

Évaluation de la santé mentale et des maladies mentales par enquête téléphonique : Enquête sur la santé mentale en Alberta

Scott B Patten, Carol E Adair, Jeanne V A Williams, Rollin Brant, Jian Li Wang, Ann Casebeer et Pierre Beauséjour

Résumé

La santé mentale est une priorité émergente dans la surveillance de la santé. Toutefois, on n'a pas encore déterminé si les sources de données actuelles satisfont aux besoins en matière de surveillance. Le présent projet visait à explorer l'utilisation des enquêtes téléphoniques comme moyen de recueillir de l'information de surveillance additionnelle. Pour ce faire, on a soumis à une entrevue téléphonique assistée par ordinateur 5 400 habitants de l'Alberta. L'entrevue consistait en un ensemble de questions précises et validées visant à évaluer la prévalence des troubles mentaux et des variables connexes. Le taux de réponse des sujets interrogés s'est élevé à 78 %, mais le nombre de refus lors du premier contact a été considérable. La répartition selon l'âge et le sexe de l'échantillon à l'étude était différente de celle de la population de l'ensemble de la province avant la pondération. Les taux de prévalence n'ont pas varié de façon notable d'une région sanitaire administrative à l'autre. La collecte de données par téléphone peut jouer un rôle dans la surveillance de la santé mentale, mais les résultats ont fait ressortir des difficultés sur le plan de la méthodologie; ils ont aussi mené à la mise en question de l'importance des variations régionales de la prévalence des maladies mentales – élément qui aurait représenté un avantage clé des enquêtes téléphoniques.

Mots clés : méthodologie, santé mentale, enquêtes téléphoniques, surveillance

Introduction

La surveillance se distingue de plusieurs manières des autres formes de recherche sur la santé. D'abord, la collecte de données est motivée par le besoin d'établir des preuves plutôt que par des hypothèses de recherche¹. Ensuite, les données de surveillance sont recueillies de façon systématique ou continue. Comme la collecte de données est incorporée à l'analyse et à l'interprétation, elle mène généralement à la mise sur pied de produits de surveillance². Les maladies chroniques³, y compris les maladies mentales (www.who.int/whr/2001/fr/index.html), figurent maintenant parmi les plus importantes questions de santé publique. On a reconnu à l'échelle nationale le besoin d'améliorer la surveillance des maladies chroniques⁴.

D'ailleurs, le peu de progrès réalisés à l'égard de cet objectif a été critiqué à l'échelle nationale (www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020902cf.html).

Les maladies mentales peuvent présenter des difficultés particulières pour la surveillance. Par exemple, la quantité de données existantes est relativement faible. L'outil de surveillance en ligne des maladies chroniques de l'Agence de santé publique du Canada (www.oag-bvg.gc.ca/domino/rapports.nsf/html/20020902cf.html) se concentre sur la mortalité, négligeant les principales séquelles des maladies mentales : l'altération du fonctionnement et de la qualité de vie. L'enquête nationale sur la santé permettant d'effectuer des inférences régionales, à savoir l'Enquête sur la santé

dans les collectivités canadiennes (www.statcan.ca/francais/concepts/hs/index_f.htm), a seulement abordé deux maladies mentales : la dépendance aux substances toxiques et la dépression majeure, cette dernière à titre optionnel seulement (www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle3_1/pdf/cchs3documentation_f.pdf).

L'amélioration de la santé mentale peut soit encourager l'utilisation des services, en raison de l'accessibilité accrue de ceux-ci, soit la défavoriser, en raison de l'amélioration de la santé mentale de la population. C'est pourquoi les statistiques portant sur l'utilisation, telles que les données sur la facturation des médecins et les départs de l'hôpital, fournissent de l'information incomplète. En dépit de cette lacune, et peut-être à cause de leur accessibilité pour les principaux intervenants gouvernementaux, ces données ont pris une grande importance dans la surveillance de la santé mentale. Un projet récent traitant de l'identification des indicateurs de la santé mentale (ICIS) a mené à la publication d'un prototype de rapport contenant essentiellement des données sur les départs de l'hôpital, les jours d'hospitalisation et la durée du séjour. Des analyses semblables ont constitué l'essentiel d'un rapport récent au Manitoba⁵.

Des mesures ont été prises pour élargir la portée des données actuelles de surveillance de la santé mentale au Canada. La plus notable est l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC 1.2) de l'année 2002, qui a produit de nombreuses données sur

Coordonnées des auteurs

Scott B Patten, Carol E Adair, Jian Li Wang, Departments of Community Health Sciences and Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Calgary, Calgary (Alberta) Canada

Jeanne VA Williams, Rollin Brant, Ann Casebeer, Department of Community Health Sciences, University of Calgary, Calgary (Alberta) Canada

Pierre Beauséjour, Department of Psychiatry, University of Alberta, Edmonton (Alberta) Canada

Correspondance : Scott B Patten, Department of Community Health Sciences, 3330 Hospital Drive NW, Calgary (Alberta) Canada T2N 4N1; télécopieur : (403) 270-7307; courriel : patten@ucalgary.ca

la santé mentale et les maladies mentales. Malheureusement, on ne sait pas si ce type d'enquête sera répété; son rôle comme source de données de surveillance est donc incertain. De plus, les systèmes de surveillance devraient pouvoir être adaptés aux besoins des intervenants¹; or, il n'a pas été clairement démontré que les vastes enquêtes nationales spécialisées permettent, par exemple, de répondre adéquatement aux besoins à l'échelle des régions sanitaires. Cette question dépend au moins en partie de l'ampleur de l'écart entre les principales variables d'une région géographique à l'autre. S'il y a un haut degré d'uniformité dans l'ensemble du pays de même que dans les priorités des intervenants, les projets nationaux de grande envergure peuvent suffire.

Les enquêtes téléphoniques, qui représentent un moyen potentiel de combler les lacunes dans la surveillance de la santé mentale, ont déjà été employées dans le cadre d'études canadiennes. Fournier a exploré la mise en application des méthodes d'enquête téléphonique au Québec^{6,7}. En Saskatchewan, les données sur la dépression tirées de l'Enquête sur la santé et la dynamique de la population de la Saskatchewan ont récemment été publiées par D'Arcy⁸. L'Enquête sur la région de Winnipeg a produit des données sur la prévalence de plusieurs troubles d'anxiété⁹⁻¹². La région sanitaire de Calgary est en train d'effectuer une enquête téléphonique de référence sur le trouble d'anxiété généralisée dans la région afin de compléter des études antérieures sur la dépression à Calgary et dans les zones rurales adjacentes¹³. Wild et ses collaborateurs ont eu recours à une enquête téléphonique pour évaluer la prévalence des problèmes liés à l'alcool et l'intérêt pour le matériel d'aide personnelle en Alberta¹⁴. Les entrevues téléphoniques assistées par ordinateur (ETAO) représentent peut-être le seul moyen de recueillir des données sur des zones géographiquement éloignées (voir l'examen des avantages et des inconvénients des ETAO par Choi¹⁵).

Le Conseil de la santé mentale de l'Alberta a lancé, en collaboration avec des chercheurs de l'Université de Calgary, un projet explorant l'application des méthodes

d'enquête téléphonique à la surveillance de la santé mentale en Alberta. Au départ, deux comités consultatifs ont été formés pour orienter le projet. L'un, appelé Comité consultatif du projet, était constitué de décideurs du système de santé mentale. L'autre, appelé Comité consultatif technique, était composé d'épidémiologistes, de biostatisticiens et de chercheurs en services de santé. En tout, trois projets ont été entrepris sous la direction des enquêteurs et des comités consultatifs : 1) enquête sur les priorités de contenu, 2) atelier de concertation et 3) enquête sur la population. Le présent document vise à résumer notre expérience en rapport avec ce projet, à présenter certaines de nos principales observations et à faire ressortir plusieurs questions méthodologiques importantes.

L'enquête sur les priorités de contenu a ciblé 110 informateurs clés du système de santé mentale de l'Alberta. La population cible comprenait des représentants des autorités sanitaires régionales, des directeurs de programmes et de services, des représentants gouvernementaux, des chercheurs universitaires et le Conseil de la santé mentale de l'Alberta. Cinquante-huit des sujets (52,7 %) ont répondu à l'enquête. Parmi les participants, on comptait des représentants de 16 des 17 régions sanitaires de l'Alberta au début de 2003 (le nombre de régions sanitaires de la province a été réduit à 9 en avril 2003). L'enquête a permis de cerner quatre secteurs prioritaires pour la collecte de données régionales : la prévalence, l'utilisation des services, l'influence des troubles sur le fonctionnement et la qualité de vie. De ces priorités, l'utilisation des services était la seule pour laquelle des données étaient systématiquement accessibles aux intervenants régionaux.

Le deuxième projet, en l'occurrence l'atelier de concertation, avait pour but de déterminer un plan d'action. L'atelier, qui a eu lieu à Calgary le 18 octobre 2002, a réuni 11 experts du gouvernement, des régions sanitaires, des universités et de l'équipe d'enquête ainsi qu'un animateur professionnel. Le plan d'action convenu mettait l'accent sur le rôle potentiel de la collecte de données primaires dans l'accroissement de l'accessibilité des données dans les sec-

teurs visés par l'enquête sur les priorités de contenu. Il a été décidé qu'une enquête initiale devait être effectuée et que la population ciblée par cette enquête devait être la population générale à domicile de l'Alberta.

Méthodologie

Méthodes d'échantillonnage

L'Alberta compte 2,97 millions d'habitants, répartis sur une aire de 661 190 km². La population de l'Alberta est urbaine à 80 % et rurale à 20 %. À l'heure actuelle, le système de santé se divise en 9 régions sanitaires dont la population de 18 à 64 ans (c.-à-d. segment visé par la présente enquête) varie entre 757 741 habitants dans la région sanitaire de Calgary et 45 824 dans la région sanitaire de Northern Lights. Une carte illustrant les régions sanitaires de l'Alberta est présentée à l'adresse suivante : www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle3_1/maps/alta_alb_f.pdf. Étant donné les vastes zones géographiques à l'étude, on a jugé nécessaire de recourir à des méthodes d'enquête téléphonique (plutôt qu'à des entrevues « face à face »). Comme les intervenants accordaient une priorité élevée aux estimations spécifiques aux différentes régions, un échantillon stratifié a été utilisé. D'après les estimations faites concernant la précision recherchée, il fallait un échantillon de 600 sujets par région, avec un intervalle de confiance de 95 % et une précision de 2 % selon les caractères qualitatifs ayant une fréquence de 5 %. C'est pourquoi la taille de l'échantillon a été fixée à 5 400.

La collecte de données a été effectuée par l'unité d'enquête sur la population associée au service de l'amélioration de la qualité et de l'information sanitaire (Quality Improvement and Health Information - QIHI) de la région sanitaire de Calgary. L'unité d'enquête assure la tenue à jour d'une liste de numéros de téléphone résidentiels dans la province. Au départ, on a sélectionné un échantillon aléatoire de ces numéros. Cependant, comme les numéros non inscrits étaient exclus de cette liste, on a craint d'introduire un biais dans l'éventualité où les ménages ayant un numéro non inscrit présentaient des

caractéristiques différentes de ceux ayant un numéro inscrit. Pour s'assurer que les numéros non inscrits étaient également inclus dans l'échantillon, on a adopté comme stratégie de changer le dernier chiffre du numéro de téléphone¹⁶. La valeur 1 a été additionnée à chacun des numéros sélectionnés aléatoirement. Cette approche du « +1 » a permis, contrairement aux autres systèmes de composition aléatoires, de ne pas avoir à déterminer des suffixes de numéros de téléphone¹⁷, prévenant du même coup l'effet de regroupement inhérent aux autres méthodes d'échantillonnage. Pour chaque ménage joint, la personne à interroger était sélectionnée aléatoirement selon la méthode du « prochain anniversaire »¹⁸.

Mesures

L'entrevue téléphonique menée auprès des sujets sélectionnés comprenait la mini-entrevue neuropsychiatrique internationale (*Mini International Neuropsychiatric Interview* – MINI)¹⁹, qui consiste en un court entretien de diagnostic. L'entrevue MINI a été élaborée conjointement par l'Université de la Floride du Sud et par l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Paris). Elle ne constitue pas un instrument unique, mais plutôt une « famille » d'instruments qui ont été modifiés au fil du temps pour tenir compte des modifications apportées aux critères du DSM-IV²⁰. La MINI était d'abord destinée aux soins primaires; on jugeait que dans ce secteur, l'utilisation d'un court entretien structuré améliorerait le dépistage des maladies mentales en permettant au personnel clinique autre que les médecins de formuler des diagnostics psychiatriques préliminaires¹⁹. Conformément à l'objectif initial de la MINI en tant qu'outil de dépistage dans les soins primaires, le processus d'élaboration a mis l'accent sur la sensibilité et non sur la spécificité. Dans les enquêtes portant sur les collectivités, si le taux de base est faible, la spécificité peut entraîner la surestimation de la prévalence, car même un faible taux de faux positifs peut se traduire par une proportion considérable de faux positifs dans un échantillon où la majorité des sujets ne sont pas atteints de l'affection à l'étude. Les données de validation de la MINI ont d'abord été publiées dans deux numéros d'une revue

européenne^{21,22}, puis elles ont été résumées dans un article publié dans le *Journal of Clinical Psychiatry*¹⁹. Comparativement à l'entrevue SCID-P (entrevue de référence semi-structurée), la MINI a présenté une sensibilité de 96 % et une spécificité de 88 %. On a obtenu une valeur prédictive positive de 87 % dans l'échantillon de validation. Cependant, dans le cas d'un échantillon communautaire (qui présenterait vraisemblablement une prévalence inférieure à celle de l'échantillon de validation clinique), on peut s'attendre à ce que la valeur prédictive soit plus faible. Dans l'étude de validation de Paris, la version longue de l'Entrevue diagnostique composite internationale (*Composite International Diagnostic Interview* – CIDI) a été utilisée comme référence de validation; la sensibilité s'est élevée à 94 % et la spécificité, à 79 %. Les estimations de la fiabilité de test-retest de la MINI se sont situées entre 1,0¹⁹ et 0,64²³.

Selon le DSM-IV, le concept général de trouble mental sous-entend non seulement la présence d'un syndrome clinique, mais aussi le fait que le syndrome est associé à une détresse importante ou à l'altération du fonctionnement²⁴. Ce dernier critère vise à aider à distinguer les troubles mentaux des manifestations non pathologiques de symptômes de dépression (p. ex., trouble de l'adaptation à la suite d'événements stressants). Un bref instrument semblable à l'entrevue MINI, appelé Questionnaire sur l'état de santé (QES), a incorporé ce concept de fonctionnement altéré par l'ajout d'une question visant à vérifier si les symptômes perturbent les activités de la vie, quelles qu'elles soient²⁵. Cette approche répond à une préoccupation soulevée par Narrow et ses collaborateurs²⁶, selon qui les incohérences diagnostiques dues aux entrevues psychiatriques menées par des non-psychiatres sont souvent liées aux indicateurs de l'importance clinique, tels que la perturbation des activités. L'étude menée par Narrow et ses collaborateurs, qui consistait en une réévaluation des données sur la prévalence produites par les études américaines *Epidemiological Catchment Area* (ECA)²⁷ et *National Comorbidity Survey* (NCS)²⁸, a aussi utilisé les comportements de recherche d'aide comme un indicateur de l'importance clinique (p. ex.,

consommation de médicaments, consultation d'un professionnel de la santé). Ces caractéristiques n'ont pas été utilisées comme des indicateurs de l'importance clinique dans le cadre du présent projet; on craignait que leur utilisation ne représente une tentative d'éviter l'établissement de définitions tautologiques des diagnostics en rapport avec certains des grands objectifs de l'étude – plus particulièrement l'élaboration d'une manière de surveiller l'utilisation des soins de santé et la nature des traitements selon le diagnostic.

La question de la présente étude concernant la perturbation était formulée comme suit : [traduction] « À quel degré les problèmes dont nous venons de parler ont-ils perturbé votre vie ou vos activités? » Après avoir posé cette question, l'enquêteur lisait les choix de réponse suivants au répondant : beaucoup, moyennement, peu et pas du tout. L'analyse effectuée par Narrow et ses collaborateurs reposait sur les questions sur la perturbation posées dans le cadre des études NCS ([traduction] « À quel degré [le ou les symptômes] ont-ils perturbé votre vie ou vos activités – beaucoup, moyennement, un peu ou pas du tout? ») et ECA ([traduction] « Est-ce que [le ou les symptômes] ont beaucoup perturbé votre vie ou vos activités? »). La question du QES, elle, était formulée comme suit : « [traduction] (...) à quel point ces problèmes ont-ils affecté votre travail, vos activités à la maison et vos relations avec les autres? »

L'entrevue comprenait également un instrument générique sur la qualité de vie, à savoir l'EuroQoL EQ-5D (<http://gs1.q4matics.com/EuroqolPublishWeb/>), ainsi qu'une mesure de l'invalidité, en l'occurrence le Système d'évaluation des incapacités II (WHODAS II) de l'Organisation mondiale de la santé²⁹. Des questions portant sur des variables démographiques et l'utilisation des soins de santé ont aussi fait partie de l'entrevue. Les personnes retenues pour diriger les entrevues dans le cadre du projet étaient des enquêteurs téléphoniques connaissant bien l'unité associée au QIHI. La collecte de données a été précédée d'une série de séances de formation englobant les aspects tant théoriques que pratiques.

Analyse

Il existe une variété de facteurs influant sur la probabilité d'être sélectionné en vue d'une entrevue téléphonique : notamment, le nombre de lignes téléphoniques du ménage et le nombre de membres du ménage. Le poids initial d'échantillonnage a été calculé en divisant le nombre de membres du ménage par le nombre de lignes téléphoniques du ménage. Ensuite, on a comparé les caractéristiques démographiques de l'échantillon avec la répartition démographique de la population cible dans chaque région sanitaire. Pour ce faire, on a utilisé les données concernant les personnes de 18 à 64 ans (c.-à-d. qui correspondent aux critères d'admissibilité à la présente enquête) inscrites au registre des prestataires du régime d'assurance-santé de l'Alberta. Les tableaux pertinents ont été fournis par la Direction de la surveillance de la santé du ministère de la Santé et du Mieux-être de l'Alberta (www.health.gov.ab.ca/). On a noté que l'échantillon téléphonique surreprésentait les femmes, particulièrement celles de plus de 35 ans, et qu'il sous-représentait les hommes, particulièrement ceux de moins de 50 ans. C'est pourquoi les poids d'échantillonnage ont été ajustés, de manière que la répartition selon l'âge et le sexe soit semblable à celle de la population générale. Une autre série de poids d'échantillonnage ont été calculés pour chaque région; ces poids d'échantillonnage ont servi à faire des estimations propres à chaque région. Pour tenir compte de l'échantillonnage stratifié par région, les pondérations utilisées dans les estimations provinciales ont aussi été multipliées par l'inverse de la probabilité d'échantillonnage stratifié, la probabilité d'échantillonnage étant définie comme la taille de l'échantillon de la région ($N = 600$) divisée par la population de la région. Toutes les analyses ont été menées avec la procédure « svy » (enquête) du logiciel Stata, version 8.0³⁰.

Résultats

Au total, on a composé 29 941 numéros de téléphone. De ceux-ci, 6 121 n'étaient pas en service, 3 048 étaient des numéros d'entreprise et 2 525 étaient des numéros de télécopieur. Dans 143 cas, la tentative

TABEAU 1
Estimation du taux de prévalence de la dépression majeure (actuelle) au sens des critères de l'entrevue MINI* chez les répondants à l'enquête, selon différents seuils de perturbation clinique (N = 422, IC = 95 %)

Seuil de perturbation clinique	N	Estimations non pondérées		Estimations pondérées	
		%	IC 95 %	%	IC 95 %
Aucun seuil de perturbation	422	7,8	7,1–8,6	7,7	6,9–8,4
Faible perturbation	384	7,1	6,4–7,8	7,0	6,3–7,7
Perturbation moyenne	297	5,5	4,9–6,1	5,3	4,7–5,9
Forte perturbation	182	3,4	2,9–3,9	3,2	2,7–3,7

* MINI = Mini-entrevue neuropsychiatrique internationale

d'appel a été bloquée. Pour 1 453 numéros, on a toujours abouti à un répondant ou à une messagerie vocale. Dans un faible nombre de cas ($N = 101$), la ligne était toujours engagée. Pour 1 701 numéros, le téléphone sonnait mais il n'y a jamais eu de réponse. Au moment de terminer l'étude, 376 numéros représentant 148 ménages faisaient encore l'objet d'un suivi. Dans 2 644 ménages, il n'y avait aucune personne admissible à l'enquête, et dans 377 autres ménages, il n'a pas été possible de communiquer avec la personne en raison d'une barrière linguistique. En tout, 11 680 numéros ont permis de communiquer avec un membre du ménage admissible à l'enquête.

Le nombre de refus de participer s'est élevé à 4 512 (39 % des ménages joints), de sorte que 7 168 sujets ont été sélectionnés pour inclusion dans l'étude. Parmi ceux-ci, 146 n'ont pas participé parce qu'ils étaient toujours absents lors des appels subséquents. Quatre-vingt-deux sujets n'ont pas été interrogés parce que leur cas n'avait pas encore été résolu lorsque l'étude a pris fin. En tout, 6 940 sujets individuels ont été rencontrés en personne par un enquêteur, qui a demandé leur consentement à participer. Parmi ceux-ci, 95 ne parlaient pas anglais, 1 314 ont refusé de participer et 121 n'ont pas terminé leur entrevue. Cela veut dire que 5 410 entrevues ont été complétées. Des données complètes ont été recueillies auprès de 5 383 de ces sujets. Si le taux de réponse des sujets interrogés est calculé comme la proportion de sujets admissibles à ne pas avoir refusé ni interrompu l'entrevue, celui-ci se situe à 78 %. Si les sujets qui ont été sélectionnés mais

avec qui on n'a jamais communiqué sont aussi considérés comme des non-répondants, le taux de participation devient 75 %.

L'âge moyen non pondéré de l'échantillon était de 40,8 ans. L'âge moyen pondéré, lui, s'est établi à 39,2 ans. L'échantillon non pondéré était constitué de 2 087 (38,8 %) hommes et 3 296 (61,2 %) femmes. Les proportions pondérées d'hommes et de femmes étaient de 47,8 % et de 52,2 %, respectivement. Sur le plan de l'état civil, les sujets se répartissaient comme suit : 65,6 % étaient mariés, 11,7 % étaient divorcés, veufs ou séparés et 22,6 % n'avaient jamais été mariés. La plupart des sujets (60,2 %) avaient fait des études postsecondaires (diplôme de 12^e année), 36,3 % avaient une scolarité de niveau secondaire et seulement 3,5 % n'avaient pas terminé leurs études secondaires.

L'application directe des algorithmes de diagnostic de l'entrevue MINI (à l'exclusion de la question sur la perturbation) tendait à produire des estimations de la prévalence supérieures à ce que laissait prévoir la littérature existante. La prise en considération de la question sur la perturbation dans les algorithmes de diagnostic a eu l'effet prévu de réduire la prévalence estimée de chaque affection. Le tableau 1 présente les estimations pondérées et non pondérées d'une affection, à savoir la dépression majeure, selon différents seuils de perturbation. Tel que prévu, la prévalence estimée diminuait à mesure que le seuil de perturbation des activités devenait plus élevé. Comme la MINI permet de détecter les épisodes dépressifs majeurs actuels, une forte perturbation des activités peut être considé-

TABEAU 2
Taux de prévalence des troubles de l'humeur chez les répondants à l'enquête†, selon les régions sanitaires de la province de l'Alberta (intervalle de confiance de 95 %)

Région sanitaire	N°	Taux de prévalence (intervalle de confiance de 95 %)					
		Épisode dépressif majeur* (14 jours)		Dysthymie** (2 ans)		Tout trouble de l'humeur*	
		%	IC	%	IC	%	IC
Chinook	1	2,7	(1,2–4,2)	0,9	(0,1–1,8)	4,8	(2,8–6,8)
Palliser	2	3,4	(1,8–5,0)	0,9	(0–1,7)	5,0	(3,1–6,9)
Calgary	3	3,7	(2,0–5,4)	0,9	(0,1–1,6)	5,7	(3,6–7,7)
David Thompson	4	2,3	(1,1–3,5)	1,1	(0,2–2,0)	3,9	(2,3–5,5)
East Central	5	4,2	(1,4–6,9)	1,6	(0,7–2,5)	6,3	(3,3–9,3)
Capital	6	3,1	(1,5–4,8)	1,4	(0,4–2,4)	6,7	(4,4–9,1)
Aspen	7	6,8	(3,4–10,2)	0,7	(0–1,5)	8,3	(4,8–11,7)
Peace Country	8	2,1	(1,0–3,1)	1,5	(0–2,9)	3,8	(2,3–5,3)
Northern Lights	9	3,0	(1,4–4,7)	1,1	(0,2–2,1)	4,9	(2,9–6,9)
Alberta (total)		3,2	(2,7–3,7)	1,2	(0,9–1,5)	5,4***	(4,8–6,1)

† Les répondants ont été évalués à l'aide de la mini-entrevue neuropsychiatrique internationale (MINI).

* Selon la définition du critère d'importance clinique de la prévalence, une forte perturbation devait être observée.

** Selon les définitions du critère d'importance clinique de la prévalence, l'observation de toute perturbation du fonctionnement suffisait.

*** Comprend les troubles bipolaires.

rée comme un critère convenable pour la recherche de cas pertinents sur le plan clinique. La prévalence associée à ce seuil était de 3,2 %. Cette estimation est légèrement plus élevée que celle obtenue par la récente Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (ESCC 1.2), qui a estimé la prévalence sur 30 jours à 1,8 %³¹, mais moins élevée que le résultat de 4,9 % obtenu par l'étude américaine NCS³². L'étude ECA a évalué la prévalence sur 30 jours à 2,2 %³³, tandis que l'étude d'Edmonton a estimé la prévalence à 2,3 %³⁴. Les estimations pondérées de la dépression majeure étaient généralement légèrement plus faibles que les estimations non pondérées, probablement en raison de la surreprésentation des femmes dans les données non pondérées. Toutefois, les écarts étaient faibles.

Une relation semblable a été observée lorsque les seuils de perturbation étaient appliqués à d'autres affections. Par exemple, selon la MINI, la prévalence sur 12 mois de la dépendance à l'alcool était de 5,2 %. Ce résultat est conforme aux estimations publiées (voir l'analyse ci-dessous). Si toute perturbation signalée était incorpo-

rée dans la définition, la prévalence était réduite à 3,6 %, et si une forte perturbation était utilisée comme critère, la prévalence chutait à 0,9 %. Dans le cas de la dysthymie, les estimations de la prévalence dans l'étude correspondaient le plus avec celles mentionnées dans la littérature lorsqu'une perturbation moyenne était utilisée comme seuil. L'adoption de ce seuil semble justifiable, puisqu'on s'attend à ce que la dysthymie entraîne une perturbation plus faible que la dépression majeure, bien qu'une perturbation moyenne du fonctionnement semble constituer un critère raisonnable pour confirmer l'importance clinique des cas observés.

Le taux de prévalence observé dans le cadre de l'entrevue MINI concernant les troubles de l'humeur, les troubles liés à l'utilisation d'une substance et les troubles d'anxiété sont présentés dans les tableaux 2 à 4. Ces estimations spécifiques reflètent l'application des critères de perturbation décrits ci-dessus : forte perturbation pour la dépression majeure, perturbation moyenne pour la dysthymie et toute perturbation pour les troubles liés à l'utilisation d'une substance. Pour des

raisons semblables à celles concernant la dysthymie, les troubles d'anxiété devaient être associés à une perturbation au moins moyenne pour être considérés comme cliniquement pertinents. La MINI permet de faire des estimations de la prévalence portant sur différentes périodes. Dans le cas de la dépression majeure, on a évalué la prévalence sur 14 jours, tandis que dans celui de la dysthymie, on a mesuré la prévalence sur 2 ans. Enfin, les estimations de la prévalence des troubles d'anxiété et des troubles liés à l'utilisation d'une substance ont porté sur 12 mois. Aucun de ces calculs n'a démontré de variation régionale en ce qui concerne la prévalence des troubles de l'humeur. La dernière rangée des tableaux 2 à 4 présente les estimations du taux de prévalence provinciale, qui semblent préférables pour des raisons d'exactitude.

La MINI évalue les épisodes dépressifs majeurs actuels (sur 30 jours) ainsi que les épisodes maniaques et hypomaniaques actuels. Cependant, sans grande surprise (puisque la taille de l'échantillon avait été déterminée selon une fréquence d'attribution de 5 %), les taux de prévalence des épisodes hypomaniaques (0,8 %; IC 95 % : 0,5-1,0) et maniaques (0,5 %; IC 95 % : 0,3-0,7) actuels étaient trop faibles pour que les données puissent servir à des estimations par région.

Le trouble d'anxiété généralisée n'est pas présenté dans une colonne distincte dans le tableau 4, car les taux de prévalence découlant de la définition syndromique de la MINI et l'importance clinique observée ont entraîné une estimation démesurément élevée du taux de prévalence (9,6 %). Si un critère de forte perturbation du fonctionnement était utilisé, la prévalence était réduite à 4,2 % (IC 95 % : 3,6-4,7).

La MINI comprend un module de diagnostic concernant les troubles de l'alimentation. Dans cette enquête, aucun sujet n'a satisfait aux critères diagnostiques de l'anorexie mentale. La taux de prévalence de la boulimie était de 1,2 %. Si les critères d'importance clinique relatifs à la perturbation étaient appliqués, la prévalence estimée de la boulimie était de 0,9 %

TABLEAU 3
Taux de prévalence des troubles liés à l'utilisation d'une substance chez les
répondants à l'enquête*, selon les régions sanitaires de la province de l'Alberta
(intervalle de confiance de 95 %)

Région sanitaire	N°	Taux de prévalence (intervalle de confiance de 95 %)				
		Alcool		Autres substances		Tout trouble lié à l'utilisation d'une substance
		Dépendance (12 mois)	Abus (12 mois)	Dépendance (12 mois)	Abus (12 mois)	
Chinook	1	1,0 % (0-2,0)	2,1 % (0,8-3,7)	2,1 % (0,5-3,5)	1,6 % (0,1-3,0)	6,2 % (3,6-8,7)
Palliser	2	3,6 % (1,7-5,5)	4,2 % (1,7-6,7)	1,2 % (0-2,6)	1,6 % (0-3,2)	9,2 % (5,9-12,5)
Calgary	3	3,8 % (2,1-5,5)	1,9 % (0,1-3,0)	2,4 % (1,0-3,9)	1,6 % (0,6-2,6)	7,9 % (5,5-10,4)
David Thompson	4	4,8 % (0,2-9,5)	4,6 % (0,3-8,8)	3,0 % (0-7,6)	2,5 % (0,8-4,2)	11,7 % (5,6-17,8)
East Central	5	6,6 % (2,5-10,7)	1,2 % (0,4-2,1)	1,5 % (0-3,1)	1,9 % (0,2-3,6)	9,5 % (5,3-13,8)
Capital	6	3,1 % (1,7-4,5)	1,9 % (0,4-3,4)	1,6 % (0,7-2,6)	1,6 % (0,2-3,0)	6,6 % (4,4-8,9)
Aspen	7	4,6 % (2,6-6,6)	1,4 % (0,3-2,5)	1,4 % (0,2-2,6)	1,8 % (0-3,8)	7,7 % (4,8-10,7)
Peace Country	8	3,9 % (1,8-6,0)	1,2 % (0-2,5 %)	1,9 % (0,4-3,5)	1,7 % (0,1-3,2)	6,7 % (3,9-9,6)
Northern Lights	9	4,6 % (2,5-6,7)	1,2 % (0,5-2,2)	1,4 % (0,2-2,6)	0,3 % (0-0,7)	6,4 % (3,9-8,9)
Alberta (total)	-	3,6 % (3,0-4,1)	1,9 % (1,5-2,4)	1,6 % (1,2-2,0)	1,5 % (1,1-1,8)	7,1 % (6,4-7,9)

* Les répondants ont été évalués à l'aide de la mini-entrevue neuropsychiatrique internationale (MINI).

(IC 95 % : 0,7-1,2). Les femmes étaient 3,2 fois plus susceptibles d'être atteintes de boulimie (IC 95 % : 1,6-6,3).

Bien que les variations régionales de la prévalence ne soient pas abordées par la présente analyse, des différences considérables ont été observées en fonction de l'âge et du sexe. La figure 1 présente les taux de prévalence des principales catégories de trouble par sexe. Tel que prévu, les troubles de l'humeur et les troubles d'anxiété étaient plus courants chez les femmes et les troubles liés à l'utilisation d'une substance étaient plus courants chez les hommes. La figure 2 présente les mêmes estimations des taux de prévalence stratifiée, mais par groupe d'âge. Les taux de prévalence les plus élevés des troubles de l'humeur et des troubles d'anxiété ont été notés chez les 26 à 45 ans, tandis que les troubles liés à l'utilisation d'une substance étaient les plus fréquents chez les 18 à 25 ans. Aucune relation notable n'a été

notée entre la prévalence de ces troubles et le niveau de scolarité.

Les troubles de l'humeur étaient plus fréquents chez les sujets divorcés, veufs et séparés (9,7 %, IC 95 % : 7,4-12,0) que chez les sujets mariés (y compris les conjoints de fait) (4,5 %, IC 95 % : 3,8-5,2) et jamais mariées (5,7 %, IC 95 % : 4,3-7,1). Une tendance semblable a été observée à l'égard des troubles d'anxiété. On a observé un gradient en rapport avec les troubles liés à l'utilisation d'une substance : 4,3 % (IC 95 % : 3,6-5,0) chez les sujets mariés, 8,2 % (IC 95 % : 6,1-10,4) chez les sujets divorcés, veufs et séparés, et 14,7 % (IC 95 % : 12,4-17,1) chez les sujets jamais mariés. La figure 2 porte à croire que l'âge peut être une variable confusionnelle. La prévalence élevée des troubles liés à l'utilisation d'une substance chez les sujets jamais mariés peut s'expliquer par le fait que ceux-ci étaient généralement plus jeunes. Si les sujets

mariés constituaient le groupe de référence, le risque de troubles liés à l'utilisation d'une substance serait 3,9 fois plus élevé chez les sujets jamais mariés et 2 fois plus élevé chez les sujets divorcés, veufs et séparés. À la suite d'un ajustement selon l'âge par régression logistique, ces deux groupes présentaient toujours une prévalence élevée de troubles liés à l'utilisation d'une substance, mais l'écart entre les deux avait disparu. La probabilité ajustée selon l'âge était 2,3 (IC 95 % : 1,7-3,0) fois plus élevée chez les sujets jamais mariés et 2,4 (IC 95 % : 1,7-3,4) que chez les sujets divorcés, veufs et séparés.

Les résultats les plus marquants concernant l'invalidité et la qualité de vie étaient liés aux comorbidités. Le WHODAS II produit une variété de mesures graduées conformes avec la CIF de l'OMS (www3.who.int/icf/icftemplate.cfm), fondée sur les structures et fonctions organiques, la participation et l'environnement. La figure 3 présente la proportion de sujets ayant déclaré un ou plusieurs problèmes aux volets « Comprendre et communiquer » et « Participation sociale ». Plus le nombre d'affections relevées lors de l'entrevue MINI était élevé, plus les proportions ne déclarant aucune déficience étaient faibles. L'une des mesures de l'EuroQol est une échelle analogue des états de santé globale, appelée thermomètre de la santé. Plus les comorbidités étaient nombreuses, plus les évaluations des états de santé étaient défavorables (voir la figure 4).

Discussion

Toute tentative d'utiliser des enquêtes téléphoniques dans le cadre de la surveillance de la santé mentale posera des difficultés, principalement en ce qui concerne l'évaluation et la sélection des sujets. Sur le plan de l'évaluation, bien que plusieurs instruments brefs aient été mis au point pour différents troubles mentaux^{25,35,36}, ceux-ci ont rarement été validés auprès d'échantillons de la population générale. Une exception partielle est la version courte du CIDI, mise au point à l'aide des données recueillies dans le cadre de l'étude NCS³⁷. Cependant, la validité de cet instrument a soulevé des préoccupations^{38,39}. Les spécificités notées dans les études de

TABLEAU 4
Taux de prévalence des troubles d'anxiété chez les répondants à l'enquête*, selon les régions sanitaires de la province de l'Alberta (intervalle de confiance de 95 %)

Région sanitaire	N°	Taux de prévalence (intervalle de confiance de 95 %)			
		Trouble panique (sur toute la vie)	Agoraphobie* (actuelle)	Phobie sociale (30 jours)	Tout trouble d'anxiété**
Chinook	1	1,9 % (0,2-1,6)	1,6 % (0,4-2,8)	1,8 % (0,5-3,2)	4,3 % (2,4-6,1)
Palliser	2	1,3 % (0,3-2,3)	1,5 % (0,4-2,5)	2,3 % (0,9-3,7)	4,4 % (2,6-6,2)
Calgary	3	1,0 % (0,1-1,8)	2,1 % (0,7-3,5)	2,6 % (1,1-4,0)	5,1 % (3,2-6,9)
David Thompson	4	1,1 % (0,4-1,9)	1,2 % (0,4-2,0)	1,5 % (0,4-2,5)	4,7 % (2,9-6,4)
East Central	5	1,3 % (0,4-2,2)	1,3 % (0,4-2,1)	2,8 % (0,1-5,4)	5,9 % (3,0-8,8)
Capital	6	0,9 % (0,2-1,6)	2,2 % (0,8-3,5)	2,6 % (1,4-3,9)	6,0 % (3,9-8,1)
Aspen	7	2,9 % (0,4-5,3)	1,0 % (0,3-1,7)	2,5 % (0,4-4,6)	7,5 % (4,1-10,9)
Peace Country	8	1,4 % (0,5-2,3)	1,1 % (0,2-2,0)	2,1 % (0,9-3,3)	3,7 % (2,2-5,1)
Northern Lights	9	0,7 % (0-1,3)	1,7 % (0,7-2,8)	1,9 % (0,8-2,9)	4,4 % (2,5-6,3)
Alberta (total)	-	1,4 % (1,0-1,7)	1,5 % (1,2-1,9)	2,2 % (1,8-2,7)	5,1 % (4,5-5,6)

† Les répondants ont été évalués à l'aide de la mini-entrevue neuropsychiatrique internationale (MINI).

* Comprend deux catégories de l'entrevue MINI : trouble panique avec agoraphobie et agoraphobie avec symptômes de panique mais sans trouble panique, associée à une perturbation au moins moyenne du fonctionnement.

** Comprend le trouble d'anxiété généralisée. Selon le critère d'importance clinique, une forte perturbation devait être observée.

validation de tous les instruments laissent évoquer un risque de surestimation de la prévalence dans les enquêtes sur la population générale. D'ailleurs, il semble que ce risque se soit concrétisé dans le cas de la version courte du CIDI⁴⁰. La seule étude en population ayant fait appel au Questionnaire sur l'état de santé (section sur la dépression majeure) a évalué le taux de prévalence de la dépression majeure actuelle à 3,8 %⁴¹.

Pour cerner les diagnostics faux positifs potentiels dans la présente étude, on a utilisé une question sur la perturbation semblable à celle figurant dans le Questionnaire sur l'état de santé. L'exigence d'une forte perturbation a entraîné des estimations plus faibles de la prévalence, dont un grand nombre étaient conformes à la documentation existante. Dans les para-

graphes ci-dessous, les estimations tirées de la présente étude sont comparées aux estimations et aux examens déjà publiés.

Cependant, il importe de noter que l'augmentation des algorithmes de diagnostic de l'entrevue MINI par l'ajout d'un seuil de perturbation était une mesure *ad hoc* dans la mesure où avant l'analyse des données, il était soupçonné, mais non encore connu, qu'une telle mesure serait nécessaire. C'est pourquoi il est impossible de déclarer que la mesure d'ajustement des estimations de la prévalence est reproductible. Cependant, l'approche générale semble solide, étant donné sa conformité avec l'approche du DSM-IV à l'égard du diagnostic et l'analyse des incohérences des résultats des enquêtes par Narrow et ses collaborateurs²⁶.

Dans le cas des troubles dépressifs, l'examen des études de prévalence mené par Wittchen et ses collaborateurs⁴² a permis d'évaluer les estimations du taux de prévalence ponctuelle et médiane à 3,1 % (intervalle : 1,5-4,5), ce qui correspond à l'estimation présentée dans le présent document. L'Australian National Mental Health Survey, fondée sur les critères de la CIM-10, a produit un taux de prévalence sur 30 jours presque identique à celui présenté dans le présent document : 3,3 %⁴³. L'examen systématique récent effectué par Waraich et ses collaborateurs⁴⁴ a fait ressortir une « meilleure estimation » de la prévalence annuelle de la dysthymie de 2,0 % (IC 95 % : 1,3-2,8), soit une valeur légèrement supérieure mais n'allant pas à l'encontre du 1,2 % (IC 95 % : 0,9-1,5) obtenu par la présente étude. Selon l'Australian National Mental Health

FIGURE 1
Taux de prévalence (%) des principales catégories de diagnostic de trouble majeur* chez les répondants à l'enquête, selon le sexe

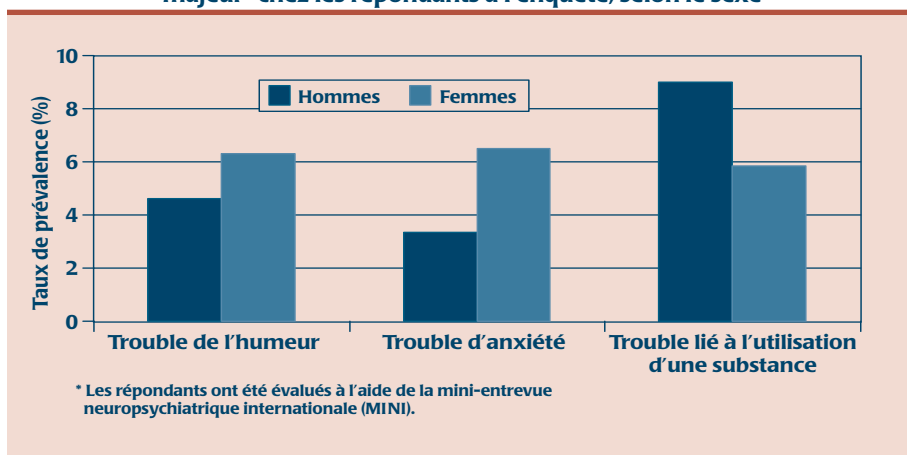
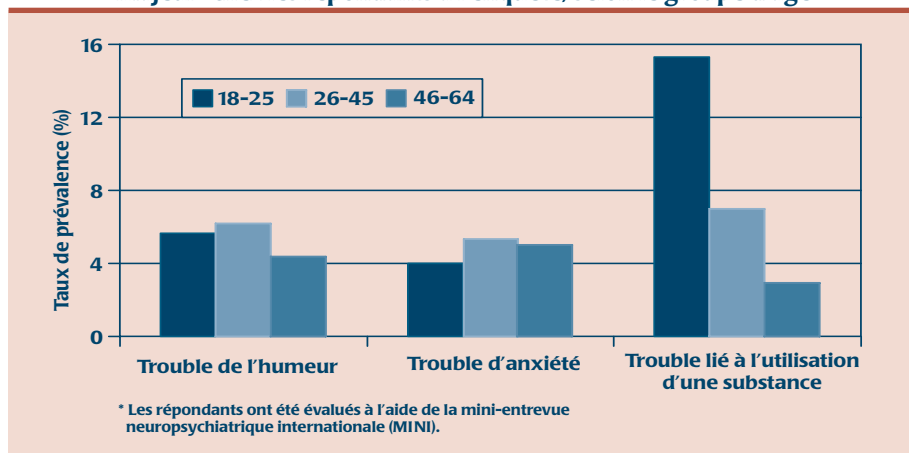


FIGURE 2
Taux de prévalence des principales catégories de diagnostic de trouble majeur* chez les répondants à l'enquête, selon le groupe d'âge



Survey, le taux de prévalence de la dysthymie (CIM-10) était de 1,1 % sur 1 mois et de 1,3 % sur 12 mois. Narrow et ses collaborateurs²⁶ ont quant à eux fait des estimations révisées du taux de prévalence sur 12 mois de 1,6 % en se fondant sur deux vastes enquêtes épidémiologiques américaines²⁶. L'estimation du taux de prévalence de tout trouble lié à l'utilisation de substances sur 12 mois était de 6,0 % (comparativement à 7,1 % dans la présente étude). Narrow et ses collaborateurs ont signalé que les troubles liés à l'alcool (5,2 %) étaient beaucoup plus fréquents que les autres troubles liés à l'utilisation d'une substance (1,7 %). Cette tendance a également été observée dans la présente étude. Cependant, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être a montré des taux de prévalence (nationale) sur 12 mois plus faibles en ce qui concerne la dépendance à l'alcool et la dépendance aux drogues (2,6 % et 0,7 %, respectivement)⁴⁵. Enfin, le taux de prévalence globale des troubles liés à l'alcool et aux drogues sur 12 mois observé dans la présente étude est semblable à une « meilleure estimation » présentée dans un examen structuré récent des études de prévalence⁴⁶. Curieusement, selon les estimations de la prévalence des troubles d'utilisation d'une substance, le taux de prévalence de la dépendance serait supérieur à celui de l'abus. Ce résultat est probablement dû à la structure de l'entrevue MINI, dans laquelle on saute les questions portant sur la consommation lorsque le sujet satisfait aux critères

de dépendance. Des études antérieures ont montré une prévalence variable du trouble panique, l'écart le plus important étant le taux de prévalence, qui était plus élevé (3,5 %) dans l'étude NCS²⁸ que dans les études antérieures. Le taux de prévalence du trouble panique sur toute la vie signalé par l'étude NCS correspond aux estimations internationales dérivées d'études faisant appel à des méthodes comparables à celles utilisées lors des études ECA (1,5 %)⁴⁷ ainsi qu'à l'estimation concernant l'Alberta dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être (1,7 %)⁴⁵; toutefois, il importe de préciser que cette dernière estimation porte seulement sur 12 mois. L'estimation révisée par Narrow et ses collaborateurs concernant la prévalence du trouble panique sur 12 mois s'élevait à 1,4 %²⁶. Dans leur examen,

Kessler et Wittchen⁴⁸ ont évalué la prévalence du trouble d'anxiété généralisée sur 12 mois à 3 à 5 %. Peu d'études ont porté sur la prévalence de la phobie sociale sur 30 jours, bien qu'il s'agisse de la variable évaluée par l'entrevue MINI; la plupart des études concernent la prévalence sur 12 mois ou sur toute la vie⁴⁹. Par exemple, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être a évalué, chez la population de l'Alberta, le taux de prévalence sur 12 mois de la phobie sociale à 3,1 %⁴⁵. Cette valeur semble conforme au 2,2 % signalé dans le présent document. Selon une estimation ponctuelle tirée de l'Australian National Mental Health Survey (critères de la CIM-10), le taux de prévalence était de 1,4 %⁴³.

La sélection des sujets a représenté une autre difficulté liée à l'utilisation d'enquêtes téléphoniques dans la surveillance de la santé mentale. Comme la population ciblée par la présente étude était constituée de membres de ménages, on peut s'attendre à ce que les personnes vivant en établissement et les sans-abri soient sous-représentés. Pour s'assurer que la population générale est bien représentée, des stratégies d'échantillonnage parallèle ou de nouveaux moyens de surveillance doivent être mis au point. Par exemple, dans le cadre de l'Enquête nationale sur la santé de la population effectuée par Statistique Canada, on a mis sur pied une enquête sur les personnes en établissement, menée parallèlement à l'enquête

FIGURE 3
Proportion de répondants à l'enquête n'ayant présenté aucun trouble selon deux échelles du WHO DAS II (« Comprendre et communiquer » et « Participation sociale »), selon les états de comorbidité (entrevue MINI)

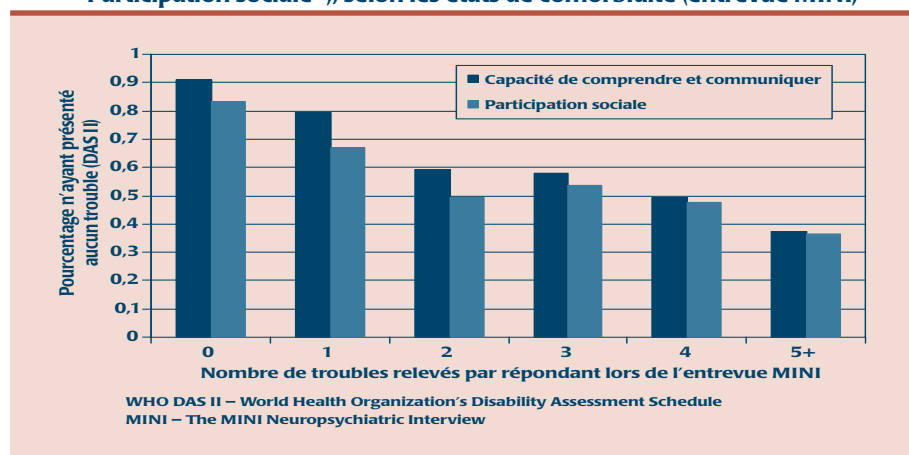
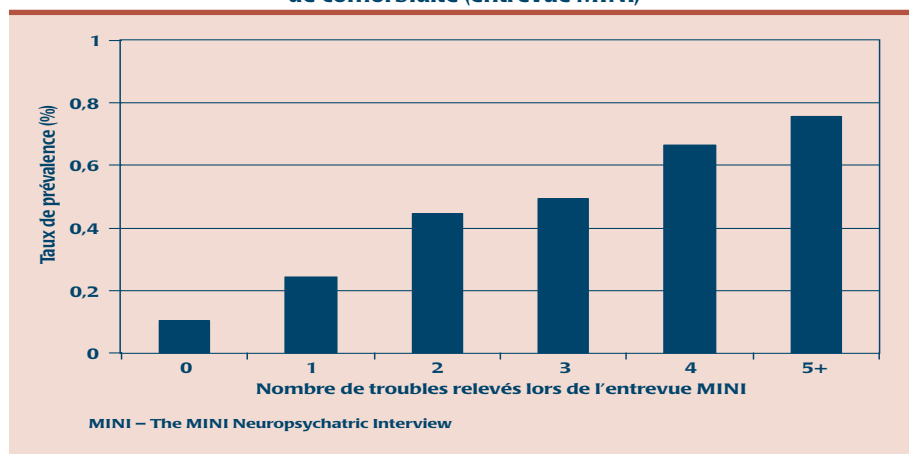


FIGURE 4
Taux de répondants à l'enquête ayant obtenu un score < 70/100 au
thermomètre de la santé de l'EuroQol EQ-5D, selon les états
de comorbidité (entrevue MINI)



auprès des membres de ménages⁵⁰, pour régler ce problème. D'autres préoccupations plus larges concernant la validité du système d'appel aléatoire comme méthode d'échantillonnage dans les enquêtes sur la santé mentale n'ont pas été abordées de façon approfondie par le présent projet. Une proportion importante des numéros de téléphone sélectionnés n'ont pas permis de joindre qui que ce soit, et on s'est heurté à une quantité non négligeable de non-réponses au niveau des ménages. On n'a pas pu déterminer avec exactitude les proportions d'appels appartenant à ces différentes catégories en raison de l'existence de la technologie de filtrage des appels, qui pourrait avoir entraîné des refus de la part des ménages ou même fait en sorte que les personnes n'ont pas pris les appels. Si des facteurs liés à la volonté de participer à l'enquête, que ce soit à l'échelle des ménages ou des établissements, influent également sur l'état de santé mentale, il est possible qu'un biais de sélection se soit produit.

Dans le présent projet, l'approche adoptée à l'égard de l'évaluation de l'importance clinique différait de celle habituellement utilisée en épidémiologie psychiatrique. Des entrevues diagnostiques structurées plus longues, telles que le CIDI⁵¹, évaluent généralement l'importance clinique d'après des syndromes et des symptômes spécifiques, incorporant des indicateurs (très semblables à ceux utilisés dans la présente étude au sujet de la recherche d'aide, de la

prise de médicaments et de la perturbation) pour déterminer l'importance clinique de ces syndromes et symptômes. Toutefois, dans la présente étude, les indicateurs de l'importance clinique ont été mesurés de façon globale : la perturbation a été évaluée à l'aide d'une seule série de questions, qui portait sur tous les syndromes et symptômes signalés. Cela a fait en sorte que l'entrevue était plutôt courte (durée totale moyenne d'environ 20 minutes, considérée comme raisonnable pour maintenir le taux de réponse aux enquêtes téléphoniques), mais qu'elle permettait d'évaluer l'importance clinique probable des syndromes observés. Toutefois, cette approche n'a pas permis de confirmer l'importance clinique de chaque trouble individuel dans les cas de comorbidité.

Une enquête de cette envergure nécessite l'investissement de ressources considérables. Cependant, les méthodes d'enquête téléphonique ont permis de maintenir le coût total de l'étude à environ 40 \$ par sujet. Ce coût total comprenait non seulement les coûts directement liés aux entrevues, mais aussi les coûts connexes d'infrastructure et de démarrage. Les mesures d'échantillonnage géographique, même celles portant sur des grappes à stades multiples, auraient été beaucoup plus dispendieuses. Inversement, l'utilisation croissante des services de filtrage des appels et de messagerie vocale pourrait augmenter le coût des enquêtes téléphoniques dans l'avenir, puisqu'il faudrait faire davantage

d'appels de suivi pour identifier et interroger les ménages et les sujets sélectionnés. Ces mêmes facteurs pourraient finir par mener à des taux de réponse trop faibles et à des biais inacceptables. Contrairement aux entrevues « face à face » qui sont généralement utilisées dans le cadre des enquêtes épidémiologiques, les enquêtes téléphoniques sont plus susceptibles d'être reproduites régulièrement; il s'agit là d'un élément clé de la surveillance.

La surveillance périodique de la santé mentale dans une population pourrait fournir une série d'indicateurs utiles de la santé mentale. Cela permettrait d'augmenter la capacité des décideurs d'associer des objectifs mesurables à leurs décisions stratégiques et de mieux adapter les services en fonction des besoins reconnaissables de la population. Cependant, il n'est pas possible de démontrer hors de tout doute que les entrevues téléphoniques constituent la méthode de choix pour atteindre ces objectifs. L'absence de différences régionales observée dans la présente étude peut porter à croire que les échantillons provinciaux (et, par extension, nationaux) sont suffisants pour atteindre les objectifs de surveillance visés par les intervenants. En raison des nombreuses questions non résolues concernant les mesures, il faudra se pencher sur l'établissement de méthodes permettant d'obtenir des estimations valides avec des outils de mesure rapides. Les difficultés ne doivent pas être sous-estimées, car le degré de concordance entre les entrevues structurées plus longues et les entrevues cliniques est généralement faible⁵²⁻⁵⁴. De plus, si l'on arrive à mettre au point des outils valides de mesure rapide, on pourrait augmenter les applications potentielles des vastes enquêtes nationales telles que l'ESCC. De même, les difficultés associées à l'échantillonnage téléphonique iront vraisemblablement en augmentant, étant donné les percées technologiques et les préoccupations croissantes concernant le respect de la vie privée. Malgré ces incertitudes, il semble raisonnable, à mesure que l'approche nationale du Canada en matière de surveillance des maladies chroniques se définit, de continuer de considérer les méthodes d'enquête téléphonique comme des outils pouvant contribuer à la surveillance de la santé mentale.

Remerciements

Le volet de l'enquête portant sur Calgary a bénéficié du soutien de la région sanitaire de Calgary par l'intermédiaire de son concours semestriel de financement de la recherche en santé mentale. La collecte de données dans le reste de la province de l'Alberta a été appuyée par le Conseil de santé mentale de l'Alberta. Les études préparatoires et pilotes ont été financées par le Health Research Fund, administré par l'Alberta Heritage Foundation for Medical Research. L'atelier de concertation qui a contribué à la planification de l'enquête a été financé par l'Institute of Health Economics. Les auteurs tiennent également à remercier les membres du Comité consultatif du projet et du Comité consultatif technique ainsi que les participants à l'atelier de concertation : Don Addington, Yvonne Collinson, Elliot Goldner, Rob James, Gerald McDougall, Marlene Reimer, Don Schopflocher, Doug Watson, Cam Wild, Di Vosburgh, Sujaya Parthasarathy et Tom Noseworthy.

Références

1. Choi BC. La surveillance épidémiologique au 21^e siècle sous diverses optiques. *Maladies chroniques au Canada* 1998;19: 145-151.
2. Mowat D. Surveillance de la santé au Canada. *Maladies chroniques au Canada* 1998;19:143-4.
3. Murray CJL, Lopez AC. *Global Burden of Disease and Injury*. Boston: Harvard School of Public Health; 1996.
4. Chronic Non-communicable Disease Inofstructure Sub-group for the Health Surveillance Working Group. *National surveillance networks for chronic disease in Canada. Charting a path forward*. 2001. Document non encore publié.
5. Martens P, Fransoo R, McKeen N, Burland E, Jebamani L, Burchill C, et al. Patterns of regional mental illness disorder diagnoses and service use in Manitoba: a population-based study. 2004.
6. Fournier L, Kovess V. A comparison of mail and telephone interview strategies for mental health surveys. *Can J Psychiatry* 1993;38:525-33.
7. Fournier L, Lesage AD, Toupin J, Cyr M. Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal catchment area study. *Can J Psychiatry* 1997;42:737-43.
8. D'Arcy C, Kosteniuk J, Smith P, Nilson R, Cholowsky M, Bowen R, et al. Depression in Saskatchewan: An analysis of the Saskatchewan Population Health and Dynamics Survey 1999-2000. *Applied Research/Psychiatry*; 2004.
9. Stein MB, Torgrud LJ, Walker JR. Social phobia symptoms, subtypes, and severity: findings from a community survey. *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:1046-52.
10. Stein MB, Forde DR, Anderson G, Walker JR. Obsessive-compulsive disorder in the community: an epidemiological survey with clinical reappraisal. *Am J Psychiatry* 1997;154(8):1120-6.
11. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Gender differences in susceptibility to posttraumatic stress disorder. *Behav Res Ther* 2000;38: 619-28.
12. Stein MB, Walker JR, Forde DR. Public-speaking fears in a community sample. Prevalence, impact on functioning, and diagnostic classification. *Arch Gen Psychiatry* 1996;53:169-74.
13. Patten SB, Stuart HL, Russell ML, Maxwell CJ, Arboleda-Florez J. Epidemiology of depression in a predominantly rural health region. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2003;38:360-5.
14. Wild TC, Roberts AB, Cunningham J, Schopflocher D, Pazderka-Robinson H. Alcohol problems and interest in self-help: A population study of Alberta adults. *Can J Pub Hlth* 2004;95:127-32.
15. Choi BCK. L'interview téléphonique assistée par ordinateur (ITAO) dans les enquêtes sur la santé à des fins de surveillance de la santé publique : questions d'ordre méthodologique et défis à relever. *Maladies chroniques au Canada* 2004;25:21-7.
16. Mullet GM. The efficacy of plus-one dialing: Self reported status. *American Statistical Association: Proceedings of the Section on Survey Research Methods* 1982;575-6.
17. Potthoff RF. Telephone sampling in epidemiologic research: to reap the benefits, avoid the pitfalls. *American Journal of Epidemiology* 139(10):967-78, 1994 May 15.
18. Watson EK, Firman DW, Heywood A, Hauquitz AC, Ring I. Conducting regional health surveys using a computer-assisted telephone interviewing method. *Australian Journal of Public Health* 1995;19:508-11.
19. Sheehan DV, LeCrubier Y, Sheehan H, Amorim P, Janavs J, Weiller E, et al. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *J Clin Psychiatry* 1998;59(Suppl 20):22-33.
20. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2002.
21. Lecubier Y, Sheehan DV, Weiller E, Amorim P, Bonora I, Sheehan KH, et al. The MINI International Neuropsychiatric Interview (MINI). A short diagnostic structured interview: reliability and validity according to the CIDI. *European Psychiatry* 1997;12:224-31.
22. Sheehan DV, Lecubier Y, Sheehan KH, Janavs J, Weiller E, Keskiner A, et al. The validity of the Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI) according to the SCID-P and its validity. *Eur Psychiatry* 1997;12:232-41.
23. Balázs J, LeCrubier Y, Csiszér N, Koszták J, Bitter I. Prevalence and comorbidity of affective disorders in persons making suicide attempts in Hungary: importance of the first depressive episodes and of bipolar II diagnoses. *J Affect Disord* 2003;76:113-9.
24. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV-TR)*. Washington: American Psychiatric Association; 2000.
25. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, The Patient Health Questionnaire Primary Care Study Group. Validation and utility of a self-report version of the PRIME-MD. The PHQ Primary Care Study. *JAMA* 1999;282:1737-44.

26. Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States: using a clinical significance criterion to reconcile 2 surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-23.
27. Regier DA, Myers JK, Kramer M, Robins LN, Blazer DG, Hough RL, et al. The NIMH Epidemiologic Catchment Area program. Historical context, major objectives, and study population characteristics. *Arch Gen Psychiatry* 1984;41:934-41.
28. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman 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;51:8-19.
29. Epping-Jordan J. The WHODAS II. Genève, Suisse : l'Organisation mondiale de la Santé; 2000.
30. Stata, version 8.0 [logiciel informatique]. Version 8.0. College Station, TX: Stata Corporation; 2003.
31. Patten SB, Wang JL, Williams JVA, Currie SR, Beck CA, Maxwell CJ, et al. Descriptive epidemiology of major depression in Canada. *Can J Psychiatry* 2006;51:84-90.
32. Blazer DG, Kessler RC, McGonagle KA, Swartz MS. The prevalence and distribution of Major Depression in a national community sample: the National Comorbidity Survey. *Am J Psychiatry* 1994;151:979-86.
33. Regier DA, Boyd JH, Burke JD, Myers JK, Kramer M, Robins LN, et al. One-month prevalence of mental disorders in the United States. Based on five epidemiological catchment area sites. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:977-86.
34. Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988; Suppl 338:33-42.
35. Diez-Quavedo C, Rangil T, Sanchez-Planell L, Kroenke K, Spitzer RL. Validation and utility of the Patient Health Questionnaire in Diagnosing Mental Disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients. *Psychosom Med* 2001;63:679-86.
36. Spitzer RL, Williams JBW, Kroenke K, Hornyak R, McMurray J, Patient Health Questionnaire Obstetric-Gynecology Study Group. Validity and utility of the PRIME-MD Patient Health Questionnaire in assessment of 3000 obstetric-gynecologic patients: The PRIME-MD Patient Health Questionnaire Obstetric-Gynecology Study. *Am J Obstet Gynecol* 2000;183:759-69.
37. Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen HU. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Res* 1998;7:171-85.
38. Patten SB, Brandon-Christie J, Devji J, Sedmak B. Évaluation pratique de la forme abrégée pour la dépression majeure du Composite International Diagnostic Interview auprès d'un échantillon de sujets choisis dans la collectivité. *Maladies chroniques au Canada*, vol. 21, p. 68-72, 2000.
39. Aalto-Setälä T, Haarasilta L, Marttunen M, Tuulio-Henriksson A, Poikolainen K, Aro H, et al. Major depressive episode among young adults: CIDI-SF versus SCAN consensus diagnoses. *Psychological Medicine* 2002;32:1309-14.
40. Patten SB, Beck CA, Wang JL, Maxwell CJ. Problèmes de mesure liés aux outils utilisés dans l'évaluation et la surveillance de la prévalence de la dépression majeure au Canada. *Maladies chroniques au Canada*, vol. 26, p. 100-1006, 2005.
41. Rief W, Nanke A, Klaiberg A, Braehler E. Base rates for panic and depression according to the Brief Patient Health Questionnaire: a population-based study. *J Affect Disord* 2004;82:271-6.
42. Wittchen H-U, Knäuper B, Kessler RC. Lifetime risk of depression. *Br J Psychiatry* 1994;165(suppl. 26):16v22.
43. Andrews G, Henderson S, Hall W. Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. Overview of the Australian National Mental Health Survey. *Br J Psychiatry* 2001;178:145-53.
44. Waraich PS, Goldner EM, Somers JM, Hsu L. Prevalence and incidence studies of mood disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49:124-38.
45. Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale et bien-être. 9 mars 2004. Accessible au www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?atno=82-617-X.
46. Somers JM, Goldner EM, Waraich P, Hsu L. Prevalence studies of substance-related disorders: a systematic review of the literature. *Can J Psychiatry* 2004; 49:373-84.
47. Weissman MM, Bland RC, Canino GJ, Faravelli C, Greenwald S, Hwu HG, et al. The cross-national epidemiology of panic disorder. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54:305-9.
48. Kessler RC, Wittchen H-U. Pattern and correlates of generalized anxiety disorder in community samples. *J Clin Psychiatry* 2002;63(Suppl 8):4v10.
49. Wittchen H-U, Fehm L. Epidemiology and natural course of social fears and social phobia. *Acta Psychiatr Scand* 2003;108 (Suppl. 417):4v18.
50. Statistique Canada. Division des statistiques sur la santé. Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population, 1994-1995. Ottawa : ministère de l'Industrie; 1995. Rapport n° 82-587.
51. Robins LN, Wing J, Wittchen HU, Helzer JE, Babor TF, Burke J, et al. The Composite International Diagnostic Interview. An epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. *Arch Gen Psychiatry* 1988;45:1069-77.
52. Brugha TS, Bebbington PE, Jenkins R. A difference that matters: comparisons of structured and semi-structured psychiatric diagnostic interviews in the general populations. *Psychol Med* 1999;29: 1013-20.
53. Brugha TS, Jenkins R, Taub N, Meltzer H, Bebbington PE. A general population comparison of the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) and the Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry (SCAN). *Psychol Med* 2001;31:1001-13.
54. Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Koretz D, Merikangas KR, et al. The epidemiology of major depressive disorder: results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). *JAMA* 2003; 289:3095-105.