

CHAPITRE 1

LES MALADIES MENTALES AU CANADA : APERÇU

Points saillants

- Suite à l'atteinte d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue, les maladies mentales touchent indirectement tous les Canadiens et Canadiennes.
- Vingt pour cent des Canadiens et Canadiennes seront personnellement atteints d'une maladie mentale au cours de leur vie.
- Les maladies mentales touchent des personnes de tous âges, niveaux d'instruction, niveaux de revenu et cultures.
- La maladie mentale apparaît le plus souvent à l'adolescence et dans la jeune vie adulte.
- Une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, de personnalité et d'environnement cause les maladies mentales.
- Les maladies mentales peuvent être traitées efficacement.
- Les maladies mentales sont coûteuses pour la personne, la famille, le système de soins de santé et la collectivité.
- En 1993, on a estimé à au moins 7,331 milliards de dollars le coût des maladies mentales au Canada.
- Quatre-vingt-six pour cent des hospitalisations pour maladie mentale au Canada sont dans les hôpitaux généraux.
- En 1999, 3,8 % de toutes les admissions dans les hôpitaux généraux (1,5 million de jours d'hôpital) étaient attribuables à des troubles anxieux, des troubles bipolaires, la schizophrénie, la dépression majeure, des troubles de la personnalité, des troubles de l'alimentation et un comportement suicidaire.
- La stigmatisation rattachée aux maladies mentales présente un obstacle sérieux, non seulement pour le diagnostic et le traitement, mais également pour l'acceptation dans la collectivité.

Qu'est-ce que la maladie mentale

Les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement de longue durée. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie mentale, la personne, la famille et l'environnement socio-économique.

Au cours de sa vie, chaque personne éprouve des sentiments d'isolement, de solitude, de détresse émotionnelle ou de désorientation. Il s'agit habituellement de réactions à court terme normales à des situations difficiles plutôt que de symptômes d'une maladie mentale. La personne apprend à s'adapter aux sentiments difficiles tout comme elle apprend à s'adapter aux situations difficiles. Toutefois, dans certains cas, la durée et l'intensité des sentiments pénibles ou des modèles de désorientation de la pensée peuvent s'ingérer dans la vie quotidienne. Les habiletés ordinaires d'adaptation ne suffisent plus et la personne peut avoir besoin d'aide pour retrouver son équilibre et son plein fonctionnement.

La santé mentale est aussi importante que la santé physique dans la vie quotidienne. En fait, les deux sont interreliées. Les personnes souffrant de problèmes de santé physique éprouvent souvent de l'anxiété ou une dépression qui affecte leur réaction à la maladie physique. Les personnes souffrant d'une maladie mentale peuvent développer des symptômes et des maladies physiques, par exemple, une perte de poids et un déséquilibre biochimique sanguin associés aux troubles de l'alimentation. Nos sentiments, notre manière de voir les choses et nos modes de pensée peuvent fortement influencer notre état de santé ou de maladie et

peut non seulement avoir un effet sur l'évolution d'une maladie mais sur l'efficacité de son traitement.

Les maladies mentales peuvent se manifester simultanément. Par exemple, une personne peut éprouver une dépression et un trouble anxieux en même temps. De plus, les tentatives d'adoucir les symptômes par l'alcool ou les drogues peuvent contribuer à la toxicomanie chez certaines personnes. Dans une étude américaine, 54 % des personnes avec des antécédents d'au moins une maladie mentale souffraient d'une autre maladie mentale ou de toxicomanie¹.

Les maladies mentales prennent plusieurs formes : Le présent rapport porte sur :

- Les troubles de l'humeur
- La schizophrénie
- Les troubles anxieux
- Les troubles de la personnalité
- Les troubles de l'alimentation

Un chapitre sur le comportement suicidaire est inclus. Bien que ce comportement ne soit pas une maladie mentale en soi, il est fortement relié aux maladies mentales et soulève de nombreux problèmes semblables.

D'autres maladies mentales sont importantes (telles les toxicomanies) ainsi que certaines questions entourant des populations spéciales (telles les enfants, les personnes âgées et les personnes ayant un retard du développement). Le présent rapport ne les aborde pas directement, mais elles feront l'objet d'un travail futur. Néanmoins, les principes présentés dans cet aperçu s'appliquent à toutes les maladies mentales.

Jusqu'à quel point les maladies mentales sont-elles répandues au Canada?

Bien que dans le passé, certaines études démographiques aient porté sur la maladie mentale, des données plus récentes sur la prévalence des maladies mentales font défaut. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de Statistique Canada (ESCC), qui entreprend une étude démographique sur certaines maladies mentales, fournira ces données dans un proche avenir.

Des études canadiennes antérieures^{2,3} ont permis d'estimer qu'un adulte canadien sur cinq souffrira personnellement d'une maladie mentale pendant une période de 1 an. Le tableau 1-1 résume les estimations canadiennes de la prévalence des maladies mentales faisant l'objet du présent rapport. D'après les estimations des États-Unis, les troubles de la personnalité peuvent affecter de 6 % à 9 % de la population⁵.

Tableau 1-1 Prévalence estimative de 1 an^a des maladies mentales chez les adultes canadiens

Maladie mentale	Estimations^{2,3} de la prévalence de 1 an
Troubles de l'humeur	
Dépression majeure (unipolaire)	4,1– 4,6 %
Trouble bipolaire	0,2 - 0,6 %
Dysthymie	0,8 - 3,1%
Schizophrénie	0,3 %
Troubles anxieux	12,2 %
Troubles de la personnalité	--
Troubles de l'alimentation⁴ – Anorexie, Boulimie	Anorexie 0,7 % femmes 0,2 % hommes Boulimie 1,5 % femmes 0,1 % hommes
Décès attribuables au suicide (1998)	12,2 pour 100 000 (1998) 2 % de tous les décès 24 % de tous les décès de personnes âgées de 15 à 24 ans 16 % de tous les décès de personnes âgées de 25 à 44 ans
^a Pourcentage estimatif des personnes qui ont le trouble au cours d'une période de 1 an.	

Répercussions des maladies mentales

Qui est touché par les maladies mentales?

Les maladies mentales affectent des gens de toutes les professions, de tous les niveaux d'instruction et de revenu et de toutes les cultures. La répartition n'est pas aléatoire ou uniforme; certaines maladies mentales sont plus répandues dans certains groupes de la population. Toutefois, personne n'est à l'abri et à un certain moment de leur vie, tous les Canadiens sont susceptibles d'être affectés par la maladie mentale d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue.

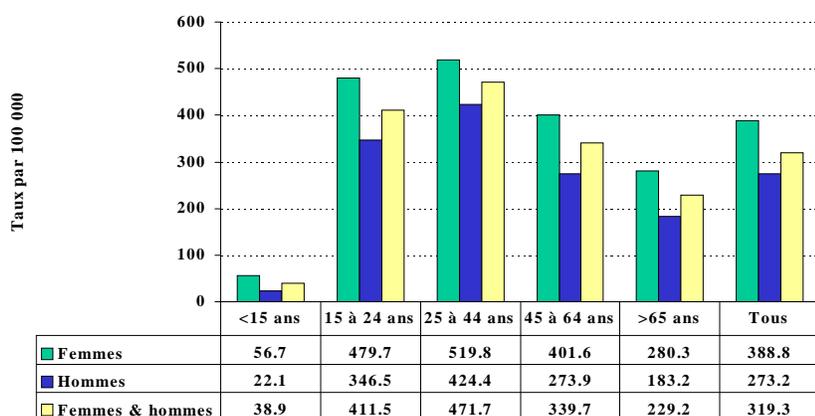
Idéalement, les données d'une étude démographique offriraient de l'information sur la répartition des maladies mentales selon l'âge, le

sexe et d'autres caractéristiques. L'ESCC de Statistique Canada fournira certaines de ces données à l'avenir.

Pour le moment, les données sur les hospitalisations offrent la meilleure description disponible des personnes souffrant d'une maladie mentale. Toutefois, ces données présentent certaines limites, parce que la plupart des malades mentaux sont traités dans la communauté plutôt que dans les hôpitaux et plusieurs ne sont pas traités. Des facteurs autres que leur étendue et leur gravité peuvent influencer le nombre d'hospitalisations et leur durée. Il faut donc interpréter les données présentées dans ce rapport avec une certaine réserve.

Selon les données sur les hospitalisations, les maladies mentales affectent tous les groupes d'âge. En 1999, les taux chez les femmes étaient supérieurs à ceux des hommes pour tous les groupes d'âge (figure 1-1). Près de la moitié de toutes les admissions pour une des sept maladies mentales les plus courantes concernaient des personnes de 25 à 44 ans. Les Canadiens de 45 à 64 ans représentaient un quart (24 %) des hospitalisations. Les taux élevés d'hospitalisation chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans témoignent de l'impact des maladies mentales chez les jeunes.

Figure 1-1 Taux d'hospitalisation pour une des sept maladies mentales* dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1999-2000

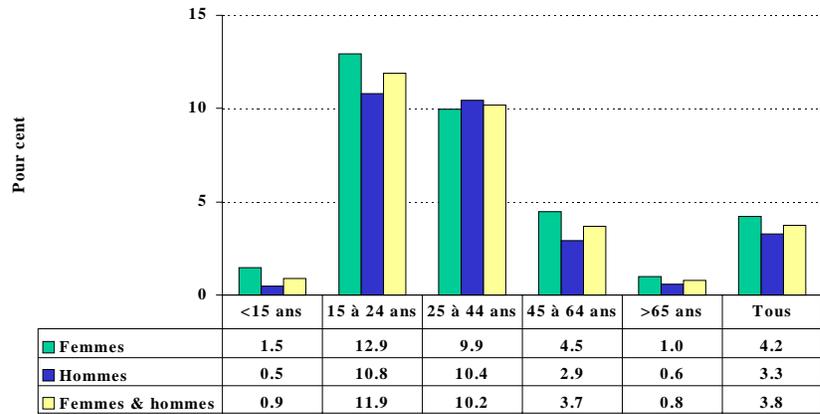


* Troubles anxieux, troubles bipolaires, schizophrénie, dépression majeure, troubles de la personnalité, troubles alimentaires et tentatives de suicide

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Dans l'ensemble, les affections dont il est question dans ce rapport représentaient 3,8 % des admissions dans les hôpitaux généraux en 1999 (comme diagnostic principal ou le plus responsable). La proportion entre les hommes et les femmes des groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans était beaucoup plus élevée, soit de plus de 10 % (figure 1-2).

Figure 1-2 Proportion de toutes les hospitalisations qui sont attribuables à une des sept maladies mentales* dans les hôpitaux généraux, selon l'âge et le sexe, Canada, 1999-2000

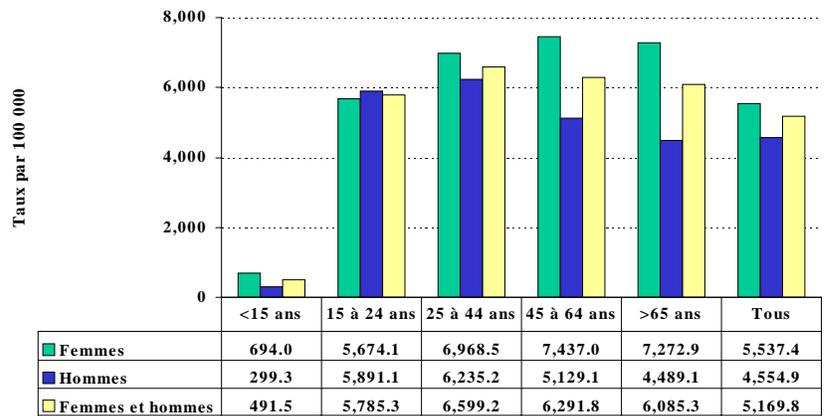


* Troubles anxieux, troubles bipolaires, schizophrénie, dépression majeure, troubles de la personnalité, troubles alimentaires et tentatives de suicide

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Bien qu'en 1999, les taux d'admission dans les hôpitaux généraux des femmes de 65 ans et plus étaient de beaucoup inférieur à ceux des femmes de 45 à 64 ans, les jours d'hospitalisation étaient presque les mêmes (figure 1-3). Ainsi, les femmes du groupe le plus âgé, demeuraient plus longtemps à l'hôpital.

Figure 1-3 Jours d'hospitalisation pour une des sept maladies mentales* dans les hôpitaux généraux (nombre de jours passés à l'hôpital) pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1999-2000



* Troubles anxieux, troubles bipolaires, schizophrénie, dépression majeure, troubles de la personnalité, troubles alimentaires et tentatives de suicide

Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Comment les maladies mentales affectent-elles les gens?

La plupart des maladies mentales apparaissent à l'adolescence ou au début de la vie adulte. Elles affectent les réussites scolaires, les possibilités et les succès professionnels ainsi que la formation et la nature des relations personnelles. L'effet dure toute la vie. Plus le nombre d'épisodes de la maladie est élevé, plus sa durée est longue. Un traitement efficace auquel le patient se conforme et la sécurité d'un soutien social solide, un revenu et un logement adéquats et des possibilités éducatives sont des éléments essentiels pour minimiser l'impact de la maladie mentale.

Dans les pays industrialisés, les maladies mentales (dépression majeure, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel-compulsif) représentent quatre des 10 principales causes d'invalidité⁶.

Le suicide présente un risque important pour les personnes souffrant de certaines maladies mentales, par exemple, la dépression majeure, le trouble bipolaire, la schizophrénie et le trouble de la personnalité limite.

Les maladies mentales ont des retombées importantes sur la famille, car elle peut avoir des décisions difficiles à prendre concernant le traitement, l'hospitalisation, le logement et le niveau de contact avec un membre de la famille souffrant d'une maladie mentale. La personne et la famille vivent l'anxiété d'un avenir incertain et le stress de ce qui peut être une invalidité grave et limitative. La lourde demande de soins peut conduire à l'épuisement. La famille craint parfois que ce soit elle qui a causé la maladie. Le coût des médicaments, l'absence du travail et le soutien supplémentaire peuvent créer un lourd fardeau financier pour la famille. La nécessité de soins et la stigmatisation accompagnant la maladie

mentale conduisent souvent à l'isolement des membres de la famille de leur communauté et de leur réseau de soutien social, et peuvent même contribuer au suicide d'un membre de la famille.

Impact économique

Les maladies mentales ont également une forte incidence sur l'économie canadienne, relativement aux pertes de productivité et aux coûts des soins de santé. Il est difficile de mesurer l'impact économique des maladies mentales au Canada à cause du manque de données complètes non seulement sur l'utilisation et le coût des services, mais également en raison des retombées de la perte de productivité, tel l'absentéisme.

Une étude de Santé Canada effectuée en 1993 a fait appel à plusieurs types de données administratives et d'enquêtes, notamment les données sur la facturation des médecins, sur les hospitalisations et sur la limitation autodéclarée des activités, pour estimer le coût des maladies mentales à 7,331 milliards de dollars en dollars de 1993⁷. Certains coûts, dont la perte de productivité des personnes trop malades pour remplir les questionnaires, ne pouvaient être saisis à l'aide des données disponibles.

Une étude canadienne ultérieure a puisé aux mêmes données ainsi qu'aux données des questions de l'ENSP de 1996-1997 concernant la dépression et la détresse ainsi que le recours autodéclaré aux services de santé; les auteurs ont estimé que l'impact économique annuel des problèmes de santé mentale au Canada est de 14,4 milliards de dollars⁸. Les auteurs de cette étude croient également que le chiffre est une sous-estimation en raison des limites imposées par leur ensemble de données.

Bien que les estimations varient grandement en fonction des coûts inclus, il en ressort que le fardeau économique des maladies mentales est immense.

Les maladies mentales contribuent considérablement aux coûts des hôpitaux. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les hôpitaux canadiens ont signalé 199 308 départs associés à la maladie mentale en 1999-

2000. Les hôpitaux généraux en représentaient 86 % et les hôpitaux psychiatriques provinciaux 14 %. En 1999-2000, les malades mentaux ont exigé 9 022 382 jours d'hospitalisation. Le chiffre se répartit presque également entre les hôpitaux psychiatriques et généraux provinciaux. La durée moyenne du séjour était de 45 jours. La durée moyenne du séjour à l'hôpital psychiatrique était de 160 jours comparativement à 27 dans les hôpitaux généraux.

Stigmatisation et discrimination associées aux maladies mentales

Les niveaux élevés de stigmatisation et de discrimination accordés aux malades mentaux représentent une des réalités les plus tragiques des maladies mentales au Canada. Découlant de la superstition, du manque de connaissances et d'empathie ainsi que d'une tendance à craindre et à exclure les personnes qui sont perçues différentes, la stigmatisation et la discrimination existent depuis toujours. Il en résulte les stéréotypes, la peur, l'embarras, la colère et un comportement d'évitement. Elles obligent les gens à garder le silence sur leur maladie mentale, les amenant souvent à différer une demande de soins de santé, à éviter de suivre le traitement recommandé et à éviter de partager leurs préoccupations avec leur famille, leurs amis, leurs

collègues, leur employeur, les dispensateurs de services de santé et d'autres dans la collectivité.

L'une des priorités les plus pressantes de la Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health (CAMIMH) pour améliorer la santé mentale des Canadiens et Canadiennes, est la lutte contre la stigmatisation et la prévention de la discrimination envers les malades mentaux. L'éducation du public et des médias au sujet des maladies mentales est une première étape pour réduire la stigmatisation et encourager une meilleure acceptation et compréhension des maladies mentales. L'élaboration et la mise en application de politiques visant à mettre fin à la discrimination et la violation des droits de la personne pourraient inciter au changement.

Causes des maladies mentales

La recherche indique que les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, de personnalité et environnementaux; toutefois, le cerveau est le lieu commun final du contrôle du comportement, de la cognition, de l'humeur et de l'anxiété. En ce moment, les liens entre des dysfonctions cérébrales spécifiques et des maladies mentales spécifiques ne sont pas pleinement compris⁹.

Dans les chapitres qui suivent, l'on fait souvent mention de la supériorité génétique (par exemple, les dysfonctions héréditaires affectant la chimie du cerveau) et à l'environnement (par exemple, les facteurs physiques et psychosociaux externes) pour discuter des causes, du traitement et de la prévention des maladies mentales. Il est important de ne pas sur-interpréter les preuves disponibles au sujet du rôle des facteurs génétiques ou environnementaux comme cause des maladies mentales, car beaucoup plus de recherche sera nécessaire pour bien comprendre les causes des maladies mentales.

On a constaté une présence plus élevée de la plupart des maladies mentales chez les membres de la famille immédiate, laissant supposer une cause génétique des troubles. Dans certains cas, les recherches indiquent que certains facteurs affectant la chimie du cerveau contribuent à l'apparition et à la progression d'une maladie mentale. Toutefois, il y a également des preuves croissantes que des modifications à long terme de la fonction cérébrale peuvent se produire en réaction à des facteurs environnementaux tels la stimulation, l'expérience d'un stress traumatique ou chronique ou divers genres de privation. Autrement dit, l'interaction entre la biologie du cerveau et l'expérience vécue semble réciproque.

Pour des raisons qui peuvent être soit biologiques, psychologiques, ou les deux, l'âge et

le sexe ont une incidence sur la maladie mentale. Des facteurs environnementaux comme la situation familiale, les pressions du lieu de travail et le statut socio-économique de la personne peuvent précipiter l'apparition ou la récurrence d'une maladie mentale. Les modes de vie (par exemple, la toxicomanie) et les modes de pensée et de comportement acquis peuvent entraîner l'apparition, et la progression d'une maladie mentale et contribuer à son aboutissement.

L'interaction de la maladie physique et de la maladie mentale est tout aussi complexe. L'on sait que les maladies mentales peuvent contribuer, découler de ou partager une cause commune avec les maladies physiques telles le cancer, la maladie cardiaque et la maladie obstructive respiratoire.

Puisque plusieurs aspects des rôles et des interactions de l'hérédité et de l'environnement, de la dysfonction cérébrale et de l'expérience vécue demeurent inconnus, il serait prudent de leur accorder une considération égale.

La pauvreté et les maladies mentales

La relation entre la pauvreté et les maladies mentales est compliquée. Plusieurs études ont permis de constater que le statut socio-économique est inversement relié à la possibilité de contracter une maladie mentale. Deux cadres¹⁰ ont été proposés pour expliquer cette relation.

Association indirecte : sélection et glissement

Le concept de sélection propose que certaines personnes puissent être prédisposées à une maladie mentale et à des attentes et ambitions inférieures qui, à leur tour, résultent en des niveaux inférieurs de résultats scolaires et

professionnels. Par contre, une maladie mentale légère non diagnostiquée peut, pour certaines personnes, présenter des difficultés de réussite dans une société postindustrielle complexe. La pauvreté est associée à un niveau inférieur de réussite dans le système scolaire officiel. Cela dit, il y a donc une association indirecte entre la pauvreté et la maladie mentale.

Le «glissement» se rapporte à la probabilité que ceux qui souffrent d'une maladie mentale puissent dériver dans la pauvreté car ils ont de la difficulté à obtenir et à conserver un emploi régulier. Cette association indirecte entre la pauvreté et la maladie mentale peut être atténuée par l'effet de «classe» par lequel les réseaux de soutien entourant les personnes des classes économiques supérieures préviennent leur glissement dans la pauvreté.

Association directe : cause sociale

L'association directe entre la pauvreté et la maladie mentale suppose que l'expérience sociale des pauvres augmente la probabilité de contracter une maladie mentale. Par exemple, vivre dans la pauvreté peut conduire à un manque de perspectives et, en conséquence, à la colère et au désespoir. La pauvreté pose également le risque d'exposition au stress chronique ou traumatique. Combinée à une prédisposition génétique, cette situation peut contribuer à l'apparition d'une maladie mentale. Il est important de noter que la plupart des pauvres ne souffrent pas de maladies mentales. S'il est vrai alors qu'une cause sociale existe, il faudrait lui attribuer des facteurs additionnels.

Prévention et traitement

Le fait de tenir compte des déterminants psychologiques et sociaux de la santé mentale peut non seulement l'améliorer mais peut-être la prévenir.

Certains facteurs chez la personne, tels un attachement profond, des compétences parentales, de l'amitié et un soutien social, un emploi significatif et des rôles sociaux, un revenu suffisant, l'activité physique et un locus de contrôle interne renforceront la santé mentale et, indirectement, réduiront l'incidence de certains problèmes de santé mentale.

Au niveau systémique, des stratégies qui établissent des environnements soutenant, renforcent l'action communautaire, mettent en valeur les compétences personnelles et réorientent les services de santé, peuvent aider à assurer que la population exerce un certain contrôle sur les déterminants psychologiques et sociaux de la santé mentale.

Une prévention primaire de la plupart des troubles mentaux est encore en voie d'élaboration. Étant donné la très solide preuve que des antécédents de traumatisme grave (par exemple, un abus physique ou sexuel) sont reliés à divers problèmes de santé mentale (troubles dissociatifs, troubles de la personnalité, accoutumances, trouble de stress post-traumatique)^{11,12}, il serait raisonnable de conclure que la prévention de tels traumatismes préviendrait certains problèmes de santé mentale. Une preuve prometteuse veut que l'enseignement précoce des stratégies cognitivo-comportementales puisse prévenir ou réduire les répercussions des troubles anxieux¹³.

La plupart des maladies mentales peuvent être traitées. Le traitement doit refléter les origines complexes des maladies mentales. Diverses interventions, par exemple, la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, la

médication, l'ergothérapie et le travail social peuvent améliorer le fonctionnement et la qualité de vie d'une personne. Puisque les maladies mentales découlent de troubles des fonctions cérébrales, la médication est souvent un aspect important du traitement.

Il est essentiel de porter le bon diagnostic et d'adapter un traitement efficace aux besoins de la personne pour établir un plan de prise en charge global. La participation active de la personne au choix de la thérapie et son adhésion à la thérapie choisie est critique pour parvenir à un traitement fructueux. Parfois, la protection de la santé de la personne peut nécessiter la participation d'autres décideurs.

Le traitement nécessite une variété de dispensateurs de soins de santé et de services sociaux ainsi que de bénévoles organisés selon un système d'ensemble. Les dispensateurs de services doivent travailler en équipe pour assurer la continuité des soins.

Pour une efficacité optimale, un système de traitement devrait offrir à tous un accès aux services dont ils ont besoin. Muni de ressources adéquates, le traitement dans la collectivité présente de nombreux avantages.

Les réformes du système de santé mentale des années 1960 et 1970 ont réduit le nombre de lits dans les établissements psychiatriques. De nombreuses personnes souffrant d'une maladie mentale sont passées des établissements de soins chroniques à la collectivité. Pour créer une qualité de vie raisonnable, les collectivités ont eu à relever d'importants défis pour aider non seulement ces personnes mais également des personnes sans antécédents nouvellement diagnostiquées comme atteintes d'une maladie mentale grave¹⁴.

Vers un système d'ensemble

Les points de vue sont nombreux pour déterminer en quoi consiste un système de soins de santé mentale efficace et complet. Voici quelques éléments que l'on peut percevoir comme étant essentiels à un tel système.

Éducation des usagers des services et de leurs familles

Les personnes et les familles touchées directement par la maladie mentale ont besoin d'information sur les signes et les symptômes de ces maladies, les sources d'aide, les médicaments, les thérapies et signes avertisseurs de rechute. Les brochures, les bandes vidéo et les consultations familiales peuvent aider à sensibiliser les gens. Les résultats peuvent être améliorés par l'éducation afin d'aider les gens à rehausser leur capacité de déterminer les épisodes aux premiers stades et à réagir par des mesures appropriées.

Éducation communautaire

La disparition des mythes entourant les maladies mentales nécessite des programmes d'éducation communautaires, y compris dans les écoles. Ces programmes pourraient aider à réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales et contribuer à une reconnaissance précoce du problème. Ils peuvent également être essentiels non seulement pour encourager les gens à demander des soins mais également pour leur assurer un environnement soutenant.

Réseau d'auto-assistance/d'entraide

Les organisations et les programmes d'auto-assistance (d'entraide) regroupent les personnes affrontant des défis semblables et offrent un soutien tant à la personne qu'aux membres de sa famille. Des groupes d'entraide peuvent renforcer l'autonomie de la personne notamment en lui

transmettant de l'information, en atténuant l'isolement social et en transmettant des habiletés d'adaptation. En souscrivant à leurs points forts et en admettant les limites entre les soins de santé officiels et l'entraide, ces groupes peuvent former des partenariats efficaces avec les services professionnels.

Soins primaires et soins spécialisés

Pour la plupart des Canadiens et Canadiennes, le médecin de famille est le premier et souvent le seul contact avec le système de soins de santé. Un mauvais diagnostic et un traitement insuffisant peuvent entraîner de mauvais résultats. En conséquence, l'éducation des médecins de soins primaires pour reconnaître, diagnostiquer et traiter correctement la plupart des maladies mentales, et savoir quand référer les personnes touchées à d'autres médecins, joue un rôle essentiel pour optimiser les soins qu'ils offrent. La formation des résidents en médecine familiale à cet effet est également essentielle. L'élaboration et la distribution de lignes directrices sur le traitement consensuel sont une première étape pour accroître leurs connaissances des maladies mentales, leur diagnostic et leur traitement. L'encouragement de l'utilisation de ces lignes directrices nécessite une attention aux facteurs de prédisposition, d'habilitation et de renforcement qui existent en milieu clinique.

Dans le modèle de partage de soins de la prestation des soins de santé mentale¹⁵, les psychiatres et les professionnels de la santé mentale travaillent avec les médecins de famille, leur offrant un appui et une aide dans le milieu clinique quotidien. Les dispensateurs de soins et les personnes ayant besoin des services ont loué l'efficacité de ce modèle.

D'autres professions de la santé, par exemple, la psychologie et le travail social, offrent également des services essentiels aux malades mentaux. Un

modèle de soins primaires idéal nécessiterait la participation de psychologues, de travailleurs sociaux, de médecins de famille, de psychiatres, d'infirmières et infirmiers, de pharmaciens et d'autres professionnels travaillant en collaboration dans un système intégré.

Hôpitaux

La salle d'urgence de l'hôpital est une ressource précieuse pour les interventions en cas de crise et peut être le premier point de contact d'une personne avec le système de soins de santé. Toutefois, l'idéal serait un système plus complet de réponse aux situations de crise (voir la section qui suit).

L'hospitalisation pour une maladie mentale peut aider à diagnostiquer et à stabiliser les symptômes. Elle peut offrir un répit essentiel pour les perturbations parfois bouleversantes de la vie quotidienne. L'hospitalisation offre également un environnement sûr et soutenant lorsque le risque de suicide est élevé ou que le jugement est gravement compromis par la présence d'une maladie mentale. Les équipes multidisciplinaires de médecins, infirmières et infirmiers, ergothérapeutes, pharmaciens, travailleurs sociaux et gestionnaires de cas travaillent avec la personne et la famille pour déterminer les facteurs qui entraînent les symptômes et y répondre. Ils leur aident également à comprendre leur réaction personnelle à la maladie mentale et à s'y adapter.

Bien que l'hospitalisation offre un important répit à court terme et des soins, les périodes d'hospitalisation prolongées peuvent soustraire la personne à son environnement normal et affaiblir les liens sociaux, rendant plus difficile l'intégration dans la vie communautaire. La planification du retour à la collectivité incombe à l'équipe multidisciplinaire et doit être effectuée en collaboration avec les fournisseurs de soins et les organismes communautaires. Un investissement

dans les programmes d'approche communautaires, qui soutiennent les personnes pour qu'elles mènent une vie productive, significative et branchée, est une solution rentable essentielle pour remplacer les soins hospitaliers.

Les programmes hospitaliers visant à améliorer les aptitudes à une vie autonome peuvent aider les personnes à acquérir les compétences sociales, fonctionnelles et en communication qui améliorent leur habilité à s'adapter aux exigences de la vie.

Systèmes d'intervention d'urgence/ Services d'urgence psychiatrique

Plusieurs personnes atteintes d'une maladie mentale grave peuvent être en proie au stress et à des épisodes itératifs de psychose. D'autres éprouvent des périodes de crise à cause de la pauvreté, d'un chômage périodique, de la perte de logement ou de réseaux de soutien. Quelles que soient leurs diverses sources et manifestations, les salles d'urgence des hôpitaux sont le recours principal pour la gestion de ces crises. Malheureusement, un suivi approprié n'est pas toujours facile à garantir et ainsi l'on n'a pas toujours recours à la prévention ni à une intervention précoce. On laisse passer l'occasion de relier des usagers sans antécédents aux ressources appropriées ou de mobiliser les réseaux en place pour aider à gérer ces états de crise.

On a proposé l'établissement de systèmes de réponse aux crises (SRC) comme approche plus efficace. Plutôt qu'une réponse effectuée par un seul service, un SRC renfermerait toute une gamme de services intégrés et répartis entre divers fournisseurs. Les compétences spécialisées et le clavier de possibilités offerts par un SRC serait en mesure de déterminer la résolution d'une crise avec un dérangement minimal, surtout en cas d'insoumission. Un SRC sert d'auxiliaire aux prestataires de services communautaires, dont les professionnels en santé mentale, les

omnipraticiens et les corps policiers; il assure un important mécanisme d'extension des services à la communauté en assurant un lien entre les usagers sans antécédents et les services appropriés; et il joue le rôle d'un service des relations avec le public en rassurant les membres de la collectivité, tels les propriétaires, que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave obtiendront du soutien en période de crise.

Les fonctions à remplir en cas de crise comportent :

- services médicaux, y compris des services aux hospitalisés après avoir épuisé toute autre possibilité;
- placement à court terme dans une résidence pour fins de stabilisation dans un milieu protecteur et de soutien;
- services mobiles d'extension capables de rendre service là où la crise se produit;
- services directs d'intervention;
- services téléphoniques¹⁶.

Programmes de prise en charge ou d'approche communautaires

Les programmes de prise en charge ou d'approche communautaires prennent plusieurs formes, mais consistent généralement en des équipes multidisciplinaires qui partagent la responsabilité clinique des personnes recevant des soins dans la communauté. Une équipe vise à assurer aux personnes atteintes d'une maladie mentale de parvenir au plus haut niveau de fonctionnement possible dans un milieu le moins limitatif possible. Pour ce faire, l'équipe vise à assurer la conformité au traitement (particulièrement pour les schizophrènes et les personnes souffrant d'autres maladies psychotiques) et, en conséquence, améliorer le fonctionnement afin de réduire la nécessité d'une nouvelle hospitalisation. Ces programmes mettent également l'accent sur

l'obtention et la coordination des services offerts par divers organismes de services sociaux et de santé; sur la résolution de problèmes associés à l'hébergement, à l'emploi, aux loisirs, aux relations et aux activités de la vie quotidienne; et sur l'entraînement aux habiletés sociales afin d'améliorer le fonctionnement social. Les éléments clés d'une bonne prise en charge de la personne comportent :

- un rapport de compassion et de soutien entre l'équipe et la personne;
- une insistance sur la flexibilité et la continuité des soins – c.-à-d. assurer un appui de la part de tous les déterminants des services et programmes pour aussi longtemps que nécessaire, même si les besoins de la personne se modifient au fil du temps.

Le traitement communautaire d'affirmation de soi est un modèle de prise en charge qui a été bien reçu. L'équipe a un ratio personnel-patient élevé et offre à la personne un accès au soutien au moment et là où il est nécessaire, soit 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Une personne à risque élevé de rechute and d'hospitalisation a besoin de ce genre de soutien, particulièrement lorsque le soutien familial ou social est limité¹⁷.

Soutien en milieu de travail

À part le foyer, le lieu de travail est l'air principal de la vie adulte. Ainsi, il exerce une influence sur la santé et le bien-être d'une personne. En grande partie, l'impact des maladies mentales en milieu de travail se traduit par une faible productivité et un recours accru aux congés de maladie. La stigmatisation entoure les personnes éprouvant des difficultés de santé mentale et le processus de recouvrement est souvent mal compris. Les employeurs doivent démontrer qu'ils n'exercent pas de discrimination et que leurs politiques et procédures sont équitables devant les problèmes de santé mentale¹⁸.

Le lieu de travail présente un vaste potentiel de mise en valeur et de maintien d'un milieu sain en informant les employeurs et les employés à l'égard des problèmes de santé mentale et en soutenant la réintégration des personnes souffrant d'une maladie mentale dans le milieu de travail. La réadaptation professionnelle soutien l'emploi concurrentiel permanent, c'est-à-dire la capacité d'occuper un emploi régulier dans la collectivité.

Il est important de tenir compte des hauts niveaux de chômage et de pauvreté chez les malades mentaux et de soutenir leur désir de travailler. Les entreprises dirigées par les consommateurs et les survivants se sont avérées efficaces pour restaurer l'emploi chez les personnes souffrant de maladies mentales.

Autres soutiens

Divers autres programmes et services – par exemple, les résidences de soins de longue durée, la réadaptation communautaire, les groupes de besoins spéciaux, les services spécialisés (laboratoire de sommeil, consultation psychopharmacologique) et les centres de crise communautaires – peuvent contribuer au diagnostic, au traitement et à l'intégration des personnes dans la collectivité et à l'amélioration de leur qualité de vie.

D'autres soutiens sont nécessaires pour assurer un revenu suffisant, un logement sûr et des possibilités d'éducation régulière pour les personnes souffrant de maladies mentales.

Des documents sur les meilleures pratiques de réforme en matière de santé mentale préparés sous l'égide du réseau consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé mentale contiennent des renseignements plus détaillés ainsi que des recommandations au sujet de composantes spécifiques d'un système complet et efficace de soins et de soutien en matière de santé mentale. Ils discutent également de

stratégies générales qui encouragent la mise en œuvre à grande échelle de services et de soutien efficaces pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et chroniques. Ces documents

sont disponibles sur le site Web de Santé Canada au : <http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/index.html>.

Orientations futures

Ensemble, les maladies mentales présentent un important défi de la santé publique pour le Canada. Le CAMIMH a préparé un plan d'action national pour guider la réponse nationale aux maladies mentales (voir l'annexe). Le CAMIMH le considère comme un devis qui sera élargi et élaboré en collaboration avec d'autres intéressés.

Un problème de santé de la portée et de l'importance de la maladie mentale nécessite un système de surveillance complet pour suivre les progrès de la réalisation des objectifs du plan d'action national. Un atelier tenu en septembre 1999, organisé conjointement par Santé Canada et la CAMIMH, a permis d'établir un cadre d'indicateurs complet pour un système de surveillance des maladies mentales et de la santé mentale. Le présent rapport répond aux recommandations de l'atelier de collecter les données existantes afin de commencer le processus de description de la situation de la maladie mentale au Canada.

Comme on le verra dans les chapitres suivants, les données sur les hospitalisations et la mortalité offrent une image partielle de la maladie mentale au Canada. Comme la plupart des personnes ne meurent pas d'une maladie mentale et que la plupart des soins sont dispensés hors du milieu hospitalier, l'information offerte par ces données est limitée. Il existe également des préoccupations concernant la qualité et la portée des données sur les hospitalisations et la mortalité.

Le cycle 2 de l'ESCC – Enquête sur les maladies mentales, qui sera complété par Statistiques Canada en 2003, offrira de nouvelles données sur les maladies mentales, y compris la prévalence, la qualité de vie, leur stigmatisation et le recours aux services de santé.

Le projet d'élaboration d'indicateurs pour les services de santé mentale et de toxicomanie de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournira un rapport sur les indicateurs de patients hospitalisés qui pourraient être calculés à l'aide des données existantes.

Le lien avec les bases de données provinciales, par exemple la facturation des médecins, l'hospitalisation, l'assurance-médicaments et la mortalité, offrirait une information précieuse pour un système de surveillance des maladies mentales. Toutes ces étapes d'amélioration de la surveillance s'intéressent particulièrement à la protection des renseignements personnels.

Bien que l'avenir nous promet de meilleures données pour la surveillance des maladies mentales au Canada, il reste beaucoup à faire. Chaque chapitre du présent rapport met l'accent sur une maladie mentale particulière ou un groupe de troubles particuliers, à l'aide de données existantes sur les hospitalisations, tout en déterminant les besoins de données prioritaires pour la surveillance. La collecte, l'analyse et la diffusion de ces données serviront ensuite à guider les décisions sur les politiques et les services visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de maladies mentales.

Ressources

La Société du Canada: www.alzheimer.ca/french/index.htm

Canadian Association for the Mentally Ill: www.cami.org

l'Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux: www.casw-acts.ca/framepg2.htm

Réseau canadien de la santé: www.canadian-health-network.ca/customtools/homef.html

Institut canadien d'information de la santé: www.icis.ca

Instituts de recherche en santé du Canada - Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies: www.cihr-irsc.gc.ca/institutes/inmha/index_f.shtml

Association Médicale Canadienne: www.amc.ca

L'Association Canadienne pour la santé mentale: www.cmha.ca/french

Association des psychiatres du Canada: www.cpa-apc.org/French_Site/index.asp

Canadian Psychiatric Research Foundation: www.cprf.ca

Société canadienne de psychologie: www.cpa.ca/bienvenu.html

Centers for Disease Control and Prevention: www.cdc.gov

Centre de toxicomanie et de santé mentale: www.camh.net/francais/index.html

Santé Canada, Santé Mentale: www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/index.html

The Mood Disorders Society of Canada: www.mooddorderscanada.ca

Réseau national pour la santé mentale: www.nnmh.ca/francais.html

Société canadienne de schizophrénie: www.schizophrenia.ca/french.html

Statistique Canada: www.statcan.ca/start_f.html

Le Collège des médecins de famille du Canada: www.cfpc.ca/_news/news_fr.asp

The National Eating Disorder Information Centre: www.nedic.ca

l'Association canadienne des ergothérapeutes: www.caot.ca/index.cfm

Références

- ¹ Kessler RC, Ahangang Z. The prevalence of mental illness. Horwitz AV, Sheid TL, ed., *A Handbook for the Study of Mental Health - Social Context, Theories and Systems*, (Ch. 3). Cambridge University Press, 1999.
- ² Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. *Can J Psychiatry* 1996;41:559-563.
- ³ Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand* 1988;77(Suppl 338):33-42.
- ⁴ Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. *Am J Psychiatry* 2001;158:570-574.
- ⁵ Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry* 2002;59:115-123.
- ⁶ Murray CJL, Lopez AD, Eds. *Summary: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.
- ⁷ Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K. *Economic Burden of Illness in Canada, 1993*. Ottawa: Health Canada, 1997.
- ⁸ Stephens T, Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada. *Chronic Diseases in Canada* 2001;22:1:18-23.
- ⁹ Schwartz S. Biological approaches to psychological disorders. Horwitz AV, Sheid TL, ed., *A Handbook for the Study of Mental Health - Social Context, Theories and Systems*, (Ch. 4). Cambridge University Press, 1999.
- ¹⁰ Eaton WW, Muntaner C. Socioeconomic stratification and mental disorder. Horwitz AV, Sheid TL, ed., *A Handbook for the Study of Mental Health - Social Context, Theories and Systems*, (Ch. 14). Cambridge University Press, 1999: 259.
- ¹¹ Rosenberg SD, Drake RE, Mueser K. New directions for treatment research on sequelae of sexual abuse in persons with severe mental illness. *Community Ment Health J.* 1996 Aug;32(4):387-400.
- ¹² Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. *Biol Psychiatry* 2002 Feb 15;51(4):288-97.
- ¹³ Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. *J Consult Clin Psychol* 1997;65:627-35.
- ¹⁴ Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. *A Call for Action: Building Consensus for a National Plan on Mental Illness and Mental Health, 2000*.
- ¹⁵ Kates N. Shared mental health care: the way ahead. *Can Fam Physician*, 2002 May;48:853-5.
- ¹⁶ Adapted from "Crisis response systems/psychiatric emergency services," in *Review of Best Practices in Mental Health Reform*, Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Mental Health, 1997, available online at http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pubs/bp_review/e_index.html.
- ¹⁷ For more information about case management and ACT, see "Case management/assertive community treatment" in *Review of Best Practices in Mental Health Reform*, Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Mental Health, 1997, available online at http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pubs/bp_review/e_index.html.
- ¹⁸ Gabriel P, Liimatainen M. *Mental Health in the Workplace*. Geneva: International Labour Office, 2000.