

Recours aux médicaments et aux consultations psychologiques chez les Canadiens atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

Siobhan O'Donnell, M. Sc. (1); Maria Syoufi, M. Sc. (1); Wayne Jones, M.A., M. Sc. (2); Kathryn Bennett, Ph. D. (3); Louise Pelletier, M.D. (1)

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

 Diffuser cet article sur Twitter

Résumé

Introduction : L'étude décrit le recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois chez les Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à ce recours et les raisons invoquées pour ne pas y recourir.

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. L'échantillon de l'étude (n = 2 916) a été divisé en quatre sous-groupes de traitement : (1) prend des médicaments seulement; (2) a reçu des consultations psychologiques seulement; (3) prend des médicaments et a reçu des consultations psychologiques; ou (4) n'a eu recours à aucun de ces deux traitements. Nous avons combiné les trois premiers sous-groupes et effectué des analyses descriptives et de régression logistique multivariée pour comparer ceux qui prenaient des médicaments et/ou avaient reçu des consultations psychologiques par rapport à ceux n'ayant pas eu recours à ces deux traitements. 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 majorité (81,8 %) des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont indiqué prendre des médicaments et/ou avoir reçu des consultations psychologiques (47,6 % prenaient des médicaments seulement, 6,9 % avaient reçu des consultations psychologiques seulement et 27,3 % avaient eu recours aux deux modalités de traitement). Après ajustement des caractéristiques individuelles, le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques était significativement associé à un âge plus avancé, à un revenu du ménage plus élevé, à une résidence dans la région de l'Atlantique ou au Québec et à un trouble de l'humeur et d'anxiété concomitants ou à un trouble de l'humeur seulement. Le contrôle des symptômes sans l'utilisation de médicaments était la raison le plus souvent invoquée pour ne pas prendre de médicaments, et le désir de se débrouiller seul et la prise de médicaments figuraient parmi les raisons le plus souvent citées pour ne pas avoir bénéficié de consultations psychologiques.

Conclusion : La majorité des Canadiens adultes atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué prenaient des médicaments, mais une moins grande proportion d'entre eux avaient reçu des consultations psychologiques. En dégageant les facteurs associés au recours à ces traitements et les raisons invoquées pour ne pas y recourir, cette étude met en lumière l'importance de discuter avec les patients des options de traitement et des obstacles perçus afin d'offrir un traitement adapté à leurs besoins et leurs préférences.

Points saillants

- La majorité (81,8 %) des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont indiqué prendre des médicaments sur ordonnance et/ou avoir bénéficié de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois.
- Les médicaments sur ordonnance étaient plus souvent déclarés que les consultations psychologiques pour le traitement de ces troubles.
- La prise de médicaments et les consultations psychologiques étaient significativement associées à l'âge, au revenu du ménage et au type de trouble.
- Le contrôle des symptômes sans médicaments était la raison le plus souvent invoquée pour ne pas prendre de médicaments pour gérer son trouble.
- Le désir de se débrouiller seul et la prise de médicaments figuraient parmi les raisons le plus souvent citées pour ne pas avoir bénéficié de consultations psychologiques.
- Les résultats de l'étude mettent en lumière l'importance de discuter avec les patients des options de traitement et des obstacles qu'ils perçoivent afin d'offrir un traitement adapté à leurs besoins et à leurs préférences.

Mots-clés : troubles de l'humeur, troubles d'anxiété, médicaments, consultations psychologiques, traitement, enquêtes sur la santé, surveillance de la population, Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada

Rattachement des auteurs :

1. Agence de la santé publique du Canada, Ottawa (Ontario), Canada
2. Centre for Applied Research in Mental Health and Addiction, Université Simon Fraser, Burnaby (Colombie-Britannique), Canada
3. Department of Health Research Methods, Evidence, and Impact (anciennement Department of Clinical Epidemiology and Biostatistics), Université McMaster, Hamilton (Ontario), Canada

Correspondance : Siobhan O'Donnell, Agence de la santé publique du Canada, 785, av. Carling, 1A : 6806B, Ottawa (Ontario) K1A 0K9; tél. : 613-301-7325; téléc. : 613-941-2057; courriel : siobhan.odonnell@phac-aspc.gc.ca

Introduction

Les troubles de l'humeur et d'anxiété sont parmi les principales maladies mentales au Canada¹ : en 2013, on estime à 3 millions le nombre de Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété². Bien qu'il existe des traitements efficaces, des études récentes ont révélé que ces troubles de santé mentale sont sous-diagnostiqués³⁻⁷ ou que, s'ils sont diagnostiqués, les patients reçoivent souvent un traitement sous-optimal ou n'en reçoivent aucun⁷⁻¹⁰. L'adoption de stratégies visant à améliorer l'accès et le recours à des traitements fondés sur les données probantes pourrait contribuer au bien-être des personnes aux prises avec ces troubles¹¹.

Divers types de traitements sont offerts, allant des traitements cliniques conventionnels comme la pharmacothérapie et la psychothérapie¹²⁻¹⁴ à des traitements plus récents (seuls ou en association), comme la thérapie cognitivo-comportementale en ligne¹⁵, la phytothérapie¹⁶, la méditation¹⁷ ou l'activité physique et l'exercice^{18,19}.

La pharmacothérapie et la psychothérapie sont toutes deux considérées comme des traitements de première ligne efficaces¹² et sont souvent combinées pour obtenir une réponse optimale^{14,20}. Outre l'efficacité des traitements, les décisions quant au choix du traitement pharmacologique et du traitement psychologique sont influencées par d'autres facteurs, comme les préférences du patient et son observance du traitement, la réponse au traitement, la disponibilité des traitements et leur accessibilité, les services et la formation des fournisseurs de soins ainsi que des considérations financières^{21,22}.

Quelques études ont documenté le diagnostic et le traitement des personnes présentant des symptômes compatibles avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété²³⁻²⁵. Cependant, à notre connaissance, aucune n'a présenté de données nationales sur l'utilisation des deux traitements les plus établis (c'est-à-dire les médicaments sur ordonnance et la psychothérapie) parmi les Canadiens adultes atteints de ces troubles.

À l'aide des données de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – Composante sur les troubles de l'humeur et d'anxiété (EPMCC-THA) de 2014, nous décrivons le recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations

psychologiques dans un échantillon représentatif à l'échelle nationale de Canadiens adultes vivant dans un logement privé et ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Plus précisément, (1) nous décrivons leur recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques pour mieux gérer leur(s) trouble(s), (2) nous comparons les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées au recours à ces stratégies de traitement et (3) nous examinons les raisons qui expliquent cette absence de recours.

Méthodologie

Source de données et échantillon

L'EPMCC-THA 2014, enquête transversale de suivi de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle 2013, a été menée auprès de Canadiens de 18 ans et plus 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 par un professionnel de la santé. L'enquête a été administrée par du personnel formé au moyen d'entrevues téléphoniques structurées (en français ou en anglais) pendant deux périodes de collecte de données : de novembre à décembre 2013 et de février à mars 2014.

Les répondants ont été sélectionnés à partir de ceux de l'ESCC 2013 : ce sont ceux qui ont répondu « oui » lorsqu'on leur a demandé s'ils avaient reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété par un professionnel de la santé ayant duré (ou dont on s'attendait à ce qu'il dure) six mois ou plus²⁶. Sur les 5 875 répondants choisis pour l'EPMCC-THA 2014, 3 361 ont répondu au questionnaire (taux de réponse = 68,9 %). Les résidents des trois territoires (Yukon, Territoires du Nord-Ouest et Nunavut), les personnes qui vivent dans des réserves autochtones ou sur des terres de la Couronne, les personnes qui vivent en établissement, les membres à temps plein des Forces armées canadiennes et les résidents de certaines régions éloignées ont été exclus de l'enquête, soit globalement environ 3 % de la population cible. Pour cette étude, les répondants qui ont répondu « non » lorsqu'on leur a demandé s'ils étaient *actuellement atteints* d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué (par rapport au fait *d'avoir déjà reçu* un diagnostic) ont été exclus (n = 445), de

sorte que notre échantillon final comptait 2 916 répondants.

La méthodologie de l'EPMCC-THA de 2014 et les caractéristiques sociodémographiques de l'échantillon final ont été décrites ailleurs²⁷. Le terme « trouble de l'humeur et/ou d'anxiété » s'applique ici aux personnes ayant indiqué avoir obtenu un diagnostic de trouble de l'humeur seulement, de trouble d'anxiété seulement ou de troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants.

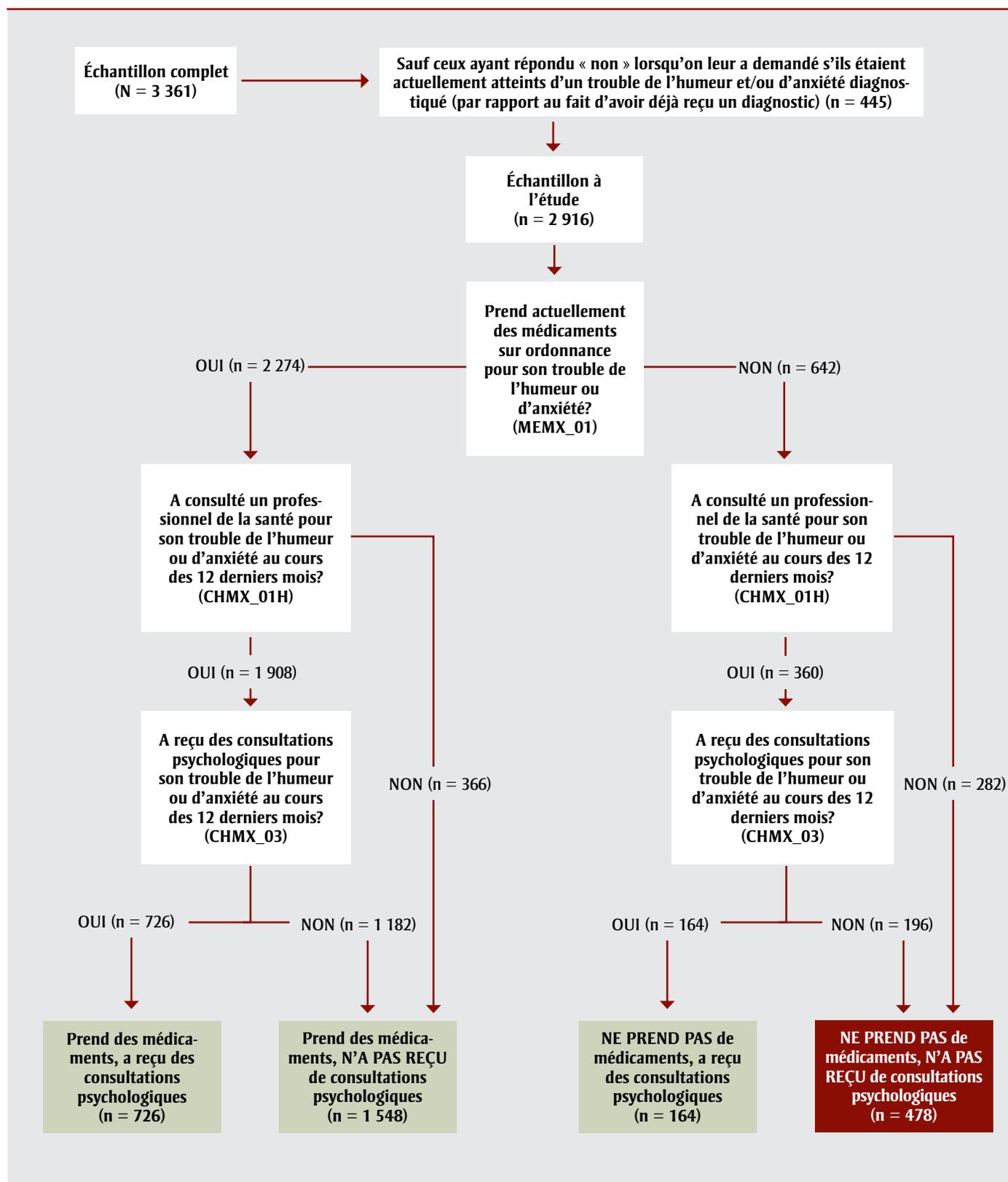
Mesures

Sous-groupes de traitement

Les répondants ont été classés dans quatre sous-groupes de traitement mutuellement exclusifs en fonction de leurs réponses à trois questions concernant leur recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques : « Actuellement, prenez-vous des médicaments sur ordonnance pour votre [trouble de l'humeur/ trouble d'anxiété/ trouble de l'humeur ou d'anxiété]? » (« oui », « non ») et « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous consulté, en personne ou par téléphone, les personnes suivantes au sujet de votre [trouble de l'humeur/ trouble d'anxiété/ trouble de l'humeur ou d'anxiété]? » (« médecin de famille ou omnipraticien; « psychiatre; « psychologue; « travailleur ou travailleuse sociale, conseiller ou psychothérapeute; « infirmier(ère) ou infirmier(ère) praticien(ne) »; « autre médecin ou spécialiste »; « autre professionnel de la santé »; « aucune »), puis, lorsque la réponse à la deuxième question n'était pas « aucune » : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous reçu des consultations psychologiques pour vous aider à gérer votre [trouble de l'humeur/ trouble d'anxiété/ trouble de l'humeur ou d'anxiété]? » (« oui », « non »).

En fonction de leurs réponses à ces questions, les répondants ont été classés en quatre sous-groupes mutuellement exclusifs : (1) prend des médicaments sur ordonnance seulement; (2) a reçu des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois seulement; (3) prend des médicaments et a reçu des consultations psychologiques; ou (4) n'a eu recours à aucun de ces deux traitements. Pour l'analyse, les trois premiers sous-groupes de traitement ont été combinés pour former le sous-groupe « prend des médicaments et/ou a reçu des consultations psychologiques ». La figure 1 illustre le processus de classement des répondants dans ces quatre sous-groupes.

FIGURE 1
Processus de sélection des répondants et de classement en quatre sous-groupes de traitement mutuellement exclusifs (n = 2 916), EPMCC-THA 2014



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

Remarque : MEMX_01, CHMX_01H et CHMX_03 sont des noms de variables. Pour les analyses, les sous-groupes de traitement dans les encadrés verts ont été combinés pour former un sous-groupe « médicaments et/ou consultations psychologiques ».

Caractéristiques sociodémographiques et cliniques

Les caractéristiques sociodémographiques analysées étaient le sexe (féminin, masculin), l'âge (groupes d'âge : 18 à 34 ans, 35 à 49 ans, 50 à 64 ans et 65 ans et plus), l'état matrimonial (célibataire ou jamais marié(e); veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e); marié(e) ou en union libre), le plus haut niveau de scolarité du répondant (pas de diplôme d'études post-secondaires ou diplôme d'études post-secondaires), le statut d'immigration (immigrant, non-immigrant); l'identité autochtone (autochtone, non-autochtone), la zone géographique (Colombie-Britannique, région des Prairies, Ontario, Québec, région de l'Atlantique), le milieu de résidence (urbain, rural) et le quintile ajusté de suffisance de revenu du ménage (déciles calculés par Statistique Canada* transformés en quintiles). Nous les avons ensuite répartis comme suit : (1) 1^{er} et 2^e quintiles (les plus faibles); (2) 3^e quintile (intermédiaire) et (3) 4^e et 5^e quintiles (les plus élevés).

Les caractéristiques cliniques analysées étaient le type de trouble (trouble de l'humeur seulement, trouble d'anxiété seulement et troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants), la durée du trouble, c'est-à-dire le nombre d'années écoulées depuis le diagnostic (0 à 4 ans, 5 à 19 ans et 20 ans et plus) et le nombre de comorbidités physiques (0, 1 à 2 et 3 ou plus). Nous avons déterminé le nombre de ces dernières à l'aide des réponses à la question concernant les maladies diagnostiquées par un professionnel de la santé ayant duré (ou dont on s'attendait à ce qu'elles durent) six mois ou plus, en particulier l'asthme, l'arthrite, les maux de dos, la maladie pulmonaire obstructive chronique, le diabète, les maladies cardiaques, le cancer, un accident vasculaire cérébral, les maladies intestinales, notamment la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, et la maladie d'Alzheimer ou autres formes de démence. Chaque maladie a été considérée comme une comorbidité physique.

Raisons pour ne pas prendre de médicaments sur ordonnance ou pour ne pas recevoir de consultations psychologiques afin de mieux gérer les symptômes liés au trouble de l'humeur et/ou d'anxiété

Les personnes qui ont répondu « non » à la question concernant la prise de médicaments

sur ordonnance ou le recours à des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois ont été invitées à en fournir les raisons. Il s'agissait de questions ouvertes avec des options multiples de réponses que l'enquêteur classait en fonction d'une liste prédéfinie. Les choix de raisons pour ne plus prendre ou n'avoir jamais pris de médicaments sur ordonnance étaient les suivants : « aucun médicament n'a été prescrit », « effets secondaires », « trop coûteux, aucune assurance », « contrôlé sans l'utilisation de médicaments », « gêné(e), mal à l'aise ou préoccupé(e) par l'opinion des autres », « ne veut pas devenir dépendant(e) », « autre » et « aucune raison ». Les choix de raisons pour ne pas avoir reçu de consultations psychologiques étaient les suivants : « ne sait pas où aller », « contraintes de temps (trop occupé(e), responsabilités familiales, horaire de travail) », « temps d'attente trop long », « trop coûteux, aucune couverture par l'assurance », « préfère se débrouiller seul(e) pour gérer son état », « prend des médicaments pour gérer son état », « trop gêné(e), mal à l'aise ou préoccupé(e) par l'opinion des autres », « autre » et « aucune raison ».

Analyses statistiques

Nous avons effectué des analyses descriptives en tableau croisé pour décrire les caractéristiques sociodémographiques et cliniques des répondants en fonction du traitement. Nous avons réalisé des tests du chi carré (variables catégorielles) et une analyse de régression linéaire (variables numériques, par ex. l'âge) pour étudier la relation entre les caractéristiques des répondants et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques par rapport à l'absence de recours à ces traitements. Nous avons ensuite effectué une analyse de régression logistique multivariée pour examiner l'association indépendante entre les caractéristiques des répondants et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques, par rapport à l'absence de recours à ces traitements. Les données manquantes formaient moins de 10 % des données d'origine dans le modèle. La signification statistique a été établie à $p < 0,05$. Nous avons aussi effectué des analyses descriptives pour examiner les raisons invoquées pour ne pas prendre de médicaments sur ordonnance et pour ne pas avoir reçu de

consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois.

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 trouble de l'humeur et/ou d'anxiété. Les poids d'échantillonnage ont été ajustés par Statistique Canada pour tenir compte des exclusions, de la sélection de l'échantillon, des taux de répondants admissibles, des non-réponses et de l'autorisation de partager et de jumeler les données²⁸. Nous avons également calculé des estimations de la variance (intervalles de confiance à 95 % et coefficients de variation) en utilisant les poids de rééchantillonnage *bootstrap* fournis avec les données²⁹. Seuls les résultats dont le coefficient de variation était inférieur à 33,3 % sont présentés, conformément aux lignes directrices de Statistique Canada²⁸. Toutes les analyses ont été réalisées avec le logiciel SAS Enterprise Guide, version 5.1 (SAS Institute Inc., Cary, Caroline du Nord, États-Unis).

Résultats

Population à l'étude par sous-groupe de traitement

La majorité (81,8 %) des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété a indiqué avoir pris des médicaments sur ordonnance et/ou avoir reçu des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois. Parmi ces répondants, près de la moitié (47,6 %) ont déclaré avoir pris des médicaments seulement, 6,9 % avoir reçu des consultations psychologiques seulement et 27,3 % avoir pris des médicaments et reçu des consultations psychologiques. Près du cinquième (18,2 %) des répondants ont déclaré n'avoir eu recours à aucun de ces traitements. La relation entre les caractéristiques individuelles et la prise de médicaments et les consultations psychologiques (par rapport à l'absence de recours à ces traitements) était significative pour ce qui est de l'âge, de l'état matrimonial et du type de trouble. Ceux ayant

* Cette variable dérivée est une distribution des répondants en déciles (10 catégories comportant environ le même pourcentage de résidents de chaque province) basée sur le rapport entre le revenu total du ménage et le seuil de faible revenu correspondant à la taille du ménage et de la collectivité. Cette valeur fournit, pour chaque répondant, une mesure relative du revenu du ménage par rapport au revenu du ménage de tous les autres répondants²⁷.

indiqué n'avoir recouru à aucun de ces traitements étaient plus susceptibles d'être plus jeunes, célibataires ou jamais mariés et atteints d'un trouble d'anxiété seulement (tableau 1).

Association entre les caractéristiques individuelles et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques par rapport à l'absence de recours à ces traitements

Après ajustement pour tenir compte de toutes les caractéristiques sociodémographiques et cliniques[†], nos résultats montrent que le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques (par rapport à l'absence de recours) sont significativement associées à (rapport des cotes [RC] ajusté [IC à 95 %]) : un âge plus avancé (RC = 3,9 [1,8 à 8,2] chez les 65 ans et plus, RC = 2,4 [1,3 à 4,5] chez les 50 à 64 ans et RC = 2,5 [1,4 à 4,5] chez les 35 à 49 ans, par rapport aux 18 à 34 ans), une suffisance du revenu du ménage plus élevée (RC = 1,9 [1,3 à 2,9] dans les quintiles Q4 et Q5 par rapport à Q1 et Q2), une résidence dans la région de l'Atlantique (RC = 2,4 [1,4 à 4,2]) ou au Québec (RC = 1,8 [1,1 à 3,0]) par rapport à l'Ontario et un trouble de l'humeur et un trouble d'anxiété concomitants (RC = 2,2 [1,4 à 3,5] ou un trouble de l'humeur seulement (RC = 1,9 [1,2 à 2,9]) par rapport à un trouble d'anxiété seulement (tableau 2).

Raisons invoquées pour ne pas avoir eu recours aux médicaments sur ordonnance et aux consultations psychologiques

Les trois raisons les plus fréquentes étaient « contrôlé sans l'utilisation de médicaments » (41,8 %), « autre » (29,4 %) et « effets secondaires » (24,6 %). Dans le cas de ceux ayant déclaré ne pas avoir reçu de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois, les trois principales raisons étaient les suivantes : « préfère se débrouiller seul(e) pour gérer son état » (31,0 %), « autre » (30,8 %) et « prend des médicaments pour gérer son état » (30,2 %) (figure 2).

Analyse

Pour mieux gérer leur(s) trouble(s), la majorité (81,8 %) des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de

trouble de l'humeur et/ou d'anxiété ont déclaré avoir recours à des médicaments et/ou à des consultations psychologiques, mais près du cinquième des répondants (18,2 %) ont affirmé n'avoir eu recours à aucun de ces traitements. Les caractéristiques sociodémographiques et cliniques associées à la prise de médicaments et/ou aux consultations psychologiques sont l'âge, la suffisance du revenu du ménage, la zone géographique et le type de trouble.

Un âge plus avancé (35 ans et plus par rapport à 18 à 34 ans) était associé au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. Ce résultat s'explique principalement par la grande proportion d'individus plus âgés (35 ans et plus) ayant recours aux médicaments, les plus jeunes (18 à 34 ans) étant quant à eux plus susceptibles d'avoir reçu des consultations psychologiques seulement ou de n'avoir recouru à aucun des deux traitements. Sans connaître les détails des symptômes des répondants, il est impossible de déterminer si ces résultats liés à l'âge sont dus à la gravité des symptômes (les symptômes étant moins graves chez les plus jeunes que chez les plus âgés) ou à d'autres facteurs tels que les préférences de traitement selon l'âge, la disponibilité du traitement, l'accès au traitement, etc. Cela dit, des études ont montré que les jeunes adultes préfèrent le traitement psychologique au traitement pharmacologique³⁰ et sont plus réticents que les plus âgés à consulter un professionnel pour obtenir de l'aide³¹⁻³³.

Nous avons constaté qu'une plus grande suffisance de revenu du ménage était associée au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. Des études diverses démontrent que ceux dont le statut socio-économique est élevé ont un meilleur accès à presque tous les services de santé disponibles, bien que leur état de santé soit généralement meilleur³⁴. Une étude ayant évalué les déterminants qui amenaient les Canadiens adultes à consulter un médecin de famille, un psychiatre, un psychologue, un psychothérapeute ou un autre professionnel de la santé pour des problèmes de santé mentale a révélé que les personnes dont le niveau de scolarité était faible et dont la suffisance de revenu était moindre étaient moins susceptibles de recourir aux services de santé mentale, en particulier aux spécialistes en

psychothérapie³⁵. De plus, les auteurs d'une étude canadienne qui visait à déterminer au moyen des données de l'ESCC les obstacles à l'obtention de services de santé mentale ont conclu que [traduction] « malgré l'assurance-maladie universelle, il existe des inégalités importantes quant à l'accès aux services de santé mentale pour les Canadiens à faible revenu »³⁶, p. 1.

Résider dans la région de l'Atlantique ou au Québec (par rapport à l'Ontario) s'est révélé associé au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. On sait qu'il existe des différences dans l'utilisation des services de santé mentale d'une province à l'autre^{35,37}, et les résultats de notre étude pourraient donc refléter de réelles différences régionales. Toutefois, étant donné les nombreux facteurs sous-jacents susceptibles d'avoir pu contribuer à ces observations, nous préférons nous abstenir d'en tirer des conclusions précises.

Enfin, les troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants et les troubles de l'humeur seulement (par rapport aux troubles d'anxiété seulement) se sont révélés associés au recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques. Étant donné qu'en présence de troubles concomitants, les symptômes sont plus graves et les issues moins favorables pour la santé qu'en présence d'un seul trouble^{38,39}, il n'est pas surprenant que les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et un trouble d'anxiété concomitants aient été plus susceptibles de déclarer recourir aux deux traitements. Ce résultat est conforme aux données actuelles, qui favorisent les traitements pharmacologiques et psychologiques simultanés comme la thérapie cognitivo-comportementale, pour la gestion des personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et un trouble d'anxiété concomitants⁴⁰⁻⁴². Par ailleurs, on s'attendait à ce que les personnes atteintes d'un trouble de l'humeur seulement (par rapport à un trouble d'anxiété seulement) soient plus susceptibles de prendre des médicaments, à la lumière des données qui font état d'un traitement des troubles d'anxiété moins adéquat que celui de la dépression⁸.

Nous n'avons observé aucun RC ajusté significatif entre le type de traitement et le sexe, l'état matrimonial, le niveau de scolarité du répondant, le statut d'immigration,

[†] Sexe, âge, état matrimonial, niveau de scolarité du répondant, quintile ajusté de suffisance du revenu du ménage, statut d'immigrant, identité autochtone, région géographique, lieu de résidence, type de trouble, durée du trouble et nombre de comorbidités physiques.

TABLEAU 1
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, selon le type de traitement (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	Médicaments et/ou consultations psychologiques (n = 2 438; 81,8 %)	Médicaments seulement (n = 1 548; 47,6 %)	Consultations psychologiques seulement (n = 164; 6,9 %)	Médicaments et consultations psychologiques (n = 726; 27,3 %)	Aucun (n = 478; 18,2 %)	Médicaments et/ou consultations psychologiques par rapport à aucun traitement Test du chi carré
	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	valeur p
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES						
Sexe						
Femmes	81,8 (78,8 à 84,8)	47,9 (44,0 à 51,8)	7,2 (5,0 à 9,3)	26,7 (23,1 à 30,4)	18,2 (15,2 à 21,2)	0,966
Hommes	81,7 (77,4 à 85,9)	47,0 (41,0 à 53,0)	6,4 ^a (3,2 à 9,5)	28,3 (22,5 à 34,1)	18,3 (14,1 à 22,6)	
Âge (ans)						
Âge moyen	48,0 (47,1 à 48,4)	51,0 (49,8 à 52,2)	35,1 (32,4 à 37,8)	46,0 (44,4 à 47,5)	42,2 (40,3 à 44,2)	< 0,001 ^{b,*}
Groupes d'âge						
18 à 34	71,4 (65,5 à 77,4)	30,5 (24,0 à 36,9)	15,3 ^a (10,0 à 20,7)	25,7 (19,1 à 32,2)	28,6 (22,6 à 34,5)	< 0,001 [*]
35 à 49	85,0 (80,5 à 89,5)	44,3 (37,2 à 51,5)	6,5 ^a (3,4 à 9,5)	34,2 (26,6 à 41,9)	15,0 (10,5 à 19,5)	
50 à 64	84,7 (80,8 à 88,6)	56,0 (50,6 à 61,3)	2,8 ^a (1,3 à 4,4)	25,9 (21,2 à 30,5)	15,3 (11,4 à 19,2)	
65 et plus	87,3 (83,5 à 91,0)	66,6 (61,0 à 72,2)	ND ^c	19,4 (14,4 à 24,3)	12,7 (9,0 à 16,5)	
État matrimonial						
Célibataire ou jamais marié(e)	76,1 (71,2 à 81,0)	37,4 (31,5 à 43,3)	12,6 ^a (8,4 à 16,7)	26,1 (20,7 à 31,5)	23,9 (19,0 à 28,8)	0,006 [*]
Veuf(ve), séparé(e) ou divorcé(e)	85,8 (81,6 à 90,0)	50,5 (43,6 à 57,4)	ND ^c	30,5 (24,1 à 36,9)	14,2 (10,0 à 18,4)	
Marié(e) ou en union libre	83,1 (79,9 à 86,2)	51,3 (46,7 à 56,0)	4,9 ^a (2,8 à 7,0)	26,8 (22,4 à 31,3)	16,9 (13,8 à 20,1)	
Niveau de scolarité du répondant						
Pas de diplômes d'études post-secondaires	79,1 (75,3 à 83,0)	51,2 (46,7 à 55,7)	7,0 ^a (4,6 à 9,5)	20,9 (17,1 à 24,7)	20,9 (17,0 à 24,7)	0,084
Diplôme d'études post-secondaires	83,5 (80,3 à 86,7)	45,3 (40,7 à 50,0)	6,8 ^a (4,4 à 9,2)	31,4 (26,8 à 36,1)	16,5 (13,3 à 19,7)	
Quintile de suffisance de revenu du ménage						
Q1 ou Q2 (les plus faibles)	78,7 (74,9 à 82,6)	45,1 (40,6 à 49,7)	5,3 ^a (3,4 à 7,2)	28,3 (23,7 à 32,8)	21,3 (17,4 à 25,1)	0,103
Q3 (intermédiaire)	83,4 (78,2 à 88,6)	53,4 (45,5 à 61,3)	8,3 ^a (3,8 à 12,9)	21,6 (15,4 à 27,9)	16,6 (11,4 à 21,8)	
Q4 ou Q5 (les plus élevés)	84,2 (80,6 à 87,7)	46,8 (41,2 à 52,4)	7,7 ^a (4,3 à 11,1)	29,7 (23,8 à 35,5)	15,8 (12,3 à 19,4)	
Statut d'immigration						
Non-immigrant	82,2 (79,7 à 84,8)	47,1 (43,5 à 50,7)	7,4 (5,4 à 9,3)	27,7 (24,3 à 31,3)	17,8 (15,2 à 20,3)	0,459
Immigrant	79,8 (69,9 à 87,8)	51,0 (39,4 à 62,6)	ND ^c	24,6 ^a (15,9 à 33,3)	21,2 ^a (12,2 à 30,1)	
Identité autochtone						
Non-autochtone	81,8 (79,1 à 84,4)	46,4 (42,7 à 50,1)	7,2 (5,2 à 9,2)	28,2 (24,5 à 31,8)	18,2 (15,6 à 20,9)	0,942
Autochtone	81,5 (74,1 à 88,9)	50,6 (40,2 à 61,0)	ND ^c	22,2 ^a (12,4 à 31,9)	18,5 ^a (11,1 à 25,9)	

Suite page suivante

TABEAU 1 (suite)
Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, selon le type de traitement (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

		Médicaments et/ou consultations psychologiques (n = 2 438; 81,8 %)	Médicaments seulement (n = 1 548; 47,6 %)	Consultations psychologiques seulement (n = 164; 6,9 %)	Médicaments et consultations psychologiques (n = 726; 27,3 %)	Aucun (n = 478; 18,2 %)	Médicaments et/ou consultations psychologiques par rapport à aucun traitement Test du chi carré
		% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	% (IC à 95 %)	valeur p
Zone géographique							
Colombie-Britannique	81,3 (74,4 à 88,2)	57,1 (47,7 à 66,4)	ND ^c	16,3 ^a (9,4 à 23,3)	18,7 ^a (11,8 à 25,6)	0,078	
Région des Prairies	79,4 (74,1 à 84,7)	45,8 (38,7 à 53,0)	8,0 ^a (3,3 à 12,8)	25,5 (18,2 à 32,9)	20,6 (15,3 à 25,9)		
Ontario	79,5 (75,1 à 83,9)	42,6 (37,3 à 47,9)	5,9 ^a (3,1 à 8,8)	31,0 (25,2 à 36,8)	20,5 (16,1 à 24,9)		
Québec	85,8 (81,1 à 90,5)	46,8 (39,4 à 54,2)	7,7 ^a (3,5 à 12,0)	31,2 (24,6 à 37,9)	14,2 ^a (9,5 à 18,9)		
Région de l'Atlantique	88,6 (84,7 à 92,5)	60,6 (53,4 à 67,7)	ND ^c	22,5 (16,3 à 28,7)	11,4 ^a (7,5 à 15,3)		
Milieu de résidence							
Rural	81,8 (77,0 à 86,5)	55,2 (49,2 à 61,2)	5,6 ^a (2,9 à 8,4)	20,9 (16,1 à 25,7)	18,2 (13,5 à 23,0)	0,995	
Urbain	81,8 (79,0 à 84,5)	46,0 (42,2 à 49,8)	7,1 (5,1 à 9,2)	28,6 (24,8 à 32,4)	18,2 (15,5 à 21,0)		
CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES							
Type de trouble							
Trouble de l'humeur seulement	81,9 (78,1 à 85,7)	58,4 (53,2 à 63,6)	3,2 ^a (1,9 à 4,5)	20,3 (16,3 à 24,3)	18,1 (14,3 à 21,9)	0,049 [*]	
Trouble d'anxiété seulement	76,9 (71,3 à 82,5)	44,1 (37,2 à 50,9)	12,5 ^a (7,4 à 17,5)	20,4 ^a (13,0 à 27,8)	23,1 (17,5 à 28,7)		
Troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants	85,0 (81,3 à 88,6)	36,5 (31,3 à 41,7)	7,6 ^a (4,1 à 11,1)	40,8 (35,0 à 46,6)	15,0 (11,4 à 18,7)		
Durée du trouble (ans)							
0 à 4	80,8 (75,8 à 85,9)	35,1 (29,0 à 41,3)	15,0 (10,4 à 19,7)	30,7 (24,1 à 37,2)	19,2 (14,1 à 24,2)	0,857	
5 à 19	82,0 (78,3 à 85,6)	52,0 (46,9 à 57,2)	4,6 ^a (2,3 à 6,9)	25,3 (20,6 à 30,1)	18,0 (14,4 à 21,7)		
20 et plus	82,7 (78,6 à 86,8)	52,1 (46,4 à 57,7)	2,4 ^a (0,8 à 4,0)	28,2 (22,6 à 33,9)	17,3 (13,2 à 21,4)		
Comorbidités physiques (nombre)							
0	82,4 (78,6 à 86,1)	45,6 (40,1 à 51,2)	9,3 ^a (5,8 à 12,8)	27,5 (21,9 à 33,0)	17,6 (13,9 à 21,4)	0,271	
1 à 2	80,1 (76,6 à 83,6)	46,7 (42,1 à 51,3)	6,1 ^a (3,9 à 8,3)	27,4 (22,9 à 31,8)	19,9 (16,4 à 23,4)		
3 ou plus	85,4 (80,3 à 90,6)	56,6 (49,1 à 64,1)	ND ^c	26,6 (19,0 à 34,1)	14,6 ^a (9,4 à 19,7)		

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

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

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

^b Analyse de régression linéaire.

^c Coefficient de variation supérieur à 33,3 %.

^{*} Statistiquement significatif à $p < 0,05$.

l'identité autochtone, le milieu de résidence, la durée du trouble ou le nombre de comorbidités physiques.

Comme nous l'avons déjà mentionné, le choix du traitement pharmacologique

comme psychologique est influencé par un certain nombre de facteurs, dont les données cliniques concernant l'efficacité, les préférences du patient et son observance du traitement, la réponse au traitement, la disponibilité des traitements et leur

accessibilité, la formation des fournisseurs de soins et des considérations financières. Bien que les consultations psychologiques aient démontré des effets comparables à ceux de la prise de médicaments pour plusieurs troubles dépressifs et anxieux⁴³ et

TABEAU 2
Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques (comparativement à aucun traitement) parmi les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	RC ajusté ^a (IC à 95 %)	valeur p
CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES		
Sexe		
Femmes	1,4 (0,9 à 2,1)	0,150
Hommes	Référence	
Groupes d'âge (ans)		
35 à 49	2,5 (1,4 à 4,5)	0,002*
50 à 64	2,4 (1,3 à 4,5)	0,007*
65 et plus	3,9 (1,8 à 8,2)	0,000*
18 à 34	Référence	
État matrimonial		
Célibataire ou jamais marié(e)	1,1 (0,7 à 1,8)	0,638
Veuf(e), séparé(e) ou divorcé(e)	1,2 (0,8 à 2,0)	0,385
Marié(e) ou en union libre	Référence	
Niveau de scolarité du répondant		
Diplôme d'études post-secondaires	1,3 (0,9 à 1,9)	0,140
Pas de diplôme d'études post-secondaires	Référence	
Quintile de suffisance du revenu du ménage		
Q3 (intermédiaire)	1,4 (0,9 à 2,3)	0,135
Q4 ou Q5 (les plus élevés)	1,9 (1,3 à 2,9)	0,002*
Q1 ou Q2 (les plus faibles)	Référence	
Statut d'immigration		
Non-immigrant	2,0 (0,7 à 6,1)	0,206
Immigrant	Référence	
Identité autochtone		
Non-autochtone	0,9 (0,4 à 1,7)	0,637
Autochtone	Référence	
Zone géographique		
Colombie-Britannique	1,1 (0,7 à 2,0)	0,650
Région des Prairies	0,9 (0,5 à 1,4)	0,615
Québec	1,8 (1,1 à 3,0)	0,032*
Région de l'Atlantique	2,4 (1,4 à 4,2)	0,002*
Ontario	Référence	
Milieu de résidence		
Urbain	1,1 (0,7 à 1,7)	0,615
Rural	Référence	
CARACTÉRISTIQUES CLINIQUES		
Type de trouble		
Trouble de l'humeur seulement	1,9 (1,2 à 2,9)	0,007*
Troubles de l'humeur et d'anxiété concomitants	2,2 (1,4 à 3,5)	0,001*
Trouble d'anxiété seulement	Référence	

Suite page suivante

que certaines données laissent penser que la psychothérapie est généralement préférée à la pharmacothérapie^{44,45}, les résultats de notre étude démontrent que les personnes aux prises avec un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété sont plus susceptibles d'être traitées au moyen de médicaments. Divers facteurs peuvent expliquer cette situation, notamment une connaissance limitée des bienfaits de la psychothérapie par les individus atteints, la disponibilité de ces services de santé mentale et leur accès, les préférences du médecin concernant le traitement et les coûts liés au traitement. Des mesures prises ailleurs dans le monde pour surmonter les problèmes d'accessibilité au traitement se sont révélées prometteuses : ainsi, en Australie et en Angleterre, des programmes de psychothérapie financés par l'État ont amélioré à la fois l'accès aux soins et les résultats cliniques^{46,47}. Quelques provinces canadiennes explorent aussi cette possibilité⁴⁸⁻⁵⁰.

Parmi les raisons les plus fréquemment invoquées pour ne pas prendre de médicaments figuraient les suivantes : « contrôlé sans l'utilisation de médicaments » et « effets secondaires ». De même, au nombre des raisons fréquemment invoquées pour ne pas avoir reçu de consultations psychologiques figuraient les suivantes : « préfère se débrouiller seul(e) pour gérer son état » et « prend des médicaments ». La littérature indique que, parmi les personnes aux prises avec des troubles de santé mentale communs, une faible perception des réels besoins et certains obstacles liés à l'attitude, en particulier le désir de gérer soi-même son problème, sont les principales raisons pour ne pas entreprendre ou poursuivre toute forme de traitement⁵¹. De plus, les effets secondaires du traitement sont des obstacles bien connus à l'utilisation des traitements pharmacologiques, en particulier parmi ceux atteints de troubles dépressifs⁵², et la difficulté à reconnaître son propre besoin d'aide, le désir de ne compter que sur soi-même et les coûts sont parmi les obstacles les plus courants qui empêchent d'obtenir un traitement psychologique et de le poursuivre⁵³. Le fait pour le patient de comprendre son trouble et le processus de traitement ainsi que le fait d'avoir une relation positive avec son médecin traitant le stimulent à entreprendre un traitement pour gérer son trouble de l'humeur ou d'anxiété et à s'y conformer^{13,52}.

Bien qu'ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, près du

TABLEAU 2 (suite)

Association entre les caractéristiques sociodémographiques et cliniques et le recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques (comparativement à aucun traitement) parmi les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété (n = 2 916), EPMCC-THA 2014

	RC ajusté ^a (IC à 95 %)	valeur p
Durée du trouble (ans)		
0 à 4	1,7 (0,9 à 3,0)	0,101
5 à 19	1,3 (0,8 à 2,2)	0,246
20 et plus	Référence	
Comorbidités physiques (nombre)		
0	1,0 (0,5 à 1,9)	0,948
1 à 2	0,8 (0,5 à 1,4)	0,427
3 ou plus	Référence	

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

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

^a Ajusté en fonction de toutes les variables du modèle, soit le sexe, l'âge, l'état matrimonial, le niveau de scolarité du répondant, les quintiles de suffisance de revenu du ménage ajustés, le statut d'immigration, l'identité autochtone, la région géographique, le milieu de résidence, le type de trouble, la durée du trouble et le nombre de comorbidités physiques.

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

cinquième (18,2 %) des Canadiens adultes atteints de ces troubles ont indiqué ne pas prendre de médicaments ni avoir reçu de consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois. Par rapport aux répondants ayant recours aux médicaments et/ou aux consultations psychologiques, ils étaient souvent plus jeunes (18 à 34 ans), avaient un revenu familial plus bas et était atteints d'un trouble d'anxiété seulement. Fait intéressant, il a été démontré que les jeunes adultes qui privilégiaient fortement les consultations psychologiques par rapport au traitement pharmacologique mais n'en avaient pas reçu étaient nombreux à ne pas recevoir de traitement du tout⁴⁴, sans compter que l'insuffisance du revenu a une incidence sur le recours aux spécialistes en psychothérapie³⁵. Nous ignorons toutefois dans quelle mesure les symptômes de ces répondants étaient graves et à quel point ils nécessitaient un traitement. Il faut aussi garder à l'esprit le processus normal selon lequel les gens décident de suivre un traitement et le fait que l'on peut refuser un traitement pour des questions de principe ou autres.

Enfin, il est important de souligner que notre étude portait sur des cas autodéclarés de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété diagnostiqué, mais que, comme l'a montré une étude récente menée au Canada²⁵, jusqu'à 50 % des personnes qui présentaient des symptômes compatibles avec un trouble de l'humeur n'avaient pas obtenu

de diagnostic. Par conséquent, notre échantillon ne constitue qu'un sous-ensemble de la population qui pourrait bénéficier d'un diagnostic et, au bout du compte, d'un traitement.

Points forts et limites

Notre 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. Cependant, nos résultats devraient être interprétés en tenant compte d'un certain nombre de limites. En premier lieu, la possibilité de généraliser nos résultats est limitée en raison de l'exclusion, dans cette enquête, des trois territoires canadiens et de certaines populations présentant un risque accru de maladie mentale telles que les populations autochtones^{54,55} vivant dans des réserves ou sur des terres de la Couronne, les sans-abri⁵⁶, les patients vivant en établissement⁵⁷ et les personnes incarcérées⁵⁸.

En deuxième lieu, nos résultats étant basés sur des données autodéclarées, un biais de rappel, un biais de désirabilité sociale ou une non-déclaration consciente ont pu entraîner une classification erronée des résultats ou des variables explicatives.

En troisième lieu, le taux de réponse de 68,9 % à l'EPMCC-THA 2014 a pu introduire un biais de non-réponse. Statistique

Canada a cependant ajusté le poids des répondants pour tenir compte de l'absence des personnes exclues ou n'ayant pas répondu qui faisaient partie de la population ciblée par l'EPMCC²⁸.

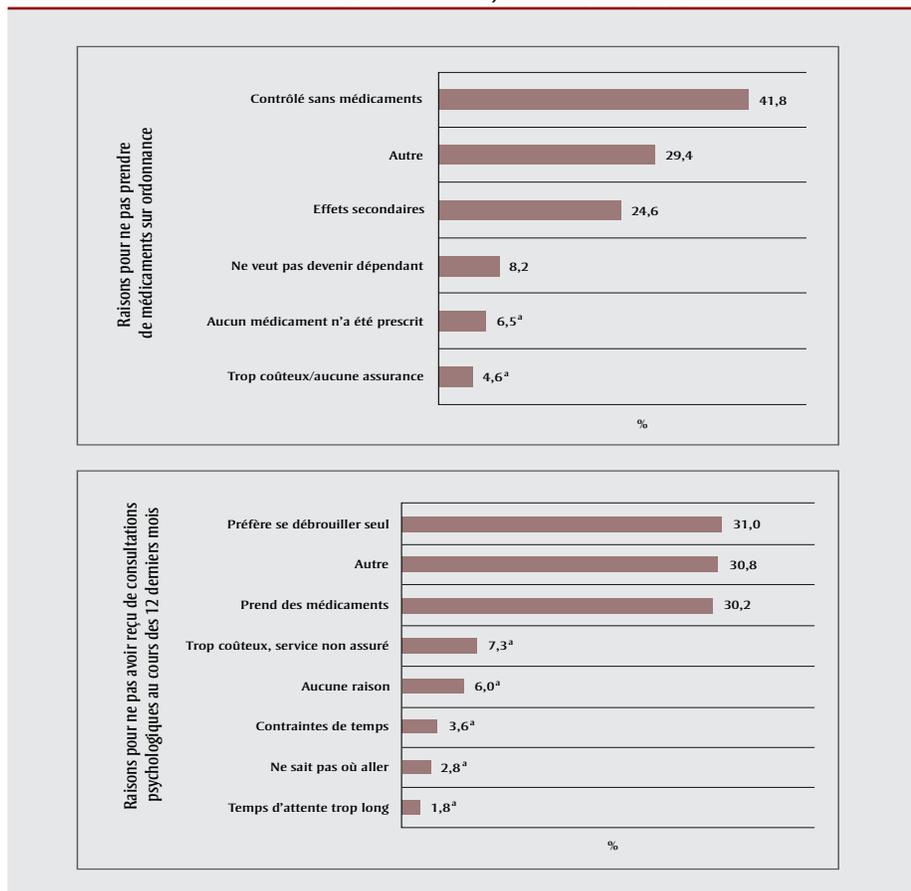
En quatrième lieu, l'enquête n'a pas recueilli de renseignements sur des sujets importants en lien avec la gestion des troubles de l'humeur et/ou d'anxiété. Par exemple, elle ne comportait aucune question à propos des nouveaux types de consultations psychologiques tels que la thérapie et le soutien cognitivo-comportementale en ligne, le caractère adéquat du traitement reçu et la gravité des symptômes des répondants. Afin de mieux comprendre l'utilisation des médicaments et des consultations psychologiques pour la gestion des troubles de l'humeur et d'anxiété, ces thèmes pourraient être abordés dans une prochaine enquête. Cependant, pour faire en sorte que les répondants soient assez nombreux pour qu'on puisse obtenir des conclusions significatives, il serait préférable de cibler les personnes atteintes de troubles de santé mentale plutôt que de recourir à un sous-échantillon tiré d'une enquête populationnelle.

En cinquième lieu, une proportion étonnamment élevée de répondants a choisi « autre » comme raison à ne pas prendre de médicaments et/ou ne pas avoir reçu de consultations psychologiques, question que nous n'avons pas pu aborder dans cet article. Des études comportant une analyse qualitative en profondeur des obstacles potentiels suivie de tests cognitifs sur les choix de réponses prédéterminés sont nécessaires pour faire en sorte que ces derniers fournissent davantage d'information dans les enquêtes à venir. L'inclusion d'une question ouverte après le choix de réponse « autre » permettrait également de mieux explorer les obstacles potentiels dans les enquêtes à venir.

Enfin, un certain nombre de limites sont attribuables à la taille de l'échantillon. Par exemple, la mesure relative au statut d'immigration n'était pas assez sensible en ce qui concerne les difficultés auxquelles se heurtent les néo-Canadiens, parce que nous n'avons pas pu désagréger cette caractéristique en fonction du temps écoulé depuis l'immigration, en raison du petit nombre de répondants classés comme immigrants. De plus, vu le faible nombre de répondants ayant reçu des consultations psychologiques seulement (n = 164), nous

FIGURE 2

Raisons invoquées pour ne pas prendre de médicaments sur ordonnance (n = 642) ou pour ne pas avoir reçu de consultation psychologique au cours des 12 derniers mois (n = 1 378) parmi les Canadiens de 18 ans et plus ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'humeur et/ou d'anxiété, EPMCC-THA 2014



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

Remarque : Les pourcentages sont basés sur les données pondérées et leur somme ne donne pas 100 % car les répondants pouvaient fournir plus d'une raison.

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

avons dû agréger les quintiles de suffisance de revenu du ménage et les niveaux de scolarité pour nous assurer que nos estimations répondaient aux lignes directrices pour la diffusion des données de Statistique Canada relatives à la variabilité d'échantillonnage²⁸. Par ailleurs, certaines estimations relatives aux caractéristiques du sous-groupe ayant reçu des consultations psychologiques seulement comportaient une grande variabilité d'échantillonnage (coefficient de variation élevé), ce qui a limité notre capacité à tirer des conclusions concernant les différences possiblement significatives entre les quatre sous-groupes de traitement.

Conclusion

La grande majorité des Canadiens adultes ayant déclaré avoir reçu un diagnostic de

trouble de l'humeur et/ou d'anxiété a affirmé avoir eu recours à des médicaments sur ordonnance et/ou des consultations psychologiques au cours des 12 derniers mois. Étant donné que les consultations psychologiques ont des effets comparables aux médicaments dans le cas de plusieurs troubles dépressifs et anxieux mais que d'après les résultats de notre étude, la plupart des Canadiens adultes ayant déclaré être atteints d'un trouble de l'humeur et/ou d'anxiété prennent des médicaments, il y a lieu d'approfondir l'étude de l'accès aux consultations psychologiques et le recours à ce service. En dégageant les facteurs associés au recours à ces traitements cliniques conventionnels et les raisons invoquées pour ne pas y avoir recours, cette étude met en lumière l'importance de discuter avec les patients des options de

traitement et des obstacles perçus afin d'offrir un traitement adapté à leurs besoins et leurs préférences.

Remerciements

L'EPMCC-THA 2014 a été financée par l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et conçue en collaboration avec Statistique Canada. L'élaboration de l'enquête a aussi été rendue possible grâce à la contribution des membres du Comité consultatif sur la surveillance de la santé mentale et de la maladie mentale de l'ASPC. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2013 a été réalisée par Statistique Canada en partenariat avec Santé Canada et l'ASPC et a bénéficié d'un financement du gouvernement canadien.

Conflits d'intérêt

Les auteurs déclarent n'avoir aucun conflit d'intérêts. Aucun soutien financier ou matériel externe n'a été obtenu pour la tenue de cette étude.

Contribution des auteurs

SO a effectué l'analyse statistique et a rédigé le manuscrit. Tous les auteurs ont contribué à la conception de l'étude, à l'analyse des données et à l'interprétation des résultats, ont effectué une révision critique du manuscrit et en ont approuvé la version finale.

Références

1. Pearson C, Janz T, Ali J. Health at a glance: mental and substance use disorders in Canada [Internet]. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2013. En ligne à : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-624-x/2013001/article/11855-fra.htm>
2. Agence de la santé publique du Canada. Les troubles anxieux et de l'humeur au Canada : Points saillants de l'Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada – 2014 [Internet]. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2015. En ligne à : <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/maladies-et-affections/troubles-anxieux-et-humeur-canada.html>
3. 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.

4. Mitchell AJ, Vaze A, Rao S. Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis. *Lancet*. 2009; 374(9690):609-619.
5. 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.
6. 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.
7. Kasper S. Anxiety disorders: underdiagnosed and insufficiently treated. *Int J Psychiatry Clin Pract*. 2006;10 Suppl 1:3-9.
8. Weisberg RB, Dyck I, Culpepper L, Keller MB. Psychiatric treatment in primary care patients with anxiety disorders: a comparison of care received from primary care providers and psychiatrists. *Am J Psychiatry*. 2007; 164(2):276-282.
9. Starkes JM, Poulin CC, Kisely SR. Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Can J Psychiatry*. 2005;50(10):580-590.
10. Roberge P, Fournier L, Duhoux A, Nguyen CT, Smolders M. Mental health service use and treatment adequacy for anxiety disorders in Canada. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2011;46(4):321-330.
11. Anderson IM, Haddad PM. CANMAT guidelines for depression: clear and user-friendly. *J Affect Disord*. 2009;117 Suppl 1:S3-S4.
12. 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:S1-S2.
13. Yatham LN, Kennedy SH, Parikh SV, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) and International Society for Bipolar Disorders (ISBD) collaborative update of CANMAT guidelines for the management of patients with bipolar disorder: update 2013. *Bipolar Disord*. 2013; 15(1):1-44.
14. Katzman MA, Bleau P, Blier P, et al. Canadian clinical practice guidelines for the management of anxiety, post-traumatic stress and obsessive-compulsive disorders [Internet]. *BMC psychiatry*. 2014;14 Suppl 1:S1. En ligne à : <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-14-S1-S1.pdf>
15. 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.
16. 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.
17. 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 [Internet]. *PLOS ONE*. 2014;9(4):e96110. En ligne à : <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0096110>
18. 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.
19. Carek PJ, Laibstain SE, Carek SM. Exercise for the treatment of depression and anxiety. *Int J Psychiatry Med*. 2011;41(1):15-28.
20. Parikh SV, Segal ZV, Grigoriadis S, et al. Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) clinical guidelines for the management of major depressive disorder in adults. II. Psychotherapy alone or in combination with antidepressant medication. *J Affect Disord*. 2009;117 Suppl 1:S15-S25.
21. National Collaborating Centre for Mental Health. Depression: the treatment and management of depression in adults (partial update of NICE Clinical Guideline 23). London: National Institute for Health and Clinical Excellence (UK); 2009. En ligne à : <http://www.dualdiagnosis.co.uk/uploads/documents/originals/Depression%20in%20Adults%20NICE%20Guidance.pdf>
22. Canadian Psychiatric Association. Clinical practice guidelines: management of anxiety disorders. *Can J Psychiatry*. 2006;51 Suppl 2:9S-91S. Erratum in: *Can J Psychiatry*. 2006; 51(10):623.
23. Patten SB, Sedmak B, Russell ML. Major depression: prevalence, treatment utilization and age in Canada. *Can J Clin Pharmacol*. 2001;8(3): 133-138.
24. Patten SB, Williams JV, Lavorato DH, Wang JL, McDonald K, Bulloch AG. Descriptive epidemiology of major depressive disorder in Canada in 2012. *Can J Psychiatry*. 2015;60(1):23-30.
25. Pelletier L, O'Donnell S, Dykxhoorn J, McRae L, Patten SB. Under-diagnosis of mood disorders in Canada. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2016 May 6:1-10.
26. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Composante annuelle, 2013 : spécifications des variables dérivées (VD). Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
27. O'Donnell S, Cheung R, Bennett K, Lagacé, 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.
28. Statistique Canada. Enquête sur les personnes ayant une maladie chronique au Canada : guide de l'utilisateur. Ottawa (Ont.) : Statistique Canada; 2014.
29. Rust K, Rao JN. Variance estimation for complex surveys using replication techniques. *Stats Methods Med Res*. 1996;5(3):281-310.
30. McHugh RK, Whitton SW, Peckham AD, Welge JA, Otto MW. Patient preference for psychological vs pharmacologic treatment of psychiatric disorders: a meta-analytic review. *J Clin Psychiatry*. 2013;74(6):595-602. doi: 10.4088/JCP.12r07757.
31. Rickwood DJ, Deane FP, Wilson CJ. When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Med J Aust*. 2007;187(7 Suppl):S35-S39.

32. Marcus M, Westra H. Mental health literacy in Canadian young adults: results of a national survey. *Can J Community Ment Health*. 2012;31(1): 1-15.
33. Stuart H, Patten SB, Koller M, Modgill G, Liinamaa T. Stigma in Canada: results from a rapid response survey. *Can J Psychiatry*. 2014;59(10 Suppl 1):S27-S33.
34. Association médicale canadienne. Assurer un accès équitable aux soins de santé : Stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins [Internet]. Ottawa (Ont.) : Association médicale canadienne; 2013. En ligne à : https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/policy-research/CMA_Policy_Ensuring-equitable_access_to_health_care_PD14-04-f.pdf
35. 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.
36. Slaunwhite AK. The role of gender and income in predicting barriers to mental health care in Canada. *Community Ment Health J*. 2015;51(5): 621-627.
37. Vasiliadis H, Lesage A, Adair C, Boyer R. Service use for mental health reasons: cross-provincial differences in rates, determinants, and equity of access. *Can J Psychiatry*. 2005;50(10): 614-619.
38. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
39. McLaughlin TP, Khandker RK, Kruzikas DT, Tummala R. Overlap of anxiety and depression in a managed care population: prevalence and association with resource utilization. *J Clin Psychiatry*. 2006;67(8):1187-1193.
40. Bakish D. The patient with comorbid depression and anxiety: the unmet need. *J Clin Psychiatry*. 1999;60 Suppl 6:20-24.
41. Schoevers RA, Van HL, Koppelmans V, Kool S, Dekker JJ. Managing the patient with co-morbid depression and an anxiety disorder. *Drugs*. 2008; 68(12):1621-1634.
42. Schaffer A, McIntosh D, Goldstein BI, et al. The CANMAT task force recommendations for the management of patients with mood disorders and comorbid anxiety disorders. *Ann Clin Psychiatry*. 2012; 24(1):6-22.
43. Cuijpers P, Sijbrandij M, Koole SL, Andersson G, Beekman AT, Reynolds CF 3rd. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons. *World Psychiatry*. 2013;12(2):137-148.
44. van Schaik DJ, Klijn AF, van Hout HP, et al. Patients' preferences in the treatment of depressive disorder in primary care. *Gen Hosp Psychiatry*. 2004;26(3): 184-189.
45. Houle J, Villaggi B, Beaulieu MD, Lespérance F, Rondeau G, Lambert J. Treatment preferences in patients with first episode depression. *J Affect Disord*. 2013;147(1-3):94-100.
46. Reifels L, Bassilios B, King KE, Fletcher JR, Blashki G, Pirkis JE. Innovations in primary mental health-care. *Aust Health Rev*. 2013;37(3): 312-317.
47. Vasiliadis HM, Dezetter A. Publicly funded programs of psychotherapy in Australia and England. *Sante Ment Que*. 2015;40(4):101-118.
48. Fansi A, Jehanno C. Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet I – Examen des données probantes sur l'efficacité et le coût de la psychothérapie comparativement à ceux de la pharmacothérapie dans le traitement des adultes atteints de troubles anxieux et dépressifs [Internet]. Québec (QC): Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS); 2015. En ligne à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletI_cout_psycho_compare_cout_pharmaco.pdf
49. Fansi A, Jehanno C. Avis sur l'accès équitable aux services de psychothérapie. Volet II – Analyse des modalités et des conditions d'accès aux services de psychothérapie pour le traitement des adultes atteints de troubles dépressifs et anxieux. Québec (QC) : Institut national d'excellence en santé et en services sociaux (INESSS);2015. En ligne à : https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/PsychiatriePsychologie/INESSS_Psychotherapie_VoletII_modalites_conditions_acces.pdf
50. Anderssen E. Open minds: better mental health care—the case for publicly funded therapy [Internet]. *The Globe and Mail*. 22 mai 2015. [mis à jour le 22 juin 2016]. En ligne à : <http://www.theglobeandmail.com/life/the-case-for-publicly-funded-therapy/article24567332/>
51. Mojtabai R, Olfson M, Sampson NA, et al. Barriers to mental health treatment: results from the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*. 2011;41(8):1751-1761.
52. Pompili M, Venturini P, Palermo M, et al. Mood disorders medications—predictors of nonadherence—review of the current literature. *Expert Rev Neurother*. 2013;13(7):809-825.
53. Wuthrich VM, Frei J. Barriers to treatment for older adults seeking psychological therapy. *Int Psychogeriatr*. 2015; 27(07):1227-1236.
54. MacMillan HL, Jamieson E, Walsh CA, et al. First Nations women's mental health: results from an Ontario survey. *Arch Womens Ment Health*. 2008; 11(2):109-115.
55. Agence de la santé publique du Canada. Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada. Dans : Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Ottawa (Ont.) : Agence de la santé publique du Canada; 2006. p. 159-179. [HP5-19/2006E]
56. Krausz RM, Clarkson AF, Strehlau V, Torchalla I, Li K, Schuetz CG. Mental disorder, service use, and barriers to care among 500 homeless people in 3 different urban settings. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48(8):1235-1243.

-
57. Seitz D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. *Int Psychogeriatr*. 2010;22(7):1025-1039.
58. Simpson AI, McMaster JJ, Cohen SN. Challenges for Canada in meeting the needs of persons with serious mental illness in prison. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2013;41(4):501-509.