

Autogestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété par l'activité physique et l'exercice

Louise Pelletier, M.D. (1); Shamila Shanmugasegaram, Ph. D. (1); Scott B. Patten, M.D., Ph. D. (2); Alain Demers, Ph. D. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : L'activité physique et l'exercice constituent une stratégie d'autogestion importante pour les personnes vivant avec une maladie mentale. Cette étude visait à caractériser à la fois les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété qui faisaient de l'exercice ou de l'activité physique pour aider à gérer leur trouble et celles qui n'en faisaient pas, ainsi qu'à identifier les facteurs facilitant l'activité physique et l'exercice et ceux constituant un obstacle.

Méthodologie : L'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété de 2014 a été utilisée pour cette étude. Les répondants (n = 2 678) ont été classés en fonction de la fréquence à laquelle ils faisaient de l'exercice : (1) aucun exercice, (2) exercice une à trois fois par semaine et (3) exercice quatre fois ou plus par semaine. 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 : Sur l'ensemble des Canadiens affectés, 51,0 % ne faisaient aucun exercice pour aider à gérer leur trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, 23,8 % en faisaient d'une à trois fois par semaine et 25,3 % en faisaient quatre fois ou plus par semaine. On a établi un lien entre, d'une part, un âge plus avancé, des niveaux de scolarité plus bas et une suffisance de revenu du ménage plus faible et, d'autre part, une fréquence plus importante de l'inactivité. Les individus vivant avec un trouble de l'humeur (avec ou sans anxiété) et ceux avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire régulièrement de l'exercice. Les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé constituaient le facteur le plus important associé à la décision de faire de l'exercice. Les obstacles mentionnés le plus souvent à de l'exercice au moins une fois par semaine étaient un problème physique (27,3 %), un manque de temps ou un horaire trop chargé (24,1 %) et un manque de volonté ou d'autodiscipline (15,8 %).

Conclusion : Malgré les bénéfices de l'activité physique et de l'exercice pour contrer les symptômes de dépression et d'anxiété, un pourcentage important de personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ne fait aucun exercice sur une base régulière, particulièrement celles atteintes de trouble de l'humeur et celles présentant des comorbidités physiques. Il est essentiel que les professionnels de la santé recommandent à leurs patients de faire une activité physique ou de l'exercice, discutent avec eux des obstacles rencontrés et les encouragent à persévérer.

Mots-clés : troubles de l'humeur, dépression, troubles anxieux, activité physique, exercice, autogestion

Points saillants

- Alors que l'activité physique et l'exercice améliorent les symptômes des troubles de l'humeur et d'anxiété, 51 % des personnes souffrant de ces troubles ne font aucun exercice sur une base régulière (au moins une fois par semaine).
- Les Canadiens avec un trouble de l'humeur et ceux avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire de l'exercice sur une base régulière (au moins une fois par semaine).
- Les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé constituent le facteur le plus important associé à la décision de faire de l'activité physique.
- Les professionnels de la santé jouent un rôle crucial en recommandant et encourageant l'activité physique et l'exercice, particulièrement auprès des personnes vivant avec un trouble de l'humeur et celles avec des comorbidités physiques.

Introduction

Alors que l'autogestion a été intégrée depuis plusieurs décennies à la stratégie globale de gestion de certains problèmes physiques chroniques comme le diabète, l'asthme ou l'arthrite^{1,2}, son utilisation pour les maladies mentales est plus récente³. On entend par autogestion la formation, l'acquisition de compétences et les interventions que les personnes vivant avec une maladie mettent en place afin de se prendre en main pour gérer leur maladie^{3,4}. Les

Rattachement des auteurs :

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

2. Département de sciences de la santé communautaire et Centre Mathison pour la recherche en santé mentale et l'éducation, Institut du cerveau Hotchkiss, Université de Calgary, Calgary (Alberta), Canada

Correspondance : Louise Pelletier, Agence de la santé publique du Canada, 785, avenue Carling, IA : 6806A, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-960-5339; téléc. : 613-941-2057; courriel : louise.pelletier@phac-aspc.gc.ca

objectifs en sont l'atténuation des symptômes, l'amélioration de la qualité de vie et la prévention des rechutes ou des récurrences^{3,5}.

Dans le cas des maladies mentales, l'auto-gestion peut compléter les thérapies cliniques classiques comme la médication et la psychothérapie ou peut servir d'intervention de première ligne de faible intensité, en particulier chez les personnes dont les symptômes vont de bénins à modérés⁶. Parmi les nombreuses interventions d'auto-gestion proposées dans le cas de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, les plus souvent étudiées sont la bibliothérapie ou la thérapie cognitivo-comportementale assistée par ordinateur (TAO)⁷⁻⁹, les phytothérapies¹⁰⁻¹², les techniques de méditation ou de relaxation¹³⁻¹⁶ et l'activité physique et l'exercice¹⁷⁻²².

On pense que l'activité physique et l'exercice améliorent les symptômes de dépression et d'anxiété grâce à de nombreux mécanismes physiologiques et grâce également à leurs effets sur le sommeil, le sentiment de contrôle et les échanges sociaux^{20,23,24}. De manière générale, un programme d'exercice de 10 semaines ou plus comportant une activité physique relativement intense pendant au moins 20 à 30 minutes à une fréquence de trois à quatre fois par semaine est efficace contre la dépression et certains troubles d'anxiété^{19,24,25}.

L'activité physique et l'exercice comme traitement donnent de meilleurs résultats, dans le cas de dépression bénigne ou légère, que les interventions de contrôle, et des résultats parfois comparables à ceux des thérapies classiques (médicaments ou TAO)¹⁷⁻²¹. Quelques études sur les effets de l'exercice comme stratégie de traitement des troubles d'anxiété en ont démontré les bienfaits^{19,22}, mais son impact (l'ampleur de son effet) est habituellement plus modeste que celui observé dans le cas de symptômes de dépression²⁶.

On manque de données décrivant les personnes qui font de l'activité physique et de l'exercice dans le but de mieux gérer leurs troubles de l'humeur et/ou d'anxiété ou au contraire celles qui n'en font pas. Notre étude est la première au Canada à traiter de l'adoption de cette stratégie à partir d'un échantillon représentatif à l'échelon national de personnes aux prises avec des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et vivant dans la communauté. Cette

connaissance est susceptible d'aider à élaborer ou adapter des interventions favorisant l'activité physique et l'exercice au sein de cette population. Dans ce cadre, notre étude visait à :

(1) décrire, en fonction de leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques, les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété faisant de l'exercice (1 à 3 fois par semaine ou 4 fois et plus par semaine) par rapport à celles n'en faisant pas;

(2) déterminer s'il existe des associations entre la fréquence de l'exercice et la satisfaction à l'égard de la santé générale, de la santé mentale et de la vie;

(3) décrire pour cette population les facteurs favorisant l'exercice comme moyen de gestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété et ceux lui faisant obstacle.

Méthodologie

Source des données

Cette étude repose sur des données tirées de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles anxieux et troubles de l'humeur (EPMCC-THA) de 2014, enquête transversale faisant suite à l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle de 2013. L'EPMCC-THA de 2014 a été conçue par l'Agence de la santé publique du Canada en collaboration avec Statistique Canada et des experts de l'extérieur dans le but d'obtenir de l'information au sujet de l'effet et de la gestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété chez les adultes canadiens. Les répondants âgés d'au moins 18 ans qui ont déclaré avoir un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété dans le cadre de l'ESCC de 2013 pouvaient participer à l'EPMCC-THA de 2014. Cette dernière a sondé des personnes vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces canadiennes. Ont été exclus du cadre d'échantillonnage les membres à temps plein des Forces canadiennes, les personnes vivant dans une réserve et d'autres établissements autochtones, celles en établissement et les résidents de certaines régions éloignées et des trois territoires du Canada (Nunavut, Territoires du Nord-Ouest et Yukon), soit au total moins de 3 % de la population cible. L'EPMCC-THA a été administrée par des personnes

formées qui ont procédé à des entrevues téléphoniques structurées (en anglais ou en français) en deux périodes de collecte de données, de novembre à décembre 2013 et de février à mars 2014. La méthodologie de l'EPMCC-THA 2014 a été décrite dans une publication antérieure²⁷.

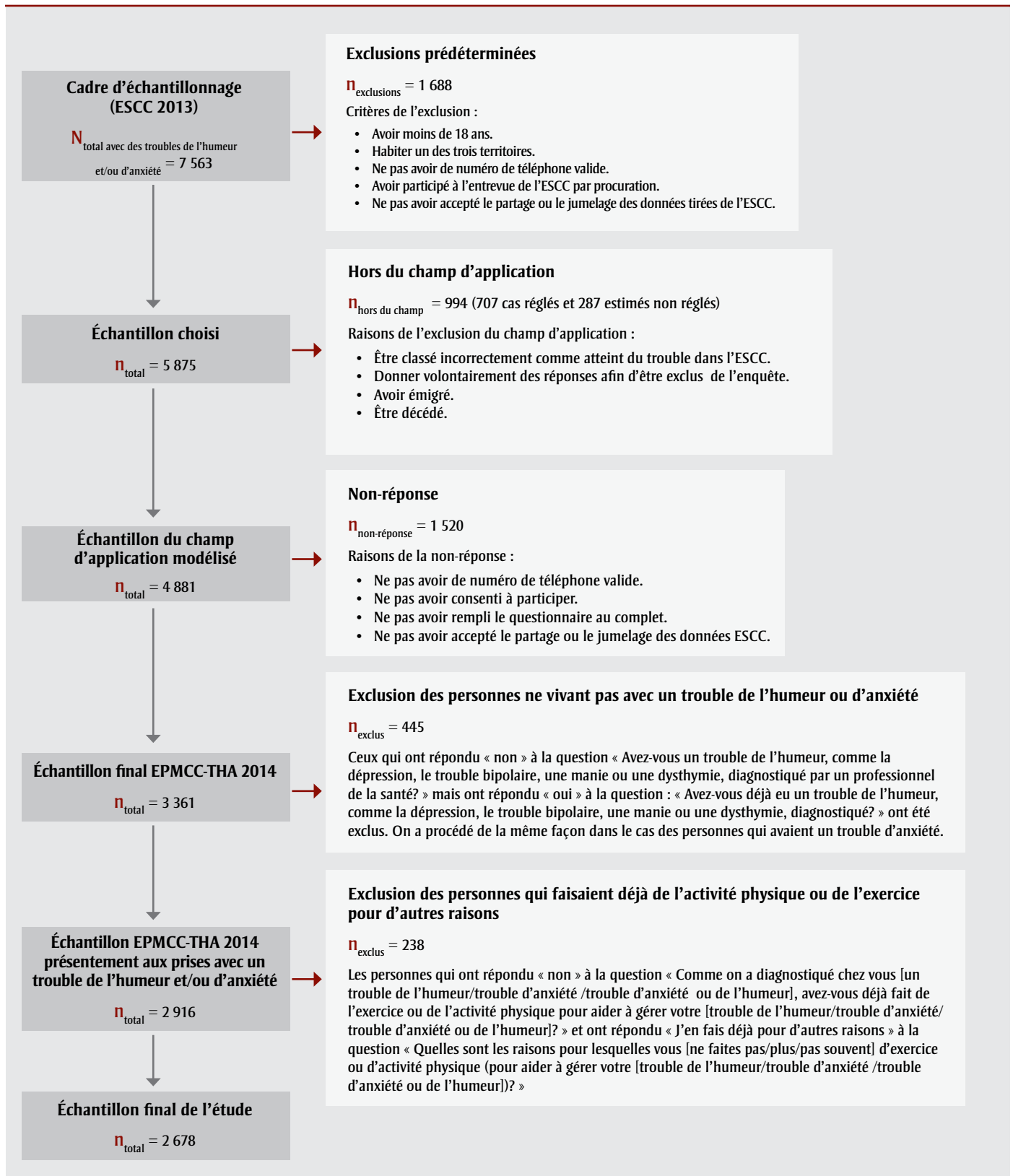
Échantillon

Parmi les répondants de l'ESCC de 2013, 5 875 avaient indiqué avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété par un professionnel de la santé et satisfaisaient aux critères d'admissibilité pour l'EPMCC-THA de 2014. Sur ce total, 3 361 ont participé à l'EPMCC-THA de 2014 et ont consenti à ce que l'on communique leurs données à l'Agence de la santé publique du Canada (taux de réponse : 68,9 %). Ont été exclus de cette étude les 445 répondants qui ont répondu « non » lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué par un professionnel de la santé mais « oui » à la question leur demandant s'ils avaient déjà reçu un diagnostic de ce type. En outre, les 238 répondants ayant indiqué faire déjà de l'activité physique pour d'autres raisons que la gestion de leur trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont été eux aussi exclus, car on ne disposait pas de données sur la fréquence de leur activité physique et de leur exercice. Au total, 2 678 Canadiens aux prises avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont donc été inclus dans notre étude (1 134 avec un trouble de l'humeur seulement, 576 avec un trouble d'anxiété seulement et 968 avec des troubles concomitants de l'humeur et d'anxiété). L'expression « troubles de l'humeur et/ou d'anxiété » renvoie aux personnes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur uniquement, de trouble d'anxiété uniquement ou de troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants. La figure 1 illustre le processus de sélection des répondants de l'échantillon final de l'étude.

Mesures

Dans l'EPMCC-THA de 2014, les questions aux répondants visant à confirmer le diagnostic de troubles de l'humeur et/ou d'anxiété étaient : (1) « Avez-vous un trouble de l'humeur, comme la dépression, la bipolarité, une manie ou une dysthymie, qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? » et (2) « Avez-vous un trouble anxieux, comme une phobie, un trouble

FIGURE 1
Processus de sélection des répondants pour l'échantillon final de l'étude (n = 2 678), EPMCC-THA 2014



Abréviations : EPMCC-THA, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante des troubles de l'humeur et d'anxiété; ESCC – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes; n, fréquence non pondérée.

obsessivo-compulsif, un trouble panique, qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé? ». Ceux qui ont répondu « oui » à au moins l'une de ces questions ont été inclus dans l'étude.

Sous-groupes d'exercice

Aux personnes qui ont répondu « oui » à la question « Depuis qu'on a diagnostiqué chez vous un [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur], avez-vous déjà fait de l'exercice ou de l'activité physique pour aider à gérer votre [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur]? », on a demandé : « En faites-vous toujours? ». S'ils ont répondu oui, on leur a demandé de préciser la fréquence de l'activité avec la question suivante : « À quelle fréquence le faites-vous? ». Les réponses possibles étaient : « quatre à six fois par semaine », « deux à trois fois par semaine », « une fois par semaine », « moins d'une fois par semaine » et « moins d'une fois par mois ». On a regroupé ces fréquences en trois sous-catégories :

(1) « aucun exercice » (catégorie regroupant les personnes qui ont répondu « non » à la question « Avez-vous déjà fait de l'exercice ou de l'activité physique pour aider à gérer votre [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur]? » et celles qui ont déclaré faire de l'exercice moins d'une fois par semaine ou moins d'une fois par mois);

(2) « une à trois fois par semaine » (catégorie regroupant les personnes qui ont déclaré faire de l'activité physique ou de l'exercice une fois par semaine ou deux à trois fois par semaine);

(3) « quatre fois par semaine ou plus » (catégorie regroupant les personnes ayant déclaré faire de l'exercice quatre à six fois par semaine ou tous les jours).

L'expression « activité physique » désigne toute activité qui contracte des muscles et entraîne une dépense d'énergie, incluant le travail ou des activités ménagères ou récréatives, alors que « l'exercice » s'entend de mouvements du corps planifiés, structurés et répétitifs effectués pour améliorer et maintenir la condition physique²⁸. En dépit de ces différences, ces expressions ont été utilisées de façon interchangeable dans les questions de l'enquête, ce pour quoi nous

ferons de même dans cet article. En outre, étant donné que nous n'avons pas d'information sur la durée et l'intensité des séances d'activité physique et d'exercice, nous n'avons pu établir de lien direct entre la fréquence observée et les Directives canadiennes en matière d'activité physique en vigueur, qui recommandent au moins 150 minutes d'activité modérée à vigoureuse par semaine chez les adultes de 18 à 64 ans²⁹. Si davantage d'activité physique offre davantage de bienfaits pour la santé, des volumes inférieurs au niveau recommandé peuvent tout de même offrir des bienfaits pour la santé³⁰. Nous avons donc considéré pour notre étude que les personnes qui avaient intégré dans leur horaire une activité physique ou de l'exercice au moins une fois par semaine faisaient « régulièrement » de l'activité physique ou de l'exercice.

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les variables sociodémographiques étaient l'âge (groupes d'âge : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), le sexe (femme, homme), le niveau de scolarité du répondant (études secondaires partielles, diplôme d'études secondaires / aucunes études postsecondaires, études postsecondaires partielles et certificat/diplôme d'études postsecondaires ou grade universitaire), les quintiles de suffisance du revenu du ménage (déciles calculés par Statistique Canada*, convertis en quintiles), l'état matrimonial (célibataire ou jamais marié(e); veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e); marié(e) ou conjoint(e) de fait), les zones géographiques (Colombie-Britannique, région des Prairies, Ontario, Québec, région de l'Atlantique), le milieu de résidence (urbain ou rural), le statut d'immigration (immigrant ou non-immigrant) et l'identité autochtone (autochtone, non-autochtone).

Les caractéristiques cliniques étaient le type de trouble (trouble de l'humeur seulement, trouble d'anxiété seulement et troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants), le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic (0 à 4 ans, 5 à 19 ans, 20 ans ou plus), le nombre de comorbidités, la recommandation de faire de l'exercice et le recours à un traitement clinique.

On a déterminé le nombre de comorbidités physiques en demandant aux répondants s'ils avaient reçu un diagnostic posé par un professionnel de la santé pour l'un des problèmes suivants ayant persisté (ou dont on s'attendait à ce qu'il persiste) au moins six mois : asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique, arthrite, problèmes de dos, troubles intestinaux/maladie de Crohn/colite, diabète, cardiopathie, cancer, accident vasculaire cérébral et maladie d'Alzheimer ou autre démence. Chaque maladie déclarée a été comptabilisée comme une comorbidité distincte et trois catégories ont été créées pour la somme (aucune, 1 ou 2 et 3 ou plus). On a demandé aux répondants s'ils avaient reçu des recommandations cliniques pour faire de l'exercice en leur demandant « Un médecin ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà suggéré de faire de l'activité physique ou de l'exercice pour vous aider à gérer votre [trouble de l'humeur/trouble d'anxiété/trouble d'anxiété ou de l'humeur]? », question à laquelle ils devaient répondre par « oui » ou « non ». Le recours à un traitement clinique, à savoir la prise de médicaments d'ordonnance ou le recours à des consultations psychologiques, a été établi en posant les questions suivantes : « Prenez-vous actuellement des médicaments d'ordonnance pour votre trouble [d'anxiété ou de l'humeur]? » (« oui », « non ») et « Au cours des 12 derniers mois, un psychologue vous a-t-il donné des conseils pour vous aider à gérer votre trouble [d'anxiété ou de l'humeur]? » (« oui », « non »). On a considéré que les personnes qui ont répondu « oui » à au moins l'une des questions recevaient un traitement clinique.

Obstacles à l'exercice

On a demandé aux répondants ayant indiqué qu'ils ne faisaient pas ou plus d'exercice ou d'activité physique depuis leur diagnostic de préciser pourquoi, à partir de la liste suivante d'obstacles : « manque de volonté ou d'autodiscipline », « manque de temps ou horaire trop chargé », « problème physique », « ne savait pas que c'était important ou recommandé », « trop cher ou contraintes financières », « autre » et « aucune raison ».

État de santé

On a évalué l'état perçu de santé générale et de santé mentale à partir d'autodéclarations

* 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 répondants³¹.

sur la santé générale et sur la santé mentale. À partir des cinq réponses possibles à l'enquête, nous avons défini trois catégories : « mauvais état de santé », incluant les répondants qui jugeaient leur état de santé « moyen » ou « médiocre », « bonne santé », qui a constitué une catégorie en soi, et « très bonne santé », incluant les personnes ayant déclaré être en « très bonne » ou « excellente » santé. On a évalué la satisfaction à l'égard de la vie en demandant aux répondants ce qu'ils pensaient de leur vie en général, sur une échelle de 0 à 10, où 0 représentait « très insatisfait(e) » et 10 « très satisfait(e) ». Pour notre étude, nous avons défini les 3 catégories suivantes pour mesurer la satisfaction à l'égard de la vie : « insatisfait(e) » (réponse de 0 à 4), « neutre » (5) ou « satisfait(e) » (6 à 10).

Analyses statistiques

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 générale canadienne âgée d'au moins 18 ans et vivant dans un logement privé dans l'une des 10 provinces et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Nous avons rajusté les facteurs de pondération pour tenir compte des exclusions, du choix d'échantillon, des taux d'unité dans le champ de l'enquête, des non-réponses et de l'autorisation de partage et de jumelage des données³². Nous avons également produit des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) en utilisant les facteurs de pondération *bootstrap* fournis avec les données³³. Seuls les résultats avec un coefficient de variation inférieur à 33,3 % sont présentés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada³².

Nous avons effectué des tests du chi-carré pour explorer les associations entre d'une part les trois sous-groupes d'activité physique et d'exercice et d'autre part les caractéristiques sociodémographiques des répondants, le nombre de comorbidités, les types de trouble, le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic et le recours à un traitement clinique conventionnel et enfin l'existence ou non de recommandations cliniques de faire de l'activité physique ou de l'exercice.

Nous avons procédé à une analyse de régression logistique multidimensionnelle multinomiale pour examiner les associations potentielles entre la fréquence de l'exercice (en fonction des catégories aucun exercice, exercice 1 à 3 fois par semaine, exercice 4 fois ou plus par semaine) et l'état de santé générale et mentale perçue ainsi que la satisfaction à l'égard de la vie, après ajustement de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques jugées statistiquement significatives dans les analyses bidimensionnelles. Il convient de signaler que les données ne remplissaient pas les conditions liées aux cotes proportionnelles nécessaires à une régression ordinaire. La signification statistique a été fixée à $p < 0,05$. Nous avons utilisé la version 5.1 du SAS Enterprise Guide (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis) pour analyser les données.

Résultats

Parmi les Canadiens, 51,0 % ne faisaient aucun exercice pour aider à gérer leurs troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, mais presque la moitié faisaient de l'exercice au moins une fois par semaine : 23,8 % en faisaient d'une à trois fois par semaine et 25,3 % en faisaient quatre fois ou plus par semaine. De plus, nous avons constaté d'importantes différences entre les personnes qui faisaient de l'exercice régulièrement (c.-à-d. au moins une fois par semaine) et celles qui n'en faisaient pas du tout (tableau 1). Nous avons établi un lien entre d'une part un âge plus avancé, des niveaux de scolarité plus bas et une suffisance de revenu du ménage plus faible et d'autre part une fréquence plus importante de l'inactivité. On a observé aussi des différences entre les provinces ou zones de résidence : les plus actifs étaient ceux de la Colombie-Britannique (à 67,6 %), avec à l'opposé 50 % des individus de l'Ontario et des régions de l'Atlantique et des Prairies qui ne faisaient aucun exercice régulièrement.

En ce qui concerne les caractéristiques cliniques, les Canadiens vivant avec des troubles de l'humeur (avec ou sans trouble d'anxiété) et ceux avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire de l'exercice régulièrement. En outre, les individus dont le diagnostic était plus récent (moins de 5 ans) ou aux prises avec une maladie chronique depuis longtemps (20 ans et plus) étaient moins susceptibles de faire de l'exercice. Ceux qui suivaient

une thérapie clinique classique (médication ou psychothérapie) étaient légèrement plus susceptibles de faire de l'exercice une à trois fois par semaine, alors que ceux ne suivant aucun traitement clinique étaient plus susceptibles de faire de l'exercice quatre fois ou plus par semaine. Enfin, un autre facteur associé à l'activité physique et à l'exercice s'est révélé être l'existence de recommandations à cet effet par un médecin ou un autre professionnel de la santé.

Après ajustement de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques, nous avons comparé les personnes qui faisaient de l'exercice une à trois fois par semaine à celles qui n'en faisaient pas (tableau 2). Les personnes n'ayant pas terminé leurs études secondaires (par rapport à celles qui avaient un diplôme d'études postsecondaires), celles qui se trouvaient dans les quintiles de suffisance du revenu les plus faibles (Q1 à Q3 par rapport à Q4 à Q5), celles qui avaient des troubles de l'humeur avec ou sans troubles d'anxiété (par rapport à celles qui avaient un trouble d'anxiété seulement), celles à qui aucun professionnel de la santé n'avait recommandé de faire de l'exercice (par rapport à celles qui avaient reçu des recommandations en ce sens) et celles qui n'avaient pas suivi de thérapie clinique classique (par rapport à celles qui en avaient suivi une) étaient moins susceptibles de faire de l'exercice une à trois fois par semaine. Lorsque nous avons comparé les personnes qui faisaient de l'exercice quatre fois par semaine ou plus à celles qui n'en faisaient pas, la province ou la région de résidence des individus (p. ex., celles de toutes les autres régions par rapport à celles de Colombie-Britannique), le type de trouble et l'existence de recommandations d'un professionnel de la santé sont demeurés significatifs. Le facteur le plus important associé à l'activité physique et l'exercice (à n'importe quel niveau) s'est révélé être là aussi l'existence de recommandations à cet effet par un professionnel de la santé. Les personnes n'ayant pas reçu de recommandations les incitant à faire de l'exercice étaient de trois à cinq fois moins (selon la fréquence de l'exercice) susceptibles de faire de l'exercice pour s'autogérer que celles à qui on avait conseillé de le faire. De ce fait, l'association est plus solide entre le fait d'avoir reçu ou non des recommandations et l'activité physique ou l'exercice, compte tenu de l'estimation ponctuelle du RC, qu'elle ne l'est avec le niveau de

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété, selon la fréquence de l'exercice (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable	Catégorie	Aucun exercice		Exercice 1 à 3 fois par semaine		Exercice 4 fois ou plus par semaine		Test du chi carré valeur p
		%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	
Sexe	Homme	46,4	(40,2 à 52,6)	25,8	(19,6 à 32,0)	27,8	(22,2 à 33,4)	0,44
	Femme	48,6	(44,7 à 52,5)	27,7	(23,9 à 31,5)	23,6	(20,6 à 26,7)	
Âge (ans)	18 à 34	45,0	(38,3 à 51,6)	28,4	(21,5 à 35,3)	26,6	(20,1 à 33,2)	0,055
	35 à 49	47,2	(40,1 à 54,3)	32,8	(25,4 à 40,1)	20,0	(14,8 à 25,2)	
	50 à 64	49,2	(43,8 à 54,6)	22,5	(17,9 à 27,2)	28,3	(23,8 à 32,8)	
	65 et plus	52,5	(46,7 à 58,3)	21,7	(16,8 à 26,7)	25,8	(20,1 à 31,5)	
État matrimonial	Célibataire ou jamais marié(e)	50,3	(43,9 à 56,7)	24,0	(18,6 à 29,5)	25,7	(19,8 à 31,5)	0,074
	Veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)	51,5	(44,5 à 58,5)	20,2	(15,2 à 25,2)	28,3	(22,0 à 34,7)	
	Marié(e) ou conjoint(e) de fait	45,7	(40,8 à 50,5)	30,6	(25,6 à 35,6)	23,7	(19,9 à 27,6)	
Niveau de scolarité du répondant	Études secondaires partielles	63,4	(55,6 à 71,1)	16,9 ^a	(11,4 à 22,4)	19,7 ^a	(13,4 à 26,1)	0,001*
	Diplôme d'études secondaires	52,2	(45,7 à 58,6)	23,5	(17,7 à 29,3)	24,3	(18,5 à 30,1)	
	Études postsecondaires partielles	46,8 ^a	(33,2 à 60,5)	32,3 ^a	(18,2 à 46,4)	20,9 ^a	(10,7 à 31,0)	
	Certificat/diplôme d'études postsecondaires	42,8	(38,3 à 47,4)	30,2	(25,4 à 34,9)	27,0	(23,1 à 30,9)	
Quintiles de suffisance du revenu du ménage	Q1 à Q2 (plus faible)	56,5	(51,6 à 61,4)	19,1	(15,2 à 23,1)	24,4	(20,1 à 28,6)	< 0,001*
	Q3 (intermédiaire)	49,5	(41,7 à 57,3)	23,6 ^a	(16,7 à 30,4)	26,9	(19,9 à 33,9)	
	Q4 à Q5 (plus élevé)	36,9	(31,6 à 42,1)	38,3	(32,1 à 44,6)	24,8	(20,5 à 29,2)	
Immigrant	Oui	47,8	(36,1 à 59,6)	24,5 ^a	(14,6 à 34,4)	27,7 ^a	(17,0 à 38,4)	0,80
	Non	47,9	(44,2 à 51,5)	27,4	(23,8 à 31,1)	24,7	(21,9 à 27,5)	
Autochtone	Oui	54,8	(43,6 à 65,9)	19,9	(10,7 à 29,2)	25,3 ^a	(16,1 à 34,6)	0,32
	Non	47,6	(43,9 à 51,2)	27,6	(23,9 à 31,2)	24,9	(21,9 à 27,9)	
Milieu de résidence	Rural	49,7	(44,1 à 55,2)	24,0	(18,5 à 29,5)	26,4	(21,3 à 31,4)	0,52
	Urbain	47,5	(43,6 à 51,4)	27,7	(23,8 à 31,6)	24,8	(21,6 à 28,1)	
Zone géographique	Colombie-Britannique	32,4	(24,2 à 40,7)	26,3	(18,0 à 34,6)	41,2	(30,4 à 52,1)	< 0,001*
	Région des Prairies	51,5	(43,6 à 59,4)	26,4 ^a	(18,9 à 34,0)	22,0	(16,4 à 27,6)	
	Ontario	50,6	(44,4 à 56,7)	25,0	(19,3 à 30,6)	24,5	(19,9 à 29,0)	
	Québec	48,2	(40,3 à 56,0)	35,3	(27,1 à 43,5)	16,5	(11,7 à 21,4)	
	Région de l'Atlantique	50,8	(43,4 à 58,2)	22,5 ^a	(15,8 à 29,2)	26,7	(19,7 à 33,8)	
Comorbidités physiques (nombre)	0	43,3	(37,5 à 49,1)	33,0	(26,6 à 39,3)	23,7	(19,2 à 28,3)	0,004*
	1 à 2	49,8	(45,1 à 54,6)	22,3	(18,5 à 26,0)	27,9	(23,6 à 32,3)	
	3 ou plus	54,8	(47,4 à 62,3)	25,1 ^a	(18,1 à 32,2)	20,0 ^a	(14,4 à 25,6)	
Types de trouble	Trouble de l'humeur seulement	51,8	(47,0 à 56,6)	22,2	(17,9 à 26,6)	25,9	(21,6 à 30,3)	0,005*
	Trouble d'anxiété seulement	37,6	(31,0 à 44,3)	35,5	(27,3 à 43,6)	26,9	(21,0 à 32,8)	
	Troubles concomitants	49,9	(44,1 à 55,6)	27,2	(21,7 à 32,7)	22,9	(18,4 à 27,5)	
Temps écoulé depuis le diagnostic (ans)	0 à 4	51,7	(44,8 à 58,6)	27,1	(20,8 à 33,4)	21,2	(16,3 à 26,1)	0,008*
	5 à 19	42,2	(37,2 à 47,1)	30,6	(25,1 à 36,1)	27,3	(22,8 à 31,8)	
	20 et plus	54,4	(48,4 à 60,5)	19,9	(15,5 à 24,3)	25,6	(20,4 à 30,8)	
Traitement clinique	Oui	47,5	(43,6 à 51,3)	29,3	(25,5 à 33,1)	23,2	(20,3 à 26,1)	0,001*
	Non	49,7	(41,7 à 57,6)	16,6 ^a	(11,2 à 21,9)	33,8	(25,6 à 42,0)	
Recommandations d'AP ou d'exercice par PS	Oui	37,5	(33,6 à 41,5)	33,4	(29,0 à 37,8)	29,1	(25,5 à 32,7)	< 0,001*
	Non	70,2	(64,9 à 75,4)	13,4 ^a	(8,8 à 18,0)	16,4	(12,4 à 20,4)	

Abréviations : AP, activité physique; 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; PS, professionnel de la santé; Q, quintile; RC, rapport de cotes.

Remarque : Pourcentages et IC à 95 % basés sur des données pondérées.

^a Forte variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %).

* Statistiquement significatif au niveau $p < 0,05$.

TABLEAU 2

Rapport de cotes corrigé pour exercice « 1 à 3 fois par semaine » ou « 4 fois ou plus par semaine » comparativement à « aucun exercice » selon les caractéristiques sociodémographiques et cliniques de Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable (référence)	Catégorie	Exercice 1 à 3 fois par semaine par rapport à aucun exercice			Exercice 4 fois et plus par semaine par rapport à aucun exercice		
		RC	IC à 95 %	valeur p	RC	IC à 95 %	valeur p
Sexe (femme)	Homme	0,83	(0,54 à 1,25)	0,37	1,13	(0,77 à 1,67)	0,53
Âge (18 à 34 ans)	35 à 49 ans	0,89	(0,51 à 1,55)	0,68	0,68	(0,40 à 1,14)	0,14
	50 à 64 ans	0,69	(0,39 à 1,22)	0,20	1,05	(0,61 à 1,80)	0,86
	65 ans et plus	1,10	(0,57 à 2,12)	0,79	1,23	(0,67 à 2,28)	0,51
État matrimonial (marié(e) ou conjoint(e) de fait)	Célibataire ou jamais marié(e)	0,91	(0,55 à 1,50)	0,71	1,16	(0,75 à 1,80)	0,50
	Veuf(ve), divorcé(e) ou séparé(e)	0,95	(0,58 à 1,55)	0,84	1,43	(0,87 à 2,35)	0,16
Niveau de scolarité du répondant (certificat/diplôme d'études postsecondaires)	Études secondaires partielles	0,55	(0,32 à 0,94)	0,028*	0,66	(0,40 à 1,11)	0,12
	Diplôme d'études secondaires	0,84	(0,53 à 1,34)	0,46	0,74	(0,49 à 1,12)	0,16
	Études postsecondaires partielles	1,00	(0,45 à 2,23)	0,99	0,54	(0,24 à 1,23)	0,14
Quintiles de suffisance du revenu (Q4 à Q5; plus élevé)	Q1 à Q2 (plus faible)	0,39	(0,25 à 0,60)	< 0,001*	0,63	(0,42 à 0,96)	0,033*
	Q3 (intermédiaire)	0,47	(0,28 à 0,78)	0,003*	0,78	(0,48 à 1,26)	0,31
Immigrant (non)	Oui	0,51	(0,13 à 2,03)	0,34	1,56	(0,44 à 5,49)	0,49
Autochtone (non)	Oui	0,69	(0,30 à 1,60)	0,39	0,94	(0,50 à 1,77)	0,84
Milieu de résidence (urbain)	Rural	0,95	(0,61 à 1,49)	0,83	1,08	(0,73 à 1,58)	0,71
Zone géographique (Colombie-Britannique)	Région des Prairies	0,63	(0,31 à 1,30)	0,21	0,36	(0,20 à 0,68)	0,001*
	Ontario	0,69	(0,37 à 1,28)	0,24	0,44	(0,25 à 0,80)	0,007*
	Québec	0,84	(0,43 à 1,65)	0,61	0,32	(0,17 à 0,62)	< 0,001*
	Région de l'Atlantique	0,53	(0,27 à 1,04)	0,065	0,49	(0,25 à 0,95)	0,035*
Comorbidités physiques (0)	1 à 2	0,77	(0,50 à 1,18)	0,22	0,87	(0,60 à 1,26)	0,47
	3 ou plus	0,92	(0,53 à 1,62)	0,78	0,70	(0,40 à 1,21)	0,20
Type de trouble (trouble d'anxiété)	Troubles concomitants	0,51	(0,31 à 0,83)	0,007*	0,43	(0,27 à 0,70)	< 0,001*
	Trouble de l'humeur seulement	0,53	(0,33 à 0,87)	0,011*	0,69	(0,45 à 1,05)	0,080
Temps écoulé depuis le diagnostic (5 à 19 ans)	0 à 4 ans	0,77	(0,47 à 1,25)	0,29	0,74	(0,47 à 1,14)	0,17
	20 ans ou plus	0,68	(0,44 à 1,07)	0,10	0,80	(0,52 à 1,22)	0,30
Traitement clinique (oui)	Non	0,68	(0,40 à 1,16)	0,16	1,63	(1,02 à 2,61)	0,043*
Recommandation d'AP ou d'exercice par un PS (oui)	Non	0,21	(0,15 à 0,31)	< 0,001*	0,31	(0,22 à 0,45)	< 0,001*

Abréviations : AP, activité physique; 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; PS, professionnel de la santé; Q, quintile; RC, rapport de cotes.

Remarque : Les RC et IC à 95 % sont basés sur des données pondérées. RC ajustés en fonction de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques.

* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

scolarité, l'âge, la région de résidence et le type de trouble.

Le tableau 3 présente les associations entre le bien-être perçu et la fréquence de l'activité physique ou de l'exercice. En général, les personnes ne faisant aucun exercice étaient plus susceptibles de juger « moyen ou médiocre » leur état de santé générale et de santé mentale et d'être insatisfaites de la vie. Le lien entre la santé mentale

autodéclarée et la fréquence de l'activité physique et de l'exercice n'était toutefois pas statistiquement significatif. Même après ajustement des caractéristiques sociodémographiques et cliniques qui auraient pu avoir un impact sur le bien-être général, l'association inverse entre l'exercice pratiqué entre une et trois fois par semaine (par rapport à aucun exercice) et l'état de santé général « moyen ou médiocre » ou « bon » par rapport à « très

bon ou excellent » et l'insatisfaction (par rapport à la satisfaction) face à la vie est demeuré (tableau 4). De même, après rajustement, les personnes faisant de l'exercice quatre fois ou plus par semaine étaient moins susceptibles que les personnes qui ne faisaient aucun exercice de déclarer que leur état de santé générale était « moyen ou médiocre » ou « bon » (par rapport à « excellent »), que l'état de leur santé mentale était « moyen ou

TABLEAU 3

Aperçu de l'état de santé et de la satisfaction à l'égard de la vie chez les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété, selon la fréquence de l'activité physique (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable	Catégorie	Aucun exercice		Exercice 1 à 3 fois par semaine		Exercice 4 fois et plus par semaine		Test du chi carré valeur p
		%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	%	IC à 95 %	
État de santé générale perçue	Excellent ou très bon	35,6	(29,8 à 41,5)	35,6	(28,7 à 42,5)	28,8	(23,6 à 34,0)	< 0,001*
	Bon	50,0	(44,5 à 55,5)	25,1	(20,7 à 29,5)	24,9	(20,1 à 29,7)	
	Moyen ou médiocre	61,7	(55,5 à 67,9)	17,9	(13,2 à 22,6)	20,4	(15,3 à 25,5)	
État de santé mentale perçue	Excellent ou très bon	43,7	(37,9 à 49,6)	26,2	(20,1 à 32,3)	30,1	(24,7 à 35,4)	0,053
	Bon	45,7	(40,4 à 51,1)	30,5	(24,9 à 36,1)	23,8	(19,4 à 28,1)	
	Moyen ou médiocre	54,6	(48,2 à 60,9)	23,2	(17,4 à 28,9)	22,3	(17,0 à 27,6)	
Satisfaction à l'égard de la vie	Satisfait(e)	43,3	(39,4 à 47,2)	30,9	(26,8 à 35,0)	25,8	(22,6 à 29,0)	< 0,001*
	Neutre	55,6	(45,9 à 65,3)	17,2 ^a	(10,6 à 23,7)	27,2 ^a	(18,4 à 36,1)	
	Insatisfait(e)	71,2	(62,4 à 79,9)	11,0 ^a	(6,3 à 15,7)	17,8 ^a	(10,1 à 25,5)	

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.

Remarque : Les pourcentages et les IC à 95 % sont basés sur des données pondérées.

^a Forte variabilité de l'échantillonnage (coefficient de variation compris entre 16,6 et 33,3 %).

* Statistiquement significatif au niveau $p < 0,05$.

médiocre » (par rapport à « excellent ») et de se dire insatisfaites de la vie (par rapport à satisfaites).

Chez les personnes aux prises avec des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété, les obstacles le plus souvent cités à faire de l'exercice au moins une fois par semaine étaient les suivants : « problème physique » (27,3 %), « manque de temps ou horaire trop chargé » (24,1 %) et « manque de volonté ou d'autodiscipline » (15,8 %). D'autres raisons non précisées ont été

mentionnées par 25,0 % des individus. Le coût a rarement été mentionné comme obstacle (2,1 %).

Analyse

Alors qu'une activité physique ou de l'exercice pratiqués régulièrement améliorent les symptômes de dépression et d'anxiété²⁶, dans le cadre de notre étude, environ 50 % des personnes chez lesquelles on a diagnostiqué ces troubles ne faisaient pas d'exercice régulièrement (au moins une

fois par semaine), ce qui constitue une occasion d'améliorer les soins et la gestion de ces personnes. On considère habituellement, dans la plupart des lignes directrices³⁴⁻³⁶, que l'activité physique et l'exercice constituent une thérapie d'appoint au traitement clinique classique (médication ou psychothérapie), mais ils peuvent aussi servir d'intervention de première ligne et à faible intensité pour des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété bénins à modérés, en association avec d'autres stratégies d'autogestion^{6,37,38}.

TABLEAU 4

Rapport de cotes corrigé pour tenir compte de l'exercice « 1 à 3 fois par semaine » ou « 4 fois ou plus par semaine » comparativement à « pas d'exercice », selon l'état de santé et la satisfaction à l'égard de la vie perçus des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur ou d'anxiété (n = 2 678), EPMCC-THA 2014

Variable (référence)	Catégorie	Exercice 1 à 3 fois par semaine par rapport à aucun exercice			Exercice 4 fois et plus par semaine par rapport à aucun exercice		
		RC	IC à 95 %	valeur p	RC	IC à 95 %	valeur p
État de santé générale perçue (excellent/très bon)	Moyen ou médiocre	0,33	(0,19 à 0,56)	< 0,001*	0,40	(0,25 à 0,64)	< 0,001*
	Bon	0,50	(0,32 à 0,77)	0,002*	0,59	(0,40 à 0,88)	0,010*
Santé mentale perçue (excellente ou très bonne)	Moyenne ou médiocre	0,69	(0,41 à 1,15)	0,15	0,57	(0,37 à 0,90)	0,015*
	Bonne	0,96	(0,62 à 1,49)	0,85	0,71	(0,49 à 1,04)	0,078
Satisfaction à l'égard de la vie (satisfait(e))	Insatisfait(e)	0,29	(0,16 à 0,50)	< 0,001*	0,46	(0,25 à 0,83)	0,011*
	Neutre	0,53	(0,31 à 0,93)	0,027*	0,87	(0,54 à 1,41)	0,58

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.

Remarques : Les RC et IC à 95 % sont basés sur des données pondérées. RC ajustés en fonction des éléments suivants : sexe, âge, situation familiale, scolarité, suffisance de revenu du ménage, zone géographique, comorbidité, type de diagnostic, gestion clinique et recommandations d'un professionnel de la santé.

* Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

Les résultats de cette étude montrent que les Canadiens affectés moins susceptibles de faire de l'activité physique et de l'exercice (par rapport à ceux en faisant) étaient plus âgés, moins scolarisés, appartenaient aux quintiles de suffisance du revenu les plus faibles et habitaient l'Ontario et les provinces de l'Atlantique. Ces résultats sont comparables à ceux de la population canadienne inactives en général³⁸.

Comme d'autres études l'ont montré^{39,40}, les personnes avec des comorbidités physiques étaient moins susceptibles de faire de l'exercice (même si cette constatation s'est estompée après ajustement en fonction de l'âge et d'autres variables socio-économiques). De même, les problèmes physiques (ainsi que le manque de temps) constituaient l'un des obstacles le plus souvent mentionnés. La présence d'une comorbidité physique est susceptible de compliquer les obstacles perçus à l'activité physique et à l'exercice, mais quelques études récentes ont vivement recommandé de prescrire de l'activité physique et de l'exercice pour le traitement et la gestion d'un grand nombre de problèmes chroniques physiques, à condition que le type et l'intensité choisis tiennent compte de l'état de la personne^{40,41}.

Même si le manque de volonté ou d'auto-discipline n'a été mentionné comme obstacle que par 15 % seulement des répondants ne faisant aucune activité physique ou aucun exercice, il a été démontré que les personnes aux prises avec une dépression manquent de motivation et d'énergie dans un certain nombre d'activités, en particulier celles qui exigent effort et régularité^{42,43}. Notre étude va dans le même sens, en montrant que les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur (avec ou sans trouble d'anxiété concomitant) étaient moins susceptibles de faire de l'exercice que celles avec un trouble d'anxiété seulement. Certaines approches et nouvelles thérapies comme l'entrevue de motivation⁴⁴ et l'activation comportementale⁴⁵ peuvent aider les personnes qui manquent de motivation et d'énergie à adopter de nouvelles habitudes de vie et à les conserver. L'activation comportementale vise notamment à accroître le renforcement positif externe en encourageant les personnes à faire davantage d'activités agréables et enrichissantes^{45,46}.

Les recommandations d'un médecin ou d'un autre professionnel de la santé à faire de l'activité physique et de l'exercice ont constitué le facteur le plus important associé à la pratique d'une activité au moins une fois par semaine. Même si le manque de connaissances et de temps ont été mentionnés comme principaux obstacles à la prescription d'activité physique ou d'exercice par les professionnels de la santé⁴⁷⁻⁵⁰, des recherches ont montré que les médecins de famille réussissent efficacement à augmenter l'activité physique et l'exercice chez leurs patients en soins primaires^{45,51}. À la lumière de ces résultats, il est essentiel que les professionnels de la santé recommandent à leurs patients aux prises avec des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété de faire de l'activité physique et de l'exercice et les encouragent à persévérer.

Une récente critique systématique d'études portant sur l'activité physique et l'exercice et la dépression propose les lignes directrices suivantes à l'intention des professionnels de la santé : (1) les activités aérobiques comme anaérobiques étant efficaces, le choix devrait dépendre des préférences du patient et (2) en matière de durée et de fréquence, les séances devraient durer au moins 30 minutes trois fois par semaine⁵². La participation à des activités de groupe ainsi qu'un suivi et un contrôle réguliers semblent augmenter les chances de résultats fructueux en maintenant la motivation et la persévérance^{47,52}. Des stratégies simples et faciles à mettre en œuvre comme la prescription d'activité physique ou d'exercice et l'utilisation de podomètres et de carnets d'entraînement ont aussi démontré leur utilité^{47,53,54}. Le plus important est surtout de viser à encourager le patient à être actif (sans égard au type, à la durée et à la fréquence de l'activité) et de s'assurer que l'activité physique ou l'exercice choisis sont jugés agréables^{24,51,52}. Enfin, les interventions visant à accroître l'autogestion par l'exercice devront tenir compte des obstacles posés par les comorbidités chroniques et créer de nouvelles stratégies sera nécessaire pour composer avec l'enjeu des contraintes de temps.

Enfin, notre étude a révélé l'existence d'une association entre l'activité physique et l'exercice et le bien-être perçu. Les personnes ne faisant pas d'exercice étaient plus susceptibles que celles qui faisaient de l'exercice au moins une fois par semaine de déclarer un état de santé globale « passable ou médiocre » et une insatisfaction à l'égard de la vie, même après ajustement

des caractéristiques sociodémographiques et cliniques susceptibles d'avoir un effet sur le bien-être perçu. Comme l'EPMCC-THA de 2014 est une enquête transversale, nous n'avons pas pu déterminer la direction de cette association et nous n'avons pas pu établir si les répondants se disaient en meilleure santé et plus satisfaits de la vie parce qu'ils faisaient de l'exercice ou, au contraire, s'ils faisaient de l'exercice parce qu'ils se sentaient mieux. Il est intéressant aussi de signaler qu'il n'y avait pas de différences importantes en matière de bien-être entre les personnes qui déclaraient faire de l'exercice une à trois fois par semaine et celles ayant déclaré en faire quatre fois ou plus, ce qui peut être dû au fait que les effets psychologiques (comme l'estime de soi ou l'autoefficacité) et sociaux de l'activité physique et de l'exercice sont aussi importants que ses effets physiologiques⁵².

Forces et limites

L'EPMCC-THA de 2014 est la seule enquête nationale à avoir fourni de l'information détaillée sur l'expérience d'un vaste échantillon de Canadiens aux prises avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué, ce qui nous a permis d'étudier le lien entre l'activité physique et l'exercice comme stratégie d'autogestion et les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des individus, leur bien-être perçu et les obstacles signalés.

Cette étude comporte quelques limites que nous voudrions mentionner. Tout d'abord, l'EPMCC-THA de 2014 a produit un taux de réponse plus faible (68,9 %) que les cycles précédents (75 % à 83 %) ^{55,56}. On a observé ce phénomène dans le cadre d'autres enquêtes sur la santé, tant au Canada qu'à l'étranger⁵⁷. Ce faible taux de réponse peut introduire un biais attribuable aux non-réponses, mais il convient de signaler que Statistique Canada a effectué des rajustements pour tenir compte de ceux qui ont été exclus ou qui n'ont pas répondu à l'enquête³². Deuxièmement, l'absence de questions sur le type, la durée et l'intensité de l'activité physique et de l'exercice et sur la gravité de la maladie ont limité le sujet de notre étude. Troisièmement, le fait que nous ayons exclu les personnes qui faisaient déjà de l'exercice pour d'autres raisons que l'autogestion peut avoir eu un effet sur certains résultats, même si ces personnes représentaient moins de 10 % de l'échantillon (8,4 %). D'un autre côté,

comme notre étude visait avant tout une stratégie d'autogestion et des façons d'améliorer la participation dans ce contexte, les personnes exclues n'auraient pas été représentatives de cette population spécifique. Quatrièmement, comme l'EPMCC-THA de 2014 est une enquête transversale, on ne peut tirer de relation de causalité entre le bien-être perçu et l'activité physique et l'exercice.

Conclusion

Même s'il a été démontré que l'activité physique et l'exercice améliorent les symptômes de dépression et d'anxiété et comptent de nombreux autres bienfaits pour la santé, comme l'amélioration du bien-être global et la prévention ou l'atténuation d'autres maladies chroniques, cette stratégie n'était pas utilisée par plus de 50 % des personnes de notre échantillon aux prises avec ces troubles. Les personnes les plus susceptibles de ne faire aucun exercice avaient en commun un grand nombre des caractéristiques sociodémographiques observées dans la population inactive en général. Il semble particulièrement difficile pour les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et celles avec des comorbidités physiques de faire de l'activité physique et l'exercice, alors même que l'exercice pourrait se révéler particulièrement bénéfique dans leur cas.

Le facteur le plus important associé à l'exercice était l'existence de recommandations à cet effet par un médecin ou un autre professionnel de la santé. Les professionnels de la santé ont donc un rôle crucial à jouer en recommandant l'activité physique et l'exercice et en encourageant la persévérance de leurs patients, en particulier ceux aux prises avec un trouble de l'humeur et des comorbidités physiques.

Remerciements

Les auteurs remercient Siobhan O'Donnell pour son examen minutieux. Scott B. Patten est chercheur principal en santé à Alberta Innovates, Health Solutions. Aucune aide financière ou matérielle de l'extérieur n'a été accordée pour cette étude.

Conflits d'intérêts

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts.

Contributions des auteurs

Louise Pelletier (LP), Alain Demers (AD) et Shamila Shanmugasaram (SS) ont conçu l'étude, AD a analysé les données et LP et SS ont rédigé le document. Les quatre auteurs ont contribué à l'interprétation des données et formulé des commentaires dans la version préliminaire.

Références

1. Barlow J, Wright C, Sheasby J, Turner A, Hainsworth J. Self-management approaches for people with chronic conditions: a review. *Patient Educ Couns.* 2002;48(2):177-187.
2. Newman S, Steed L, Mulligan K. Self-management interventions for chronic illness. *Lancet.* 2004;364(9444):1523-1537.
3. Yeung A, Feldman G, Fava M. Self-management of depression: a manual for mental health and primary care professionals. Cambridge (R.-U.) : Cambridge University Press; 2009. 206 p.
4. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient self-management of chronic disease in primary care. *JAMA.* 2002;288(19):2469-2475.
5. Conseil canadien de la santé. Soutien à l'autogestion pour les Canadiens atteints de maladies chroniques : Point de mire sur les soins de santé primaires. Toronto : Conseil canadien de la santé; 2012.
6. National Institute for Health and Clinical Excellence. Common mental health disorders: identification and pathways to care. Londres (R.-U.) : National Institute for Health and Clinical Excellence; 2011 [Clinical Guideline CG123]. 55 p.
7. Spek V, Cuijpers P, Nyklíček I, Riper H, Keyzer J, Pop V. Internet-based cognitive behaviour therapy for symptoms of depression and anxiety: a meta-analysis. *Psychol Med.* 2007;37(3):319-328.
8. Gellatly J, Bower P, Hennessy S, Richards D, Gilbody S, Lovell K. What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression. *Psychol Med.* 2007;37(9):1217-1228.

9. Lewis C, Pearce J, Bisson JI. Efficacy, cost-effectiveness and acceptability of self-help interventions for anxiety disorders: systematic review. *Br J Psychiatry.* 2012;200(1):15-21.
10. Pittler MH, Ernst E. Kava extract versus placebo for treating anxiety. *Cochrane Database Syst Rev.* 2003;(1):CD003383.
11. Linde K, Berner MM, Kriston L. St John's wort for major depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4):CD000448.
12. Sarris J, Kavanagh DJ. Kava and St. John's Wort: current evidence for use in mood and anxiety disorders. *J Altern Complement Med.* 2009;15(8):827-836.
13. Strauss C, Cavanagh K, Oliver A, Pettman D. Mindfulness-based interventions for people diagnosed with a current episode of an anxiety or depressive disorder: a meta-analysis of randomised controlled trials. *PLOS ONE [Internet].* 2014;9(4):e96110. En ligne à : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0096110>
14. Jorm AF, Morgan AJ, Hetrick SE. Relaxation for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2008;(4):CD007142.
15. Chen KW, Berger CC, Manheimer E, et al. Meditative therapies for reducing anxiety: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Depress Anxiety.* 2012;29(7):545-562.
16. Goyal M, Singh S, Sibinga EM, et al. Meditation programs for psychological stress and well-being: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2014;174(3):357-368.
17. Wipfli BM, Rethorst CD, Landers DM. The anxiolytic effects of exercise: a meta-analysis of randomized trials and dose-response analysis. *J Sport Exerc Psychol.* 2008;30(4):392-410.
18. Mead GE, Morley W, Campbell P, Greig CA, McMurdo M, Lawlor DA. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev.* 2009;(3):CD004366.

19. Saeed SA, Antonacci DJ, Bloch RM. Exercise, yoga, and meditation for depressive and anxiety disorders. *Am Fam Physician*. 2010;81(8):981-986.
20. Wolff E, Gaudlitz K, von Lindenberger BL, Plag J, Heinz A, Ströhle A. Exercise and physical activity in mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 2011;261 Suppl. 2:S186-S191.
21. Cooney GM, Dwan K, Greig CA, et al. Exercise for depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013;(9):CD004366.
22. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):15-28.
23. Lopresti AL, Hood SD, Drummond PD. A review of lifestyle factors that contribute to important pathways associated with major depression: diet, sleep and exercise. *J Affect Disord*. 2013;148(1):12-27.
24. Asmundson GJ, Fetzner MG, Deboer LB, Powers MB, Otto MW, Smits JA. Let's get physical: a contemporary review of the anxiolytic effects of exercise for anxiety and its disorders. *Depress Anxiety*. 2013;30(4):362-373.
25. Herring MP, O'Connor PJ, Dishman RK. The effect of exercise training on anxiety symptoms among patients: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2010;170(4):321-331.
26. Wegner M, Helmich I, Machado S, Nardi AE, Arias-Carrion O, Budde H. Effects of exercise on anxiety and depression disorders: review of meta-analyses and neurobiological mechanisms. *CNS Neurol Disord Drug Targets*. 2014;13(6):1002-1014.
27. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé C. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composantes 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):275-288.
28. Caspersen CJ, Powell KE, Christenson GM. Physical activity, exercise, and physical fitness: definitions and distinctions for health-related research. *Public Health Rep*. 1985;100(2):126-131.
29. Tremblay MS, Warburton DER, Janssen I, et al. New Canadian physical activity guidelines. *Appl Physiol Nutr Metab*. 2011;36(1):36-46.
30. Clarke J, Janssen I. Is the frequency of weekly moderate-to-vigorous physical activity associated with the metabolic syndrome in Canadian adults? *Appl Physiol Nutr Metab*. 2013;38(7):773-778.
31. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle : caractéristiques techniques de la variable dérivée (VD) 2013. Ottawa : Statistique Canada; 2014. 77 p.
32. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : information détaillée pour 2014 (troubles de l'humeur et d'anxiété) [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2014 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=5160
33. Rust KF, Rao JN. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Stat Methods Med Res*. 1996;5(3):281-310.
34. Kennedy SH, Lam RW, Parikh SV, Patten SB, Ravindran AV. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. *J Affect Disord*. 2009;117(Suppl. 1):S1-S2.
35. Davidson JR. Major depressive disorder treatment guidelines in America and Europe. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(Suppl. E1):e04.
36. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders. *BMC Psychiatry*. 2014;14(Suppl. 1):S1. En ligne à : <https://bmcp psychiatry.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-244X-14-S1-S1>
37. Knapen J, Vancampfort D, Moriën Y, Marchal Y. Exercise therapy improves both mental and physical health in patients with major depression. *Disabil Rehabil*. 2015;37(16):1490-1495.
38. Lorenzo-Luaces L, DeRubeis RJ, Bennett IM. Primary care physicians' selection of low-intensity treatments for patients with depression. *Fam Med*. 2015;47(7):511-516.
39. O'Donnell S, Rusu C, Bernatsky S, et al. Exercise/physical activity and weight management efforts in Canadians with self-reported arthritis. *Arthritis Care Res (Hoboken)*. 2013;65(12):2015-2023.
40. Pedersen BK, Saltin B. Exercise as medicine - evidence for prescribing exercise as therapy in 26 different chronic diseases. *Scand J Med Sci Sports*. 2015;25(Suppl. 3):1-72.
41. Hoffmann TC, Maher CG, Briffa T, et al. Prescribing exercise interventions for patients with chronic conditions. *JAMA*. 2016;188(7):510-518.
42. Roshanaei-Moghaddam B, Katon WJ, Russo J. The longitudinal effects of depression on physical activity. *General Hospital Psychiatry*. 2009;31:306-315.
43. Krämer LV, Helmes AW, Seelig H, Fuchs R, Bengel J. Correlates of reduced exercise behaviour in depression: the role of motivational and volitional deficits. *Psychol Health*. 2014;29(10):1206-1225.
44. Rubak S, Sandbaek A, Lauritzen T, Christensen B. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract*. 2005;55(513):305-312.
45. Ekers D, Webster L, Van Straten A, Cuijpers P, Richards D, Gilbody S. Behavioural activation for depression: an update of meta-analysis of effectiveness and sub group analysis. *PLOS ONE* [Internet]. 2014;9(6):e100100. En ligne à : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0100100>
46. Blumenthal JA, Smith PJ, Hoffman BM. Is exercise a viable treatment for depression? *ACSMs Health Fit J*. 2012;16(4):14-21.
47. Thornton JS, Frémont P, Khan K, et coll. Physical activity prescription: a critical opportunity to address a modifiable risk factor for the prevention and management of chronic disease: a position statement by the Canadian Academy of Sport and Exercise Medicine. *Clin J Sport Med*. 2016;26(4):259-265.

-
48. Walsh JM, Swangard DM, Davis T, McPhee SJ. Exercise counselling by primary care physicians in the era of managed care. *Am J Prev Med.* 1999;16(4):307-313.
49. Kennedy MF, Meeuwisse WH. Exercise counselling by family physicians in Canada. *Prev Med.* 2003;37(3):226-232.
50. Petrella RJ, Lattanzio CN, Overend, TJ. Physical activity counseling and prescription among Canadian primary care physicians. *Arch Intern Med.* 2007;167(16):1774-1781.
51. Grandes G, Sanchez A, Sanchez-Pinilla RO, et al. Effectiveness of physical activity advice and prescription by physicians in routine primary care: a cluster randomized trial. *Arch Intern Med.* 2009;169(7):694-701.
52. Nyström MB, Neely G, Hassmén P, Carlbring P. Treating major depression with physical activity: a systematic overview with recommendations. *Cogn Behav Ther.* 2015;44(4):341-352.
53. Beaulac J, Carlson A, Boyd RJ. Counseling on physical activity to promote mental health: practical guidelines for family physicians. *Can Fam Physician.* 2011;57(4):399-401.
54. Frémont P, Fortier M, Frankovich RJ. Exercise prescription and referral tool to facilitate brief advice to adults in primary care. *Can Fam Physician.* 2014;60(12):1120-1122.
55. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Guide de l'utilisateur – décembre 2009 [Internet]. Ottawa : Statistique Canada. Janvier 2010 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : www.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/5160_D5_T1_V1-fra.htm#a11
56. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Guide de l'utilisateur – novembre 2011 [Internet]. Ottawa : Statistique Canada; 2011 [consulté le 24 juin 2016]. En ligne à : http://www23.statcan.gc.ca/imdb-bmdi/document/5160_D4_T1_V2-fra.htm
57. Bladon TL. The downward trend of survey response rates: implications and considerations for evaluators. *Can J Program Eval.* 2010;24(2):131-156. En ligne à : <http://www.evaluation-canada.ca/secure/24-2-131.pdf>