
Association des troubles de l'humeur concomitants et des maladies chroniques avec l'incapacité et la qualité de vie en Ontario, Canada

T Gadalla, Ph.D. (1)

Résumé

La prévalence des troubles de l'humeur est plus élevée chez les personnes atteintes d'une maladie physique chronique comparativement aux personnes ne souffrant pas d'une telle maladie. Ces troubles augmentent le degré d'incapacité associé à l'affection physique et exercent un effet défavorable sur l'évolution de cette dernière, contribuant ainsi aux difficultés professionnelles, à une perturbation des relations familiales et interpersonnelles, à un mauvais état de santé et au suicide. La présente étude est fondée sur les données recueillies dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 3.1 (2005); elle vise à examiner les facteurs associés aux troubles de l'humeur concomitants et à évaluer leur association avec la qualité de vie des personnes vivant en Ontario. Les résultats ont indiqué que les sujets atteints du syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie, d'un trouble intestinal ou d'ulcères gastriques ou intestinaux présentaient les taux les plus élevés de troubles de l'humeur. La probabilité de présenter un trouble de l'humeur concomitant était plus élevée chez les femmes, les célibataires, les démunis, les personnes nées au Canada et les personnes âgées de 30 à 69 ans. La présence de troubles de l'humeur concomitants était associée de manière significative à l'incapacité de courte durée, au besoin d'aide pour exécuter les activités instrumentales de la vie quotidienne et à l'idéation suicidaire. Il convient d'encourager les dispensateurs de soins à dépister de façon proactive les troubles de l'humeur chez les patients atteints d'une maladie chronique, particulièrement dans les sous-groupes considérés comme étant à risque élevé de présenter de tels troubles.

Mots clés : Ontario, troubles de l'humeur, maladies chroniques, qualité de vie, incapacité de courte durée

Introduction

Les troubles de l'humeur (trouble de dépression majeure, trouble bipolaire, manie ou dysthymie) sont parmi les troubles mentaux les plus fréquents. Un adulte sur sept (13,4 %) vivant au Canada a déclaré avoir présenté, à un certain moment de son existence, des symptômes correspondant aux critères d'un trouble de l'humeur, et environ 5,3 % de la population canadienne âgée de 15 ans et plus a reçu un diagnostic de trouble de l'humeur en 2002¹. La dépression constitue, pour les

individus et les sociétés, un fardeau à un point tel que l'Organisation mondiale de la Santé a prédit que, d'ici l'année 2020, la dépression majeure unipolaire sera classée au deuxième rang des causes principales de l'année de vie corrigée de l'incapacité (ACVI) précédée par les maladies cardiovasculaires². Il existe des données selon lesquelles la prévalence des troubles de l'humeur chez les personnes atteintes d'une maladie physique chronique est nettement plus élevée que chez les personnes ne souffrant pas d'une telle maladie. Selon l'Enquête sur la santé

mentale et le bien-être (2002), une personne atteinte d'une affection physique chronique courait un risque deux fois plus élevé de présenter un trouble de l'humeur qu'une personne ne souffrant pas d'une telle affection³. Les troubles dépressifs accompagnent souvent les maladies chroniques telles que la cardiopathie, l'accident vasculaire cérébral, la maladie de Parkinson, le cancer et le VIH/sida (Evans et coll., 2005)⁴. Ainsi, les taux déclarés de prévalence de la dépression varient de 17 à 27 % chez les patients souffrant d'une cardiopathie, de 22 à 29 % chez les patients atteints d'un cancer et de 9 à 26 % chez les patients diabétiques⁴. Selon Fuller-Thomson et Sulman⁵, 16,3 % des Canadiens atteints d'une maladie intestinale inflammatoire en 2002 étaient dépressifs.

La prévalence élevée des troubles de l'humeur chez les sujets atteints d'affections physiques chroniques constitue un fardeau considérable pour les personnes et la société. Sur le plan individuel, les troubles de l'humeur peuvent entraîner des difficultés professionnelles, une perturbation des relations familiales et interpersonnelles, un mauvais état de santé et le suicide⁶. Les recherches existantes laissent entendre que la dépression majeure influe sur la maladie physique : elle augmente le degré d'incapacité associé à de nombreuses affections physiques et exerce un effet défavorable sur l'évolution de celles-ci⁴. Les personnes qui éprouvent des problèmes de santé physique sont souvent en proie à l'anxiété ou à la dépression, ce qui influence leur réponse au traitement. D'autre part, les personnes atteintes d'une maladie mentale peuvent

Coordonnées des auteurs

1 Faculté de travail social de l'Université de Toronto

Correspondance : Tahany Gadalla, Professeure adjointe, Faculté de travail social, Université de Toronto, 246 Bloor Street West, Toronto (Ontario), Canada M5S 1A1, Tél : 416-946-0623, Courriel : tahany.gadalla@utoronto.ca

présenter des symptômes physiques et des maladies, tels que la perte de poids et les perturbations biologiques associées aux troubles de l'alimentation. Une grande partie des recherches effectuées dans ce domaine visent à évaluer les répercussions de la dépression sur la qualité de vie, après ajustement pour tenir compte de la gravité de la maladie physique (p. ex. Vali et Walkup⁷ et Ades et coll.⁸), plutôt qu'à comparer les répercussions des troubles mentaux concomitants chez les sujets, selon qu'ils sont atteints ou non d'une maladie physique. Ces études révèlent habituellement que la dépression influe de manière défavorable sur la qualité de vie des patients, après ajustement pour tenir compte de la gravité de la maladie physique. Ferketich et coll.⁹ ont analysé les données recueillies dans une étude longitudinale nationale et ont constaté que le risque de souffrir d'une cardiopathie était supérieur de 71 % chez les hommes dépressifs, et que ces derniers couraient un risque 2,34 fois plus élevé de mourir de cette maladie que les hommes non dépressifs. Simon et coll.¹⁰ ont comparé les scores de la sous-échelle SF-36 d'un échantillon clinique de patients dépressifs atteints ou non d'une maladie physique chronique et ont conclu que les troubles dépressifs et les maladies physiques chroniques étaient associés à des profils de déficience différents et que les troubles dépressifs concomitants étaient responsables du fardeau considérable lié à la déficience fonctionnelle additionnelle. Katon¹¹ a estimé que les coûts médicaux sont presque 50 % plus élevés en présence d'une dépression majeure que ceux associés à la maladie physique chronique seulement. Les associations entre les autres troubles de l'humeur, tels que le trouble bipolaire ou la dysthymie, et la maladie physique ainsi que leurs effets sur la qualité de vie des sujets atteints d'une maladie physique n'ont pas été étudiés.

Sur le plan national, les troubles de l'humeur concomitants peuvent influencer de façon défavorable sur l'économie en entraînant une diminution de la productivité et une augmentation des coûts des soins de santé. Plusieurs études ont

analysé les répercussions des troubles dépressifs concomitants sur le coût des services de santé en observant des patients atteints d'affections physiques précises, telles que l'arthrite⁷. Dans une étude sur le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada, Stephens et Joubert¹² ont estimé que les pertes de productivité au travail attribuables seulement aux troubles de l'humeur s'élèvent, chaque année, à 4,5 milliards de dollars. On ne connaît guère les répercussions des troubles de l'humeur concomitants sur la productivité, le fonctionnement quotidien et la qualité de vie des personnes dans la population canadienne. De plus, les coûts associés à la comorbidité « troubles mentaux/affections physiques » pour la société exigent des études plus poussées.

Le sous-traitement des troubles de l'humeur, dont on a largement fait état, amplifie et renforce les répercussions défavorables de ces troubles sur la vie des sujets atteints d'une maladie physique et sur la société dans son ensemble. Bien que des interventions efficaces pour le traitement des troubles de l'humeur soient offertes, la plupart des personnes qui en souffrent ne consultent pas un professionnel de la santé. Strakes et coll.¹³ ont indiqué qu'au Canada atlantique, seulement 40 % des personnes présentant une dépression probable avaient consulté un omnipraticien ou un spécialiste de la santé mentale au sujet de leur état. Malgré la couverture universelle des services médicaux et hospitaliers au Canada, seulement 56,4 % des Canadiennes, chez qui au moins un épisode de dépression majeure a été diagnostiqué en 2002, ont déclaré avoir fait appel aux ressources de soins de santé au cours des 12 mois précédant l'entrevue¹⁴. Parmi les Canadiens atteints d'une maladie intestinale inflammatoire et présentant un trouble de dépression majeure, seuls 40 % prenaient des antidépresseurs et entre le tiers et la moitié de ces Canadiens ne consultaient aucun professionnel de la santé mentale⁵. La détermination des caractéristiques socio-démographiques des sujets atteints d'une maladie physique et à risque élevé de troubles de l'humeur offre aux dispensateurs de soins des connais-

sances essentielles pour cibler les sujets à risque élevé, et favorise ainsi un diagnostic et une intervention précoces.

La plupart des études ayant porté sur la comorbidité « troubles mentaux/affections physiques » ont utilisé des échantillons cliniques, ce qui pourrait avoir faussé les résultats. Par conséquent, les chercheurs ont mis en évidence le rôle des études en population dans la détermination de l'ampleur et de la nature de la comorbidité « troubles mentaux/maladies physiques » ainsi que les répercussions d'une telle comorbidité sur les personnes atteintes et sur la société en général. À ce jour, seules quelques études ayant examiné la comorbidité « troubles mentaux/affections physiques » ont été réalisées auprès d'échantillons communautaires. De plus, la plupart de ces études ont utilisé le diagnostic autodéclaré des affections physiques ou les symptômes autodéclarés de troubles mentaux. La présente enquête reposait sur les données les plus récentes relatives à un échantillon représentatif de personnes vivant en Ontario, au Canada. L'enquête avait deux objectifs. Elle a tout d'abord examiné le lien entre les caractéristiques socio-démographiques et les troubles de l'humeur chez les Ontariens atteints d'affections physiques chroniques. Puis, elle a évalué l'incapacité de courte durée, la limitation des activités de la vie quotidienne et l'idéation suicidaire chez les personnes présentant des troubles de l'humeur concomitants comparativement aux personnes atteintes seulement d'une maladie physique chronique.

Méthodologie

Échantillon

La présente étude s'est fondée sur un sous-groupe de données recueillies par Statistique Canada dans le cycle 3.1 de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), données qui sont accessibles au public¹⁵. L'enquête a été réalisée en 2005, et a utilisé un plan d'échantillonnage probabiliste en grappes stratifié à plusieurs degrés, où le logement représente l'unité finale d'échantillonnage.

L'échantillon a été stratifié selon la province ainsi que les régions (urbaines versus rurales) dans la province. L'échantillon de l'enquête représentait environ 98 % de la population canadienne âgée de 12 ans ou plus qui résidait dans des logements privés dans les dix provinces et les trois territoires. Les personnes vivant dans les réserves indiennes, celles vivant en établissement, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les habitants de certaines régions éloignées ont été exclus de l'enquête. Cinquante pour cent des répondants ont été interviewés suivant la méthode d'interview en personne assistée par ordinateur (IPAO), et cinquante pour cent suivant la méthode de l'interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO). Le cycle 3.1 de l'ESCC incluait une liste de questions communes à utiliser dans toutes les provinces ainsi que plusieurs listes de questions facultatives dans lesquelles les provinces pouvaient effectuer une sélection. Une telle approche permettait à chaque province de choisir les questions en fonction de ses besoins et de ses priorités propres. Par conséquent, toutes les variables ne sont pas disponibles pour toutes les provinces. Les données recueillies auprès des participants ontariens incluaient toutes les variables requises pour la présente analyse. Nous avons donc utilisé les données de l'Ontario dans la présente recherche.

Mesures

La question suivante a été posée aux participants : « Les questions qui suivent portent sur certains problèmes de santé de longue durée que vous pouvez avoir. Par « problème de santé de longue durée », on entend un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus, et qui a été diagnostiqué par un professionnel de la santé. » La liste des maladies physiques chroniques comprenait les suivantes : allergies alimentaires, d'autres allergies, asthme, fibromyalgie, arthrite ou rhumatisme, maux de dos, hypertension, migraine, bronchite chronique, emphysème, maladie pulmonaire, diabète, épilepsie, cancer, maladie cardiaque, trouble intestinal, cataracte, glaucome,

problème de la thyroïde, syndrome de fatigue chronique, troubles de l'humeur (tels que dépression majeure, trouble bipolaire, manie ou dysthymie) et troubles anxieux (tels que phobie, trouble obsessionnel compulsif ou trouble panique).

Deux variables ont été utilisées pour mesurer l'incapacité de courte durée : le nombre de jours d'incapacité durant les deux semaines précédant l'entrevue et le besoin de l'aide d'une autre personne pour exercer les activités quotidiennes habituelles. On a interrogé les participants à l'enquête sur le nombre de jours où ils avaient dû garder le lit pendant toute une journée ou presque à cause d'une maladie ou d'un problème de santé mentale ou émotionnelle durant les deux semaines précédant l'entrevue. On leur a aussi posé une série de questions pour savoir si, à cause d'un problème de santé de longue durée, ils avaient eu besoin d'aide pour exécuter les activités instrumentales de la vie quotidienne, telles que préparer les repas, faire des achats à l'épicerie ou d'autres commissions, se rendre à des rendez-vous, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, s'occuper de leurs soins personnels ou se déplacer dans la maison. Une affection chronique a été définie comme étant un état qui dure ou qui devrait durer 6 mois ou plus. De plus, on a demandé aux participants à l'enquête vivant en Ontario s'ils avaient songé au suicide au cours des 12 mois précédant l'entrevue.

Les caractéristiques socio-démographiques et les indicateurs de santé utilisés dans cette recherche comprenaient le sexe, le groupe d'âge (12 à 29 ans, 30 à 49 ans, 50 à 69 ans, 70 ans et plus), la situation de famille (marié/en union libre versus divorcé/séparé/veuf/jamais marié), le statut d'immigration (immigrants versus personnes nées au Canada), le niveau de scolarité (niveau inférieur au diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, études post-secondaires partielles et diplôme d'études post-secondaires) et le niveau de revenu (30 % inférieur, 40 % intermédiaire et 30 % supérieur de la distribution des revenus en

Ontario). La variable du niveau de revenu a été établie par Statistique Canada pour mesurer le revenu du ménage du participant par rapport au revenu des ménages de tous les participants vivant dans la province et ayant la même taille de ménage¹⁵. Tout d'abord, un ratio ajusté du revenu total du ménage du participant par rapport au seuil de faible revenu en fonction de la taille de son ménage et de la taille de la collectivité a été calculé. Les ratios ajustés ont alors été divisés en déciles, c.-à-d. en 10 catégories comprenant approximativement le même pourcentage de résidents.

Analyses des données

La prévalence des troubles de l'humeur concomitants parmi les personnes atteintes d'affections physiques chroniques a été calculée. Les probabilités prévues de la présence concomitante par l'effet du hasard des affections physiques chroniques et des troubles de l'humeur ont été calculées et comparées avec les probabilités observées. On a eu recours aux tests du chi carré pour évaluer les relations bivariées entre la prévalence des troubles de l'humeur concomitants et les caractéristiques socio-démographiques chez les personnes atteintes d'une maladie physique chronique ainsi que les relations bivariées entre les troubles de l'humeur et la qualité de vie. Une analyse de régression logistique a été utilisée pour repérer les facteurs socio-démographiques associés à un risque élevé de troubles de l'humeur chez les personnes atteintes d'une maladie physique chronique. Les poids d'échantillonnage ont été rééchelonnés et utilisés dans toutes les analyses. Le rééchelonnage des facteurs de pondération afin d'obtenir une moyenne de un comporte deux avantages. Premièrement, cette méthode prend en considération les probabilités inégales de sélection des participants à l'enquête et ajuste les résultats de l'échantillon en fonction de la composition démographique de la population de l'Ontario, de sorte que les résultats représentent la population ontarienne et non seulement l'échantillon en tant que tel. Deuxièmement, elle garde inchangée la taille totale de l'échantillon afin d'éviter

d'exagérer la taille de l'échantillon aux fins de vérification des hypothèses.

Résultats

Le tableau 1 illustre la prévalence des maladies physiques chroniques et des troubles de l'humeur selon le sexe. Selon les données présentées dans ce tableau, la prévalence des troubles de l'humeur chez les hommes atteints d'une maladie chronique se situait à 6,5 %, comparativement à 1,9 % chez les hommes non atteints d'une telle maladie. La prévalence des troubles de l'humeur chez les femmes souffrant d'une maladie physique chronique s'élevait à 10,5 %, comparativement à 3,8 % chez les femmes ne souffrant pas d'une maladie physique chronique. En utilisant les poids d'échantillonnage publiés par Statistique Canada, il est possible d'estimer à environ 2 557 000 hommes et 3 170 000 femmes le nombre de résidents ontariens vivant avec une

TABLEAU 1
Prévalence de la maladie physique chronique et des troubles de l'humeur selon le sexe, Ontario, 2005 (taille de l'échantillon = 41 701 sujets)

Troubles des l'humeur		Affection physique chronique		Total
		Oui Nombre (%)	Non Nombre (%)	
Hommes	Oui	652 (6.5 %)	198 (1,9 %)	850 (4,1 %)
	Non	9 453 (93.5 %)	10 191 (98,1 %)	19 644 (95,9 %)
	Total	10 105	10 389	20 494
Femmes	Oui	1 319 (10.5 %)	334 (3,8 %)	1 653 (7,8 %)
	Non	11 209 (89.5 %)	8 345 (96,2 %)	19 554 (92,2 %)
	Total	12 528	8 679	21 207
Total	Oui	1 971 (8.7 %)	532 (2,8 %)	2 503 (6,0 %)
	Non	20 662 (91.3 %)	18 536 (97,2 %)	39 198 (94,0 %)
	Total	22 633	19 068	41 701

maladie physique chronique en 2005. De ce nombre, environ 165 000 hommes et 334 000 femmes avaient reçu un diagnostic d'au moins un trouble de l'humeur.

Comme l'indique le tableau 1, 10 105 hommes (49,3 %) ont reçu un diagnostic

de maladie physique chronique par un professionnel de la santé et 4,1 % des hommes ont reçu un diagnostic de trouble de l'humeur. Si ces états pathologiques étaient distincts, la probabilité qu'ils surviennent simultanément par l'effet du hasard seulement serait de 2,02 %

TABLEAU 2
Prévalence des troubles de l'humeur chez les personnes atteintes d'une affection chronique selon des caractéristiques socio-démographiques, Ontario, 2005 (taille de l'échantillon = 22 633 sujets)

Caractéristique	Nombre total	% ayant un trouble de l'humeur	Caractéristique	Nombre total	% ayant un trouble de l'humeur
Hommes	10 105	6,5 %	Affection chronique :		
Femmes	12 528	10,5 %	Allergies alimentaires	2 108	11,7 %
Groupe d'âge, années :			Autres allergies	7 636	10,9 %
12 à 29	3 721	8,1 %	Asthme	3 325	11,4 %
30 à 49	7 512	10,9 %	Fibromyalgie	637	26,5 %
50 à 69	7 699	8,7 %	Arthrite/rhumatisme	7 140	10,9 %
70 et +	3 701	4,9 %	Autres maux de dos	8 089	11,7 %
Marié/union libre	14 803	7,6 %	Hypertension	6 365	8,1 %
Célib./sép./div./veuf	7 811	10,8 %	Migraine	4 721	14,1 %
Niveau de scolarité :			Bronchite	1 009	16,9 %
Formation. inf. au dipl.	4 975	8,6 %	Diabète	2 014	9,3 %
d'études sec.	3 670	9,1 %	Épilepsie	215	13,5 %
Dipl. d'études sec.	1 621	10,8 %	Maladie cardiaque	1 997	9,8 %
Dipl. d'études post-sec.	11 571	8,4 %	Cancer	621	10,1 %
Immigrant	6 421	7,2 %	Ulcères gastr./intest.	1 296	17,0 %
Né au Canada	15 500	9,4 %	Troubles dus à un AVC	476	15,5 %
Selon le niveau de revenu on Ontario :			Trouble intestinal	1 672	17,3 %
Faible	6 127	11,2 %	Cataracte	1 861	8,2 %
Moyen	7 727	8,6 %	Claucome	610	6,9 %
Élevé	5 490	6,6 %	Problème de la thyroïde	2 183	10,9 %
			Synd. de fatigue chr.	543	37,2 %

(49,3 % x 4,1 %). Cependant, la probabilité observée de survenue concomitante était de 3,18 %, ce qui indique l'existence d'une association entre les deux états pathologiques. De la même façon, la probabilité observée d'une maladie physique chronique et de troubles de l'humeur chez les femmes a été établie à 6,22 %, comparativement à une probabilité de 4,6 % que les deux états pathologiques surviennent par l'effet du hasard seulement.

Les taux de prévalence des troubles de l'humeur concomitants chez les sujets présentant différentes caractéristiques sur le plan démographique et sur le plan de la santé figurent au tableau 2. La plus forte prévalence des troubles de l'humeur a été observée chez les femmes, les personnes de 30 à 49 ans, les groupes ayant un faible revenu, les personnes nées au Canada et celles qui étaient divorcées, séparées, veuves ou qui n'avaient jamais été mariées. Les proportions les plus élevées de personnes présentant des troubles de l'humeur ont été notées chez les personnes ayant reçu un diagnostic de syndrome de fatigue chronique, de fibromyalgie, de trouble intestinal, d'ulcères gastriques ou intestinaux ou de bronchite chronique et chez celles souffrant de troubles dus à un accident vasculaire cérébral.

Les tests du chi carré à deux variables ont indiqué que la prévalence des troubles de l'humeur concomitants était associée de manière significative au sexe, à l'âge, à la situation de famille, au statut d'immigration ainsi qu'aux niveaux de scolarité et de revenu de la personne. Par conséquent, nous avons utilisé ces variables dans l'analyse de régression logistique pour prédire la présence de troubles de l'humeur chez une personne atteinte d'une maladie physique. Les résultats de cette analyse, figurant dans le tableau 3, indiquent que la probabilité de souffrir d'un trouble de l'humeur était plus élevée chez les femmes, les célibataires, les démunis, les personnes nées au Canada et les personnes âgées de 30 à 69 ans. Les femmes atteintes d'une maladie chronique étaient 65 % plus susceptibles de présenter des troubles de l'humeur que les hommes dans la même situation. La probabilité de présenter des troubles de l'humeur chez les personnes

atteintes d'une maladie chronique âgées de 30 à 49 ans était presque trois fois plus élevée que chez les personnes de 70 ans et plus. Chez les personnes âgées de 50 à 69 ans, cette probabilité était plus de deux fois plus élevée que chez les personnes de 70 ans et plus. La probabilité des troubles de l'humeur chez les personnes dont le revenu se situait dans les 30 % inférieurs de la distribution des revenus correspondait au double de celle observée chez les personnes ayant un revenu élevé. Les répondants divorcés, séparés, veufs ou jamais mariés étaient 50 % plus nombreux à présenter des troubles de l'humeur que les répondants ayant une partenaire. Le niveau de scolarité n'était pas une variable explicative significative des troubles de l'humeur.

Le tableau 4 inclut une comparaison des mesures de la qualité de vie chez les personnes atteintes d'affections physiques chroniques avec ou sans troubles de l'humeur. Les données présentées dans ce tableau montrent que 41,7 % des hommes présentant des troubles de l'humeur ont déclaré des jours d'incapacité au cours des deux semaines précédant l'entrevue, comparativement à seulement 17,7 % des hommes non atteints de troubles de l'humeur ($p < 0,0005$). Quarante-quatre

pour cent des femmes présentant des troubles de l'humeur ont déclaré des jours d'incapacité, comparativement à 22,0 % des femmes non atteintes de troubles de l'humeur ($p < 0,0005$). Trente-six pour cent des hommes et 43,7 % des femmes souffrant à la fois d'une maladie chronique et de troubles de l'humeur ont déclaré avoir eu besoin d'aide pour exécuter leurs activités de la vie quotidienne, telles que préparer les repas, se rendre à un rendez-vous, accomplir les tâches ménagères quotidiennes, s'occuper de leurs soins personnels ou se déplacer dans la maison. En revanche, seulement 15,2 % des hommes et 25,1 % des femmes non atteintes de troubles de l'humeur concomitants ont déclaré connaître de telles limitations. Les données du tableau 4 montrent aussi que 14,9 % des hommes atteints à la fois d'une maladie chronique et de troubles de l'humeur ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 mois précédant l'entrevue, comparativement à seulement 1 % des hommes non atteints d'un trouble de l'humeur ($p < 0,0005$). Les pourcentages étaient de 11,7 % chez les femmes atteintes d'un trouble de l'humeur, comparativement à 0,7 % chez les femmes non atteintes d'un tel trouble ($p < 0,0005$). En utilisant les poids d'échantillonnage publiés par

TABLEAU 3
Facteurs socio-démographiques associés aux troubles de l'humeur concomitants chez les personnes atteintes d'une maladie physique chronique, Ontario, 2005 (taille de l'échantillon = 19 213 sujets)

Variable	Rapport de cotes (IC à 95 %)	Valeur <i>p</i>
Femme	1,65 (1,49, 1,84)	< 0,0005
Groupe d'âge, années :		
12 à 29	1,42 (1,14, 1,76)	< 0,0005
30 à 49	2,89 (2,40, 3,49)	< 0,0005
50 à 69	2,31 (1,90, 2,79)	< 0,0005
70 et + (référence)	—	
Célib./sép./div./veuve	1,51 (1,35, 1,70)	< 0,0005
Mariée/union libre (référence)	—	
Immigrante	0,64 (0,57, 0,73)	< 0,0005
Née au Canada (référence)	—	
Selon le niveau de revenu en Ontario :		
Inférieur	1,96 (1,70, 2,25)	0,002
Intermédiaire	1,38 (1,20, 1,58)	< 0,0005
Supérieur (référence)	—	

TABLEAU 4
Relation entre les troubles de l'humeur concomitants et la qualité de vie des personnes atteintes d'une affection physique chronique, selon le sexe, Ontario, 2005 (taille de l'échantillon = 22 633 sujets)

	Trouble de l'humeur		Chi carré (nu = 1)	Valeur p
	Oui Nombre (%)	Non Nombre (%)		
Homme				
Jours d'incapacité au cours des 2 dernières sem. ≥ 1 jour	272 (41,7 %)	1 671 (17,7 %)	232,4	< 0,0005
Aide pour exécuter les act. quot.	234 (35,9 %)	1 438 (15,2 %)	189,1	< 0,0005
Idées suicidaires	97 (14,9 %)	95 (1,0 %)	629,7	< 0,0005
Total – Hommes	652	9 453		
Femmes				
Jours d'incapacité au cours des 2 dernières sem. ≥ 1 jour	575 (43,6 %)	2 469 (22,0 %)	304,0	< 0,0005
Aide pour exécuter les act. quot.	576 (43,7 %)	2 814 (25,1 %)	205,2	< 0,0005
Idées suicidaires	154 (11,7 %)	83 (0,7 %)	760,3	< 0,0005
Total – Femmes	1 319	11 209		

Statistique Canada, il est possible d'estimer que, parmi les Ontariens qui étaient atteints simultanément de troubles de l'humeur et d'une maladie physique chronique en 2005, environ 24 000 hommes et 39 000 femmes avaient eu des idées suicidaires.

Analyse

Les taux de troubles de l'humeur chez les personnes atteintes d'une maladie chronique vivant en Ontario, en 2005, variaient de 7,9 % chez les sujets atteints de cataracte à 37,2 % chez les sujets souffrant du syndrome de fatigue chronique, comparativement à 2,8 % chez les sujets n'ayant aucune affection physique chronique. La prévalence des troubles de l'humeur chez les hommes souffrant d'une maladie chronique correspondait à plus du triple de celle observée chez les hommes non atteints d'une maladie chronique. Chez les femmes présentant une affection physique chronique ou plus, la prévalence atteignait presque le triple de celle observée chez les femmes non atteintes d'une maladie chronique. La prévalence des troubles de l'humeur était supérieure chez les personnes ayant reçu un diagnostic de fibromyalgie, de trouble intestinal, d'ulcères gastriques ou intestinaux ou de bronchite chronique ou chez celles souffrant de troubles dus à un accident vasculaire cérébral. Les taux de troubles de l'humeur

chez les personnes atteintes d'une maladie cardiaque, du cancer ou du diabète observés dans cette étude étaient inférieurs à ceux mentionnés dans la littérature⁴. Ce n'est guère étonnant, étant donné que nous avons utilisé un échantillon communautaire, qui comprenait les sujets atteints du cancer en rémission. Les personnes atteintes de troubles de l'humeur concomitants étaient plus souvent des femmes, des personnes d'âge moyen, des personnes vivant dans la pauvreté, des personnes vivant seules et des personnes nées au Canada. Ces caractéristiques sont semblables à celles des personnes dépressives dans la population générale¹⁶.

Les conclusions de cette enquête ont fait ressortir des répercussions très significatives associées à la présence des troubles de l'humeur sur toutes les mesures de la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie chronique. La présence des troubles de l'humeur était associée à un risque d'incapacité de courte durée deux fois plus élevé chez les hommes et près de deux fois plus élevé chez les femmes. Elle était aussi associée à une augmentation de deux ordres de grandeur de la proportion d'hommes et de femmes atteints d'une maladie chronique qui avaient besoin d'aide pour exécuter leurs activités de la vie quotidienne. De plus, la présence de troubles de l'humeur concomitants était associée à une augmentation de la proportion de personnes ayant des idées

suicidaires, soit une augmentation par un facteur de 15 et de 17 chez les hommes et les femmes, respectivement.

On a avancé qu'une relation bidirectionnelle entre les troubles de l'humeur et la maladie physique chronique pourrait expliquer leur comorbidité élevée⁴. Un diagnostic de maladie physique invalidante et le déclin parallèle de l'état de santé physique peuvent causer suffisamment de détresse pour déclencher un épisode de dépression chez les personnes vulnérables. En revanche, les recherches ont permis de découvrir que la dépression en soi peut agir comme un facteur de risque pour diverses maladies chroniques. Goodman et Whitaker (2002)¹⁷ ont constaté que les patients souffrant de dépression majeure présentaient des taux supérieurs de comportements nocifs pour la santé, tels que fumer ou manger à l'excès, ce qui contribue à accroître l'incidence du diabète et des maladies cardiaques. Il a aussi été établi que la dépression est un facteur de risque indépendant du diabète sucré de type 2¹⁸. Perretta et coll.¹⁹ ont laissé entendre que la dépression et la manie pouvaient agir comme des facteurs de risque d'infection par le VIH, en incitant l'adoption de comportements à risque élevé. De vastes études en population ont révélé que l'humeur dépressive ou les événements stressants de la vie peuvent accroître le risque de cancer⁴. De plus, la dépression peut nuire au respect du traite-

ment et altérer les fonctions cognitives, ce qui a pour effet d'influer de manière défavorable sur le pronostic des patients et d'accroître la comorbidité chez ces dernières.

De nombreuses recherches ont eu pour but de tenter de comprendre les mécanismes de la relation entre la dépression et la maladie cardiovasculaire. En plus de favoriser l'adoption de comportements nocifs pour la santé et le non-respect du programme de réadaptation cardiaque et des traitements médicaux, certains des mécanismes biologiques possibles pouvant expliquer le risque accru associé à la dépression chez les patients atteints d'une maladie cardiaque sont les suivants : une réduction de la variabilité de la fréquence cardiaque²⁰, une agrégation plaquettaire accrue²¹ et des taux plus élevés de marqueurs de l'inflammation²² chez les patients dépressifs. D'autres troubles de l'humeur peuvent aussi agir comme facteurs de risque pour des maladies physiques et/ou influencer de manière défavorable le pronostic de celles-ci; les mécanismes sous-jacents n'ont toutefois pas fait l'objet de recherches approfondies comme ceux associés à la dépression.

La présente étude comporte certaines limites. L'identification des sujets atteints de troubles de l'humeur et/ou d'une maladie physique chronique n'a pas été faite par les cliniciens. L'enquête n'a pas inclus les personnes vivant dans les maisons de soins infirmiers, les établissements psychiatriques ou les hôpitaux pour malades chroniques, ce qui, par conséquent, entraîne une sous-estimation de la prévalence à la fois des troubles de l'humeur et des maladies chroniques. Les participants n'ont pas été interrogés séparément au sujet de chaque trouble de l'humeur. Au contraire, le trouble de dépression majeure, le trouble bipolaire, la manie et la dysthymie ont été regroupés dans une même question. Par conséquent, il est impossible de faire des déductions sur la prévalence de chacun de ces troubles et ses répercussions sur la qualité de vie. De plus, la nature transversale des données

empêche un examen de la séquence temporelle de l'apparition des troubles de l'humeur et des affections physiques chroniques. Vu ces limites, la présente étude a déterminé la prévalence et les corrélats des troubles de l'humeur chez les personnes atteintes d'une maladie physique chronique en utilisant les données disponibles les plus récentes portant sur un échantillon représentatif de Canadiens vivant en Ontario. De plus, les répondants de l'enquête ne devaient déclarer que les troubles de l'humeur et les affections physiques qui avaient été diagnostiqués par un professionnel de la santé. À la connaissance des auteurs, il s'agit de la première étude à examiner les associations entre les troubles de l'humeur concomitants et l'incapacité de courte durée, la limitation des activités quotidiennes et l'idéation suicidaire au sein de cette population.

Les résultats de cette étude montrent que la détection et le traitement de la dépression sont aussi importants que le traitement de la maladie physique pour maintenir la qualité de vie et aider la personne atteinte à faire face à la maladie physique et à la prendre en charge. L'identification des sous-groupes de personnes atteintes d'une maladie physique qui présentent un risque élevé de troubles de l'humeur fournit aux cliniciens des connaissances importantes pour cibler ces groupes vulnérables à des fins de diagnostic et d'intervention précoces. On encourage les dispensateurs de soins de santé à dépister de façon proactive les troubles de l'humeur chez les patients atteints d'une maladie chronique, particulièrement dans les sous-groupes à risque élevé de présenter de tels troubles. À la lumière d'une enquête réalisée par la Depression and Bipolar Support Alliance²³, on a conclu que la plupart des médecins de premier recours ne possédaient pas suffisamment de connaissances sur les troubles de l'humeur en général et sur le trouble bipolaire en particulier. Les résultats de la présente étude ont fait ressortir l'importance de fournir aux médecins davantage d'information sur le lien entre la santé physique et la santé

mentale et d'intégrer le traitement des troubles de l'humeur d'un patient au plan de traitement de l'affection chronique.

Il est également essentiel d'encourager les personnes atteintes d'une maladie physique à informer leur dispensateur de soins de leurs symptômes psychologiques et à ne pas considérer ces symptômes comme une conséquence naturelle de leur affection physique. Il faut avoir conscience des barrières, qu'elles soient subjectives ou réelles, qui empêchent de demander de l'aide pour des problèmes de santé mentale, et les éliminer. La collecte de données sur les facteurs culturels et sociaux, tels que les croyances relatives à la stigmatisation et à la honte associées aux maladies mentales, ainsi que la confiance à l'égard des fournisseurs de soins de santé sont essentielles à l'élaboration de stratégies créatives et novatrices pour promouvoir la santé mentale. Des programmes psycho-éducatifs adaptés à la réalité culturelle pourraient aider les Canadiens à apprendre à reconnaître les symptômes des troubles de l'humeur et à être conscients de l'importance et des bienfaits potentiels du traitement. De tels programmes favoriseraient l'auto-identification et permettraient un diagnostic et une intervention précoces.

Remerciements

Cette recherche a été fondée sur les données recueillies et publiées par Statistique Canada. Les points de vue et les opinions exprimés ne représentent pas les points de vue de Statistique Canada.

Références

1. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être. Fichier de micro-données à grande diffusion, Ottawa, Statistique Canada, 2002.

2. Michaud CM, Murray CJ, Bloom BR. Burden of disease: Implications for future research. *JAMA*. 2001;285:535-539.
3. Agence de la santé publique du Canada. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2006, n° HP5-19/2006F au catalogue.
4. Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KR, Nemeroff CB, Bremner JD, Carney RM, et al. Mood disorders in the medically ill: Scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58:175-189.
5. Fuller-Thomson E, Sulman J. Depression and inflammatory bowel disease: findings from two nationally representative Canadian surveys. *Inflamm Bowel Dis*. 2006; 12(8):696-706.
6. Olsson M, Klerman GL. Depressive symptoms and mental health service utilization in a community sample. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1992; 27(4):161-167.
7. Vali F, Walkup J. Combined medical and psychological symptoms: Impact on disability and health care utilization of patients with arthritis. *Med Care*. 1998; 36:1073-1084.
8. Ades P, Savage P, Tischler M, Poehlman E, Dee J, Niggel J. Determinants of disability in older coronary patients. *Am Heart J*. 2002;143:151-156.
9. Ferketich A, Schwartzbaum J, Frid D, Moeschberger M. Depression as an antecedent to heart disease among women and men in the WHANES I study. *National Health and Nutrition Survey. Arch Intern Med*. 2000;160:1261-1268.
10. Simon G, Von Kroff M, Rutter C, Paterson D. Treatment process and outcomes for managed care patients receiving new antidepressant prescriptions from psychiatrists and primary care physicians. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:395-401.
11. Katon WJ. Clinical and health services relationships between major depression, depressive symptoms and general medical illness. *Biol Psychiatry*. 2003;54:216-226.
12. Stephens T & Joubert N. Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2001, Vol. 22, no 1, p. 18-23.
13. Starkes J, Poulin C, Kisely S. Unmet need for the treatment of depression in Atlantic Canada. *Can J Psychiatry*. 2005;50:580-90.
14. Gadalla TM. Comparison of users and non-users of mental health services among depressed women: A National Study. *Women&Health*. 2008;47(1):1-19.
15. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 3.1, 2005. Fichier de microdonnées à grande diffusion, Ottawa, Statistique Canada, 2006.
16. Patten SB. Incidence of major depression in Canada. *Can Med Assoc J*. 2000; 163:714-715.
17. Goodman E, Whitaker R. A prospective study of the role of depression in the development and persistence of adult obesity. *Pediatrics*. 2002;110:497-504.
18. Kawakami N, Takatsuka N, Shimizu H, Ishibashi H. Depressive symptoms and occurrence of type 2 diabetes among Japanese men. *Diabetes*. 1999;22:1071-1076.
19. Perretta P, Akiskal HS, Nisita C, Lorenzetta C, Zaccagnini E, Della Santa M, Cassano GB. The high prevalence of bipolar II and associated cyclothymic and hyperthymic temperaments in HIV-patients. *J Affect Disord*. 1998;50:215-224.
20. Gorman JM, Sloan RP. Heart rate variability in depressive and anxiety disorders. *Am Heart J*. 2000;140(4 suppl):77-83.
21. Whyte E, Pollock B, Wagner W, Mulsant B, Ferrel R, Mazumdar S, Reynolds C 3rd. Influence of serotonin-transporter-linked promoter region polymorphism on the platelet activation in geriatric depression. *Am J Psychiatry*. 2001;158:2074-2076.
22. Miller GE, Stetler CA, Carney RM, Freedland KE, Banks WA. Clinical depression and inflammatory risk markers for coronary artery disease. *Am J Cardiol*. 2002;90:1279-1283.
23. Depression and Bipolar Support Alliance (2002). *General Public Survey (Report)*. Chicago, IL: DBSA.