Prévalence de la dépression majeure chez les arthritiques des populations canadiennes : étude comparative entre anglophones majoritaires et francophones en situation linguistique minoritaire

Salomon Fotsing, M.D.¹, Aubain H. Nzokem, M.Sc.², Jean Grenier, Ph.D.³, Pascal Imbeault, Ph.D.^{4,5}, Malek Batal, Ph.D.^{4,6}, Louise Bouchard, Ph.D.^{4,7}, Marie-Hélène Chomienne, M.D., M.Sc.⁸

RÉSUMÉ

OBJECTIF : La santé mentale et l'arthrite sont deux maladies reconnues comme étant des enjeux majeurs en santé publique. La situation minoritaire des francophones est reconnue comme un déterminant de la santé. L'objectif de cette étude est de déterminer la prévalence de la dépression majeure chez les arthritiques adultes des populations francophones minoritaires comparativement à la majorité anglophone.

MÉTHODE : Analyse secondaire de l'ESCC (fusion de 2003 (cycle 2.1), 2005 (cycle 3.1), 2007 (cycle 4.1), 2008 et 2009) excluant le Québec. La variable langue a été construite selon un algorithme pré-existant réunissant la langue maternelle, de conversation, d'entrevue et de préférence. La dépression majeure était définie selon les critères du DSM IV. La présence ou non d'arthrite était une variable auto-rapportée. Les prévalences et rapports de cotes pour la dépression dans la population arthritique ont été calculés et ajustés en fonction de divers facteurs (socioéconomiques, isolement social, accès aux services de santé).

RÉSULTATS : L'étude identifiait 159 426 anglophones et 10 658 francophones. Parmi les sujets avec arthrite (27 %), la prévalence de la dépression était de 8,5 % et de 8,4 % chez les francophones et les anglophones, respectivement; chez les hommes, les anglophones étaient plus à risque de faire une dépression que les francophones : OR=2,36 (IC 95% : 2,07-2,70) c. OR=1,87 (IC 95% : 1,20-2,91). Cette tendance ne se retrouvait pas chez les femmes.

CONCLUSION : Notre échantillon démontre que dans une population arthritique, la dépression semble toucher plus particulièrement les hommes anglophones. Cependant il faut souligner la petite taille de l'échantillon.

MOTS CLÉS : maladies chroniques; santé mentale; arthrite/dépression; minorité; Francophones

The translation of the Abstract appears at the end of this article.

Rev can santé publique 2013;104(6)(Suppl. 1):S12-S15.

Au Canada comme ailleurs, les maladies chroniques représentent un fardeau important pour les personnes atteintes, leur famille, le système de santé et la société, et sont donc un enjeu majeur de santé publique¹. Parmi celles-ci, l'arthrite représente une des affections physiques chroniques les plus fréquentes². L'arthrite est le deuxième problème de santé chronique le plus fréquemment signalé par les femmes et le troisième par les hommes. Entre 2007 et 2008, plus de 4,2 millions de Canadiens, soit 16 % de la population âgée de 15 ans et plus, ont déclaré souffrir d'arthrite². Globalement, près de deux tiers (64 %) des personnes atteintes sont des femmes et près de trois personnes arthritiques sur cinq sont âgées de moins de 65 ans. La douleur chronique est souvent associée à des états dépressifs et la fréquence de la comorbidité entre douleur chronique et dépression va bien au-delà de la cooccurrence attendue de ces deux pathologies³⁻⁵. En effet, près de 30 % à 50 % des patients atteints de douleurs chroniques présentent les critères de dépression majeure⁴. Au Canada, pour les populations en situation linguistique minoritaire, les barrières linguistiques réduisent l'accessibilité à des soins de qualité^{6,7}. Le facteur linguistique peut donc influencer l'accès et la qualité des soins dont pourraient bénéficier les populations francophones en situation minoritaire. Il nous apparaît opportun d'examiner la différence de la comorbidité arthrite-dépression entre les populations francophones en situation minoritaire et leur contrepartie anglophone majoritaire.

MÉTHODES

Encadré méthodologique

Source des données

Les données proviennent de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, menée par Statistique Canada en 2003 (cycle 2.1), 2005 (cycle 3.1), 2007 (cycle 4.1), 2008 et 2009. La population cible de l'ESCC est composée de Canadiens et Canadiennes âgés de

Affiliations des auteurs

1. Institut de Recherche de l'Hôpital Montfort, Département de médecine familiale, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
2. Service de performance et d'évaluation, Postes Canada, Ottawa (Ontario)
3. Département de médecine familiale et de psychologie, Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario)
4. Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Ottawa (Ontario)
5. Unité de recherche sur le comportement et le métabolisme, École des sciences de l'activité physique, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
6. Département de nutrition, Faculté de médecine, Université de Montréal, Montréal (Québec)
7. Département de sociologie et d'anthropologie, Institut de recherche sur la santé des populations, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)
8. Département de médecine familiale et d'épidémiologie, Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, Université d'Ottawa, Ottawa (Ontario)

Correspondance : Salomon Fotsing, Institut de recherche de l'Hôpital Montfort, 745A chemin Montréal, Ottawa (Ontario) K1K 0T2, Tél. : 613-746-4621, poste 6077, Téléc. : 613-288-1337, Courriel : sfotsing@uottawa.ca

Remerciement : Ce travail a été rendu possible grâce à une subvention du RRASFO.
Conflit d'intérêts : Aucun à déclarer.

Tableau 1. Dépression majeure et caractéristiques de la population étudiée selon la langue

	Francophones		Anglophones	
	Population étudiée (%)	Arthritiques (%)	Population étudiée (%)	Arthritiques (%)
Dépression	6,3	8,5	6,3	8,4
Niveau socioéconomique	29,3	46,0	22,1	32,9
Absence d'éducation post secondaire	17,4	31,4	9,3	17,4
Quintile de revenu le plus bas	22,5	36,6	18,9	27,4
Isolement social	52,3	55,6	48,2	51,7
Vit seul	27,1	32,9	25,7	31,7
Soutien social faible	37,4	36,8	33,9	32,5
Morbidité	31,9	51,1	30,9	50,8
Diabète	6,3	11,0	6,1	11,4
Asthme	7,5	12,8	7,2	10,7
Hypertension	19,4	31,9	18,9	33,9
Cardiaque	7,4	14,7	5,9	12,8
Cancer	2,4	4,0	2,3	4,3
AVC*	1,3	2,6	1,2	2,8
Services de santé	17,8	16,4	17,3	14,8
Pas de médecin de famille	10,4	4,9	10,5	4,9
Besoins non satisfaits	10,9	15,3	10,9	14,8

* Accident vasculaire cérébral.

Tableau 2. Prévalence (%) de la dépression majeure chez les arthritiques selon le sexe, la langue officielle et le groupe d'âge

Âge (ans)	Hommes		Femmes	
	Francophones (%)	Anglophones (%)	Francophones (%)	Anglophones (%)
30-49	8,4	14,1	21,9	18,0
50-64	6,7	6,5	10,0	10,5
≥65	2,7	2,4	3,8	3,9

12 ans et plus, habitant dans des logements privés des 10 provinces et 3 territoires du pays. Sont exclus les résidents des réserves indiennes et des terres de la Couronne, les personnes vivant en institution, les membres, à temps plein, des Forces armées, ainsi que les habitants de certaines régions éloignées. L'ESCC est une enquête transversale à participation volontaire.

Combinaison des cycles de l'ESCC

Les cycles de l'ESCC utilisés dans cette étude ont été combinés, afin de réduire le problème des petites tailles de l'échantillon des francophones en situation minoritaire au sein de ces enquêtes. Les estimés obtenus représentent la moyenne à travers les cycles.

Identification des francophones

Les francophones et anglophones ont été identifiés par l'entremise de variables portant sur la langue de conversation, la langue maternelle, la langue de l'entrevue et la langue de conversation préférée lors de l'enquête. Cet algorithme fut introduit par Bouchard et al. en 2009 et permet de distinguer le plus clairement possible les locuteurs francophones (incluant les immigrants) des locuteurs anglophones⁸.

Description des variables d'intérêt

Dépression majeure

La dépression majeure est notre variable dépendante. Dans l'ESCC, Statistique Canada a utilisé les travaux de Kessler et collègues pour évaluer la dépression majeure⁹. Ces chercheurs ont sélectionné un sous-ensemble de question du World Mental Health Composite International Diagnostic Interview (WMH-CIDI) permettant de produire des diagnostics conformes aux définitions et critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM III-R) (American Psychiatric Association, 1987)¹⁰. L'état de dépression est évalué suivant une échelle variant entre 1 et 8 critères (les cotes

élevées indiquant un niveau plus élevé de dépression). Pour les besoins de notre étude et dans le souci de respecter le DSM IV (American Psychiatric Association, 1994), un participant était reconnu comme ayant une dépression majeure s'il réunissait au moins 5 critères sur 8 au cours des 12 derniers mois¹¹.

Arthrite

Dans l'ESCC, l'arthrite est identifiée par la question suivante : « Souffrez-vous d'arthrite ou de rhumatisme? ». Les répondants rapportant une fibromyalgie ou une lombalgie ont été exclus de notre définition d'arthrite.

Autres variables

Pour les besoins de l'étude, des variables pertinentes pouvant influencer la présence de dépression majeure ont été regroupées en quatre catégories : 1) *socio-économique* (faible quintile de revenu : oui/non; absence d'éducation postsecondaire : oui/non), 2) *isolement social* (vit seul : oui/non; faible soutien social : oui/non), 3) *services de santé* (absence de médecin de famille : oui/non; besoins de santé non satisfaits : oui/non), et 4) *morbidité* (présence d'au moins une maladie chronique suivante : diabète, asthme, hypertension, cardiopathie, cancer, ACV : oui/non)¹²⁻¹⁶.

Analyse

Les prévalences de la dépression et de l'arthrite ont été calculées et pondérées avec la méthode bootstrap ainsi que la prévalence de dépression majeure chez les sujets âgés arthritiques de 30 ans et plus. Des comparaisons selon le groupe linguistique et selon le groupe d'âge (30-49 ans, 50-64 ans, ≥65 ans) sont présentées à partir d'une série de tableaux croisés. Ensuite, un modèle de régression logistique a été effectué afin d'estimer la présence de dépression en fonction de l'arthrite et ajusté en fonction des autres variables retenues. Les rapports de cotes (RC) avec un intervalle de confiance (IC) à 95 %, seront rapportés. En raison du faible nombre d'indi-

Tableau 3. Rapports de cote (RC) non ajustés avec intervalle de confiance (IC) pour la régression logistique de la dépression majeure chez les hommes arthritiques selon le groupe linguistique et le groupe d'âge

Âge (ans)	Hommes	
	Francophones RC (IC)	Anglophones RC (IC)
30-49	1,64 (0,79-3,43)	3,20 (2,69-3,79)
50-64	2,24 (1,12-4,48)	2,01 (1,61-2,51)
≥65	2,50 (0,79-7,90)	1,60 (1,15-2,24)

Tableau 4. Rapports de cote (RC) non ajustés avec intervalle de confiance (IC) pour la régression logistique de la dépression majeure chez les femmes arthritiques selon le groupe linguistique et le groupe d'âge

Âge (ans)	Femmes	
	Francophones RC (IC)	Anglophones RC (IC)
30-49	2,58 (1,69-3,93)	2,25 (1,99-2,55)
50-64	1,69 (1,07-2,68)*	1,73 (1,48-2,04)
≥65	1,97 (0,86-4,53)	1,68 (1,28-2,22)

* IC à 90%.

vidus francophones souffrant d'arthrite, l'IC a dû, dans certains cas, être calculé à 90 %. L'analyse a été conduite en utilisant le Système SAS 9.2 (www.sas.com).

RÉSULTATS

Le nombre de participants de plus de 30 ans ayant des informations valides pour l'arthrite, la dépression et nos autres variables d'intérêt était de 170 084 (hommes 49 %); parmi eux, 46 312 (27 %) rapportaient faire de l'arthrite (hommes, 38 %). La population arthritique francophone comptait 2 855 sujets (hommes 37 %). Le tableau 1 représente les caractéristiques de la population étudiée et de la population arthritique. Tant chez les francophones que les anglophones les personnes souffrant d'arthrite se retrouvent dans des populations plus défavorisées, ont plus souvent un médecin de famille mais ont plus souvent des besoins non comblés.

Le tableau 2 présente les prévalences de la dépression majeure chez les arthritiques. La tranche d'âge la plus touchée est celle des 30-49 ans. Les femmes sont plus affectées que les hommes. Mais les hommes anglophones entre 30 et 49 ans ont une prévalence plus élevée (14,1 % c. 8,4 %) que leur contrepartie francophone. Pour les femmes, ce sont les francophones de cette tranche d'âge qui sont plus affectées (21,9 % c. 18,0 %).

Les tableaux 3 et 4 représentent les rapports de cote, non ajustés pour la régression logistique de la dépression en fonction de l'arthrite [RC (IC95%) ou (IC90%)] chez les hommes et les femmes. En présence d'arthrite, les hommes anglophones sont plus à risque de développer une dépression majeure, chez les femmes ce sont les francophones qui sont légèrement plus à risque.

Les tableaux 5 et 6 représentent les rapports de cote ajustés, chez les hommes et les femmes, pour la régression logistique de la dépression en fonction de l'arthrite et d'autres variables d'intérêt [RC (IC95%) ou (IC90%)] selon la langue officielle. Après ajustement, le rapport de cote pour la dépression majeure chez les hommes anglophones arthritiques demeure plus élevé avec un rapport à 2,36 (2,07-2,70) contre 1,87 (1,2-2,9) chez les francophones. Il y a peu de différence entre les femmes francophones et anglophones.

Tableau 5. Rapports de cote (RC) ajustés avec intervalle de confiance (IC) pour la régression logistique de la dépression majeure chez les hommes selon le groupe linguistique

	Hommes	
	Francophones RC (IC)	Anglophones RC (IC)
Arthrite	1,87 (1,21-2,91)	2,36 (2,07-2,70)
Âge	0,96 (0,94-0,97)	0,96 (0,96-0,97)
SES*	1,69 (1,14-2,51)	1,84 (1,64-2,08)
Isolement social	1,69 (1,08-2,66)	2,12 (1,88-2,39)
Morbidité	1,58 (1,05-2,38)	1,47 (1,30-1,66)
Manque de services	1,82 (1,09-3,04)	1,56 (1,38-1,76)

* Statut socio-économique.

Tableau 6. Rapports de cote (RC) ajustés avec intervalle de confiance (IC) pour la régression logistique de la dépression majeure chez les femmes selon le groupe linguistique

	Femmes	
	Francophones RC (IC)	Anglophones RC (IC)
Arthrite	1,98 (1,37-2,85)	1,79 (1,62-1,99)
Âge	0,95 (0,94-0,96)	0,96 (0,955-0,96)
SES	1,31 (1,03-1,66)†	1,32 (1,20-1,44)
Isolement social	1,76 (1,26-2,47)	2,02 (1,86-2,19)
Morbidité	1,50 (1,05-2,16)	1,63 (1,48-1,80)
Manque de services	1,76 (1,20-2,56)	1,76 (1,60-1,94)

* IC à 90%.

DISCUSSION

La prévalence de la dépression majeure est de 6 % environ dans la population totale de l'étude et aucune différence n'apparaît entre les anglophones et les francophones. D'autres auteurs, notamment Patten, rapporte une prévalence annuelle variant entre 4 % à 5 % chez les Canadiens¹⁵. La santé des populations souffrant d'arthrite est doublement affectée lorsqu'il y a présence de dépression. Notre étude montre qu'en présence d'arthrite, cette prévalence passe de 6 % à plus de 8 % tant chez les francophones que les anglophones et qu'elle est plus élevée chez les femmes. En 2007, Munce et Stewart rapportent qu'en général les femmes sont plus enclines à souffrir de dépression majeure que les hommes¹². L'analyse indique que dans notre population arthritique, la prévalence de la dépression diminue avec l'âge. Ces résultats corroborent les écrits qui rapportent une moindre association avec l'âge⁵. Par ailleurs, notre population arthritique se caractérise par un niveau socio-économique faible, un isolement social, et la présence de comorbidités qui sont aussi des facteurs prédisposants à une dépression majeure associée^{5,13-16}.

En comparant la prévalence de dépression majeure associée à l'arthrite dans les populations anglophones et francophones, on ne note aucune différence significative; cependant après avoir contrôlé pour les autres facteurs qui influencent l'apparition de la dépression majeure, les hommes francophones semblent être moins à risque de développer un état dépressif associé à l'arthrite, sans oublier les limites de notre petit échantillon. Les hommes anglophones atteints de maladie chronique douloureuse, notamment de l'arthrite, sont-ils plus facilement atteints psychologiquement par leur condition de douleur chronique, ou les hommes francophones sont-ils plus résilients à cette condition? Cette constatation au sein d'une communauté en situation minoritaire permet de poser la question à savoir si la résilience communautaire pourrait expliquer le fait que, les hommes francophones en situation linguistique minoritaire ne

perçoivent pas la maladie douloureuse chronique de la même façon que leur contrepartie de langue anglaise. La résilience communautaire se définit comme le processus que les communautés utilisent pour gérer l'adversité (par exemple vivre en situation minoritaire). La résilience communautaire fait appel non seulement à l'infrastructure physique et sociale de la communauté, mais aussi à d'autres caractéristiques de ses individus pour se protéger contre l'adversité et atténuer l'impact d'un stress extérieur. On peut donc stipuler qu'une communauté ou ses individus puissent développer des facteurs de protection face à la présence du fait minoritaire et ainsi se retrouver plus en mesure de faire face à l'adversité de la maladie (arthrite) pour assurer la conservation d'une santé psychique « suffisamment bonne »¹⁷⁻¹⁹. Ceci dit, il se pourrait aussi que les hommes anglophones de part leur culture et ayant un meilleur accès à des services de santé et à des professionnels de santé soient plus en mesure de verbaliser leurs difficultés et que l'humeur dépressive soit alors plus souvent détectée, diagnostiquée et donc rapportée.

Naturellement, notre étude a des limites. Le diagnostic d'arthrite reposait uniquement sur l'auto-évaluation du répondant et non sur un diagnostic médicalement établi, ce qui aurait surtout pour effet de surestimer la prévalence de l'arthrite, mais probablement de façon identique dans les deux groupes linguistiques. De plus, les données ont été recueillies dans le cadre d'une étude transversale et par conséquent, la notion de cause à effet entre l'arthrite et la dépression majeure devrait être considérée avec prudence. Toute relation temporelle entre la dépression majeure et l'arthrite et le sens des effets de causalité ne peut être établie. Néanmoins, il est bien reconnu qu'il existe une relation bidirectionnelle entre les maladies douloureuses notamment arthritiques et la dépression majeure^{20,21}. Par ailleurs, malgré la fusion des 6 cycles de l'ESCC, comme nous examinons un sous-échantillon de la population enquêtée, certaines cellules de nos analyses croisées ne présentaient qu'un nombre trop petit de répondants pour permettre l'analyse ou produire des résultats robustes.

Sans oublier les limites de cette analyse secondaire, notre analyse pourrait, avec prudence néanmoins, suggérer que les hommes francophones (comme tout autre communauté ou population en situation minoritaire) ont développé une certaine tolérance ou des stratégies qui les rendent plus aptes à faire face à l'adversité. Ainsi, malgré les difficultés de vivre l'arthrite au quotidien, les répercussions sur leur bien-être psychologique sont moindres que pour leur contrepartie anglophone. Devant cette constatation, pouvons-nous expliquer ces résultats par la « résilience » acquise des individus en situation minoritaire qui ont appris à « résister, tolérer, et se construire » dans des environnements contextuels moins favorables? Cette « résilience communautaire », pourrait elle réduire la vulnérabilité individuelle et améliorer le bien-être, et ainsi avoir des répercussions positives face à l'adversité de la maladie? Des études avec de plus grands échantillons de francophones sont nécessaires. En plus, des études qualitatives ou par méthodes mixtes auprès de ces populations pourraient permettre de mieux comprendre la santé des populations en situation minoritaire et les mécanismes qu'elles développent pour faire face à l'adversité de la maladie, ainsi que de mieux adapter nos interventions en promotion et maintien de la santé.

RÉFÉRENCES

1. Santé Canada. L'arthrite au Canada – Une bataille à gagner 2003. Ottawa (ON) : Santé Canada, 2003.
2. Santé Canada. Vivre avec l'arthrite au Canada : un défi de santé personnelle et de santé publique. Ottawa : Agence de la santé publique du Canada, 2010.
3. Belmin J, Chassagne P, Gonthier R, Jeandel C, Pfizenmeyer P. *Gérontologie pour le praticien*. Paris, France : Ed Masson, 2003.
4. Rentsch D, Pigué P, Cedraschi C, Desmeules J, Luthy C, Andreoli A, Allaz AE. Douleurs chroniques et dépression : un aller-retour ? *Rev Med Suisse* 2009;(5):1364-69.
5. Fiest KM, Currie SR, Williams JVA. Chronic conditions and major depression in community-dwelling older adults. *J Affect Disord* 2011;131(6):172-78.
6. Bowen S. Barrières linguistiques dans l'accès aux soins de santé. Ottawa : Santé Canada, 2001.
7. Marmen L, Delisle S. Healthcare in French outside Québec. *Canadian Social Trends* 2003;(3):24-27.
8. Bouchard L, Gaboury I, Chomienne MH, Gilbert A, Dubois L. La santé en situation linguistique minoritaire. *Healthcare Policy* 2009;4(4):36-42.
9. Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun TB, Wittchen H-U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatric Res* 1998;7(4):171-85.
10. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition (DSM-III). Washington, DC: APA, 1980.
11. American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV). Washington: American Psychiatric Association, 1994.
12. Munce SEP, Stewart DE. Gender differences in depression and chronic pain conditions in a national epidemiologic survey. *Psychosomatics* 2007;48(5):394-99.
13. Maura CR. Loneliness, social support and depression as interactive variables with cognitive status: Testing Roy's Model. *Nurs Sci Q* 1996;3(9):107-14.
14. Anderson EA, Kolher JK, Letiecq BL. Predictors of depression among low-income, nonresidential fathers. *J Fam Issues* 2005;26(5):547-67.
15. Patten S, Juby H. Profil de la dépression clinique au Canada. *Réseau des centres de données de recherche, Série de synthèses de recherche*, 2008; No1.
16. Miller LR, Cano A. Comorbid chronic pain and depression: Who is at risk? *J Pain* 2009;6(8):619-27.
17. Bouteyre E. De la réussite scolaire à la résilience scolaire : la santé mentale mise à l'épreuve. *J des psychologues* 2004;216:22-25.
18. Cyrulnik B. Un merveilleux malheur. Paris : Odile Jacob poche, 2002.
19. Kulig JC, Edge D, Joyce B. Community resiliency as a measure of collective health status: Perspectives from rural communities. *Can J Nurs Res* 2008;4(18):92-110.
20. Joint Health. La dépression comme symptôme de l'arthrite : traitement, stratégies d'adaptation et soutien. *Joint Health Monthly* 2011. Sur internet : <http://www.jointhealth.org/programs-jhmonthly-view.cfm?id=108> (consulté le 8 décembre 2011).
21. Dickens C, McGowan L, Clark-Carter D, Creed F. Depression in rheumatoid arthritis: A systematic review of the literature with meta-analysis. *Psychosom Med* 2002;64(8):52-60.

ABSTRACT

OBJECTIVE: Mental health and arthritis have been recognized as major public health issues. Francophone minority status has now been acknowledged as a health determinant. The objective of this study was to determine the prevalence of major depression among adults with arthritis in Francophone minority populations compared to the Anglophone majority.

METHODS: Secondary analysis of the CCHS (merger of 2003 (cycle 2.1), 2005 (Cycle 3.1), 2007 (cycle 4.1), 2008 and 2009) excluding Quebec residents. The language variable was constructed using an existing algorithm which combines maternal tongue, language of conversation, language of interview, and preferred language. Major depression was defined according to the DSM IV. Presence or absence of arthritis was a self-reported variable. The prevalence and odds ratios for depression in people with arthritis were calculated and adjusted for various factors (socio-economic, social isolation, access to health services).

RESULTS: The study identified 159,426 Anglophones and 10,658 Francophones. Among the participants with arthritis (27%), the prevalence of depression in Francophones and Anglophones was 8.5% and 8.4%, respectively. In men, Anglophones were more at risk for depression than Francophones: OR 2.36 (95% CI: 2.07-2.70) vs. OR 1.87 (95% CI: 1.20-2.91). This trend was not observed in women.

CONCLUSION: In our sample of people with arthritis, depression seems to affect more particularly the English-speaking men, however given the small sample size, we need to be cautious in our conclusions.

KEY WORDS: Chronic diseases; mental health; arthritis/depression; minority; Francophone