			
Limitations d'activité (nombre)					0,036*	
3 ou plus	0,9 (0,6 à 1,5)	0,788	2,1 (1,2 à 3,5)	0,007*		
1 à 2	1,1 (0,8 à 1,7)	0,535	1,4 (0,9 à 2,3)	0,186		
0	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)			
Santé globale perçue					0,386	
Mauvaise ou passable	1,0 (0,6 à 1,7)	0,919	1,0 (0,6 à 1,7)	0,964		
Bonne	1,4 (0,9 à 2,0)	0,159	1,4 (0,9 à 2,2)	0,098		
Très bonne ou excellente	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)			
Santé mentale perçue					0,008*	
Mauvaise ou passable	1,2 (0,8 à 1,8)	0,483	2,3 (1,5 à 3,6)	0,000*		
Bonne	1,0 (0,7 à 1,4)	0,804	1,4 (1,0 à 2,2)	0,077		
Très bonne ou excellente	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)			
Satisfaction à l'égard de la vie en général					0,156	
Très insatisfait ou insatisfait	0,7 (0,4 à 1,4)	0,304	1,2 (0,6 à 2,4)	0,601		
Ni satisfait ni insatisfait	0,6 (0,3 à 1,0)	0,035*	1,1 (0,6 à 2,0)	0,739		
Très satisfait ou satisfait	1,0 (Réf)		1,0 (Réf)			

Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada, 2014 – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété; IC, intervalle de confiance; n, fréquence non pondérée; RC, rapport de cotes; Réf, groupe de référence.

Remarque : Les RC et les IC à 95 % sont fondés sur des données pondérées.

^a Modéré = délai de diagnostic compris entre 1 et 5 ans.

^b Court = délai de diagnostic inférieur à 1 an.

^c Long = délai de diagnostic supérieur à 5 ans.

^d Ajusté pour tenir compte de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial, du plus haut niveau de scolarité obtenu (répondant), de la suffisance de revenu du ménage, du milieu de résidence, de la zone géographique, du statut d'immigration, de l'identité autochtone, de l'âge à l'apparition des symptômes, du nombre de comorbidités physiques et du type de trouble.

* Degré de signification statistique établi à $p < 0,05$.

maladie mentale et sur la consolidation des facteurs de protection chez les personnes dont les symptômes sont encore infra-cliniques⁴⁹.

Certains pays ont réussi à mener des campagnes novatrices de lutte contre la stigmatisation auprès des jeunes misant sur les comportements axés sur le recours aux services de santé mentale. Par exemple, en Allemagne, un festival de films et de documentaires portant sur la maladie mentale est parvenu à réduire la stigmatisation et à améliorer les attitudes de recours aux services chez les adolescents⁵⁰. De même, une campagne de sensibilisation dans les

collectivités à l'égard de la santé mentale chez les jeunes, menée en Australie et visant à accroître les connaissances en matière de santé mentale et à inciter les jeunes à demander rapidement de l'aide, s'est révélée efficace pour accroître la sensibilisation à l'égard de la maladie mentale et pour réduire les obstacles perçus au recours à de l'aide⁵¹. De plus, un certain nombre de pays ayant mis en œuvre des programmes d'accès aux services en santé mentale s'adressant aux jeunes ont fait état de résultats positifs. Par exemple, un programme australien appelé Headspace visant à promouvoir et à soutenir les mesures d'intervention précoce chez les

jeunes de 12 à 25 ans atteints de troubles de santé mentale a obtenu un taux de satisfaction de 93 % parmi ses usagers⁵². De même, des programmes communautaires de dépistage du Royaume-Uni ont permis, grâce au Strengths and Difficulties Questionnaire [questionnaire sur les points forts et les points faibles, SDQ], de faciliter le dépistage précoce de troubles psychiatriques chez les enfants⁵³.

Points forts et limites

Cette étude comporte un certain nombre de points forts, notamment un large échantillon représentatif de la population et le

fait que l'enquête ait été administrée par du personnel formé et compétent, mais il convient d'interpréter ses résultats en tenant compte d'un certain nombre de limites.

Premièrement, l'estimation du délai de diagnostic peut donner lieu à un biais de mémoire et à des erreurs de datation, car le calcul repose sur la capacité des répondants à se souvenir de l'âge auquel leurs premiers symptômes sont apparus et de l'âge auquel ils ont reçu leur diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Le type d'erreur de datation le plus courant est le télescopage, qui a lieu lorsque quelqu'un attribue à certaines expériences passées des dates plus récentes que celles auxquelles elles ont eu réellement lieu. Cet effet de télescopage est plus présent chez les adultes plus âgés⁵⁴ et peut conduire à une sous-estimation du délai de diagnostic¹⁶. À cet égard, la nature variable des troubles de l'humeur et d'anxiété constitue un défi particulier, car les répondants sont plus susceptibles de se rappeler de leurs expériences les plus récentes et les plus marquantes.

Deuxièmement, il n'a pas été possible de stratifier nos principales analyses par type de trouble, en raison des limites liées à la taille de l'échantillon. Si nous avions pu le faire, il aurait été plus facile de repérer et d'interpréter les différences potentielles par type de trouble dans les associations entre le délai de diagnostic et les caractéristiques individuelles ainsi que leur état de santé physique et mentale. De plus, s'il est vrai que la recherche a révélé une association allant d'acceptable à bonne entre les états de santé physique autodéclarés et les diagnostics posés par des médecins⁵⁵, il n'y a eu aucune validation de l'aptitude des questions posées dans le cadre de l'ESCC de 2013 et l'EPMCC-THA de 2014 à vérifier les diagnostics de troubles de l'humeur et d'anxiété autodéclarés ni de celles posées dans le cadre de l'EPMCC-THA de 2014 à recenser les sous-types de troubles de l'humeur et d'anxiété autodéclarés.

Troisièmement, même si l'ethnicité est susceptible de constituer un facteur important de traitement tardif¹⁶, nous n'avons pas pu analyser son incidence sur le délai de diagnostic, en raison des limites associées à la taille de l'échantillon.

Quatrièmement, la prise en compte des variations interprovinciales dans l'accès

aux services de santé mentale en raison des différences au niveau des politiques de soins de santé, de l'accès aux services de santé mentale ou de leur disponibilité dépassait la portée de cette étude.

Cinquièmement, dans les cas où les symptômes rapportés étaient infracliniques, le délai écoulé depuis l'apparition des symptômes peut avoir mené à un délai de diagnostic tardif de manière erroné, car le fait de rapporter l'apparition de tels symptômes infracliniques aurait alors prolongé indûment le délai de diagnostic.

Conclusion

D'après nos résultats, un long délai avant l'établissement du diagnostic est associé à un état de santé physique et mentale sous-optimal chez les adultes canadiens atteints de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété. Parmi les nombreux facteurs associés à ces longs délais, se révèle particulièrement important le fait que les symptômes soient apparus pendant l'enfance et l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Outre la nécessité de mieux sensibiliser le public à l'importance d'une détection précoce des symptômes, les initiatives de santé publique devraient viser les enfants et les adolescents ainsi que leur réseau de soutien afin de les amener à rechercher de l'aide en cas de besoin, ce qui faciliterait l'établissement d'un diagnostic précoce et l'amorce d'un traitement en temps opportun. D'autres recherches permettant une stratification plus poussée par type de trouble sont nécessaires pour mieux comprendre les facteurs liés à l'établissement d'un diagnostic précoce et aux résultats sur la santé qui en dépendent. Enfin, il serait pertinent de mener des essais longitudinaux évaluant les effets à long terme d'une approche dynamique visant à sensibiliser davantage la population à l'importance de recevoir un diagnostic en temps opportun, surtout les enfants et les adolescents.

Remerciements

L'EPMCC-THA de 2014 a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada et conçue en collaboration avec Statistique Canada. Les membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé mentale et de la maladie mentale de l'ASPC ont consacré temps et expertise à sa création. L'ESCC de 2013 a été menée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et l'ASPC,

grâce à l'appui financier du gouvernement fédéral du Canada.

Aucun soutien financier ou matériel externe n'a été obtenu pour cette étude.

L. Loukine et H. Orpana ont fourni des conseils techniques en matière d'analyse statistique.

Conflits d'intérêts

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

Contributions des auteurs

R. Cheung a participé à la conception de l'étude; il a mené l'analyse des données et la rédaction du manuscrit. S. O'Donnell a participé à la conception de l'étude et à la rédaction du manuscrit. Tous les auteurs ont fourni leur soutien lors de l'analyse des données et de l'interprétation des résultats. Ils ont mené un examen critique du manuscrit et en ont approuvé la version finale.

Références

1. Ghio L, Gotelli S, Marcenaro M, Amore M, Natta W. Duration of untreated illness and outcomes in unipolar depression: a systematic review and meta-analysis. *J Affect Disord*. 2014;152-154:45-51.
2. Goldberg JF, Ernst CL. Features associated with the delayed initiation of mood stabilizers at illness onset in bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(11):985-991.
3. Altamura AC, Dell'Osso B, Berlin HA, Buoli M, Bassetti R, Mundo E. Duration of untreated illness and suicide in bipolar disorder: a naturalistic study. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2010;260(5):385-391.
4. Vermani M, Marcus M, Katzman MA. Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. *Prim Care Companion CNS Disord*. 2011; 13(2):e1-e10. doi: 10.4088/PCC .10m01013.
5. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet* 2009; 374(9690):609-619.

6. Cepoiu M, McCusker J, Cole MG, Sewitch M, Belzile E, Ciampi A. Recognition of depression by non-psychiatric physicians—a systematic literature review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2008;23(1):25-36.
7. Goldman LS, Nielsen NH, Champion HC. Awareness, diagnosis, and treatment of depression. *J Gen Intern Med.* 1999;14(9):569-580.
8. Lecrubier Y. Widespread underrecognition and undertreatment of anxiety and mood disorders: results from 3 European studies. *J Clin Psychiatry.* 2007;68 Suppl 2:36-41.
9. Kasper S. Anxiety disorders: underdiagnosed and insufficiently treated. *Int J Psychiatry Clin Pract.* 2006;10 Suppl 1:3-9.
10. Agence de la santé publique du Canada. Rapport du Système canadien de surveillance des maladies chroniques : les maladies mentales au Canada, 2015. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. En ligne à : <http://www.healthcanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affections/mental-illness-2015-maladies-mentales/alt/mental-illness-2015-maladies-mentales-fra.pdf>
11. Kisely S, Scott A, Denney J, Simon G. Duration of untreated symptoms in common mental disorders: association with outcomes: international study. *Br J Psychiatry.* 2006;189:79-80.
12. Altamura AC, Santini A, Salvadori D, Mundo E. Duration of untreated illness in panic disorder: a poor outcome risk factor? *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2005;1(4):345-347.
13. Kessler RC, Foster CL, Saunders WB, Stang PE. Social consequences of psychiatric disorders, I: educational attainment. *Am J Psychiatry.* 1995;152(7):1026-1032.
14. Kessler RC, Berglund PA, Foster CL, Saunders WB, Stang PE, Walters EE. Social consequences of psychiatric disorders, II: teenage parenthood. *Am J Psychiatry.* 1997;154(10):1405-1411.
15. Kessler RC, Walters EE, Forthofer MS. The social consequences of psychiatric disorders, III: probability of marital stability. *Am J Psychiatry.* 1998;155(8):1092-1096.
16. Wang PS, Berglund P, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):603-613.
17. Borges G, Wang PS, Medina-Mora ME, Lara C, Chiu WT. Delay of first treatment of mental and substance use disorders in Mexico. *Am J Public Health.* 2007;97(9):1638-1643.
18. Green AC, Hunt C, Stain HJ. The delay between symptom onset and seeking professional treatment for anxiety and depressive disorders in a rural Australian sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2012;47(9):1475-1487.
19. Bruffaerts R, Bonnewyn A, Demyttenaere K. Delays in seeking treatment for mental disorders in the Belgian general population. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2007;42(11):937-944.
20. Olfson M, Kessler RC, Berglund PA, Lin E. Psychiatric disorder onset and first treatment contact in the United States and Ontario. *Am J Psychiatry.* 1998;155(10):1415-1422.
21. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
22. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagace C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété, 2014 : aperçu de la méthodologie. Promotion de la santé et prévention des maladies chroniques au Canada. 2016;36(12):307-321.
23. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités (ESCC)–Composante annuelle : spécifications des variables dérivées 2013. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014. 117 p.
24. Wang PS, Lane M, Olfson M, Pincus HA, Wells KB, Kessler RC. Twelve-month use of mental health services in the United States: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):629-640.
25. Christiana JM, Gilman SE, Guardino M, et al. Duration between onset and time of obtaining initial treatment among people with anxiety and mood disorders: an international survey of members of mental health patient advocate groups. *Psychol Med.* 2000;30(3):693-703.
26. 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.
27. 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.
28. 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.
29. Wang PS, Angermeyer M, Borges G, et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry.* 2007;6(3):177-185.
30. Efron B, Tibshirani R. Bootstrap methods for standard errors, confidence intervals, and other measures of statistical accuracy. *Statist Sci.* 1986;1(1):54-75.
31. Lee S, Fung SC, Tsang A, et al. Delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in metropolitan China. *Acta Psychiatr Scand.* 2007;116(1):10-16.
32. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2002;59(1):77-84.
33. Nease DE, Jr, Volk RJ, Cass AR. Does the severity of mood and anxiety symptoms predict health care utilization? *J Fam Pract.* 1999;48(10):769-777.
34. Kessler RC, Olfson M, Berglund PA. Patterns and predictors of treatment contact after first onset of psychiatric disorders. *Am J Psychiatry.* 1998;155(1):62-69.

35. Wang PS, Berglund PA, Olfson M, Kessler RC. Delays in initial treatment contact after first onset of a mental disorder. *Health Serv Res.* 2004;39(2): 393-415.
36. Costello EJ, Janiszewski S. Who gets treated? Factors associated with referral in children with psychiatric disorders. *Acta Psychiatr Scand.* 1990;81(6): 523-529.
37. Keene J, Li X. Age and gender differences in health service utilization. *J Public Health (Oxf).* 2005;27(1):74-79.
38. Bhugra D. Attitudes towards mental illness. A review of the literature. *Acta Psychiatr Scand.* 1989;80(1):1-12.
39. Lin E, Parikh SV. Sociodemographic, clinical, and attitudinal characteristics of the untreated depressed in Ontario. *J Affect Disord.* 1999;53(2):153-162.
40. Vasiliadis HM, Tempier R, Lesage A, Kates N. General practice and mental health care: determinants of outpatient service use. *Can J Psychiatry.* 2009;54(7):468-476.
41. Gouvernement du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. 2006. Ottawa (Ont.) : Gouvernement du Canada; 2006. En ligne à : http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/human-humain06/pdf/human_face_f.pdf
42. Giaconia RM, Reinherz HZ, Silverman AB, Pakiz B, Frost AK, Cohen E. Ages of onset of psychiatric disorders in a community population of older adolescents. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 1994;33(5):706-717.
43. Kessler RC. Epidemiology of psychiatric comorbidity. Dans : Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, editors. *Textbook in psychiatric epidemiology.* New York (NY) : John Wiley; 1995. p. 179-197.
44. Canadian Collaborative Mental Health Initiative, Dudgeon S, Gutkin C. Canadian Collaborative Mental Health Initiative: final report of activities and results. Mississauga (Ont.) : Canadian Mental Health Association; 2006.
45. Le Collège des médecins de famille du Canada. Une vision pour le Canada : la pratique de la médecine familiale, le Centre de médecine de famille. Mississauga (Ont) : Le Collège des médecins de famille du Canada; 2011. En ligne à : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/Resource_Items/CMF_Une_Vision_Pour_le_Canada_abregee.pdf
46. ACCESS-Canada Network. Project ACCESS-Canada (2014-2019): adolescent/young adult connections to community-driven early strengths-based and stigma-free services. ACCESS-Canada Network; 2014. En ligne à : http://grahamboeckhfoundation.org/wp-content/uploads/2015/09/ACCESS_Executive_Summary_Proposal_FINAL_2014-08-03.pdf
47. Alberta Mental Health Committee. Valuing mental health: report of the Alberta Health Review Committee 2015. Calgary (AB) : Alberta Mental Health Committee; 2015. En ligne à : <http://www.health.alberta.ca/documents/Alberta-Mental-Health-Review-2015.pdf>
48. Puyat JH, Kazanjian A, Wong H, Goldner EM. Is the road to mental health paved with good incentives? Estimating the population impact of physician incentives on mental health care using linked administrative data. *Med Care.* 2017;55(2):182-190.
49. Commission de la santé mentale du Canada. Changer les orientations, changer des vies : Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada. Calgary (AB) : Commission de la santé mentale du Canada; 2012. En ligne à : <http://strategie.commissionsantementale.ca/pdf/strategie-text-fr.pdf>
50. Conrad I, Schulze B, Corrieri S, Heider D, Schomerus G, Riedel-Heller SG. The film festival “AUSNAHME|ZUSTAND” (State of Emergency)-do feature films and documentaries on mental health reduce stigma and influence help-seeking attitudes? *Psychiatry Res.* 2014;220(3):1043-1050.
51. Wright A, McGorry PD, Harris MG, Jorm AF, Pennell K. Development and evaluation of a youth mental health community awareness campaign - The Compass Strategy. *BMC Public Health.* 2006;6:215.
52. Muir K, Powell A, Patulny R, Flaxman S, et al. Independent Evaluation of headspace: the National Youth Mental Health Foundation. Sydney (NSW) : Social Policy Research Centre, University of New South Wales; 2008. En ligne à : https://www.sprc.unsw.edu.au/media/SPRCFile/Report20_08_headspace_EvalPlan.pdf
53. Goodman R, Ford T, Simmons H, Gatward R, Meltzer H. Using the Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) to screen for child psychiatric disorders in a community sample. *Int Rev Psychiatry* 2003 Feb-May;15(1-2): 166-172.
54. Simon GE, VonKorff M. Recall of psychiatric history in cross-sectional surveys: implications for epidemiologic research. *Epidemiol Rev* 1995;17(1): 221-227.
55. Kriegsman DM, Penninx BW, van Eijk JT, Boeke AJ, Deeg DJ. Self-reports and general practitioner information on the presence of chronic diseases in community dwelling elderly. A study on the accuracy of patients' self-reports and on determinants of inaccuracy. *J Clin Epidemiol.* 1996;49(12): 1407-1417.