



Gouvernement
du Canada

Government
of Canada

Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006



Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006

Comité de rédaction :

- **Agence de santé publique du Canada**
- **Société pour les troubles de l'humeur du Canada**
- **Santé Canada**
- **Statistique Canada**
- **Institut canadien d'information sur la santé**

Le rapport *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada* a reçu l'aval de nombreuses organisations qui croient en sa raison d'être et qui cherchent toutes à améliorer la santé mentale de tous les Canadiens et la santé des individus qui vivent avec une maladie mentale :

Académie canadienne de psychiatrie gériatrique
Association autochtone de la santé mentale du Canada
Association canadienne des ergothérapeutes
Association canadienne des soins de santé
Association canadienne pour la santé mentale
Association des directeurs de départements de psychiatrie du Canada
Association des pharmaciens du Canada
Association des psychiatres du Canada
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées
Comité canadien de liaison sur l'intervention policière en santé mentale
Infirmières/infirmiers psychiatriques autorisés du Canada
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale
Instituts de recherche en santé du Canada

- Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies
- Institut de la santé des Autochtones
- Institut de la santé des femmes et des hommes

Réadaptation psychosociale Canada
Réseau national pour la santé mentale
Société canadienne de la schizophrénie
Société canadienne de psychologie
Société pour les troubles de l'humeur du Canada

On peut obtenir un exemplaire du présent rapport de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada à www.mooddisorderscanada.ca et de l'Agence de santé publique du Canada à www.phac-aspc.gc.ca.

La documentation figurant dans ce rapport peut être reproduite ou copiée sans permission. L'utilisation de la mention suivante de la source serait toutefois appréciée :

Gouvernement du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, 2006

© Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006

N° de cat. HP5-19/2006F

ISBN 0-662-72356-2

Also available in English under the title *The Human Face of Mental Health and Mental Illness in Canada*



Message du ministre

Au cours de leur vie, plus de 20 p. 100 des Canadiens doivent faire face à la souffrance humaine qui accompagne la maladie mentale. L'expérience personnelle de la maladie mentale varie d'une personne à l'autre, mais il est clair que toutes les Canadiennes et tous les Canadiens partagent le désir d'aider les personnes qui en sont atteintes, ainsi que les membres de leur famille et leurs proches. L'amélioration de la situation passe nécessairement par la recherche et une détermination à mieux connaître ce phénomène, qui nous mèneront vers une meilleure compréhension de la maladie mentale et des meilleurs moyens d'y faire face et de la traiter.

Ce rapport, *L'aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*, offre un survol de ce que chacun de nous pouvons faire pour améliorer notre santé mentale et celle des gens de notre entourage. Il vise à accroître les connaissances des Canadiens à l'égard de la maladie mentale et de la santé mentale, et de leur permettre de se rendre compte des grands pas que nous avons franchis dans ce domaine et de l'engagement du nouveau gouvernement du Canada envers la santé mentale.

Le présent rapport n'aurait jamais vu le jour sans l'engagement de l'Agence de santé publique du Canada, de Santé Canada, de la Société pour les troubles de l'humeur au Canada, de Statistique Canada, de l'Institut canadien d'information sur la santé et des nombreuses autres organisations qui les ont appuyés dans cette démarche. Je remercie les participants de cette initiative et du travail dévoué qu'ils continuent d'effectuer pour la bonne santé mentale de toute la population canadienne.

J'ose croire que les pages qui suivent vous apporteront la même richesse d'explications, d'éclairage et d'espoir que j'en ai tirée. C'est avec intérêt que nous attendrons les mises à jour du rapport et les avancées en santé et en maladies mentales qui y seront évoquées.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Tony Clement'.

Tony Clement
Ministre de la Santé
Gouvernement du Canada

UN MOT D'INTRODUCTION...

Nous sommes heureux de vous présenter notre rapport intitulé *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada*. Ce document vise à mieux faire connaître et comprendre la santé mentale et la maladie mentale au Canada.

Le rapport représente l'aboutissement de nombreuses heures de travail consenties par un grand nombre de personnes dévouées et soucieuses d'améliorer la qualité de vie des gens aux prises avec la maladie mentale et des membres de leur famille. Ces personnes croient qu'une bonne santé mentale peut aider l'individu à « réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et [...] évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci ¹. »

Le présent rapport, à l'instar du précédent, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, comprend un chapitre à caractère général sur la maladie mentale et des chapitres sur des troubles précis : troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et comportement suicidaire. Il comporte de nouveaux chapitres sur la santé mentale, la consommation problématique de substances, les jeux de hasard, l'hospitalisation et la santé mentale et le bien-être des populations autochtones.

Le rapport actualise les données du rapport précédent et intègre de nouvelles données tirées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002, cycle 1.2, de Statistique Canada², de la Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier de 2002-2003³, et de l'enquête de 2004 sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire⁴.

La différence entre les notions de santé mentale et de maladie mentale a déjà engendré énormément de confusion, les deux expressions étant parfois utilisées pour désigner la même réalité. Les deux revêtent ici des sens bien distincts.

Le chapitre 1 porte sur la **santé mentale** – la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle⁵. Une bonne santé mentale profite à tout le monde. Elle dépend non seulement des attitudes, des croyances et des comportements de l'individu mais aussi de la famille, de la collectivité, de l'école et du milieu de travail. Ainsi, on pourrait affirmer que chaque individu et chaque groupe a un rôle à jouer dans la promotion de la santé mentale des Canadiens.

Le chapitre 2 traite de la **maladie mentale** – une atteinte biologique du cerveau caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Environ 20 % des Canadiens présentent une maladie mentale au cours de leur vie. La plupart des troubles mentaux peuvent être traités, et l'intégration du traitement à un modèle axé sur le rétablissement incite la personne à viser non seulement une réduction des symptômes, mais aussi une amélioration de sa qualité de vie. Le rétablissement est facilité par une collectivité, un milieu scolaire et un milieu de travail favorables. Une personne qui souffre d'une maladie mentale mais qui bénéficie d'une bonne santé mentale est mieux en mesure de composer avec les symptômes de la maladie mentale.

Nous tenons à souligner la contribution des auteurs et des analystes suivants :

Équipe de production

Louise McRae, coordinatrice de projet, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Paula Stewart, chef de projet, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Jamela Austria, Direction des communications, Agence de santé publique du Canada

Paul Sales, réviseur, Douglas Consulting

Publications scientifiques et services multimédias, Direction des communications, Agence de santé publique du Canada

Auteurs collaborateurs

Carl Lakaski, Unité de la promotion de la santé mentale, Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada : Chapitre 1 – « La santé mentale : Aperçu »

Neasa Martin, Neasa Martin & Associates, professionnel de la santé mentale et défenseur des droits des consommateurs et des familles : Chapitre 9 – « Jeux de hasard et jeu pathologique » et Chapitre 10 – « Consommation problématique de substances »

Ellen Bobet, Confluence Research : Chapitre 12 – « Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada »

Responsables de l'analyse des données

Robert Semenciw, Peter Walsh, Maggie Bryson, Wendy Thompson, Louise McRae (Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada)

Ron Gravel, Jennifer Ali, Keven Poulin (Statistique Canada)

Nawaf Madi (Institut canadien d'information sur la santé)

Jillian Flight (analyste recherchiste, Bureau de la recherche et de la surveillance, Programme de la stratégie antidrogue et des substances contrôlées, Santé Canada)

Mark A. Zamorski (Quartier général du Groupe des services de santé des Forces canadiennes, Centre médical de la Défense nationale)

Guy Bourgon (Direction générale des affaires correctionnelles et de la justice pénale, Sécurité publique et Protection civile Canada)

Réviseurs

Donald Addington, professeur et chef, département de psychiatrie, Université de Calgary; chef du département clinique régional de psychiatrie, région sanitaire de Calgary

Celeste Andersen, directrice de l'élaboration de programmes et de la recherche, Commission des services de santé des Inuits du Labrador

Martin M. Antony, professeur de psychiatrie et de neurosciences comportementales, Université McMaster; directeur, Anxiety Treatment and Research Centre, St. Joseph's Healthcare, Hamilton

Nady el-Guebaly, professeur et chef, division de l'abus de substances, département de psychiatrie, Université de Calgary; directeur médical, programme des dépendances aux substances, région sanitaire de Calgary

Josie Geller, directrice de recherche, programme des troubles de l'alimentation; professeure agrégée, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique

Paula Goering, professeure, Université de Toronto; directrice, unité de consultation et de recherche sur les systèmes de santé, Centre de toxicomanie et de santé mentale

John E. Gray, président, Société canadienne de schizophrénie

Lorraine Greaves, directrice exécutive, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes

Laurence Kirmayer, directeur, Division de psychiatrie sociale et transculturelle, département de psychiatrie, Université McGill; rédacteur en chef de *Transcultural Psychiatry*; directeur, recherche sur la culture et la santé mentale, département de psychiatrie, Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis

Marja Korhonen, Organisation nationale de la santé autochtone, Centre Ajunnginiq

Daniel Lai, professeur, faculté du travail social, Université de Calgary

Alain Lesage, professeur titulaire, département de psychiatrie, Université de Montréal

Paul Links, Chaire Arthur Sommer Rotenberg en suicidologie; professeur de psychiatrie, St. Michael's Hospital, Université de Toronto

Penny MacCourt, détentrice d'une bourse de perfectionnement post-doctoral; Centre on Aging, Université de Victoria

Peter McLean, professeur, directeur, Anxiety Disorders Program, département de psychiatrie, Université de la Colombie-Britannique

Brian L. Mishara, directeur, Centre de recherche et d'intervention sur le suicide et l'euthanasie; professeur au département de psychologie, Université du Québec à Montréal

Howard Morrison, conseiller scientifique principal, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Marina Morrow, associée de recherches, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes

Robert D. Murray, gestionnaire, projet axé sur le jeu pathologique, Centre de toxicomanie et de santé mentale

W. J. (Bill) Mussell, président, Native Mental Health Association of Canada

Scott Patten, professeur agrégé, département des sciences de la santé communautaire et département de psychiatrie, Université de Calgary

Ann Pederson, associée de recherches, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes

Nancy Poole, associée de recherches, Centre d'excellence de la Colombie-Britannique pour la santé des femmes

Rémi Quirion, directeur scientifique, Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Instituts de recherche en santé du Canada; Centre de recherche de l'Hôpital Douglas, Université McGill, Montréal

Jurgen Rehm, professeur et président, politique relative aux toxicomanies, département d'études en santé publique, Faculté de médecine, Université de Toronto; scientifique principal et codirecteur, Section de la santé publique et des politiques de réglementation, Centre de toxicomanie et de santé mentale; professeur, Département de psychiatrie, Faculté de médecine, Université de Toronto; directeur et PDG, ISGF/Institut de recherche en toxicomanie, Zurich, Suisse; chef du Centre collaborateur de l'OMS pour les toxicomanies; chef, service de recherche épidémiologique, Université technique de Dresde, Klinische Psychologie & Psychotherapie

Brenda M. Restoule, psychologue et vice-présidente, Native Mental Health Association of Canada

Irving Rootman, professeur et chercheur émérite en santé de la Michael Smith Foundation, Université de Victoria

Donna E. Stewart, professeure et titulaire de la chaire de recherche sur la santé des femmes, Réseau universitaire de santé et Université de Toronto; professeure, Université de Toronto

Harold Wynne, Wynne Resources; professeur à la retraite

Phil Upshall de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada a facilité la communication et les discussions avec les communautés de professionnels et de consommateurs et a mené le lancement initial du rapport.

Le comité de rédaction encourage tout un chacun à lire ce rapport en faisant preuve d'ouverture d'esprit et de curiosité. L'un des grands défis que doit relever le Canada pour optimiser le rétablissement des personnes souffrant d'une maladie mentale consiste à réduire la stigmatisation associée à ce phénomène. Et chacun d'entre nous a un rôle à jouer sur ce plan. Chaque lecteur est invité à engager une réflexion sur sa possible contribution à l'avancement des choses et à faire connaître le rapport à son entourage.

Comité de rédaction

Paula Stewart, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Jan Andrews, Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes, Direction générale de la politique de la santé, Santé Canada

Michele Bourque, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada

Ron Gravel, Statistique Canada

Marc Hamel, Statistique Canada

Carl Lakaski, Unité de la promotion de la santé mentale, Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada

Nawaf Madi, Institut canadien d'information sur la santé

Louise McRae, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Simone Powell, Division du vieillissement et des aînés, Centre de développement de la santé humaine, Agence de santé publique du Canada

Robert Semenciw, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada

Phil Upshall, Société pour les troubles de l'humeur du Canada

Notes de fin de chapitre

¹ Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada, Association canadienne de santé publique. Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Ottawa, Canada; 1986.

² Gravel R, Béland Y. The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being. La revue canadienne de psychiatrie. 2005;50(10):573-579.

³ Institut canadien d'information sur la santé. Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada 2002-2003. Ottawa; 2005.

⁴ Santé Canada. Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être; 2004. http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbsc-2004/index_f.html

⁵ Santé et Bien-être social Canada. La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre. Ottawa; 1988.

TABLE DES MATIÈRES

Un mot d'introduction...	i
Liste des figures	vi
Liste des tableaux	xi
Chapitre 1 La santé mentale.....	1
Chapitre 2 La maladie mentale au Canada : Aperçu	29
Chapitre 3 Troubles de l'humeur	57
Chapitre 4 Schizophrénie	71
Chapitre 5 Troubles anxieux	79
Chapitre 6 Troubles de la personnalité.....	87
Chapitre 7 Troubles de l'alimentation	95
Chapitre 8 Comportement suicidaire	105
Chapitre 9 Jeux de hasard et jeu pathologique	117
Chapitre 10 Consommation problématique de substances	131
Chapitre 11 Hospitalisation et maladie mentale.....	151
Chapitre 12 Santé mentale et bien-être des populations autochtones au Canada	159
Glossaire	181
Ressources	187

LISTE DES FIGURES

Figure 1-1	Auto-perception de la santé mentale, selon l'âge, Canada, 2002.....	3
Figure 1-2	Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2002.....	3
Figure 1-3	Capacité de faire face aux exigences quotidiennes de la vie, selon l'âge, Canada, 2002	4
Figure 1-4	Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face aux exigences quotidiennes de la vie, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002	4
Figure 1-5	Capacité de faire face à des problèmes inattendus, selon l'âge, Canada, 2002	5
Figure 1-6	Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face à des problèmes inattendus, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002.....	5
Figure 1-7	Pourcentage d'élèves qui n'ont pas confiance en eux, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002.....	6
Figure 1-8	Pourcentage d'élèves qui se sentent souvent seuls ou rejetés, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002.....	6
Figure 1-9	Pourcentage d'élèves estimant qu'ils ne sont pas à leur place à l'école, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002	7
Figure 1-10	Pourcentage d'élèves ayant signalé des problèmes quotidiens au cours des six derniers mois, selon le sexe et l'année scolaire, 2002.....	7
Figure 1-11	Plus importante source qui contribue aux sentiments de stress chez les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, selon le sexe, Canada, 2002	8
Figure 1-12	Plus importante source qui contribue aux sentiments de stress chez les adultes âgés de 25 à 44 ans, selon le sexe, Canada, 2002	9
Figure 1-13	Plus importante source qui contribue aux sentiments de stress chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, selon le sexe, Canada, 2002	9
Figure 1-14	Plus importante source qui contribue aux sentiments de stress chez les adultes âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, Canada, 2002	9
Figure 1-15	Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le revenu du ménage, Canada, 2002.....	10
Figure 1-16	Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face aux problèmes inattendus chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le revenu du ménage, Canada, 2002.....	10
Figure 1-17	Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face aux exigences quotidiennes chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le revenu du ménage, Canada, 2002	10
Figure 1-18	Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002	11
Figure 1-19	Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face à des problèmes inattendus chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002	11
Figure 1-20	Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face aux exigences quotidiennes de la vie chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002.....	11

Figure 1-21	Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon la situation des particuliers dans le ménage, Canada, 2002.....	12
Figure 1-22	Sentiment d'appartenance à la communauté, selon l'âge, Canada, 2002.....	12
Figure 1-23	Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 25 à 65 ans, selon leur état d'emploi au cours de la dernière année, Canada, 2002	13
Figure 1-24	Auto-perception du stress professionnel chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon l'âge, Canada, 2002	13
Figure 1-25	Travail perçu comme étant assez ou extrêmement stressant, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002	14
Figure 1-26	Travail perçu comme étant assez ou extrêmement stressant chez les adultes âgés de 25 à 65 ans, selon le revenu du ménage, Canada, 2002	14
Figure 1-27	Travail perçu comme étant assez ou extrêmement stressant chez les adultes âgés de 25 à 65 ans, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002	14
Figure 1-28	Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes de 15 ans et plus, selon le niveau d'activité physique et le poids auto-déclarés, Canada, 2002	15
Figure 1-29	Auto-perception de la santé mentale chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon qu'ils sont atteints ou non d'une affection physique chronique, Canada, 2002.....	16
Figure 2-1	Proportion de la population atteinte d'un trouble mesuré au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	33
Figure 2-2	Proportion de la population atteinte d'un trouble mesuré au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	33
Figure 2-3	Âge au moment de l'apparition des symptômes chez les personnes atteintes d'un trouble mesuré, par âge, Canada, 2002	34
Figure 2-4	Proportion de délinquants admis dans le système correctionnel fédéral qui souffrent ou ont souffert d'un trouble mental, Canada, 1996-1997 à 2004-2005	35
Figure 2-5	Proportion des militaires du MDN (membres de la Force régulière et de la Réserve) et des membres de la population générale ayant présenté ou non les troubles étudiés au cours des 12 derniers mois, taux rajustés en fonction de l'âge et du sexe, Canada, 2002	37
Figure 2-6	Proportion de la population présentant un trouble mesuré au cours des 12 derniers mois, qui ont déclaré qu'il avait des retombées négatives sur leur vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	38
Figure 2-7	Proportion de personnes de 15 ans et plus atteintes ou non d'une maladie physique chronique qui répondaient aux critères d'une maladie mentale au cours des 12 derniers mois, Canada, 2002	40
Figure 2-8	Hospitalisation au cours de la vie pour des problèmes autodéclarés liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, par âge et par sexe, Canada, 2002	40
Figure 2-9	Somme moyenne consacrée aux produits et aux services de santé mentale au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	41

Figure 2-10	Proportion d'adultes âgés de 15 ans et plus atteints d'un trouble mesuré au cours des 12 derniers mois et ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, Canada, 2002	49
Figure 2-11	Proportion d'adultes ayant présenté un trouble mesuré au cours des 12 derniers mois et dont certains besoins (émotions, santé mentale ou consommation d'alcool ou de drogues) n'ont pas été satisfaits, par âge et par sexe, Canada, 2002.....	52
Figure 2-12	Proportion d'adultes de 15 ans et plus ayant présenté un trouble mesuré au cours des 12 derniers mois et dont certains besoins (émotions, santé mentale ou consommation d'alcool ou de drogues) n'ont pas été satisfaits, par niveau de revenu, Canada, 2002	52
Figure 3-1	Proportion de la population qui a répondu aux critères de la dépression au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	60
Figure 3-2	Proportion de la population qui a répondu aux critères de la dépression au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	60
Figure 3-3	Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble bipolaire au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	61
Figure 3-4	Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble bipolaire au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	61
Figure 3-5	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a répondu aux critères de la dépression ou du trouble bipolaire au cours des 12 derniers mois et qui a déclaré que l'affection avait perturbé sa vie, Canada, 2002	63
Figure 3-6	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a répondu aux critères d'un trouble de l'humeur au cours des 12 derniers mois et qui a consulté un professionnel de la santé, Canada, 2002	66
Figure 4-1	Hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge, Canada, 2002-2003	73
Figure 5-1	Proportion de la population qui a répondu aux critères d'un des troubles anxieux étudiés au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002.....	82
Figure 5-2	Proportion de la population qui a répondu aux critères d'un des troubles anxieux étudiés au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	82
Figure 5-3	Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble panique au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	83
Figure 5-4	Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble panique au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	83
Figure 5-5	Proportion de la population qui a répondu aux critères de la phobie sociale au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	83
Figure 5-6	Proportion de la population qui a répondu aux critères de la phobie sociale au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	83
Figure 5-7	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a répondu aux critères de la phobie sociale ou du trouble panique au cours des 12 derniers mois et qui a déclaré que l'affection avait perturbé sa vie, Canada, 2002	84
Figure 5-8	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a répondu aux critères d'un trouble anxieux étudié au cours des 12 derniers mois et qui a consulté un professionnel de la santé, Canada, 2002	86

Figure 6-1	Nombre d'hospitalisations par trouble de la personnalité, pour 100 000, par groupe d'âge, Canada (sauf le Nunavut), 2002-2003	90
Figure 7-1	Proportion d'élèves qui se trouvaient trop gros, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002	100
Figure 7-2	Proportion d'élèves qui se trouvaient trop maigres, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002.....	100
Figure 7-3	Proportion d'élèves qui suivent actuellement un régime, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002	100
Figure 7-4	Nombre d'hospitalisations pour des troubles de l'alimentation dans des hôpitaux généraux pour 100 000 personnes, par groupe d'âge, Canada, 1999-2000.....	102
Figure 8-1	Proportion de la population qui a déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	107
Figure 8-2	Proportion de la population qui a déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002	107
Figure 8-3	Proportion de la population qui a déclaré une tentative de suicide au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002	108
Figure 8-4	Hospitalisations pour tentative de suicide dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge et par sexe, Canada sauf les territoires, 2002-2003	108
Figure 8-5	Hospitalisations pour tentative de suicide dans les hôpitaux généraux, par sexe, Canada sauf les territoires, 1990-1991 à 2002-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)	109
Figure 8-6	Hospitalisations pour tentative de suicide dans les hôpitaux généraux chez les femmes, par âge, Canada sauf les territoires, 1990-1991 à 2002-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)	109
Figure 8-7	Hospitalisations pour tentative de suicide dans les hôpitaux généraux chez les hommes, par âge, Canada sauf les territoires, 1990-1991 à 2002-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991).....	109
Figure 8-8	Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, par âge et par sexe, Canada, 2002	110
Figure 8-9	Pourcentage de tous les décès liés au suicide, par âge et par sexe, Canada, 2002	110
Figure 8-10	Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, par sexe, Canada, 1990-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991).....	110
Figure 8-11	Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, chez les femmes, par âge, Canada, 1990-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991).....	111
Figure 8-12	Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, chez les hommes, par âge, Canada, 1990-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)	111
Figure 9-1	Jeu pathologique chez les hommes et les femmes, par groupe d'âge, Canada, 2002.....	120
Figure 10-1	Proportion de Canadiens ayant consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois, par groupe d'âge et année d'enquête, Canada, 1994, 2002, 2004.....	135
Figure 10-2	Proportion de la population ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002	137

Figure 10-3	Proportion de la population ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002	137
Figure 10-4	Proportion de la population ayant répondu aux critères de la dépendance aux drogues illicites au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002.....	138
Figure 10-5	Proportion d'hommes ayant fait état d'une consommation élevée et régulière d'alcool, par groupe d'âge et année d'enquête, Canada, 1994, 2002, 2004	138
Figure 10-6	Proportion de femmes ayant fait état d'une consommation élevée et régulière d'alcool, par groupe d'âge et année d'enquête, Canada, 1994, 2002, 2004	138
Figure 10-7	Consommation de substances chez les jeunes au cours de l'année précédant l'enquête, Canada, 2004	139
Figure 10-8	Proportion d'élèves de la 9 ^e et de la 10 ^e année ayant consommé diverses substances au cours de leur vie, selon le type de substance et le sexe, Canada, 2002	139
Figure 10-9	Proportion d'élèves de la 10 ^e année ayant consommé du cannabis au cours de leur vie, selon l'année d'enquête et le sexe, Canada, 1994, 1998, 2002	140
Figure 10-10	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours des 12 derniers mois et indiqué que sa consommation avait des conséquences sur sa vie, Canada, 2002	142
Figure 10-11	Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours des 12 derniers mois et ayant consulté un professionnel, Canada, 2002	146
Figure 11-1	Taux de départ des hôpitaux liés à une maladie mentale, par type d'hôpitaux, Canada, 1994-1995 à 2002-2003	155
Figure 11-2	Taux de départ des hôpitaux liés à une maladie mentale, par groupe d'âge, Canada, 2002-2003.....	155
Figure 11-3	Pourcentage des départs des hôpitaux liés à une maladie mentale, selon le type de trouble et l'âge, Canada, 2002-2003	155
Figure 11-4	Durée moyenne du séjour pour une maladie mentale, par type d'hôpital, Canada, 1994-1995 à 2002-2003	156
Figure 11-5	Pourcentages des départs des hôpitaux généraux liés à une maladie mentale, selon le diagnostic, Canada, 2002-2003	156
Figure 11-6	Pourcentages des départs des hôpitaux psychiatriques, selon le diagnostic, Canada, 2002-2003.....	156

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-1	Facteurs de protection pouvant influencer sur l'apparition de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux chez les personnes.....	19
Tableau 1-2	Facteurs de risque pouvant influencer sur l'apparition de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux chez les personnes.....	20
Tableau 2-1	Prévalence, sur 12 mois, de troubles mentaux et de la dépendance à une substance, mesurée par l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), au Canada.....	31
Tableau 6-1	Types de troubles de la personnalité.....	89
Tableau 7-1	Résumé des facteurs de risque qui pourraient être liés à l'apparition de troubles de l'alimentation.....	99
Tableau 10-1	Consommation autodéclarée de substances chez les adultes de 15 ans et plus, 2002 et 2004, Canada.....	134
Tableau 10-2	Consommation problématique autodéclarée de substances chez les adultes de 15 ans et plus, 2002 et 2004, Canada.....	136
Tableau 10-3	Consommation autodéclarée de substances chez les jeunes, Enquête sur les toxicomanies au Canada, Canada, 2004.....	139
Tableau 11-1	Caractéristiques générales des patients, par type d'hôpital, Canada, 2002–2003.....	157
Tableau 12-1	Adultes ayant consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle au cours de la dernière année.....	165
Tableau 12-2	Dépression majeure chez les membres des Premières nations de l'Ontario (1997) par rapport à l'ensemble du Canada (1994).....	165
Tableau 12-3	Taux de suicide : Comparaison entre les Premières nations, les Inuits et l'ensemble du Canada.....	167
Tableau 12-4	Signes révélateurs de problèmes de consommation d'alcool dans les collectivités des Premières nations et des Inuits.....	168

CHAPITRE 1

LA SANTÉ MENTALE

Qu'est-ce que la santé mentale?

Chez chacun de nous, la santé physique et la santé mentale sont deux aspects fondamentaux de la vie intimement liés et étroitement interdépendants. À mesure que l'on prend mieux conscience de cette corrélation, il devient toujours plus évident que la santé mentale revêt une importance vitale pour le bien-être général des individus, des sociétés et des pays¹.

« La **santé mentale** est la capacité qu'a chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il s'agit d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle.² » [Traduction].

Les **maladies mentales** sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie mentale, la personne, la famille et le contexte socioéconomique. La maladie mentale peut prendre diverses formes, entre autres : troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et dépendances telles que les toxicomanies et le jeu pathologique.

Les notions traditionnelles de santé mentale et de maladie mentale décrivent généralement la relation qui les unit sur un seul continuum. Selon ce modèle, la maladie mentale est située à l'une des extrémités du continuum, tandis que la santé mentale se situe à l'autre extrémité. Or, la santé mentale ne se résume pas à la simple absence de maladie mentale³. En fait, dans l'optique de la personne atteinte d'une maladie mentale, la promotion de la santé mentale, telle que cette dernière est définie ci-dessus, représente un atout important qui facilite le processus de rétablissement.

En 1987, le document intitulé *La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre* a, pour la

première fois, fait ressortir bon nombre des avantages que comporterait le fait de considérer la santé mentale et la maladie mentale comme deux concepts distincts. D'autres chercheurs et décideurs œuvrant dans le domaine sont venus appuyer cette position au cours de la dernière décennie^{4,5,6}. Ainsi, l'établissement d'une telle distinction a le grand avantage de favoriser une réflexion et des recherches sur les facteurs individuels, familiaux, sociaux, culturels, environnementaux, politiques et économiques qui ont une incidence sur la santé mentale. Et cette réflexion et ces recherches guident les décisions en matière de programmes, de politiques et de services qui se prennent dans tous les secteurs de la société : santé, services sociaux, éducation, justice, loisirs et affaires.

On substitue souvent librement les expressions « problèmes de santé mentale », « maladie mentale » et « troubles mentaux » l'un à l'autre. Ce ne sont toutefois pas des termes équivalents. Alors que « problème de santé mentale » désigne tout écart par rapport à l'état de bien-être mental ou psychologique, les termes « maladie » et « trouble » renvoient à des affections reconnues cliniquement, et elles donnent à entendre qu'il y a soit détresse significative, soit dysfonctionnement, ou un risque tangible de résultats néfastes ou indésirables. Dans le présent rapport, nous utilisons « maladie mentale » sauf dans les cas où une étude donnée a plutôt utilisé « problèmes ». Aux fins du rapport, « troubles mentaux » englobe particulièrement les troubles psychotiques, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'humeur (regroupés sous le terme collectif de « maladie malade ») ainsi que les troubles organiques du cerveau tels les retards du développement et la maladie d'Alzheimer.

Quel est l'état de la santé mentale au Canada?

Auto-perception de la santé mentale

De manière générale, l'auto-perception de la santé mentale est un indicateur fiable de la santé mentale d'une population. La plupart des gens ont une bonne idée de leur état mental et de leur situation. Par contre, les personnes qui souffrent d'une maladie mentale, et qui perçoivent mal leurs pensées, leurs émotions et leurs comportements, ne sont pas nécessairement en mesure de bien rendre compte de leur état mental réel.

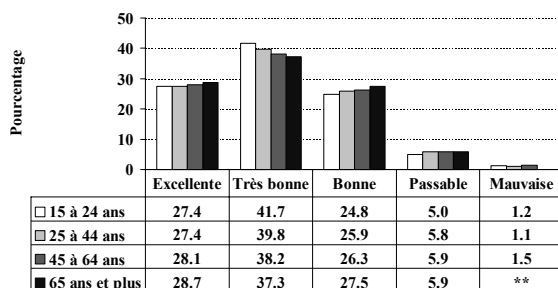
Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 de Statistique Canada (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), près de sept Canadiens sur dix (67,1 %) ont déclaré jouir d'une excellente ou très bonne santé mentale. Environ 2,5 Canadiens sur dix (26,0 %) estimaient que leur santé mentale était bonne. Ces résultats sont similaires pour tous les Canadiens âgés de 15 ans et plus (figure 1-1).

Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans étaient 1,5 fois plus nombreuses que les jeunes hommes à faire état d'une santé mentale passable ou mauvaise (figure 1-2). Les jeunes hommes âgés de 15 à 24 ans étaient quant à eux moins nombreux que les hommes de tous les autres

groupes d'âge à signaler une santé mentale passable ou mauvaise. La variation entre les différents groupes d'âge était moins marquée chez les femmes que chez les hommes.

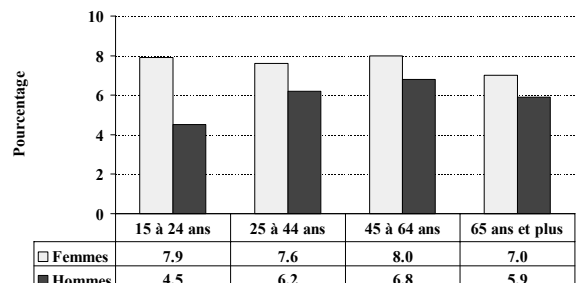
La différence entre les jeunes femmes et les jeunes hommes, au chapitre de l'auto-perception de la santé mentale, évoque des expériences de vie dont les caractéristiques et les effets divergent. Les jeunes hommes et les jeunes femmes diffèrent également au chapitre de l'introspection ou des comportements de déclaration. Les jeunes femmes sont plus nombreuses que les jeunes hommes à souffrir d'anxiété, de troubles de l'humeur et de troubles de l'alimentation. Ces données pourraient refléter les différences sur le plan du statut social (y compris au chapitre des attentes et de la discrimination) et des difficultés de vie (comme un revenu moyen plus faible) des filles et des femmes dans la société canadienne. Autre facteur, il est possible que les jeunes hommes ne veuillent pas admettre qu'ils éprouvent des troubles de l'humeur ou des troubles anxieux, ou qu'ils soient incapables de faire face à des problèmes imprévus.

Figure 1-1 Auto-perception de la santé mentale, selon l'âge, Canada, 2002



** Échantillon de taille insuffisante.
 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Figure 1-2 Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Capacité de faire face aux exigences quotidiennes de la vie

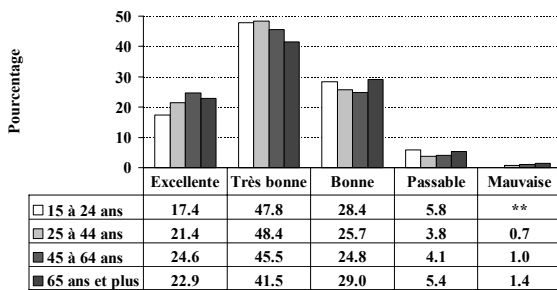
Une bonne santé mentale est essentielle pour qu'une personne puisse faire face aux exigences et aux défis de la vie quotidienne, comme apprendre à l'école, travailler de manière productive, établir et entretenir des relations, contribuer à la collectivité et effectuer toutes les tâches pratiques et courantes relatives aux soins personnels, à la nutrition, à l'activité physique, au sommeil, aux activités récréatives et aux besoins spirituels.

En 2002, environ sept Canadiens sur dix (68,5 %) âgés de 15 ans et plus ont signalé que leur capacité de faire face aux exigences quotidiennes de la vie était excellente ou très bonne (figure 1-3).

Cette capacité perçue augmenterait jusqu'à l'âge de 64 ans et baisserait par la suite (65 ans et plus) (figure 1-4).

Plus les gens âgés vieillissent, plus ils risquent d'éprouver de la difficulté à faire face aux exigences quotidiennes. Plus les gens avancent en âge, plus il est probable qu'ils souffrent d'une maladie, d'un handicap, de troubles du sommeil ou de l'appétit et d'une baisse d'énergie, tandis que leurs soutiens financiers et sociaux diminuent. Tous ces facteurs peuvent restreindre ou perturber les activités quotidiennes d'une personne, ce qui a pour effet d'altérer son humeur et d'exacerber la maladie⁷.

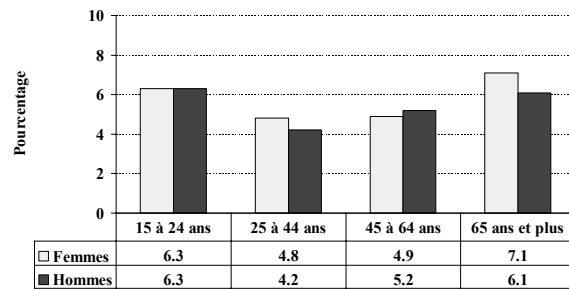
Figure 1-3 Capacité de faire face aux exigences quotidiennes de la vie, selon l'âge, Canada, 2002



** Échantillon de taille insuffisante.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Figure 1-4 Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face aux exigences quotidiennes de la vie, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Capacité de faire face à des problèmes inattendus

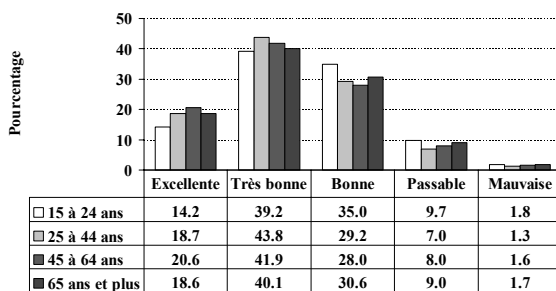
Les problèmes inattendus font partie de la vie de tous les jours. La capacité d'une personne de faire face à ces problèmes est un bon indicateur de sa santé mentale. Les gens en bonne santé mentale sont en mesure d'étudier les possibilités qui s'offrent à eux, de chercher à obtenir le soutien des autres et de prendre des décisions en temps utile. Toutefois, d'autres déterminants de la santé, comme la pauvreté, peuvent également altérer la capacité d'une personne de faire face aux problèmes inattendus en ayant pour effet de restreindre les choix possibles et d'augmenter le stress.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), environ six Canadiens âgés de 15 ans et plus sur dix (60,3 %) ont déclaré que leur capacité de faire face à des problèmes inattendus était excellente ou très bonne (figure 1-5). Cette proportion était plus faible parmi les jeunes âgés de 15 à 24 ans (53,4 %). Les jeunes ne possèdent peut-être pas l'expérience de vie et les ressources émotionnelles et sociales nécessaires pour être en mesure d'affronter les problèmes inattendus.

Des proportions plus élevées de femmes que d'hommes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans ont signalé que leur capacité de faire face à des problèmes inattendus était passable ou mauvaise (figure 1-6). Les hommes et les femmes ne sont pas nécessairement confrontés aux mêmes facteurs de stress. Si l'on mettait en œuvre des interventions visant à améliorer les compétences des jeunes femmes en matière de résolution de problèmes et à accroître leur auto-efficacité, on pourrait réduire le nombre de femmes qui perçoivent leur capacité de faire face à des problèmes inattendus comme étant passable ou mauvaise.

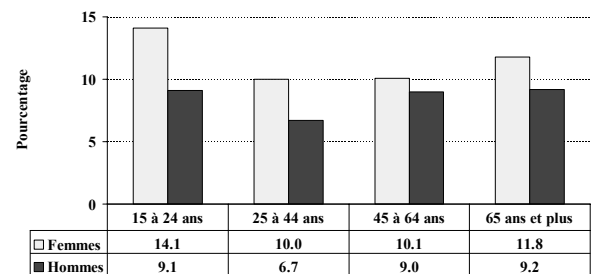
La proportion de femmes ayant signalé que leur capacité de faire face à des problèmes inattendus était passable ou mauvaise augmentait dans le groupe d'âge des 65 ans et plus, sans doute en raison de problèmes de santé croissants et de la diminution de leurs moyens financiers et d'autres ressources.

Figure 1-5 Capacité de faire face à des problèmes inattendus, selon l'âge, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Figure 1-6 Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face à des problèmes inattendus, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Jeunes et enfants

La santé mentale des jeunes est tout aussi importante que leur santé physique. Ceux qui souffrent de problèmes émotionnels sont également plus nombreux à souffrir de troubles physiques et mentaux. Les symptômes de la plupart des maladies mentales se manifestent au cours de l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

On a découvert que le degré de confiance des jeunes est lié à leur intégration parmi leurs pairs et à la façon dont ils perçoivent leur apparence⁸.

L'Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire est une enquête transnationale menée en collaboration avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS). Au Canada, cette enquête est financée par l'Agence de santé publique du Canada (ASPC).

L'Enquête contribue énormément à l'étude de la santé des jeunes en recueillant des données transnationales au moyen de sondages effectués tous les quatre ans selon un protocole commun. Cette initiative permet de mesurer et de cerner les aspects de la santé des adolescents et leurs comportements liés à la santé, ainsi que les contextes social et développemental dans lesquels ils évoluent.

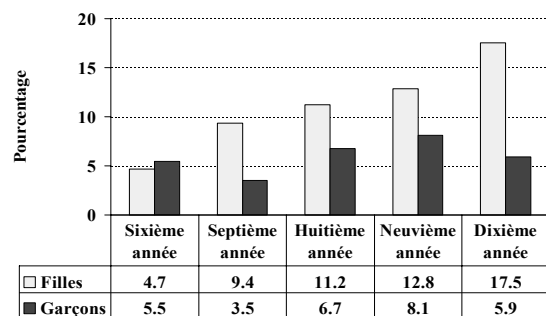
L'Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire de 2002 a révélé que 4,7 % (ou presque 5 %) des filles de sixième année n'avaient pas confiance en elles-mêmes, comparativement à près de 18 % des filles de dixième année. La variabilité du degré de confiance en soi, d'une année scolaire à l'autre, était moins grande chez les garçons (figure 1-7).

Dans son enquête de 1998, intitulée *Gros plan sur les jeunes*, le Conseil canadien de développement social a signalé des résultats semblables : les pourcentages de garçons qui disent « avoir confiance en eux-mêmes » demeurent relativement stables pendant toute l'adolescence; ceux des filles baissent de manière constante,

passant de 72 % pour les filles de sixième année à 55 % pour les filles de dixième année.

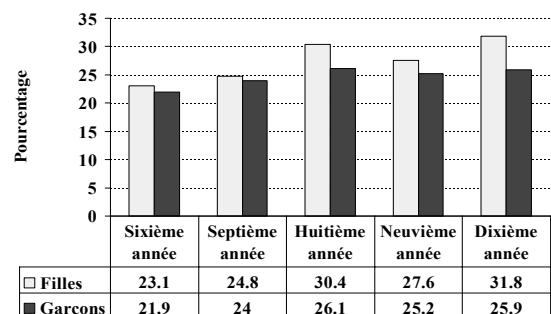
Les sentiments d'isolement et de désespoir ainsi qu'un réseau de soutien social fragile peuvent provoquer chez les adolescents des pensées suicidaires. Les jeunes qui sont bien intégrés socialement risquent beaucoup moins de faire face à des problèmes émotionnels que les jeunes qui ont peu d'amis et qui se sentent isolés⁹. Les adolescents qui se sentent acceptés socialement et qui jouissent d'un bon appui à la maison et à l'école présentent généralement des degrés plus élevés de confiance en soi et d'estime de soi.

Figure 1-7 Pourcentage d'élèves qui n'ont pas confiance en eux, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002



Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002, OMS

Figure 1-8 Pourcentage d'élèves qui se sentent souvent seuls ou rejetés, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002



Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002, OMS

Selon l'Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, environ un enfant de sixième année sur 5, tant chez les filles que les garçons, a signalé qu'il se sentait souvent seul ou rejeté. Ces sentiments d'isolement augmentaient avec l'âge et étaient plus marqués chez les filles que chez les garçons (figure 1-8).

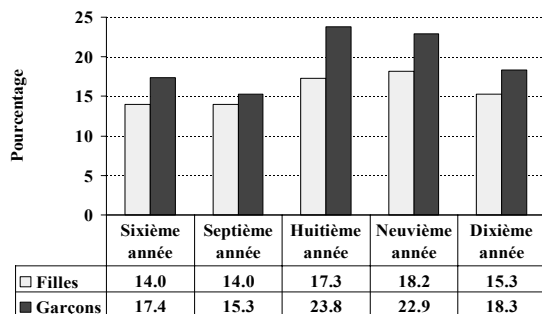
Pour de nombreux jeunes, l'école est très gratifiante. Pour d'autres, elle est un lieu déplaisant ou menaçant, où ils se sentent critiqués et exclus.

Les garçons étaient proportionnellement plus nombreux que les filles à estimer qu'ils n'étaient pas à leur place à l'école (figure 1-9). Cette conviction était particulièrement répandue en huitième et en neuvième années, où environ 23 %

des garçons ont signalé qu'ils ne se sentaient pas à leur place à l'école.

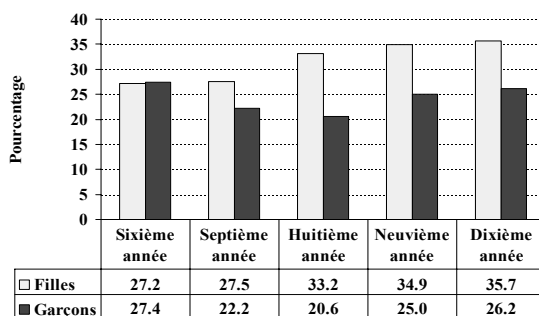
Divers symptômes peuvent se manifester lorsqu'une personne subit un stress. Certains de ces symptômes peuvent être physiques, comme des maux de tête, des maux d'estomac et de dos et des étourdissements. D'autres peuvent être mentaux ou psychologiques, notamment une baisse d'énergie ou un état dépressif, de l'irritabilité, de la nervosité et des troubles du sommeil. Un élève sur 4 de la sixième année, tant chez les filles que chez les garçons, a déclaré présenter au moins un de ces symptômes quotidiennement (figure 1-10). Dès la septième année, on remarque un pourcentage plus élevé de filles que de garçons faisant état de symptômes quotidiens. En dixième année, la proportion s'établissait à 35,7 % chez les filles, c'est-à-dire une fille sur 3.

Figure 1-9 Pourcentage d'élèves estimant qu'ils ne sont pas à leur place à l'école, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002



Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002, OMS

Figure 1-10 Pourcentage d'élèves ayant signalé des problèmes quotidiens* au cours des six derniers mois, selon le sexe et l'année scolaire, 2002



* Les problèmes auto-déclarés sont les suivants : maux de tête, d'estomac et de dos, état dépressif, irritabilité, nervosité, troubles du sommeil, étourdissements.

Source : Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002, OMS

Vieillir en bonne santé

La majorité des personnes âgées affirment être au moins aussi heureuses que lorsqu'elles étaient plus jeunes¹⁰. En effet, elles ont acquis les aptitudes nécessaires pour continuer d'être satisfaites de leur vie : maintien de valeurs importantes, de responsabilités, d'activités et de relations personnelles, réévaluation des aspirations, souplesse plus grande dans la fixation des objectifs et la résolution des problèmes et capacité d'anticiper et de maîtriser les réactions émotionnelles face à certaines situations¹¹.

Au début de l'âge adulte, l'individu commence à restreindre sciemment le cercle de ses relations sociales et à privilégier des liens affectifs plus étroits. À mesure que ces réseaux sociaux rétrécissent et que s'éliminent progressivement des relations personnelles qui ne sont pas remplacées, la solitude devient un problème qui mine le bien-être¹². Environ la moitié des personnes de plus de 80 ans affirment se sentir seules¹³.

Quels sont les facteurs qui ont une incidence sur la santé mentale?

Une panoplie de facteurs influent sur la santé mentale d'une personne. Certains de ces facteurs, ou déterminants de la santé, sont inhérents à l'individu. Certains viennent de la famille, et d'autres sont présents dans la collectivité. Les déterminants de la santé n'agissent pas indépendamment les uns des autres : c'est leur interaction complexe qui influe sur la santé des personnes et des collectivités.

Nombre de déterminants de la santé mentale résident à l'extérieur des systèmes de soins de santé physique et mentale et reflètent l'influence d'autres secteurs, comme l'économie, l'éducation et le logement. Par conséquent, on doit obtenir la coopération active des autres secteurs si l'on veut élaborer des stratégies qui amélioreront la santé mentale de la population et qui réduiront l'incidence de la maladie mentale.

La santé mentale est une ressource qui se développe au cours de la vie d'une personne. L'expérience de certaines épreuves à l'enfance (comme des agressions sexuelles) peut accroître le risque qu'une personne soit atteinte d'une maladie mentale à l'âge adulte. De la même manière, les mécanismes personnels d'adaptation qu'une personne acquiert tôt dans la vie peuvent l'aider à ne pas présenter de maladie mentale à l'âge adulte. Il est important de tenir compte du

développement d'une personne durant toute sa vie afin de reconnaître le plus tôt possible les risques psychosociaux de maladie mentale, d'intervenir rapidement, et, ainsi, de favoriser une santé mentale optimale toute la vie durant¹⁴.

Sources du stress

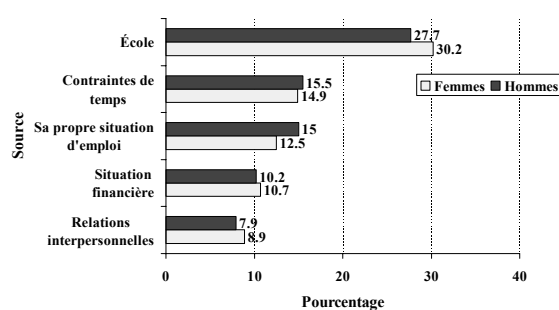
Le stress est un facteur qui a une influence déterminante sur la santé mentale. Dans l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), on a demandé aux répondants de déterminer la plus importante source qui contribue aux sentiments de stress dans leur vie.

Les répondants ont choisi plusieurs sources de stress importantes auxquelles ils ont dû faire face : propre problème de santé physique (11,5 %), situation financière (11,0 %), contraintes de temps (8,5 %), école (8,2 %), santé des membres de la famille (7,4 %), responsabilités personnelles ou familiales (7,0 %), relations interpersonnelles (5,0 %), propre situation d'emploi (4,3 %), soins à donner (à ses enfants) (4,2 %), état d'emploi (4,1 %), sécurité personnelle (2,1 %), soins à donner (aux autres) (1,4 %), discrimination (1,0 %) ou mort d'une personne proche (0,5 %).

Les jeunes femmes et les jeunes hommes (âgés de 15 à 24 ans) ont signalé que l'école, les contraintes de temps, la situation d'emploi, la situation financière et les relations interpersonnelles étaient des sources de stress importantes auxquelles ils ont dû faire face (figure 1-11).

Parmi les personnes âgées de 25 à 44 ans, la proportion d'hommes ayant déclaré que leur propre situation d'emploi était leur principale source de stress était 1,7 fois plus élevée que celle des femmes (figure 1-12). La proportion de femmes ayant déclaré que les soins à donner à un enfant étaient leur source principale de stress était 4 fois plus élevée que celle des hommes. Les femmes étaient également plus nombreuses que les hommes à déclarer que les contraintes de temps et

Figure 1-11 Plus importante* source qui contribue aux sentiments de stress chez les jeunes adultes âgés de 15 à 24 ans, selon le sexe, Canada, 2002



* Les répondants pouvaient cocher plus d'une source de stress.
Source : Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

les responsabilités personnelles ou familiales constituaient des sources de stress. Ces écarts reflètent le fait que les femmes ont davantage de responsabilités en ce qui concerne le soin des enfants et les questions familiales. Des proportions presque identiques d'hommes et de femmes ont signalé que la situation financière et les relations interpersonnelles constituaient des sources de stress.

Parmi les adultes âgés de 45 à 64 ans, c'est la situation d'emploi qui a été le plus souvent mentionnée comme source de stress par les hommes et les femmes, et ce, dans une proportion 1,5 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes (figure 1-13). Les hommes étaient également plus nombreux que les femmes à déclarer que leur situation financière constituait une source de stress. Deux fois plus de femmes que d'hommes ont indiqué que la santé des membres de leur famille constituait une source de stress. Les femmes étaient aussi plus nombreuses que les hommes à affirmer que les responsabilités personnelles ou familiales étaient stressantes. Ces données reflètent le fait que les femmes assument davantage de responsabilités à l'égard de leur famille et des questions de santé concernant les membres de leur famille.

Les personnes âgées ont signalé que leurs principales sources de stress étaient leur propre état de santé, la santé des membres de leur famille et leurs responsabilités personnelles et familiales. Près de une personne sur 5 a signalé que ses propres problèmes physiques constituaient une source de stress (figure 1-14). Une plus forte proportion de femmes que d'hommes ont déclaré que la santé des membres de leur famille ou leurs responsabilités personnelles ou familiales constituaient une source de stress. Ces données révèlent le rôle de « soignante » que de nombreuses femmes âgées tiennent au sein de leur famille. Enfin, plus d'hommes que de femmes ont signalé que leur situation financière constituait une source de stress.

Figure 1-12 Plus importante source* qui contribue aux sentiments de stress chez les adultes âgés de 25 à 44 ans, selon le sexe, Canada, 2002

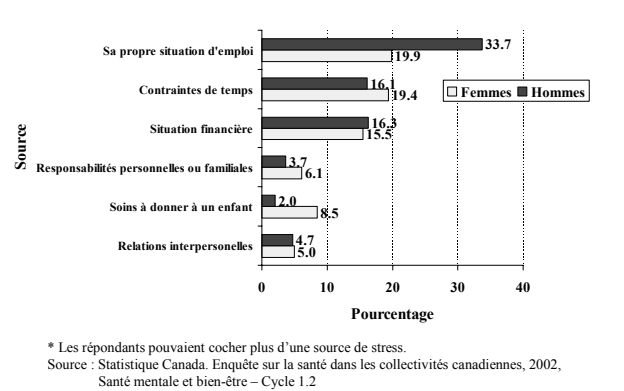


Figure 1-13 Plus importante source* qui contribue aux sentiments de stress chez les adultes âgés de 45 à 64 ans, selon le sexe, Canada, 2002

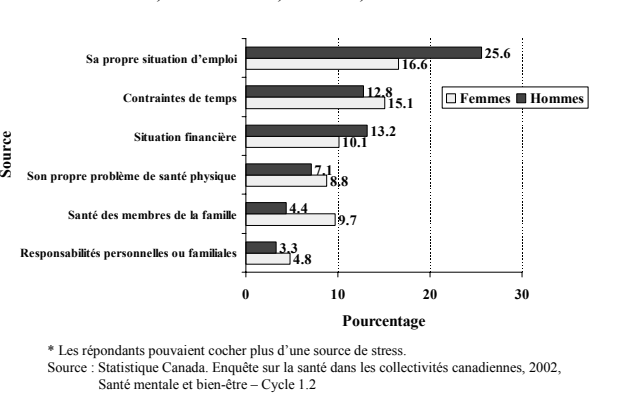
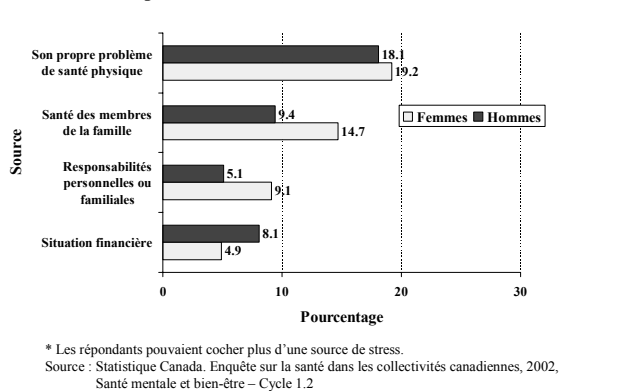


Figure 1-14 Plus importante source* qui contribue aux sentiments de stress chez les adultes âgés de 65 ans et plus, selon le sexe, Canada, 2002

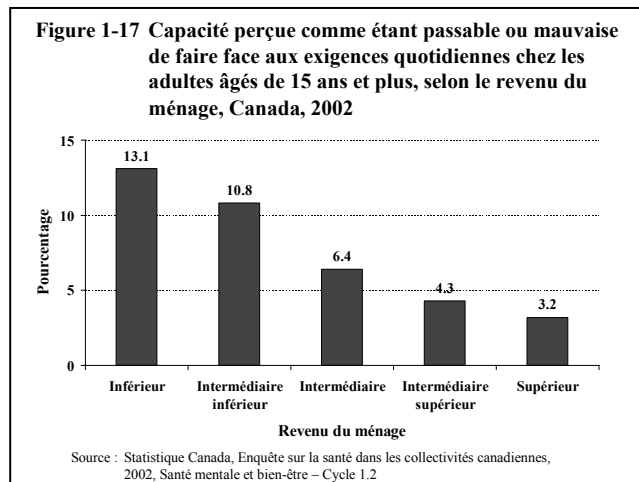
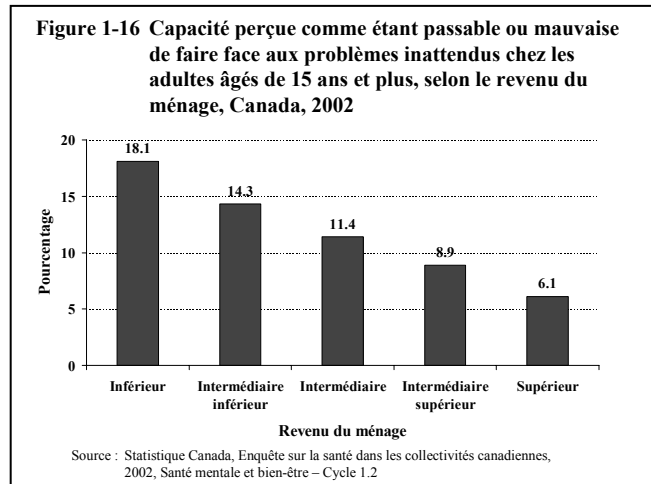
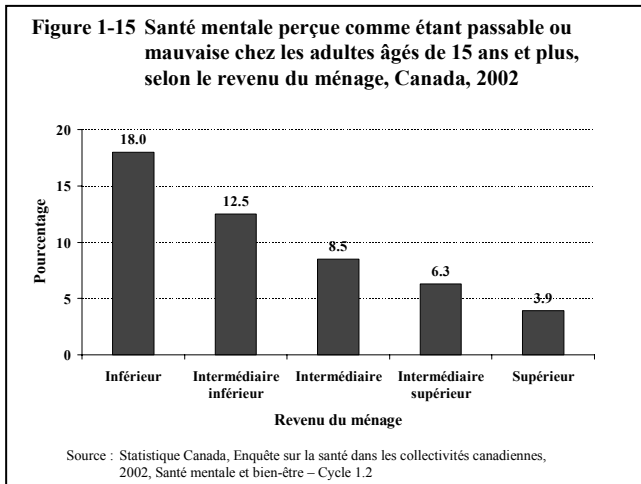


Revenu

Le revenu peut avoir des répercussions sur la santé mentale d'une personne, car il influe sur sa capacité de satisfaire à ses besoins élémentaires, de faire des choix et de faire face aux événements fâcheux^{15,16,17}. Un revenu suffisant permet à une personne de profiter de saines conditions de vie, comme un logement sûr et des aliments sains en quantité suffisante. Un bon revenu offre également des possibilités qui ne sont pas accessibles à des personnes ou à des familles à faible revenu. Ce facteur est particulièrement important pour les personnes atteintes de maladies mentales et physiques.

Dans la catégorie inférieure de revenu adéquat, le pourcentage de personnes ayant déclaré avoir une santé mentale passable ou mauvaise ou une capacité passable ou mauvaise de faire face aux exigences quotidiennes de la vie ou aux problèmes inattendus était de 3 à 4 fois plus élevé que dans la catégorie de revenu adéquat le plus élevé (figures 1-15, 1-16, 1-17).

La relation entre la santé mentale et le revenu n'est pas simple. Lorsque les gens ont davantage d'argent et qu'ils acquièrent davantage de biens matériels, ils ne sont pas nécessairement plus satisfaits de leur vie ni en meilleure santé sur le plan psychologique¹⁸.



Scolarité

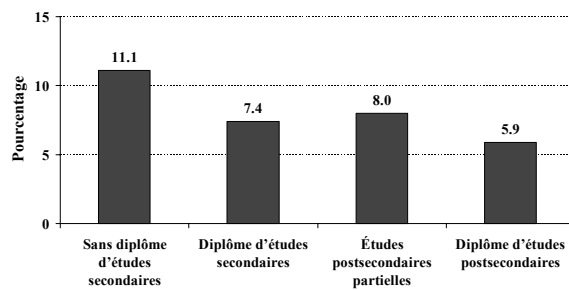
Les Canadiens vivent dans une société avancée sur le plan technologique. Afin de s’y retrouver, la population doit acquérir des connaissances et des compétences qui sont, dans une certaine mesure, transmises dans le cadre de la formation scolaire. La scolarité aide également une personne à trouver et à conserver un emploi et à obtenir un revenu adéquat¹⁹.

La santé mentale augmente avec le niveau de scolarité. De plus, la scolarité contribue à accroître la sécurité du revenu et d’emploi et donne aux gens le sentiment de maîtriser leurs conditions de vie; il s’agit de facteurs clés qui influent sur la santé.

Selon l’Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la proportion des Canadiens âgés de 15 ans et plus qui considéraient que leur santé mentale était passable ou mauvaise était plus élevée parmi les Canadiens qui n’avaient pas terminé leurs études secondaires (figure 1-18). C’est également le cas en ce qui concerne la capacité de faire face aux problèmes inattendus et aux exigences quotidiennes de la vie (figures 1-19 et 1-20).

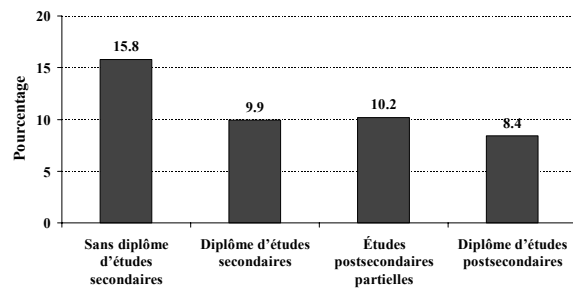
Plusieurs recherches ont révélé que le niveau de scolarité d’une personne reflète de plus vastes inégalités économiques. Un faible niveau d’instruction réduit la probabilité de se trouver un bon emploi, ce qui a des conséquences surtout négatives sur la situation économique et sur la santé. Les gens qui occupent des emplois faiblement rémunérés sont les plus désavantagés sur le plan matériel, jouissent d’une moins bonne sécurité financière et font face à davantage de situations de chômage et d’accidents professionnels. Ils sont également moins nombreux à faire de l’exercice et à avoir une alimentation bien équilibrée, et plus nombreux à avoir une consommation excessive d’alcool. Les hommes occupant des emplois faiblement rémunérés sont plus enclins à se montrer cyniques et hostiles et à se sentir désespérés face à l’avenir. Le niveau de scolarité a également une influence déterminante

Figure 1-18 Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002



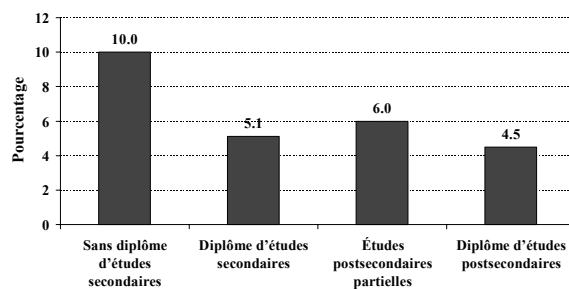
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Figure 1-19 Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face à des problèmes inattendus chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Figure 1-20 Capacité perçue comme étant passable ou mauvaise de faire face aux exigences quotidiennes de la vie chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon le niveau de scolarité, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

sur la capacité d’une personne atteinte d’une maladie mentale de se trouver un emploi.

Soutien social

L'isolement et la solitude ont des répercussions profondes sur la santé mentale d'une personne. La famille est habituellement au cœur des relations avec les autres. Une cellule familiale peut prendre diverses formes; elle peut réunir une ou plusieurs générations, comprendre un ou plusieurs parents, et la situation des particuliers dans le ménage peut varier.

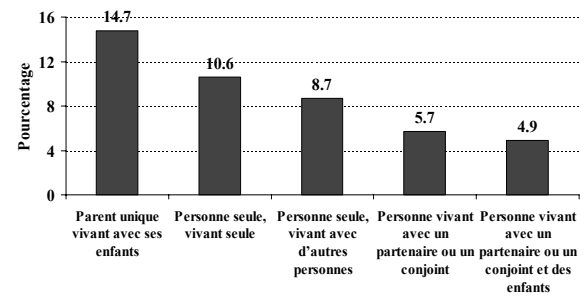
De nombreuses études ont révélé que les liens sociaux ont une influence déterminante sur la santé physique et mentale d'une personne. Les gens qui font du bénévolat et qui participent à des activités sociales, que ce soit aller à l'église ou être membre d'un club social, font généralement état d'un meilleur état de santé général que les gens qui ne participent à aucune activité sociale régulièrement²⁰.

Des niveaux élevés d'engagement social engendrent des conditions sociales qui favorisent le développement de la confiance entre les gens. Ils contribuent également à donner un sens à la vie des gens et favorisent les sentiments de cohérence, de maîtrise et de perception positive de soi. Ces facteurs psychosociaux aident à améliorer la santé mentale et immunologique²¹.

L'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2) a révélé que les Canadiens âgés de 15 ans et plus qui étaient des chefs de famille monoparentale ou qui n'avaient pas d'attaches étaient plus nombreux à déclarer que leur santé mentale était passable ou mauvaise que ceux vivant avec un partenaire ou un conjoint, avec ou sans enfants (figure 1-21).

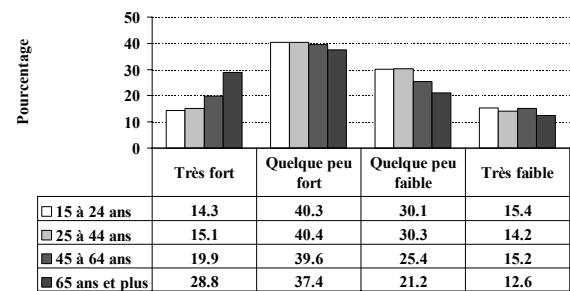
Une bonne santé mentale et une estime positive de soi permettent à une personne de se lier à une communauté et de s'y intégrer. L'appartenance à une communauté de soutien contribue à la santé mentale d'une personne. En effet, une telle communauté offre un appui en temps de crise, aide la personne à puiser dans ses racines culturelles et lui offre des possibilités de créativité. On peut définir une communauté par sa géographie – par exemple, une collectivité locale – ou par les caractéristiques des personnes qui la composent,

Figure 1-21 Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon la situation des particuliers dans le ménage, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

Figure 1-22 Sentiment d'appartenance à la communauté, selon l'âge, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être – Cycle 1.2

comme la religion, la langue, la culture ou l'orientation sexuelle.

En 2002, deux Canadiens de 15 ans et plus sur dix (18,5 %) ont déclaré éprouver un très fort sentiment d'appartenance à leur communauté, et quatre Canadiens sur dix (39,9 %) ont signalé que ce sentiment d'appartenance était « quelque peu fort ».

Des proportions similaires d'hommes et de femmes de tous les groupes d'âge ont déclaré éprouver un sentiment très fort ou quelque peu fort d'appartenance envers leur communauté. Les personnes âgées de moins de 45 ans ne se sentaient pas aussi fortement liées à leur communauté que les personnes plus âgées (figure 1-22). Ces résultats pourraient refléter un changement quant au sentiment d'appartenance des personnes envers leur communauté survenu au cours de la seconde moitié du 20^e siècle.

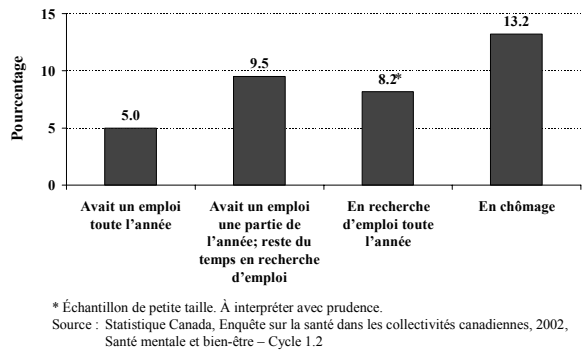
État d'emploi

Un emploi fournit un revenu à une personne et lui donne le sentiment d'accomplir quelque chose et de contribuer à la communauté.

Le chômage est associé à un mauvais état de santé²². Les gens qui sont sans emploi ont une faible confiance en eux-mêmes et peuvent présenter plusieurs troubles psychosomatiques liés au stress qui découlent du chômage²³.

Les répondants de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2) qui n'avaient pas d'emploi étaient plus nombreux à faire état d'une santé mentale passable ou mauvaise comparativement à ceux qui avaient occupé un emploi au cours des 12 derniers mois (figure 1-23).

Figure 1-23 Santé mentale perçue comme étant passable ou mauvaise chez les adultes âgés de 25 à 65 ans, selon leur état d'emploi au cours de la dernière année, Canada, 2002



Stress professionnel

Les deux tiers des Canadiens (66,9 % ou 16 millions de personnes) travaillent ou cherchent activement un emploi²⁴. Tout travail entraîne un certain degré de stress lié à la nécessité de faire face aux exigences connexes, au besoin de se sentir valorisé et à la perte de contrôle sur son temps et ses responsabilités.

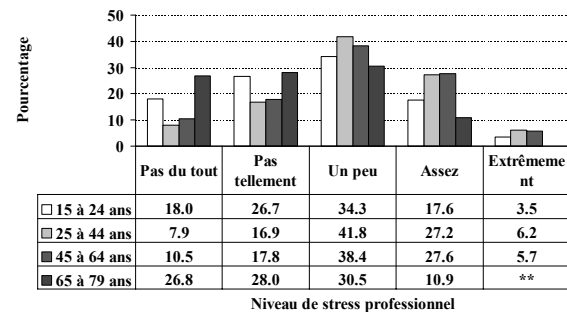
Les gens qui exercent davantage de contrôle sur leurs conditions de travail et qui ont des emplois moins stressants sont en meilleure santé et vivent souvent plus longtemps que ceux qui effectuent un travail ou pratiquent des activités présentant davantage de stress ou de risque.

Les conditions de travail peuvent être un facteur de risque de problèmes mentaux et de maladie mentale. Les systèmes de gestion autoritaires, les infractions aux normes de santé et de sécurité, de piètres relations entre travailleurs et employeur et le sous-emploi ou le suremploi peuvent entraîner des problèmes de santé mentale²⁵.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), un Canadien sur 2 considère son travail comme étant stressant dans une certaine mesure (figure 1-24). Un adulte sur 3 âgé

de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans a déclaré qu'il trouvait son travail assez ou extrêmement stressant. Il s'agit d'une proportion plus élevée que celles observée chez les jeunes adultes et les personnes âgées. Seulement un jeune adulte (âgé de 15 à 24 ans) sur 5 estime que son travail est assez ou extrêmement stressant.

Figure 1-24 Auto-perception du stress professionnel chez les adultes âgés de 15 ans et plus, selon l'âge, Canada, 2002

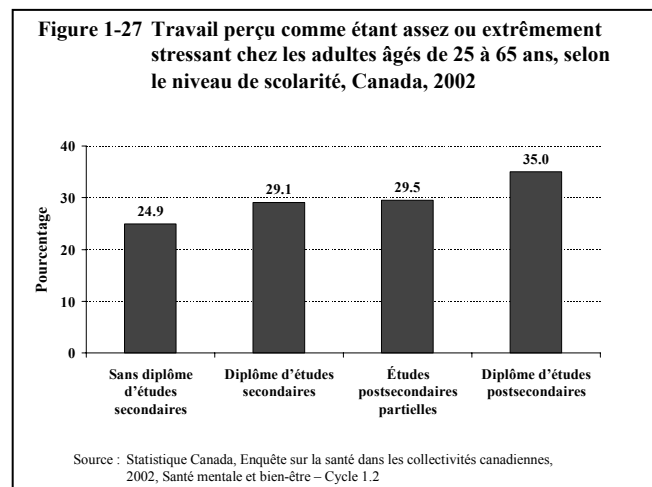
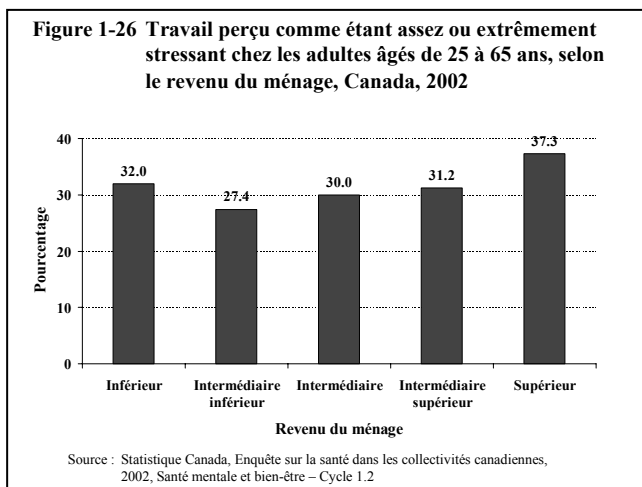
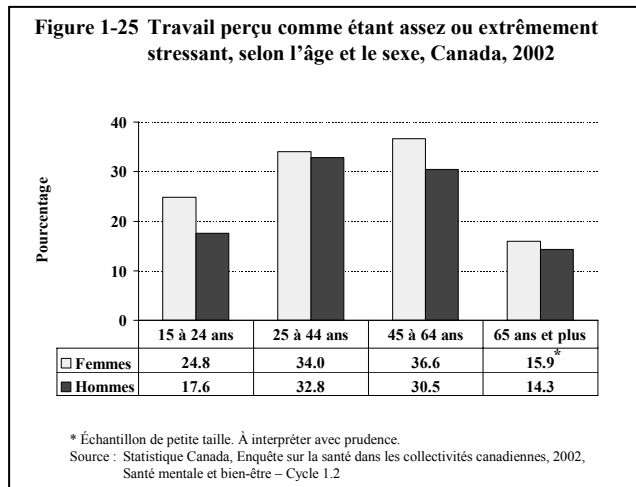


Dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 45 à 64 ans, les femmes, plus que les hommes, considèrent leur travail comme étant assez ou extrêmement stressant (figure 1-25).

Dans le cadre de l'Enquête, on ne s'est pas interrogé sur ce qui rend le travail stressant, ni sur la nature des activités professionnelles (c.-à-d. la plus grande probabilité qu'une femme travaille à temps partiel ou dans les domaines de la vente, du travail de bureau ou des services) ou sur la conciliation travail-famille.

Les personnes appartenant à la catégorie de revenu la plus élevée étaient plus nombreuses que celles des autres catégories de revenu à considérer leur travail comme étant assez ou extrêmement stressant. Le fait d'avoir de plus grandes responsabilités et de plus longues heures de travail pourrait expliquer ce résultat (figure 1-26).

Les personnes ayant fait des études postsecondaires étaient plus nombreuses que celle des autres niveaux de scolarité à considérer leur travail comme étant assez ou extrêmement stressant (figure 1-27).



Pratiques personnelles en matière de santé et capacité d'adaptation

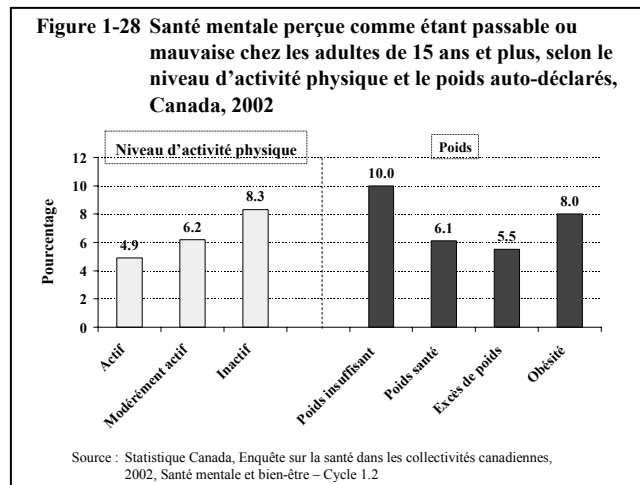
Les gens peuvent réfléchir à leur situation et prendre des décisions sur ce qu'elles feront dans l'avenir. Toutefois, les contextes organisationnel, institutionnel, culturel et sociétal de leur vie influent sur ce phénomène en facilitant ou en limitant les options qui leur sont disponibles. Dans un monde idéal, le contexte social rend possible et appuie les choix et les modes de vie sains.

L'activité physique régulière a de puissantes répercussions sur la santé mentale. Elle permet à certains composés chimiques du cerveau de stabiliser les émotions et de réduire l'anxiété. L'activité physique régulière aide également les gens à atteindre et à conserver un poids santé.

De nombreuses personnes gèrent le stress dans leur vie en mangeant trop. Malheureusement, les personnes qui ont un excès de poids ou qui sont obèses sont plus à risque de souffrir de problèmes de santé physique, comme la cardiopathie, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète et l'arthrose.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), les Canadiens inactifs physiquement étaient plus nombreux que les Canadiens actifs à évaluer leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise (figure 1-28). (Les répondants étaient considérés comme étant physiquement inactifs ou « sédentaires » s'ils déclaraient que leur dépense d'énergie quotidienne habituelle pendant leurs activités de loisirs était < 1,5 kcal/kg/jour.)

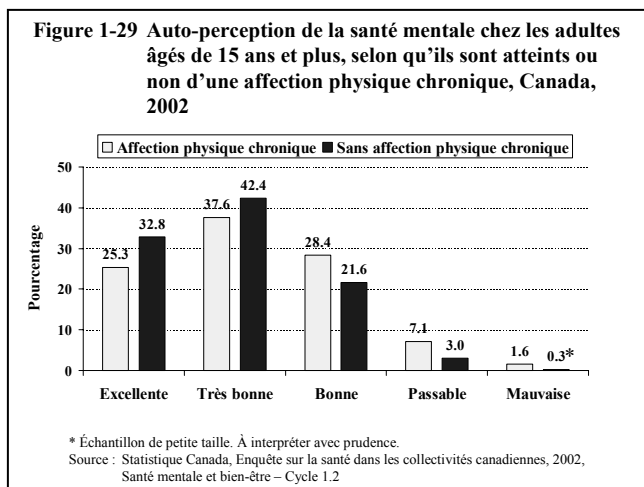
Les Canadiens qui avaient un poids insuffisant ou qui étaient obèses étaient plus nombreux que ceux ayant un poids santé ou un excès de poids à évaluer leur santé mentale comme étant passable ou mauvaise. Les personnes qui ont un poids insuffisant pourraient souffrir d'une maladie chronique sous-jacente. (IMC [indice de masse corporelle] = poids en kilogrammes divisé par le carré de la taille en mètres. Aux fins du présent rapport, on définit un poids insuffisant comme un IMC < 18,5, un excès de poids comme un IMC = 25,0 à 29,9 et l'obésité comme un IMC ≥ 30.)



Affections physiques chroniques

La santé mentale et la santé physique sont étroitement liées. Les gens qui font face à beaucoup de stress risquent davantage de contracter des infections, et le stress peut exacerber des problèmes de santé chroniques comme l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'angine de poitrine, l'hypertension et l'arthrite. Les personnes qui sont atteintes d'affections physiques chroniques comme le diabète, la MPOC et la cardiopathie sont très sujettes à la dépression²⁶.

On a également relevé ce lien entre la santé physique et la santé mentale chez les participants de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002. Les gens atteints de troubles de santé physique chroniques avaient une perception moins positive de leur santé mentale que ceux sans affection physique chronique (figure 1-29). Les trois quarts (75,2 %) des personnes qui ne sont atteintes d'aucune affection physique chronique considèrent leur santé mentale comme étant excellente ou très bonne comparativement à 62,9 % des personnes souffrant d'une affection physique chronique.



Origine culturelle ou raciale

Le Canada possède une riche diversité culturelle. Actuellement, les personnes qui sont nées à l'extérieur du pays représentent environ 16 % de la population. Les immigrants doivent relever le défi d'intégrer leur mode de vie aux valeurs différentes de la société canadienne et doivent donc souvent composer avec l'isolement social.

L'appartenance à une race ou à un groupe ethnique ou culturel précis peut influencer sur l'état de santé mentale. Les mécanismes d'adaptation et le soutien social sont souvent déterminés par la culture. La santé mentale d'une personne peut également être liée à de plus vastes enjeux sociaux comme le racisme, la discrimination et la pauvreté.

Bien-être des Autochtones

Étant donné la grande diversité des peuples autochtones au Canada, on pourrait s'attendre à trouver une diversité correspondante sur le plan des notions de santé mentale et de bien-être. Bien qu'il y ait d'importantes différences culturelles et régionales, correspondant à une histoire, des modes de vie et des structures sociales différents, certains points communs existent chez les peuples autochtones dans leur façon de comprendre la santé et la maladie.

Selon les conceptions autochtones traditionnelles de la santé, la santé mentale était indissociable des autres aspects du bien-être. Les Autochtones vivaient en relation étroite avec leur territoire, et les activités quotidiennes nécessaires à leur survie comportaient une dimension spirituelle qui maintenait des liens harmonieux avec les animaux, l'environnement et l'univers dans son ensemble.

À la différence de l'importance accordée à l'individu dans la société eurocanadienne, la notion de personne en bonne santé dans la plupart des cultures autochtones met l'accent sur les relations et les rapports avec les autres. La personne est au cœur d'un réseau de relations de soutien. Ces liens s'étendent à ceux qui ont vécu

auparavant, soit les ancêtres, qui sont présents dans la mémoire, les histoires et les pratiques cérémoniales des Autochtones. Ces ancêtres, qu'on appelle parfois « grand-pères » ou « grand-mères », méritent attention et respect afin que les vivants, en retour, puissent se sentir liés aux autres époques. Ce sentiment d'interrelation s'étend également aux autres au sein de la famille, du clan ou de la communauté.

Une personne est en bonne santé lorsqu'elle entretient des relations harmonieuses sur les plans moral et spirituel avec les autres membres de la famille et de la communauté, ainsi qu'avec les ancêtres et le réseau élargi des relations qui forment le monde et qui peuvent assurer le bien-être des générations futures.

La plupart des peuples autochtones disposent de plusieurs grilles de réflexion sur la santé mentale et la maladie mentale, et ils y ont recours selon l'aspect du problème qui est en cause. Comme l'oppression culturelle et les traumatismes historiques ont laissé des traces profondes, de nombreux Autochtones considèrent que leur santé mentale passe par un processus continu de guérison sur les plans individuel et collectif²⁷.

Le chapitre 12 traite de manière plus approfondie de la santé mentale des Autochtones.

Patrimoine biologique et génétique

La composition biologique et organique du corps humain est l'un des déterminants fondamentaux de la santé. Le patrimoine génétique semble prédisposer certaines personnes à une panoplie de réactions individuelles au cours des différents stades de développement et face aux événements et aux défis de la vie. S'il est vrai que la génétique peut expliquer certains problèmes de maladie mentale, il faut également prendre en compte l'influence de la culture et des structures et des interactions sociales dans l'expression des facteurs génétiques.

Développement sain de l'enfant

L'acquisition de la résilience nécessaire à une bonne santé mentale débute dès l'enfance. Il est donc crucial que les enfants vivent des expériences positives. Des rapports sains entre les parents et leurs enfants, l'amour inconditionnel, le respect de l'individualité, les bonnes relations au sein de la famille et avec les pairs sont autant de facteurs qui contribuent à bâtir la confiance en soi d'un enfant et lui permettent d'établir des liens affectifs avec les autres²⁸.

En revanche, des modèles de comportement antisociaux, la violence familiale, les difficultés conjugales, la négligence et les mauvais traitements, la toxicomanie ou la maladie mentale chez les parents, ou l'isolement social, favorisent l'apparition de problèmes de santé mentale et de la maladie mentale chez l'enfant²⁹.

Sexe social

Le terme « sexe social » renvoie aux rôles et aux rapports déterminés par la société, aux traits de personnalité, aux attitudes, aux comportements, aux valeurs ainsi qu'à l'influence et au pouvoir relatifs que la société attribue aux deux sexes en fonction de leurs différences. Le terme « sexe biologique », par contre, renvoie aux différences biologiques entre les hommes et les femmes, qu'elles soient liées à l'activité hormonale, à la physiologie ou aux appareils endocriniens ou reproducteurs.

Au chapitre de la santé mentale, les normes et les attentes relatives au sexe social contribuent à définir ce qui est considéré comme normal pour un sexe ou l'autre et influent sur la capacité d'une personne de satisfaire sans malaise à ces normes. En général, les rôles et responsabilités des femmes et des hommes et les possibilités qui s'offrent à chacun sont perçus différemment. Par exemple, les mères qui sont toxicomanes sont perçues différemment des pères qui sont toxicomanes. De la même manière, les femmes qui sont violentes ne sont pas perçues comme les

hommes violents, et les hommes dépressifs sont perçus différemment des femmes dépressives.

Le fait de ne pas répondre aux attentes liées au sexe social peut entraîner certaines conséquences plus ou moins graves, selon qu'on soit un homme ou une femme et selon la rigidité des normes. De plus, le degré de stigmatisation lié aux dérogations aux attentes peut varier selon l'époque, les groupes d'âge et les groupes culturels. Ces conséquences et cette stigmatisation peuvent avoir des répercussions différentes sur la santé mentale des femmes et des hommes.

Spiritualité

Dans le premier chapitre de son livre *Accueillir notre humanité*, Jean Vanier écrit :

« Ce livre parle du cœur humain, de ce qui nous définit essentiellement, en deçà de nos compétences, de nos savoirs, de nos dons, de nos faiblesses, de nos habitudes ou de nos convictions. Je veux y montrer comment nous pouvons le libérer des ténèbres et des peurs qui l'emprisonnent, l'empêchent d'être lui-même et l'incitent à rejeter les autres. La prise de conscience que nous appartenons à une humanité commune, et que cette appartenance est plus fondamentale que toute autre appartenance, a changé beaucoup de mes attitudes et ma vision de l'être humain. Elle m'a aidé à me libérer de compulsions égocentriques et de blessures intérieures, m'a incité à mieux accueillir ceux qui sont différents, les "étrangers", et même ceux qui nous agressent, les "ennemis". Passer de l'égoïsme à l'amour, de l'esclavage à la liberté, de l'enfermement sur soi à l'ouverture aux autres, c'est grandir; c'est le chemin vers la pleine maturité humaine. »

Ce paragraphe met en relief le besoin qu'ont tous les humains de se lier à quelque chose qui les dépasse, qui transcende les intérêts individuels et qui permet l'émergence d'un intérêt à l'égard de l'humanité entière. Les gens peuvent découvrir et

entretenir ce lien de nombreuses façons, que ce soit par l'intermédiaire de religions organisées, de livres, de la musique, de l'art, de la nature ou des services rendus aux autres.

Pour de nombreuses personnes, ce lien spirituel contribue à leur bonne santé mentale. Sans lui, l'être humain peut se replier sur lui-même et perdre son ouverture sur le monde et sa résilience. Il est difficile alors de sortir de soi-mêmes et de recevoir ouvertement de l'aide ou d'aider les autres. Ceux qui sont prisonniers du cercle vicieux d'une dépendance illustrent bien cette absence de liens spirituels. L'une des 12 étapes de la démarche de rétablissement des Alcooliques Anonymes consiste à reconnaître une puissance supérieure. Des millions de personnes ont eu recours à cette démarche pour se débarrasser de leurs dépendances.

Environnement physique

Des facteurs physiques du milieu naturel (comme la qualité de l'air et de l'eau) influent énormément sur notre santé. D'autres facteurs du milieu bâti par les humains (comme le logement, la sécurité en milieu de travail et la conception des routes) ont également une influence importante.

L'environnement physique peut faciliter ou perturber la confiance, la coopération et la cohésion sociale au sein d'une collectivité. Tous ces facteurs ont des répercussions sur la santé mentale.

La présence dans un quartier de murs couverts de graffitis, de fenêtres placardées ainsi que de maisons, de magasins et d'immeubles d'habitation abandonnés témoigne parfois de la prévalence du vandalisme, des vols, des agressions et des gangs, autant d'aspects qui nuisent aux relations sociales. Un enfant qui grandit dans un tel environnement peut ressentir de la peur, de la solitude et du malheur³⁰.

Résumé

Les déterminants de la santé mentale font ressortir la complexité des facteurs qui influent sur la bonne ou la mauvaise santé mentale d'une personne (tableaux 1-1 et 1-2). Ils offrent une perspective de la santé mentale (et de la maladie mentale) qui a une incidence sur l'élaboration des politiques et des programmes à tous les échelons du

gouvernement et dans de nombreux secteurs de la société canadienne.

Les liens intersectoriels entre ces déterminants mettent également en lumière les aspects interreliés que sont l'égalité, la justice sociale, l'holisme, les relations ou l'interdépendance, et la communauté.

Tableau 1-1 Facteurs de protection pouvant influencer sur l'apparition de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux chez les personnes				
Facteurs individuels	Facteurs familiaux	Contexte scolaire	Événements et situations de la vie	Facteurs communautaires et culturels
<ul style="list-style-type: none"> • Caractère agréable • Nutrition adéquate • Attachement à la famille • Intelligence supérieure à la moyenne • Réussite scolaire • Compétences en résolution de problèmes • Locus de contrôle interne • Aptitude sociale • Habiletés sociales • Bonne capacité d'adaptation • Optimisme • Principes moraux • Valeurs • Cognitions positives par rapport à soi 	<ul style="list-style-type: none"> • Parents bienveillants • Harmonie familiale • Famille stable et sûre • Famille peu nombreuse • Plus de deux ans de différence entre les enfants d'une même famille • Responsabilité au sein de la famille (enfants ou adultes) • Relation de soutien avec un autre adulte (enfants ou adultes) • Règles et moralité familiales solides 	<ul style="list-style-type: none"> • Sentiment d'appartenance • Atmosphère scolaire positive • Groupe de pairs prosocial • Règles en matière de responsabilité et de serviabilité • Possibilités de réussite et reconnaissance des réalisations • Règles scolaires décourageant la violence 	<ul style="list-style-type: none"> • Relation avec un proche (partenaire/mentor) • Possibilités offertes à des points tournants ou à des périodes de transition majeures dans la vie d'une personne • Sécurité économique • Bonne santé physique 	<ul style="list-style-type: none"> • Liens affectifs • Sentiment d'appartenance à la collectivité et établissement de réseaux • Participation à une église ou à un autre groupe communautaire • Forte identité culturelle et fierté à l'égard de son origine ethnique • Accès à des services de soutien • Règles communautaires et culturelles décourageant la violence
<p>Source : Australie. <i>Promotion, prevention and early intervention for mental health</i> [Monographie dans Internet] [Consulté le 23 sep 2005]. Accessible à l'adresse suivante : http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-ppi-monograph.htm</p> <p>* Plusieurs de ces facteurs sont associés à un seul ou à quelques-uns des stades de la vie, surtout l'enfance. D'autres ont des répercussions tout au long de la vie, comme une situation socioéconomique désavantagée.</p>				

Tableau 1-2 Facteurs de risque pouvant influencer sur l'apparition de problèmes de santé mentale et de troubles mentaux chez les personnes

Facteurs individuels	Facteurs familiaux et sociaux	Contexte scolaire	Événements et situations de la vie	Facteurs communautaires et culturels
<ul style="list-style-type: none"> • Lésions cérébrales prénatales • Prématurité • Traumatisme de la naissance • Insuffisance de poids ou complications à la naissance • Handicap physique et intellectuel • Mauvaise santé pendant la petite enfance • Faible attachement du bébé ou de l'enfant • Faible intelligence • Caractère difficile • Maladie chronique • Faibles habiletés sociales • Faible estime de soi • Aliénation • Impulsivité 	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir une mère adolescente • Avoir un seul parent • Absence du père pendant l'enfance • Famille nombreuse • Modèles de comportement antisociaux (pendant l'enfance) • Violence et conflits familiaux • Difficultés conjugales entre les parents • Supervision et surveillance insuffisantes de l'enfant • Faible participation des parents aux activités de l'enfant • Négligence pendant l'enfance • Chômage prolongé d'un parent • Criminalité chez un parent • Toxicomanie d'un parent • Maladie mentale d'un parent • Style de discipline incohérent ou extrêmement strict • Isolement social • Rejet • Absence de chaleur humaine et d'affection 	<ul style="list-style-type: none"> • Intimidation • Rejet par les pairs • Faible attachement à l'école • Gestion inadéquate du comportement • Groupe de pairs déviant • Échec scolaire 	<ul style="list-style-type: none"> • Violence physique, sexuelle ou psychologique • Changements d'école • Divorce et éclatement de la famille • Décès d'un membre de la famille • Maladie ou déficience physique • Chômage, itinérance • Incarcération • Pauvreté ou insécurité économique • Insécurité en matière d'emploi • Relations professionnelles insatisfaisantes • Accident ou blessure en milieu de travail • Prise en charge d'une personne malade ou handicapée • Hébergement dans une maison de soins ou un foyer pour personnes âgées • Guerres et catastrophes naturelles 	<ul style="list-style-type: none"> • Être défavorisé sur le plan socio-économique • Discrimination sociale ou culturelle • Isolement • Violence et crime dans la collectivité • Densité de la population et conditions de logement • Absence de services de soutien, notamment au chapitre du transport, des magasins et des installations récréatives

Source : Australie. Promotion, prévention and early intervention for mental health. [Monographie dans Internet]. [Consulté le 23 sep 2005]. Accessible à : <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/mentalhealth-mhinfo-pei-monograph.htm>

* Plusieurs de ces facteurs sont associés à un seul ou à quelques-uns des stades de la vie, surtout l'enfance. D'autres ont des répercussions tout au long de la vie, comme une situation socioéconomique désavantagée.

Promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale renvoie au processus consistant à accroître la capacité des individus et des communautés de se prendre en main et d'améliorer leur santé mentale³¹. Comme elle vise à accroître l'estime de soi, les habiletés d'adaptation, le soutien social et le bien-être de tous les individus et communautés, la promotion de la santé mentale habilite les individus et les collectivités à avoir avec leur environnement une interaction qui les rendra plus forts sur les plans émotionnel et spirituel. Elle mise sur la résilience individuelle et sur les environnements sociaux favorables.

La promotion de la santé mentale vise également à combattre la discrimination à l'égard des personnes aux prises avec la maladie mentale. La promotion de la santé mentale pour tous passe nécessairement par le respect de la culture, l'équité, la justice sociale, les liens avec autrui et la dignité personnelle.

La promotion de la santé mentale profite à l'ensemble de la population. Chacun d'entre nous a besoin d'une bonne santé mentale pour faire face aux exigences quotidiennes et aux événements importants de la vie. De plus, une bonne santé mentale aide les personnes atteintes d'une maladie chronique ou d'un handicap à surmonter efficacement leur problème de santé physique.

Stratégies de promotion de la santé mentale

La promotion de la santé mentale est fondée sur une approche axée sur la santé de la population qui détermine les décisions en matière de politiques, de programmes et de services. L'approche axée sur la santé de la population vise à améliorer la santé de l'ensemble de la population et à réduire les inégalités entre les différents groupes. Elle reconnaît l'éventail des facteurs sociaux, économiques et physiques qui contribuent à la santé³².

En matière de promotion de la santé mentale, une approche axée sur la santé de la population comprend les aspects suivants :

1. mettre l'accent sur les besoins de l'ensemble de la population et des sous-populations ayant des besoins spéciaux;
2. aborder les déterminants de la santé mentale ainsi que leurs interrelations (voir la section précédente du présent chapitre, qui traite de ces déterminants);
3. fonder les décisions sur un besoin manifeste (données probantes) ainsi que sur l'efficacité des interventions;
4. accroître les investissements au chapitre des déterminants sociaux et économiques de la santé;
5. miser sur des stratégies multiples dans divers contextes et secteurs, conformément à la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* de 1986 (acquérir des aptitudes individuelles, renforcer l'action communautaire, créer des milieux favorables, élaborer une politique publique favorisant la santé et réorienter le système de santé);
6. favoriser la collaboration entre les divers secteurs et paliers gouvernementaux;
7. prévoir des mécanismes encourageant la participation concrète des citoyens;
8. insister sur le devoir de transparence quant aux résultats atteints en matière de santé.

Stratégies relatives à la santé des enfants et des jeunes

Les programmes communautaires pour les enfants de Ressources humaines et Développement social Canada³³ tiennent compte du fait que les enfants et les jeunes sont particulièrement vulnérables aux événements de leur vie et aux conditions qui règnent dans leurs milieux familial, social, scolaire et communautaire. Ces événements et conditions peuvent aider une jeune personne à acquérir une personnalité forte et résiliente qui contribue de manière constructive à sa famille et à sa collectivité ou, au contraire, ils peuvent avoir des effets néfastes tout au long de sa vie. Voici les éléments essentiels d'un programme global d'amélioration de la santé, y compris la santé mentale, des enfants :

- **Politiques favorables aux enfants et aux familles** – Les gouvernements, l'industrie, les milieux de travail et d'autres entités doivent évaluer les répercussions de leurs politiques sur les enfants et les familles.
- **Programmes de compétences parentales** – Les parents bénéficient du soutien de leur famille, de leurs amis et de programmes communautaires qui les aident à acquérir des compétences parentales et leur offrent un réseau de soutien social. L'amour et l'affection que les parents donnent à leurs enfants ont des répercussions profondes sur la conscience de soi, la capacité d'établir des liens avec les autres ainsi que sur la capacité d'apprentissage de ces derniers.
- **Programmes de développement des jeunes enfants** – Des programmes d'apprentissage précoce et de services de garde accessibles, abordables et de bonne qualité, fondés sur des principes d'inclusion, d'accessibilité et de qualité ainsi que sur le choix des parents, peuvent être des facteurs de stimulation et d'épanouissement pour les jeunes enfants.
- **Revenu familial adéquat** – Des programmes visant à aider les parents à se trouver un emploi, à trouver un logement abordable, à obtenir des soins de santé et à poursuivre leur

apprentissage peuvent contribuer à briser le cercle vicieux de la pauvreté. Les conséquences de la pauvreté infantile peuvent s'étendre sur une vie entière. La pauvreté nuit au développement, à l'apprentissage et à l'intégration sociale d'un enfant.

- **Système de justice familiale** – Un système de justice favorable aux enfants et tenant compte de leurs points de vue, selon leur âge et leur degré de maturité, peut faire en sorte que le système soit moins axé sur l'affrontement contradictoire et davantage sur l'enfant. Il faut donner aux parents le soutien et les outils nécessaires afin qu'ils puissent trouver des arrangements parentaux favorables à l'intérêt supérieur des enfants.
- **Intégration sociale et diversité : édifier la collectivité** – Des programmes visant à sensibiliser les gens à propos des obstacles non intentionnels, et l'établissement de processus et de partenariats entre ceux qui prennent les décisions et ceux que les décisions concernent. Certains enfants se heurtent à des obstacles qui les empêchent de participer pleinement à la société en raison de handicaps ou parce qu'ils sont des immigrants, ont des croyances religieuses particulières, ou vivent dans le Nord ou dans des régions rurales.

Programmes en milieu scolaire

L'Approche globale de la santé en milieu scolaire³⁴ (AGSS) constitue une approche intégrée de promotion de la santé qui offre aux élèves de nombreuses d'occasions d'observer et d'assimiler des attitudes et des comportements positifs relativement à la santé mentale.

« L'AGSS voit la santé comme une ressource de la vie quotidienne. Elle reconnaît que bien des facteurs différents ont des répercussions sur la santé et le bien-être des élèves, dont l'état physique de leur maison, de leur école et de leur collectivité, la disponibilité et la qualité des soins de santé, les conditions socio-économiques ainsi que la qualité et les

retombées des interventions en promotion de la santé. L'AGSS encourage et exige des partenariats actifs entre tous ceux qui peuvent et devraient contribuer au bien-être des élèves, y compris les enseignants, les parents, les pairs, les professionnels de la santé et la communauté. »

L'AGSS regroupe quatre éléments principaux :

- C'est par l'**enseignement** que les élèves doivent être informés à propos de la santé et du bien-être, ainsi que des risques et des autres questions liés à la santé. Cela comprend les programmes d'enseignement, l'éducation en matière de santé physique et diverses stratégies d'apprentissage. L'enseignement favorise l'acquisition de compétences, comme en résolution de problèmes et en communication, et permet aux élèves de se sentir compétents et efficaces.
- Les **services de soutien** sont essentiels afin que l'on puisse reconnaître de façon précoce, et traiter rapidement, les enfants présentant des troubles mentaux qui pourraient affecter leur capacité d'apprentissage pendant toute leur vie. Ces services de soutien comprennent les services de santé ainsi que les services sociaux et psychologiques. L'école est un bon endroit pour offrir ces services, qu'ils soient mis en place par les écoles elles-mêmes ou la collectivité, notamment par les fournisseurs de services de santé, les services de santé publique ou les organismes de services sociaux et de services non gouvernementaux.
- L'**environnement psychosocial** comprend le soutien psychologique et social offert à l'école et celui dont les racines se trouvent dans la maison et la collectivité. Ce soutien peut être officieux (amis, pairs et professeurs) ou officiel (politiques et règlements scolaires, clubs sociaux ou groupes de soutien). Cet élément prend également en considération le fonctionnement de l'école et les politiques en place.

- Un **environnement physique** sain englobe la qualité de l'air, un bon éclairage, un bon contrôle du bruit, des mesures visant à prévenir le surpeuplement, une nourriture saine et la minimisation de l'exposition aux substances toxiques. Lorsqu'ils sont déficients, les éléments susmentionnés peuvent engendrer du stress entraînant des symptômes physiques et des difficultés d'apprentissage.

Programmes de santé en milieu de travail

Le milieu de travail est un endroit clé où l'on peut faire la promotion de la santé mentale et aider les gens à se rétablir après une maladie mentale. Les employeurs ainsi que les employés tirent profit des programmes de promotion de la santé mentale. La productivité, la collégialité et la créativité s'améliorent lorsque les employés sont en mesure de faire face aux activités quotidiennes ainsi qu'aux exigences de leur travail.

Les programmes de santé en milieu de travail qui réussissent le mieux sont fondés sur le soutien et la participation des gestionnaires, sur la mise à contribution et le soutien des autres ainsi que sur un comité désireux de travailler. Dans le Modèle de promotion de la santé dans l'entreprise, élaboré par Santé Canada et la Fondation de la recherche sur la toxicomanie³⁵, on a déterminé les principes directeurs suivants à intégrer aux programmes de santé en milieu de travail :

- satisfaire les besoins de tous les employés, quel que soit leur état de santé;
- prendre en considération les besoins, préférences et attitudes des divers groupes de participants;
- tenir compte du fait que le mode de vie d'une personne se compose d'un ensemble d'habitudes de santé interdépendantes;
- s'adapter aux caractéristiques particulières de chaque milieu de travail;
- soutenir l'élaboration d'une politique globale solide en matière de santé en milieu de travail.

Il est important que tous les programmes de promotion de la santé en milieu de travail tiennent compte de trois domaines d'influence : l'environnement, les ressources personnelles et les pratiques de santé.

En ce qui concerne l'environnement, il faut tenir compte des aspects suivants :

- l'environnement physique : le bruit, les substances toxiques, la qualité de l'air, l'éclairage et la conception du lieu de travail;
- l'environnement social : les horaires de travail, la conciliation entre les responsabilités personnelles et professionnelles, les échéances, l'organisation du travail et la formation et le soutien disponibles;
- les relations interpersonnelles : la communication entre les pairs, le respect des différences et de la diversité et le sentiment d'appartenance au milieu de travail.

En ce qui concerne les ressources personnelles, il faut tenir compte de l'auto-efficacité et du soutien social.

En ce qui concerne les pratiques en matière de santé, il faut tenir compte du poids santé, de l'interdiction de fumer, de l'activité physique, du sommeil et des problèmes liés à la consommation de certaines substances.

Promotion de la santé mentale chez les personnes âgées

Il n'est jamais trop tard pour faire la promotion de la santé mentale. Divers facteurs, dont le revenu, l'adaptabilité et l'état de santé, influent sur le vieillissement. Toutes les personnes âgées peuvent profiter des bienfaits que procure l'activité physique, mentale et sociale sur le plan de leur capacité de fonctionnement, indépendamment de leur âge ou des limites imposées par la maladie. En fait, une bonne santé mentale peut aider la personne à faire face aux difficultés qui accompagnent le vieillissement, comme la maladie chronique, la perte du partenaire et d'amis et la retraite. Une meilleure connaissance de l'étendue du fonctionnement normal chez les personnes

âgées pourrait permettre d'éviter la médicalisation de ce processus normal qu'est le vieillissement.

Soutien des collectivités

La promotion de la santé mentale s'applique à l'ensemble de la population dans le contexte de la vie quotidienne³⁶. Elle profite à tout le monde. En déterminant et en encourageant les qualités personnelles et sociales qui favorisent une bonne santé mentale, les gens peuvent collaborer en vue d'améliorer la santé de leur collectivité.

La majeure partie du travail de promotion de la santé mentale au sein d'une communauté concerne les changements d'attitude. Il faut mettre l'accent sur l'importance de conserver une bonne santé mentale plutôt que de traiter uniquement les souffrances individuelles. On doit également s'occuper des maladies mentales d'une manière équilibrée et humaine afin de contrer les préjugés et de favoriser le rétablissement des personnes malades.

Les relations avec la famille, les amis et d'autres proches constituent sans doute l'un des facteurs les plus favorables à la santé mentale d'une personne. Les initiatives de promotion de la santé mentale s'appuient sur ces réseaux de soutien social et établissent de nouvelles relations qui favorisent un sentiment d'appartenance. Ces initiatives prennent de nombreuses formes et dépendent de la nature et des ressources de la communauté concernée.

La promotion de la santé mentale s'appuie sur des politiques qui visent à réduire les inégalités contribuant à la détérioration de la santé mentale des personnes. Il peut s'agir d'un déséquilibre du pouvoir, de violence, de pauvreté, d'absence de scolarisation, de discrimination raciale, de stigmatisation, de logement insuffisant ou d'absence de possibilités d'emploi (consulter le chapitre 2 pour de plus amples renseignements).

La communauté doit participer à la détermination de ses besoins et décider de ce qui doit être fait pour y répondre – il s'agit d'un principe clé de la promotion de la santé mentale. Un sentiment accru de maîtrise de soi, d'autonomie,

d'autodétermination et de résilience sont les résultats souhaités de ce processus.

Pour certains Canadiens, leur communauté peut être un établissement de soins prolongés. On estime que 80 % des résidents de ce type d'établissement sont atteints d'un trouble mental accompagné d'un déficit cognitif ou physique³⁷. L'environnement (psychosocial et physique) des établissements de soins prolongés peut améliorer ou miner la santé mentale des résidents. Les facteurs de l'environnement psychosocial (philosophie des soins, prestation des soins, possibilités relationnelles et sociales, activités, communication du personnel) et les facteurs de l'environnement physique (espace, bruit, géographie, niveau d'activité) constituent le milieu environnemental. En modifiant certains facteurs environnementaux, comme une réduction du bruit par l'élimination des haut-parleurs et des sonnettes d'appel dans les établissements, on peut améliorer la santé mentale de tous les résidents. D'autres modifications, comme le soutien des pairs auprès de résidents déprimés, peuvent contribuer à régler certains problèmes individuels³⁸.

Stratégies individuelles

L'Association canadienne pour la santé mentale (ACSM) fait la promotion de la santé mentale personnelle, en s'appuyant sur les principes suivants³⁹ :

- **Ne pas négliger son bien-être psychologique** – Évaluer si l'on est capable de

faire face aux exigences quotidiennes de la vie et aux problèmes imprévus et si on profite de la vie. Tenir compte des facteurs de stress particuliers auxquels on doit faire face ainsi que de leurs effets sur sa vie.

- Exercer sa **forme mentale** tous les jours. Voici quelques suggestions :
 - ⇒ rêvasser;
 - ⇒ trouver des façons de surmonter les pensées négatives;
 - ⇒ faire de l'exercice (voir ci-dessous);
 - ⇒ avoir des passe-temps;
 - ⇒ tenir un journal intime;
 - ⇒ échanger des blagues;
 - ⇒ faire du bénévolat et entretenir des liens avec les autres;
 - ⇒ s'occuper de soi-même.

Faire de l'activité physique régulièrement.

L'exercice stimule la production d'endorphines, des composés chimiques produits dans le cerveau qui engendrent une sensation de bien-être et atténuent le stress et la douleur. L'exercice réduit l'anxiété et soulage les tensions, la fatigue et la colère.

L'exercice physique aide à combattre le repli sur soi et les sentiments de désespoir qui sont associés à la dépression. Il favorise également l'interaction avec les autres dans un milieu positif. Même cinq minutes d'exercice aérobique (comme la natation et la marche) peuvent être bénéfiques.

Les partenaires en matière de la promotion de la santé mentale

Étant donné le grand nombre de déterminants de la santé mentale, chaque personne, fournisseur de services, organisme, organisation et gouvernement au Canada doit participer à la promotion de la santé mentale.

Les familles et les amis sont à la base du système de promotion de la santé mentale de toute personne, car ils contribuent aux aspects suivants :

- relations constructives;
- possibilités de croissance et soutien;
- développement et soutien dans les moments de conflit ou de stress et les événements difficiles de la vie.

Les gouvernements, à tous les échelons, créent des politiques qui influent sur l'emploi, la pauvreté, l'aide sociale, les possibilités d'éducation et les systèmes judiciaires et juridiques.

Les organismes non gouvernementaux (ONG) ont pour rôle :

- de sensibiliser le public;
- de fournir des outils d'aide personnelle et d'entraide;
- de mener et d'appuyer des interventions communautaires et de promouvoir des politiques et des milieux favorables à la santé mentale.

Les fournisseurs de services de santé et les organismes communautaires, y compris les organismes religieux, ont pour rôle :

- d'appuyer le renforcement des connaissances et des compétences personnelles;
- d'aider les gens à reconnaître les facteurs stressants de leur vie et à les surmonter en leur offrant du counselling ou en les dirigeant vers d'autres organismes;
- de participer aux coalitions communautaires.

Les chercheurs, universitaires et organisations professionnelles se chargent de :

- former les fournisseurs de services;
- mettre à la disposition des chercheurs une base de recherches afin d'encourager des interventions efficaces;
- participer à des coalitions et à des actions communautaires.

Les garderies, les écoles et les milieux de travail des secteurs public et privé sont des lieux où les enfants, les jeunes et les adultes passent une grande partie de leurs journées. Ce sont donc des endroits tout désignés pour mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé mentale.

Notes de fin de chapitre

- 1 Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs [monographie sur Internet]. Genève : Organisation mondiale de la santé; 2001 [consulté le 4 janvier 2005]. Accessible à : <http://www.who.int/whr/2001/fr/index.html>
- 2 Proceedings from the International Workshop on Mental Health Promotion; 1997. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto; 1997.
- 3 Santé et Bien-être social Canada. La santé mentale des Canadiens : vers un juste équilibre. Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services; 1998.
- 4 Trent D. The promotion of mental health fallacies of current thinking. *Promotion of mental health*. 1992;2:562.
- 5 Tudor K. *Mental health promotion: paradigms and practice*. Londres : Routledge; 1996.
- 6 Keyes CM. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *J Health and Social Behaviour*. 2002;43(2):207-222.
- 7 Zarit SH, Femia EE, Gatz M, Johansson B. Prevalence, incidence and correlates of depression in the oldest old: the OCTO study. *Aging and Mental Health*. 1999;3(2):119-128.
- 8 Torres R, Fernandez F. Self-esteem and value of health as determinants of adolescent health behavior. *J Adolesc Health*. 1995 Jan;16(1):60-63.
- 9 Organisation mondiale de la santé (OMS) – Europe. *Health and health behaviour among young people*. Copenhague, Danemark : OMS – Europe; 1998 [consulté le 30 nov 2005]. Accessible à : http://www.hbsc.org/downloads/Int_Report_00.pdf.
- 10 Smith J. Well-being: Results of the Bradburn Affect Balance Scale in the 1991 Survey on Aging and Independence. Ottawa : Santé Canada, Division de la santé mentale; 1995.
- 11 Pushkar D, Arbuckle T. Bien-être psychologique et vieillissement : Enjeux et ressources. Oct 2002. Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Écrits en gérontologie (18) : Santé mentale et vieillissement*; 2002.
- 12 Ibid.
- 13 Smith J, Baltes PB. Profiles of psychology functioning in the old and oldest old. *Psychology and Aging*. 1997;12(3):458-472.
- 14 Baltes P. Life-span psychology theory. Dans : Kazdin A, éditeur. *Encyclopedia of psychology*. Washington (DC) et New York : American Psychological Association et Oxford University Press; 2000.
- 15 Frey B, Stutzer A. *Happiness and economics*. Princeton (NJ) : Princeton University Press; 2002.
- 16 Kasser T. *The high price of materialism*. Cambridge (MA) : The MIT Press; 2002.
- 17 Lane RF. *The loss of happiness in market democracies*. New Haven (CT) : Yale University Press; 2000.
- 18 Kasser T.
- 19 Lynch J, Kaplan GA, Salonen JT. Why do poor people behave poorly? Variation in adult health behaviours and psychosocial characteristics by stages of the socioeconomic lifecourse. *Soc Sci Mewd*. 1997;44(6):809-819.
- 20 Grzywacz JG, Keyes CL. Toward health promotion: physical and social behaviors in complete health. *Am J Health Behav*. Mar-avr 2004;28(2):99-111.
- 21 Ibid.
- 22 Kirsh S. *Le chômage : ses conséquences sur l'équilibre du corps et de l'esprit*, Toronto : Association canadienne pour la santé mentale; 1992.
- 23 Kirsh.
- 24 Dewa CS, Lesage A, Goering P, Craveen M. Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers*. 2004;5(2):12-25. Accessible à : <http://www.longwoods.com>
- 25 Duxbury L, Higgins C. *Témoignages canadiens : à la recherche de la conciliation travail-vie personnelle*. Ottawa : Développement des ressources humaines Canada, Programme du travail; 2003 [consulté le 2 déc 2005]. Accessible à : http://www.rhdcc.gc.ca/fr/pt/psait/ctv/tcrctvp/05table_des_matières.shtml
- 26 Patten SB. An analysis of data from two general health surveys found that increased incidence and duration contributed to elevated prevalence of major depression in persons with chronic medical conditions. *J Clin Epidemiol*. Fév 2005;58(2):184-189.

- ²⁷ Kirmayer LJ, Boothroyd LJ, Tanner A, Adelson N, Robinson E, Oblin C. Psychological distress among the Cree of James Bay. Dans : Boss P, éditeur. *Family stress: classic and contemporary readings*. Thousand Oaks (CA) : Sage; 2003. p. 249–264.
- ²⁸ Hertzman C, Keating D, éditeurs. *Developmental health and the wealth of nations*. New York : Guilford Press; 2000.
- ²⁹ Ibid.
- ³⁰ Cohen DA, Manson K, Bedimo A, Scribner R, Basolo V, Thompson F. Neighborhood physical conditions and health. *Am J Public Health*. 2003;93(3):467-471.
- ³¹ Agence de santé publique du Canada. Promotion santé mentale. [Page Web.] Consulté le 4 jan 2005. Accessible à : <http://www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/psm/questions.html>
- ³² Ibid.
- ³³ Ressources humaines et du Développement social. Un Canada digne des enfants : le plan d'action du Canada suite à la Session extraordinaire des Nations Unies consacrée aux enfants de mai 2002. Ottawa : Développement social Canada; avr 2004 [consulté le 2 déc 2005]. Accessible à : <http://www.rhdcc.gc.ca/fr/sm/ps/dsc/polsoc/publications/2002-002483/page00.shtml>
- ³⁴ Agence de santé publique du Canada. L'Approche globale de la santé en milieu scolaire. [Page Web.] Ottawa : Agence de santé publique du Canada; 25 mai 2004 [consulté le 2 déc 2005]. Accessible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/7-18yrs-ans/sante_globale_f.html
- ³⁵ Santé Canada. Modèle de promotion de la santé dans l'entreprise. Ottawa : Santé Canada; 23 juin 2004 [consulté le 2 déc 2005]. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/occup-travail/work-travail/model-modele/why-pourquoi_f.html
- ³⁶ Association canadienne pour la santé mentale. Trousse d'outils pour la promotion de la santé mentale. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale; avr 2005 [consulté le 2 déc 2005]. Accessible à : http://www.cmha.ca/mh_toolkit/french/intro/index.htm
- ³⁷ Conn D. Les aînés vivant dans les établissements de soins de longue durée. Dans : *Écrits en gérontologie : Santé mentale et vieillissement*. 2002;18:71-81. Ottawa : Conseil consultatif national sur le troisième âge; 2002.
- ³⁸ Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. Supportive social design principles for long-term care settings. Accessible à : <http://www.ccsmh.ca>
- ³⁹ Association canadienne pour la santé mentale. Faites travailler le corps et l'esprit – Auto-évaluation. Toronto : Association canadienne pour la santé mentale; mai 2005 [consulté le 2 déc 2005]. Accessible à : http://www.cmha.ca/bins/form_page.asp?cid=2-267-383&lang=2

CHAPITRE 2

LA MALADIE MENTALE AU CANADA : APERÇU

Qu'est-ce que la maladie mentale?

La maladie mentale est caractérisée par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Les symptômes de la maladie mentale varient de légers à graves, selon le type de maladie, la personne, la famille et le contexte socio-économique. La maladie mentale peut prendre diverses formes, entre autres : troubles de l'humeur, schizophrénie, troubles anxieux, troubles de la personnalité, troubles de l'alimentation et dépendances telles que la toxicomanie et le jeu pathologique.

Au cours de sa vie, chacun éprouve des sentiments d'isolement, de solitude, de détachement par rapport à la réalité, qui sont quelques-uns des symptômes de la maladie mentale. À partir du moment où ces symptômes commencent à nuire à ses activités quotidiennes, la personne peut avoir besoin d'aide pour

retrouver son équilibre et son fonctionnement optimal.

Dans bien des cas, maladie physique et maladie mentale sont étroitement liées. Les personnes touchées par des problèmes de santé physique souffrent souvent d'anxiété ou de dépression, ce qui a une incidence sur leur réaction à la maladie physique. En contrepartie, les personnes souffrant d'une maladie mentale peuvent présenter des symptômes et des affections physiques, par exemple, une perte de poids et un déséquilibre biologique associés aux troubles de l'alimentation, ou une dépression, qui contribuent au diabète ou aux crises cardiaques.

Les maladies mentales se manifestent souvent simultanément. Par exemple, une personne peut souffrir en même temps d'une dépression et d'un trouble anxieux. Les tentatives d'atténuer les symptômes par l'alcool ou les drogues peuvent mener à la consommation problématique de substances.

Les maladies mentales sont-elles répandues au Canada?

Au cours des 15 dernières années, on a estimé la prévalence des maladies mentales dans le cadre de plusieurs projets de recherche menés au Canada et aux États-Unis^{1,2,3,4}. En 2002, Statistique Canada a mené l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), qui fut la source des premières données nationales et provinciales sur la maladie mentale au Canada⁵.

Selon l'enquête, à un moment donné au cours des 12 mois précédant l'entrevue (tableau 2-1) :

- Un Canadien sur 10 âgé de 15 ans et plus, soit environ 2,7 millions de personnes, a signalé des symptômes correspondant à un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux, ou à une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites.
- Un Canadien sur 20 répondait aux critères d'un trouble de l'humeur – soit d'une dépression majeure ou du trouble bipolaire I (voir le chapitre 2).
- Un Canadien sur 20 répondait aux critères d'un trouble anxieux – soit d'un trouble panique, d'une agoraphobie ou d'une phobie sociale (voir le chapitre 5).

- Un Canadien sur 50 répondait aux critères du jeu pathologique ou du risque modéré de jeu pathologique (voir le chapitre 9).
- Un Canadien sur 30 répondait aux critères de la toxicomanie associée à la consommation d'alcool ou de drogues illicites (voir le chapitre 10).

Outre de ceux qui répondaient aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance, 5,3 % de la

population canadienne a consulté un professionnel en raison de problèmes de santé mentale, ou a ressenti le besoin de bénéficier d'aide sans en recevoir.

Un participant sur cinq (20,6 %) à l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), soit 24,1% des femmes et 17,0 % des hommes, répondait aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance, à un moment donné de sa vie.

Tableau 2-1 Prévalence, sur 12 mois, de troubles mentaux et de la dépendance à une substance, mesurée par l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), au Canada						
Trouble mental ou dépendance à une substance	Total**		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
N'importe quel trouble de l'humeur, trouble anxieux ou dépendance à une substance mesurés*	2 660 000	11,0	1 220 000	10,2	1 440 000	11,7
<u>Tout trouble de l'humeur</u>	1 310 000	5,3	510 000	4,2	800 000	6,3
• Dépression majeure	1 200 000	4,8	450 000	3,7	740 000	5,9
• Trouble bipolaire	240 000	1,0	120 000	1,0	120 000	1,0
<u>Tout trouble anxieux</u>	1 160 000	4,8	430 000	3,6	730 000	5,9
• Trouble panique	380 000	1,5	130 000	1,0	250 000	2,0
• Agoraphobie	180 000	0,7	40 000	0,4	140 000	1,1
• Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)	750 000	3,0	310 000	2,6	430 000	3,4
<u>Toute dépendance à une substance</u>	760 000	3,1	550 000	4,5	210 000	1,7
• Dépendance à l'alcool	640 000	2,6	470 000	3,9	170 000	1,3
• Dépendance à une drogue illicite	190 000	0,8	130 000	1,1	60 000	0,5
<u>Problèmes d'attitude envers l'alimentation</u>	430 000	1,7	60 000	0,5	360 000	2,9
<u>Jeu pathologique ou risque modéré de jeu pathologique</u>	490 000	2,0	320 000	2,6	170 000	0,5
• Jeu pathologique	120 000	0,5	70 000	0,6	50 000	0,4
• Risque modéré de jeu pathologique	370 000	1,5	250 000	2,0	130 000	0,1

* Les répondants pouvaient avoir signalé des symptômes qui correspondaient aux critères de plus d'un trouble.
 ** Les chiffres ont été arrondis au dix millièmes (10 000) près.
 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être, cycle 1.2.

Les répondants à l'enquête ont aussi été priés d'indiquer s'ils présentaient un trouble dysthymique, une schizophrénie ou un trouble de l'alimentation qui avait été diagnostiqué par un professionnel de la santé et qui avait persisté pendant six mois ou plus.

- 0,3 % des participants à l'enquête (0,3 % des hommes et 0,4 % des femmes) ont déclaré souffrir d'un trouble dysthymique ou de dysthymie (voir le chapitre 3);
- 0,3 % des participants à l'enquête (0,3 % des hommes et 0,2 % des femmes) ont déclaré souffrir de schizophrénie (voir le chapitre 4);

- 0,5 % des participants à l'enquête (0,2 % des hommes et 0,8 % des femmes) ont fait état d'un trouble de l'alimentation (voir le chapitre 7).

Il est possible que ces estimations fondées sur des autodéclarations ne rendent pas compte de l'ampleur réelle du phénomène au sein de la population, puisque nombreux sont les cas de maladie mentale qui demeurent non diagnostiqués. De plus, il est possible que des cas de maladie mentale grave aient échappé à la vigilance des auteurs de l'étude.

Le taux de prévalence de la schizophrénie est d'environ 1 % selon d'autres études, contre 0,3 % dans cette enquête.

Répercussions des maladies mentales

Qui est atteint?

Les maladies mentales peuvent frapper n'importe qui, peu importe la profession, le niveau de scolarité, la catégorie socioéconomique et la culture. À un certain moment de leur vie, la plupart des Canadiens sont touchés par la maladie mentale d'un membre de la famille, d'un ami ou d'un collègue.

Les hommes et les femmes

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), 10,2 % des hommes et 11,7 % des femmes répondaient aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance au cours des 12 derniers mois (tableau 2-1). Si les proportions globales de personnes atteintes de maladie mentale sont comparables, la probabilité de répondre aux critères d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux était 1,5 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes, alors que la probabilité de satisfaire aux critères de la

dépendance était 2,6 fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Dans le cas de certains troubles, les différences entre les sexes étaient encore plus marquées. Ainsi, les troubles de l'alimentation et l'agoraphobie étaient respectivement 6 fois et 3 fois plus répandus chez les femmes que chez les hommes.

Ces écarts entre les sexes rendent peut-être compte de différences biologiques entre les hommes et les femmes ou de différences culturelles et sociales, comme les normes régissant la façon d'exprimer ou de décrire les problèmes de santé et les expériences de vie^{6,7}. La société encourage des attitudes de stoïcisme et une illusion d'immunité contre les maladies mentales. C'est pourquoi il est possible que les hommes s'attardent davantage aux symptômes physiques et négligent une maladie mentale sous-jacente, ou encore fassent appel aux drogues et à l'alcool pour composer avec l'anxiété ou la dépression.

Âge

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la proportion des adultes de tous les groupes d'âge de 15 à 64 ans qui ont fait état de symptômes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance au cours de leur vie a oscillé entre un sur quatre et un sur cinq, soit : 19,8 % chez les 15 à 24 ans, 22,7 % chez les 25 à 44 ans et 23,4 % chez les 45 à 64 ans (figure 2-1).

Les personnes âgées étaient proportionnellement moins nombreuses que les personnes des autres groupes d'âge à signaler des symptômes d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance au cours de leur vie. Ce constat reflète peut-être une sous-estimation de la maladie mentale, puisque l'enquête n'englobait pas les personnes vivant dans un foyer de soins infirmiers, une maison d'accueil pour personnes âgées ou un hôpital pour malades chroniques, où les cas de dépression sont fréquents. La proportion de personnes souffrant d'un trouble mental chez les résidents des établissements de soins prolongés oscillerait entre 80 et 90 %, selon des estimations⁸. En outre, il est possible que les personnes âgées aient oublié des épisodes vécus, ou encore, que les questions n'aient pas été suffisamment sensibles pour permettre la détection de symptômes de troubles mentaux propres à cette population.

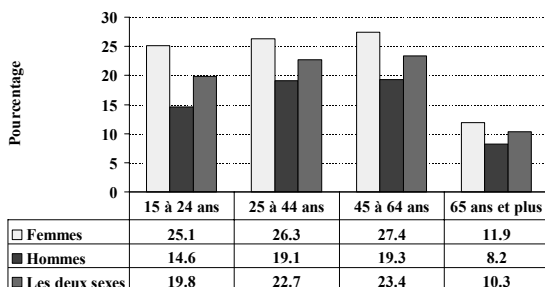
On observe toutefois dans la population âgée une forte prévalence de cas de démence. Selon l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada, 8 % des personnes de plus de 65 ans et 34,5 % de celles de plus de 85 ans étaient atteintes de démence⁹. L'incidence de la dépression était plus élevée chez les sujets atteints de démence que chez ceux qui n'en souffraient pas (9,5 % contre 2,1 %)¹⁰. La présence concomitante d'une maladie neurodégénérative et d'une maladie mentale rend très difficiles le diagnostic et le traitement. On a toutefois observé que les antidépresseurs donnaient de bons résultats dans le traitement de la dépression associée à la maladie d'Alzheimer¹¹.

La plus forte prévalence d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance au cours des 12 derniers mois a été observée chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans : 19,8 % de femmes et 17,5 % d'hommes (figure 2-2).

Chez les adultes de 25 à 44 ans, plus d'un sur dix (12,2 %) a déclaré des symptômes correspondant aux critères de l'une de ces affections au cours des 12 derniers mois. La prévalence sur 12 mois était légèrement plus faible chez les personnes de 45 à 64 ans (8,8 %).

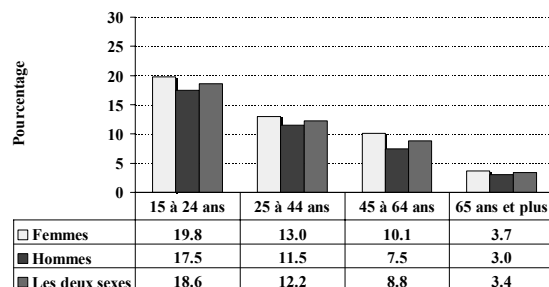
Dans bien des cas, les maladies mentales se manifestent à l'adolescence et au début de l'âge adulte. Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), les deux tiers (68,8 %) des jeunes adultes de 15 à 24 ans

Figure 2-1 Proportion de la population atteinte d'un trouble mesuré¹ au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



¹ Personnes ayant répondu aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 2-2 Proportion de la population atteinte d'un trouble mesuré¹ au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



¹ Personnes ayant répondu aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

atteints d'un trouble de l'humeur ou d'un trouble anxieux ont affirmé que leurs symptômes avaient débuté avant l'âge de 15 ans (figure 2-3). Près de la moitié des personnes de 45 à 64 ans (47,9 %) et le tiers des personnes âgées (34,1 %) ont indiqué que leur maladie mentale s'était manifestée avant l'âge de 25 ans.

Il reste que les troubles de l'humeur ou les troubles anxieux se manifestent à chaque stade de la vie : 30,7 % des personnes de 25 à 44 ans, 16,7 % des personnes de 45 à 64 ans et 13,9 % des personnes âgées ont déclaré que leur trouble était apparu lorsqu'elles se trouvaient dans ce groupe d'âge. Les tendances étaient comparables chez les deux sexes.

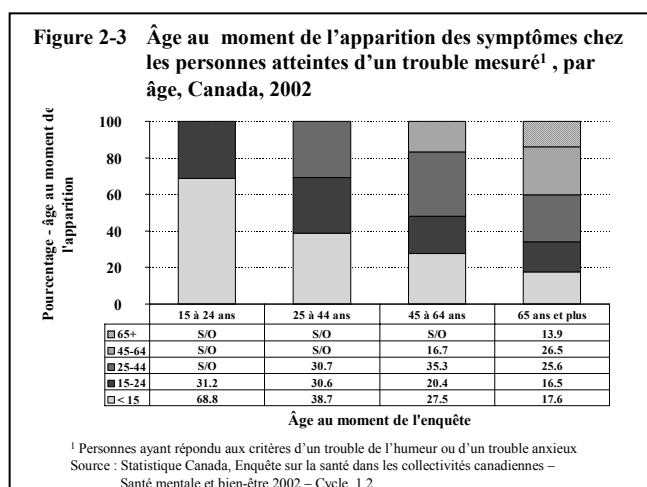
Immigrants

Dix-huit pour cent des personnes vivant au Canada sont nées dans un autre pays, et un pourcentage élevé d'entre elles sont installées ici depuis des années. Certaines empruntent, pour entrer au Canada, le système d'immigration officiel qui évalue leur capacité de contribuer au rendement économique du pays. D'autres, soit environ 10 %, sont des réfugiés en quête d'asile et de protection¹².

De manière générale, les immigrants sont très bien portants puisque les procédures d'admission ont pour effet d'éliminer les personnes qui présentent des problèmes de santé. Si l'on se fie à l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), les taux de dépression et de dépendance à l'alcool étaient moins élevés chez les immigrants que chez les personnes nées au Canada (6,2 % contre 8,3 % dans le cas de la dépression et 0,5 % contre 2,5 % dans le cas de la dépendance à l'alcool)¹³.

Cette disparité peut s'expliquer soit par l'influence exercée par le nouveau pays soit par l'évolution des tendances liées aux pays d'origine des immigrants, ou par les deux facteurs. En effet, si les immigrants d'autrefois venaient d'Europe ou d'Amérique du Nord, ceux arrivés plus récemment proviennent surtout de pays d'Asie et d'Afrique, où les taux déclarés de dépression et de dépendance à l'alcool sont faibles.

Tous les immigrants éprouvent un stress lié à la réinstallation, autrement dit à la difficulté de s'établir dans un nouveau pays. Au nombre des facteurs de stress auxquels ils peuvent être confrontés figurent le chômage, la pauvreté, l'isolement, les barrières linguistiques, les divergences des valeurs sociales, le racisme et l'apprentissage du fonctionnement des divers systèmes, comme la reconnaissance des titres de compétence, l'emploi, le milieu de travail, l'éducation et la santé. Le fait que ces facteurs de stress engendrent ou non la maladie mentale dépend sans doute de l'interaction de divers éléments : facteurs de vulnérabilité, facteurs de



stress, réseau de soutien social et résilience personnelle.

Les traumatismes vécus avant l'immigration, comme l'internement dans un camp de réfugiés, la torture ou le fait d'être témoin de scènes de violence, accroissent les risques de maladie mentale, et surtout d'état de stress post-traumatique et de dépression, au cours des six mois qui suivent l'arrivée au Canada¹⁴ (voir le chapitre 5 – Troubles anxieux). Plus le traumatisme est intense, plus le risque de maladie mentale est élevé. Le diagnostic de l'état de stress post-traumatique est parfois difficile à poser. Il importe que les programmes d'aide aux réfugiés tiennent compte de cette réalité et adaptent leurs interventions en conséquence.

Les immigrants aspirent ardemment à une vie productive et à l'autonomie. Il s'agit là de raisons qui les poussent à s'installer au Canada¹⁵. Or, plus de 30 % des familles immigrantes vivent au-dessous du seuil de pauvreté au cours de leurs dix premières années de vie au Canada. La maladie mentale, par exemple la dépression, peut survenir lorsque l'immigrant se voit incapable d'obtenir un emploi satisfaisant et suffisamment rémunérateur.

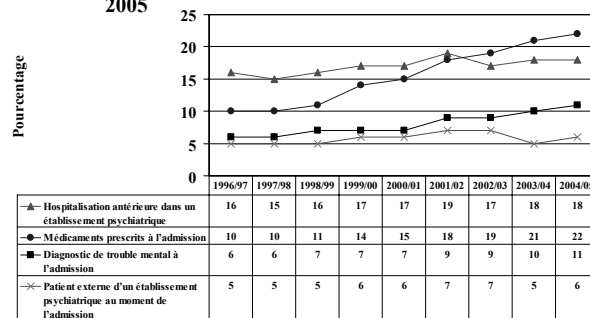
La prévention de la maladie mentale chez les immigrants implique des interventions sociales, communautaires et individuelles.

Détenus des établissements correctionnels

Les risques de présenter ou d'avoir présenté une maladie mentale sont plus élevés chez les détenus des établissements correctionnels que dans l'ensemble de la population. Cette situation tient en partie à la nature de certaines maladies mentales, comme le trouble bipolaire, les troubles de la personnalité ou la consommation problématique de substances, qui sont étroitement associés à la commission d'actes illégaux tels le vol et la violence. Une autre affection, le syndrome d'alcoolisation fœtale, liée à une forte consommation d'alcool pendant la grossesse, contribue à la manifestation, à l'adolescence et à l'âge adulte, de problèmes comportementaux qui peuvent entraîner des démêlés avec la justice. Les établissements correctionnels sont par définition des milieux restrictifs et coercitifs qui peuvent engendrer ou exacerber l'anxiété et la dépression.

Une analyse d'évaluations des détenus réalisées au moment de leur admission dans le système correctionnel fédéral, entre 1996-1997 et 2004-2005, met en relief une augmentation de la proportion de personnes ayant reçu un diagnostic de trouble mental actuel et s'étant vu prescrire des médicaments contre un trouble mental (figure 2-4).

Figure 2-4 Proportion de délinquants admis dans le système correctionnel fédéral qui souffrent ou ont souffert d'un trouble mental, Canada, 1996-1997 à 2004-2005



Source : Tiré de Aperçu statistique : Le système correctionnel et la mise en liberté sous condition (reproduction autorisée) http://ww2.psepc-spcc.gc.ca/publications/corrections/Stats2004_f.asp

Une étude sur la santé mentale et les maladies mentales dans les établissements correctionnels fédéraux (où la durée des peines infligées était de deux ans ou plus) réalisée en 2004 offre un résumé des principaux points qui se dégagent des recherches ayant été menées au Canada¹⁶.

- La plupart des détenus des établissements correctionnels fédéraux sont de sexe masculin (97 %) et sont âgés de moins de 50 ans (86,1 %).
- Environ 1 à 2 % des détenus présentent une incapacité intellectuelle, et une forte proportion d'entre eux sont aussi atteints d'une maladie mentale.
- En 2002, près du tiers (31 %) des détenus de sexe féminin et 15 % des détenus de sexe masculin ont déclaré souffrir de problèmes émotionnels ou de troubles mentaux à l'admission.
- En 1999, plus de quatre détenus sur cinq (84 %) qui étaient admis dans les prisons de la Colombie-Britannique ont fait état de symptômes qui correspondaient aux critères d'au moins un trouble mental ou d'un antécédent de trouble mental au cours de leur vie, notamment la consommation problématique de substances. Quarante-trois pour cent répondaient aux critères d'un trouble mental au cours de leur vie : trouble anxieux (18,3 %), trouble de l'humeur (30,2 %) et schizophrénie (1,5 %). Plus de 90 % des détenus souffrant d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'un trouble psychotique présentaient aussi au moins un autre trouble, notamment la toxicomanie. Près de la moitié de ceux qui présentaient une toxicomanie étaient aussi atteints d'un autre trouble mental.
- En 2002, on a établi qu'une forte proportion de détenus souffraient de toxicomanie au moment de leur admission. Chez les hommes, un problème de dépendance à l'alcool a été détecté chez 34,3 %, 45,8 % et 42,1 % de la population incarcérée dans des

établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, respectivement. Dans le cas des problèmes liés à la consommation de drogues, la proportion était encore plus élevée : 36,4 %, 51,2 % et 51,4 % de la population incarcérée dans des établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, respectivement. Du côté des femmes, les proportions étaient de 29,3 %, 49,4 % et 69,6 % dans le cas de la dépendance à l'alcool, et de 40,1 %, 67,5 % et 78,3 % dans le cas de la dépendance aux drogues dans des établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, respectivement.

- En 2000-2001, le taux de suicide était 3,7 fois plus élevé dans les établissements correctionnels que dans l'ensemble de la population, dans des groupes d'âge analogues.
- Une enquête menée en 1995 auprès des détenus fédéraux indique que les relations entre les détenus et le personnel, la libération conditionnelle, l'obtention d'un transfert, les dates de libération, la double occupation des cellules, l'approvisionnement en tabac et la sécurité physique sont des facteurs générateurs de stress.
- Il ressort d'une enquête réalisée dans un hôpital psychiatrique en Colombie-Britannique que 58 % des patientes avaient été agressées sexuellement pendant leur enfance¹⁷. Selon une autre étude, 83 % des femmes hospitalisées avaient été victimes d'agression physique ou sexuelle¹⁸.

La forte prévalence des maladies mentales et de la consommation problématique de substances met en évidence la nécessité de mettre en place des services efficaces d'évaluation et de traitement au sein des services correctionnels. Elle montre aussi que la réduction du risque de criminalité passe par des politiques, des programmes et des services axés sur la prévention et le dépistage précoce des troubles

mentaux et de la consommation problématique de substances, surtout chez les jeunes.

Militaires

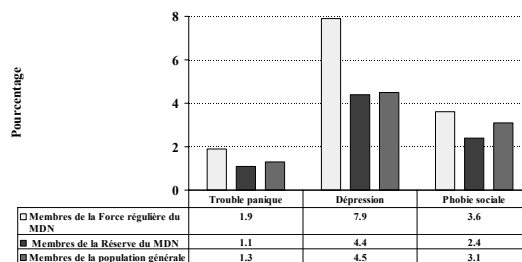
La santé mentale revêt une importance particulière dans le milieu militaire. En effet, le service militaire est exigeant sur les plans tant physique que psychologique, et peut occasionner une maladie mentale. De plus, des problèmes de santé mentale peuvent mettre en péril tant l'intéressé que d'autres personnes.

Les troubles mentaux chez les militaires de la Force régulière, surtout la dépression et l'état de stress post-traumatique (ESPT), sont un facteur important dans une forte proportion des libérations dues à un congé de maladie prolongé. L'ESPT a été une cause importante d'incapacités liées au service militaire suivant les opérations de maintien de la paix et d'autres déploiements ayant eu lieu depuis le conflit du golfe Persique de 1990-1991.

À la demande des Forces canadiennes, Statistique Canada a sondé les militaires à l'aide d'une version légèrement modifiée de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002. Les répondants qui faisaient partie de la Force régulière étaient proportionnellement plus nombreux que les membres de la population générale, du même âge et du même sexe, à répondre aux critères du trouble panique et de la dépression, mais pas de la phobie sociale (figure 2-5). Au sein de la Force de réserve, le taux de prévalence de ces troubles se rapprochait beaucoup de celui observé au sein de la population générale.

On ignore si l'écart entre les taux de prévalence des troubles mentaux est attribuable aux pratiques associées au service militaire, aux méthodes de recrutement et de sélection ou à d'autres facteurs.

Figure 2-5 Proportion des militaires du MDN¹ (membres de la Force régulière et de la Réserve) et des membres de la population générale ayant présenté ou non les troubles étudiés au cours des 12 derniers mois, taux rajustés en fonction de l'âge et du sexe, Canada, 2002



¹ MDN - Ministère de la Défense nationale

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2, Supplément sur les Forces canadiennes

Quelles sont les répercussions pour les personnes atteintes?

Qualité de vie

La maladie mentale rejaille sur tous les aspects de la vie de la personne : relations personnelles et familiales, études, vie professionnelle et participation à la vie communautaire. Trop souvent, elle entraîne un rétrécissement de l'univers et du champ d'activité de la personne.

L'intensité et la durée de l'incapacité croissent avec le nombre d'épisodes de la maladie. La réduction des effets de la maladie mentale passe nécessairement par un traitement efficace et l'observance thérapeutique, la solidité du soutien social, un revenu et un logement adéquats et des possibilités d'accès à l'instruction.

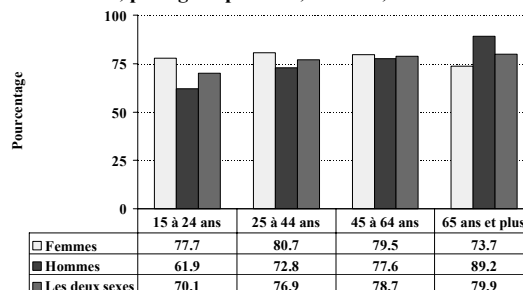
Partout dans le monde, les maladies mentales (dépression majeure, trouble bipolaire, schizophrénie, dépendance à l'alcool, ESPT, trouble obsessionnel-compulsif et trouble panique) représentaient 9,4 % des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI) en 2002¹⁹. Ce nombre est comparable à celui qui s'applique aux maladies cardiovasculaires (9,9 %) et représente près du double de celui qui est associé au cancer (5,1 %).

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002, 75,5 % des personnes présentant un trouble de l'humeur, un trouble anxieux ou une dépendance à une substance au cours des 12 derniers mois ont déclaré que l'affection avait perturbé leur vie (71,2 % des hommes et 79,2 % des femmes). Près d'une personne sur trois (32,7 %) a déclaré avoir dû réduire ses activités à la maison. Une personne sur six (18,4 %) a indiqué avoir « souvent » ou « parfois » jugé nécessaire de restreindre ses activités au travail. Ce pourcentage ne comprend pas les personnes qui ont dû quitter leur milieu de travail en raison de leur maladie mentale.

Dans la population âgée de moins de 45 ans, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes à déclarer que leur affection avait des répercussions défavorables sur leur vie, mais cette

tendance était inversée chez les personnes âgées (figure 2-6). Les effets plus marqués observés chez les femmes de moins de 45 ans tiennent peut-être à l'éventail de leurs responsabilités (travail, famille, études) et leur rôle de dispensatrices de soins. Chez les hommes, la perte de structure et de rôle associé à la retraite peut accentuer les répercussions de la maladie mentale sur leur vie.

Figure 2-6 Proportion de la population présentant un trouble mesuré¹ au cours des 12 derniers mois, qui ont déclaré qu'il avait des retombées négatives sur leur vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



¹Personnes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Jeunes adultes

L'adolescence et le début de l'âge adulte implique pour l'individu d'importantes tâches liées au développement, notamment terminer ses études et entreprendre une carrière, acquérir de la confiance en soi et trouver sa place au sein de la collectivité. L'ampleur des changements associés à cette étape de la vie contribue sans doute à l'apparition de troubles mentaux et de la dépendance à une substance chez les jeunes adultes prédisposés à la maladie mentale.

Les défis liés au développement sont plus difficiles à relever chez le jeune adulte qui souffre d'un trouble mental que chez celui qui ne présente aucun problème de santé mentale ou de dépendance à une substance. Rares sont les autres problèmes de santé qui touchent une aussi forte proportion de membres de ce groupe d'âge. Sans aide, il est possible que les jeunes adultes qui souffrent d'une maladie mentale ne réussissent pas à acquérir les compétences de base, l'autonomie et la confiance en soi dont ils ont besoin à ce stade de leur vie et auront besoin plus tard.

Personnes âgées

Il est parfois difficile de diagnostiquer la maladie mentale chez les personnes âgées en raison de la présence de multiples problèmes physiques qui peuvent être masqués par un trouble mental sous-jacent ou être confondus avec celui-ci. Il arrive que les manifestations de la maladie mentale ne soient pas les mêmes chez les jeunes et chez les personnes âgées, d'où la difficulté de poser un diagnostic exact et d'assurer un bon traitement²⁰. De plus, il arrive que l'on assimile à tort les symptômes de l'anxiété ou de la dépression au vieillissement sans envisager la possibilité qu'ils révèlent l'existence d'une affection qui peut être traitée. La démence peut aussi rendre difficile la détection d'un trouble mental sous-jacent. Enfin, les dispensateurs de soins sans formation spécialisée en psychiatrie gériatrique ne sont pas toujours en mesure de bien diagnostiquer et traiter les problèmes de la population âgée.

Famille

Les maladies mentales ont des retombées importantes sur la famille, entre autres parce que les symptômes qui y sont associés peuvent avoir une incidence considérable sur les relations interpersonnelles. Ainsi, une dépression non diagnostiquée et non traitée chez un homme peut se traduire par de l'hostilité, de l'irritabilité, de la violence physique ou verbale ou une

consommation abusive d'alcool qui perturbent la vie familiale.

Les familles sont parfois confrontées à de difficiles décisions liées au traitement, à l'hospitalisation, au logement, aux relations à entretenir avec le malade et au soutien à lui apporter. L'incertitude face à l'avenir et l'éventualité d'une incapacité grave et restrictive engendrent de l'anxiété et du stress tant chez l'individu que chez la famille. Il arrive que la famille s'autoculpabilise, s'attribuant inutilement la responsabilité de la maladie.

Le coût des médicaments, l'absentéisme et le soutien accru à apporter à la personne peuvent représenter un lourd fardeau financier pour les familles. Accablés par ces difficultés et par la stigmatisation associée à la maladie mentale, il est fréquent que les membres de la famille se coupent du reste de la collectivité et de leur réseau de soutien social. Cet isolement peut même contribuer au suicide d'un membre de la famille.

Il s'est dégagé d'une enquête réalisée en 2004 auprès des dispensateurs de soins²¹, à l'instigation du Bureau pour la santé des femmes et de la Division des soins de santé primaires et continus de Santé Canada, que 70 % des personnes qui prenaient soin d'un individu souffrant de maladie mentale étaient des femmes. Presque la moitié (47 %) de tous les dispensateurs de soins étaient âgés de 45 à 64 ans. Environ le tiers devaient cumuler un travail à plein temps et leurs responsabilités de soignants. La plupart vivaient avec la personne dont ils s'occupaient (69 %).

La plupart estimaient qu'il incombait à la famille de dispenser les soins (86 %) et avaient choisi de s'occuper de la personne malade (81 %). Plus de la moitié (58 %) avaient dû assumer le rôle de dispensateur de soins, ne pouvant compter sur des services de santé mentale (58 %) ou sur des services de soins à domicile (42 %) adéquats. Or, le lourd fardeau lié à la prise en charge d'une personne malade peut conduire au burn-out, et la prise en charge d'une personne atteinte de démence est particulièrement éprouvante.

L'expérience peut être gratifiante, mais elle peut aussi engendrer énormément de stress.

Les dispensateurs de soins ayant répondu à l'enquête ont réclamé davantage de services de soins à domicile et de services communautaires, entre autres : psychologues, travailleurs sociaux, nutritionnistes et psychiatres, aide ménagère, programmes et groupes de soutien, infirmières visiteuses, dispensateurs de soins personnels, services d'ergothérapie et programmes de jour en psychiatrie.

Affections chroniques

La dépression s'accompagne souvent de maladies chroniques telles que les cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, la maladie d'Alzheimer, la maladie de Parkinson, l'épilepsie, le diabète, le cancer et le VIH/sida²². Ce phénomène concerne surtout les personnes âgées, chez qui les maladies chroniques sont très répandues. Il est tout aussi important de détecter et de traiter la dépression que de traiter la maladie physique si l'on veut maintenir la qualité de vie de la personne et l'aider à vivre avec la maladie physique.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la probabilité de satisfaire aux critères des maladies mentales au cours des 12 derniers mois était plus élevée chez les personnes souffrant d'une maladie physique

chronique que chez les personnes bien portantes (figure 2-7). Les personnes atteintes d'une maladie physique étaient 2 fois plus nombreuses à présenter un trouble de l'humeur et presque 2 fois plus nombreuses à présenter un trouble anxieux.

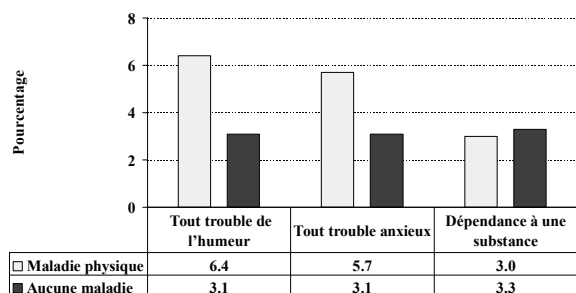
Suicide

Le risque de suicide est élevé chez les personnes atteintes de schizophrénie. Par rapport à l'ensemble de la population, il est aussi plus élevé chez les personnes souffrant d'autres troubles mentaux, comme la dépression majeure, le trouble bipolaire et le trouble de la personnalité borderline (voir également le chapitre 8 – Comportement suicidaire).

Hospitalisation

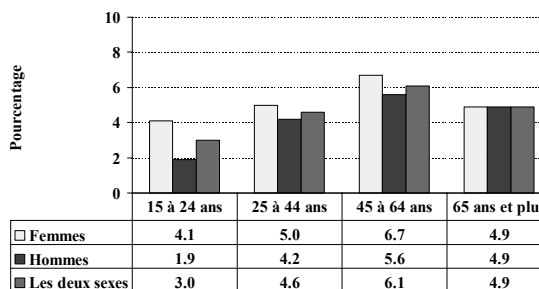
Dans l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), 4,9 % des répondants (4,3 % des hommes et 5,4 % des femmes) ont déclaré avoir été hospitalisés en raison d'un trouble mental ou d'une toxicomanie au cours de leur vie. La proportion augmentait avec l'âge, jusqu'à l'âge de 65 ans (figure 2-8). Les proportions d'hommes et de femmes qui ont affirmé avoir été hospitalisés étaient comparables dans tous les groupes d'âge, sauf celui de 15 à 24 ans, où les femmes étaient 2 fois plus nombreuses que les hommes à déclarer avoir été hospitalisées (voir aussi le chapitre 11 – Hospitalisation et maladie mentale).

Figure 2-7 Proportion de personnes de 15 ans et plus atteintes ou non d'une maladie physique chronique qui répondaient aux critères d'une maladie mentale au cours des 12 derniers mois, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 2-8 Hospitalisation au cours de la vie pour des problèmes autodéclarés liés aux émotions, à la santé mentale ou à la consommation d'alcool ou de drogues, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Répercussions économiques

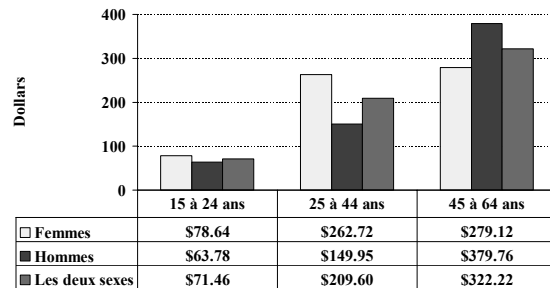
Les maladies mentales ont une forte incidence sur l'économie canadienne, plus précisément sous la forme de perte de productivité et de coûts des soins de santé. Il est difficile de mesurer les répercussions économiques des maladies mentales au Canada faute de données exhaustives sur l'utilisation et le coût des services, ainsi que sur la perte de productivité liée entre autres à l'absentéisme.

Le rapport publié en 2002 par Santé Canada intitulé *Le fardeau économique de la maladie au Canada*²³, à la lumière de données recueillies en 1998, évaluait à 4,7 milliards \$ les coûts annuels directs associés aux soins hospitaliers (2,7 milliards \$), aux médicaments (1,1 milliard \$) et aux soins médicaux (0,9 milliard \$), et à 3,2 milliards \$ les coûts indirects associés aux incapacités de courte durée (0,5 milliard \$) et de longue durée (2,2 milliards \$) et à la mortalité prématurée (0,5 milliard \$) imputable aux troubles mentaux. Il ne s'agit là que d'une faible partie du fardeau économique de la maladie : elle ne comprend pas les coûts assumés par le milieu de travail, les coûts de l'assurance responsabilité civile ou les coûts des services dispensés par tous les professionnels de la santé mentale qui ne sont pas couverts par les régimes d'assurance-maladie.

Dans le milieu de travail, la maladie mentale se traduit par une perte de productivité et par des demandes de prestations d'invalidité²⁴. En 2003, les maladies mentales étaient à l'origine de 30 % des demandes de prestations d'invalidité et représentaient 70 % des coûts totaux, soit une somme variant de 15 à 33 milliards \$ par an²⁵.

Les participants à l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2) ont indiqué avoir dépensé en moyenne 202,63 \$ en produits et en services de santé mentale au cours des 12 derniers mois. Les dépenses étaient plus élevées chez les femmes que chez les hommes dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans (figure 2-9). Cette tendance était inversée chez les adultes de

Figure 2-9 Somme moyenne consacrée aux produits et aux services de santé mentale au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

45 à 64 ans. Comme les femmes sont moins bien rémunérées et ont moins accès aux ressources économiques, ces dépenses liées à la maladie mentale représentent pour elles un fardeau plus important.

Stigmatisation associée aux maladies mentales

*La stigmatisation est infligée par la société en réponse à un acte inacceptable; elle est auto-infligée en réponse à des sentiments inacceptables.*²⁶ [Traduction]

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la maladie mentale ou un problème de santé mentale a été une source de gêne et de discrimination pour de nombreuses personnes qui en souffraient. Parmi les répondants qui satisfaisaient aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une toxicomanie au cours des 12 derniers mois et qui ont déclaré avoir restreint dans une certaine mesure leurs activités :

- 53,5 % (58,5 % des hommes et 53,4 % des femmes) éprouvaient de la gêne au sujet de leur problème de santé mentale;
- 54,3 % (55,9 % des hommes et 52,8 % des femmes) ont affirmé faire l'objet de discrimination en raison de leur problème de santé mentale.

L'ampleur de la stigmatisation qui frappe les maladies mentales représente l'une des plus dures réalités associées à ce phénomène au Canada. Cette stigmatisation, qui découle de superstitions, de systèmes de croyances et de l'ignorance, a toujours existé dans l'histoire et elle engendre préjugés, peur et discrimination. Les symptômes de la maladie mentale demeurent étroitement liés aux craintes de la population à l'égard des risques de violence et au désir d'entretenir des contacts sociaux limités avec les personnes atteintes²⁷. Pourtant très peu de personnes souffrant de troubles mentaux sont violentes.

La stigmatisation provoque aussi de la colère et des comportements d'évitement chez les personnes atteintes. Parce qu'elle contraint les intéressés à taire leur maladie mentale, la stigmatisation a souvent pour effet de les inciter à reporter le moment de consulter un professionnel de la santé, à éviter d'observer le traitement recommandé et de faire part de leurs inquiétudes aux membres de leur famille, aux amis, aux collègues, aux employeurs, aux dispensateurs de soins et à d'autres membres de la collectivité.

La stigmatisation dans le milieu de travail a de profondes répercussions sur les personnes souffrant de troubles mentaux graves, entre autres :

« [...] une diminution de l'aptitude à l'emploi, l'absence de possibilités d'avancement professionnel et une piètre qualité de vie au travail. Les personnes souffrant de troubles mentaux graves courent plus de risques d'être sans emploi ou de se voir reléguées dans des emplois de niveau inférieur, sans aucune commune mesure avec leurs aptitudes ou leur formation. Si elles reprennent le travail après une maladie, elles sont dans bien des cas en butte à de l'hostilité et voient leurs

responsabilités réduites. Il peut s'ensuivre une autostigmatisation et une aggravation de l'incapacité²⁸. » [Traduction]

Le discours tenu par les médias et par la société sur les femmes enceintes et les mères qui consomment de l'alcool ou des drogues, les mères victimes de violence de la part de leur partenaire et les mères atteintes d'une maladie mentale engendre une grande stigmatisation. Les mères qui présentent une toxicomanie sont davantage stigmatisées que celles qui souffrent d'une maladie mentale. De plus, la stigmatisation est lourde de conséquences pour les mères déjà marginalisées en raison de la pauvreté et de leur race²⁹.

Les personnes âgées souffrant de maladie mentale sont doublement accablées par la stigmatisation associée à la maladie mentale et au vieillissement. C'est ce qui explique que la maladie mentale est sous-diagnostiquée et sous-traitée chez les personnes âgées. Les personnes âgées atteintes de démence sont elles aussi stigmatisées, ce qui les coupe parfois de leurs sources de soutien habituelles.

Si l'on veut améliorer la santé mentale des Canadiens, on doit s'attaquer à la stigmatisation qui frappe la maladie mentale. Un premier pas dans la lutte contre la stigmatisation et vers une plus grande attitude d'ouverture et d'acceptation consiste à renseigner la population et les médias sur la maladie mentale. L'élaboration et la mise en œuvre de politiques de lutte contre la discrimination et contre la violation des droits de la personne pourraient ouvrir la voie au changement.

En mai 2006, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a publié le rapport final sur ses consultations, sous le titre *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada*.³⁰

Causes des maladies mentales

Les maladies mentales tiennent à une interaction complexe entre des facteurs liés à la génétique, à la biologie, à la personnalité et à l'environnement; toutefois, en dernier ressort, c'est le cerveau qui régit le comportement, la cognition, l'humeur et l'anxiété. Pour l'instant, on ne saisit pas encore parfaitement les liens entre certaines dysfonctions cérébrales et l'existence de maladies mentales précises³¹.

Dans la plupart des maladies mentales, on a observé une certaine tendance à ce que des cas se retrouvent chez les membres proches d'une même famille, ce qui laisse croire que ces troubles auraient des fondements génétiques. Des facteurs personnels, comme l'âge, le sexe, les habitudes de vie et les événements de la vie peuvent contribuer à l'apparition de troubles mentaux.

Des facteurs environnementaux, comme la situation familiale, le milieu de travail et la situation socioéconomique de la personne, peuvent accélérer la survenue ou la récurrence d'une maladie mentale.

La dépression peut contribuer à une maladie physique telle que le cancer, les cardiopathies et le diabète, ou les deux peuvent découler d'une même cause³².

Génétique

Les recherches actuelles indiquent que le risque d'apparition d'une maladie mentale est peut-être lié à des anomalies touchant plusieurs gènes plutôt qu'un seul. L'apparition d'une maladie mentale découle sans doute des interactions entre des facteurs génétiques et environnementaux, ce qui laisse espérer qu'on réussira un jour à repérer les facteurs de risque environnementaux qui peuvent être modifiés et à les prévenir³³.

Pauvreté et maladies mentales

Le lien entre la pauvreté et les maladies mentales est complexe. Il ressort de nombreuses études que le statut socioéconomique est inversement lié à la survenue de troubles mentaux. Deux modèles³⁴ ont été avancés pour expliquer cette relation.

Lien indirect : sélection et glissement

Selon le concept de la sélection, certains individus sont prédisposés aussi bien à un trouble mental qu'à des attentes et à une ambition moins grandes, ce qui explique un rendement inférieur tant dans les études que sur le plan professionnel. Par ailleurs, si elle souffre d'un trouble mental léger non diagnostiqué, la personne a plus de difficulté à réussir dans une société postindustrielle complexe. La pauvreté est associée à un degré de réussite moins grand dans les études. Dans pareil contexte, on peut donc conclure à l'existence d'un lien indirect entre la pauvreté et les troubles mentaux.

Par « glissement », on entend la probabilité qu'une personne atteinte d'une maladie mentale glisse vers la pauvreté parce qu'elle a du mal à obtenir et à conserver un emploi stable. Ce lien indirect entre la pauvreté et la maladie mentale peut être atténué par l'effet « de classe », par lequel les réseaux de soutien dont bénéficient les personnes issues de classes socioéconomiques supérieures leur évitent cette dérive vers la pauvreté.

Lien direct : contexte social

Selon le postulat d'un lien direct entre la pauvreté et les maladies mentales, l'expérience sociale vécue par une personne pauvre accroît ses risques de présenter une maladie mentale. Ainsi, le fait de vivre dans la pauvreté peut aboutir à un manque de perspectives, d'où un sentiment d'impuissance, de colère et de désespoir. Lorsqu'elle se double d'une prédisposition génétique, il arrive que la pauvreté contribue à

l'apparition d'une maladie mentale. Il reste que la plupart des personnes qui vivent dans la pauvreté ne souffrent pas de troubles mentaux.

Violence et maladie mentale

Violence envers les enfants

La violence envers les enfants désigne « les préjudices, ou le risque de préjudices, qu'un enfant ou un jeune peut subir lorsqu'il est pris en charge par un adulte en qui il a confiance ou dont il dépend, y compris un parent, un frère ou une sœur, un autre membre de la famille, un enseignant, un dispensateur de soins ou un tuteur. Les préjudices peuvent être causés par des actes de l'adulte (acte de commission) ou par le fait que l'adulte n'offre pas à l'enfant toutes les conditions dont il a besoin pour grandir et se développer sainement (acte d'omission)³⁵. » [Traduction]

Selon l'Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants de 2003, le taux estimé d'incidence de mauvais traitements corroborés envers les enfants était de 21,7 cas pour 1 000 enfants. Parmi les cas corroborés dans cette étude, soit plus de 100 000, 30 % concernaient la négligence envers les enfants; 28 %, l'exposition à la violence familiale; 24 %, la violence physique; 15 %, la violence psychologique; et 3 %, l'agression sexuelle³⁶.

L'agression sexuelle subie tôt dans la vie et de manière chronique entraîne une série particulière de symptômes, comme un sentiment d'impuissance, des symptômes dissociatifs et de l'autoculpabilisation. Des traumatismes vécus dans la petite enfance ont été associés à l'apparition ultérieure de divers troubles : dépression, trouble de la personnalité borderline, trouble dissociatif de l'identité, utilisation problématique de substances et état de stress post-traumatique^{37,38,39,40}.

Une étude à long terme a montré que près de 80 % des jeunes adultes ayant été agressés pendant leur enfance répondaient aux critères

diagnostiques d'au moins un trouble mental à l'âge de 21 ans. Ces jeunes adultes présentaient de nombreuses affections, notamment la dépression, l'anxiété, des troubles de l'alimentation et des tentatives de suicide⁴¹.

D'après une enquête menée auprès de patientes d'un hôpital psychiatrique de la Colombie-Britannique, 58 % d'entre elles avaient été agressées sexuellement pendant leur enfance⁴². Il se dégage d'une autre étude que 83 % des femmes soignées dans un établissement psychiatrique pour malades hospitalisés avaient été victimes d'agression physique ou sexuelle⁴³.

L'importance des répercussions de la violence subie pendant l'enfance indique qu'il y a lieu d'adopter des stratégies de prévention et d'intervention précoce afin de prévenir les conséquences graves du phénomène ou de les atténuer.

Intimidation

« L'intimidation est un problème relationnel – c'est un moyen d'affirmer son pouvoir par l'agression. L'intimidation a été définie comme un comportement physique ou verbal dont l'intention est hostile, qui provoque la détresse chez les victimes et qui est répété au fil du temps. Elle se définit comme un rapport de force entre les intimidateurs et leurs victimes ».⁴⁴

D'après l'étude intitulée Les comportements de santé des jeunes d'âge scolaire, réalisée en 2002⁴⁵, 39 % des garçons et 37 % des filles de la sixième à la dixième année ont déclaré avoir été victimes d'intimidation au moins une fois au cours du trimestre précédent. De 7 à 10 % des élèves de chaque année scolaire ont affirmé avoir été victimes d'intimidation une fois par semaine ou plus. De manière générale, la prévalence de ce phénomène était la plus élevée en septième et en huitième années.

L'intimidation a des répercussions sur tous les jeunes concernés, tant l'intimidateur que la victime et les témoins. Elle se produit le plus souvent à

l'école et dans des lieux où la surveillance des adultes est réduite. Les enfants et les jeunes qui pratiquent l'intimidation courent plus de risques de se livrer à d'autres formes d'agression, comme le harcèlement sexuel ou la violence dans leurs fréquentations, à l'adolescence. Ils sont aussi plus susceptibles d'adopter des comportements délinquants en milieu scolaire et de consommer de l'alcool et des drogues. L'intimidation chez les enfants est aussi associée à des comportements antisociaux à l'âge adulte.

Les victimes d'intimidation risquent davantage de souffrir de dépression et d'anxiété et, dans des cas extrêmes, de se suicider. Certaines expriment leur colère à l'égard de l'agression en devenant elles-mêmes agressives et en commençant à leur tour à intimider les autres.

Violence envers les femmes

La violence envers les femmes englobe un vaste éventail d'actes de violence et de préjudices, qui comprend notamment :

« [...] la violence physique, sexuelle et psychologique exercée au sein de la famille ou de la collectivité, y compris les coups, les sévices sexuels infligés aux enfants de sexe féminin au foyer, les violences liées à la dot, le viol conjugal, les mutilations génitales et autres pratiques traditionnelles préjudiciables à la femme, la violence non conjugale et la violence liée à l'exploitation [...], le harcèlement sexuel et l'intimidation au travail, dans les établissements d'enseignement et ailleurs, le proxénétisme et la prostitution forcée [...], et la violence perpétrée ou tolérée par l'État, où qu'elle s'exerce⁴⁶ ».

Les coûts annuels des soins de santé entraînés par la violence faite aux femmes ont été estimés à plus de 1,5 milliard \$⁴⁷.

Les problèmes psychologiques et physiques de nombreuses femmes sont des réactions à de multiples traumatismes subis tout au cours de leur vie⁴⁸. Les effets de la violence sont multipliés lorsque la femme est marginalisée par la société,

vit dans la pauvreté ou est gravement atteinte par la maladie mentale.

Toutes les femmes, peu importe leur race, leur appartenance ethnique, leur culture, leurs capacités physiques et mentales, leur âge, leur sexualité ou leur situation économique, sont vulnérables à la violence. Selon les statistiques canadiennes, 50 % des femmes ont vécu au moins un épisode de violence sexuelle ou physique⁴⁹. Plus du quart (29 %) des femmes qui sont ou ont été mariées ont été agressées sexuellement ou physiquement par un partenaire actuel ou un ex-partenaire depuis qu'elles ont atteint l'âge de 16 ans^{50,51}.

Les taux estimatifs de violence subie par les femmes enceintes varient⁵². Selon la Société des obstétriciens et gynécologues, le taux d'incidence peut fluctuer entre 4 et 17 %. Le problème est vraisemblablement sous-estimé parce que la plupart des femmes ne le signalent pas, sans doute pour diverses raisons, y compris la crainte de se voir enlever leur enfant. Chez bien des femmes, la violence débute pendant la grossesse.

Au moins 1 million d'enfants canadiens ont été témoins de violence infligée à leur mère soit par leur père ou par une figure paternelle⁵³.

Une maladie mentale grave et chronique est aussi un facteur de risque de violence et d'agression pour la femme. Ce risque accru peut être directement lié à la maladie dont souffre la femme et/ou aux médicaments qu'elle prend, qui peuvent altérer son jugement, de sorte qu'elle a de la difficulté à se protéger contre les agressions sexuelles.

Dans les cas extrêmes, la violence aboutit à des blessures physiques graves et au décès⁵⁴. Les cas d'agression et de traumatisme ont été associés à de nombreux autres problèmes de santé physique et mentale, notamment l'anxiété, la dépression, les atteintes du système nerveux central, les troubles du sommeil, les migraines, les troubles respiratoires, les problèmes cardiovasculaires, les problèmes endocriniens, les problèmes gastro-intestinaux et génito-urinaires ainsi que les

problèmes génésiques et sexuels. Il arrive que les femmes aient recours à l'alcool ou aux drogues pour traiter elles-mêmes les symptômes psychologiques engendrés par leur traumatisme.

La planification de tout traitement et de tout programme suppose une compréhension de l'interrelation entre la violence, la maladie mentale et les toxicomanies. Divers modèles de traitement ouvrent des perspectives prometteuses, par exemple, l'approche cognitivo-comportementale

axée sur le traumatisme, la psycho-éducation et les démarches visant à aider les femmes à créer des liens solides.

La façon de procéder pour offrir des services aux victimes de traumatismes souffrant d'une maladie mentale doit être choisie avec soin. Ainsi, le recours à des méthodes de contention physique ou chimique peut engendrer des sentiments d'impuissance.

Prévention et rétablissement

Prévention

La prise en compte des déterminants psychologiques et sociaux de la santé mentale peut avoir pour effet non seulement de promouvoir la santé mentale mais aussi de prévenir certaines maladies mentales. À l'échelle individuelle, des facteurs tels que les liens relationnels solides, les compétences parentales, l'amitié et le soutien social, un emploi satisfaisant et des rôles sociaux importants, un revenu suffisant, l'activité physique et un locus de contrôle interne, renforcent la santé mentale et aident à réduire l'incidence de certains problèmes de santé mentale (voir à ce sujet le chapitre 1 – Santé mentale).

Les stratégies qui visent à créer des milieux de vie favorables, à renforcer l'action communautaire, à mettre en valeur les compétences personnelles et à réorienter les services de santé peuvent donner à la population une certaine emprise sur les déterminants psychologiques et sociaux de la santé mentale.

La prévention primaire de la plupart de maladie mentale en est encore à ses balbutiements. L'enseignement de stratégies cognitivo-comportementales à un stade précoce peut prévenir l'apparition de troubles anxieux ou en réduire les effets.

Étant donné la corrélation entre les antécédents de traumatismes graves (comme des agressions physiques ou sexuelles) et diverses maladies mentales (troubles dissociatifs, troubles de la personnalité, toxicomanies, état de stress post-traumatique), la prévention de ce genre de traumatismes pourrait éviter les problèmes de santé mentale.

Rétablissement

Il est possible de traiter la plupart des troubles mentaux afin d'en réduire les symptômes. L'intégration de ce traitement à un modèle axé sur le rétablissement aide toutefois la personne à entreprendre une démarche qui va au-delà de la réduction des symptômes et qui vise l'amélioration de la qualité de vie.

« Le rétablissement ne désigne pas une fin en soi ou un résultat. Il n'implique pas que la personne est "guérie" ni que son état s'est simplement stabilisé ni encore qu'elle demeure intégrée à la collectivité. Le rétablissement suppose dans bien des cas une transformation du soi, une acceptation de ses limites et une découverte d'un nouveau monde de possibilités. Il a ceci de paradoxal que lorsque la personne parvient à accepter ce qu'elle ne peut faire ou être, elle commence aussi à découvrir ce qu'elle peut être et ce qu'elle peut faire. Dans ce sens, il s'agit d'un processus, d'un mode de vie. C'est une attitude et une façon de faire face aux défis de la vie quotidienne. Ce processus n'est pas parfaitement linéaire. Comme la rose qui pousse au bord de la mer, le rétablissement est soumis au cycle des saisons; il a besoin de plonger dans l'obscurité pour former de nouvelles racines avant d'éclorre au grand jour. Ce qu'il faut retenir surtout, c'est qu'il s'agit presque toujours d'un processus lent et délibéré qui consiste à se frayer un chemin en déplaçant un petit grain de sable à la fois⁵⁵. »
[Traduction]

Un traitement destiné à faciliter le rétablissement de la personne atteinte d'un trouble mental doit tenir compte de la complexité des causes de la maladie. Diverses interventions, comme la psychothérapie, la thérapie cognitivo-comportementale, la pharmacothérapie et l'ergothérapie, peuvent améliorer le fonctionnement et la qualité de vie de la personne.

Comme les maladies mentales procèdent d'un dérèglement des fonctions cérébrales, les médicaments jouent souvent un rôle important dans le traitement.

Il est essentiel, dans le cadre d'un plan de prise en charge global, de poser le bon diagnostic et de proposer à la personne un traitement efficace adapté à ses besoins. Si l'on veut que la démarche soit réussie, il faut absolument que la personne ait son mot à dire dans le choix du traitement et qu'elle s'y conforme. Il est parfois nécessaire de faire appel à d'autres décideurs pour protéger la santé de la personne.

Dans l'optique du rétablissement, il importe de faire appel à un large éventail de dispensateurs de services de santé et de services sociaux et de bénévoles organisés de manière à former un système de services complets. Il faut que les dispensateurs de services travaillent en équipe pour veiller à la continuité des soins.

Pour qu'un système orienté vers le rétablissement soit efficace, il faut que toutes les personnes aient accès aux services dont elles ont besoin et là où elles en ont besoin, par exemple dans la collectivité. Des programmes et des organismes d'entraide mettent les personnes en contact avec d'autres qui vivent des difficultés analogues et apportent du soutien tant à la personne qu'aux membres de sa famille.

Un réseau complet et efficace de soins de santé mentale qui favorise le rétablissement engloberait les éléments suivants :

Hypothèses concernant le rétablissement	
Facteurs/sujets	Raisons
1. <i>Il appartient au consommateur de se rétablir.</i>	C'est le consommateur, et non le professionnel, qui possède la clé du rétablissement. Le professionnel a pour tâche de faciliter le rétablissement. Quant au consommateur, il lui appartient de se rétablir. Le processus peut être facilité par le réseau de soutien naturel du consommateur.
2. <i>Le rétablissement a pour commun dénominateur la présence de personnes qui croient en celle qui doit se rétablir et qui lui apportent leur appui.</i>	Il semble universellement admis que pour qu'une personne se rétablisse, elle doit avoir l'assurance de pouvoir compter sur au moins une autre personne en cas de besoin.
3. <i>La vision du rétablissement ne dépend pas de la perception que l'on a des causes de la maladie mentale.</i>	Le rétablissement est possible, que l'on attribue à la maladie des causes biologiques ou d'autres causes. L'essentiel, c'est non pas de comprendre les causes qui sont liées au passé, mais de se rendre compte que l'avenir est porteur d'espoir.
4. <i>Le rétablissement est possible malgré la réapparition de symptômes.</i>	Le caractère épisodique des troubles mentaux graves n'exclut pas le rétablissement. Lorsqu'on se rétablit, les symptômes nuisent au fonctionnement moins souvent et pendant des périodes plus brèves. Autrement dit, une plus grande partie de la vie est exempte de symptômes.
5. <i>Le rétablissement est un processus unique.</i>	Il n'existe pas une seule voie vers le rétablissement, pas plus qu'il n'existe d'issue unique. Il s'agit d'une démarche très personnelle.
6. <i>Le rétablissement implique des choix.</i>	La notion selon laquelle la personne a le choix entre plusieurs possibilités est souvent plus importante que la solution qu'elle retient au départ.
7. <i>Il est parfois plus difficile de se remettre des conséquences de la maladie que de la maladie proprement dite.</i>	Au nombre des conséquences figurent la discrimination, la pauvreté, la ségrégation, la stigmatisation et les effets iatrogènes du traitement.
Traduction d'une adaptation d'un texte d'Anthony WA. A recovery-oriented service system: setting some system level standards. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2000;3:159-168.	

Éducation

Les personnes et les familles directement touchées par les troubles mentaux ont besoin d'information sur les signes et les symptômes des maladies mentales, les sources d'aide, les médicaments, les traitements et les signes avant-coureurs d'une rechute. Les brochures, cassettes vidéos et consultations familiales peuvent s'avérer des outils de sensibilisation utiles. Il est possible d'améliorer l'issue de la maladie par l'éducation, en aidant les gens à en déceler plus tôt les épisodes et à intervenir de manière judicieuse.

Éducation de la collectivité

Il faut recourir aux programmes d'éducation de la collectivité, notamment en milieu scolaire, pour dissiper les mythes entourant les maladies mentales. Ces programmes peuvent contribuer à réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales et à améliorer la détection précoce des problèmes. Ils peuvent constituer un moyen très utile d'encourager les individus à se faire soigner et de créer un milieu de vie favorable pour eux.

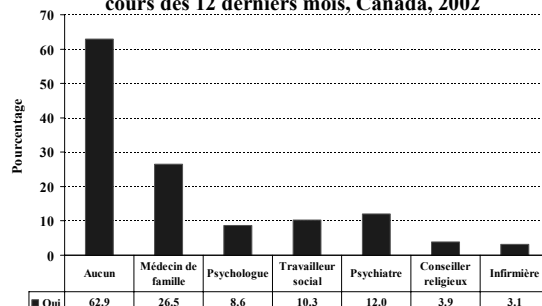
Soins primaires et soins spécialisés

Pour la plupart des Canadiens, le médecin de soins primaires est leur premier contact, voire le seul, avec le système de santé. D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), seulement 37,1 % des personnes qui répondaient aux critères d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur ou d'une toxicomanie au cours des 12 derniers mois avaient consulté un professionnel (figure 2-10). Le médecin de famille était le professionnel de la santé le plus souvent consulté, suivi des psychiatres, des travailleurs sociaux et des psychologues. Une faible proportion a consulté soit un conseiller religieux soit une infirmière.

Un sous-diagnostic, un mauvais diagnostic ou un sous-traitement peuvent avoir des répercussions défavorables sur l'issue de la maladie. Par conséquent, en apprenant aux médecins de soins primaires à reconnaître, à diagnostiquer et à traiter la plupart des maladies mentales dans le cadre d'un modèle axé sur le rétablissement, et à déterminer les situations où il est préférable d'orienter un patient vers d'autres professionnels, on peut améliorer considérablement les soins qu'ils dispenseront aux individus touchés. La formation des résidents en médecine familiale dans le domaine de la santé mentale est également essentielle. L'élaboration et la distribution de lignes directrices sur le traitement représentent un premier pas vers une amélioration des connaissances sur les troubles mentaux, leur diagnostic et leur traitement. Si l'on veut promouvoir l'utilisation de ces lignes directrices, on doit s'intéresser aux facteurs de prédisposition, d'habilitation et de renforcement qui existent dans le milieu clinique.

Dans le modèle de partage de soins en santé mentale, tel qu'il est décrit par un groupe de travail mixte de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada,⁵⁶ des psychiatres et des intervenants en santé mentale travaillent en collaboration avec les médecins de famille, leur offrant soutien et conseils quotidiennement en milieu clinique. Ce

Figure 2-10 Proportion d'adultes âgés de 15 ans et plus atteints d'un trouble mesuré¹ au cours des 12 derniers mois et ayant consulté un professionnel de la santé au cours des 12 derniers mois, Canada, 2002



¹Personnes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance
 Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

modèle a été jugé efficace tant par les dispensateurs de soins que par les patients.

D'autres professionnels de la santé, par exemple les psychologues et les travailleurs sociaux, offrent eux aussi des services essentiels aux personnes atteintes d'une maladie mentale. Dans un modèle idéal de soins primaires, médecins de famille, psychologues, infirmières, travailleurs sociaux, psychiatres, ergothérapeutes, pharmaciens et autres intervenants travailleraient de concert, dans un cadre intégré.

Hôpitaux

Les services des urgences des hôpitaux jouent un rôle précieux dans les interventions en cas de crise et peuvent s'avérer le premier point de contact d'un individu avec le système de santé.

L'hospitalisation pour cause de maladie mentale peut aider à diagnostiquer la maladie et à stabiliser les symptômes. Elle peut également offrir un répit par rapport aux difficultés parfois accablantes de la vie quotidienne. Elle peut offrir un lieu sûr et un cadre bienfaisant pour celui ou celle qui court un risque élevé de suicide ou dont le jugement est gravement altéré par la présence d'une maladie mentale. Des équipes multidisciplinaires de médecins, d'infirmières, d'ergothérapeutes, de pharmaciens, de travailleurs sociaux et de responsables de cas s'emploient, avec la personne touchée et sa famille, à trouver les facteurs qui agissent sur les symptômes et à intervenir sur ce plan. Elles les aident aussi à comprendre leur réaction à la maladie mentale et à composer avec cette réalité.

Si, à court terme, l'hospitalisation offre un répit et des soins nécessaires, une période prolongée d'hospitalisation peut soustraire l'individu à son milieu de vie normal et affaiblir ses relations sociales, ce qui peut compliquer sa réintégration dans la collectivité.

Les programmes en milieu hospitalier qui visent à améliorer l'autonomie et les aptitudes à la vie quotidienne peuvent aider la personne à acquérir

les aptitudes sociales et fonctionnelles, notamment sur le plan des communications, pour mieux faire face aux exigences de la vie.

Les réformes du système de santé mentale réalisées au cours des années 60 et 70 ont eu pour effet de réduire le nombre de lits dans les établissements psychiatriques. De nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale, jusqu'alors placées dans un établissement de soins chroniques, ont été réintégrées dans les collectivités. Le grand défi pour les collectivités a consisté à venir en aide à ces personnes et aux nouveaux cas diagnostiqués de maladie mentale grave tout en créant une qualité de vie raisonnable pour l'ensemble de leurs membres (voir le chapitre 11 – Hospitalisation).

Programmes d'intervention communautaire

Les programmes communautaires de santé mentale sont variés. Ils comprennent aussi bien les interventions psychothérapeutiques que les programmes de suivi intensif dans le milieu, comme les équipes mobiles d'intervention d'urgence, les unités d'intervention d'urgence, les travailleurs communautaires en santé mentale en milieu rural ou urbain, les programmes de prévention et d'intervention précoces, les programmes en milieu scolaire, les foyers d'hébergement tenus par des consommateurs et les programmes fondés sur un modèle de type pavillon.

Si l'on veut trouver une solution de rechange rentable aux soins offerts en milieu hospitalier, il est essentiel d'investir dans les programmes d'intervention dans la collectivité qui aident les individus à mener une vie productive et satisfaisante, en relation avec les autres.

Certains programmes d'intervention communautaire font appel à une équipe multidisciplinaire dont les membres partagent la responsabilité clinique de chaque individu soigné. L'équipe s'efforce de veiller au respect du traitement (notamment pour les personnes

atteintes de schizophrénie et d'autres troubles psychotiques) et, ce faisant, d'améliorer l'autonomie fonctionnelle afin de réduire la nécessité d'une nouvelle hospitalisation. Le programme d'intervention communautaire vise également l'apprentissage de la sociabilité afin d'améliorer le fonctionnement social et de résoudre les problèmes liés à l'emploi, aux loisirs, aux relations personnelles et aux activités de la vie quotidienne.

Les personnes âgées souffrant d'un trouble mental témoignent de l'importance du rôle que doivent jouer les programmes d'intervention communautaire. En effet, cette clientèle peut difficilement naviguer d'un service à l'autre, et la complexité de ses besoins justifie l'adoption d'une approche fondée sur le concept d'équipe.

Soutien en milieu de travail

Les milieux de travail peuvent jouer un rôle de premier plan dans la prévention de la maladie mentale et dans le processus de rétablissement. Ils peuvent en effet offrir un milieu favorable à la santé mentale, l'éducation des employeurs et des employés en matière de santé mentale et de maladie mentale, et du counselling et soutien et une aide à la réintégration au milieu de travail pour ceux qui souffrent d'une maladie mentale. La réinsertion professionnelle favorise l'occupation d'un emploi permanent soumis à la concurrence, ou la faculté d'occuper un emploi stable dans la collectivité.

Il est important de s'attaquer aux taux élevés de chômage et de pauvreté chez les personnes atteintes de maladie mentale et de tenir compte de leur désir de travailler. Les entreprises dirigées par des consommateurs ou des survivants se sont avérées une voie efficace pour aider des personnes souffrant de troubles mentaux à retrouver un emploi.

Autres formes de soutien

Divers autres programmes et services, comme les établissements de soins prolongés, les services de réinsertion sociale, les groupes de personnes ayant des besoins spéciaux, les services spécialisés (laboratoires de sommeil, consultations en psychopharmacologie) et les centres communautaires d'aide et d'écoute, peuvent faciliter le diagnostic et le rétablissement de personnes souffrant d'une maladie mentale et leur intégration dans la collectivité. Il faut aussi offrir d'autres formes d'appui à ces personnes pour qu'elles bénéficient d'un revenu suffisant et d'un logement sûr.

Les personnes âgées sans abri ont besoin d'un appui et d'une prise en charge à long terme. Elles tireraient profit d'une association entre le secteur des services gérontologiques et le secteur des services aux sans-abri. De plus, un accès accru à des logements supervisés serait une solution intéressante pour cette catégorie de personnes, à qui les logements destinés à l'ensemble de la population ne conviennent pas. Il faudrait aussi mettre à la disposition des personnes âgées sans abri des soins en établissement spécifiquement adaptés à leurs besoins, ainsi que d'autres possibilités de logement, surtout dans le cas de la population féminine⁵⁷.

On estime qu'au moins 75 % des personnes vivant dans un foyer de soins infirmiers ou un foyer de soins personnels présentent un déficit cognitif, une maladie mentale diagnostiquée, ou les deux⁵⁸. Certains de ces établissements font maintenant appel à une infirmière spécialisée en psychiatrie qui les aide à mettre au point des programmes adaptés aux besoins particuliers des patients et qui renseigne et forme le personnel pour l'aider à mettre en œuvre ces programmes.

Besoins non comblés en matière de services

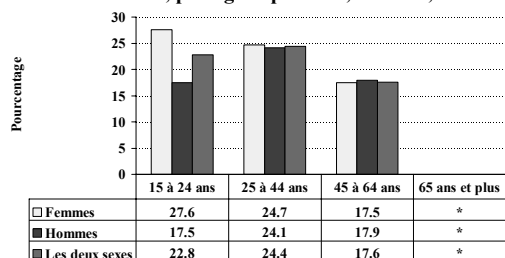
D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), 21,6 % des personnes (22,9 % des femmes et 20,0 % des hommes) dont les symptômes répondaient aux critères d'un trouble anxieux, d'un trouble de l'humeur ou d'une dépendance à une substance au cours des 12 derniers mois ont déclaré avoir souhaité recevoir de l'aide pour leur trouble mental mais n'avoir pas pu l'obtenir (figure 2-11).

Les jeunes femmes (15 à 24 ans) étaient proportionnellement plus nombreuses que les jeunes hommes à affirmer que leurs besoins n'avaient pas été comblés. La proportion de personnes qui ont fait état de besoins non comblés était plus élevée chez les 25 à 44 ans que chez les 45 à 64 ans.

À mesure qu'augmentait le niveau de revenu familial, on observait une diminution du nombre d'individus répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance qui ont déclaré que leurs besoins en santé mentale n'étaient pas satisfaits. Les personnes appartenant à la catégorie de revenu la plus faible étaient 1,5 fois plus nombreuses que celles de la catégorie de revenu la plus élevée à faire état de besoins non comblés (figure 2-12).

Parmi ceux dont les besoins n'étaient pas comblés, les types de soins le plus fréquemment réclamés étaient la thérapie ou le counselling, l'aide sur le plan des relations personnelles et l'information sur la maladie mentale ou le traitement⁵⁹.

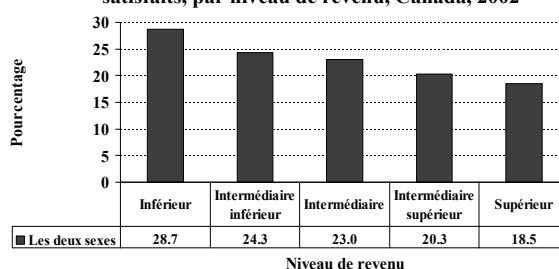
Figure 2-11 Proportion d'adultes ayant présenté un trouble mesuré¹ au cours des 12 derniers mois et dont certains besoins (émotions, santé mentale ou consommation d'alcool ou de drogues) n'ont pas été satisfaits, par âge et par sexe, Canada, 2002



¹Personnes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 2-12 Proportion d'adultes de 15 ans et plus ayant présenté un trouble mesuré¹ au cours des 12 derniers mois et dont certains besoins (émotions, santé mentale ou consommation d'alcool ou de drogues) n'ont pas été satisfaits, par niveau de revenu, Canada, 2002



¹Personnes répondant aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Considérations juridiques liées au traitement des maladies mentales

« Si elles ne sont pas hospitalisées de force et ne reçoivent pas de traitement psychiatrique, les personnes qui ne peuvent accepter de se faire soigner de leur propre gré doivent assumer seules les conséquences de leur maladie. Si elles ne sont pas traitées [...] ces maladies peuvent occasionner chez la personne énormément de souffrance, voire du désespoir qui peut l'amener, sans aucune raison apparente, à s'enlever la vie afin d'échapper aux tourments causés par un sentiment d'échec ou en réponse à un ordre dicté par des voix (hallucination)⁶⁰. »

[Traduction]

Les troubles mentaux graves peuvent fausser le jugement de la personne au point de la rendre incapable de reconnaître à quel point elle est malade et de demander d'elle-même de l'aide, ou même d'accepter l'aide qui lui est offerte. Les lois en matière de santé mentale ont été conçues pour tenir compte des cas où une maladie mentale non traitée risque de mettre en danger l'individu ou d'autres personnes. Ces lois ne sont toutefois utiles que lorsque des services de traitement efficaces sont mis à la disposition de la personne.

Bien que chaque province et territoire ait ses propres lois concernant la santé mentale, toutes ces lois s'articulent autour des valeurs sociales suivantes⁶¹ :

- La nécessité d'offrir protection et secours aux personnes qui, pour des raisons qui leur échappent, ne peuvent s'aider elles-mêmes.
- La nécessité de protéger les autres membres de la société contre les agissements de

personnes incapables de se maîtriser en raison de leur maladie mentale.

- L'idée que, dans une société démocratique et civilisée, la justice ne doit, dans la mesure du possible, pas intervenir dans la vie de l'individu.

L'importance accordée à chaque valeur varie au fil du temps. Autrefois, l'accent était mis davantage sur la volonté de veiller à ce que les personnes ne soient pas hospitalisées contre leur gré.

L'inconvénient d'une telle optique, c'est que des personnes gravement malades risquent de ne pas être traitées.

De récentes modifications apportées aux lois relatives à la santé mentale permettent de corriger cette faille. Des mesures novatrices, comme le fait d'inciter une personne à formuler par écrit des directives concernant les soins qu'elle aimerait recevoir si elle devenait trop malade pour prendre elle-même une telle décision à un moment donné, permettent de placer les droits de la personne au premier plan en cas de prise de décision au nom d'autrui.

Un juge peut invoquer les dispositions du Code criminel fédéral qui traitent des maladies mentales pour exiger qu'une personne jugée inapte à subir un procès reçoive des soins psychiatriques. Une telle mesure suppose toutefois que l'hôpital psychiatrique médico-légal concerné possède les ressources voulues pour accueillir la personne issue du milieu pénitentiaire. D'autres parties du Code criminel, qui portent sur la libération conditionnelle ou la probation, peuvent être invoquées pour encourager, mais pas imposer, un traitement psychiatrique.

Notes de fin de chapitre

- 1 Kessler RC, Ahangang Z. The prevalence of mental illness. Dans : Horwitz AV, Sheid TL, éditeurs. A handbook for the study of mental health—social context, theories and systems. Cambridge University Press; 1999.
- 2 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.
- 3 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. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1996;41:559-563.
- 4 Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;77 suppl 338:33-42.
- 5 Gravel R, Béland Y. The Canadian Community Health Survey: Mental Health and Well-Being. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2005;50(10):573-579.
- 6 Kornstein S, Clayton A. *Women's mental health: a comprehensive textbook*. New York: Guilford Press; 2002.
- 7 Organisation mondiale de la santé (OMS). *Rapport sur la santé dans le monde 2001, Santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : OMS; 2001.
- 8 Conn D. Questions relatives à la santé mentale de certains groupes : (3) Les aînés vivant dans des établissements de soins de longue durée. Dans : Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Écrits en gérontologie*. (18) Santé mentale et vieillissement; oct 2002.
- 9 Canadian Study of Health and Aging Working Group. Canadian study of health and aging: study methods and prevalence of dementia. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 1994;150:800–913.
- 10 Ostbye T, Kristjansson, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell I. Étude sur la santé et le vieillissement au Canada : prévalence et prédicteurs de la dépression chez les personnes âgées au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2005;26(4):93–99.
- 11 Doody RS, et coll. Practice parameter: management of dementia (an evidence-based review). Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2001;56(9):1154–1166.
- 12 Beiser M. The health of immigrants and refugees in Canada. *Revue canadienne de santé publique*. 2005;96(2):S30–S44.
- 13 Ali J. La santé mentale des immigrants au Canada. *Rapports sur la santé*, 13(suppl); 2002, p. 112-125. Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue.
- 14 Groupe chargé d'étudier les problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés au Canada. *Puis, la porte s'est ouverte : problèmes de santé mentale des immigrants et des réfugiés*. (N° Ci96-38/1988F). Ottawa : Ministère des Approvisionnements et Services Canada; 1988.
- 15 Beiser M, Devins G, Dion R, Hyman I, Lin E. *Immigration, acculturation et santé mentale*. Ottawa : Programme national de recherche et de développement en matière de santé; 1997.
- 16 Laishes J. A health care needs assessment of federal inmates. *Revue canadienne de santé publique*. 2004;95(1):S36–S48.
- 17 Fisher P. Women and mental health issues: the role of trauma. *Visions: British Columbia's Mental Health Journal: Special Edition on Women's Mental Health*. 1998;3(hiver):7.
- 18 Firsten T. Violence in the lives of women on psychiatric wards. *Cahiers de la femme*. 1991;11(4):45–48.
- 19 Organisation mondiale de la santé. *Rapport sur la santé dans le monde 2004*. Accessible à : http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_fr.pdf
- 20 Académie canadienne de psychiatrie gériatrique; Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées. *Mémoire au Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*. Le 4 juin 2003.
- 21 Andrews J, MacLeod S, Hendrickx C, Chultem M, Kammermayer J. A gender-based analysis of quantitative research on family/informal caregiving for persons with mental illness. Accessible à : Jan_Andrews@hc-sc.gc.ca
- 22 Evans DL, Charney DS, Lewis L, Golden R, Gorman JM, Krishnan KRR, et coll. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58:178-189.
- 23 Santé Canada. *Le fardeau économique de la maladie au Canada*. Ottawa : Santé Canada; 2002.

- ²⁴ Dewa CS, Lesage A, Goering P, Craveen M. Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers*. 2004;5(2):12-25. Accessible à : <http://www.longwoods.com/>
- ²⁵ Sroujian C. Mental health is the number one cause of disability in Canada. *Insurance Journal*. 2003(août):8.
- ²⁶ Rosenfeld L. I can't hear the music. Dans : Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, éditeurs. *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press; 1998. p. 379.
- ²⁷ Link BG, Phelan JC, Bresnahan M, Stueve A, Pescosolido BA. Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance. *American Journal of Public Health*. Sep 1999;89(9):1328-1333.
- ²⁸ Stuart H. Stigma and work. *Healthcare Papers*. 2004;5(2):100-111. Accessible à : <http://www.longwoods.com/>
- ²⁹ Greaves L, Varcoe C, Poole N, Morrow M, Johnson J, Pederson A, et coll. Une question capitale pour les mères : le discours sur les soins maternels en situation de crise. Ottawa : Condition féminine Canada; 2002.
- ³⁰ La Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie. De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada. Mai 2006. Accessible à : <http://www.parl.gc.ca/39/1/parlbus/commbus/senate/Com-f/SOCI-F/rep-f/rep02may06-f.htm>
- ³¹ Schwartz S. Biological approaches to psychological disorders. Dans : Horwitz AV, Sheid TL, éditeurs. *A handbook for the study of mental health – social context, theories and systems*. Cambridge University Press; 1999.
- ³² Evans.
- ³³ U.S. Department of Health and Human Services. *Mental health: a report of the Surgeon General (Chapter 2)*. Rockville (MD) : U.S. Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health; 1999.
- ³⁴ Eaton WW, Muntaner C. Socioeconomic stratification and mental disorder. Dans : Horwitz AV, Sheid TL, éditeurs. *A handbook for the study of mental health – social context, theories and systems*. Cambridge University Press; 1999. p. 259.
- ³⁵ Jack S, Munn C, Cheng C, MacMillan HL. Document du Centre national d'information sur la violence dans la famille [titre à confirmer]. Inédit [voir l'ébauche du 31 oct 2005].
- ³⁶ Trocmé N, et coll. Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, 2003, données principales. Ottawa : Ministre de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005.
- ³⁷ Nash M, Hulsey T, Sexton M, Harralson T, Lambert W. Longterm sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. *Journal of Consulting and Community Psychology*. 1993;61:276-283.
- ³⁸ O'Donohue W, Gree J, éditeurs. *The sexual abuse of children: theory and research (volume 1)*. Hillsdale (NJ) : Lawrence Erlbaum Associates; 1992.
- ³⁹ Eth S, Pynoos RS, éditeurs. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington (DC) : American Psychiatric Press; 1985.
- ⁴⁰ Goodwin J. Post-traumatic symptoms in incest victims. Dans : Eth S, Pynoos RS, éditeurs. *Post-traumatic stress disorder in children*. Washington (DC) : American Psychiatric Press; 1985. p. 157–168.
- ⁴¹ Silverman AB, Reinherz HZ, Giaconia RM. The long-term sequelae of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse and Neglect*. 1996;20(8):709–723.
- ⁴² Fisher P. Women and mental health issues: the role of trauma. *Visions: British Columbia's Mental Health Journal: Special Edition on Women's Mental Health*. 1998;3(hiver):7.
- ⁴³ Firsten T. Violence in the lives of women on psychiatric wards. *Cahiers de la femme*. 1991;11(4):45–48.
- ⁴⁴ Craig W. L'intimidation et les bagarres. Dans : Boyce W, éditeur. *Les jeunes au Canada : leur santé et leur bien-être*. Ottawa : Santé Canada; 2004, p. 87.
- ⁴⁵ Santé Canada. *Les jeunes au Canada: leur santé et leur bien-être*. Ottawa: Santé Canada, 2004. Accessible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/dca-dea/publications/hbsc-2004/index_f.html

- ⁴⁶ Haut Commissariat aux droits de l'homme. Déclaration sur l'élimination de la violence à l'égard des femmes. Résolution 48/104 de l'Assemblée générale du 20 décembre 1993, article 2. Accessible à : http://www.ohchr.org/french/law/femmes_violence.htm
- ⁴⁷ Day T. The health related costs of violence against women in Canada. London (Ontario) : Centre for Research on Violence Against Women and Children; 1995.
- ⁴⁸ Haskell, L. First stage trauma treatment: a guide for mental health professional working with women. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2003.
- ⁴⁹ Statistique Canada. Enquête sur la violence faite aux femmes, Le Quotidien, 18 nov 1993; p. 1.
- ⁵⁰ Rodgers K. Résultats d'une enquête nationale sur l'agression contre la conjointe. Juristat : Centre canadien de la statistique juridique. 1994;14(9):1-22.
- ⁵¹ Johnson H. Dangerous domains: violence against women in Canada. Toronto : Nelson; 1996.
- ⁵² Santé Canada. Guide à l'intention des professionnels de la santé et des services sociaux réagissant face à la violence pendant la grossesse. Ottawa : Santé Canada; 1999. Accessible à : http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/violencefamiliale/pdfs/pregnancy_f.pdf
- ⁵³ Statistique Canada. Maisons d'hébergement pour femmes violentées. Statistique Canada, Le Quotidien, n° 11-001-XIF au catalogue, vendredi 11 juin 1999.
- ⁵⁴ Au Canada, en 1990, deux femmes en moyenne ont été tuées par leur partenaire par semaine (Conseil consultatif canadien sur la situation de la femme, 1991).
- ⁵⁵ Deegan PE. Recovery and the conspiracy of hope. Présenté dans le cadre de : "There's a Person in Here": The Sixth Annual Mental Health Services Conference of Australia and New Zealand. Brisbane, Australie, 16 sep 1996.
- ⁵⁶ Association des psychiatres du Canada et Le Collège des médecins de famille du Canada sur les soins de santé mentale partagés au Canada : État actuel, commentaires et recommandations. Rapport du Groupe de travail conjoint sur les soins de santé mentale partagés. Décembre 2000. Accessible à : http://www.cpa-apc.org/French_Site/Professional/shared_care_fr.PDF
- ⁵⁷ McDonald L. Homeless Older Adults Research Project: Executive Summary; Nov 2004 Accessible à : <http://www.toronto.ca/legdocs/2005/agendas/committees/rse/rse050301/it005.pdf>
- ⁵⁸ Conn DK, Lee V, Steingart A, Silberfeld M. Psychiatric services: A survey of nursing homes and homes for the aged in Ontario. Revue canadienne de psychiatrie. 1992;37:525-530.
- ⁵⁹ Sareen J, Cox BJ, Afifi TO, Clara I, Yu BN. Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample. Revue canadienne de psychiatrie. 2005;50(10):643-651.
- ⁶⁰ Gray JE, Shone MA, Liddle PF. Canadian mental health law and policy. Butterworths Canada Ltd.; 2000. p. 3.
- ⁶¹ Ibid., p. 5.

CHAPITRE 3

TROUBLES DE L'HUMEUR

Que sont les troubles de l'humeur?

Les troubles de l'humeur influencent la façon dont une personne se sent. Ils peuvent comprendre la manie et la dépression, dont les épisodes peuvent modifier le raisonnement et le comportement d'une personne ainsi que le fonctionnement de l'organisme.

Les troubles de l'humeur causent une profonde détresse et affectent les activités sociales, professionnelles et scolaires ainsi que d'autres aspects importants du fonctionnement.

Les personnes dépressives se sentent sans valeur, tristes et vides au point où ces sentiments perturbent leur fonctionnement. Elles peuvent également perdre tout intérêt pour leurs activités habituelles, éprouver un changement de l'appétit, souffrir de troubles du sommeil ou avoir une baisse d'énergie.

Les personnes qui vivent un épisode de manie sont exagérément énergiques et peuvent agir de façon inhabituelle (p. ex. dépenser inconsidérément et s'endetter, commettre des délits ou avoir des comportements sexuels inappropriés). Ces symptômes graves persistent pendant des semaines, voire des mois, affectant les relations, la vie sociale, les études et le travail. Certaines personnes peuvent donner l'impression de fonctionner normalement, mais cela devient de plus en plus difficile à mesure que la maladie progresse.

La dépression ne se manifeste pas de la même façon chez les enfants et chez les adultes. Les enfants dépressifs peuvent se montrer irritables plutôt que déprimés et souffrir d'anxiété, de crises de colère et de troubles comportementaux. Les symptômes du trouble déficitaire de l'attention, du trouble dépressif majeur et du trouble bipolaire peuvent être très similaires. Il arrive aussi que les

personnes âgées ne vivent pas la dépression de la même manière que les personnes plus jeunes.

Dans leur cas, la dépression se traduit plus souvent par de l'anxiété, de l'agitation, des troubles physiques et des troubles de la mémoire.

Le **trouble dépressif majeur** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (humeur dépressive et/ou perte d'intérêt envers les activités habituelles persistant pendant au moins deux semaines et s'accompagnant d'au moins quatre autres symptômes de dépression)¹.

Le **trouble bipolaire** est caractérisé par au moins un épisode maniaque ou épisode mixte (manie et dépression), avec ou sans antécédents de dépression majeure². Le trouble bipolaire I englobe tout épisode maniaque, avec ou sans épisodes dépressifs. Le trouble bipolaire II est caractérisé par des épisodes dépressifs majeurs accompagnés d'épisodes maniaques moins graves (épisodes hypomaniaques).

Le **trouble dysthymique** est caractérisé essentiellement par une humeur dépressive chronique présente pendant la majeure partie de la journée plus d'un jour sur deux et pendant au moins deux ans³, en l'absence de longues périodes sans symptômes. Les intervalles sans symptômes ne dépassent pas deux mois. Les adultes présentant ce trouble se sentent tristes ou déprimés tandis que les enfants peuvent devenir irritables. La durée minimale des symptômes pour que le diagnostic soit posé chez un enfant est d'un an.

La **dépression périnatale**, c'est-à-dire pendant la période entourant la naissance de l'enfant, peut survenir tant chez les femmes enceintes que chez les nouvelles mères.

Symptômes	
<u>Dépression</u>	<u>Trouble bipolaire</u>
<ul style="list-style-type: none"> • Humeur dépressive • Sentiment de dévalorisation, d'impuissance ou de désespoir • Perte d'intérêt ou de plaisir (y compris pour les loisirs et la vie sexuelle) • Changement de l'appétit • Troubles du sommeil • Baisse d'énergie ou fatigue (en l'absence d'effort physique important) • Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité • Idées de mort • Difficulté à se concentrer ou à prendre des décisions 	<ul style="list-style-type: none"> • Humeur euphorique ou exaltée • Optimisme déraisonnable ou mauvais jugement • Hyperactivité ou sensation que les pensées défilent • Réduction du sommeil • Champ d'attention extrêmement court • Accès subits de rage ou de tristesse • Irritabilité

Les troubles de l'humeur sont-ils répandus?

Les troubles de l'humeur figurent parmi les maladies mentales les plus répandues dans l'ensemble de la population. Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 5,3 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré des symptômes correspondant aux critères d'un trouble de l'humeur au cours des 12 mois précédents (4,8 % en ce qui concerne le trouble dépressif majeur et 1,0 % pour ce qui est du trouble bipolaire).

Environ un adulte sur sept (13,4 %) a déjà présenté des symptômes d'un trouble de l'humeur

au moins une fois dans sa vie (12,2 % en ce qui concerne le trouble dépressif et 2,4 % pour ce qui est du trouble bipolaire). La prévalence sur toute la vie s'est avérée plus élevée que prévu dans le cas du trouble bipolaire I, vraisemblablement parce que l'outil d'enquête ne permettait pas de distinguer les épisodes maniaques des épisodes hypomaniaques.

Selon d'autres études, entre 3 et 6 % des adultes souffrent de dysthymie au cours de leur vie⁴.

Environ 10 % des femmes souffrent de dépression pendant une grossesse, et 10 à 15 % peu après la naissance du bébé^{5,6,7}.

Répercussions des troubles de l'humeur

Qui est atteint?

Hommes et femmes

Les études en la matière ont toujours fait ressortir des taux de dépression environ 2 fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes⁸. Par contre, les hommes et les femmes présentent des taux similaires de trouble bipolaire. Enfin, les femmes présentent un risque de dysthymie 2 à 3 fois plus élevé que les hommes.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), 4,2 % des hommes et 6,3 % des femmes âgés de 15 ans et plus ont déclaré des symptômes correspondant aux critères d'un trouble de l'humeur au cours des 12 derniers mois; 3,7 % des hommes et 5,9 % des femmes répondaient aux critères du trouble dépressif majeur; et 1,0 % des hommes et des femmes répondaient aux critères du trouble bipolaire.

Environ un homme sur dix (10,5 %) et une femme sur six (16,1 %) répondaient aux critères d'un trouble de l'humeur au moins une fois dans leur vie : 9,2 % et 15,1 %, respectivement, aux critères de la dépression; et 2,4 % et 2,3 % aux critères du trouble bipolaire.

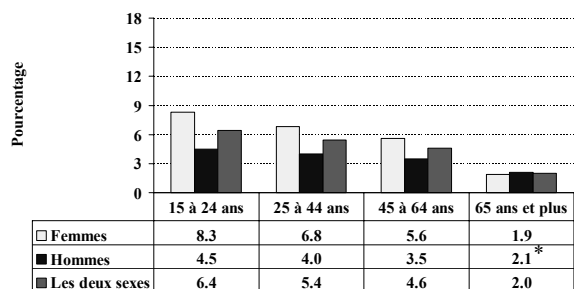
Dans tous les groupes d'âge de moins de 65 ans, les femmes ont été plus nombreuses que les

hommes à avoir déclaré des symptômes correspondant aux critères de dépression majeure, tant au cours des 12 dernier mois qu'au cours de leur vie (figures 3-1 et 3-2).

Les facteurs biologiques et sociaux de risque ou de protection peuvent varier selon le sexe, ce qui explique peut-être l'écart de la prévalence de la dépression. Les différences entre les sexes sur le plan des symptômes de la dépression peuvent également contribuer aux différences sur le plan de la prévalence. Tandis que les femmes présentent davantage les symptômes « classiques » de la dépression (c.-à-d. sentiment de dévalorisation et de désespoir) ainsi que des humeurs tristes persistantes, les hommes sont plus sujets à l'irritabilité, à la colère ou au découragement. Par conséquent, la dépression peut ne pas être aussi facilement reconnue chez un homme. De plus, les femmes sont plus enclines que les hommes à consulter des professionnels de la santé.

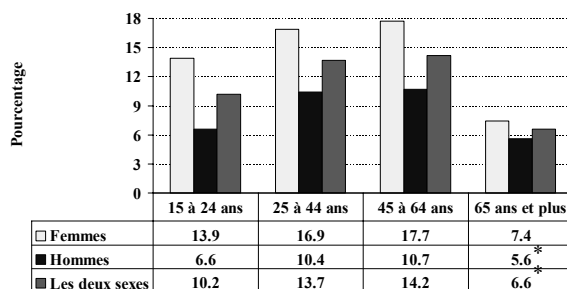
D'autre part, les proportions d'hommes et de femmes à avoir déclaré des symptômes correspondant aux critères du trouble bipolaire, tant au cours des 12 derniers mois qu'au cours de la vie entière, sont semblables dans tous les groupes d'âge (figures 3-3 et 3-4).

Figure 3-1 Proportion de la population qui a répondu aux critères de la dépression au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



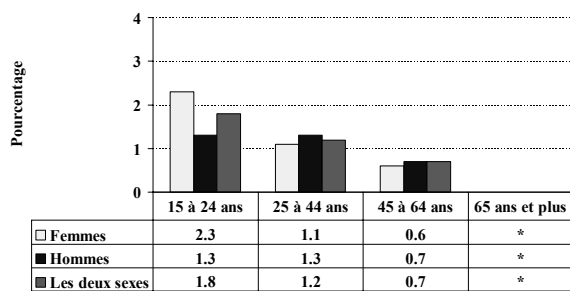
*Échantillon de petite taille. À interpréter avec prudence
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2.

Figure 3-2 Proportion de la population qui a répondu aux critères de la dépression au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



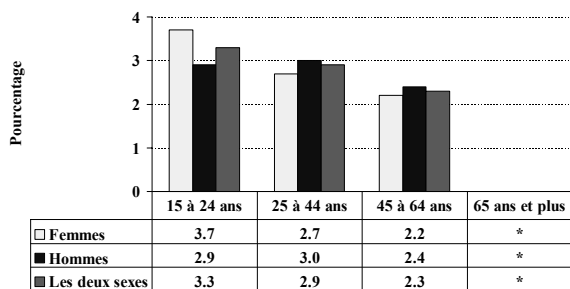
*Échantillon de petite taille. À interpréter avec prudence
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2.

Figure 3-3 Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble bipolaire au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



*Échantillon trop petit.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2.

Figure 3-4 Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble bipolaire au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



*Échantillon trop petit.
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2.

Jeunes hommes et jeunes femmes

Les troubles de l'humeur touchent les personnes de tous âges, mais ils se manifestent généralement à partir de l'adolescence ou du début de l'âge adulte. Toutefois, l'âge moyen au moment du diagnostic de trouble dépressif majeur se situe entre le début de la vingtaine et le début de la trentaine⁹, ce qui met en évidence le retard dans l'établissement du diagnostic.

Les jeunes femmes âgées de 15 à 24 ans ont présenté une prévalence de la dépression plus élevée au cours des 12 derniers mois que tout autre groupe d'âge chez les hommes ou les femmes.

C'est chez les jeunes hommes et les jeunes femmes de 15 à 24 ans que l'on a observé la proportion la plus élevée de personnes ayant

répondu aux critères du trouble bipolaire au cours des 12 derniers mois (1,8 %). La prévalence de ce trouble au cours des 12 derniers mois diminuait avec l'âge.

Adultes d'âge mûr

Jusqu'à l'âge mûr, la proportion d'hommes et de femmes répondant aux critères de dépression au cours de leur vie augmentait par rapport aux groupes d'âge inférieurs. Cette observation reflète l'expérience cumulative de la dépression. Un adulte sur 7 âgé entre 45 et 64 ans répondait aux critères de la dépression au cours de sa vie (un homme sur 10 et une femme sur 6).

Environ un adulte sur 50 âgé entre 25 et 44 ans ou entre 45 et 64 ans a déclaré avoir présenté des symptômes correspondant au trouble bipolaire au moins une fois dans sa vie. La proportion d'hommes et de femmes ayant répondu aux critères du trouble bipolaire au cours de leur vie diminuait légèrement avec l'âge.

Personnes âgées

La prévalence de la dépression au cours des 12 derniers mois et sur toute la vie était plus faible parmi les hommes et les femmes du troisième âge que dans tous les autres groupes d'âge. Cette plus faible prévalence peut s'expliquer par la réticence à reconnaître les symptômes de la dépression vécue dans le passé, par l'oubli des épisodes antérieurs ou par un changement réel dans la prévalence de la dépression au fil du temps. Il est aussi possible que les personnes âgées aient amélioré leurs capacités d'adaptation au cours de leur vie. Les questions de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2) n'étaient peut-être pas assez sensibles pour faire ressortir les symptômes de la dépression propres aux personnes âgées. Notons également que les résidents d'établissements de soins de longue durée ont été exclus de l'Enquête.

L'échantillon des personnes âgées qui ont déclaré des symptômes correspondant aux critères du trouble bipolaire, dans l'Enquête sur la santé

mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), était trop petit pour permettre l'estimation de la prévalence.

Selon l'Étude sur la santé et le vieillissement au Canada (ESVC) – réalisée pour la première fois en 1991, et actualisée en 1996 et en 2001 – 2,6 % des personnes âgées de 65 ans et plus présentaient des symptômes répondant aux critères de la dépression majeure, et 4,0 % des symptômes répondant aux critères de la dépression mineure¹⁰. Notons que selon les définitions utilisées dans l'ESVC, la dépression majeure implique la présence d'au moins cinq des neuf symptômes de la dépression au cours des deux semaines précédant l'enquête. Dans le cas de la dépression mineure, le nombre de symptômes varie de deux à quatre.

Le taux de prévalence de la dépression majeure était plus élevé chez les personnes vivant en établissement (7,7 %) que chez celles vivant dans la collectivité (2,2 %). Il était aussi plus élevé chez les sujets atteints de démence (9,5 %) que chez ceux qui n'en souffraient pas (2,1 %). Comme on l'a observé dans les groupes d'âge plus jeunes, les taux de dépression majeure comme de dépression mineure étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes, soit de 3,4 % contre 1,5 % dans le cas de la dépression majeure, et de 6,0 % contre 1,4 % dans le cas de la dépression mineure.

Au nombre des facteurs associés à la dépression chez les personnes âgées figuraient un mauvais état de santé générale, la limitation des activités liée à des problèmes de santé, un déficit sensoriel et la présence d'une maladie chronique. On n'a pas observé de lien entre l'état matrimonial et la dépression.

Quelles sont les répercussions pour les personnes atteintes?

Les troubles de l'humeur constituent un problème de santé publique important au Canada en raison de leur forte prévalence, de leur fardeau économique, du risque de suicide auquel ils sont

associés et de leur impact négatif sur la qualité de vie.

Le **trouble dépressif majeur** est une maladie caractérisée par de fréquentes rechutes et récidives. Plus les symptômes sont graves et prolongés lors de l'épisode initial (p. ex. en raison de l'obtention tardive d'un traitement efficace), moins les chances de rétablissement complet sont bonnes.

La dépression a également une incidence majeure sur la santé mentale des membres de la famille et des soignants, qui peuvent à leur tour développer des symptômes de dépression et d'anxiété.

Dans le cas du **trouble bipolaire**, les personnes ayant vécu un épisode maniaque connaissent habituellement d'autres épisodes par la suite. Le taux de rétablissement varie selon les caractéristiques de la maladie. Les personnes qui présentent des épisodes purement maniaques se rétablissent mieux que celles qui vivent des épisodes de manie et de dépression. Chez ces dernières, le temps de rétablissement est généralement plus long, et le risque d'évolution chronique de la maladie est plus élevé¹¹.

À cause de sa longue durée, le **trouble dysthymique** peut être très débilitant¹². Les personnes atteintes de ce trouble présentent un risque élevé de vivre un épisode dépressif majeur¹³.

La dépression et le trouble bipolaire causent une profonde détresse et affectent les activités sociales, professionnelles et scolaires ainsi que d'autres aspects importants du fonctionnement¹⁴. Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), 9 Canadiens sur 10 ayant déclaré des symptômes correspondant aux critères de la dépression au cours des 12 derniers mois (90,1 %) ont affirmé que l'affection avait perturbé leur vie. Une proportion semblable des personnes ayant répondu aux critères du trouble bipolaire au cours des 12 derniers mois (86,9 %) ont aussi indiqué que l'affection avait perturbé leur vie.

Selon l’Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression majeure est l’une des principales causes à l’origine d’années de vie corrigées de l’incapacité (AVCI) au monde. La dépression est responsable de 4,5 % des AVCI; les cardiopathies ischémiques, de 3,9 %; les accidents vasculaires cérébraux, de 3,3 %; les différentes formes de cancer, de 5,1 %; et le VIH/sida, de 5,7 %¹⁵.

Bien que la plupart des personnes atteintes de dépression ou du trouble bipolaire ne se suicident pas, il reste que ce groupe affiche un taux de suicide légèrement plus élevé que celui de l’ensemble de la population (environ 5 %, comparativement à 1-2 %)^{16,17}. (Pour de plus amples renseignements, consulter le chapitre 8 – Comportement suicidaire.)

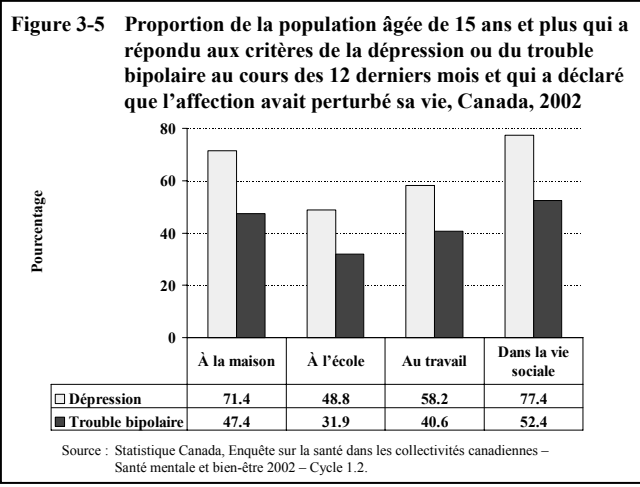
Les personnes vivant un épisode maniaque grave peuvent poser des actes de violence envers leur conjoint et leurs enfants ou avoir d’autres comportements violents. De plus, leur capacité d’autocritique est souvent altérée, entraînant une résistance au traitement, des difficultés financières, des activités illégales et l’abus de substances. Il arrive aussi qu’elles vivent des échecs dans leur vie professionnelle, dans leurs études ou dans leur vie conjugale. Comme les personnes atteintes du trouble bipolaire ont souvent de la difficulté à

conserver un emploi régulier, elles risquent davantage d’être défavorisées sur les plans social et économique.

Les troubles de l’humeur accompagnent souvent d’autres troubles mentaux (p. ex. troubles anxieux, troubles de la personnalité et consommation problématique de substances). La présence d’une autre maladie mentale augmente la gravité de la maladie initiale et entraîne un pronostic moins favorable.

Les personnes dépressives risquent davantage de souffrir de maladies chroniques telles que le diabète¹⁸, et les personnes atteintes d’une maladie chronique qui souffrent également de dépression ont un pronostic moins favorable¹⁹.

La dépression et le trouble bipolaire affectent la vie à la maison, à l’école et au travail ainsi que les interactions sociales (figure 3-5). Les personnes atteintes de dépression ont été plus nombreuses à déclarer que leur affection avait perturbé leur vie que celles atteintes du trouble bipolaire, et ce dans chacun des quatre aspects à l’étude. Les troubles de l’humeur avaient une plus grande incidence à la maison et dans la vie sociale qu’à l’école ou au travail. Cette observation pourrait être due au fait que les personnes se sont absentes du travail ou de l’école en raison de leur maladie.



Répercussions économiques

La forte prévalence des troubles de l'humeur a des répercussions importantes sur l'économie canadienne. Ces répercussions se font sentir de deux façons : d'abord, par la perte de productivité au travail due à l'absentéisme et à l'efficacité réduite des employés; ensuite, par les coûts élevés associés aux consultations de soins primaires, aux hospitalisations et aux médicaments.

Un document de discussion récent, *Nature and Prevalence of Mental Illness in the Workplace*, a mis en évidence l'importance et les répercussions de la dépression au travail²⁰. Les problèmes mentaux et émotionnels étaient l'une des principales causes de l'absentéisme (7 % des travailleurs canadiens). Entre 62 et 76 % des cas d'invalidité de courte durée ont été associés à la dépression²¹. Les pertes de productivité au travail attribuables à la dépression ont été estimées à 4,5 milliards \$²².

Sur le plan individuel et familial, la perte de revenu et le coût des médicaments peuvent grever les ressources financières de la famille.

Stigmatisation associée aux troubles de l'humeur

La stigmatisation à l'égard des personnes souffrant de troubles de l'humeur influe fortement sur la décision de tenter d'obtenir un traitement, sur la prise des médicaments prescrits et sur la participation au counselling. La stigmatisation influe également sur le succès de la réintégration de la personne dans la famille et la collectivité.

Les attitudes à l'effet que les symptômes de dépression des personnes âgées fassent partie du vieillissement normal nuisent à la reconnaissance de la dépression clinique pouvant être traitée. Il arrive que ce genre d'attitudes empêchent les personnes âgées de demander de l'aide.

Certains employeurs se préoccupent de la capacité des personnes souffrant d'un trouble de l'humeur d'avoir un rendement équivalent à celui des autres employés. Cette inquiétude peut être fondée si le trouble n'est pas traité, mais si l'employé suit un traitement pour atténuer ou maîtriser ses symptômes, son rendement au travail s'améliore généralement. Une meilleure connaissance de la maladie de même que la volonté et la capacité de l'employeur de répondre aux besoins de ses employés réduisent la stigmatisation à l'endroit des troubles mentaux au travail²³. L'application de la législation sur les droits de la personne peut renforcer les efforts volontaires déployés.

Causes des troubles de l'humeur

Il n'existe pas de cause unique des troubles de l'humeur; les symptômes cliniques des différents troubles découlent d'une combinaison de plusieurs facteurs de risque.

Il y a souvent des antécédents de dépression et de trouble bipolaire dans la famille immédiate des personnes qui présentent ces troubles^{24,25}. Un trouble de l'humeur peut être le résultat de l'interaction de plusieurs gènes différents, combinée à d'autres facteurs. Les chercheurs ont progressé dans la recherche des gènes spécifiquement liés à la dépression.

La survenue d'un épisode dépressif majeur est un solide prédicteur d'épisodes futurs. Plus de 50 % des personnes ayant déjà vécu un épisode de dépression majeure en connaîtront d'autres dans l'avenir²⁶.

Le stress a longtemps été considéré comme un important facteur de risque de dépression. Des recherches récentes indiquent toutefois que le stress ne prédispose les gens qu'à un premier épisode de dépression et non à des épisodes récurrents²⁷. Certaines personnes sont plus sujettes à la dépression que d'autres à cause d'événements traumatisants dans leur vie, de relations difficiles ou violentes ou de facteurs socioéconomiques tels qu'un faible revenu, un logement inadéquat, les préjugés et le stress au travail.

Il existe une forte association entre diverses affections médicales chroniques et une prévalence élevée de la dépression majeure²⁸. Plusieurs affections médicales chroniques, notamment les accidents vasculaires cérébraux, les cardiopathies, l'obésité, la maladie de Parkinson, l'épilepsie, l'arthrite, le cancer, le sida, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), la démence et la maladie d'Alzheimer peuvent contribuer à la dépression.

Cette association peut découler des changements physiologiques (p. ex. changements au niveau de divers neurotransmetteurs, des hormones et du système immunitaire) ou de l'incapacité et de la piètre qualité de vie qu'entraînent ces affections. De plus, une dépression peut être causée par certains médicaments servant à traiter des maladies physiques. Les personnes atteintes de plus d'une affection médicale à la fois présentent un risque particulièrement élevé de dépression. La prise en charge efficace des maladies physiques chroniques comprend l'évaluation, la détection précoce et le traitement de la dépression.

Des épisodes maniaques peuvent se produire après une maladie physique ou la consommation de médicaments.

La dépression périnatale est vraisemblablement causée par des facteurs à la fois biologiques et psychosociaux, tels que les hormones, les émotions et les conditions de vie.

On a recensé un certain nombre de facteurs de risque de dépression postpartum, dont la présence de symptômes de dépression durant la grossesse. Le « baby blues », légère perturbation de l'humeur durant quelques jours après l'accouchement, touche jusqu'à 80 % des femmes. Le « baby blues » ne nécessite généralement pas de traitement^{29,30,31}; toutefois, jusqu'à 20 % des femmes qui en souffrent seront atteintes d'une dépression postpartum au cours de l'année qui suit la naissance. Une femme sur quatre (25 %) ayant des antécédents de dépression présente un risque de développer une dépression postpartum. Ce risque menace aussi plus de la moitié des femmes ayant déjà vécu des épisodes précédents de dépression postpartum (50-62 %)³². Parmi les autres facteurs de risque, notons le manque de soutien social, une faible estime de soi, des difficultés relationnelles et une mauvaise situation socioéconomique³³.

Prévention et traitement des troubles de l'humeur

La prévention de la dépression majeure comprend la prévention du stress, l'adoption de méthodes efficaces pour faire face au stress et la prise en charge des maladies chroniques (l'accent étant mis sur l'amélioration de la qualité de vie et la réduction des problèmes liés aux invalidités).

Les mesures de prévention de la dépression pendant la période périnatale peuvent comprendre l'administration de médicaments (antidépresseurs, œstrogène et progestérone) et le soutien psychosocial (psychothérapie, cours prénatals et postnatals, soutien intrapartum, éducation et détection précoce^{34,35}).

Les troubles de l'humeur peuvent être traités. La détection précoce et un traitement rapide et efficace permettent de réduire leur incidence ainsi que le risque de suicide qui leur est associé. Comme tout épisode prédispose à d'autres épisodes ultérieurs, la prévention des récurrences est également importante dans le cadre du traitement d'entretien.

De nombreuses personnes atteintes d'un trouble de l'humeur ne consultent pas un professionnel de la santé et souffrent donc inutilement. De plus, parmi celles qui cherchent à obtenir un traitement, il arrive dans de nombreux cas que le trouble de l'humeur ne soit pas diagnostiqué ou que le médicament (ou la posologie) ne convienne pas³⁶.

Près de la moitié des répondants à l'Enquête sur

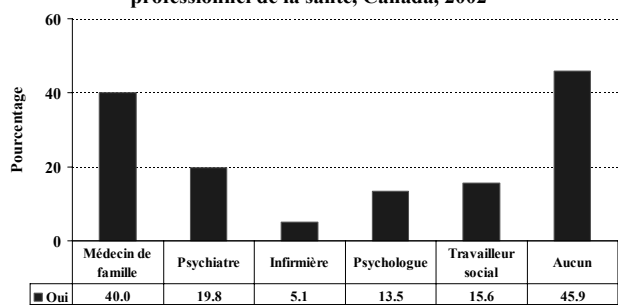
la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2) ayant répondu aux critères d'un trouble de l'humeur au cours des 12 derniers mois n'avaient pas consulté un professionnel de la santé (figure 3-6). Les médecins de famille sont les professionnels les plus souvent consultés, suivis des psychiatres, des travailleurs sociaux et des psychologues.

Environ un répondant sur cinq (22,0 % des personnes atteintes de dépression et 21,1 % de celles atteintes du trouble bipolaire) a déclaré qu'il avait pris des produits de santé naturels pour son problème émotionnel ou mental ou sa consommation problématique de drogues ou d'alcool³⁷.

Plusieurs facteurs, tels que la stigmatisation, le manque de connaissances et le manque de ressources financières, ou encore l'absence de professionnels de la santé dans la collectivité, peuvent dissuader les gens de demander de l'aide pour leur dépression ou leur trouble bipolaire. Les troubles de l'humeur restent non diagnostiqués et non traités chez les personnes âgées en particulier, notamment en raison des croyances erronées voulant que ces troubles fassent partie du vieillissement normal et qu'il n'existe pas de traitement efficace.

Les établissements de soins primaires jouent un rôle essentiel dans la reconnaissance et le

Figure 3-6 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus qui a répondu aux critères d'un trouble de l'humeur au cours des 12 derniers mois et qui a consulté un professionnel de la santé, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2.

traitement des troubles de l'humeur. Des modèles de pratique novateurs ont révélé que les interventions efficaces peuvent réduire les symptômes et l'absentéisme³⁸.

Il a été démontré que l'administration d'antidépresseurs et diverses formes de psychothérapie (p. ex. psychothérapie interpersonnelle, thérapie cognitivo-comportementale) – seules ou combinées – sont efficaces pour traiter la dépression chez les adolescents et les adultes. Une publication récente de l'Association des psychiatres du Canada expose des lignes directrices pour le traitement des troubles dépressifs³⁹. L'Université Columbia est en train d'élaborer des lignes directrices concernant le traitement de la dépression chez les enfants et les adolescents⁴⁰. La Coalition pour la santé mentale des personnes âgées publiera sous peu des lignes directrices nationales sur l'évaluation et le traitement de la dépression et des problèmes de santé mentale qui se posent dans les établissements de soins de longue durée (l'accent étant mis sur les troubles de l'humeur et les problèmes comportementaux).

Il arrive que l'on doive hospitaliser une personne atteinte d'un trouble de l'humeur afin d'ajuster sa dose de médicament, de stabiliser son état ou de la protéger contre des comportements autodestructeurs.

Les initiatives actuelles visant à réduire le fardeau associé aux troubles de l'humeur mettent l'accent sur l'éducation des personnes, des familles et des communautés. L'éducation est essentielle, non seulement pour permettre la reconnaissance des signes avant-coureurs de la dépression, de la manie et du suicide ainsi que l'évaluation et le traitement appropriés des personnes touchées, mais aussi pour assurer le respect du traitement et réduire les récurrences futures. Les réseaux de soutien solides sont essentiels, tant durant la

phase aiguë de la maladie qu'après celle-ci, au cours de la période de réadaptation à la vie quotidienne.

La dépression majeure peut mener à une faible productivité et à l'absentéisme au travail. Le milieu de travail joue donc un rôle important dans le traitement des problèmes de santé mentale. L'appui du développement de milieux de travail favorables à la santé, la sensibilisation des employeurs et des employés aux problèmes de santé mentale et le soutien de la réinsertion au travail des personnes ayant souffert d'une maladie mentale aident à réduire les effets de la dépression majeure dans le milieu de travail.

La dépression périnatale peut être difficile à reconnaître pour les professionnels de la santé, aussi est-elle souvent non diagnostiquée⁴¹. Cela peut s'expliquer par le fait que certains symptômes de la grossesse peuvent être très semblables à ceux de la dépression. Il se peut également que la dépression se développe graduellement, que les fournisseurs de soins de santé ne sachent pas reconnaître une dépression et que les femmes soient réticentes à exprimer leurs émotions ou à demander de l'aide⁴².

Les interventions et les traitements contre la dépression périnatale varient selon la nature et la gravité des symptômes. Dans les cas de dépression légère ou modérée, les sujets peuvent réagir favorablement à la psychothérapie ou aux interventions sociales. Il est démontré que le soutien du partenaire et les services de soutien téléphonique par les pairs sont aussi efficaces^{43,44}. Les cas de dépression périnatale grave nécessitent des antidépresseurs en plus d'une thérapie psychosociale⁴⁵. On estime qu'entre 70 et 80 % des femmes souffrant de dépression postpartum se rétablissent avec l'aide d'une thérapie⁴⁶.

Notes de fin de chapitre

- 1 Association des psychiatres du Canada. Lignes directrices cliniques du traitement des troubles dépressifs. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2001;46:suppl 1.
- 2 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 1994.
- 3 Association des psychiatres du Canada. Op. cit.
- 4 Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1997;42:367–377.
- 5 Herrick H. Postpartum depression: who gets help? State Center for Health Statistics. Statistical Brief No. 24. Department of Health and Human Services, North Carolina Division of Public Health; 2002.
- 6 Astedt-Kurki P., et coll. Sociodemographic factors of families related to postnatal depressive symptoms of mothers. *International Journal of Nursing Practice*. 2002;8(5):240–246.
- 7 Seyfried LS, Marcus SM. Postpartum mood disorders. *International Review of Psychiatry*. 2003;15:231–242.
- 8 Association des psychiatres du Canada. Op. cit.
- 9 Ibid.
- 10 Ostbye T, Kristjansson B, Hill G, Newman SC, Brouwer RN, McDowell I. Étude sur la santé et le vieillissement au Canada : prévalence et prédicteurs de la dépression chez les personnes âgées au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2005;26(4):93–99.
- 11 Fogarty F, Russell JM, Newman SC, Bland RC. Mania. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;suppl 376:16–23.
- 12 Horwath E, Weissman MM. Epidemiology of depression and anxiety disorders. Dans : Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, éditeurs. *Textbook in psychiatric epidemiology*. New York : Wiley-Liss; 1995. p. 317–344.
- 13 Klein DN, Schwartz JE, Rose S, Leader JB. Five-year course and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow-up study. *Am J Psychiatry*. 2000;157:931–939.
- 14 Judd LL, Paulus MP, Wells KB, Rapaport MH. Socioeconomic burden of subsyndromal depressive symptoms and major depression in a sample of the general population. *Am J Psychiatry*. 1996;153:1411–1417.
- 15 Organisation mondiale de la santé. Rapport sur la santé dans le monde 2004. Disponible à : http://www.who.int/whr/2004/annex/topic/en/annex_3_fr.pdf
- 16 Fogarty. Op. cit.
- 17 Blair-West GW, Mellsop G, Eyeson-Annan M. Down-rating lifetime suicide risk in major depression. *Acta Psychiatr Scand*. 1997;95:259–263.
- 18 Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in a Canadian population study at waves 1 and 2. *Journal of Affective Disorders*. 2001;63:35–41.
- 19 Patten SB. An analysis of data from two general health surveys found that increased incidence and duration contributed to elevated prevalence of major depression in persons with chronic medical conditions. *J Clin Epidemiol*. Fév 2005;58(2):184–189.
- 20 Dewa CS, Lesage A, Goering P, Craveen M. Nature and prevalence of mental illness in the workplace. *Healthcare Papers*. 2004;5(2):12–25. Disponible à : <http://www.longwoods.com/>
- 21 Dewa CS, Goering P, Lin E. Bridging the worlds of academia and business: exploring the burden of mental illness in the workplace. *The Economics of Neuroscience*. 2000;2(6):47–49.
- 22 Stephens T, Joubert N. Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada. *Maladies chroniques au Canada*. 2001;22(1):18–23.
- 23 Stuart H. Stigma and work. *Healthcare Papers*. 2004;5(2):100–111. Disponible à : <http://www.longwoods.com/>
- 24 Spaner D, Bland RC, Newman SC. Major depressive disorder. *Acta Psychiatr Scand*. 1994;suppl 376:7–15.
- 25 Fogarty. Op. cit.
- 26 Spaner. Op. cit.
- 27 De Marco RR. The epidemiology of major depression: implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2000;45:67–74.
- 28 Evans D, Charney DS, Lewis L, Golden RN, Gorman JM, Krishnan KRR, et coll. Mood disorders in the medically ill: scientific review and recommendations. *Biol Psychiatry*. 2005;58:175–189.

- 29 Suri R, Altshuler LL. Postpartum depression: risk factors and treatment options. *Psychiatric Times*. 2004;21(11).
- 30 Mood Disorders Society of Canada. Postpartum depression. Disponible à : www.mooodisorderscanada.ca/depression/ppd.htm
- 31 Ross L, et coll. Postpartum Depression: A guide for front-line health and social service providers. Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.
- 32 MacQueen G, Chokka P. Special issues in the management of depression in women. *Revue canadienne de psychiatrie* 2004;49(suppl 1):27S–40S.
- 33 Ross. Op. cit. p. 17.
- 34 Dennis CE. Preventing postpartum depression part I: A review of biological interventions. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2004;49(7):467–475.
- 35 Dennis CE. Preventing postpartum depression part II: A critical review of nonbiological interventions. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2004;49(8):526–538.
- 36 Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1998;43:801–810.
- 37 Wang J, Patten SB, Williams JVA, Currie S, Beck CA, et coll. Help-seeking behaviours of individuals with mood disorders. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2005;50(10):652–659.
- 38 Schoenbaum M, Unutzer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Mirand J, et coll. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: Results of a randomized controlled trial. *JAMA*. 2001;286(11):1325–1330.
- 39 Association des psychiatres du Canada. Op. cit.
- 40 Centre for the Advancement of Children's Mental Health. Guidelines for diagnosis and treatment of depression among children and youth. New York : Columbia University; sous presse, 2005. [Site Web : <http://www.kidsmentalhealth.org/GLAD-PC.html>]
- 41 Chaudron LH, et coll. Predictors, prodromes and incidence of postpartum depression. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2001;22:103–112.
- 42 Ross. Op. cit. p. 24–25.
- 43 Misri S, et coll. The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2000;45:554–558.
- 44 Dennis CE. The effect of peer support on postpartum depression: A pilot randomized controlled trial. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2003;48:115–124.
- 45 British Columbia Reproductive Care Program. Reproductive mental health guideline 4: mental illness during the perinatal period: major depression. British Columbia Reproductive Care Program; 2003. p. 5 [consulté le 22 déc 2005]. Disponible à : <http://www.rcp.gov.bc.ca/guidelines/Guideline4.Depression.Jan.2003.pdf>
- 46 Ross. Op. cit. p. 51.

CHAPITRE 4

SCHIZOPHRÉNIE

Qu'est-ce que la schizophrénie?

La schizophrénie, une maladie du cerveau, est l'une des maladies mentales les plus graves au Canada. Parmi ses symptômes courants figurent une pensée désorganisée, des idées délirantes (croyances erronées ou irrationnelles), des hallucinations (le fait de voir ou d'entendre des choses qui n'existent pas), une absence de motivation, une diminution de l'autocritique et un retrait social.

Les personnes atteintes de schizophrénie ont de la difficulté à accomplir des tâches faisant appel à la mémoire abstraite et nécessitant une attention soutenue. Lorsque les symptômes se manifestent pour la première fois, bon nombre de personnes atteintes ne sont pas conscientes qu'elles souffrent d'une maladie.

Les signes et les symptômes de la maladie varient considérablement d'une personne à l'autre. Aucun test de laboratoire ne permet de diagnostiquer la schizophrénie : le diagnostic est fondé uniquement sur l'observation clinique et les antécédents. Pour poser un diagnostic de schizophrénie, il faut que les symptômes soient présents la plupart du temps pendant au moins un mois et que certains signes de la perturbation persistent pendant au moins six mois. Ces signes et symptômes doivent être suffisamment graves pour provoquer un dysfonctionnement marqué sur les plans social, scolaire ou professionnel. L'Association des psychiatres du Canada a établi des lignes directrices pour l'évaluation et le diagnostic de la schizophrénie¹.

<u>Symptômes</u>
<u>Schizophrénie</u>
<ul style="list-style-type: none">• Idées délirantes et/ou hallucinations• Absence de motivation• Retrait social• Troubles de la pensée• Diminution de l'autocritique

La schizophrénie est-elle une maladie courante?

Les estimations de la prévalence de la schizophrénie oscillent entre 0,2 % et 2,0 %, selon l'instrument de mesure utilisé. Toutefois, c'est un taux de prévalence au cours de la vie de 1 % qui est généralement considéré comme la meilleure estimation².

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de Statistique Canada de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 0,25 % des répondants ont déclaré qu'ils

avaient reçu un diagnostic de schizophrénie d'un professionnel de la santé, soit 0,2 % des femmes et 0,3 % des hommes. On croit que ces chiffres constituent une sous-estimation de la prévalence réelle, étant donné que certaines des personnes atteintes de schizophrénie ne signalent pas leur maladie et que l'équipe d'étude n'a pas interrogé les personnes sans abri, hospitalisées ou vivant dans un milieu protégé.

Répercussions de la schizophrénie

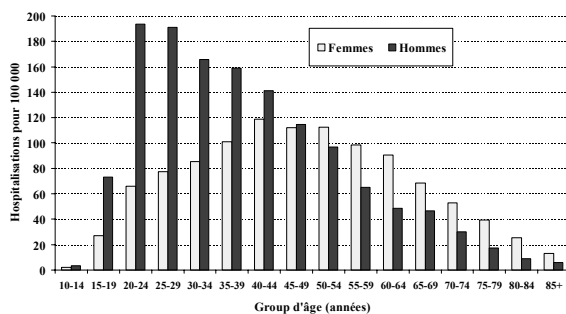
Qui est atteint?

La schizophrénie apparaît généralement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Il est rare qu'elle se manifeste avant l'adolescence. Elle frappe également les hommes et les femmes, mais les hommes sont généralement touchés à un âge plus précoce. Lorsque la maladie se manifeste après l'âge de 45 ans, c'est plus souvent chez les femmes que chez les hommes, et les symptômes thymiques sont alors plus prononcés.

La majorité des personnes atteintes sont traitées dans la collectivité, mais l'hospitalisation est parfois nécessaire pour stabiliser les symptômes. Les données relatives à l'hospitalisation permettent donc d'obtenir des renseignements additionnels sur les personnes atteintes de schizophrénie.

En 2002-2003, les taux d'hospitalisation pour schizophrénie étaient beaucoup plus élevés chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes (figure 4-1). Les hospitalisations chez les femmes augmentaient jusque vers le milieu de la quarantaine, alors qu'elles diminuaient chez les hommes après la vingtaine. Avant l'âge de 45 ans, les hospitalisations étaient trois fois plus fréquentes chez les hommes que chez les femmes, puis elles plafonnaient vers le milieu de la vie (entre 45 et 59 ans). Après l'âge de 49 ans, les hospitalisations pour schizophrénie étaient plus nombreuses chez les femmes que chez les hommes.

Figure 4-1 Hospitalisations pour schizophrénie* dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge, Canada, 2002-2003



*Selon le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Quelles sont les répercussions pour la personne atteinte?

La schizophrénie altère de façon importante la capacité du sujet de fonctionner efficacement sur tous les plans – soins personnels, relations familiales, revenu, études, emploi, logement, vie communautaire et sociale³.

La schizophrénie est l'une des principales causes d'hospitalisation pour maladie mentale : 19,9 % des congés des hôpitaux généraux et 30,9 % des congés des établissements psychiatriques sont liés à cette maladie. (Se reporter au chapitre 11 – Hospitalisation et maladie mentale.)

Dès le début du processus pathologique, les personnes atteintes de schizophrénie peuvent perdre leur capacité de se détendre, de se concentrer ou de dormir; elles peuvent fuir leurs amis ou même ne pas reconnaître qu'elles sont malades. Souvent, le travail ou les études en souffrent. Un traitement efficace et précoce pour maîtriser les symptômes peut permettre de prévenir l'apparition d'autres symptômes et de maximiser la probabilité, pour la personne atteinte, de mener une vie satisfaisante et productive.

L'apparition de la schizophrénie au début de l'âge adulte a souvent pour effet de perturber les études. Les personnes atteintes ont généralement de la difficulté à conserver un emploi pendant une période prolongée et, dans bien des cas, elles occupent un emploi d'un niveau inférieur à celui de leurs parents⁴.

La majorité des personnes atteintes de schizophrénie (entre 60 % et 70 %) ne se marient jamais et ont des contacts sociaux limités⁵. L'évolution chronique de la maladie engendre des problèmes sociaux constants; c'est pourquoi les personnes atteintes sont fortement surreprésentées parmi la population carcérale et la population des sans-abri⁶.

Le pourcentage de personnes schizophrènes qui feront un usage abusif de substances au cours de

leur vie pourrait atteindre 80 %⁷. La consommation « problématique » de substances psychoactives est associée à des taux accrus de rétablissement fonctionnel insatisfaisant, de comportement suicidaire et de violence⁸.

En général, ce sont principalement les membres de la famille qui doivent prendre soin de la personne atteinte, situation qui est lourde de conséquences. En effet, non seulement les activités normales de la famille sont perturbées, mais celle-ci doit également composer avec le refus du malade, parfois inconscient de son état, de se faire soigner, son comportement imprévisible, les effets secondaires des médicaments, la frustration et les inquiétudes concernant l'avenir de leur proche. En périodes de crise, la décision de faire hospitaliser le sujet contre son gré ou de lui administrer un traitement qu'il refuse est un cruel dilemme pour la famille. La schizophrénie est le diagnostic le plus fréquent parmi les cas d'hospitalisation forcée. De plus, la famille est souvent confrontée à la stigmatisation associée à la schizophrénie.

Bien qu'une faible proportion des personnes atteintes de schizophrénie finissent par avoir des démêlés avec la justice, un nombre disproportionné d'entre eux, comparativement à la population générale, est susceptible de commettre des crimes et d'être condamné pour des actes criminels violents⁹. Il leur arrive de commettre des crimes (généralement mineurs, mais parfois graves) parce qu'elles ne sont pas traitées ou que leur traitement est inadéquat. Dans les établissements spécialisés

en psychiatrie légale, le diagnostic le plus fréquent est celui de schizophrénie. Toutefois, les personnes atteintes de schizophrénie sont bien plus souvent les victimes de crimes qu'elles n'en sont les auteurs.

La mortalité associée à la schizophrénie est l'une des conséquences les plus douloureuses de cette maladie. Les sujets atteints de schizophrénie présentent un risque accru de mort cardiaque subite¹⁰. Entre 40 % et 60 % d'entre eux tentent de se suicider, et les tentatives « réussies » sont 15 à 25 fois plus nombreuses que dans la population générale¹¹. Environ 10 % des décès chez les personnes atteintes de schizophrénie sont dus au suicide.

Répercussions économiques

La schizophrénie impose un lourd fardeau financier aux personnes atteintes, aux membres de leur famille et au système de santé. On a estimé qu'en 1996, le coût total de la schizophrénie au Canada s'est élevé à 2,35 milliards de dollars, ce qui représente 0,3 % du produit intérieur brut du Canada¹². Ce chiffre comprend les coûts directs de soins de santé, les coûts administratifs des régimes d'aide au revenu, la valeur de la perte de productivité et les coûts d'incarcération attribuables à la schizophrénie. On estime que les coûts indirects de la schizophrénie représentent 2 milliards de dollars de plus par année. À l'échelle mondiale, près de 3 % du fardeau total de la maladie humaine est lié à la schizophrénie¹³.

Stigmatisation associée à la schizophrénie

La forte stigmatisation associée à la schizophrénie est en partie attribuable à l'incompréhension et à la crainte de la population. Contrairement à la croyance populaire, la plupart des personnes atteintes de schizophrénie sont repliées sur elles-mêmes et ne sont pas violentes. Lorsqu'elles sont bien traitées, les personnes atteintes de schizophrénie ne sont pas plus violentes que les

membres de la population générale. Néanmoins, la stigmatisation découlant de la crainte d'un comportement violent entrave la capacité du malade d'obtenir un logement, un emploi et un traitement et rend difficiles les relations sociales. Ces stéréotypes augmentent en outre le fardeau des familles et des soignants.

Causes de la schizophrénie

Il est établi que la schizophrénie est une maladie du cerveau. Bien qu'on n'en connaisse pas la cause exacte, il y a tout lieu de croire qu'une anomalie fonctionnelle des circuits cérébraux est à l'origine des symptômes. Cette anomalie pourrait être la conséquence ou la cause d'anomalies structurelles cérébrales¹⁴.

Le risque d'être atteint de schizophrénie est 10 fois plus élevé chez les membres de la famille immédiate d'une personne schizophrène que dans l'ensemble de la population. Chez les personnes dont les deux parents sont schizophrènes, le risque d'être également atteint s'élève à 40 %¹⁵.

Un ensemble de facteurs génétiques et environnementaux sont probablement responsables de l'apparition de cette anomalie fonctionnelle¹⁶. Ces facteurs semblent avoir une incidence sur le développement du cerveau à des étapes décisives de la gestation et après la naissance.

Parmi les facteurs environnementaux précoces qui peuvent favoriser l'apparition de la schizophrénie, citons un traumatisme prénatal ou périnatal, une infection grippale pendant la première partie de la grossesse, le fait d'être né pendant l'hiver ou au début du printemps (facteur probablement lié à une infection grippale) et le fait d'être né en milieu urbain. Une forte consommation de cannabis chez les adolescents présentant une vulnérabilité génétique ou certains symptômes psychiatriques initiaux augmente le risque de schizophrénie. Des études ont établi un lien entre un désavantage social marqué et la schizophrénie, mais les données portent à croire que les facteurs sociaux ne causent pas la schizophrénie; c'est plutôt le fait d'être atteint de ce trouble mental qui peut entraîner de piètres conditions sociales.

Prévention et traitement

On connaît peu de choses sur les manières de prévenir la schizophrénie. La réduction des répercussions de cette grave maladie passe avant tout par le diagnostic précoce ainsi que par un traitement et un soutien adéquats.

La schizophrénie se distingue de plusieurs autres maladies mentales par l'intensité des soins qu'elle nécessite. Un programme de traitement complet comprend¹⁷ :

- Une médication antipsychotique, qui constitue la pierre angulaire du traitement de la schizophrénie;
- Une psychoéducation : éducation de la personne atteinte concernant sa maladie et le traitement;
- Des interventions auprès de la famille : éducation et soutien de la famille;
- Le soutien des pairs, l'auto-assistance et l'accent sur le rétablissement : recours aux groupes de soutien et à la réadaptation pour améliorer les activités de la vie quotidienne;
- L'entraînement aux habiletés sociales;
- Des mesures de soutien professionnel et de soutien aux loisirs;
- Des interventions cognitivo-comportementales;
- Le traitement des symptômes de comorbidité;
- Un programme intégré de traitement des toxicomanies.

La plupart de ces services sont offerts dans la collectivité. En leur absence, il est presque impossible pour une personne atteinte de schizophrénie de se rétablir, de mener une vie productive et de jouir d'une bonne qualité de vie.

L'évolution de la schizophrénie varie d'une personne à l'autre. Règle générale, toutefois, elle est marquée par des épisodes récurrents. La médication permet de soulager bon nombre des symptômes, mais la plupart des personnes atteintes continuent de présenter certains

symptômes tout au long de leur vie.

L'administration d'un traitement adéquat dès le début de la maladie et l'observance continue de celui-ci sont essentielles pour éviter les rechutes et prévenir l'hospitalisation.

Pendant les périodes de rémission (que celle-ci soit spontanée ou attribuable au traitement), le sujet peut fonctionner relativement bien. Les nouveaux médicaments ont permis de réduire considérablement la prévalence des effets neurologiques indésirables graves qui étaient attribuables aux médicaments antérieurs. Malheureusement, certains d'entre eux entraînent d'autres effets indésirables, notamment un gain de poids, qui peuvent décourager les malades de poursuivre leur traitement ou engendrer d'autres problèmes physiques.

Pour améliorer l'état fonctionnel et le bien-être des personnes atteintes de schizophrénie, il faut mettre à leur disposition un vaste éventail de services : services en milieu hospitalier et en milieu communautaire, services sociaux et services liés à l'emploi et au logement. Idéalement, ces services sont offerts par des équipes multidisciplinaires de traitement dans la collectivité. Il est essentiel que les professionnels de la santé établissent des liens avec les représentants des services policiers, des tribunaux, des refuges, des services correctionnels et d'autres services qui sont appelés à entrer en contact avec des personnes atteintes de schizophrénie. Il est également primordial de nouer des liens avec des organismes sans but lucratif de défense et de soutien des familles et des personnes atteintes.

L'entraînement aux habiletés sociales vise à améliorer le fonctionnement social en aidant les personnes atteintes de schizophrénie à résoudre leurs problèmes sur le plan de l'emploi, des loisirs, des relations et des activités de la vie quotidienne.

À l'occasion, une hospitalisation rapide dans le but de maîtriser les symptômes peut permettre de prévenir l'apparition de problèmes plus graves. Lorsque le patient refuse, il existe dans toutes les provinces un mécanisme rendant possible l'hospitalisation contre son gré. La majorité des provinces permettent également le traitement obligatoire dans la collectivité lorsque la personne atteinte répond à certains critères stricts, afin de réduire les rechutes et d'offrir le traitement dans le milieu le moins contraignant possible¹⁸.

« Lorsque l'hospitalisation et le traitement psychiatrique obligatoires sont impossibles, les personnes qui ne peuvent accepter volontairement le traitement sont abandonnées à leur sort. Non traitées, ces maladies sont associées à un taux de létalité élevé (entre 10 et 17 %) ¹⁹ et à des taux d'incapacité sur toute la vie plus élevés que de nombreuses maladies physiques²⁰. Elles peuvent également engendrer des souffrances personnelles importantes et même un désespoir tel que les personnes atteintes, apparemment sans raison aux yeux de leur entourage, mettent fin à leurs jours pour échapper à un profond sentiment de dévalorisation ou pour obéir à une voix (hallucinations) qui le leur ordonne. »

[Traduction]²¹

La schizophrénie peut altérer la capacité d'autocritique d'une personne au point où cette dernière se trouve incapable de reconnaître la gravité de sa maladie et de rechercher volontairement de l'aide, voire même d'accepter l'aide qui lui est offerte.

La famille du sujet atteint peut se trouver dans la situation difficile de reconnaître avant celui-ci qu'un traitement est nécessaire. Elle doit alors faire des démarches auprès du système de santé sans la collaboration de la personne atteinte.

Il existe des lois en matière de santé mentale prévoyant les situations dans lesquelles une personne souffrant d'une maladie mentale non

traitée risque de présenter un grave danger pour elle-même ou pour les autres. Toutefois, ces lois ne s'appliquent réellement que si un service efficace est disponible pour traiter la personne atteinte dans ces situations.

Chaque province et territoires compte ses propres lois en matière de santé mentale. Celles-ci sont fondées sur les valeurs sociales suivantes²² :

- La nécessité d'accorder protection et assistance aux personnes qui, sans être à blâmer, ne sont pas en mesure de s'aider elles-mêmes;
- La nécessité de protéger les autres membres de la société du comportement des personnes dont la maîtrise de soi est diminuée en raison d'une maladie mentale;
- La nécessité de réduire autant que possible, dans une société démocratique civilisée, les intrusions de la loi dans la vie des gens.

L'importance relative accordée à chacune de ces valeurs sociales varie selon les époques. Dans le passé, on a souhaité avant tout éviter que des personnes ne soient internées contre leur gré. Cette attitude risque d'avoir pour effet de priver de traitement des personnes gravement malades. Les modifications récentes apportées aux lois en matière de santé mentale permettent de rétablir l'équilibre.

Certaines pratiques novatrices permettent de maintenir les droits de la personne à l'avant-plan lors de la prise de décision au nom d'autrui. La personne atteinte peut, par exemple, formuler par écrit des instructions explicites dans lesquelles elle indique le traitement qu'elle voudrait recevoir dans l'éventualité où elle ne serait pas en mesure d'en décider, en autant qu'elle ne refuse pas un traitement jugé nécessaire à son congé de l'hôpital.

En vertu des dispositions relatives à la santé mentale du *Code criminel* fédéral, un juge a le droit d'exiger qu'une personne déclarée inapte à subir son procès reçoive un traitement psychiatrique obligatoire. Une telle mesure exige toutefois que l'établissement de psychiatrie légale concerné

dispose des ressources nécessaires pour recevoir la personne venant du milieu carcéral. Dans les cas de libération conditionnelle ou de probation, le

Code criminel permet d'encourager le traitement, mais non de l'imposer.

Notes de fin de chapitre

- ¹ Association des psychiatres du Canada. Lignes directrices cliniques pour le traitement de la schizophrénie. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2005;50(11):suppl 1.
- ² Hafner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1997;42:139–151.
- ³ Keks N, Mazumdar P, Shields R. New developments in schizophrenia. *Aust Fam Physician*. 2000;29:129–131,135–136.
- ⁴ <http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizosph.cfm>
- ⁵ Ibid.
- ⁶ Ibid.
- ⁷ Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et coll. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA*. 21 nov 1990;264(19):2511–2518.
- ⁸ Association des psychiatres du Canada. Op. cit.
- ⁹ Wallace C, Mullen PE, Burgess P. Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders. *Am J Psychiatry*. 2004;161(4):716–727
- ¹⁰ Jindal R, Baker GB, Yeragani VK. Cardiac risk and schizophrenia. *J Psychiatry Neurosci*. 2005;30(6):393–395.
- ¹¹ Radomsky ED, Hass GI, Mann JJ, Sweeny JA. Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry*. 1999;156:1590–1595.
- ¹² Goeree R, O'Brien BJ, Goering P, Blackhouse G, Agro K, Rhodes A, Watson J. The economic burden of schizophrenia in Canada. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1999;44:464–472.
- ¹³ Murray CJL, Lopez AD, éditeurs. *The global burden of disease*. Cambridge (MA) : Harvard School of Public Health; 1996.
- ¹⁴ Cornblatt BA, Green MF, Walker EF. Schizophrenia: etiology and neurocognition. Dans : Millon T, Blaney PH, Davis R, éditeurs. *Oxford Textbook of Psychopathology*. New York : Oxford University Press; 1999. p. 292.
- ¹⁵ Keks. Op. cit.
- ¹⁶ Maki P, Veijola J, Jones PB, Murray GK, Koponen H, Tienari P, et coll. Predictors of schizophrenia—a review. *British Medical Bulletin*. 2005;73 et 74:1–15.
- ¹⁷ Association des psychiatres du Canada. Op. cit.
- ¹⁸ Gray JE, Shone MA, Liddle PF. *Canadian mental health law and policy*. Toronto : Butterworths Canada Ltd.; 2000.
- ¹⁹ Torrey EF. *Out of the shadows: confronting America's mental illness crisis*. Toronto : John Wiley; 1997. p. 8.
- ²⁰ Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1998;43:801–810.
- ²¹ Gray. Op. cit. p. 3.
- ²² Cornblatt. Op. cit.

CHAPITRE 5

TROUBLES ANXIEUX

Que sont les troubles anxieux?

Les personnes souffrant de troubles anxieux éprouvent une anxiété, une peur ou une inquiétude excessives les amenant à éviter des situations qui pourraient déclencher l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui la réduisent.

Si tout le monde ressent de l'anxiété en réaction à certains événements, les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréalistes qui perturbent leur vie dans les domaines des relations interpersonnelles, des études, du rendement professionnel et des activités sociales et récréatives.

<u>Symptômes</u>
<u>Troubles anxieux</u>
<ul style="list-style-type: none">• Sentiments intenses et prolongés de peur et de détresse qui sont hors de proportion avec la menace ou le danger réel• Les sentiments de peur et de détresse entravent le fonctionnement quotidien normal

Types de troubles anxieux¹

Anxiété généralisée (AG)

Anxiété et inquiétude excessives survenant la plupart des jours d'une période durant au moins 6 mois concernant un certain nombre d'événements ou d'activités, accompagnées de symptômes tels qu'une fatigabilité et des difficultés de concentration.

Phobie spécifique

Peur marquée et persistante à l'égard d'objets ou de situations objectivement visibles, par exemple, les vols en avion, les hauteurs et certains animaux.

État de stress post-traumatique (ESPT)

Flashbacks, pensées et souvenirs effrayants persistants, colère ou irritabilité en réaction à une expérience terrifiante lors de laquelle il y a eu atteinte ou menace à l'intégrité physique, par

exemple, un viol, une agression subie pendant l'enfance, la guerre ou une catastrophe naturelle.

Phobie sociale, également appelée trouble d'anxiété sociale

Peur excessive ou évitement associés à des situations sociales ou de performance, comme des conversations, des soirées, des réunions, l'obligation de prendre la parole en public et d'autres situations dans lesquelles la personne pourrait éprouver de la gêne, ou une humiliation ou se sentir observée.

Trouble obsessionnel-compulsif

Obsessions : pensées, idées, impulsions ou représentations persistantes qui sont perçues comme intrusives et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse prononcée. Le sujet fait habituellement des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées ou impulsions, ou les neutraliser avec d'autres pensées et actions (compulsions).

Compulsions : comportements répétitifs (par exemple, se laver les mains, ranger les choses dans un certain ordre, vérifier) ou actes mentaux (tels que prier, compter ou répéter des mots) que le sujet se sent poussé à accomplir en réaction à une obsession ou comme s'il s'agissait d'un rituel.

Trouble panique

Présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues, suivies de la crainte persistante pendant au moins un mois de subir d'autres attaques, d'une inquiétude concernant l'attaque de panique proprement dite ou ses conséquences, ou d'un changement de comportement important associé aux attaques.

L'attaque de panique désigne une période bien délimitée d'anxiété ou de malaise intense accompagnée d'au moins quatre des treize symptômes physiques suivants :

- Palpitations, accélération du rythme cardiaque ou battement très fort du cœur;
- Transpiration;
- Tremblements ou secousses musculaires;
- Sensation de « souffle coupé » ou d'étouffement;

- Sensation d'étranglement;
- Douleur ou gêne thoracique;
- Nausée ou gêne abdominale;
- Sensation de vertige, d'instabilité, de tête vide ou impression d'évanouissement;
- Déréalisation ou dépersonnalisation;
- Crainte de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou;
- Peur de mourir;
- Paresthésies;
- Frissons ou bouffées de chaleur.

Agoraphobie

Anxiété liée au fait de se retrouver dans un lieu ou une situation d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours en cas de crise de panique, ou de symptômes apparentés, qui sont inattendus ou déclenchés par le contexte. Parmi les situations redoutées les plus courantes figurent le fait de se trouver seul en dehors de son domicile ou le fait d'être dans une foule ou dans une file d'attente, sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture.

Les troubles anxieux sont-ils répandus?

Les troubles anxieux représentent la catégorie de troubles mentaux la plus répandue dans la population. Des enquêtes en population offrent diverses estimations de la prévalence des troubles anxieux dans la population. Ainsi, selon une enquête réalisée en Ontario², 12 % des adultes âgés de 15 à 64 ans, soit 9 % des hommes et 16 % des femmes, avaient éprouvé un trouble anxieux au cours des 12 mois précédant l'enquête. La US National Comorbidity Survey (2001-2003) a établi à 18,1 % la proportion estimative des adultes de 18 ans et plus qui avaient souffert d'un trouble anxieux au cours des 12 mois précédant l'enquête.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 de Statistique Canada (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 4,7 % des Canadiens de 15 ans et plus ont signalé des symptômes qui correspondaient aux critères de l'un des troubles anxieux suivants au cours des 12 derniers mois : 1,6 % ont fait état d'un trouble panique; 0,7 %, d'agoraphobie; et 3,0 %, de trouble d'anxiété sociale. Plus d'un adulte sur dix (11,5 %) a déclaré des symptômes qui correspondaient aux critères des troubles anxieux suivants au cours de la vie : trouble panique (3,7 %), agoraphobie (1,5 %) et trouble d'anxiété sociale (8,1 %).

Des études antérieures réalisées au Canada^{3,4,5} sur la prévalence de divers troubles anxieux au cours d'une année chez des personnes âgées de 15 à 64 ans ont établi les estimations suivantes:

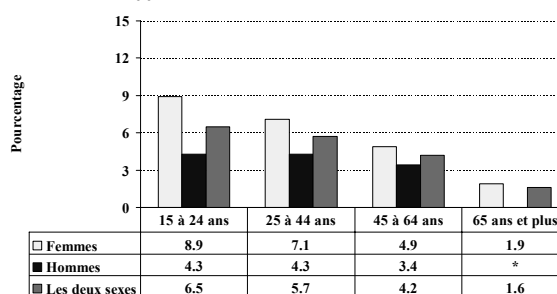
- 1,1 % ont souffert d'anxiété généralisée;
- de 6,2 % à 8,0 % ont présenté une phobie spécifique;
- 6,7 % ont souffert de phobie sociale;
- 1,8 % ont présenté un trouble obsessionnel-compulsif;
- 0,7 % ont présenté un trouble panique.

Répercussions des troubles anxieux

Qui est atteint?

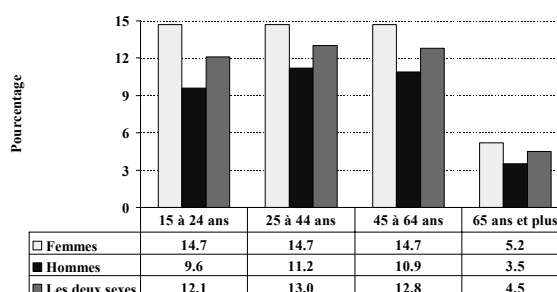
Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), une plus forte proportion de femmes que d'hommes de moins de 65 ans ont présenté au cours des 12 derniers mois des symptômes qui correspondaient aux critères de l'un des troubles anxieux étudiés (figure 5-1). La différence la plus marquée se situait chez les jeunes adultes (15 à 24 ans), où les femmes étaient deux fois plus nombreuses à présenter un trouble anxieux (8,9 % contre 4,3 % chez les jeunes hommes). L'écart s'amenuisait avec l'âge, la proportion de femmes atteintes d'un trouble anxieux diminuant d'un groupe d'âge à l'autre. La prévalence des troubles anxieux sur 12 mois et au cours de la vie était plus faible chez les personnes âgées que chez les groupes d'âge plus jeunes (figure 5-2). Environ un adulte sur huit au Canada des groupes d'âge de 15 à 24 ans, de 25 à 44 ans et de 45 à 64 ans a fait état de symptômes au cours de la vie qui correspondaient aux critères de l'un des troubles anxieux étudiés lors de l'enquête.

Figure 5-1 Proportion de la population qui a répondu aux critères d'un des troubles anxieux étudiés au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



*Échantillon trop petit
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 5-2 Proportion de la population qui a répondu aux critères d'un des troubles anxieux étudiés au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

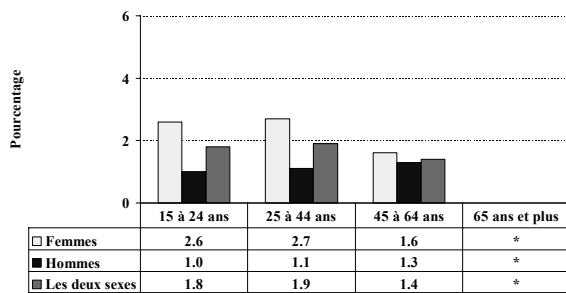
Les femmes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans étaient plus nombreuses que les hommes du même groupe d'âge à être classées dans la catégorie des personnes qui ont présenté un **trouble panique** au cours des 12 derniers mois (figure 5-3). Dans le groupe d'âge de 45 à 64 ans, les proportions étaient comparables chez les hommes et chez les femmes. Même si la prévalence sur 12 mois des troubles paniques était plus faible chez les 45 à 64 ans, la prévalence au cours de la vie y était plus élevée que dans tout autre groupe d'âge (figure 5-4).

Les jeunes (de 15 à 24 ans) femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les jeunes hommes à faire état de symptômes qui

correspondaient aux critères de **phobie sociale** au cours des 12 derniers mois (figure 5-5). Cette proportion diminuait chez les femmes avec l'âge. Près d'un Canadien sur 10 de moins de 65 ans répondait aux critères de phobie sociale au cours de sa vie (figure 5-6). La prévalence sur toute la vie chutait de manière marquée pour le groupe d'âge de 65 ans et plus.

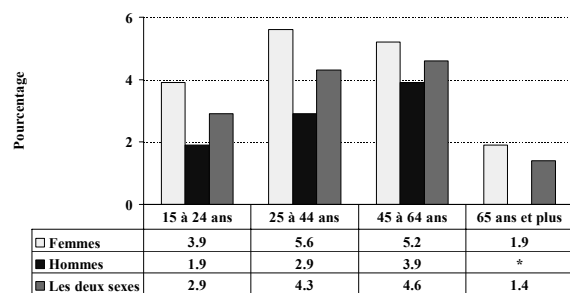
Les femmes (1,0 %) étaient deux fois plus nombreuses que les hommes (0,4 %) à signaler des symptômes qui correspondaient aux critères de l'**agoraphobie**. Toutefois, l'échantillon était trop petit pour permettre une évaluation de la prévalence selon l'âge.

Figure 5-3 Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble panique au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



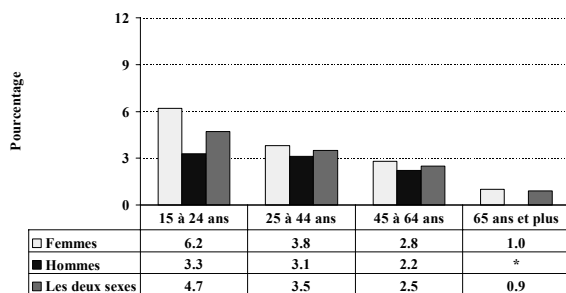
*Échantillon trop petit
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 5-4 Proportion de la population qui a répondu aux critères du trouble panique au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



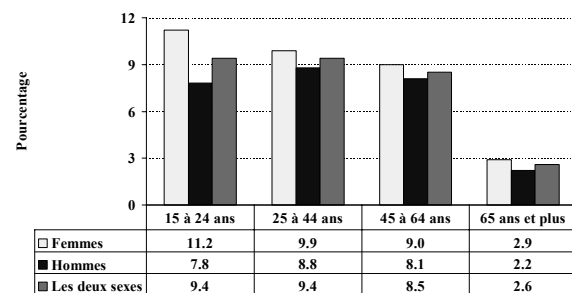
*Échantillon trop petit
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 5-5 Proportion de la population qui a répondu aux critères de la phobie sociale au cours des 12 derniers mois, par âge et par sexe, Canada, 2002



*Échantillon trop petit
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 5-6 Proportion de la population qui a répondu aux critères de la phobie sociale au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Quelles sont les répercussions pour la personne atteinte?

Dans bien des cas, les symptômes des troubles anxieux apparaissent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte⁶. Les personnes atteintes évitent les situations qui déclenchent leurs symptômes, ce qui peut avoir de graves répercussions sur leurs études, leur vie professionnelle et leurs activités récréatives et sociales⁷.

Les personnes qui présentent un trouble anxieux grave sont aussi plus susceptibles de souffrir soit d'un autre type de trouble anxieux, d'une dépression majeure, d'un trouble dysthymique, d'une consommation problématique de substances ou d'un trouble de la personnalité⁸. Ce phénomène accentue les effets du trouble anxieux et vient compliquer le traitement.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la plupart des personnes ayant signalé des symptômes répondant aux critères d'une phobie sociale ou d'un trouble panique au cours des 12 derniers mois ont indiqué que l'affection avait perturbé leur vie. C'était le cas de 75,6 % de celles atteintes d'un trouble panique et de 82,6 % de celles souffrant de phobie sociale. Selon ces personnes, leur maladie avait altéré leur vie familiale, scolaire, professionnelle et sociale (figure 5-7). En particulier, les deux tiers (66,3 %) des personnes atteintes de phobie sociale ont déclaré que leur affection avait perturbé leur vie

sociale. Environ une personne sur deux présentant un trouble panique a fait état de répercussions sur sa vie familiale, professionnelle et sociale.

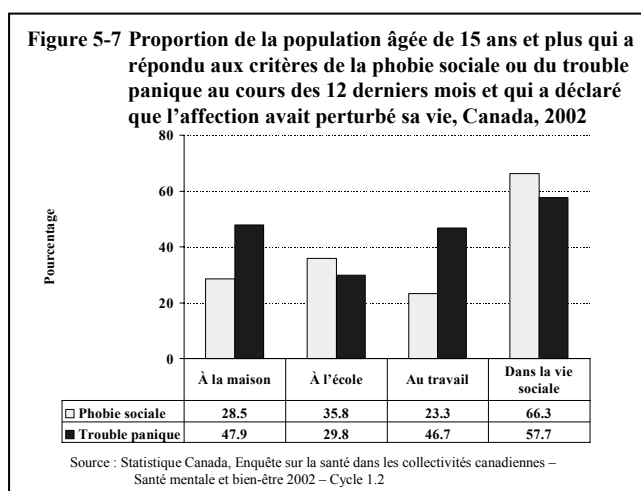
Répercussions économiques

Les troubles anxieux sont à ce point répandus qu'ils ont d'importantes répercussions économiques⁹. Ils entraînent une perte de productivité due à l'absentéisme et au chômage. Ils se traduisent aussi par le versement de prestations d'assurance-invalidité.

De plus, le recours abondant au service des urgences et au système de soins primaires en réaction aux symptômes physiques vient alourdir le fardeau financier lié aux soins de santé.

Stigmatisation associée aux troubles anxieux

Parce que les troubles anxieux constituent le prolongement de ce que la plupart des gens perçoivent comme des inquiétudes normales, il arrive que les personnes qui en souffrent craignent que l'entourage ne qualifie d'excessives leurs craintes et leurs inquiétudes et ne les associe à une faiblesse. C'est pourquoi il arrive qu'elles taisent leurs symptômes et qu'elles essaient de s'occuper de leur problème toutes seules.



Causes des troubles anxieux

Les troubles anxieux découlent de l'interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, cognitifs, développementaux et autres, comme le stress personnel, socioéconomique ou professionnel. Diverses théories ont été avancées pour expliquer le rôle joué par ces facteurs dans l'apparition des troubles¹⁰.

La première théorie est expérientielle. Elle postule que la peur peut naître d'une première expérience, comme une situation embarrassante, une agression physique ou sexuelle ou le fait d'être témoin d'un acte violent. Les expériences subséquentes de nature analogue ont pour effet de renforcer la peur.

Selon une seconde théorie, liée à la cognition ou à la réflexion, l'individu croit ou prévoit qu'une situation donnée prendra une tournure embarrassante ou dangereuse. Un tel phénomène peut être lié à la présence de parents

surprotecteurs qui mettent continuellement la personne en garde contre d'éventuels problèmes.

Une troisième théorie repose sur des fondements biologiques. Des recherches indiquent que l'amygdale, une structure située en profondeur dans le cerveau, sert à signaler la présence d'une menace et déclenche une réaction de peur ou d'anxiété. Elle emmagasine aussi des souvenirs émotionnels et peut intervenir dans l'apparition de troubles anxieux. Les enfants d'adultes atteints de troubles anxieux sont beaucoup plus à risque que l'ensemble de la population, ce qui indique l'existence d'une possible piste génétique¹¹. De nombreuses études ont aussi confirmé le lien entre les neurotransmetteurs du cerveau, comme la sérotonine et la norépinéphrine, des facteurs hormonaux et l'apparition et l'évolution de troubles anxieux.

Traitement

L'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de troubles anxieux passe nécessairement par un dépistage précoce et une prise en charge appropriée du phénomène, ce qui contribue aussi à prévenir des troubles secondaires fréquents, comme la dépression et la consommation problématique de substances.

Plusieurs facteurs expliquent que les personnes atteintes de troubles anxieux hésitent à demander de l'aide, entre autres la stigmatisation, le manque de connaissances ou de ressources financières personnelles, ou une pénurie de professionnels de la santé. De plus, il arrive que les médecins de famille ne réussissent pas à dégager, à partir des symptômes d'une personne, un profil qui permettrait de poser un diagnostic exact. Trop souvent, les symptômes ne sont pas pris au sérieux, et la personne souffrant d'un trouble anxieux est considérée comme un sujet émotionnellement instable. Des activités

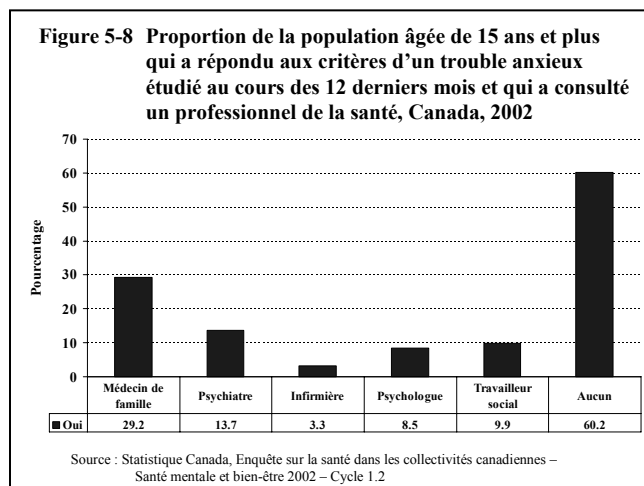
d'éducation menées auprès du public et des médecins de famille aideraient à remédier à ce problème.

Il ressort d'un examen récent de la recherche sur les troubles anxieux que parmi les traitements efficaces figurent la pharmacothérapie (généralement, le recours aux antidépresseurs ou aux anxiolytiques) et la thérapie cognitivo-comportementale, laquelle aide la personne à transformer ses pensées anxieuses en idées plus rationnelles et moins anxiogènes et l'encourage à faire face aux situations redoutées et à éliminer divers comportements sécurisants^{12,13}. Les groupes de soutien conçus pour les individus et les familles peuvent aussi aider à trouver des moyens d'atténuer les symptômes et de composer avec eux.

Les troubles anxieux peuvent être bien pris en charge dans un établissement de soins primaires. L'accès à des spécialistes de la thérapie cognitivo-

comportementale dans le cadre d'un modèle de partage des soins peut aider les médecins de famille à offrir des soins optimaux à leurs patients.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), trois personnes sur cinq souffrant de l'un des troubles anxieux étudiés ont déclaré n'avoir pas consulté de professionnel de la santé à ce sujet (figure 5-8). Le professionnel le plus souvent consulté était le médecin de famille, suivi du psychiatre, du travailleur social ou du psychologue.



Notes de fin de document

- 1 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 1994.
- 2 Ontario. Ministère de la Santé. L'enquête sur la santé en Ontario 1990 : supplément - santé mentale. Toronto : Ministère de la Santé; 1994.
- 3 Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand.* 1988;77(suppl 338):24–32.
- 4 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. *Revue canadienne de psychiatrie.* 1996;41:559–563.
- 5 Bland. Op. cit.
- 6 Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62:593–602.
- 7 Antony MM, Roth D, Swinson RP, Huta V, Devins GM. Illness Intrusiveness in individuals with panic disorder, obsessive-compulsive disorder, or social phobia. *Journal of Nervous and Mental Disease.* 1998;186(3):311–315.
- 8 Brown TA, Campbell LA, Lehman CL, Grisham JR, Mancill RB. Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology.* 2001;110(4):585–599.
- 9 British Columbia Ministry of Health, Adult Mental Health Division. The Provincial Strategy Advisory Committee for Anxiety Disorders. A Provincial Anxiety Disorders Strategy; 2002.
- 10 Oxford Textbook of Psychopathology. Millon T, Blaney PH, Davis R, éditeurs. New York : Oxford University Press; 1999.
- 11 Dick CL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorder in Edmonton: panic disorder. *Acta Psychiatr Scand.* 1994;suppl 376:45-53.
- 12 Antony MM, Swinson RP. Les troubles anxieux et leur traitement : analyse critique de la littérature sur les traitements fondés sur des preuves. Ottawa : Santé Canada; 1996.
- 13 Roy-Byrne PP, Craske MG, Stein MB, Sullivan G, Bystritsky A, Katon W, et coll. A randomized effectiveness trial of cognitive-behavioral therapy and medication for primary care panic disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;62:290–298.

CHAPITRE 6

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Que sont les troubles de la personnalité?

Les troubles de la personnalité sont des modes durables de comportements et d'expérience vécue qui dévient notablement de ce qui est attendu dans la société. Ces troubles, qui sont envahissants, rigides et stables dans le temps, mènent à une souffrance ou à une altération du fonctionnement¹.

« De nos jours, la personnalité est considérée comme un ensemble complexe de caractéristiques psychologiques enchâssées et difficiles à modifier, qui sont pour la plupart inconscientes et qui s'expriment automatiquement dans presque tous les aspects du fonctionnement. »²

[Traduction]

Ces caractéristiques, communément appelées traits de personnalité, s'expriment sur le continuum du fonctionnement social. Les troubles de la personnalité consistent en l'expression de traits de personnalité par des comportements

inappropriés et, à la longue, inadaptés³. Cette classification est arbitraire dans une certaine mesure.

Certaines déviations peuvent être très légères, n'affectant que très peu la vie familiale ou professionnelle. D'autres peuvent profondément perturber la vie familiale et sociale. Les comportements associés aux troubles de la personnalité sont déclenchés par des situations et des événements précis. En général, les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité ont de la difficulté à s'entendre avec les autres et elles peuvent être irritables, exigeantes, hostiles, craintives ou manipulatrices.

Il existe de nombreux troubles de la personnalité⁴ (tableau 6-1). La classification des troubles de la personnalité est arbitraire. Chaque personne est unique et peut présenter une combinaison de modes de comportement.

<u>Symptômes</u>
<u>Troubles de la personnalité</u>
<ul style="list-style-type: none">• Difficulté à s'entendre avec les autres. La personne peut être irritable, exigeante, hostile, craintive ou manipulatrice.• Les modes de comportement dévient notablement de ce qui est attendu dans la société et ils restent stables dans le temps.• Le trouble affecte les pensées, les émotions, les relations interpersonnelles et la maîtrise des impulsions.• Le mode de comportement est rigide et se manifeste dans un large éventail de situations.• Le mode de comportement est stable ou de longue durée, apparaissant durant l'enfance ou l'adolescence.

Tableau 6-1 Types de troubles de la personnalité	
<u>Types</u>	<u>Modes de comportement</u>
<i>Personnalité borderline (limite)</i>	Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, impulsivité marquée.
<i>Personnalité antisociale</i>	Mépris et transgression des droits d'autrui.
<i>Personnalité histrionique</i>	Réponses émotionnelles excessives et quête d'attention.
<i>Personnalité narcissique</i>	Comportements grandioses, besoin d'être admiré et manque d'empathie.
<i>Personnalité évitante</i>	Inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.
<i>Personnalité dépendante</i>	Comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.
<i>Personnalité schizoïde</i>	Détachement des relations sociales et restriction de la variété des expressions émotionnelles.
<i>Personnalité paranoïaque</i>	Méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillantes.
<i>Personnalité obsessionnelle-compulsive</i>	Préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.
<i>Personnalité schizotypique</i>	Gêne aiguë dans les relations proches, distorsions cognitives et perceptuelles et conduites excentriques.

Les troubles de la personnalité sont-ils répandus?

Au Canada, il existe peu de données sur la prévalence des troubles de la personnalité. Toutefois, les estimations de la prévalence du diagnostic de trouble de la personnalité aux États-Unis varient de 6 à 9 %, selon les critères utilisés dans la définition⁵.

La plupart des études épidémiologiques portent sur le trouble de la personnalité antisociale. Selon une enquête menée en Ontario en 1991, le taux

de prévalence sur un an du trouble de la personnalité antisociale dans l'ensemble de la population était de 1,7 %⁶. Lors d'une étude effectuée à Edmonton dans les années 80, on a trouvé que 1,8 % de la population avait souffert du trouble de la personnalité antisociale au cours des six mois précédents et que 3,7 % des répondants avaient déjà présenté un trouble de la personnalité au cours de leur vie^{7,8}.

Répercussions des troubles de la personnalité

Qui est atteint?

Des études ont démontré qu'on diagnostique plus souvent le trouble de la personnalité antisociale chez les hommes que chez les femmes (3 % contre 1 %)⁹, tandis que les femmes sont plus nombreuses à recevoir le diagnostic de trouble de la personnalité borderline (elles représentent environ 75 % des cas)¹⁰. Cette différence entre les sexes est peut-être due à des différences en ce qui concerne les expériences sociales et les effets de la socialisation ainsi qu'au biais d'attribution.

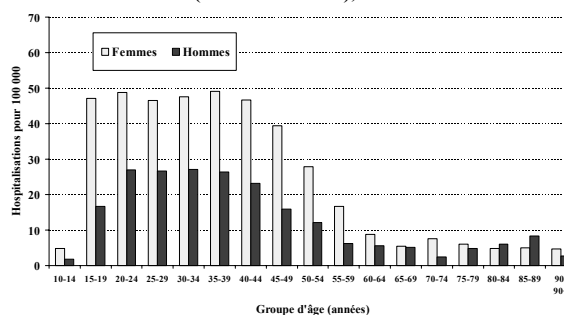
Idéalement, les données d'une enquête sur la population fourniraient de l'information sur la distribution des cas de trouble de la personnalité selon l'âge et le sexe. Toutefois, à l'heure actuelle, ce sont les données sur les hospitalisations qui renseignent le mieux sur les cas de trouble de la personnalité. Ces données présentent néanmoins des limites, puisqu'à moins d'avoir un comportement suicidaire, les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité qui sont traitées le sont dans la collectivité plutôt qu'en milieu hospitalier. De plus, les personnes souffrant du trouble de la personnalité borderline présentent un taux d'hospitalisation plus élevé que celles atteintes d'un autre trouble de la personnalité, car elles ont davantage des comportements suicidaires.

En 2002-2003, les hospitalisations liées à un trouble de la personnalité étaient plus fréquentes chez les personnes âgées entre 15 et 50 ans (figure 6-1). Dans ce groupe d'âge, les femmes ont été plus nombreuses que les hommes à être hospitalisées. Le taux d'hospitalisation chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans était près de trois fois plus élevé que celui des jeunes hommes du même groupe d'âge.

Quels sont les effets des troubles de la personnalité?

Bien que les troubles de la personnalité apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, ils peuvent aussi survenir au milieu de l'âge adulte. L'âge auquel apparaît un trouble de la personnalité dépend en partie de la nature du trouble, de la situation de la personne ainsi que des événements qui l'entourent. Par exemple, le trouble de la personnalité borderline touche particulièrement les adolescents et les jeunes adultes et est moins fréquent chez les adultes d'âge mûr. Inversement, le trouble de la personnalité narcissique peut ne survenir qu'au milieu de l'âge adulte, soit lorsque la personne est confrontée à un sentiment de perte de perspectives d'avenir ou à des limitations personnelles.

Figure 6-1 Nombre d'hospitalisations par trouble de la personnalité*, pour 100 000, par groupe d'âge, Canada (sauf le Nunavut), 2002-2003



* Selon le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, Base de données sur la morbidité hospitalière (cas aigus et chroniques), Institut canadien d'information sur la santé

Les troubles de la personnalité apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, ce qui veut dire qu'ils surviennent à une période où les personnes apprennent à entretenir des relations entre adultes, terminent leurs études et débutent leur carrière professionnelle. L'adoption de comportements inadaptés à ce stade de la vie a des répercussions qui se feront sentir pendant le reste de la vie.

Les troubles de la personnalité sont souvent associés à des antécédents d'alcoolisme, de toxicomanie, de dysfonction sexuelle, de trouble anxieux généralisé, de trouble bipolaire, de trouble obsessionnel-compulsif, de trouble dépressif, de trouble alimentaire, de pensées suicidaires et de tentatives de suicide^{11,12}. Des recherches ont montré que jusqu'à la moitié des personnes détenues dans les établissements correctionnels présentent un trouble de la personnalité antisociale. Cette observation s'explique par le fait que les comportements associés à ce trouble, notamment la toxicomanie, la violence et le vagabondage, mènent à des délits¹³. Parmi les autres conséquences sociales des troubles de la personnalité, notons :

- la violence conjugale;
- les mauvais traitements infligés aux enfants;
- la faible productivité au travail;
- les tentatives de suicide;
- la dépendance au jeu.

Les troubles de la personnalité ont aussi un effet important sur les proches. Les modes de comportement rigides de la personne touchée altèrent sa capacité de s'adapter à diverses situations; ce sont donc les autres qui doivent s'adapter à elle. Cela entraîne des tensions importantes dans toutes les relations interpersonnelles (famille, amis, collègues de travail). De plus, si les autres ne s'adaptent pas à la personne souffrant du trouble de la personnalité, celle-ci peut se mettre en colère, devenir frustrée ou déprimée ou se replier sur elle-même, entraînant un cercle vicieux d'interactions qui font en sorte que la personne persiste dans ses comportements inadaptés jusqu'à ce que ses besoins soient satisfaits.

Stigmatisation associée aux troubles de la personnalité

Comme les comportements associés à certains troubles de la personnalité restent similaires à ceux qui sont considérés comme « normaux », l'entourage de la personne touchée présume souvent que celle-ci peut facilement modifier son comportement et régler le problème interpersonnel. Cependant, lorsque les comportements inadaptés persistent, ils peuvent être interprétés comme un manque de volonté de changer. La nature rigide du trait de personnalité est mal comprise par les autres.

Causes des troubles de la personnalité

Selon toute vraisemblance, les troubles de la personnalité découlent de l'interaction complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux. Les facteurs génétiques jouent un rôle dans les fondements biologiques du fonctionnement du cerveau et dans la structure de base de la personnalité. Cette structure influence la façon dont la personne réagit aux événements de la vie et à son environnement social. Avec le temps, chaque personne finit par développer des modes de perception du monde, des sentiments, des pensées, des mécanismes d'adaptation et des comportements qui lui sont propres.

Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité peuvent présenter un trouble de la régulation des circuits du cerveau qui sont responsables des émotions. Ce problème, combiné à des facteurs psychologiques et sociaux tels que les mauvais traitements, la négligence ou la séparation, augmente le risque de trouble de la personnalité. L'existence de liens étroits dans la famille ou d'un réseau de soutien à l'extérieur de la famille, à l'école ou dans la collectivité aide une

personne à développer une bonne estime de soi et de solides capacités d'adaptation. Les possibilités de croissance personnelle et d'acquisition d'aptitudes particulières peuvent améliorer l'image qu'une personne a d'elle-même. Un tel environnement favorable confère une certaine protection contre les troubles de la personnalité.

Les diagnostics de trouble de la personnalité borderline sont généralement étroitement liés à des expériences de mauvais traitements ou d'attouchements sexuels durant l'enfance et à des dépendances chez les femmes¹⁴.

Chez les personnes présentant une prédisposition biologique à un trouble de la personnalité, les principales difficultés liées au développement qui font partie de la vie normale à l'adolescence et au début de l'âge adulte – séparation de la famille, actualisation de soi et autonomie – peuvent constituer des facteurs qui déclenchent un tel trouble. Cela expliquerait pourquoi les troubles de la personnalité apparaissent généralement à ces étapes de la vie.

Traitement des troubles de la personnalité

La principale difficulté liée au traitement des troubles de la personnalité réside dans le fait que la plupart des personnes atteintes ne sont pas conscientes du problème. Elles blâment souvent les autres pour leurs difficultés interrelationnelles. Une psychothérapie intensive, individuelle et en groupe, combinée à l'administration d'antidépresseurs et de régulateurs de l'humeur, aide au moins en partie certaines personnes. La

persistance des symptômes et l'incidence négative de ces symptômes sur la relation thérapeutique peuvent toutefois poser des problèmes.

Les personnes souffrant d'un trouble de la personnalité borderline sont plus nombreuses à être hospitalisées, à suivre une psychothérapie externe et à se présenter en salle d'urgence que les personnes atteintes d'un autre trouble de la personnalité¹⁵.

Notes de fin de chapitre

- 1 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 1994.
- 2 Millon T, Blaney PH, Davis R, éditeurs. Oxford Textbook of Psychopathology. New York : Oxford University Press; 1999. p. 510.
- 3 Millon Op. cit..
- 4 American Psychiatric Association. Op. cit.
- 5 Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry*. 1994;151:1055–1062.
- 6 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. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1996;41:559–563.
- 7 Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;77(suppl 338):33–42.
- 8 Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. *Acta Psychiatr Scand*. 1988;77(suppl 338):24–32.
- 9 Hensley PL, Nurnberg HG. SSRI sexual dysfunction: a female perspective. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2002;28 suppl 1:143–153.
- 10 Hensley. Op. cit.
- 11 Samuels. Op. cit.
- 12 Murray CJL, Lopez AD, éditeurs. The global burden of disease. Cambridge (MA) : Harvard School of Public Health; 1996.
- 13 Samuels. Op. cit.
- 14 Johnson JG, Cohen P, Brown J, Smailes EM, Bernstein DP. Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56(7):600–606.
- 15 Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, et coll. Treatment utilization by patients with personality disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158:295–302.

CHAPITRE 7

TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Que sont les troubles de l'alimentation?

Les troubles de l'alimentation se caractérisent par des perturbations graves du comportement alimentaire (le fait de manger trop ou trop peu)¹. Ce chapitre porte sur l'anorexie mentale, la boulimie et la frénésie alimentaire.

Les troubles de l'alimentation désignent des habitudes alimentaires malsaines qui s'autonomisent. Ils ne relèvent pas de la volonté. Si l'ingestion volontaire de portions plus petites ou plus grandes que la normale est pratique courante, chez certaines personnes elle se transforme en compulsions.

La personne souffrant d'**anorexie mentale** est incapable de maintenir un poids corporel minimum normal; elle a une peur intense de prendre du poids et elle a une perception faussée de la forme ou de la taille de son propre corps².

La personne souffrant de **boulimie** s'alimente excessivement et utilise ensuite des méthodes compensatoires pour prévenir la prise de poids, par exemple, les vomissements provoqués, l'activité physique excessive ou le recours aux laxatifs. Elle accorde également une importance exagérée à la forme et au poids corporels. Pour répondre aux critères diagnostiques de la boulimie, les crises de boulimie et les comportements compensatoires inappropriés doivent survenir, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant trois mois³.

Un diagnostic de **frénésie alimentaire** est posé si la frénésie n'est pas suivie d'un comportement compensatoire, comme les vomissements provoqués, l'activité physique excessive ou le recours aux laxatifs. Ce trouble est souvent associé à l'obésité.

Symptômes des troubles de l'alimentation		
<u>Anorexie mentale</u>	<u>Boulimie</u>	<u>Frénésie alimentaire</u>
<ul style="list-style-type: none">• Incapacité de maintenir le poids corporel au niveau ou au-dessus d'un poids minimum normal pour l'âge et pour la taille, accompagnée d'une peur intense de prendre du poids ou de devenir gros, alors que le poids est inférieur à la normale.	<ul style="list-style-type: none">• Épisodes répétés de crises d'alimentation excessive suivies de comportements compensatoires inappropriés tels que : vomissements provoqués, emploi abusif de laxatifs ou exercice physique excessif.	<ul style="list-style-type: none">• Frénésie alimentaire sans comportement compensatoire (par exemple vomissements provoqués, exercice physique excessif et recours aux laxatifs).• Les sujets sont souvent obèses.

Les troubles de l'alimentation sont-ils répandus?

Dans l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 de Statistique Canada (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 0,5 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus avaient déclaré avoir reçu un diagnostic de trouble de l'alimentation au cours des 12 derniers mois. La même enquête a établi, à l'aide d'une série distincte de questions, que 1,7 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir présenté, au cours des 12 derniers mois, des symptômes répondant aux critères d'un problème d'attitude envers l'alimentation.

L'anorexie mentale et la boulimie touchent surtout les adolescentes et les jeunes femmes; toutefois, de 5 à 15 % des cas d'anorexie mentale et de boulimie et 40 % des cas de frénésie alimentaire s'observent chez les garçons ou les hommes^{4,5}. La plupart du temps, la frénésie alimentaire débute à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à signaler un trouble de l'alimentation : 0,8 % contre 0,2 %, respectivement. Elles étaient aussi plus nombreuses que les hommes à répondre aux critères d'un problème d'attitude face à l'alimentation : 2,9 % contre 0,5 %. Chez les jeunes femmes (15 à 24 ans), 1,5 % ont déclaré souffrir d'un trouble de l'alimentation. Deux pour cent ont signalé des symptômes qui correspondaient aux critères d'un problème d'attitude face à l'alimentation.

Environ 3 % des femmes sont touchées par un trouble de l'alimentation à un moment donné de leur vie⁶. Au cours de leur vie, de 0,5 à 3,7 % des femmes souffrent d'anorexie mentale^{7,8} et de 1,1 à 4,2 % souffrent de boulimie^{9,10}.

La frénésie alimentaire frappe environ 2 % de la population¹¹.

Répercussions des troubles de l'alimentation

Quelles sont les répercussions pour la personne atteinte?

Certaines personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie se rétablissent après un seul épisode du trouble. D'autres personnes sont en butte à des fluctuations de poids constantes. D'autres encore sont aux prises avec des problèmes liés à l'alimentation et au poids tout au cours de leur vie. Un pronostic moins favorable à long terme est associé à des antécédents de consommation problématique de substances observés au moment du diagnostic et à une durée plus longue des symptômes avant le diagnostic¹².

Il arrive que des personnes souffrant d'anorexie mentale ou de boulimie présentent des problèmes physiques graves, par exemple une affection

cardiaque, un déséquilibre électrolytique ou une insuffisance rénale, qui peuvent entraîner la mort. Les troubles de l'alimentation peuvent aussi conduire au suicide.

Même après que l'épisode aigu est terminé, il arrive que les troubles de l'alimentation engendrent des problèmes psychologiques, sociaux et médicaux de longue durée¹³.

L'individu anorexique est plus susceptible de souffrir d'une dépression majeure, d'une dépendance à l'alcool ou d'un trouble anxieux, soit au moment de sa maladie ou plus tard dans sa vie^{14,15,16}.

Il arrive que les jeunes s'absentent de l'école ou du travail ou s'abstiennent de participer à des activités récréatives en raison d'un trouble de l'alimentation. De plus, la faiblesse physique associée à la maladie peut entraver sérieusement leurs interactions sociales avec leurs amis et leur participation générale aux activités de la vie. Il arrive aussi que les amis aient de la difficulté à savoir comment réagir face à la personne et comment l'aider.

La famille d'une personne atteinte d'un trouble de l'alimentation est aussi soumise à un stress énorme. Dans certains cas, elle se culpabilise, s'inquiète de l'avenir de la personne, craint que la maladie n'entraîne la mort de l'être cher ou fait face à la stigmatisation associée au fait d'avoir un enfant atteint d'une maladie mentale. Les parents, surtout, sont tiraillés entre leur instinct de protection, qui les pousse naturellement à forcer l'enfant à adopter des comportements sains (ce qui, dans bien des cas, empire la situation), et le besoin qu'a l'enfant de prendre en charge sa maladie et sa santé.

Stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation

La stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation découle de l'idée erronée qui assimile un trouble de l'alimentation à une mauvaise stratégie d'adaptation.

Beaucoup de gens pensent, à tort, que les parents sont responsables de l'anorexie mentale ou de la boulimie dont souffre leur enfant. Cette forme de stigmatisation coupe les parents de leurs pairs et des autres membres de leur famille.

Il arrive que les fluctuations de poids soient source de honte pour la personne concernée. La stigmatisation peut aussi venir du fait que l'entourage présume que la personne a perdu le contrôle de son alimentation, qu'elle vole les aliments qu'elle consomme frénétiquement ou qu'elle s'empiffre en cachette.

Les personnes qui souffrent de frénésie alimentaire et qui sont obèses sont confrontées au regard réprobateur que pose la société sur l'obésité, d'où un sentiment d'isolement. La perte de l'estime de soi a aussi pour effet d'aggraver la maladie.

Causes des troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation sont des affections complexes étroitement associées à d'autres maladies mentales comme les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. Les troubles de l'alimentation seraient causés par un ensemble de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Les effets secondaires de mauvaises habitudes alimentaires

contribuent sans doute aussi au phénomène¹⁷ (tableau 7-1).

Les troubles de l'alimentation sont plus fréquents dans la population féminine. Ainsi, les désordres alimentaires, la préoccupation à l'égard du corps et du poids et l'obsession des régimes sont des risques qui guettent davantage les adolescentes et les jeunes femmes.

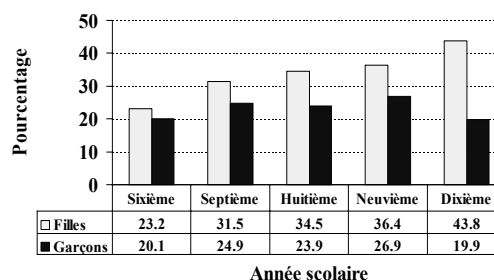
Tableau 7-1 Résumé des facteurs de risque qui pourraient être liés à l'apparition de troubles de l'alimentation		
	Facteurs spécifiquement liés à l'alimentation (Facteurs de risque directs)	Facteurs généraux (Facteurs de risque indirects)
Facteurs biologiques	Risque génétique lié aux troubles de l'alimentation Physionomie et poids corporel Régulation de l'appétit Métabolisme de l'énergie Sexe	Risque génétique lié à un trouble connexe Tempérament Impulsivité Neurobiologie (p. ex. mécanismes de la sérotonine) Sexe
Facteurs psychologiques	Piètre image corporelle Attitudes alimentaires inappropriées Croyances inappropriées concernant la taille et le poids Valeurs ou importance spécifiquement attribuées à l'alimentation et au corps Survalorisation de l'apparence	Piètre image de soi Mécanisme d'adaptation inappropriés Problèmes de maîtrise de soi Conflits irrésolus, déficits, réactions post-traumatiques Problèmes d'identité Problèmes d'autonomie
Facteurs développementaux	Identification à des parents ou pairs préoccupés par le corps Expériences désagréables à l'heure des repas Traumatisme altérant l'expérience corporelle	Surprotection Négligence Sentiment de rejet, impression d'être critiqué Traumatisme (violence physique et psychologique ou agression sexuelle) Relation d'objet (expérience interpersonnelle)
Facteurs sociaux	Attitudes familiales inappropriées face à l'alimentation et au poids Préoccupations du groupe de pairs à l'égard du poids Pressions en faveur de la minceur Plaisanteries au sujet du poids Pressions en faveur du contrôle du poids (p. ex. dans le milieu du ballet ou de l'athlétisme) Valeurs inappropriées attribuées au corps dans le milieu culturel Sexe	Dysfonctionnement familial Expériences désagréables liées aux pairs Valeurs sociales défavorables à une image de soi stable et positive Changement social déstabilisant Valeurs attribuées au sexe social Isolement social Absence de soutien social Obstacles à la quête de soi Sexe Représentation des filles et des femmes dans les médias Exigence de minceur chez les filles Accès accru à la chirurgie plastique et aux moyens d'améliorer le corps Différences entre les cultures et entre les sexes ayant une incidence sur les représentations et les calculs du poids idéal

Au moment de la puberté, l'adolescent vit d'importants changements hormonaux et physiques qui, dans bien des cas, se traduisent par une conscience plus aiguë et par une altération de la perception de l'image corporelle. Les représentations de la beauté féminine dans les magazines et à la télévision sont souvent des modèles irréalistes et inaccessibles. L'accent mis par les médias sur la taille et le poids « idéaux », tant pour la femme que pour l'homme, peut engendrer une perception négative de soi chez l'individu qui n'atteint pas ces idéaux. Selon l'Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire menée au Canada en 2002 de concert avec l'Organisation mondiale de la santé (OMS), environ 60 % des élèves de la 6^e à la 10^e année, soit 59 % des garçons et 56 % des filles, ont déclaré être satisfaits de leur image corporelle. Près d'une jeune femme sur trois (31 %) se trouvait trop grosse. La proportion augmentait avec l'âge, de sorte qu'en 10^e année, 44 % s'estimaient trop grosses (figure 7-1). La proportion était bien plus faible chez les jeunes hommes (22 % globalement) et ne variait que légèrement avec l'âge.

Comparativement, les garçons, toutes années scolaires confondues, étaient plus nombreux que les filles à indiquer qu'ils étaient trop maigres plutôt que trop gros (figure 7-2). Cette proportion augmentait au cours des premières années des études secondaires.

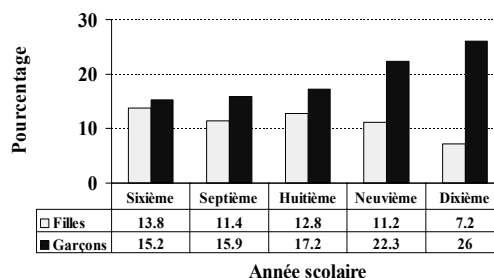
Des perceptions irréalistes de la taille peuvent comporter divers risques pour la santé, allant des efforts d'amaigrissement déraisonnables (pouvant mener à l'anorexie mentale ou à la boulimie) au refus de reconnaître et de gérer toute prise de poids. Sur le plan psychologique, le fait de percevoir son corps comme étant « hors norme » ou d'avoir une piètre image corporelle peut miner l'estime de soi et la confiance en soi.

Figure 7-1 Proportion d'élèves qui se trouvaient trop gros, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002



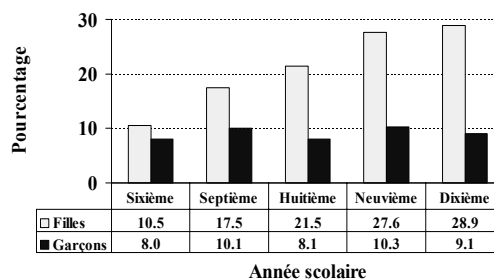
Source : OMS, Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002

Figure 7-2 Proportion d'élèves qui se trouvaient trop maigres, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002



Source : OMS, Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002

Figure 7-3 Proportion d'élèves qui suivent actuellement un régime, selon le sexe et l'année scolaire, Canada, 2002



Source : OMS, Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire, 2002

« Sans être responsables des troubles de l'alimentation, les médias représentent un important déterminant socioculturel qui explique pourquoi un si grand nombre de gens (surtout de femmes) emploient le langage et le comportement d'un trouble de l'alimentation pour exprimer leur détresse. »¹⁸ [Traduction]

D'après l'Enquête sur les comportements liés à la santé chez les enfants d'âge scolaire menée en

2002 au Canada, la proportion de jeunes femmes qui ont indiqué suivre un régime amaigrissant était 2,2 fois plus élevée que la proportion de jeunes hommes (20 % contre 9 %, respectivement). Ce constat était valable pour toutes les années scolaires (figure 7-3). Chez les élèves de la 9^e et de la 10^e années, plus de 25 % des jeunes femmes suivaient un régime au moment de l'enquête.

Prévention et traitement

Les interventions à visée préventive ciblent généralement les enfants d'âge scolaire, les écoles spécialisées dont la clientèle est particulièrement vulnérable (comme les élèves d'écoles de ballet, les athlètes féminines, les mannequins, les étudiants en art culinaire), ou les jeunes filles et les femmes qui présentent de mauvaises habitudes alimentaires. Les résultats d'études sur l'efficacité des diverses interventions sont contrastés. Il y a lieu de pousser plus loin les recherches afin d'analyser les facteurs de risque, de repérer les facteurs de réussite des interventions et de déterminer quelles sont les interventions qui donneront des résultats concluants auprès de populations précises¹⁹.

Il est possible de traiter les troubles de l'alimentation et de rétablir le poids-santé de la personne atteinte. Le traitement est plus efficace lorsqu'il est amorcé au début du trouble. Une évaluation périodique des adolescents et des jeunes adultes, visant à détecter les signes d'un trouble de l'alimentation, faciliterait le repérage précoce de ceux qui présentent un problème.

Le traitement des troubles de l'alimentation a évolué du tout au tout au fil du temps^{20,21}. La stabilisation nutritionnelle a remplacé la démarche qui privilégiait la psychothérapie de longue durée et le recours à des médicaments qui pouvaient être dangereux. Une fois que l'état nutritionnel de la personne s'est amélioré, diverses formes de psychothérapie (p. ex. l'approche cognitivo-analytique, familiale ou cognitivo-comportementale)

permettent de faire régresser la maladie. Le pronostic est plus favorable chez les jeunes femmes qui ne craignent pas de prendre du poids et qui ne présentent pas un trouble du schéma corporel²².

Les comportements liés à un trouble de l'alimentation revêtent énormément d'importance pour la personne. Ainsi, une perte de poids peut lui procurer un sentiment d'accomplissement. Les épisodes de frénésie alimentaire suivis de purgation peuvent l'aider à composer avec des émotions difficiles ou à les éviter. C'est pourquoi il y a lieu de s'attaquer à la question de la motivation tout au cours du traitement si l'on veut que ce dernier soit adapté à la volonté de changement de l'intéressé^{23,24}.

Un plan de traitement complet devrait comprendre une enquête sur la consommation problématique de substances et sur les traumatismes vécus. Il est aussi essentiel de traiter les troubles mentaux concomitants, comme la dépression, l'anxiété et l'alcoolisme.

Les antidépresseurs se sont révélés utiles dans le traitement de la boulimie²⁵. Certains médicaments donnent aussi de bons résultats dans le cas de la frénésie alimentaire. On n'a malheureusement pas encore trouvé de médicaments efficaces contre l'anorexie mentale.

Chez les personnes qui souffrent depuis de nombreuses années d'anorexie mentale, un court séjour à l'hôpital assorti d'une psychothérapie de

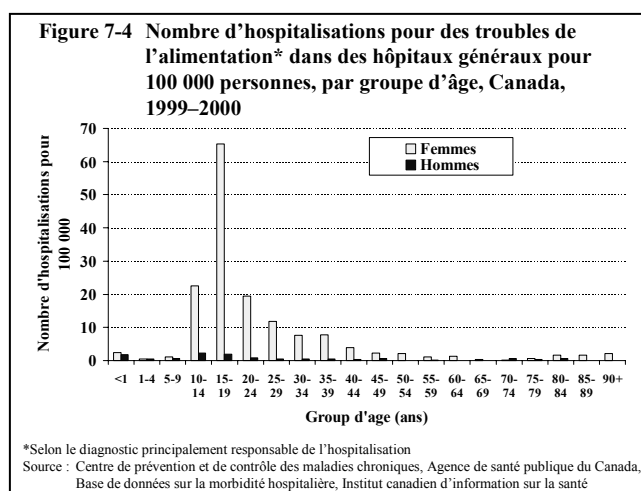
soutien peut contribuer à stabiliser la perte de poids et à traiter les complications d'ordre métabolique.

C'est chez les jeunes femmes de 15 à 19 ans (figure 7-4) que les taux d'hospitalisation pour des troubles de l'alimentation sont le plus élevés.

Viennent ensuite celles de 10 à 14 ans et de 20 à 24 ans.

Le National Eating Disorders Information Centre (<http://www.nedic.ca>) offre plusieurs conseils aux membres de la famille et aux amis d'une personne qui éprouve des problèmes liés à l'alimentation et au poids. Voici quelques-unes de ses suggestions :

- Mettre l'accent sur les sentiments et les relations interpersonnelles, pas sur le poids et l'alimentation.
- Éviter de faire des observations sur l'apparence.
- Savoir que la personne doit évoluer à son propre rythme vers un mieux-être.
- Prendre garde de ne pas lui reprocher les difficultés qu'elle éprouve.
- Essayer de percevoir les problèmes alimentaires comme une mauvaise façon de composer avec des émotions et des expériences douloureuses.



Notes de fin de chapitre

- 1 Steiger H, Séguin JR. Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Dans : Million T, Blaneyu PH, David R, éditeurs. Oxford textbook of psychopathology. New York : Oxford University Press; 1999. p. 365–388.
- 2 American Psychiatric Association. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 4^e édition. Washington (DC) : American Psychiatric Association; 1994.
- 3 American Psychiatric Association. Op. cit.
- 4 Andersen AE. Eating disorders in males. Dans : Brownell K, Fairburn CG, éditeurs. Eating disorder and obesity: a comprehensive handbook. New York : Guilford Press; 1995. p. 177–187.
- 5 American Psychiatric Association. Op. cit.
- 6 Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. Revue canadienne de psychiatrie. 2002;47(3):227–234.
- 7 Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, et coll. Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa. Br J Psychiatry. 1996;168:500-506 Dans : American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 2nd édition. Arlington (VA) : American Psychiatric Association; 2002.
- 8 Walters EE, Kendler KS. Anorexia nervosa and anorexic-like syndromes in a population-based female twin sample. Am J Psychiatry. 1995;152:64-71. Dans : American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 2nd édition.
- 9 Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Spegg C, Goldbloom D, Kennedy S, et coll. Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. Am J Psychiatry. 1995;152:1052-1058. Dans : American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 2nd édition.
- 10 Kendler KS, MacLean C, Neale M, Kessler R, Heath A, Eaves L. The genetic epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry. 1991;148:1627-1637. Dans : American Psychiatric Association. Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. 2nd édition.
- 11 Bruce B, Agras S. Binge eating in females: a population-based investigation. Int J Eat Disord. 1992;12:365–73.
- 12 Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry. 1999;56:63–69.
- 13 Lewinsohn PM, Striegel-Moore RH, Seeley JR. Epidemiology and natural course of eating disorders in young women from adolescence to young adulthood. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 2000;39:1284–92.
- 14 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;41:559–63.
- 15 American Psychiatric Association Work Group on Eating Disorders. Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders. Amer J Psych. 2000;157:1suppl:1–39.
- 16 Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. Am J Psychiatry. 1998;155:939–46.
- 17 Steiger et al. Op cit.
- 18 Nedic.ca [page d'accueil sur Internet]. Toronto : National Eating Disorder Information Centre; 2005 [consulté le 11 déc 2005]. Accessible à : <http://www.nedic.ca/qa.html#16>
- 19 Organisation mondiale de la santé. Prevention of mental disorders : effective interventions and policy options : summary report / a report of the World Health Organization Dept. of Mental Health and Substance Abuse ; in collaboration with the Prevention Research Centre of the Universities of Nijmegen and Maastricht; 2004. Accessible à : http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf.
- 20 Garfinkel PE. Eating disorders. [éditorial : collaboration spéciale]. Can J Psychiatry. 2002;47:3:225–6.
- 21 Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. Can J Psychiatry. 2002;47:3:235–42.
- 22 Strober M, Freeman R, Morrell W. Atypical anorexia nervosa: separation from typical cases in course and outcome in a long-term prospective study. Int J Eat Disord. 1999;25:2:135–42.

- ²³ Geller J, Williams K, Srikameswaran S. Clinician stance in the treatment of chronic eating disorders. *European Eating Disorders Review*. 2001;9:1-9.
- ²⁴ Vitousek K, Watson S, Wilson GT. Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*. 1998;18(4): 391—420.
- ²⁵ Zhu et al. Op cit.

CHAPITRE 8

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Qu'est-ce qu'un comportement suicidaire?

Le comportement suicidaire est un problème de santé publique important et évitable au Canada. Bien des gens qui songent sérieusement au suicide trouvent la vie insupportable. Le suicide représente habituellement l'aboutissement d'une longue période de détresse, de désespoir et d'impuissance. Il peut aussi être déclenché par une crise grave.

Le comportement suicidaire comprend les décès par suicide (**suicides**), les **tentatives de suicide**

sans dénouement mortel et les pensées et intentions suicidaires (**idées de suicide**).

La tentative de suicide est un signe de grande détresse; elle peut marquer un tournant dans la vie d'une personne si cette dernière reçoit suffisamment d'aide pour apporter les changements voulus dans sa vie¹. Il reste que les tentatives de suicide antérieures constituent l'un des principaux facteurs de risque du suicide.

Le comportement suicidaire représente, pour bien des gens, un appel à l'aide.

<u>Signes avertisseurs</u>
<u>Comportement suicidaire</u>
<ul style="list-style-type: none">• Expressions répétées de détresse, d'impuissance ou de désespoir• Changements dans les habitudes de sommeil• Perte d'appétit• Baisse du niveau d'énergie• Remarques négatives sur soi• Perte d'intérêt à l'égard des activités habituelles• Perte d'intérêt envers les amis, les passe-temps et les activités auparavant appréciées• Don d'objets auxquels la personne tient ou règlement d'affaires personnelles• Expression de ses dernières volontés à un proche• Expression de pensées suicidaires• Expression de l'intention de mettre fin à ses jours et de l'existence d'un plan (comme prendre des pilules ou se pendre dans un lieu ou à un moment précis)

Le comportement suicidaire est-il répandu?

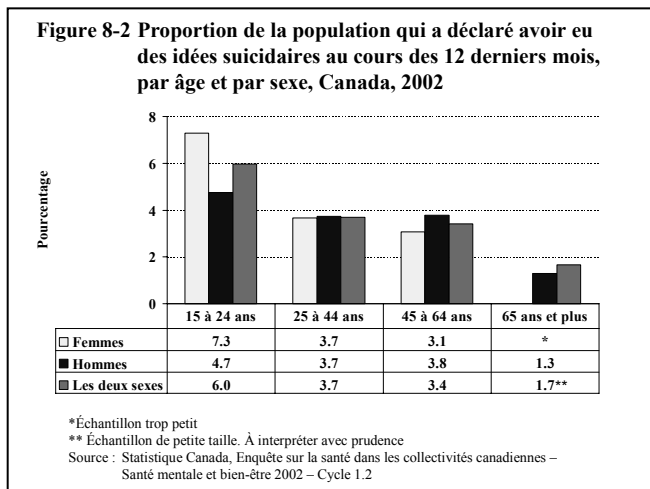
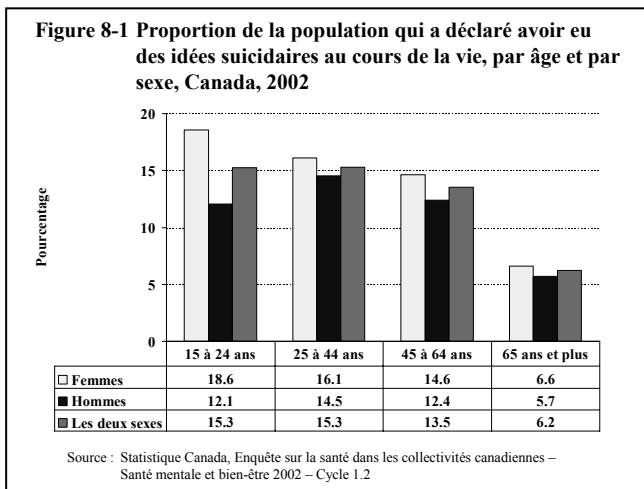
Idées suicidaires

Les idées suicidaires sont passablement répandues. Même si un faible pourcentage de personnes qui envisagent le suicide attenteront ou mettront fin à leurs jours, le simple fait qu'elles songent à s'enlever la vie et s'y préparent est un important signe d'avertissement. Il y a lieu de prendre au sérieux leurs idées suicidaires et de vérifier leurs intentions.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 13,4 % des adultes âgés de 15 ans et plus, soit 14,4 % des femmes et 12,3 % des hommes, ont déclaré avoir envisagé sérieusement le suicide au cours de leur vie. Un plus fort pourcentage de jeunes femmes que de jeunes hommes de 15 à 24 ans ont affirmé avoir eu des idées suicidaires à un moment donné de leur vie (figure 8-1). Chez les

femmes, la proportion ayant fait état de comportements suicidaires diminuait avec l'âge. Le pourcentage de femmes qui ont déclaré avoir eu des idées suicidaires au cours de leur vie culminait dans le groupe d'âge de 15 à 24 ans; chez les hommes, le pourcentage atteignait un sommet dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans.

Chez les adultes de 15 ans et plus, 3,6 %, soit 3,8 % des femmes et 3,6 % des hommes, ont affirmé avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois. Les jeunes (15 à 24 ans) femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les jeunes hommes à déclarer avoir songé au suicide au cours des 12 derniers mois (figure 8-2). Dans l'ensemble, la proportion de personnes qui ont fait état d'idées suicidaires sérieuses diminuait avec l'âge.



Tentative de suicide

La tentative de suicide comprend aussi bien les actes qui aboutissent à une hospitalisation que les actes qui n'entraînent pas d'intervention du milieu médical et qui, par conséquent, ne figurent pas dans les statistiques relatives aux hospitalisations. De plus, les personnes qui commettent une tentative de suicide et qui reçoivent des soins médicaux ne sont, dans bien des cas, identifiées que d'après la nature de leur problème médical, comme une intoxication ou des lacerations, et ne sont pas incluses dans les données relatives aux tentatives de suicide. C'est pourquoi il est très difficile d'évaluer l'incidence des tentatives de suicide.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 de Statistique Canada (ESCC 1.2), 3,1 % des adultes âgés de 15 ans et plus, soit 2,0 % des hommes et 4,2 % des femmes, ont déclaré avoir tenté de mettre fin à leurs jours au cours de leur vie. En outre, 0,5 % (0,4 % des hommes et 0,6 % des femmes) ont affirmé avoir tenté de se suicider au cours des 12 derniers mois.

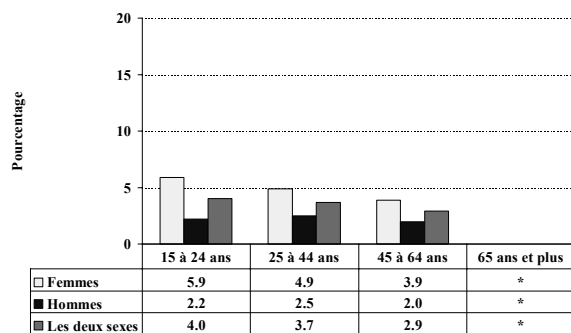
Les femmes, peu importe le groupe d'âge, étaient plus nombreuses que les hommes à avoir tenté de

se suicider à un moment donné de leur vie (figure 8-3). Si les tentatives déclarées de suicide ont diminué avec l'âge chez les femmes, elles sont demeurées passablement constantes chez les hommes.

Il arrive que l'on hospitalise des personnes à la fois par mesure de protection et pour s'attaquer aux facteurs qui ont déclenché la crise. Les données sur les hospitalisations offrent un aperçu de l'ampleur des tentatives de suicide, mais doivent être interprétées avec prudence puisqu'elles ne rendent compte que d'une partie du phénomène.

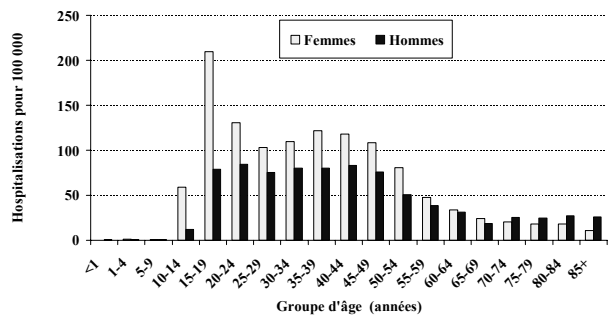
En 2002-2003, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes dans tous les groupes d'âge de moins de 70 ans (figure 8-4). Chez les femmes, les taux d'hospitalisation culminaient dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans; ils grimpaient de nouveau aux environs de la quarantaine. Dans le groupe d'âge de 10 à 14 ans, le taux déclaré d'hospitalisation était 5 fois plus élevé chez les filles que chez les garçons; dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans, il était 2,5 fois plus élevé chez les filles que chez les garçons.

Figure 8-3 Proportion de la population qui a déclaré une tentative de suicide au cours de la vie, par âge et par sexe, Canada, 2002



*Échantillon trop petit
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

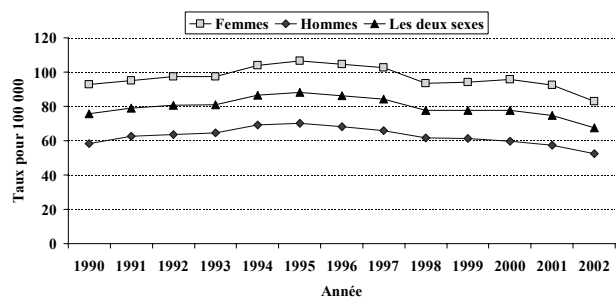
Figure 8-4 Hospitalisations pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge et par sexe, Canada sauf les territoires, 2002-2003



*Selon le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

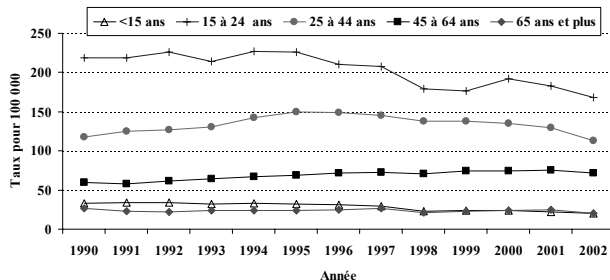
Entre 1996-1997 et 2002-2003, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide ont diminué chez les deux sexes (figure 8-5), ce qui s'explique surtout par une baisse des taux d'hospitalisation liée aux tentatives de suicide dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans (figures 8-6 et 8-7).

Figure 8-5 Hospitalisations pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux, par sexe, Canada sauf les territoires, 1990-1991 à 2002-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)



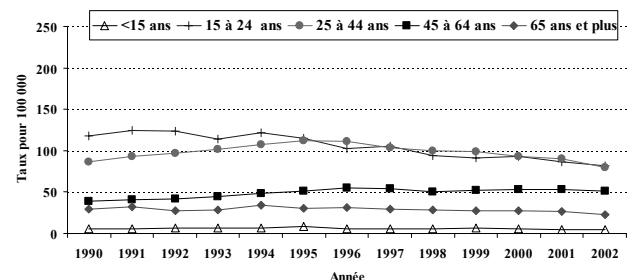
*Selon le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 8-6 Hospitalisations pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux chez les femmes, par âge, Canada sauf les territoires, 1990-1991 à 2002-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)



*Selon le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 8-7 Hospitalisations pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux chez les hommes, par âge, Canada sauf les territoires, 1990-1991 à 2002-2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)



*Selon le diagnostic principalement responsable de l'hospitalisation
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la morbidité hospitalière, Institut canadien d'information sur la santé

Suicide

Au début de 2002, Statistique Canada déclarait, dans un rapport sommaire sur les décès par suicide et les tentatives de suicide, que le suicide figure parmi les principales causes de mortalité tant chez les hommes que chez les femmes, de l'adolescence jusqu'à l'âge moyen².

En 2003, le suicide a entraîné le décès de 3 765 Canadiens (11,9 pour 100 000) : 27 personnes de moins de 15 ans; 522, de 15 à 24 ans; 1 437, de 25 à 44 ans; 1 437, de 25 à 44 ans; 1 337, de 45 à 64 ans; et 442, de 65 ans et plus. Ce total représentait 1,7 % de tous les décès au pays.

Le nombre réel de décès par suicide, toutefois, est sans doute plus élevé, soit parce que l'information

sur la nature du décès n'est parfois obtenue qu'après que le certificat de décès initial a été produit, soit parce qu'il est parfois difficile, dans certaines situations, de déterminer si la mort était intentionnelle ou non³.

Lorsque la cause du décès est incertaine, il arrive que, dans un premier temps, le coroner attribue au décès un code correspondant aux décès de cause « indéterminée » et qu'il confirme ensuite, au terme d'une enquête plus approfondie, qu'il s'agit d'un suicide. Cette nouvelle information n'est pas intégrée à la base de données sur la mortalité. La stigmatisation associée au suicide peut aussi avoir une incidence sur le codage du certificat de décès.

En 2003, de manière globale, les taux de mortalité attribuable au suicide étaient près de quatre fois plus élevés chez les hommes que chez les femmes (18,5 contre 5,4 pour 1 000).

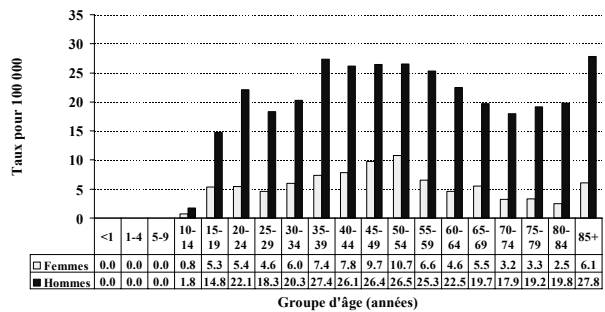
Les taux de mortalité attribuable au suicide étaient plus élevés chez les hommes adultes que chez les femmes adultes et ce, dans tous les groupes d'âge (figure 8-8). Chez les hommes, les taux suivaient une courbe ascendante jusqu'au groupe d'âge de 45 à 49 ans, après quoi, ils chutaient jusqu'à la catégorie des 65 à 69 ans, pour remonter ensuite. Chez les femmes, on observe une tendance à la hausse des taux de suicide entre le période de 10 à 14 ans et la période de 55 à 59 ans. Par la suite (après l'âge de 60 à 64 ans), les taux baissent radicalement.

Plus d'un décès sur 5 chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans était attribuable au suicide (figure 8-9). Chez les adultes, le pourcentage des décès liés au suicide diminuait avec l'âge, et il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes dans tous les groupes d'âge.

Si le taux global de mortalité attribuable au suicide a légèrement fléchi entre 1990 et 2003, la baisse était plus marquée chez les hommes que chez les femmes (figure 8-10).

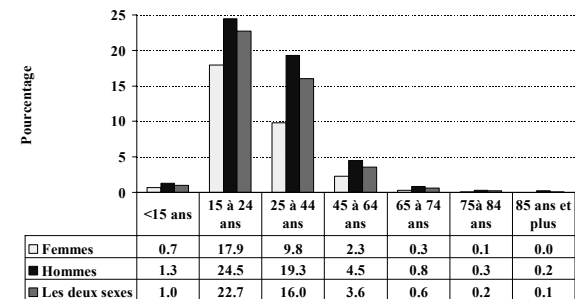
Les taux de suicide chez les femmes de tous âges ont oscillé entre 1990 et 2003, mais de manière globale, les changements ont été minimes. On a observé une légère diminution des taux chez les femmes âgées de 25 à 44 ans et de 65 à 74 ans (figure 8-11). Les taux chez les personnes âgées de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus fluctuent considérablement d'une année à l'autre, mais lorsqu'on tient compte des moyennes calculées sur cinq ans, on constate que les écarts ont été faibles ces dernières années.

Figure 8-8 Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, par âge et par sexe, Canada, 2002



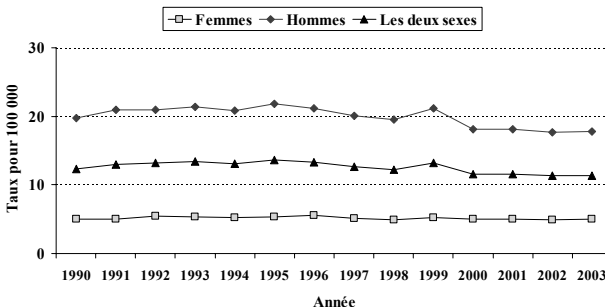
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la mortalité, Statistique Canada

Figure 8-9 Pourcentage de tous les décès liés au suicide, par âge et par sexe, Canada, 2002



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la mortalité, Statistique Canada

Figure 8-10 Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, par sexe, Canada, 1990–2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)

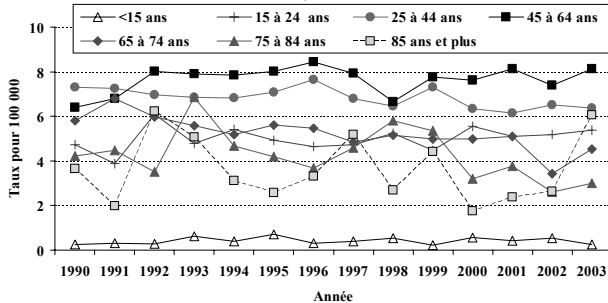


Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la mortalité, Statistique Canada

Le taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans a chuté entre 1995 et 2003. Étant donné le faible nombre de décès enregistré chez les hommes de 75 à 84 ans et de 85 ans et plus, et la taille réduite de

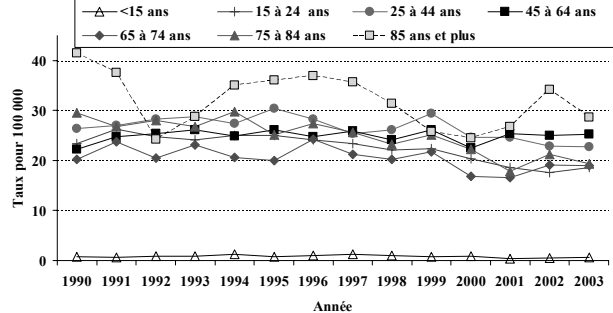
cette population, les taux de mortalité observés dans ces groupes sont instables. Il reste que les taux sont systématiquement plus élevés chez les hommes de 85 ans et plus que dans les autres groupes d'âge (figure 8-12).

Figure 8-11 Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, chez les femmes, par âge, Canada, 1990–2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la mortalité, Statistique Canada

Figure 8-12 Taux de mortalité liés au suicide pour 100 000, chez les hommes, par âge, Canada, 1990–2003 (données standardisées en fonction de la population canadienne de 1991)



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Agence de santé publique du Canada, Base de données sur la mortalité, Statistique Canada

Analyse

Plusieurs facteurs pourraient expliquer les différences de taux de suicide et de tentative de suicide constatées entre les deux sexes⁴. En effet, il est possible que les hommes aient plus souvent recours à un acte fatal, comme l'utilisation d'une arme à feu (26 %) ou la pendaison (40 %), pour exprimer leur désespoir. Même si les femmes font maintenant appel à des méthodes plus violentes, comme la pendaison, elles demeurent plus portées à choisir des méthodes non fatales, comme une surdose de médicaments, où les chances d'être ramené à la vie sont plus grandes. Les hommes suicidaires sont moins nombreux que les femmes à demander de l'aide et à confier leurs problèmes à une autre personne.

Chez les jeunes, le suicide est un événement lié en partie aux réalités propres à leur âge et aux défis qui doivent être relevés à ce stade de la vie, et qui sont sources de stress, entre autres, la formation de l'identité, l'acceptation par les pairs et l'approbation de la famille⁵. La perte d'une relation importante ou des difficultés interpersonnelles avec la famille et les amis et la perception

d'attentes élevées face au rendement scolaire sont autant de facteurs qui peuvent accabler un jeune. Ils peuvent plonger le sujet prédisposé au suicide dans un état de crise dont la seule issue semble être le suicide. Chez les jeunes, l'impulsivité et l'inexpérience face aux situations de stress peuvent aussi contribuer à l'accroissement du risque de suicide.

Les personnes âgées font face à des difficultés comparables. Elles aussi font l'expérience de la perte de relations, mais plutôt à cause du décès et de la maladie chronique chez le conjoint et les amis. Il arrive aussi qu'elles doivent composer avec la perte de leurs capacités physiques et mentales. Dans certains cas, les symptômes de la dépression ne sont pas dûment détectés et traités. Les médecins de première ligne ont un rôle important à jouer dans la détection de problèmes de maladie mentale pouvant conduire au suicide⁶. En outre, comme elles sont constamment confrontées à leur propre mortalité, il arrive que les personnes âgées choisissent d'occasionner leur décès plutôt que de le subir.

Les taux de suicide sont bien plus élevés dans certaines collectivités autochtones^{7,8,9,10}. Le chapitre 12, Santé mentale et bien-être des

populations autochtones, offre une analyse plus poussée de la santé mentale, du bien-être et du suicide dans ces populations.

Répercussions du suicide

« J'ai l'impression de me trouver dans une pièce bondée et de regarder danser les gens autour de moi sans pouvoir entendre la musique », affirme Claire, dont le père et la sœur se sont suicidés.

Lorsqu'un être aimé s'est enlevé la vie, les membres de la famille endeuillés se retrouvent vivants, abandonnés et seuls¹¹.

Le suicide a des répercussions sur tout le monde dans l'entourage de la personne : la famille, les amis et la collectivité. Dans un premier temps, toutes les personnes touchées par le suicide ressentent une immense perte. Certains se reprochent les événements ou s'interrogent sur ce qu'ils auraient pu faire pour prévenir la tragédie. Ils vivent une gamme d'émotions, notamment l'abandon, l'incrédulité, l'état de choc, un chagrin et une peine immenses et la colère. Dans certains cas, les survivants ressentent de la colère tournée vers eux-mêmes ou vers les membres de la famille ou la personne qui s'est enlevé la vie.

Parfois, un suicide occasionne d'autres suicides ou tentatives de suicide dans la collectivité ou le cercle d'amis de la personne.

Chez les Autochtones, un suicide rejait sur l'ensemble de la collectivité. Membres de la famille, amis et membres de la collectivité se livrent à des rituels, comme les cercles de guérison ou les feux sacrés, qui les aident à composer avec la perte et leur offrent la possibilité d'exprimer leurs pensées et leurs sentiments en bénéficiant de l'appui des autres.

Stigmatisation associée au suicide

La stigmatisation est infligée par la société en réponse à un acte inacceptable; elle est auto-infligée en réponse à des sentiments inacceptables¹².

La stigmatisation qui frappe le suicide s'exerce sur plusieurs plans : culturel, social, personnel et spirituel. Dans tous les cas, la stigmatisation nuit considérablement à une discussion franche et à la guérison émotionnelle.

En général, la société ne tolère pas le suicide. Cette attitude est, dans une certaine mesure, dictée par les religions, en ce sens que certaines institutions religieuses refusent l'idée qu'une personne qui s'est enlevé la vie soit inhumée sur une terre consacrée. Il en découle une stigmatisation à l'égard du suicide qui est vivement

ressentie par les membres de la famille. Il arrive que ces derniers sentent que les amis en discutent, mais comme le sujet n'est jamais abordé directement, ils ont une impression d'isolement, qu'ils vivent comme de la réprobation. Si la personne décédée souffrait aussi d'une maladie mentale, la famille et les amis doivent vivre avec la double stigmatisation liée au suicide et à la maladie mentale.

Souvent les membres de la famille et les proches amis se sentent isolés parce qu'ils ont du mal à communiquer leurs émotions en raison de la

stigmatisation liée au suicide. Ils ont de la difficulté à concevoir que quiconque puisse comprendre ce qu'ils ressentent. Au sein de la famille, il arrive que chaque membre se reproche ou reproche à d'autres le décès ou éprouve de la colère envers la personne disparue. Parce qu'ils jugent ces sentiments inacceptables, ils préfèrent dans bien des cas souffrir en silence.

En cas de suicide, il arrive que les endeuillés aient plus de facilité à exprimer leurs émotions à l'intérieur de groupes d'entraide qui peuvent les

aider énormément à intégrer le décès et l'idée de continuer de vivre sans la personne disparue.

Sur le plan spirituel, certaines personnes perdent la foi et abandonnent toute activité spirituelle, à cause de leur propre sentiment de désespoir. C'est surtout le cas si elles estiment que l'église a désapprouvé ou rejeté leur être cher parce qu'elle condamne la cause du décès.

En raison de la stigmatisation sociale, il arrive que les personnes qui envisagent de se suicider évitent d'en parler directement à d'autres et de demander de l'aide.

Causes du comportement suicidaire

Les facteurs de risque du comportement suicidaire sont complexes, et leurs modes d'interaction ne sont pas bien saisis. Il est important d'adopter une perspective écologique lorsqu'on examine les diverses « couches » d'influence qui peuvent agir sur la personne : le moi, la famille, les amis, le milieu scolaire, la collectivité, la culture, la société et l'environnement¹³.

On dénombre quatre catégories de facteurs qui sont associés au comportement suicidaire : les facteurs de prédisposition, les facteurs de déclenchement, les facteurs de contribution et les facteurs de protection¹⁴.

Facteurs de prédisposition

Il s'agit de facteurs durables qui rendent une personne vulnérable au comportement suicidaire, notamment la maladie mentale, la violence, une perte vécue tôt dans la vie, des antécédents familiaux de suicide et des relations difficiles avec les pairs.

La presque totalité des gens qui s'enlèvent la vie souffrent d'un trouble mental, comme la dépression, un trouble bipolaire, la schizophrénie, un trouble de la personnalité borderline ou la consommation problématique de substances. La dépression est le trouble le plus répandu; elle s'accompagne souvent d'une consommation

problématique de substances. Il reste que seule une minorité de personnes atteintes de dépression sont suicidaires.

Des tentatives antérieures de suicide figurent parmi les principaux facteurs de prédiction d'un suicide accompli.

Facteurs de déclenchement

Il s'agit de facteurs aigus qui engendrent une crise, les plus courants étant les pertes, par exemple la fin d'une relation amoureuse ou un divorce, la perte d'un emploi et la perte de statut social. Le devoir de réussite, les démêlés avec la justice, les difficultés financières et le rejet par la société associé à une caractéristique telle que l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle constituent également des facteurs de déclenchement.

« À l'origine de tous les cas de suicide figure une douleur psychologique intolérable [...] Il y a aussi la crainte que le traumatisme, la crise, soit sans fin, une souffrance éternelle. La personne peut se sentir enfermée, rejetée, dépourvue, délaissée, en détresse et, surtout, désespérée et impuissante. C'est le sentiment d'impuissance, de désespoir et de détresse qui est si douloureux pour bien des personnes suicidaires. La situation est intolérable et la personne veut désespérément s'en sortir. »¹⁵

[Traduction]

Facteurs de contribution

Les facteurs contributifs ont pour effet d'accroître l'exposition de la personne aux facteurs de prédisposition ou de déclenchement. Parmi ces facteurs figurent une maladie physique, des problèmes d'identité sexuelle, l'instabilité familiale, la propension à prendre des risques, les comportements autodestructeurs, le suicide d'un ami, l'isolement et la consommation problématique de substances.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont ceux qui diminuent le risque de comportement suicidaire, par exemple, la résilience, la tolérance à l'égard de la frustration, la maîtrise de soi, la capacité d'adaptation aux situations, les attentes positives face à l'avenir, le sens de l'humour et un réseau de soutien social solide, et surtout une bonne relation saine avec au moins un confident.

Prévention et traitement

À la lumière du modèle décrit ci-dessus¹⁶, les programmes de prévention du suicide doivent tenir compte des facteurs de prédisposition, de déclenchement, de contribution et de protection liés au comportement suicidaire :

- Les programmes de dépistage et de traitement précoces s'attaquent aux facteurs de prédisposition.
- Les programmes d'intervention en cas de crise visent les facteurs de déclenchement.
- Les programmes de traitement tiennent compte des facteurs de contribution.
- Les programmes de promotion de la santé mentale traitent des facteurs de protection.
- Dans les collectivités autochtones, les cérémonies et la mainmise de la collectivité sur l'éducation, le logement, l'emploi et la santé constituent des facteurs de protection, et s'attaquent en même temps aux facteurs de prédisposition¹⁷.

Bien des provinces, territoires et collectivités ont mis au point des programmes de prévention du suicide. Ces programmes doivent viser à la fois l'ensemble de la population et les personnes à risque plus élevé.

Un programme complet comprend un cadre, des objectifs généraux et particuliers et un engagement en matière de financement. La lutte contre le suicide et les tentatives de suicide recourent essentiellement à la promotion de la santé mentale

de l'ensemble de la population canadienne, à la réduction des facteurs de risque, au repérage précoce des personnes à risque de comportement suicidaire et à la réduction de la stigmatisation associée au suicide, dans le cadre de programmes d'éducation.¹⁸

Un programme complet table sur les stratégies suivantes¹⁹ :

1. Sensibiliser davantage les Canadiens et les Canadiennes de partout au pays au fait que le suicide est un problème évitable.
2. Développer une approche globale concernant les activités d'intervention et de prévention du suicide.
3. Élaborer une stratégie visant à réduire la stigmatisation et appliquer cette stratégie à toutes les activités d'intervention et de prévention du suicide et de soutien aux endeuillés.
4. Élargir les connaissances des médias sur la question du suicide.
5. Élaborer, mettre en œuvre et assurer le soutien de programmes de prévention du suicide à l'échelle communautaire, en tenant compte de la diversité culturelle et autre aux niveaux local, provincial, territorial et national.
6. Restreindre l'accessibilité des moyens de suicide et leur degré de létalité. Comme le comportement suicidaire est impulsif et se manifeste souvent au cours d'une crise

passagère, le simple fait de restreindre l'accès à des moyens de suicide efficaces peut sensiblement réduire le risque qu'une tentative de suicide ait un dénouement mortel²⁰. Dans cette optique, il s'agit entre autres de réduire l'accès aux armes à feu, aux ponts et à des lieux dangereux, et de restreindre la quantité de médicaments en vente libre et sur ordonnance que l'on peut se procurer couramment.

7. Étendre la formation visant à reconnaître les facteurs de risque, les signes précurseurs ou les comportements et celle visant à permettre des interventions efficaces par des intervenants clés, bénévoles et spécialistes.
8. Élaborer et faire la promotion de pratiques professionnelles et cliniques (stratégies prometteuses ou normes en matière de soins) servant au soutien des clients, des familles et des collectivités.
9. Améliorer l'accès et l'intégration en favorisant des liens étroits entre les différents éléments à l'intérieur du continuum soins – services – familles.
10. Établir les priorités pour les interventions et les services à offrir aux groupes présentant un risque élevé selon les conditions particulières

qui prévalent à l'échelle locale, régionale, provinciale ou territoriale.

11. Accroître le soutien en situation de crise.
12. Élargir le soutien et les services proposés aux endeuillés à la suite d'un suicide.
13. Entreprendre des activités de recherche et d'évaluation servant à l'élaboration de programmes efficaces de prévention du suicide. Les travaux de recherche doivent porter sur les causes des comportements suicidaires, sur les facteurs susceptibles d'accroître les risques liés à ces comportements et sur les facteurs de protection qui peuvent améliorer la résilience des personnes vulnérables. Les recherches doivent aussi évaluer l'efficacité des programmes de prévention du suicide.

De manière générale, les personnes âgées ne sont pas considérées comme des sujets à risque de suicide, de sorte que les signes avertisseurs passent souvent inaperçus. La Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées publiera sous peu un guide national de prévention et d'évaluation du suicide dans la population âgée²¹.

Notes de fin de chapitre

- ¹ Bland RD, Dyck RJ, Newman SC, Orn H. Attempted suicide in Edmonton. Dans : Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, éditeurs. *Suicide in Canada*. Toronto : University of Toronto Press; 1998. p. 136.
- ² Langlois S, Morrison P. Suicides et tentatives de suicide. *Rapports sur la santé*. 2002;13:2:9–25. Statistique Canada, n° au catalogue 83-003.
- ³ Langlois. Op. cit.
- ⁴ Canetto SS, Sakinofsky I. The gender paradox in suicide. *Suicide and Life and Life Threatening Behavior*. 1998;28(1):1–23.
- ⁵ White J. Comprehensive youth suicide prevention: a model for understanding. Dans : Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, éditeurs. *Suicide in Canada*. Toronto : University of Toronto Press; 1998. p. 165–226.
- ⁶ Préville M, Boyer R, Hébert R, Bravo G, Séguin M. Étude des facteurs psychologiques, sociaux et de santé reliés au suicide chez les personnes âgées. *Centre de recherche sur le vieillissement*; nov 2003.
- ⁷ White. Op. cit.
- ⁸ Santé Canada. *Savoir et agir : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*. Conseil consultatif de prévention du suicide. Ottawa : Santé Canada; 2003.
- ⁹ Kral MJ et coll. *Unikkaartuit: meanings of well-being, sadness, suicide, and change in two Inuit communities*. Final report in to the National Health Research and Development Program, Health Canada; 2003.
- ¹⁰ Commission royale sur les peuples autochtones. *Choisir la vie, un rapport spécial sur le suicide chez les Autochtones*. Ottawa : Groupe Communication Canada; 1995.
- ¹¹ Rosenfeld L. I can't hear the music. In: Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, editors. *Suicide in Canada*. Toronto: University of Toronto Press; 1998. p. 376.
- ¹² Ibid. p. 379.
- ¹³ White. Op. cit.
- ¹⁴ White. Op. cit.
- ¹⁵ Leenaars AA. Suicide, euthanasia, and assisted suicide. Dans : Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, éditeurs. *Suicide in Canada*. Toronto : University of Toronto Press; 1998. p. 460–461.
- ¹⁶ White. Op. cit.
- ¹⁷ Chandler M., Lalonde C. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*. 1998;35:191–219.
- ¹⁸ Dyck RJ, White J. Suicide Prevention in Canada: Work in Progress. Dans : Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, éditeurs. *Suicide in Canada*. Toronto : University of Toronto Press; 1998. p. 256-271.
- ¹⁹ Association canadienne pour la prévention du suicide. *Avant-projet de l'ACPS pour une stratégie nationale canadienne pour la prévention du suicide*. Accessible à : <http://www.suicideprevention.ca/>
- ²⁰ Kessler RC, Borges G, Walters EE. Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*. 1999;56:617–626.
- ²¹ Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées [Site Web]. Accessible à : <http://www.ccsmh.ca/>

CHAPITRE 9

JEUX DE HASARD ET JEU PATHOLOGIQUE

Définition des jeux de hasard et du jeu pathologique

Les jeux de hasard sont les jeux dans lesquels une personne prend le risque de perdre une chose de valeur (comme de l'argent ou des biens), sachant que la probabilité de gagner est surtout affaire de chance. Voici des exemples de jeux de hasard : jeux de casino, bingo, keno, machines à sous; billets de loterie, gratteux, billets en pochette et à languette; paris sur les résultats de jeux de cartes, de mah-jong ou de dominos; courses de chevaux; paris sportifs; jeux de compétence (comme le golf ou le billard); tombolas; jeux de hasard sur Internet; et spéculation sur le marché boursier. Les jeux de cartes et de table informels auxquels on s'adonne avec des amis ou des membres de la famille peuvent aussi faire partie des jeux de hasard.

Le **jeu pathologique**, c'est bien plus que perdre de l'argent. Même si la perte financière en est un problème central, le jeu pathologique a un effet

négatif sur tous les aspects de la vie du joueur. Les jeux de hasard sont considérés comme un problème lorsqu'ils nuisent au travail, aux études ou à d'autres activités, qu'ils portent atteinte à la santé mentale et/ou physique, qu'ils rendent plus difficile la situation financière du joueur et de sa famille, qu'ils détruisent la réputation du joueur ou qu'ils brisent les relations de ce dernier avec sa famille et son entourage¹.

Le jeu pathologique est malheureusement trop souvent un trouble caché : les joueurs pathologiques déploient d'énormes efforts pour camoufler leur problème aux autres. Contrairement à d'autres dépendances, comme la dépendance aux drogues, le jeu pathologique n'engendre pas de symptômes physiques, ce qui le rend plus difficile à détecter. Souvent, une crise financière soudaine et grave constitue le premier signe de jeu pathologique au sein d'une famille.

<u>Manifestations</u>
<u>Jeu pathologique</u>
<ul style="list-style-type: none">• Consacrer beaucoup de temps aux jeux de hasard• Faire de plus en plus souvent des paris de plus en plus élevés• Contracter de plus en plus de dettes• Se raccrocher à l'espoir de gagner « le gros lot »• Promettre de moins jouer• Mentir à propos de son comportement ou refuser de l'expliquer• Vivre des hauts et des bas fréquents• Se vanter de gagner et minimiser les pertes• Préférer les jeux de hasard à un événement familial particulier• Chercher de nouveaux endroits pour jouer, qu'ils soient situés près ou loin de la maison²

Selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, le jeu pathologique (ou problématique) est un trouble du contrôle des impulsions. La présence d'au moins cinq des manifestations suivantes mène à un diagnostic de jeu pathologique (ou problématique) :

- besoin de jouer avec des sommes d'argent croissantes pour atteindre l'état d'excitation désiré;
- efforts répétés mais infructueux pour contrôler ou arrêter la pratique du jeu;
- agitation ou irritabilité lors des tentatives de contrôle du problème;
- recours au jeu pour échapper aux difficultés;
- fréquentes tentatives de recouvrer ses pertes;
- mensonges pour dissimuler l'ampleur réelle des habitudes de jeu;
- commission de vols pour financer la pratique du jeu;
- mise en danger d'un emploi ou d'une relation importante;
- dépendance d'autrui pour obtenir de l'argent afin d'atténuer les conséquences du jeu;
- préoccupation par le jeu.

Dans quelle mesure les jeux de hasard et le jeu pathologique sont-ils courants?

Sous leurs nombreuses formes, les jeux de hasard remontent à l'antiquité. La légalisation du jeu au Canada est cependant relativement récente. En 1969, le gouvernement fédéral a modifié le *Code criminel* du Canada pour accorder aux provinces la compétence exclusive en matière de jeux de hasard. Depuis les années 1980, ces derniers ont connu une croissance rapide³.

Les gouvernements exercent habituellement quatre principaux types d'activités liées aux jeux de hasard : les loteries, les jeux de casino, les loteries vidéos et, dans certains cas, les bingos. La plus grande partie des revenus est habituellement générée par les casinos et les machines électroniques situées à l'extérieur de ces établissements.

Les revenus générés par les jeux de hasard administrés par le gouvernement constituent un moyen de mesurer l'importance de ces jeux au sein d'une population. Le revenu net généré par les loteries, les loteries vidéo et les casinos administrés par le gouvernement a augmenté pour passer de 3,2 milliards de dollars en 1993 à 11,8 milliards de dollars en 2003 (profit de 6,5 milliards). Le revenu net a donc quadruplé.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2) effectuée par Statistique Canada, les trois quarts des Canadiens (18,9 millions) âgés de 15 ans et plus ont consacré de l'argent à des jeux de hasard en 2002. Plus de un Canadien sur quatre (27 %) se décrit comme un « joueur régulier », s'adonnant aux jeux de hasard au moins une fois par semaine.

Les billets de loterie constituent les jeux de hasard les plus populaires (65 % de la population visée par l'Enquête), suivis par les billets de loterie instantanée (36 %), les jeux de casino (22 %), le bingo (8 %), les loteries vidéo à l'extérieur des casinos (6 %) et les courses de chevaux (4 %)⁴.

Selon Statistique Canada, les Canadiens âgés de 18 ans ou plus ont consacré en moyenne 483 \$ par personne aux jeux de hasard en 2002 – plus du triple du montant dépensé en 1992 (130 \$ par personne).

Ce changement spectaculaire du comportement des joueurs correspond à une toute nouvelle attitude du public à l'égard des jeux de hasard, qui, il n'y a pas si longtemps, étaient considérés comme une activité illégale et un vice social. Dans l'ensemble, les Canadiens estiment que les jeux de hasard constituent une activité acceptable. Cet appui important s'explique par le fait que cette activité est réglementée par le gouvernement⁵.

L'ESCC 1.2 de 2002 a constaté que près de un adulte sur 50 (1,5 %) courait un risque modéré de devenir un joueur pathologique (370 000 personnes), et que 0,5 % (120 000) de la

population visée par l'Enquête ont mentionné des manifestations qui correspondaient aux critères du jeu pathologique présentés dans l'Indice canadien du jeu excessif. En outre, 2,8 % des membres de la population (soit 700 000 Canadiens) étaient considérés comme présentant un certain risque, quoique peu élevé, de devenir des joueurs pathologiques.

Environ 62 % des joueurs pathologiques consacraient plus de 1 000 \$ par année au jeu, comparativement à seulement 4 % des gens qui s'adonnaient sans problème à des jeux de hasard⁶.

Qui est touché par le jeu pathologique?

Les problèmes associés aux jeux de hasard peuvent être de légers à graves, et le degré de gravité peut se modifier au fil du temps. Les joueurs éprouvent toute une gamme de problèmes en fonction d'un certain nombre de facteurs de risque et de facteurs de protection. Les problèmes peuvent surgir de façon soudaine ou s'aggraver lentement au fil des ans. Bien que n'importe quel joueur court le risque de voir se manifester un problème, selon les circonstances, certaines personnes sont plus vulnérables que d'autres.

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 1.2) de 2002, une plus forte proportion

de la population court un certain risque d'éprouver un problème de jeu pathologique dans les groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans que dans ceux de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus (figure 9-1). Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 5,8 % couraient le risque de devenir des joueurs pathologiques ou l'étaient déjà, 3,6 % couraient un risque peu élevé de le devenir, 1,8 % couraient un risque modéré, et 0,4 % étaient considérés comme des joueurs pathologiques. Les pourcentages étaient semblables dans le groupe d'âge de 25 à 44 ans.

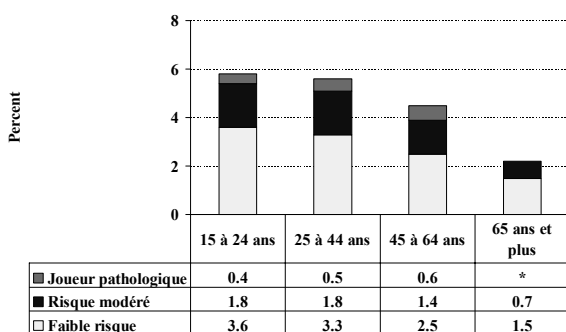
Hommes et femmes

Historiquement, la prévalence du jeu pathologique est beaucoup plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Au fil du temps, cependant, l'écart entre les sexes se rétrécit.

L'Enquête sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 1.2) de 2002 a révélé que 2 fois plus d'hommes que de femmes présentaient des manifestations correspondant aux critères du jeu pathologique (0,6 % contre 0,3 %) et de risque modéré de devenir joueur pathologique (2,0 % c. 1,0 %).

Habituellement, les hommes commencent à jouer à l'adolescence, tandis que les femmes s'adonnent au jeu plus tard dans la vie.

Figure 9-1 Jeu pathologique chez les hommes et les femmes, par groupe d'âge, Canada, 2002



* Échantillon de trop petite taille.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2002, Santé mentale et bien-être, Cycle 1.2.

Cependant, les femmes qui présentent des problèmes de jeu deviennent plus rapidement des joueuses pathologiques que les hommes. Cette situation reflète peut-être les différences entre les sexes au chapitre des raisons qui les poussent à jouer et de leurs préférences en matière de jeu : les hommes jouent habituellement pour l'excitation et les émotions que cela leur procure et le risque que présente le jeu, tandis que les femmes jouent souvent pour esquiver leurs problèmes et soulager une humeur dysphorique. La grande accessibilité des machines de jeux électroniques (comme les loteries vidéo et les machines à sous) et la plus grande acceptation sociale des jeux de hasard sont aussi considérées comme des facteurs qui contribuent à rétrécir l'écart entre les sexes^{7,8,9}.

Adolescents

Selon le Centre international d'étude sur le jeu et le comportement à risque chez les jeunes de l'Université McGill, environ 70 % des adolescents canadiens se livrent à une forme ou une autre de jeux de hasard¹⁰. À l'instar des adultes, les adolescents s'adonnent davantage aux jeux de hasard qu'il y a 20 ans.

Les adolescents sont attirés par la stimulation, le divertissement et la liberté financière offerts par les jeux de hasard. Les recherches effectuées par le Centre révèlent aussi ce qui suit :

- les jeunes hommes jouent davantage que les jeunes femmes;
- le jeu pathologique chez les jeunes est associé à de faibles capacités d'adaptation;
- de 4 à 8 % des adolescents ont un grave problème de jeu pathologique et 10 à 15 % courent un tel risque;
- les jeunes qui éprouvent un grave problème de jeu pathologique risquent davantage d'avoir des pensées suicidaires et de tenter de se suicider;
- le passage du jeu social au jeu pathologique se fait plus rapidement chez les jeunes.

Les jeunes joueurs pathologiques sont plus nombreux à consommer des drogues et de l'alcool, à avoir des relations conflictuelles avec l'autorité, à obtenir de mauvaises notes à l'école, à décrocher prématurément et à commettre des crimes graves¹¹. Il est difficile de reconnaître les joueurs pathologiques, car contrairement aux autres dépendances, le jeu pathologique n'est marqué par aucun signe visible (p. ex. intoxication, consommation).

Puisque ces jeunes font partie de la première génération exposée à un grand nombre de jeux de hasard légalisés et gérés par les gouvernements, on commence à peine à évaluer les répercussions de cette situation. Nous ne savons pas encore si les taux élevés actuels de jeu pathologique persisteront au fil du temps ou s'ils reflètent simplement le goût du risque plus élevé qu'on observe chez les adolescents, lequel diminue habituellement avec l'âge.

Aînés

L'industrie des jeux de hasard considère les aînés comme un marché cible et a lancé des programmes et des primes, comme des promotions spéciales, des moyens de transport peu coûteux et des dîners gratuits, pour les encourager à jouer¹². Les aînés aiment les jeux de hasard et soulignent qu'ils se sentent en sécurité dans les établissements bien éclairés et supervisés où ils jouent.

Parmi les raisons de jouer souvent citées par les aînés, mentionnons : les possibilités et l'accessibilité, l'ennui, la solitude, l'évasion, le soulagement de la souffrance, l'excitation, l'interaction sociale et l'espoir de gagner le gros lot¹³.

Les adultes âgés risquent moins que les jeunes adultes de devenir des joueurs pathologiques¹⁴. Cependant, les conséquences du jeu pathologique chez les aînés sont souvent plus graves que chez les jeunes adultes : les aînés sont moins en mesure de remplacer leurs économies perdues. Ceux qui ont un problème d'accoutumance

(comme l'alcoolisme, la toxicomanie ou le tabagisme), ont récemment perdu un être cher, éprouvent des problèmes de santé, ne disposent pas d'un réseau social solide et n'ont pas d'autre travail ou d'autres loisirs courent un risque plus élevé de devenir des joueurs pathologiques s'ils s'adonnent au jeu.

Autochtones

Les Autochtones jouent depuis toujours, et les jeux de hasard occupent une place importante sur les plans spirituel, émotif, psychologique et physique au sein des collectivités et entre les nations autochtones.

Au cours de la dernière décennie, les Premières nations de partout au Canada ont offert de plus en plus de possibilités de jouer à l'intérieur des réserves afin de stimuler le développement économique, de créer des emplois et de générer des revenus en vue de bâtir une infrastructure et d'élaborer des programmes sociaux¹⁵. Nous commençons tout juste à comprendre l'impact social de ce changement.

Parmi les facteurs de risque qui contribuent au jeu pathologique dans les collectivités autochtones, mentionnons les suivants :

- dislocation familiale et traumatisme intergénérationnel causés par les pensionnats;
- problèmes d'accoutumance;
- pauvreté;
- violence entre les générations¹⁶.

Maladies mentales

Les joueurs affichent un taux de maladie mentale plus élevé que la population en général. La

dépression et l'anxiété constituent les troubles les plus courants. De nombreuses personnes jouent pour atténuer un sentiment de perte, éviter les situations difficiles ou composer avec une dépression et de l'anxiété. Cependant, il semble que le jeu, plutôt que d'atténuer la dépression et l'anxiété, accentue l'humeur dysphonique^{17,18}.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), le quart des joueurs pathologiques ont déclaré avoir souffert de dépression clinique majeure à un moment donné dans leur vie, et un sur 5 avait envisagé le suicide durant l'année précédente – un taux 6 fois plus élevé que celui des joueurs non pathologiques (3 %).

On constate aussi que les joueurs pathologiques affichent des taux considérablement plus élevés de consommation problématique de substances.

Les jeux de hasard, les troubles de l'humeur et l'alcool constituent un mélange très explosif. Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), 3,1 % des personnes ayant une dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites étaient des joueurs pathologiques, comparativement à 0,4 % des gens qui ne boivent pas¹⁹. Parmi les personnes ayant une dépendance à une substance, celles qui souffraient de troubles de l'humeur ou d'anxiété étaient deux fois plus nombreuses à être des joueurs pathologiques. Il semble que la combinaison de ces trois éléments aggrave les répercussions du jeu pathologique, contribue à détériorer la santé émotive et physique et augmente le risque de suicide.

Quelles sont les répercussions du jeu pathologique?

Les personnes qui ont un problème de jeu modéré à grave en subissent les conséquences sociales, émotives, financières et physiques, notamment^{20,21} :

- des pertes financières considérables;
- des difficultés relatives au travail, y compris une baisse de productivité, une augmentation de l'absentéisme ou la perte d'emploi;
- des taux plus élevés de problèmes émotifs ou de santé graves, y compris la dépression, l'anxiété, l'alcoolisme et la toxicomanie, tant chez les joueurs que chez les membres de leur famille;
- des taux plus élevés de suicide;
- des taux plus élevés d'éclatement du couple et de la famille;
- la participation à des activités illégales (fraude, chèques sans provisions, etc.) en vue de soutenir leur passion du jeu.

Les personnes qui jouent de façon excessive demandent parfois de l'aide pour régler des problèmes de santé ou leurs problèmes financiers, professionnels ou relationnels causés par leur passion du jeu, sans s'attaquer à la cause profonde de ces problèmes. S'ils ne gèrent pas leur problème de jeu, ces personnes sont susceptibles de récidiver; malheureusement, cela ne peut qu'aggraver leur situation. Les conseillers en crédit estiment qu'une faillite personnelle sur 10 est attribuable aux jeux de hasard^{22,23}. Jusqu'aux

deux tiers des joueurs pathologiques commettent des actes illégaux afin de continuer à jouer²⁴.

Les familles subissent aussi de graves difficultés sur les plans financier, social, mental, émotif et physique attribuables au jeu compulsif. Ces familles affichent des taux plus élevés de dépression, d'anxiété, de problèmes liés au stress comme les troubles du sommeil, les ulcères et les maux de tête, et des taux élevés de pensées suicidaires et de suicide. Elles sont aussi davantage aux prises avec la violence familiale et l'éclatement de la famille. Lorsque les problèmes de jeu sont camouflés, la communication au sein de la famille et la confiance se détériorent gravement^{25,26}. Les enfants affichent des taux plus élevés de stress et de problèmes émotifs, notamment l'utilisation plus fréquente d'alcool et d'autres drogues. Ils sont aussi plus nombreux à jouer, à s'attirer des ennuis à l'école et à avoir des démêlés avec la justice²⁷.

Stigmatisation

La dépendance est souvent perçue comme une faiblesse morale. On considère les joueurs pathologiques comme des personnes faibles qui manquent de détermination. Les joueurs pathologiques cachent souvent aux autres leur comportement, qui les embarrasse. Les autres membres de la famille maintiennent souvent le secret et partagent cette gêne, brisant les liens qui les unissent normalement à leur réseau de soutien^{28,29}.

Causes du jeu pathologique

Une combinaison de facteurs environnementaux, biologiques et psychologiques mène au jeu pathologique. Et plus les facteurs convergent, plus la probabilité de devenir un joueur pathologique augmente.

Un certain nombre de théories tentent d'expliquer le jeu pathologique. Selon l'une d'elles, le jeu pathologique correspond à une accoutumance, à un état dépendant acquis au fil du temps par une personne prédisposée, qui tente d'atténuer un trouble de stress chronique³⁰. Pour être prédisposée, une personne doit d'abord afficher un état persistant d'excitation chronique ou de dépression et avoir subi, durant son enfance, des expériences qui ont engendré un sentiment profond d'inadaptation et de rejet. En outre, cette personne doit vivre dans un environnement propice aux comportements dépendants et avoir vécu un événement qui a déclenché un coup de chance et qui l'a amenée à répéter des expériences semblables par la suite. Les gens se servent de leur dépendance pour produire et maintenir un état de type dissociatif comme la « transe » du joueur pathologique³¹.

Une deuxième théorie, le modèle de Blaszczynski, décrit trois sous-groupes distincts de joueurs pathologiques³².

- Dans le premier groupe, les problèmes de jeu s'aggravent en raison de pensées ou de croyances erronées ou d'une incompréhension concernant le hasard et les probabilités. Même si les résultats des jeux de hasard sont déterminés par la chance, ces joueurs pathologiques ne se comportent pas toujours comme s'ils comprenaient qu'il est impossible d'influer sur le résultat du jeu : ils croient que leur « système » de jeu leur donne un avantage. Tout au long de leur expérience de jeu, des gains aléatoires occasionnels renforcent vraisemblablement ces croyances. Un « gros » gain dès le début est un important facteur de risque³³.

- Le deuxième groupe se sert des jeux de hasard pour esquiver ou surmonter des difficultés et tempérer une humeur négative. En jouant pendant longtemps, ils arrivent à se dissocier de leur situation douloureuse, perdant la notion du temps et de l'espace. Pourtant, on constate que le jeu ne contribue pas à atténuer les humeurs dépressives et anxieuses – en fait, la situation des joueurs se détériore en raison de leurs pertes financières inévitables.
- Le dernier groupe est probablement plus vulnérable que la population en général en raison de facteurs biologiques prédisposants. Ce groupe comprend les gens qui souffrent de maladies mentales comme la dépression, un trouble bipolaire, un trouble de la personnalité et un trouble du contrôle des impulsions comme le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA).

Facteurs de risque associés au jeu pathologique

Bon nombre de pratiques de jeu risquées et de facteurs de risque connus sont associés au développement des problèmes de jeu pathologique³⁴. Parmi les pratiques risquées, mentionnons :

- parier régulièrement de plus grosses sommes que prévu ou que l'on ne peut se permettre;
- jouer pendant des périodes prolongées et consacrer régulièrement plus de temps au jeu que prévu;
- penser constamment aux possibilités de jouer et les rechercher;
- retourner jouer sans cesse dans le but de récupérer les sommes perdues;
- emprunter de l'argent pour jouer, ou participer à des activités illégales ou immorales pour se procurer de l'argent qui servira au jeu;
- avoir une compréhension erronée des probabilités et du hasard (ou des chances de

gagner) et de fausses croyances à propos du rôle de la chance; être superstitieux et entretenir des illusions de contrôle;

- combiner le jeu à l'alcool;
- utiliser le jeu pour surmonter des problèmes ou des émotions négatives comme la colère, la solitude ou la dépression;
- jouer seul;
- avoir des antécédents personnels ou familiaux de problèmes liés aux drogues, à l'alcool, au jeu ou aux dépenses excessives;
- avoir des antécédents personnels ou familiaux de maladie mentale, particulièrement en matière de dépression, de troubles du contrôle des impulsions, de stress ou de traumatismes;
- avoir récemment subi une perte ou un changement important, comme un divorce, la perte d'un emploi, la retraite ou le décès d'un être cher;

- être isolé socialement, avoir une faible estime de soi, n'avoir aucun loisir, se sentir impuissant et contrôlé par les autres;
- éprouver des problèmes financiers.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection peuvent aider les personnes qui présentent des risques sociaux, émotionnels ou biologiques et réduire l'impact négatif des jeux de hasard³⁵. On distingue deux catégories générales de facteurs de protection : 1) un penchant et un intérêt personnels pour un mode de vie sain, et un soutien social à l'égard des comportements sains; 2) un rôle actif au sein d'institutions sociales comme la famille, l'école et les groupes religieux. Les personnes qui ont une vie sociale active, occupent un emploi gratifiant, ont une solide affiliation religieuse, exercent une grande diversité de loisirs, sont soutenues par un partenaire solidaire et ont des amis proches sont moins vulnérables au jeu pathologique.

Prévention et rétablissement

La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé de l'Organisation mondiale de la santé fournit un cadre utile pour prévenir et traiter le jeu pathologique³⁶. Ce cadre comprend le développement des compétences personnelles, le renforcement des capacités des collectivités, l'établissement de milieux favorables, l'adoption de politiques favorables à la santé publique et la réorientation des services de santé.

La sensibilisation du public, des politiques de réduction des risques, des programmes socialement responsables au sein de l'industrie du jeu, la réduction de l'accès des mineurs aux jeux de hasard et des programmes d'intervention précoce pourraient, espérons-nous, prévenir le jeu pathologique. Parmi les activités possibles, mentionnons les suivantes³⁷ :

- la sensibilisation dans les écoles;
- des messages de mise en garde affichés publiquement dans les établissements de jeu ou sur les produits associés au jeu;
- des campagnes de sensibilisation publique à propos des risques et des signes associés au jeu pathologique;
- des programmes et politiques de « jeu responsable » dans l'industrie du jeu, qui comprennent une formation destinée aux travailleurs de l'industrie du jeu, des salles de bingo et des établissements qui vendent des billets de loterie;
- des activités de promotion de la santé en milieu de travail;
- des outils d'autodiagnostic.

La sensibilisation du grand public pourrait être complétée par des interventions intensives auprès des personnes à risque élevé. Parmi ces activités, mentionnons les suivantes :

- services d'approche – établir des liens avec des groupes reconnus comme présentant des risques, comme les adolescents, les personnes âgées et les personnes qui éprouvent la maladie mentale;
- diagnostic précoce – élaborer et rendre accessibles des outils diagnostiques conviviaux permettant aux fournisseurs de soins de santé, aux conseillers financiers et à d'autres intervenants d'identifier les joueurs pathologiques parmi les personnes souffrant de maladies mentales, de toxicomanie et de troubles causés par le stress;
- sensibilisation – élaborer des programmes spécialisés adaptés à la situation et aux besoins particuliers du groupe à risque, par exemple les gens atteints de troubles de l'humeur.

Seulement une fraction réduite de ces joueurs pathologiques sollicitent une aide professionnelle spécialisée. Parmi les obstacles auxquels ils font face, mentionnons l'ambivalence à propos de l'abandon du jeu, le désir puissant de gérer soi-même ses problèmes de jeu, la stigmatisation associée au jeu pathologique, l'incertitude relative au processus de counselling et un manque de connaissances des services accessibles.

Il n'est pas inhabituel de voir des hommes jouer de façon compulsive pendant des décennies avant de demander un traitement. Par contre, les femmes veulent habituellement être traitées après quelques années de jeu pathologique.

Le jeu pathologique est associé à un puissant déni de la réalité. La plupart des gens commencent un traitement en raison de la pression exercée par leur entourage plutôt que de leur propre gré. La plupart des joueurs excessifs éprouvent des sentiments ambivalents à propos de leur dépendance; ils savent parfois qu'elle cause du tort aux gens qu'ils aiment et peuvent donc être en colère et malheureux. Comme leur passion du jeu est envahissante, même s'ils promettent de cesser, il peut leur être impossible de respecter leur promesse. Cette attitude les entraîne de plus en plus vers la dissimulation et les dettes, puisqu'ils espèrent gagner « le gros lot », qui réglerait tous leurs problèmes.

Le jeu pathologique peut être traité avec efficacité. Parmi les traitements courants, mentionnons les suivants :

- thérapie cognitivo-comportementale;
- psychothérapie individuelle et de groupe;
- relaxation, loisirs, orientation professionnelle;
- groupes d'entraide comme les Joueurs anonymes;
- traitement d'affections concomitantes.

La thérapie cognitivo-comportementale, qui vise à modifier le comportement et le mode de pensée du joueur, se révèle le traitement le plus efficace. Compte tenu du taux élevé d'interrelation entre les maladies mentales et les toxicomanies, le traitement du jeu pathologique devrait comprendre une évaluation adéquate et des traitements appropriés pour les troubles sous-jacents³⁸.

La réduction des préjudices est une méthode de counselling courante qui permet aux clients d'évaluer leur problème de jeu et de réduire l'impact négatif de ce dernier sur leur vie. Certains joueurs choisissent parfois de se fixer des limites

de temps et d'argent ou d'éviter les jeux de hasard qui leur causent le plus de tort. D'autres reconnaissent que la seule solution à leur problème est l'abstinence et qu'ils doivent arrêter complètement de jouer³⁹.

Des stratégies de prévention des rechutes permettent aux gens qui ont choisi de réduire ou de cesser leurs pratiques de jeu de diminuer la récurrence de leurs problèmes. Parmi ces stratégies, mentionnons l'établissement d'un réseau de soutien positif, la maîtrise du stress et d'autres problèmes, la compréhension et la maîtrise du besoin impérieux de jouer, la communication avec un parrain (comme un membre des Joueurs anonymes), et l'apprentissage d'habiletés fondamentales efficaces. Souvent, le traitement n'est entrepris qu'après que les patients ont accumulé des dettes importantes et souffert des graves conséquences sociales qui en résultent. Les conseillers en matière de jeu pathologique peuvent aider les joueurs à assainir leur situation financière et juridique, à renouer avec leur famille et à regagner la confiance perdue à cause de leur comportement⁴⁰.

Même si le joueur pathologique refuse le traitement, le counselling peut permettre à son conjoint ou à ses parents de prendre des mesures pour protéger leurs actifs, déterminer le moyen d'améliorer le fonctionnement de la famille et prendre mieux soin d'eux-mêmes. Des stratégies visant à encourager le joueur à envisager un changement peuvent aussi être explorées. On peut améliorer les possibilités de réussite du traitement lorsque toute la famille comprend le problème et appuie le changement.

Notes de fin de chapitre

- ¹ Centre de toxicomanie et de santé mentale. Jeu problématique : guide pour les familles. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.
- ² Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC). Fact sheet: problem gambling: the ABC's. AADAC; 2003. Accessible à :
http://corp.aadac.com/gambling/the_basics_about_gambling/problem_gambling.asp ou
http://corp.aadac.com/content/corporate/gambling/problem_gambling.pdf
- ³ Derevensky JL, Gillespie M. Gambling in Canada. *International Journal of Mental Health & Addiction*. 2005;3(1):3-14.
- ⁴ Marshall K, Wynne H. Contre vents et marées. Statistique Canada; printemps 2004. N° au catalogue 75-001-XPF. p. 7-16.
- ⁵ Azmier JJ, Kelley R, Todosichuk P. Triumph, tragedy or trade off: considering the impact of gambling. *Gambling in Canada Research Report No. 14*, 2001. Accessible à :
[http://www.cwf.ca/abcalcwf/doc.nsf/\(Publications\)/0A568C150AF0694587256BD5006219D4/\\$file/200108.pdf](http://www.cwf.ca/abcalcwf/doc.nsf/(Publications)/0A568C150AF0694587256BD5006219D4/$file/200108.pdf)
- ⁶ Statistique Canada. Jeu excessif. *Le Quotidien*; 12 déc 2003. N° au catalogue 11-001-XIF. Accessible à :
<http://www.statcan.ca/Daily/Francais/031212/d031212c.htm>
- ⁷ Shaffer HJ, LaBrie RA, LaPlante DA, Nelson SE, Stanton MV. The road less travelled: moving from distribution to determinants in the study of gambling epidemiology. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2004;49(8):504-516.
- ⁸ Hraba J, Lee G. Gender gambling and problem gambling. *J Gambling Studies*. 1996;12:83-101.
- ⁹ Toneato T, Boughton R, Borsoi D. A comparison of male and female pathological gamblers. Juin 2002. Accessible à : <http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=2365>
- ¹⁰ Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes. [Site Web.] Université McGill : Introduction aux jeux de hasard et d'argent chez les jeunes.
<http://www.education.mcgill.ca/gambling/fr/problemgambling.htm#consequences>
- ¹¹ Gupta R, Derevensky J. An examination of the differential coping styles of adolescents with gambling problems. Toronto (Ontario) : ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario; 2001.
- ¹² Centre de toxicomanie et de santé mentale. Problem gambling: seniors specialty. Dernière mise à jour le 3 août 2004. Accessible à : www.camh.net/care_treatment/problem_gambling_seniors.html
- ¹³ Centre de toxicomanie et de santé mentale. Trousse de sensibilisation au jeu problématique dans la collectivité. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2001.
- ¹⁴ Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission. Seniors and gambling. AADAC Profile Oct. 2001. Accessible à : http://corp.aadac.com/content/corporate/research/seniors_gambling_profile.pdf
- ¹⁵ Kelley R. First Nations gambling policy in Canada. *Gambling in Canada Research Report No. 12*, 2001. Accessible à : <http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=2386>
- ¹⁶ Centre de toxicomanie et de santé mentale. Trousse de sensibilisation au jeu problématique dans la collectivité.
- ¹⁷ Single E, Weibe J, Falkowski-Ham A. Exploring the evolution of problem gambling: one-year follow-up study. Ontario Problem Gambling Research Centre; 2003. Accessible à :
<http://www.gamblingresearch.org/contentdetail.sz?cid=2689>
- ¹⁸ Weibe J, Cox M, Falkowski-Ham A. Psychological and social factors associated with problem gambling in Ontario: a one year follow-up study. 2003. Ontario Problem Gambling Research Centre. Accessible à :
<http://www.gamblingresearch.org/download.sz/social%20psychological%20factors%20final%20report.pdf?docid=3829>
- ¹⁹ Rush BR, Bassani D, Urbanoski K, Wild C, Strike C, Castel S, Somers J, Kimberley D, Veldhuizen S. The co-occurrence of problem gambling, mental disorders and substance-related problems: Making the best of a bad situation. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.
- ²⁰ Impact of problem gambling. Site Web de la Fondation manitobaine de lutte contre les dépendances. Accessible à : http://www.afm.mb.ca/mainhome_22.asp?contentID=149
- ²¹ Centre de toxicomanie et de santé mentale. Jeu problématique : guide pour les familles. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.

- 22 Centre de toxicomanie et de santé mentale. Jeu problématique : guide à l'intention des conseillers financiers. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale. Projet sur le jeu problématique; 2005.
- 23 National Council on Problem Gambling. Personal financial strategies for the loved ones of problem gamblers. National Council on Problem Gambling; 2000.
- 24 Rosenthal RJ, Lesieur HR. Self-reported withdrawal symptoms and pathological gambling. 8th International Conference on Risk and Gambling. American Journal of Addictions. 1992;1(2):150-154.
- 25 Dickson-Swift VA, James EL, Kippen S. The experience of living with a problem gambler: spouses and partners speak out. Journal of Gambling Issues. Centre of Addiction and Mental Health; Mars 2005. Accessible à : http://www.camh.net/egambling/issue13/jgi_13_dicksonSwift.html
- 26 Government of Saskatchewan. Family resource guide. Saskatoon. Accessible à : http://www.health.gov.sk.ca/problemgambling/pg_effects.html#fam
- 27 Centre international d'étude sur le jeu et les comportements à risque chez les jeunes. [Site Web.] Université McGill : Introduction aux jeux de hasard et d'argent chez les jeunes. Accessible à : <http://www.education.mcgill.ca/gambling/en/problemgambling.htm#consequences>.
- 28 Alcohol and Drug Problems Association of North America. Alcohol and drug dependence is not a mental illness or behavioral disorder. Policy Position Paper No. 4. Accessible à : www.adpana.com/alcohol.html
- 29 BC Partners for Mental Health and Addictions Information. Stigma and discrimination around mental disorders and addictions: fact sheet. Accessible à : www.heretohelp.bc.ca/publications/factsheets/stigma.shtml
- 30 Jacobs, D.F. A General Theory of Addictions: Rationale for and evidence supporting a new approach for understanding and treating addictive behaviors. Dans : Shaffer JJ et al. éditeurs. Compulsive Gambling: Theory, Research and Practice. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Company; 1989.
- 31 Ibid.
- 32 Blaszczynski A. Pathways to pathological gambling: Identifying typologies. eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues. Numéro 1; mars 2000. Accessible à : <http://www.camh.net/egambling/issue1/feature/index.html>
- 33 Ladouceur R. Gambling: the hidden addiction. Revue canadienne de psychiatrie. 2004;49(8):501-503.
- 34 Centre de toxicomanie et de santé mentale. Problem Gambling Program. [Site Web.] http://www.camh.net/care_treatment/what_is_gambling.html
- 35 Ibid.
- 36 Messerlian C, Derevensky J, Gupta R. Youth gambling problems: A public health perspective. Health Promotion International. 2006;20(1):69-79.
- 37 Responsible Gambling Council of Ontario. [Site Web.] <http://www.responsiblegambling.org/search.cfm>
- 38 Toneatto T, Millar G. Assessing and treating problem gambling: empirical status and promising trends. Revue canadienne de psychiatrie. 2004;49(8):517-525.
- 39 Centre de toxicomanie et de santé mentale. Jeu problématique : enjeux et solutions. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.
- 40 Centre de toxicomanie et de santé mentale. Jeu problématique : guide pour les familles. Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.

CHAPITRE 10

**CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE DE
SUBSTANCES**

Qu'est-ce que la consommation problématique de substances?

La consommation de substances désigne l'emploi de substances psychoactives qui ont pour effet de modifier la manière de penser, de sentir ou d'agir chez l'individu. Cette consommation s'inscrit dans un continuum qui va de l'usage bénéfique à l'usage problématique¹. Au fil du temps, la personne peut demeurer à un même stade, sur ce continuum, ou encore passer d'un stade à un autre.

La **consommation bénéfique de substances** a une incidence favorable sur la vie sociale, la vie spirituelle ou la santé.

La **consommation non problématique de substances** comprend un usage récréatif, occasionnel ou autre qui a des répercussions négatives négligeables sur la santé ou la vie sociale.

La **consommation problématique de substances** s'entend de l'usage non approprié – dans le contexte – qui comporte des conséquences très néfastes ou potentiellement graves pour l'individu ou autrui². Elle comprend notamment l'abus de substances et la dépendance à une substance.

L'**abus de substances** désigne :

un « (m)ode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance [...] caractérisé par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison;
2. utilisation répétée d'une substance dans des situations qui comportent un danger physique (p. ex. la conduite d'une voiture avec facultés affaiblies);
3. problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance;

4. maintien de l'utilisation malgré les problèmes sociaux ou interpersonnels causés ou exacerbés par les effets de la substance. »³

La **dépendance à une substance** est caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :

1. tolérance accrue (besoin de quantités sensiblement plus fortes de la substance pour obtenir le même effet ou diminution de l'effet en cas d'utilisation de la même dose);
2. symptômes de sevrage en cas d'arrêt d'utilisation ou de diminution de la consommation, ou maintien de l'utilisation pour éviter les symptômes de sevrage;
3. consommation de la substance en quantité plus importante ou pendant une période plus longue que prévu;
4. désir reconnu de réduire ou d'arrêter la consommation, ou efforts infructueux dans ce sens;
5. temps considérable consacré à des activités liées à l'obtention ou à l'utilisation de la substance, ou passé à se remettre de ses effets;
6. négligence d'activités sociales ou professionnelles importantes;
7. maintien de l'utilisation même si l'individu est conscient des effets négatifs qui y sont associés.

On peut établir que la dépendance à une substance comporte une dépendance physiologique si les critères 1 et 2 sont satisfaits⁴.

L'usage d'une grande variété de substances psychoactives, notamment l'alcool, les médicaments en vente libre et vendus sur ordonnance, les drogues illicites, les solvants et les produits pour inhalation, peut engendrer la

dépendance. Le tabac n'est généralement pas inclus dans les discussions portant sur l'usage de substances, mais il est souvent décrit comme une drogue d'introduction, dans la mesure où la prévalence de la consommation d'alcool et de drogues illicites est plus élevée chez les fumeurs que chez les non-fumeurs⁵. Le présent chapitre met l'accent sur l'alcool et les drogues illicites.

La dépendance à une substance est davantage un processus qu'un phénomène isolé. Au début, la personne n'éprouve généralement pas de problèmes, mais c'est avec l'usage qu'elle peut accorder plus d'importance à la substance qu'à d'autres secteurs de sa vie. Ce processus est

tributaire de la constitution biologique de la personne et de ses réactions psychologiques à des événements de la vie, des défis, des sources de stress et de détresse et des facteurs sociaux. Il arrive que l'individu ait recours à des substances pour fuir des émotions dérangeantes et des situations éprouvantes, comme l'anxiété, les agressions ou les traumatismes. Les groupes de pairs et les groupes sociaux peuvent aussi normaliser l'usage de substances. L'individu qui est soumis à des sources professionnelles ou familiales de stress fait parfois appel à des substances connues dans une stratégie d'adaptation.

La consommation de substances est-elle répandue?

La consommation de substances psychoactives est très répandue au Canada, mais il est difficile de déterminer l'ampleur exacte du phénomène. Les enquêtes en population sont les meilleurs instruments de mesure qui existent, mais il arrive que les réponses données par les personnes sondées aux questions concernant leur consommation ne soient pas fidèles à la réalité, surtout si les substances sont illégales. C'est pourquoi le taux réel de consommation de substances psychoactives est vraisemblablement plus important que le taux signalé, et il y a lieu d'interpréter avec prudence les statistiques présentées ici.

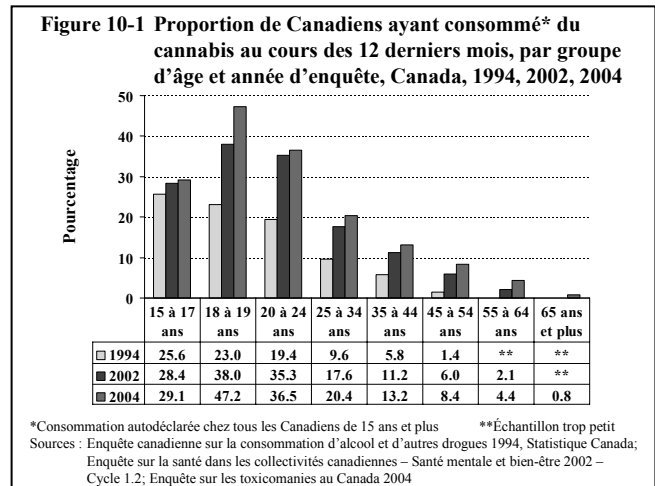
Deux récentes études réalisées auprès d'adultes de 15 ans et plus – l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2) de Statistique Canada, et l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)⁷ de 2004 – offrent des données sur la consommation de substances

au Canada. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on compare les deux enquêtes en raison de leurs différences méthodologiques, tels les taux de réponse et les méthodes de collecte de données.

Les conclusions de ces deux études sont résumées dans le tableau 10-1. Les trois quarts des adultes de 15 ans et plus avaient consommé de l'alcool à un moment donné au cours des 12 mois précédant les enquêtes respectives. Environ le tiers ont fait état d'une consommation élevée d'alcool (5 verres ou plus à une même occasion) au moins une fois au cours de ces 12 mois. La proportion d'hommes ayant signalé cette pratique était deux fois plus élevée que celle des femmes. La proportion d'adultes ayant fait usage du cannabis au cours des 12 mois précédents variait de 10,2 à 14,1 %, et 2,5 % en avaient consommé de manière quotidienne. Environ 3 % avaient consommé une autre drogue illicite au cours des 12 mois. C'est chez les jeunes adultes de 18 à 24 ans que le taux d'utilisation des drogues illicites était le plus élevé.

Tableau 10-1 Consommation autodéclarée de substances chez les adultes de 15 ans et plus, 2002 et 2004, Canada		
Substance et mesure	ESCC 1.2 2002* – Enquête au moyen d'entrevues Adultes de 15 ans et plus	ETC 2004** – Enquête téléphonique Adultes de 15 ans et plus
<u>Alcool</u>		
Ont consommé de l'alcool au cours des 12 derniers mois	77,1 % (19,3 millions) ⇒ 82,0 % des hommes; 72,5 % des femmes	79,3 % ⇒ 82,0 % des hommes; 76,8 % des femmes
Ont fait une consommation élevée d'alcool (5 verres ou plus à une même occasion) au moins une fois au cours des 12 derniers mois	35,3 % (8,8 millions) ⇒ 46,6 % des hommes; 24,3 % des femmes	
<u>Drogues illicites</u>		
Ont consommé une drogue illicite au cours des 12 derniers mois	12,6 % (3,1 millions) 15,9 % des hommes; 9,4 % des femmes Parmi ceux qui en ont consommé au cours des 12 derniers mois, 9,0 % étaient des utilisateurs quotidiens ⇒ 10,2 % des hommes; 6,9 % des femmes	
<u>Cannabis</u>		
Ont consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois	10,2 % (2,5 millions) ⇒ 12,7 % des hommes; 7,8 % des femmes	14,1 %
Ont consommé du cannabis tous les jours au cours des 12 derniers mois		2,5 % de la population totale 18,1 % des adultes ayant consommé au cours des 12 derniers mois
Ont consommé du cannabis au moins une fois au cours de leur vie		44,5 % ⇒ 50,1 % des hommes; 39,2 % des femmes
<u>Autres drogues illicites</u>		
Ont consommé des drogues illicites au cours des 12 derniers mois	Cocaïne, ecstasy, hallucinogènes, héroïne et solvants pour inhalation 2,4 % (590 000) ⇒ 3,2 % des hommes; 1,6 % des femmes	Une des substances suivantes : hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, « speed » ou héroïne 3 % des Canadiens ⇒ 4,3 % des hommes; 1,8 % des femmes Les consommateurs d'ecstasy étaient pour la plupart âgés de moins de 35 ans. La consommation de cocaïne et de « speed » a été déclarée par tous les groupes d'âge. C'est chez les hommes, les jeunes adultes de 18 à 24 ans et les résidents de milieux non ruraux que l'on a enregistré la plus forte consommation de drogues illicites.
Ont consommé des drogues illicites au cours de leur vie		Une des substances suivantes : hallucinogènes, cocaïne, ecstasy, « speed » ou héroïne 16,5 % ⇒ 11,4 % hallucinogènes ⇒ 10,6 % cocaïne ⇒ 4,1 % ecstasy ⇒ 6,4 % « speed »
* Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002.		
** Adlaf EM, Bégin P, Sawka E. Enquête sur les toxicomanies au Canada 2004.		

Selon les données tirées de l'Enquête canadienne sur la consommation d'alcool et d'autres drogues de 1994, de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2) et l'ETC de 2004, la proportion des adultes ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des 12 derniers mois a doublé ou presque entre 1994 et 2004, dans tous les groupes d'âge, sauf chez les 15 à 17 ans et les adultes de 55 ans et plus (figure 10-1).



La consommation problématique de substances est-elle répandue?

Le tableau 10-2 présente les conclusions de l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être (ESCC 1.2), réalisée en 2002 au moyen d'entrevues, et de l'Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC), enquête téléphonique menée en 2004⁶, au sujet de la consommation problématique de substances. Parmi les grands buveurs, près d'un adulte sur 5 (18,6 %) âgé de 15 ans et plus a fait état d'une consommation élevée régulière d'alcool (5 verres ou plus à une même occasion au moins une fois par semaine). Un peu plus d'un buveur actuel sur 5 a affirmé dépasser les directives relatives à la consommation d'alcool à faible risque (une moyenne de 14 verres ou moins par semaine chez les hommes, et de 9 verres ou moins par semaine chez les femmes).

Selon l'ETC, 17,0 % des buveurs d'alcool actuels ont fait état d'habitudes de consommation et de symptômes révélateurs d'un usage néfaste d'alcool ou d'une possible dépendance à cette substance. Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), environ 3 % des adultes de 15 ans et plus ont signalé des symptômes qui correspondaient aux critères de la dépendance à une substance : l'alcool, dans 2,6 % des cas, et les drogues illicites, dans 0,8 % des cas. Parmi ceux qui avaient fait usage de cannabis au cours des 3 mois précédant l'enquête, 42,9 % ont déclaré n'avoir pas réussi à contrôler leur consommation à un moment donné de leur vie, et 40,4 % ont indiqué avoir ressenti un puissant désir de consommer cette substance au cours des 3 mois précédents.

Tableau 10-2 Consommation problématique autodéclarée de substances chez les adultes de 15 ans et plus, 2002 et 2004, Canada		
Substance et mesure	ESCC 1.2 2002* – Enquête au moyen d’entrevues Adultes de 15 ans et plus	ETC 2004** – Enquête téléphonique Adultes de 15 ans et plus
<u>Alcool</u>		
Ont fait état d’une consommation élevée régulière (5 verres à une même occasion au moins une fois par semaine) au cours des 12 derniers mois	18,6% ⇒ 23,0% des hommes; 10,3% des femmes	
Ont dépassé les directives relatives à la consommation à faible risque (hommes – 14 verres ou moins par semaine; femmes – 9 verres ou moins par semaine)		22,6 % des buveurs actuels ⇒ 30,2 % des hommes et 15,1 % des femmes ayant consommé de l’alcool au cours de la dernière année
Ont signalé des symptômes qui correspondent aux critères de la dépendance à l’alcool ou aux drogues illicites	3,1 % ⇒ 2,6 % (641 000) : dépendance à l’alcool ⇒ 0,8 % (194 000) : dépendance à une drogue illicite ⇒ 4,5 % des hommes; 1,7 % des femmes	
Ont fait état d’une consommation dangereuse, ce qui révèle un usage néfaste d’alcool ou une possible dépendance à cette substance ^a ,		17,0 % des buveurs actuels ⇒ 25,1 % d’hommes; 8,9 % de femmes ayant consommé de l’alcool au cours de la dernière année
<u>Cannabis</u>		
Personnes ayant consommé du cannabis et qui ont signalé des problèmes au cours des 3 derniers mois		42,9 % ont indiqué n’avoir pas réussi à contrôler leur consommation à un moment donné de leur vie 40,4 % ont déclaré avoir ressenti un puissant désir de consommer du cannabis (au cours des 3 derniers mois)
<p>* Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002. ** Centre canadien de lutte contre l’alcoolisme et les toxicomanies. Enquête sur les toxicomanies au Canada 2004. ^a Selon l’Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) de l’Organisation mondiale de la santé. ^b Selon l’Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) de l’Organisation mondiale de la santé.</p>		

Répercussions de la consommation problématique de substances

Qui est atteint?

La prévalence de la consommation problématique de substances est plus élevée chez les hommes que chez les femmes (tableau 10-2), ce qui peut tenir au fait que les occasions de consommer ces substances sont plus nombreuses dans la population masculine⁷.

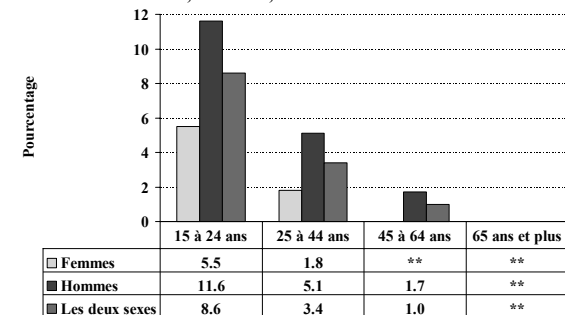
Bien que les femmes soient moins susceptibles que les hommes d'éprouver des problèmes liés à la consommation de substances, elles sont confrontées à des problèmes particuliers qui ont des conséquences importantes sur le traitement. En effet, les deux tiers des femmes aux prises avec des problèmes de consommation de substances éprouvent parallèlement d'autres types de maladie mentale, comme la dépression, un trouble de l'alimentation, l'état de stress post-traumatique ou un trouble panique. Elles sont aussi plus nombreuses à avoir été victimes de violence familiale, de viol, d'agression physique pendant l'enfance et d'inceste.

En 1989, comparativement aux hommes, les femmes ont fait état d'une plus forte consommation de médicaments de prescription, comme les analgésiques, les tranquillisants, les somnifères, les antidépresseurs et les coupe-faim. Elles étaient deux fois plus nombreuses que les hommes à recevoir une prescription de médicaments psychotropes⁸.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), la dépendance probable à une substance au cours des 12 derniers mois chutait nettement avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes (figure 10-2). Environ 1 homme sur 10 et 1 femme sur 20 âgés de 15 à 24 ans, ont signalé des symptômes correspondant aux critères de la dépendance à une substance.

Un jeune adulte sur 14 (7,0 %) âgé de 15 à 24 ans a fait état de symptômes répondant aux critères de

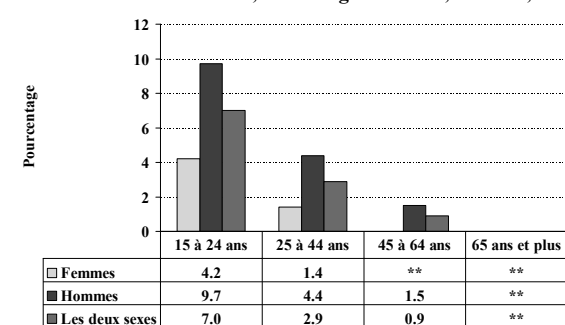
Figure 10-2 Proportion de la population ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002



** Échantillon trop petit.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Figure 10-3 Proportion de la population ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool au cours des 12 derniers mois, selon l'âge et le sexe, Canada, 2002



** Échantillon trop petit.

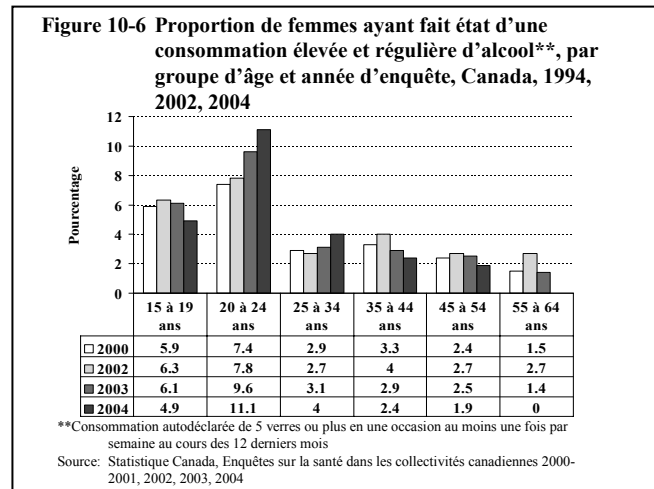
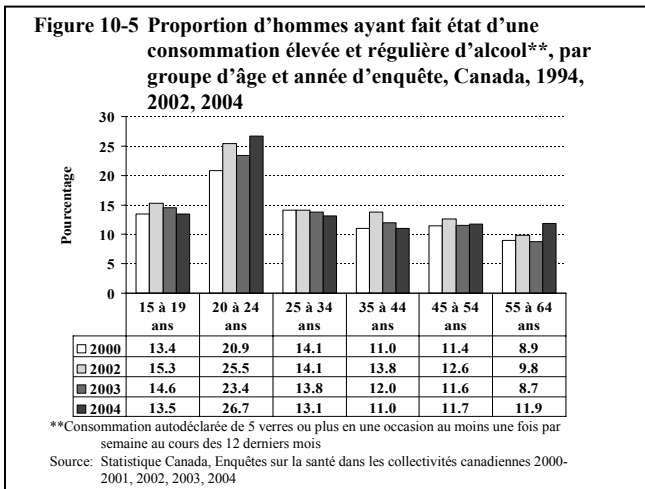
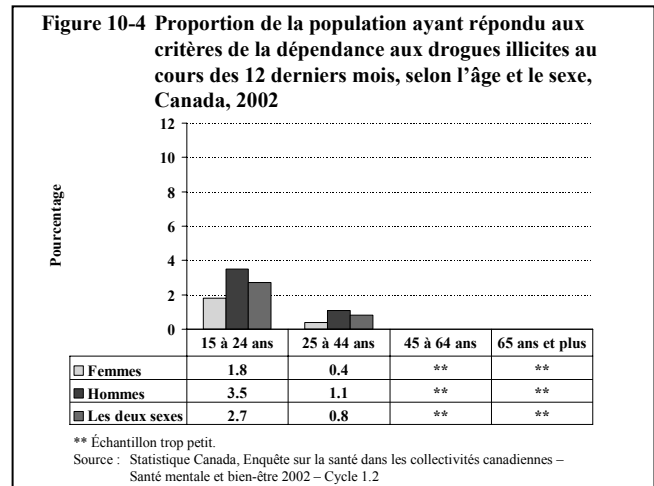
Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

la dépendance à l'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ce pourcentage est tombé à 2,9 % chez les sujets de 25 à 44 ans et à 0,9 % chez ceux de 45 à 64 ans (figure 10-3). Les hommes étaient plus nombreux que les femmes à faire état de symptômes compatibles avec les critères de la dépendance à l'alcool.

La proportion de répondants qui satisfaisaient aux critères de la dépendance à une substance était bien plus faible dans le cas des drogues illicites que dans le cas de l'alcool, mais dans les deux cas, on observe la même tendance à la baisse

avec l'âge (figure 10-4). Ces chiffres représentent sans doute une sous-estimation du phénomène de la dépendance aux drogues illicites, puisqu'il est possible que les répondants hésitent à signaler tout symptôme susceptible de les assimiler à la catégorie des personnes dépendantes.

La proportion d'hommes et de femmes âgés de 20 à 24 ans ayant fait état d'une consommation élevée régulière d'alcool (5 verres ou plus à une même occasion au moins une fois par semaine) a suivi une courbe ascendante entre 2000 et 2004, d'après les données tirées des Enquêtes sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000 - 2001, 2002, 2003 et 2004 (figures 10-5 et 10-6).



Jeunes

La figure 10-7 et le tableau 10-3 présentent les résultats de l'ETC 2004 qui concernent les jeunes. De nombreux adolescents et jeunes adultes ont déclaré être de grands buveurs (jour-type de consommation d'alcool : 5 verres ou plus), et plus d'un sur 4 a affirmé dépasser les directives hebdomadaires de consommation à faible risque (14 verres ou moins par semaine chez les hommes et 9 ou moins chez les femmes).

Presque 2 jeunes sur 3 avaient consommé du cannabis à un moment donné de leur vie, et près d'un adolescent sur 2 âgé de 18 ou 19 ans en avait

consommé au cours de la dernière année. Dix pour cent des adolescents de 15 à 19 ans et 13,4 % des jeunes adultes de 20 à 24 ans ont déclaré avoir utilisé de l'ecstasy au cours de la dernière année.

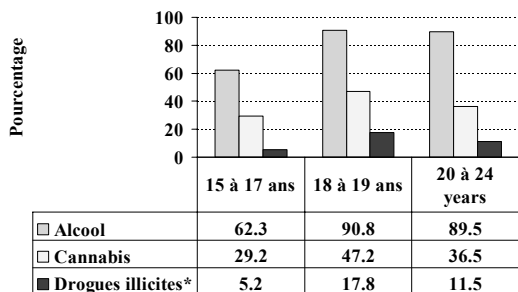
Selon l'Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire de 2002 :

- Les élèves de la 9^e et de la 10^e année ont fait l'expérience d'une grande variété de substances (figure 10-8). Les jeunes hommes étaient plus nombreux que les jeunes femmes à avoir essayé tous les types de substances.

Tableau 10-3 Consommation autodéclarée de substances chez les jeunes, Enquête sur les toxicomanies au Canada, Canada, 2004	
Indicateur	ETC 2004*
Alcool	
Jour-type de consommation d'alcool : 5 verres ou plus, chez les jeunes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année	28,8 % des 15–17 ans 42,5 % des 18–19 ans 31,6 % des 20–24 ans
Consommation élevée (5 verres ou plus à une même occasion chez les hommes ou 4 verres ou plus chez les femmes) hebdomadaire chez les jeunes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année	7,6 % des 15–17 ans 16,1 % des 18–19 ans 14,9 % des 20–24 ans
Dépassement des directives de consommation à faible risque (14 verres ou moins par semaine chez les hommes et 9 ou moins chez les femmes) chez les jeunes ayant consommé de l'alcool au cours de la dernière année	24,6 % des 15–17 ans 32,3 % des 18–19 ans 38,0 % des 20–24 ans
Cannabis	
Ont déjà consommé du cannabis	61,4 % des 15–24 ans
Ont consommé du cannabis au cours de la dernière année	29,2 % des 15–17 ans 47,2 % des 18–19 ans 36,5 % des 20–24 ans
Drogues illicites	
Ont déjà consommé des hallucinogènes, de la cocaïne, du « speed », de l'ecstasy ou de l'héroïne	19,8 % des adolescents (15–19 ans) 28,1 % des jeunes adultes (20–24 ans) Hallucinogènes - 13,2 % des adolescents et 19,2 % des jeunes adultes Cocaïne - 9,8 % des adolescents et 15,0 % des jeunes adultes Speed - 8,3 % des adolescents et 11,2 % des jeunes adultes Ecstasy - 10,1 % des adolescents et 13,4 % des jeunes adultes

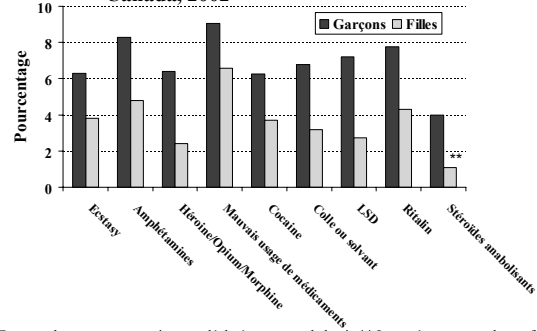
* Enquête sur les toxicomanies au Canada 2004 (ETC).

Figure 10-7 Consommation de substances chez les jeunes au cours de l'année précédant l'enquête, Canada, 2004



* Les drogues illicites comprennent les hallucinogènes, la cocaïne, le speed, l'ecstasy et l'héroïne.
Source: Enquête sur les toxicomanies au Canada 2004

Figure 10-8 Proportion d'élèves de la 9e et de la 10e année ayant consommé* diverses substances au cours de leur vie, selon le type de substance et le sexe, Canada, 2002



* Comprend toute consommation autodéclarée au cours de la vie ** Interpréter avec prudence, forte variabilité de l'échantillonnage
Source: Enquête sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire de 2002, OMS

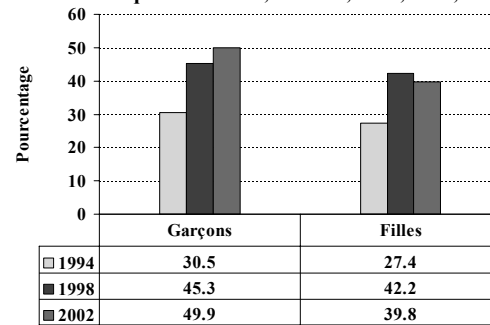
- La proportion d'élèves de la 10^e année ayant consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie a augmenté entre 1994 et 2002, tant chez les garçons que chez les filles (figure 10-9). En 2002, 49,9 % de ces garçons et 39,8 % de ces filles avaient fait usage de cannabis.

Même si la plupart des adolescents font l'expérience de l'alcool et des drogues avant de terminer leurs études secondaires, le phénomène n'aboutit pas à une consommation problématique de substances dans la vaste majorité des cas. Il reste que la consommation élevée de substances touche une proportion faible mais significative de jeunes. Chez les adolescents, la prévalence de l'usage de substances augmente avec l'âge, et elle est liée au développement psychologique du sujet au moment où l'autonomie et les relations avec les pairs acquièrent une plus grande importance. Le passage de l'école primaire à l'école secondaire est une période de vulnérabilité pour certains élèves.

Chez les jeunes, les problèmes le plus souvent associés à la consommation problématique de substances sont le vandalisme et les blessures auto-infligées. L'activité sexuelle qui accompagne la consommation de substances est lourde de conséquences, entre autres, les agressions sexuelles ou les relations sexuelles non protégées. Les taux de décrochage scolaire sont plus élevés chez les jeunes qui consomment des substances de manière régulière ou excessive.

Comparativement aux autres adolescents, les jeunes de la rue – les enfants et les adolescents dont la situation de logement est précaire ou marquée par le sans-abrisme chronique – affichent de forts taux de consommation élevée d'alcool et d'usage de drogues illicites. Ils sont aussi plus nombreux à faire usage de substances dans le but de s'intoxiquer et à consommer plus d'une substance, d'où les risques de synergie liés à l'utilisation de différentes substances⁹. Une étude multiculturelle réalisée au Canada indique qu'en 1989, plus du quart des jeunes de la rue ont fait état d'une consommation élevée régulière d'alcool. Soixante et onze pour cent des

Figure 10-9 Proportion d'élèves de la 10^e année ayant consommé* du cannabis au cours de leur vie, selon l'année d'enquête et le sexe, Canada, 1994, 1998, 2002



* Comprend toute consommation autodéclarée au cours de la vie. Remarque : Les élèves de la 9^e année n'ont pas été interrogés en 1994 et en 1998.
Source : Enquêtes sur les comportements liés à la santé des enfants d'âge scolaire de 1994, 1998 et 2002, OMS

répondants ont déclaré avoir consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête, et 31 %, de la cocaïne¹⁰. L'injection de drogues est aussi répandue chez les jeunes de la rue, ce qui les expose au risque d'infection par le VIH et d'autres virus transmissibles par le sang, comme le virus de l'hépatite C.

Personnes âgées

L'alcool est la substance la plus couramment consommée dans la population âgée. Selon l'ETC 2004, 14,8 % des Canadiens de plus de 65 ans consommaient de l'alcool quatre fois ou plus par semaine. Avec le vieillissement, les risques de douleurs ou d'insomnie entraînés par les problèmes de santé augmentent.

Les chances de réussite du traitement sont plus grandes lorsque la consommation problématique de substances débute après l'âge de 40 ans¹¹.

Le mauvais usage de l'alcool peut aggraver d'autres problèmes de santé et accroître le risque de chutes chez les personnes âgées. Certains de ces risques découlent de l'abus d'alcool tout au cours de la vie, mais même une consommation élevée d'apparition tardive peut avoir des effets indésirables sur la santé. Les personnes âgées ont souvent recours aux médicaments. Or, l'interaction possible de l'alcool et des médicaments de prescription ou en vente libre peut diminuer l'efficacité des médicaments ou entraîner des effets indésirables. Parmi les signes généralement

révélateurs d'une consommation problématique de substances chez les personnes âgées figurent les pertes de mémoire, les chutes et les troubles cognitifs. En attribuant ces phénomènes au processus naturel de vieillissement, on risque de passer à côté des cas où ils sont causés par la consommation problématique de substances¹².

Maladies mentales

Le lien entre les maladies mentales et la consommation problématique de substances est complexe. Chez certaines personnes, les problèmes de santé mentale contribuent à la consommation problématique de substances. Chez d'autres, c'est l'inverse qui se produit : la consommation problématique de substances contribue à l'apparition de la maladie mentale.

L'usage de substances qui n'est ni de l'abus ni de la dépendance, peut aussi nuire au rétablissement de certaines personnes atteintes de maladie mentale. C'est donc un facteur important à prendre en considération dans le cadre du traitement. Les substances peuvent aussi interagir avec les médicaments psychotropes, réduisant ainsi leur efficacité¹³.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), environ un adulte sur 10 atteint d'un trouble anxieux (9,6 %) ou d'un trouble de l'humeur (11,3 %) répondait aux critères de la dépendance à une substance au cours des 12 derniers mois. Cette proportion était plus élevée que celle de la population générale qui présentait des symptômes de dépendance à une substance (3,0 %).

Chez les personnes alcoolodépendantes, 15 % avaient aussi souffert de dépression au cours de la dernière année, contre 4,8 % de la population générale. La prévalence de la dépression était encore plus élevée (26 %) chez les personnes ayant une dépendance à des drogues illicites. Les femmes dépendantes à l'alcool étaient environ 2 fois plus nombreuses que les hommes à souffrir également de dépression¹⁴.

Personnes gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles

La consommation problématique de substances est significativement plus élevée dans les communautés gaies, lesbiennes, bisexuelles, transgenres et transsexuelles que dans la population générale¹⁵. Environ 30 % des personnes gaies ou lesbiennes ont des antécédents d'abus de substances, contre 10 à 12 % de la population générale¹⁶. On pense que le fait de devoir faire face aux manifestations de l'homophobie (comme le harcèlement ou les agressions, la marginalisation en milieu scolaire et le besoin perçu de cacher son identité et son orientation) mène à une consommation de drogues et d'alcool supérieure à la moyenne.

Peuples autochtones

La consommation problématique d'alcool et de drogues est un sujet de préoccupation généralisé dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Selon les enquêtes menées dans certaines régions, les trois quarts de tous les résidents estiment qu'il s'agit d'un problème dans leur collectivité; environ le tiers, qu'il s'agit d'un problème dans leur propre famille ou ménage; près du quart considèrent avoir eux-mêmes un problème de consommation d'alcool ou devoir restreindre leur consommation^{17,18}.

Malgré ces signes, les enquêtes aboutissent généralement à la conclusion que la proportion de la population des Premières nations et des Inuits qui consomme de l'alcool est inférieure à la moyenne. Le problème semble tenir au fait que bon nombre de ceux qui boivent sont de grands buveurs (5 verres ou plus à une même occasion). Alors que moins de la moitié des buveurs au Canada consomment des quantités élevées d'alcool, 74 % des buveurs inuits le font au moins à l'occasion, et la proportion chez les membres des Premières nations semble comparable (selon les chiffres provenant d'une province) (voir le chapitre 12, Santé mentale et bien-être des populations autochtones, tableau 12-4).

Facteurs socioéconomiques

D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2)¹⁹, les personnes séparées ou divorcées ou n'ayant jamais été mariées, appartenant à un ménage à faible revenu ou ne possédant pas un diplôme d'études

Quelles sont les répercussions pour les personnes atteintes?

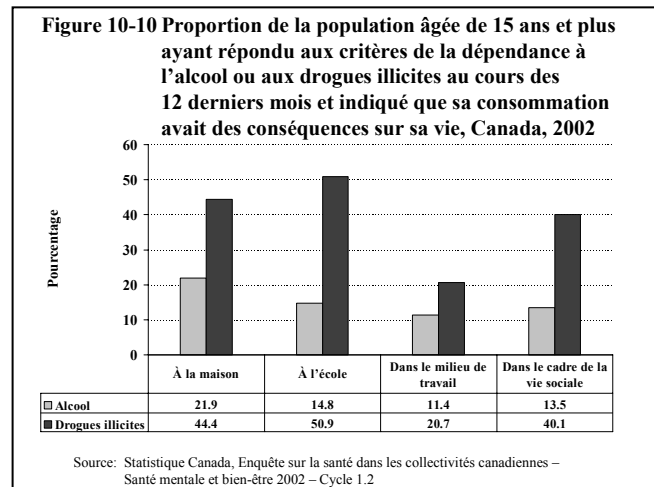
D'après l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), le tiers (32,9 %) des personnes qui répondaient aux critères de la dépendance aux drogues illicites et 15,2 % de celles qui satisfaisaient aux critères de la dépendance à l'alcool au cours des 12 derniers mois ont déclaré que leur consommation de substances avait eu des conséquences sur leur vie. Les personnes dépendantes aux drogues illicites étaient beaucoup plus nombreuses que les personnes alcoolodépendantes à en subir des conséquences à la maison, à l'école, au travail ou dans le cadre de leur vie sociale (figure 10-10).

Problèmes liés à la santé

La consommation élevée d'alcool et de drogues est associée à de nombreux problèmes de santé, notamment : chutes, accidents de la route, cirrhose, problèmes cardiaques, troubles gastro-intestinaux, impuissance, carences nutritionnelles, démence liée à l'alcool, cancer du foie et autres formes de cancer, lésions cérébrales et toxicité aiguë. On estime qu'au cours d'une année donnée, la proportion de toutes les hospitalisations au Canada qui découlent de ces problèmes de santé imputables à une forte consommation d'alcool ou de drogues s'élève à 8 %, et qu'elle représente 10 % du nombre total de journées d'hospitalisation²⁰. Les femmes courent plus de risques de souffrir d'une cirrhose du foie, même en consommant une moins grande quantité d'alcool pendant une période plus brève.

La consommation de drogues illicites contribue à la survenue de cas de psychose provoquée par les drogues et d'agression liée aux drogues, ainsi que de VIH/sida et d'hépatite B et C chez les utilisateurs de drogues par injection.

postsecondaires étaient plus susceptibles que les autres de présenter des symptômes de dépendance à une substance. Les personnes nées à l'extérieur du Canada étaient moins nombreuses à faire état de symptômes de dépendance à l'alcool.



L'usage problématique de substances accroît le risque de suicide²¹ (voir aussi le chapitre 8, Comportement suicidaire).

La conduite avec les facultés affaiblies par l'alcool ou d'autres substances demeure une cause importante d'accidents de la route, de blessures et de décès au Canada. En 2001, 38 % des conducteurs ayant perdu la vie dans un accident de la route, ont testé positif pour la présence d'alcool²².

L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) désigne un éventail de malformations congénitales causées par une forte consommation d'alcool pendant la grossesse, y compris les suivantes : les malformations faciales ou cardiaques, les déformations squelettiques, rénales, oculaires ou auditives; le retard de croissance; le dysfonctionnement du système nerveux central (SNC) et les troubles neurodéveloppementaux. Le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) ou l'ETCAF toucherait entre 1 et 3 naissances vivantes sur 1 000 en

Amérique du Nord^{23,24}. Comme les chercheurs n'ont pas pu déterminer un seuil acceptable de consommation d'alcool chez la femme enceinte, il est sage d'éviter toute consommation d'alcool pendant la grossesse.

Répercussions sur la famille

Un problème de consommation de substances éprouvé par une personne rejaille presque toujours sur les autres membres de la famille, qu'il s'agisse du conjoint, des parents, des enfants ou des autres proches. Les échanges à l'intérieur de la famille se déroulent dans un climat moins transparent, puisque les membres de la famille évitent d'aborder des questions qui les préoccupent ou d'exprimer leurs émotions; les cas d'éclatement de la famille sont fréquents. Certains membres de la famille assument des responsabilités qui ont été abandonnées par la personne, ce qui mène à une tension due au rôle. On observe aussi une augmentation du risque de violence physique et psychologique dans la famille.

Les parents aux prises avec des problèmes de consommation de substances sont plus susceptibles de brimer ou de négliger les besoins physiques, émotifs et cognitifs de leurs enfants. La vie familiale est perturbée : la discipline, la routine quotidienne et les rôles de chaque membre de la famille s'en ressentent. Les enfants élevés dans un milieu caractérisé par l'abus de substances sont plus susceptibles d'éprouver des problèmes de santé physique et mentale, notamment la consommation problématique de substances et les troubles de l'alimentation, d'avoir un rendement scolaire moins satisfaisant et d'avoir des démêlés avec la justice²⁵.

Milieu de travail

Au nombre des répercussions de la consommation problématique de substances sur le milieu de travail figurent les blessures et les décès, la baisse de productivité, l'absentéisme, les fortes demandes de prestations, les retards, le vol, le roulement élevé, la prise de mauvaises décisions, des

problèmes relationnels entre les employés et le moral bas²⁶.

Répercussions économiques

La dépendance aux substances, loin de rejallir uniquement sur l'intéressé même, peut être lourde de conséquences pour la famille, la collectivité et l'ensemble de la société.

En 2002, les coûts estimatifs liés à l'abus de substances pour l'économie canadienne s'élevaient à 39,8 milliards \$ par an (24,3 milliards \$ en perte de productivité et 8,8 milliards en soins de santé), soit environ 1 267 \$ par personne. Les coûts liés à l'abus d'alcool ont représenté 14,6 milliards \$, soit 7,1 milliards sous forme de baisse de productivité au travail et de décès prématurés, 3,1 milliards de mesures d'application de la loi et 3,3 milliards de soins de santé.

Le coût de la consommation de drogues illicites a été estimé à 8,2 milliards \$ en 2002, soit 4,7 milliards sous forme de baisse de productivité au travail et de décès prématurés, 2,3 milliards de mesures d'application de la loi et 1,1 milliard de soins de santé²⁷.

Démêlés avec la justice

La consommation de substances et la dépendance aux substances sont souvent associées à des activités illégales qui impliquent le recours à des ressources policières, judiciaires et correctionnelles²⁸.

Il est reconnu que l'abus de substances est un problème qui touche une forte proportion de détenus.

Chez les hommes :

- 34,3 %, 45,8 % et 42,1 % des détenus des établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, respectivement, présentaient un problème de consommation d'alcool;
- 36,4 %, 51,2 % et 51,4 % des détenus des établissements à sécurité minimale, moyenne

et maximale, respectivement, présentaient un problème de consommation de drogue.

Chez les femmes :

- 29,3 %, 49,4 % et 69,6 % des détenues des établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, respectivement, présentaient un problème de consommation d'alcool;
- 40,1 %, 67,5 % et 78,3 % des détenues des établissements à sécurité minimale, moyenne et maximale, respectivement, présentaient un problème de consommation de drogue²⁹.

Stigmatisation

Les personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances sont perçues comme des êtres faibles, qui manquent de volonté. C'est pourquoi il s'agit dans bien des cas d'un aspect de leur réalité qu'elles ne révèlent pas à leur entourage. La remarque vaut surtout pour les femmes qui subissent de fortes sanctions sociales lorsqu'elles font face à des problèmes de consommation de substances. Cette stigmatisation influe sur la démarche qu'entreprendra ou non l'individu pour obtenir de l'aide pour lutter contre son problème de consommation.

Causes de l'abus de substances et de la dépendance aux substances

La consommation problématique de substances découle non pas d'une seule cause, mais d'un ensemble de facteurs biologiques, environnementaux et psychologiques.

Facteurs biologiques

Il existe une prédisposition génétique à la dépendance aux substances. Des études ont montré que les enfants nés de parents alcoolodépendants présentent un risque accru de dépendance à l'alcool³⁰.

Les effets physiologiques de l'usage prolongé de substances sur l'organisme, le cerveau et le système nerveux contribuent également à la dépendance.

Les personnes qui ressentent un plaisir intense ou un soulagement à des émotions accablantes, comme l'anxiété, la colère ou la dépression, lorsqu'elles consomment une substance, courent aussi plus de risques d'acquiescer une dépendance à des substances psychotropes.

Il arrive que les effets de l'alcool soient plus marqués chez les personnes âgées en raison des changements physiologiques entraînés par le

vieillesse, qui ralentissent le métabolisme. Au nombre de ces changements figurent l'augmentation de la masse adipeuse par rapport au poids corporel total ainsi que la diminution de la masse maigre et du volume total d'eau dans l'organisme.

Stress psychologique

Il arrive que l'on utilise l'alcool ou les drogues pour faire face au stress et à la détresse psychologiques engendrés par diverses sources :

- les traumatismes vécus pendant l'enfance (violence physique ou sexuelle, négligence ou abandon);
- la violence subie tant par les femmes que par les hommes;
- les pertes importantes comme la perte d'emploi, le décès, le divorce ou la retraite;
- les symptômes pénibles de la maladie mentale;
- l'état de stress post-traumatique (ESPT) qui peut être engendré par les expériences de combat, les accidents, les agressions, le vol

qualifié, le viol ou d'autres événements graves qui mettent la vie en péril;

- la maladie, la dégradation, l'isolement et la perte (d'êtres chers, de rôles, de réseaux de soutien social), surtout chez les personnes âgées.

Il arrive que les réfugiés portent un lourd passé marqué par la guerre, la violence, les déplacements internes ou externes, les pertes et le deuil. Ces expériences les prédisposent à vivre un certain nombre de problèmes, dont la consommation de substances.

Maladie physique

Lorsqu'une douleur chronique découlant d'une maladie physique ou d'un accident est traitée au moyen d'opiacés prescrits, certaines personnes acquièrent une dépendance à ces médicaments et sont incapables de s'en passer même lorsque la douleur a disparu.

D'autres personnes ont recours à des substances telles que l'alcool pour traiter elles-mêmes la douleur, l'insomnie ou d'autres problèmes physiques ou incapacités.

Facteurs sociaux

Les valeurs et les croyances de l'individu concernant l'acceptabilité de l'usage de substances et la consommation proprement dite de substances sont tributaires des attitudes de la famille, des amis et des pairs à cet égard. La consommation d'alcool est largement présentée comme une façon agréable de rehausser des événements sociaux. Chez les jeunes, la facilité d'accès aux substances, les pressions exercées par les pairs et le désir de « s'intégrer au groupe » sont autant de facteurs qui jouent un rôle dans la consommation de substances.

De nombreuses personnes ne sont pas à l'aise en société, dans les fréquentations ou dans les relations professionnelles. La plupart parviennent à composer avec leurs insécurités et leur timidité; certaines, par contre, se tournent vers l'alcool ou les drogues pour atténuer leur gêne. L'usage modéré d'une substance peut, avec le temps, se transformer en consommation problématique et aboutir à la dépendance. Cet état de choses peut nuire encore plus à l'acquisition d'aptitudes sociales, étant donnée que progressivement, l'individu s'isole et devient préoccupé par son problème de dépendance.

Prévention et rétablissement

Lancée en 1987, la Stratégie canadienne antidrogue représente la réponse du gouvernement fédéral à la question de la consommation dommageable de substances. Elle vise à faire en sorte que les Canadiens puissent vivre dans une société de plus en plus exempte des méfaits associés à l'usage problématique de substances. La stratégie table sur une démarche équilibrée axée aussi bien sur la demande que sur l'offre de drogues. Elle contribue à améliorer la santé et la sécurité de la population canadienne par la prévention, le traitement, l'application de la loi et la réduction des méfaits³¹.

- La **prévention** comprend des mesures visant à prévenir l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et substances au moyen de l'éducation, afin d'aider les gens à faire des choix éclairés et favorables à la santé;
- Le **traitement** (et le rétablissement) met l'accent sur les activités qui s'adressent aux personnes ayant acquis une dépendance malsaine aux substances licites ou illicites;
- Les mesures d'**application de la loi** visent à stopper l'importation, l'exportation, la production, la distribution et la possession illégales des substances réglementées, ainsi

qu'à saisir et à confisquer les produits du commerce de la drogue.

- La **réduction des méfaits** met l'accent sur les mesures qui visent à restreindre les effets secondaires possibles de la consommation de substances, comme la propagation du VIH/sida et de l'hépatite C.

La Stratégie canadienne antidrogue a pour objectifs de créer des milieux favorables à la santé et à la résilience des individus, des familles et des collectivités afin de prévenir l'usage problématique de l'alcool et d'autres drogues et substances et de réduire les risques pour les individus, les familles et les collectivités associés à la consommation d'alcool et d'autres drogues et substances.

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (ESCC 1.2), une forte proportion de Canadiens répondant aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites ont indiqué ne pas avoir consulté de professionnel au cours des 12 derniers mois, soit 80,1 % des cas d'alcoolodépendance et 65,3 % des cas de dépendance aux drogues illicites (figure 10-11). Le médecin de famille était le professionnel de la santé le plus souvent consulté, soit par 12,3% des cas d'alcoolodépendance et 20,5 % des cas de dépendance aux drogues illicites. Les travailleurs sociaux ont été consultés par 14,4 % des personnes présentant une dépendance aux drogues illicites.

Il arrive que des personnes soient déclarées, ou qu'elles se déclarent elles-mêmes, dépendantes à une substance dans divers contextes autres que celui du système de santé, par exemple les milieux scolaire, de travail, carcéral ou judiciaire, ou encore le secteur des programmes communautaires et des services sociaux. Les professionnels œuvrant dans ces milieux doivent être conscients de ces problèmes et être préparés à y faire face.

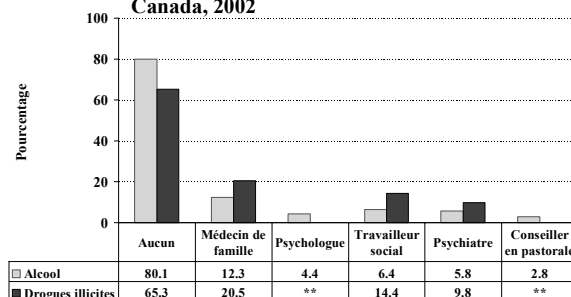
Comme les voies qui mènent à la consommation problématique de substances sont complexes, il faut que le traitement et le rétablissement tiennent compte des besoins particuliers de chaque

individu pour donner les résultats escomptés. Autrement dit, ils doivent s'attaquer aussi bien à l'usage problématique de substances et à ses méfaits qu'aux facteurs qui contribuent à l'apparition et à la perpétuation du phénomène. Dans cette optique, il pourrait être nécessaire de tabler sur une formation en aptitudes sociales et un apprentissage de l'autonomie fonctionnelle, la gestion du stress et la thérapie cognitivo-comportementale. La mise à contribution de la famille est un aspect important du traitement, pour aider à consolider la cellule familiale, à améliorer la communication et à favoriser un rétablissement et un changement définitifs.

La promotion de l'abstinence (l'arrêt complet de la consommation de la substance) repose sur un modèle qui assimile la dépendance à une maladie et qui a été dominant pendant des décennies. L'objectif consiste à encourager le client à renoncer complètement à la substance.

La réduction des méfaits est une démarche appliquée à des politiques et à des programmes, qui met l'accent sur la réduction des méfaits subis par la personne qui consomme des drogues, sans nécessairement exiger d'elle une diminution de la consommation ou l'abstinence. Cette approche axée sur la santé publique vise à limiter et, par la suite, à réduire les répercussions de la consommation sur les plans de la santé, de la vie sociale et de la situation économique pour l'individu, sa famille et l'ensemble de la collectivité.

Figure 10-11 Proportion de la population âgée de 15 ans et plus ayant répondu aux critères de la dépendance à l'alcool ou aux drogues illicites au cours des 12 derniers mois et ayant consulté un professionnel, Canada, 2002



** Échantillon trop petit.

Source : Statistique Canada, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale et bien-être 2002 – Cycle 1.2

Cette approche reconnaît que la consommation d'alcool et d'autres drogues et substances est une réalité qui a des effets dommageables sur la société, et que l'accès aux services de santé et aux services sociaux est un droit qui revient à toute personne, qu'elle consomme abusivement ou non une substance. Elle préconise des changements de comportement chez l'individu, y compris l'adoption de pratiques ou d'habitudes de consommation à risque plus faible, tout en reconnaissant que l'abstinence est une solution possible. Elle détermine une série d'objectifs réalistes qui, pris un à la fois, peuvent mener à une vie plus saine pour l'individu qui consomme une substance et à une collectivité plus sûre et plus saine³².

Parmi les stratégies de réduction des méfaits figurent :

- les programmes d'échange de seringues;
- les thérapies de substitution, comme les traitements d'entretien à la méthadone destinés aux consommateurs d'héroïne;
- le matériel didactique qui enseigne les techniques d'injection sécuritaire et les pratiques sexuelles sans risque;
- la distribution de condoms et de digues dentaires;
- les aiguillages vers les professionnels de la santé qui traiteront les effets sur la santé de l'usage problématique de substances sans porter de jugement.

Les stratégies de prévention des rechutes aident à réduire le risque de réapparition d'un problème de consommation de substances. La rechute est une partie prévue du rétablissement et du processus d'apprentissage. Les stratégies de prévention utilisées consistent entre autres à aider le client à se créer un bon réseau de soutien, à reconnaître les facteurs déclencheurs, à communiquer avec un parrain (comme chez les Alcooliques anonymes), à acquérir des capacités fonctionnelles, des techniques de relaxation et la capacité d'occuper leur temps de loisirs, à obtenir un logement et un emploi plus satisfaisants et à se

livrer à d'autres activités qui répondent à ses besoins particuliers.

Les divers traitements offerts aux personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances visent à répondre aux besoins d'un groupe restreint de gens, ceux qui se perçoivent eux-mêmes comme ayant de graves problèmes, ceux qui ont été adressés par des employeurs ou des intervenants en santé, ou ceux qui ont eu des démêlés avec la justice en raison de leur consommation de substances. Les possibilités offertes dans le cadre des services de traitement sont diverses.

Les centres de gestion du sevrage (services de désintoxication) offrent de courts séjours dans un milieu communautaire non médical et mettent l'accent sur les besoins élémentaires de la vie — nourriture, abri, douches, vêtements propres, orientation vers un professionnel de la santé en cas de symptômes de sevrage, aide sociale et logement.

Tous ne souffrent pas de symptômes de sevrage. Ceux qui en présentent peuvent les contrôler, croit-on maintenant, en consultation externe, en suivant un traitement pharmaceutique de courte durée (comme des benzodiazépines, en cas de sevrage alcoolique) qui les aide à traverser la période où les symptômes sont le plus aigus. Les recherches ont montré que les personnes âgées ont besoin de plus d'attention et de soins pendant la période de sevrage et que la période de désintoxication est sensiblement plus longue dans leur cas^{33,34}.

L'hospitalisation peut apporter une aide à la personne qui vit des conséquences aiguës graves de la consommation problématique de substances, comme les surdoses, les complications physiques qui mettent en péril la vie, un épisode de maladie mentale qui met en danger l'intéressé même ou d'autres personnes, ou des tentatives de suicide.

Les personnes qui bénéficient de services de traitement en établissement sont celles dont le milieu social est instable ou malsain. Elles

considèrent qu'elles ne possèdent pas les compétences interpersonnelles, relationnelles ou professionnelles voulues pour résister à leur environnement et être traitées dans la collectivité. On considère dans leur cas qu'il est bénéfique de les soustraire complètement à leur environnement avant d'entreprendre un traitement à plus long terme, suivi d'un aiguillage vers des services de consultation externe ou des services communautaires ou d'un retour vers ces services.

Les médicaments peuvent être utilisés pour réduire les symptômes du sevrage. Ils peuvent aussi atténuer ou bloquer les effets renforçants de la substance, réduire l'état de manque ou rendre extrêmement désagréable l'utilisation continue de la substance. Certains médicaments servent de substitut d'une substance beaucoup plus nocive, comme la méthadone à la place de l'héroïne. Certaines personnes se voient prescrire des médicaments contre des troubles physiques ou mentaux concomitants.

Les thérapies cognitivo-comportementales aident les gens à reconnaître les divers facteurs déclencheurs qui mènent à l'usage problématique de substances et offrent de nouvelles façons de gérer l'humeur et les comportements. La thérapie de groupe permet aux gens aux prises avec des problèmes analogues d'apprendre de nouvelles façons d'envisager les choses et de se comporter, les changements souhaitables étant renforcés par les pairs. La thérapie familiale ou conjugale aide les gens à entretenir des relations interpersonnelles plus harmonieuses.

De nombreuses personnes qui éprouvent des problèmes de consommation de substances ont recours à une intervention professionnelle conjuguée à un groupe d'entraide, alors que d'autres optent pour l'une ou l'autre de ces formules. Les Alcooliques anonymes (AA) sont sans doute le groupe d'entraide le mieux connu de

tous, où des gens qui « sont passés par là » servent de modèles de comportement positifs.

Les témoignages personnels permettent à l'individu de se rendre compte qu'il y a de la lumière au bout du tunnel. Le programme de parrainage apparie chaque membre à un autre qui l'accompagne dans sa démarche et vers qui il peut se tourner lorsque l'état de manque se fait sentir de manière très aiguë. De plus, les gens qui vivent des rechutes peuvent retourner aux AA et les quitter à plusieurs reprises sans risquer d'être jugés.

Il existe également des groupes d'entraide pour aider les conjoints, partenaires et enfants de personnes qui éprouvent un problème de consommation de substances à apprendre à comprendre ce comportement, à s'y adapter et à éviter de l'encourager.

Divers services communautaires sont mis à la disposition de personnes aux prises avec des problèmes de consommation de substances (et de santé mentale), entre autres les logements supervisés, la prise en charge de cas, les équipes communautaires de traitement actif, les programmes de déjudiciarisation, les centres de jour, les lignes d'écoute téléphonique, les programmes d'emploi et les programmes d'activités sociales/récréatives. La plupart des gens souhaitent vivre, travailler et apprendre dans leur propre collectivité tout en y recevant de l'aide pour faire face à leurs problèmes; or, ces services sont conformes à cet objectif.

Si l'on fait abstraction des troubles de l'humeur et des troubles anxieux – où il est recommandé de s'attaquer d'abord à l'usage problématique de substances -, il est conseillé, d'après les directives concernant les pratiques exemplaires relatives à tous les autres troubles psychiatriques, d'adopter une stratégie de traitement intégrée qui tienne compte des deux problèmes en même temps³⁵.

Notes de fin de chapitre

- 1 British Columbia Ministry of Health Services. Every door is the right door. A British Columbia planning framework to address problematic substance abuse and addiction; mai 2004. p. 8. Accessible à : <http://www.healthservices.gov.bc.ca/mhd>
- 2 Santé Canada. Explorer les liens entre la santé mentale et l'usage de substances. Santé Canada; 1996. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/pubs/drugs-drogues/mental-mentale_discussion/drugs-drogues_definition_f.html
- 3 American Psychiatric Association; Guelfi JD. DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition. Paris : Masson; 1996.
- 4 Ibid.
- 5 Santé Canada. Op. cit.
- 6 Adlaf EM, Bégin P, Sawka E. Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC) : une enquête nationale sur la consommation d'alcool et d'autres drogues par les Canadiens : la prévalence de l'usage et les méfaits – rapport détaillé. Ottawa; 2005. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/substan/alc-can/overview-aperçu/index_f.html
- 7 Van Etten ML, Neumark YD, Anthony JC. Male-female differences in the earliest stages of drug involvement. *Addiction*. 1999;94:1413-1419.
- 8 Santé et Bien-être social Canada. Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues, 1990. Accessible à : http://www.health.gov.nl.ca/health/commhlth_old/factlist/WOMEN.HTM
- 9 Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies; Centre de toxicomanie et de santé mentale. Profil canadien : l'alcool, le tabac et les autres drogues, 1999. Accessible à : http://www.camh.net/FR/Publications/CAMH_Publications/canadian_profile_fr.html
- 10 Radford JL, King AJC, Warren WK. Les jeunes des rues face au sida. Ottawa : Santé et Bien-être social Canada; 1989.
- 11 Widner S, Zeichner A. Alcohol abuse in the elderly: Review of epidemiology research and treatment. *Clinical Gerontologist*. 1991;11(1):3–18.
- 12 Spencer C. Alcohol and seniors: 2004. Accessible à : www.agingincanada.ca
- 13 Lukassen J, Beaudet MP. Alcohol dependence and depression among heavy drinkers in Canada. *Social Science & Medicine*. 2005;61:1658-1667.
- 14 Ibid.
- 15 Risdon C, Peterkin A. Substance abuse. Dans : *Caring for lesbian and gay people: a clinical guide*. Toronto : University of Toronto Press; 2003.
- 16 Cabaj RP, Stein TS, éditeurs. *Textbook on homosexuality and mental health*. Washington (DC) : American Psychiatric Press; 1996.
- 17 Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1997 : un résumé du rapport national et des rapports régionaux, ONSA, Centre des Premières nations; 2004. Accessible à : http://www.naho.ca/firstnations/french/first_survey1997.php
- 18 Statistique Canada. Enquête auprès des peuples autochtones de 2001. Totalisations personnalisées préparées pour la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada, février 2004, Ottawa, Statistique Canada, 2001.
- 19 Tjepkema M. Dépendance à l'alcool et aux drogues illicites. Ottawa : Statistique Canada; 2004. Accessible à : http://www.statcan.ca/francais/freepub/82-003-SIF/2004000/dependance_f.html
- 20 Single E, Robson L, Xiaodi X, Rehm J. The costs of substance abuse in Canada; 1996. Accessible à : www.ccsa.ca
- 21 Substance Abuse and Mental Health Services Administration. The National Household Survey on Drug Abuse: Substance Use and the Risk of Suicide Among Youths. July 12, 2002. Accessible à : <http://www.oas.samhsa.gov/2k2/suicide/suicide.htm>
- 22 Santé Canada. Stratégie canadienne antidrogue. p. 7. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-drogues/index_f.html
- 23 Coles C. Impact of prenatal alcohol exposure on the newborn and the child. *Clin Obstet Gynaecol*. 1993;36:255–266.
- 24 Quinby PM, Graham AV. Substance abuse among women. *Prim Care*. 1993;20:31–139.

- 25 Alberta Alcohol and Drug Abuse Commission (AADAC). Addiction in the Family: The ABCs. Accessible à : http://corp.aadac.com/alcohol/the_basics_about_alcohol/alcohol_addiction_in_family.asp
- 26 Centre canadien d'hygiène et de sécurité au travail. Abus de substances en milieu de travail. Dernière mise à jour : 14 nov 2002. Accessible à : <http://www.cchst.ca/reponsesst/psychosocial/substance.html>
- 27 Rehm J, Baliunas D, Brochu S, Fischer B, Gnam W, Patra J, et coll. The social costs of substance abuse in Canada. 2006.
- 28 Parnanen K, Cousineau MM, Brochu S, Sun F. Proportions des crimes associés à l'alcool et aux drogues au Canada, 2002. Accessible à : <http://www.ccsa.ca/CCSA/FR/Topics/Populations/OffendersOverview.htm>
- 29 Laishes J. A health care needs assessment of federal inmates. Revue canadienne de santé publique. 2004;95:1:S36–S48.
- 30 Bierut LJ, Dinwiddie SH, Begleiter H, Crowe RR, Hesselbrock V, Nurnberger JI, Porjesz B, Schuckit MA, Reich T. Familial Transmission of Substance Dependence: Alcohol, Marijuana, Cocaine, and Habitual Smoking: A Report From the Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism. Arch Gen Psychiatry. 1998;55:982–988.
- 31 Santé Canada. Stratégie canadienne antidrogue. Accessible à : http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/drugs-droques/index_f.html
- 32 Santé Canada. Proposed CDS Harm Reduction Policy Statement Draft Outline. 2006.
- 33 Kraemar KL, Mayo-Smith MF, Calkins DR. Impact of age on the severity, course and complications of alcohol withdrawal. Archives of Internal Medicine. 1997;157(19):2234–2241.
- 34 Brower KJ, Mudd S, Blow FC, Young JP, Hill EM. Severity and treatment of alcohol withdrawal in elderly versus younger patients. Alcoholism: Clinical and Experimental Research. 1994;18(1):196–201.
- 35 American Psychiatric Association. Practice guidelines for the treatment of patients with substance abuse disorders: Alcohol, cocaine, opioids. 2004. Accessible à : www.psych.org

CHAPITRE 11

HOSPITALISATION ET MALADIE MENTALE

L'hospitalisation pour cause de maladie mentale – Survivance historique

Au X^e siècle, au Moyen-Orient, et au début du XIX^e siècle, en Europe, les asiles psychiatriques accueillait les gens qui souffraient d'une maladie mentale afin qu'ils puissent se reposer et recevoir des soins personnels en vue de recouvrer la santé. En Europe, ces établissements représentaient un changement par rapport à la démonisation et à l'emprisonnement dont de nombreux patients psychiatriques avaient été victimes auparavant — du moins pour ceux qui en avaient des moyens. Les pauvres souffrant d'une maladie mentale ont continué de vivre entassés à l'extérieur des villes fortifiées, risquant de se faire lapider.

Au Canada, les services de santé mentale ont d'abord adopté une approche humanitaire, avec la construction d'asiles destinés aux malades mentaux dans le Haut-Canada et le Bas-Canada à la fin du XIX^e siècle. Certaines personnes souffrant d'une maladie mentale ont été retirées des prisons et des asiles de pauvres et placées dans ces établissements.

Au début du XX^e siècle, toutefois, l'attention personnelle et l'environnement thérapeutique qu'on trouvait dans les asiles avaient été remplacés par un modèle de traitement établi dans des établissements psychiatriques plus importants et fondé sur le service de garde impersonnel et le milieu morne des hôpitaux publics destinés aux malades mentaux. Cette dégradation des services s'est poursuivie pendant la première moitié du XX^e siècle, avec la construction de grands établissements isolés qui ne disposaient pas du personnel suffisant pour maintenir la qualité des soins fournis dans les anciens asiles. L'attention thérapeutique limitée portée aux malades et, en définitive, l'efficacité limitée des traitements psychiatriques¹ trahissaient la vocation première de l'hospitalisation psychiatrique et présentaient une solution de rechange : le retrait des malades mentaux de la scène publique².

Avec l'introduction d'antidépresseurs et de médicaments antipsychotiques efficaces durant les années 1950, on a pu mieux maîtriser les symptômes psychotiques, permettant aux malades mentaux de vivre à l'extérieur des établissements. Un certain nombre d'autres facteurs ont aussi motivé la désinstitutionnalisation : les mauvaises conditions de vie, les coûts d'exploitation élevés des hôpitaux psychiatriques, l'importance accrue accordée au traitement dans la collectivité et dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux, et les restrictions plus strictes concernant l'hospitalisation forcée des malades dans les établissements psychiatriques. Au cours de la deuxième moitié du XX^e siècle, la population des hôpitaux psychiatriques a chuté de façon spectaculaire. En 1980, le nombre de patients qui vivaient dans des hôpitaux psychiatriques avait considérablement diminué par rapport au sommet de 66 000 patients atteint après la Deuxième Guerre mondiale³. Ce déclin a été en partie compensé par une augmentation du nombre de services fournis dans les unités psychiatriques des hôpitaux généraux. De 1960 à 1976, le nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques canadiens a diminué, passant de 47 633 à 15 011, tandis que le nombre de lits psychiatriques dans les hôpitaux généraux a grimpé, passant de 844 à 5 836⁴.

Les efforts initiaux déployés pour répondre aux besoins en réadaptation, en traitement et en logement de la population psychiatrique désinstitutionnalisée se sont révélés inadéquats. En 1970, de nombreuses personnes atteintes d'une maladie mentale vivaient dans la rue ou étaient incarcérées. Dans les grands centres urbains, le problème prenait des proportions inquiétantes et était souvent exacerbé par la toxicomanie.

La désinstitutionnalisation a été particulièrement dramatique pour les personnes gravement atteintes de la maladie mentale, puisque le traitement offert par les unités psychiatriques des

hôpitaux généraux et dans la collectivité était soit trop fragmenté, soit simplement inadapté aux besoins de cette population déplacée⁵. En outre, la transition pouvait se révéler très difficile pour les personnes qui avaient vécu en établissement

pendant de nombreuses années; bon nombre d'entre elles ne possédaient pas les compétences fondamentales nécessaires pour survivre à l'extérieur de l'établissement.

Rôle actuel de l'hospitalisation dans la maladie mentale

Aujourd'hui, l'hospitalisation ne constitue que l'une des nombreuses approches du traitement des maladies mentales au Canada. En raison de l'évolution des médicaments psychiatriques, de l'élaboration de toute une gamme de services communautaires et des coûts élevés associés à l'institutionnalisation, la plupart des soins en santé mentale sont fournis à l'extérieur des hôpitaux. En outre, en raison d'une meilleure compréhension des maladies mentales et de leurs traitements possibles, on peut maintenant établir des distinctions importantes entre les maladies mentales modérées, qui représentent la plupart des cas, et les maladies graves et persistantes plus susceptibles d'exiger des soins dans des hôpitaux spécialisés⁶.

Pour les personnes qui souffrent de maladie mentale grave et celles qui sont en situation de crise, l'hospitalisation demeure un élément essentiel du continuum thérapeutique⁷. La nature des soins psychiatriques hospitaliers a cependant changé; le traitement est aujourd'hui généralement administré dans un cadre plus vaste, qui met l'accent sur des soins de plus courte durée et des soins de transition ayant pour objectif ultime la réintégration de la personne dans la collectivité. En effet, l'intégration (ou la réintégration) communautaire est invariablement le résultat souhaité dans la plupart des modèles de traitement des maladies mentales.

L'hospitalisation offre une attention médicale immédiate et une évaluation complète de l'état de santé mentale et physique du patient. Elle favorise la reprise du traitement médicamenteux et permet une psychothérapie auprès de psychiatres, de psychologues, de travailleurs sociaux, d'ergothérapeutes ou d'autres professionnels de la

santé mentale qui peuvent aider à stabiliser l'état du patient. L'hospitalisation contre le gré du patient joue un rôle crucial dans l'évitement des méfaits associés aux maladies mentales non traitées.

L'hospitalisation ne doit pas nécessairement être ininterrompue ou de longue durée. En 2002-2003, près de la moitié des départs liés à une maladie mentale des hôpitaux généraux⁸ sont survenus après un séjour d'une semaine ou moins, et plus de 85 %, après un séjour d'un mois ou moins.

Le financement d'unités psychiatriques de soins de courte durée dans les hôpitaux généraux a favorisé l'établissement de liens plus solides entre les soins psychiatriques et les soins primaires et généraux.

Une fois que leur état s'est stabilisé, de nombreux patients hospitalisés sont aiguillés vers des programmes d'hospitalisation partielle, qui leur permettent de recevoir un traitement dans un hôpital durant le jour et de rentrer chez eux le soir. Ces services hospitaliers peuvent aider le malade à prendre connaissance des services qui s'offrent à lui en milieu communautaire et à amorcer une transition vers ces services.

La transition vers des services communautaires ne s'effectue toutefois pas sans problème. Il arrive que ces services soient inappropriés, aient une portée insuffisante ou ne disposent pas des ressources voulues pour fournir les services psychiatriques nécessaires⁹.

En raison de la restructuration du système et de la diminution simultanée du nombre de lits psychiatriques, certaines personnes qui deviennent instables en raison d'une récurrence

de leurs symptômes ou parce qu'elles ont cessé de prendre leurs médicaments peuvent « tomber entre les mailles du filet ». Ces personnes peuvent se retrouver dans la misère, dans la rue ou en prison. En effet, l'augmentation du nombre de détenus atteints d'une maladie mentale donne à penser que certains malades mentaux troquent leur chambre d'hôpital contre une cellule^{10,11}.

En effet, la prestation discontinue de soins inadéquats après l'hospitalisation est fréquente chez les personnes âgées ayant vécu avec la

schizophrénie pendant la majeure partie de leur vie. Après leur départ d'un établissement psychiatrique, elles peuvent se retrouver dans un établissement de soins prolongés, où l'accès aux professionnels en santé mentale laisse généralement à désirer. Ce phénomène a lieu malgré le fait que selon les estimations, de 80 à 90 % de la clientèle des établissements de soins prolongés souffre d'un trouble mental (notamment démence, délire, trouble de l'humeur, trouble psychotique, trouble de la personnalité)¹².

Raisons de l'hospitalisation et durée du séjour

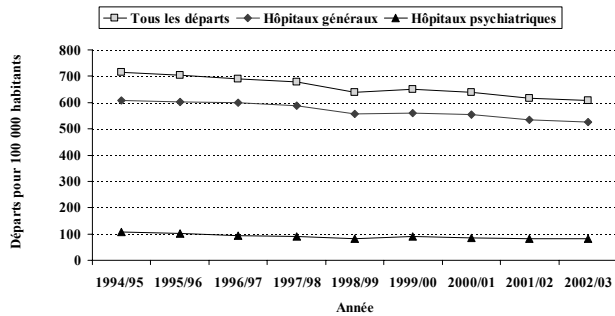
Selon Statistique Canada et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les taux de départ des hôpitaux (qui comprennent les congés et les décès) liés à une maladie mentale diminuent au Canada depuis le début des années 1980^{13,14}.

Le nombre de départs pour 100 000 habitants s'élevait à 769 en 1982-1983, à 727 en 1992-1993 et à 606 en 2002-2003. Le nombre de départs des hôpitaux généraux pour 100 000 habitants se chiffrait à 630 en 1982-1983, à 619 en 1992-1993 et à 525 en 2002-2003. Quant au nombre de

départs des hôpitaux psychiatriques pour 100 000 habitants, il s'élevait à 150 en 1982-1983, à 116 en 1992-1993 et à 81 en 2002-2003. (La figure 11-1 illustre la diminution des taux de départ des hôpitaux entre 1994-1995 et 2002-2003.)

Depuis le début des années 1980, la plupart des départs des patients hospitalisés pour maladie mentale concernaient des hôpitaux généraux : 82 % en 1982-1983, 85 % en 1992-1993 et 87 % en 2002-2003^{15,16}.

Figure 11-1 Taux de départ des hôpitaux liés à une maladie mentale, par type d'hôpitaux, Canada, 1994–1995 à 2002–2003

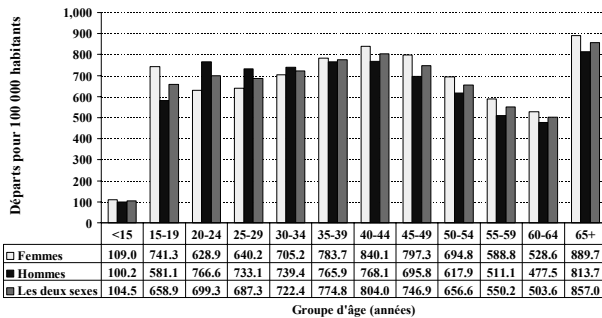


Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

Ces pourcentages sont conformes aux changements systémiques apportés à la façon de fournir des services de santé mentale. Avec la restructuration continue du secteur des soins tertiaires de santé mentale, on s'attend à ce que le rôle des hôpitaux psychiatriques continue de diminuer.

L'hospitalisation pour cause de maladie mentale semble avoir un lien avec l'âge, particulièrement au stade de l'adolescence. Il semble que le taux d'hospitalisation augmente de façon spectaculaire dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans (figure 11-2). Il s'agit de l'âge où de nombreuses maladies mentales font leur apparition, comme les troubles de l'humeur et la dépendance à une substance. Les taux d'hospitalisation augmentent aussi au groupe d'âge de 65 ans et plus, période qui correspond à l'apparition de troubles organiques comme la démence.

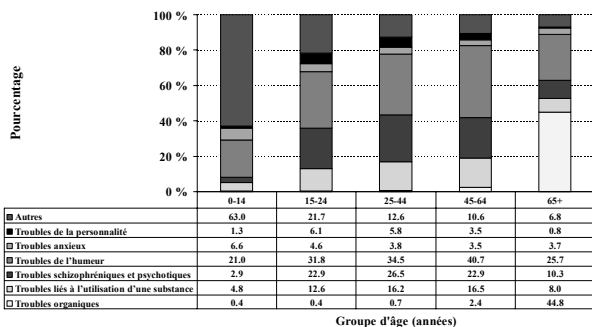
Figure 11-2 Taux de départ des hôpitaux liés à une maladie mentale, par group d'âge, Canada, 2002–2003



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

L'âge semble également lié au type de maladie mentale diagnostiquée au départ de l'hôpital (figure 11-3). Dans le cas des départs de clients d'âgés de moins de 15 ans, le diagnostic « autre » (qui comprend le trouble d'adaptation, le trouble déficitaire de l'attention et le comportement perturbateur) était plus fréquent. De 15 à 64 ans, les troubles de l'humeur et les troubles schizophréniques et psychotiques constituaient les diagnostics les plus fréquents dans le cas des départs des hôpitaux liés à une maladie mentale. Chez les aînés, les troubles organiques étaient le diagnostic le plus courant.

Figure 11-3 Pourcentage des départs des hôpitaux liés à une maladie mentale, selon le type de trouble et l'âge, Canada, 2002–2003



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

La durée moyenne du séjour (DMS) à l'hôpital peut servir d'indicateur de l'intensité de l'utilisation des services, ainsi que de la gravité et de la nature d'un état pathologique particulier. La DMS pour une maladie mentale a changé au cours des 20 dernières années, aussi bien dans les hôpitaux généraux que dans les hôpitaux psychiatriques (figure 11-4) :

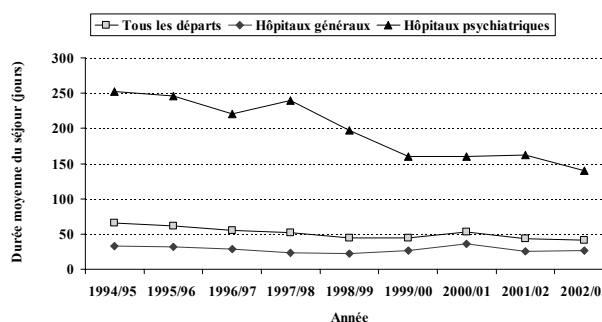
- la DMS était de 27 jours, de 33 jours et de 26 jours dans les hôpitaux généraux en 1982-1983, en 1992-1993 et en 2002-2003, respectivement;
- au cours des mêmes périodes, la DMS était de 193 jours, de 274 jours et de 140 jours, respectivement, dans les hôpitaux psychiatriques.

Même si seulement 13 % des départs des hôpitaux en 2002-2003 ont eu lieu dans des hôpitaux psychiatriques, les séjours dans les hôpitaux psychiatriques étaient à l'origine d'une plus forte proportion des jours d'hospitalisation totaux (46 % en 2002-2003) parce que la DMS y était beaucoup plus longue que dans les hôpitaux généraux. Au cours des 20 dernières années, cette proportion des jours d'hospitalisation a diminué – elle était de 61 % en 1982-1983 et de 64 % en 1993-1994.

Dans une certaine mesure, les différences relatives à la DMS entre les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques reflètent les différents types de maladies qui y sont traitées. Parmi les départs des hôpitaux généraux, la catégorie de diagnostic la plus importante était celle des troubles de l'humeur (34,7 %) (figure 11-5).

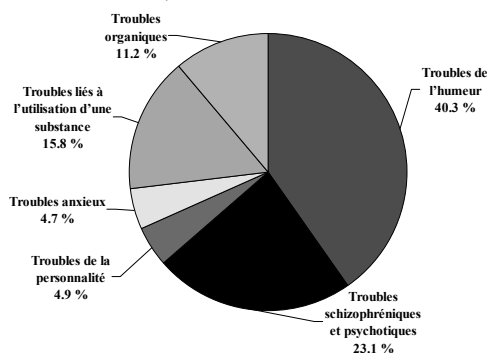
En comparaison, les troubles schizophréniques et psychotiques (30,9 %) constituaient la catégorie de diagnostic la plus importante dans le cas des départs des hôpitaux psychiatriques (figure 11-6). Les idées délirantes et les troubles de la pensée gravement incapacitants qui caractérisent la schizophrénie exigent souvent

Figure 11-4 Durée moyenne du séjour pour une maladie mentale, par type d'hôpital, Canada, 1994-1995 à 2002-2003



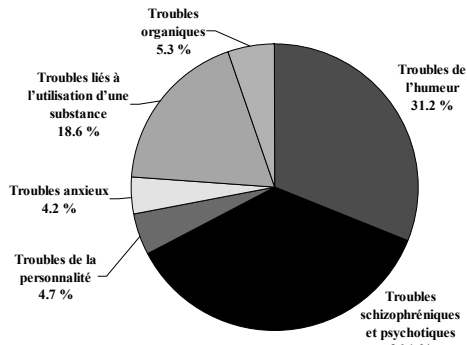
Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 11-5 Pourcentages des départs des hôpitaux généraux liés à une maladie mentale, selon le diagnostic, Canada, 2002-2003



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

Figure 11-6 Pourcentages des départs des hôpitaux psychiatriques, selon le diagnostic, Canada, 2002-2003



Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

les soins spécialisés et les séjours prolongés offerts par les hôpitaux psychiatriques. Par conséquent, la DMS associée aux départs des hôpitaux psychiatriques dans les cas de schizophrénie est généralement la plus longue, tous types d'hôpital et de diagnostic confondus.

La distinction entre hôpitaux psychiatriques et hôpitaux généraux qui fournissent des services de santé mentale est plutôt simple. Toutefois, les différences entre les provinces quant aux types d'établissements qui fournissent des services aux patients hospitalisés en raison d'une maladie mentale ne permettent pas toujours d'établir une distinction aussi nette. Par exemple, les maisons de soins infirmiers qui fournissent des soins de longue durée à des personnes atteintes de déficit intellectuel grave au Québec sont classées dans la catégorie des hôpitaux généraux, mais elles ne correspondent pas à la définition classique de ce type d'hôpital, qui offre généralement des soins de courte durée. Néanmoins, cette division demeure utile puisqu'elle permet de distinguer les types de services.

Certaines des caractéristiques des personnes hospitalisées dans des hôpitaux généraux et dans des hôpitaux psychiatriques sont présentées dans le tableau 11-1.

- Un plus grand nombre de femmes que d'hommes étaient hospitalisées dans des hôpitaux généraux, ce qui peut être associé à une plus forte prévalence des troubles de l'humeur chez la femme.
- Un plus grand nombre d'hommes que de femmes étaient hospitalisés dans des hôpitaux psychiatriques, ce qui peut être associé à l'impact plus précoce et plus important de la schizophrénie chez l'homme.
- La maladie mentale peut toucher les jeunes dès l'enfance, mais l'hospitalisation ne débute avec une certaine régularité qu'à l'adolescence et au début de l'âge adulte.
- Plus de 60 % des hospitalisations se produisent entre 45 et 64 ans, étape de la vie généralement productive sur le plan professionnel.

Tableau 11-1 Caractéristiques générales des patients, par type d'hôpital, Canada, 2002–2003			
	Hôpital général	Hôpital psychiatrique	Total
Âge moyen (années)	44,3	42,9	44,1
Hommes (%)	46,4	56,1	47,7
Groupe d'âge (%)			
0 à 14 ans	3,5	1,6	3,2
15 à 24 ans	15,5	14,5	15,3
25 à 44 ans	37,3	42,7	38,0
45 à 64 ans	25,3	27,8	25,6
65 ans et plus	18,5	13,4	17,9
Décès dans les hôpitaux (%)	0,8	1,3	0,9
Présence d'au moins une maladie mentale supplémentaire durant le séjour (%)	43,5	48,2	44,1

Source : Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier, Institut canadien d'information sur la santé

- Les maladies mentales continuent de frapper les personnes âgées de plus de 65 ans, à une période où bon nombre d'entre elles doivent aussi faire face à la maladie physique et à d'autres changements importants dans leur vie.

Le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) intitulé *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada (2002-2003)* présente une analyse plus approfondie des données sur l'hospitalisation pour cause de troubles de l'humeur, de schizophrénie et de troubles liés à la consommation d'une substance.

Grâce aux changements apportés à la prestation des soins en santé mentale, le traitement dans les hôpitaux généraux est plus courant; de plus, les soins primaires et les services communautaires permettent, dans bien des cas, d'éviter l'hospitalisation. Même si le traitement en milieu hospitalier demeure un élément important des soins de santé mentale, les changements susmentionnés donnent à penser que le recours à de longues périodes d'internement dans des établissements monolithiques, où les patients sont isolés de leur famille, de leurs amis et de la collectivité, sera de plus en plus rare.

Notes de fin de chapitre

- ¹ Rae-Grant Q, éditeur. *Psychiatry in Canada: 50 Years (1951 to 2001)*. Ottawa : Association des psychiatres du Canada; 2001.
- ² Bockhoven J. *Moral treatment in American psychiatry*. New York : Springer; 1963.
- ³ Wasylenki D. The paradigm shift from institution to community. Dans : Rae-Grant Q, éditeur. *Psychiatry in Canada: 50 Years*.
- ⁴ Goering P, Wasylenki D, Durbin J. Canada's mental health system. *International Journal of Law and Psychiatry* 2000;23:345–359.
- ⁵ Wasylenki. Op. cit.
- ⁶ Dewa CS, Rochefort DA, Rogers J, Goering P. Left behind by reform: the case for improving primary care and mental health system services for people with moderate mental illness. *Applied Health Economics and Health Policy*. 2003;2:43–54.
- ⁷ Bachrach LL. The state of the state mental hospital in 1996. *Psychiatric Services*. 1996;46:238–242.
- ⁸ Les départs comprennent les congés et les décès survenus durant un exercice particulier et servent d'indice de l'utilisation des services hospitaliers. Une personne peut avoir quitté un établissement à de multiples occasions au cours d'un exercice et, par conséquent, avoir été comptée plus d'une fois. En outre, les départs ne sont pas censés représenter toutes les personnes qui reçoivent des services hospitaliers de santé mentale, puisque certaines d'entre elles auront été admises à l'hôpital sans quitter ce dernier durant un exercice. Par conséquent, elles ne figureront pas dans les données.
- ⁹ Koegl C, Durbin J, Goering P. *Mental health services in Ontario: How well is the province meeting the needs of persons with serious mental illness?* Toronto : Centre de toxicomanie et de santé mentale; 2005.
- ¹⁰ Canada. Parlement. Sénat. *Santé mentale, maladie mentale et toxicomanie. Rapport provisoire du Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie*. L'honorable M.J.L. Kirby. Rapport 1 : Aperçu des politiques et des programmes au Canada. Ottawa : Le comité; 2004.
- ¹¹ Davis S. Assessing the "criminalization" of the mentally ill in Canada. *Revue canadienne de psychiatrie*. 1992;37:532-538.
- ¹² Conn D. Questions relatives à la santé mentale de certains groupes : (3) Les aînés vivant dans les établissements de soins de longue durée. Conseil consultatif national sur le troisième âge. *Écrits en gérontologie (18) : Santé mentale et vieillissement*; oct 2002.
- ¹³ Randhawa J, Riley R. Statistiques sur la santé mentale de 1982-1983 à 1993-1994. *Rapports sur la santé*. 1996;7:59–65.
- ¹⁴ Institut canadien d'information sur la santé. *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada*. Ottawa : ICIS; 2005.
- ¹⁵ Randhawa. Op. cit.
- ¹⁶ Institut canadien d'information sur la santé. Op. cit.

CHAPITRE 12

**SANTÉ MENTALE ET BIEN-ÊTRE DES
POPULATIONS AUTOCHTONES AU CANADA**

Populations autochtones au Canada

Au Canada, les peuples autochtones englobent les Premières nations (Indiens), les Inuits et les Métis. En 2001, environ 1 million de Canadiens (à peu près 3 % de la population) ont déclaré faire partie d'une de ces populations. Mais bien qu'on utilise le même mot « autochtone » pour les désigner de façon générique, on observe entre les populations autochtones des différences considérables sur les plans de la langue, des us et des coutumes, du contexte de vie et du lieu de résidence.

Premières nations

Selon le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien on dénombre actuellement 734 000 membres des Premières nations inscrits au Canada. Un peu plus de la moitié (57 %) vivent dans l'une des nombreuses réserves du Canada; les autres vivent hors réserve, souvent dans de grandes villes comme Vancouver et Winnipeg. Il existe 614 bandes des Premières nations – des groupes qui ont en commun des valeurs, des traditions et des coutumes –, et les réserves sont généralement administrées par un conseil de bande^{1,2}. L'économie des collectivités des Premières nations a profondément évolué au fil des ans. Si les activités fondées sur les ressources naturelles, comme la chasse, la pêche ou l'agriculture, sont encore largement pratiquées dans certaines régions nordiques, la plupart des collectivités des Premières nations sont maintenant plus ou moins adaptées à l'économie basée sur les salaires. Il reste que les niveaux d'emploi, de scolarité et de revenu, dans bon nombre de ces collectivités, sont bien inférieurs aux moyennes canadiennes.

Inuits

D'après le recensement de 2001, on dénombre 45 000 Inuits au Canada. La majorité vivent dans 53 collectivités du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest, du Nord québécois (Nunavik) et de la côte du Labrador (Nunatsiavut). Plus de 90 % de ces collectivités sont inaccessibles par la route.

L'inuktitut demeure la langue courante de cette population : 70 % des Inuits peuvent entretenir une conversation en inuktitut, la langue d'usage quotidien dans l'Est de l'Arctique. Beaucoup d'Inuits, surtout ceux de la jeune génération, ont adopté comme langue seconde l'anglais ou le français^{3,4}.

Parce qu'ils vivent dans des régions éloignées, les Inuits ont commencé à entretenir des contacts soutenus avec la culture européenne plus tardivement que les autres groupes autochtones. Assez récemment encore, ils continuaient de tirer leur subsistance du milieu naturel, et leur vie s'articulait autour de groupes familiaux élargis. Les choses ont toutefois commencé à changer au cours des années 1950, comme l'explique l'Inuit Women's Association :

« Depuis le début des années 1950, lorsque les Inuits ont commencé à s'installer dans des zones de peuplement, ils ont subi de plus en plus de pressions afin qu'ils changent leur culture et épousent de nombreux aspects de la culture étrangère. S'il est vrai qu'ils ont été attirés vers les peuplements pour se rapprocher des écoles et avoir accès aux soins de santé, au logement et aux biens matériels, il est également vrai qu'ils ont été « repoussés » de la terre par la réduction marquée des troupeaux de caribous et par la chute des prix de la fourrure. Ces facteurs les ont condamnés à la pauvreté et, parfois même, à la famine. »⁵ [*Traduction*]

Le passage d'une économie de subsistance à une économie basée sur les salaires ne s'est pas fait sans heurts. De nombreuses collectivités inuites affichent des taux élevés de chômage. Si les activités axées sur les ressources naturelles ont perdu de l'importance, elles n'ont pas pour autant disparu : la chasse demeure une source de subsistance importante pour certaines familles, et de nombreux Inuits ressentent encore un profond besoin, ancré dans la culture, de demeurer en contact avec leur terre.

Métis

Traditionnellement, le terme « Métis » s'appliquait, dans les Prairies, aux enfants nés de femmes crie et de commerçants de fourrures français; dans le Nord, ce terme désignait les enfants nés de femmes dénées et de commerçants britanniques. Aujourd'hui, le mot « Métis » est largement utilisé pour désigner les gens qui ont à la fois des ancêtres européens et des ancêtres des Premières nations. Ces personnes se considèrent elles-mêmes comme des Métis, se distinguant ainsi des membres des Premières nations, des Inuits et des non-Autochtones⁶.

D'après le recensement de 2001, on dénombre 292 000 Métis au Canada. Contrairement aux Premières nations et aux Inuits, les Métis n'occupent aucun territoire spécifiquement attribué, ou dans lequel ils sont majoritaires. Plus des deux tiers des Métis vivent en milieu urbain, surtout dans les villes de l'Ouest canadien : Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Calgary et Saskatoon⁷. Bien que la langue

traditionnellement parlée par les Métis soit le michif, la plupart des Métis s'expriment en anglais ou en français.

Ententes d'autonomie gouvernementale

Depuis 1995, le gouvernement fédéral a commencé à reconnaître, dans ses politiques, le droit des Premières nations et des Inuits à l'autonomie gouvernementale. Dans les faits, il a négocié des ententes leur permettant d'acquérir de plus en plus de pouvoirs décisionnels à l'égard de leurs collectivités. Ainsi, de nombreuses collectivités administrent maintenant leurs propres écoles, leurs services de police, leurs services sociaux et leurs services de santé. Dans le cadre d'autres ententes plus complexes, des groupes de collectivités des Premières nations ou des Inuits assurent des services à des régions entières. L'ensemble de ces ententes sont désignées par l'expression « ententes de transfert ». Il existe peu d'ententes de ce genre qui visent les Métis.

Accessibilité de l'information sur la santé

La plupart des éléments d'information présentés dans le reste de ce chapitre concernent la santé mentale et la maladie mentale des membres des Premières nations vivant dans des réserves et des Inuits. Il existe malheureusement très peu de renseignements sur la santé des Métis et d'autres Autochtones vivant en milieu urbain⁸.

Concepts de la santé mentale et du bien-être chez les Premières nations, les Inuits et les Métis

Compte tenu de la grande diversité des peuples autochtones au Canada, on pourrait s'attendre à rencontrer la même diversité quand on aborde les notions de santé mentale et de maladie mentale. Bien qu'il existe des différences marquées d'une culture et d'une région à l'autre – qui tiennent à la pluralité des contextes historiques, des modes de vie et des structures sociales –, les populations autochtones ont en commun certaines façons de concevoir la santé et la maladie.

Selon la conception traditionnelle de la santé, la santé mentale était indissociable des autres aspects du bien-être⁹. Les Autochtones vivaient en relation étroite avec leur territoire, et les activités quotidiennes associées à leur survie comportaient une dimension spirituelle qui assurait une harmonie entre l'individu, les animaux, l'environnement et même l'ensemble de l'univers.

L'animal jouait un rôle primordial dans chaque aspect de la vie des Autochtones, qui étaient essentiellement des chasseurs¹⁰. La santé et la guérison découlaient du pouvoir spirituel qui passait par des rapports harmonieux avec les animaux. Le bien-être individuel et collectif des populations agraires dépendait également de la qualité de leur relation à la terre. Cette relation était fondée non pas sur la notion de propriété mais sur le respect et la responsabilité, qui s'exprimaient dans les gestes quotidiens et les rituels¹¹.

Alors que la plupart de la société eurocanadienne met l'accent sur l'individu dans sa définition de la santé, la plupart des cultures autochtones insistent sur les relations et sur les rapports avec les autres. La personne est au cœur d'un réseau de soutien. Ces liens s'étendent à ceux qui ont vécu auparavant, soit les ancêtres, qui sont présents dans la mémoire, les histoires et les pratiques cérémonielles des Autochtones. Ces ancêtres, qu'on appelle parfois « grands-pères » et « grands-mères », méritent également qu'on leur

accorde attention et respect afin que les vivants, en retour, puissent se sentir liés aux autres époques. Ce sentiment d'interrelation s'étend aux liens avec les autres membres de la famille, du clan ou de la collectivité. Les hommes et les femmes sages de la collectivité peuvent être considérés par certaines personnes comme des « aînés » à qui on demande conseil sur des questions d'ordre pratique, moral et spirituel.

Une personne est en bonne santé lorsqu'elle entretient des relations harmonieuses sur les plans moral et spirituel avec les autres membres de sa famille et de sa collectivité, ainsi qu'avec les ancêtres et le réseau élargi des relations qui forment le monde et qui peuvent garantir le bien-être des générations futures.

Les événements sociaux et historiques qui ont refaçonné la vie individuelle et collective des Autochtones sont de plus en plus reconnus. De nombreux Autochtones comprennent que les souffrances qu'ils vivent aujourd'hui prennent racine dans l'histoire de la colonisation et dans l'oppression culturelle qu'elle a engendrée, y compris les effets de la sédentarisation, l'acculturation forcée et les pensionnats¹². Ils perçoivent leurs difficultés individuelles et collectives comme des conséquences d'un traumatisme historique.

Depuis quelques années, de nombreuses collectivités autochtones sont influencées par une spiritualité qui place à l'avant-plan ces liens à la nature et aux ancêtres ainsi que les principes d'harmonie et d'équilibre, ce qui se reflète, entre autres, dans l'imagerie du Cercle d'influences et dans des pratiques de ressourcement, comme la suerie et la cérémonie du calumet^{13,14}. Ces pratiques ont débordé le cadre des cultures où elles sont nées parce qu'elles expriment des valeurs partagées par de nombreux individus et communautés autochtones et des éléments d'une vision et d'une identité communes.

Le Cercle d'influences, instrument relativement récent, représente l'ensemble de l'expérience humaine sous la forme de quatre quadrants qui renvoient aux quatre dimensions de la vie : mentale, physique, émotionnelle et spirituelle. La santé implique un équilibre et une harmonie entre ces quatre dimensions. La santé mentale ne peut être dissociée des dimensions émotionnelle, physique et spirituelle de l'expérience; il s'agit d'un aspect de l'équilibre et de l'harmonie entre les divers éléments de l'ensemble.

De nombreuses populations autochtones ont aussi adhéré au christianisme et aux conceptions chrétiennes de la santé et de la maladie¹⁵. Selon les traditions spirituelles chrétiennes et autochtones, l'être humain et le monde naturel font partie de la Création et l'homme doit s'adresser à son créateur par la prière.

De nombreux Autochtones possèdent aussi des notions de psychologie populaire véhiculées par les médias, qui associent la souffrance individuelle à des événements biographiques et qui font remonter à la violence spirituelle, psychologique, physique et sexuelle les difficultés vécues plus tard dans la vie. La psychologie populaire prête aussi des vertus thérapeutiques aux récits personnels et aux témoignages, ce qui cadre bien avec les pratiques traditionnelles de certaines communautés. Il existe aussi dans la culture autochtone une tradition du récit qui peut guérir en rattachant les épreuves individuelles à de grands mythes culturels¹⁶.

Les Autochtones ne partagent pas tous un même degré de connaissances relativement à ces visions ou ces traditions. Certains sont déchirés entre le christianisme et les formes de spiritualité autochtone plus anciennes, et se sentent obligés

de choisir entre les deux. D'autres estiment que l'approche psychologique pour aborder la santé mentale ne tient pas compte des origines sociales ni de la dimension politique des problèmes, ou n'accorde pas suffisamment d'importance à la spiritualité. C'est pourquoi il faut éviter de généraliser à l'excès ou de recourir à des stéréotypes, et chercher plutôt à comprendre les voies empruntées par un individu ou une communauté.

La plupart des gens disposent de plusieurs grilles de réflexion sur la santé mentale et la maladie mentale, et ils y ont recours selon l'aspect du problème qui est en cause. Comme l'oppression culturelle et les traumatismes historiques ont laissé des traces profondes, de nombreux Autochtones considèrent que leur santé mentale passe par un processus continu de guérison sur les plans individuel et collectif¹⁷. Dans cette optique, il pourrait s'agir de rétablir les liens avec la famille et la collectivité, de vivre en contact avec la nature, de recueillir et de préserver le savoir traditionnel et d'affirmer les valeurs et l'identité culturelles. Il s'agit aussi d'entreprendre activement des efforts en vue de se réapproprier le pouvoir politique et de trouver des façons originales de répondre à la fois aux valeurs spirituelles de leur communauté et aux enjeux de la mondialisation.

Ce processus de guérison ne concerne pas uniquement les populations autochtones; il appelle une réflexion et des gestes de la part de l'ensemble de la société. Ainsi, la santé est perçue non pas comme un état statique de bien-être, mais comme un processus menant à l'harmonie, à l'équilibre et à l'unité à l'intérieur de soi et dans ses rapports aux autres.

Santé mentale et maladie mentale

Généralités

L'Enquête régionale longitudinale 2002-2003 sur la santé¹⁸ des Premières Nations, coordonnée par

le Centre des Premières nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone, a interrogé des

répondants vivant dans des réserves sur leur bien-être psychologique.

- La plupart des adultes ont déclaré se sentir équilibrés la plupart du temps dans les quatre aspects de leur vie : 71 % ressentait un état d'équilibre sur le plan physique; 71 %, sur le plan émotionnel; 75%, sur le plan mental et 69 %, sur le plan spirituel.
- Près de quatre adultes sur dix (38 %) ont affirmé avoir vécu des expériences de racisme au cours des 12 mois précédant l'enquête.
- Trois adultes sur dix (30 %) se sont sentis tristes, démoralisés ou déprimés pendant deux semaines ou plus au cours des 12 mois précédents.
- Les filles étaient proportionnellement plus nombreuses que les garçons à déclarer s'être senties « tristes, démoralisées ou déprimées » pendant deux semaines consécutives ou plus au cours des 12 mois précédents (44 % des filles contre 22 % des garçons âgés de 15 à 17 ans).

Des enquêtes indiquent que les Autochtones sont plus susceptibles que les autres Canadiens de consulter un professionnel en cas de troubles mentaux. Au cours de l'année précédant l'enquête pertinente, 8 % de tous les Canadiens avaient fait appel à un professionnel de la santé mentale, alors que la proportion pouvait atteindre 17 % dans certains groupes des Premières nations. Les chiffres seraient sans doute encore plus élevés s'il y avait plus de professionnels de la santé mentale dans les régions nordiques et isolées (tableau 12-1).

Détresse, anxiété et dépression

En Alberta, en 2002, les membres des Premières nations étaient respectivement 2,5 et 1,4 fois plus nombreux que les autres résidents de la province à consulter un médecin pour un problème

d'anxiété et de dépression¹⁹. Un constat analogue ressort d'autres enquêtes qui montrent qu'en 2001, 13 % des adultes des Premières nations vivant hors réserve étaient considérés comme souffrant de détresse selon une échelle type, alors que la proportion était de 8 % chez les autres Canadiens²⁰. Les résultats sont comparables dans le cas de la dépression. Alors que 7 % de tous les Canadiens avaient souffert d'un épisode de dépression majeure en 2001, la proportion était de 12 % chez les membres des Premières nations vivant hors réserve²¹. Les taux chez les personnes vivant dans les réserves pourraient être encore plus élevés : une enquête réalisée en Ontario en 1997 estimait à 16 % la proportion d'adultes membres des Premières nations qui répondaient aux critères de la dépression majeure, soit le double de la moyenne canadienne. En outre, les personnes atteintes étaient plus nombreuses que les autres Canadiens à trouver que la dépression nuisait considérablement à leurs activités (tableau 12-2).

D'après les échelles types utilisées dans le cadre des enquêtes de Statistique Canada, 3,1 % seulement des Inuits ont présenté un épisode de dépression majeure en 2001, ce qui est bien inférieur à la moyenne nationale, et 6,4 % seulement couraient un risque élevé de dépression^{22,23}. Il est toutefois difficile de faire concorder ces chiffres avec les taux extrêmement élevés de suicide observés dans la plupart des régions où vivent les Inuits, ce qui laisse supposer que les échelles, qui sont fiables lorsqu'elles sont appliquées à la plupart des Nord-Américains, ne le sont pas lorsqu'elles sont utilisées auprès de populations inuites. Autre possibilité : certains cas de dépression, surtout chez les hommes, ne sont peut-être pas reconnus, et se manifestent plutôt sous forme de problèmes de consommation d'alcool, de violence ou de démêlés avec la justice²⁴.

Tableau 12-1 Adultes ayant consulté un professionnel au sujet de leur santé mentale ou émotionnelle au cours de la dernière année	
Groupes des Premières nations	
Collectivités de la Nouvelle-Écosse (1997)	12 à 17 %
Collectivités du Manitoba (1997)	10 % (au cours de leur vie)
Membres des Premières nations vivant hors réserve au Canada (2001)	13 %
Inuits	
Inuits de l'ensemble du Canada (2001)	9 %
Tous les Autochtones	
Autochtones vivant hors réserve (2000-2001)	14 %
Ensemble de la population canadienne (2001)	8 %
<p>Nota : Certains chiffres auraient sans doute été plus élevés si les professionnels de la santé mentale dans les régions nordiques et rurales avaient été plus nombreux.</p> <p>Sources : ONSA. Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997 : Un résumé du rapport national et des rapports régionaux. p. 48. Accessible à : http://www.naho.ca/firstnations/french/first_survey1997.php</p> <p>Statistique Canada (2001d). Totalisations personnalisées à partir de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – cycle 1.1. René Dion, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada; fév-mars 2004.</p> <p>Statistique Canada (2001e). Enquête auprès des peuples autochtones de 2001. Totalisations personnalisées pour le compte de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada; fév 2004.</p> <p>Statistique Canada (2001c). Profil des Autochtones vivant hors réserve de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes. Données occasionnelles. Tableau 105-0112 du CANSIM. Consulté le 7 juin 2005 à : http://www.statcan.ca/bsolc/francais/bsolc?catno=82-576-X&CHROPG=1</p>	

Tableau 12-2 Dépression majeure chez les membres des Premières nations de l'Ontario (1997) par rapport à l'ensemble du Canada (1994)						
	Hommes		Femmes		Total	
	PN	Can*	PN	Can	PN	Can
Dépression majeure	13,3 %	5,4 %	18,4 %	9,4 %	15,9 %	7,5 %
La dépression nuit « un peu » ou « beaucoup » aux activités	24,5 %	13,5 %	27,2 %	17,7 %	25,8 %	15,7 %
<p>*PN = Premières nations; Can = Canada</p> <p>Source : Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997 : Un résumé du rapport national et des rapports régionaux. Tableau 5-5. Accessible à : http://www.naho.ca/firstnations/french/first_survey1997.php</p>						

Suicide

Les taux de suicide et d'idées suicidaires sont élevés dans certaines collectivités des Premières nations, et encore plus dans certaines collectivités inuites. Dans les deux populations, les taux de suicide sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes; ils culminent chez les jeunes adultes de 15 à 24 ans. Parce qu'ils surviennent si tôt dans la vie, les suicides représentent de nombreuses années potentielles de vie perdues pour les populations des Premières nations, bien plus que d'autres importants problèmes de santé comme les cardiopathies ou le cancer²⁵.

Selon l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003, trois adultes sur dix (31 %) ont déclaré avoir eu des idées suicidaires et un adulte sur six (16 %), avoir tenté de mettre fin à ses jours à un moment donné de sa vie. Les femmes étaient proportionnellement plus nombreuses que les hommes à avoir commis une tentative de suicide (18,5 % contre 13,1 %). Même si le taux de mortalité consécutive au suicide était plus élevé chez les garçons que chez les filles, les idées suicidaires étaient plus répandues chez les filles que chez les garçons dans le groupe d'âge de 12 à 17 ans (39 % contre 17 % respectivement). Les jeunes comptant dans leur proche famille un membre qui avait mis fin à ses jours au cours des douze derniers mois étaient plus nombreux à avoir eux-mêmes envisagé le suicide (34 % contre 18 % chez ceux dont aucun membre de la famille ne s'était suicidé). Les jeunes dont un parent avait fréquenté un pensionnat étaient plus susceptibles d'avoir eu des idées suicidaires que ceux dont les parents n'avaient pas fréquenté ce genre d'établissement (26 % contre 18 %).

Les taux de suicide dans les collectivités des Premières nations sont 2 fois supérieurs à la moyenne nationale, et rien n'indique une tendance à la baisse (tableau 12-3). En 2000, le taux était de 24 cas sur 100 000; il a peu évolué depuis 1979²⁶. Les taux élevés observés globalement ne rendent pas compte du fait qu'il existe des écarts énormes d'une collectivité et d'une région à l'autre. Certaines régions ont connu des « épidémies » de suicide; d'autres n'ont enregistré pour ainsi dire aucun cas de suicide pendant des années. Les taux fluctuent aussi d'un groupe d'âge à l'autre. Chez les jeunes des Premières nations, âgés de 15 à 24 ans, ils étaient 5 fois et 7 fois plus élevés chez les garçons et les filles, respectivement, que dans l'ensemble de la population canadienne, entre 1989 et 1993.

Les taux de suicide sont encore plus élevés chez les Inuits que chez les Premières nations; soit de 6 à 11 fois supérieurs à la moyenne canadienne. Au Nunavut, les taux sont à ce point élevés que le suicide représente 27 % de *tous* les décès enregistrés depuis 1999²⁷. De plus, ces taux suivent, au fil du temps, une courbe ascendante. Des études mettent en évidence une hausse spectaculaire du nombre de suicides chez les Inuits de toutes les régions nordiques, de l'Alaska au Groenland, au cours des années 1970 et 1980, surtout chez les jeunes hommes²⁸, et cette tendance touche les Inuits du Canada. Les taux dans le Nord québécois ont quintuplé entre 1982 et 1996, et si l'on se fie à des données inédites, la tendance à la hausse s'est poursuivie ces dernières années²⁹. Le taux de suicide au Nunavut, qui est déjà l'un des plus élevés du monde, est en hausse constante, surtout chez les jeunes³⁰. Cette tendance semble n'épargner que les Inuits des Territoires du Nord-Ouest.

Tableau 12-3 Taux de suicide : Comparaison entre les Premières nations, les Inuits et l'ensemble du Canada		
	Période	Taux pour 100 000 habitants
Premières nations de partout au Canada	2000	24
Régions inuites	1999-2003	135
Ensemble du Canada	2001	12

Sources : Les données relatives aux Premières nations ont été fournies par Santé Canada, dont des données inédites provenant de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits; les données relatives à l'ensemble du Canada viennent de Statistique Canada; les taux applicables aux Inuits reposent sur des chiffres fournis par le Bureau de la statistique du Nunavut, la Inuvialuit Regional Corporation, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et la Commission des services de santé des Inuit du Labrador.

Consommation problématique d'alcool et de drogues

La consommation problématique d'alcool et de drogues est un sujet de préoccupation généralisé dans les collectivités des Premières nations et des Inuits. Selon les enquêtes menées dans certaines régions, les trois quarts de tous les résidents estiment qu'il s'agit d'un problème dans leur collectivité; environ le tiers, qu'il s'agit d'un problème dans leur propre famille ou ménage, et près du quart considèrent avoir eux-mêmes un problème de consommation d'alcool ou devoir restreindre leur consommation^{31,32} (tableau 12-4). Un profil analogue ressort des statistiques relatives aux hospitalisations en Alberta et en Colombie-Britannique, selon lesquelles les taux d'hospitalisation liés à l'abus de substances sont bien plus élevés chez les membres des Premières nations, surtout les hommes, que chez les autres résidents de la province^{33,34}.

Malgré ces signes révélateurs de problèmes graves, les enquêtes aboutissent généralement à la conclusion que la proportion de la population des Premières nations et des Inuits qui consomment de l'alcool est inférieure à la moyenne. D'après l'Enquête régionale sur la santé de 2002-2003, près des deux tiers (66 %) des adultes membres des

Premières nations et vivant dans des réserves ont consommé de l'alcool, contre 76 % des membres de la population générale. Le problème semble tenir au fait que bon nombre de ceux qui boivent, font une consommation excessive. Chez les Premières nations, un adulte sur six (16 %) avait pris cinq consommations ou plus à une même occasion sur une base hebdomadaire; deux jeunes sur cinq âgés de 12 à 17 ans (42 %) ont déclaré avoir consommé de l'alcool au cours de l'année précédant l'enquête, et 65 % d'entre eux avaient pris cinq verres ou plus à une même occasion au moins une fois par mois.

La consommation de cannabis est aussi répandue chez les adultes membres des Premières nations (27 %). Chez les jeunes âgés de 12 à 17 ans vivant dans des réserves, le tiers avaient consommé du cannabis au cours de l'année précédant l'enquête : 48 % des jeunes de 15 à 17 ans et 15 % des jeunes de 12 à 14 ans.

Environ le tiers des répondants (35,4 %) ont fait état de progrès sur le plan de la diminution de la consommation d'alcool et de drogues dans leur collectivité.

Tableau 12-4 Signes révélateurs de problèmes de consommation d'alcool dans les collectivités des Premières nations et des Inuits		
Estiment que la consommation d'alcool/de drogues pose un problème dans leur collectivité	Tous les Inuits (2001)	76-77 %
	Collectivités des PN* du Québec (1997)	74 %
Estiment que l'alcool pose un problème dans leur famille	Collectivités des PN du Manitoba (1997)	> 33 %
Estiment qu'un membre de la famille éprouve un problème de consommation d'alcool	Inuits du Labrador (1997)	33 %
Ont déjà ressenti le besoin de restreindre ou ont restreint leur consommation d'alcool	Inuits du Labrador et collectivités des PN de l'Ontario et du Manitoba (1997)	77-90 %
Ressentent actuellement le besoin de restreindre leur consommation d'alcool	Inuits du Labrador (1997)	27 %
Affirment avoir personnellement un problème de consommation d'alcool	Collectivités des PN du Manitoba (1997)	25 %
Affirment que l'alcool a eu une incidence sur leur vie professionnelle ou sur leurs études au cours de la dernière année	Collectivités des PN de la Saskatchewan (1997)	15 %
Ont déjà fréquenté un centre de traitement des alcooliques	Inuits du Labrador	10 %
*PN = Premières nations Sources : Les données de 2001 relatives aux Inuits proviennent de Statistique Canada 2001b; les autres données, de l'ONSA 2004.		

Facteurs ayant une incidence sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits

Les indicateurs de la santé mentale et de la détresse mentale varient considérablement d'une collectivité autochtone à l'autre. Certaines collectivités sont vibrantes et bien portantes, alors que d'autres sont fortement éprouvées. Plusieurs facteurs influent grandement sur la santé mentale et le bien-être à l'échelle de l'individu, de la famille et de la collectivité.

Facteurs historiques et acculturation

Toute réflexion sur la santé mentale des Premières nations et des Inuits doit tenir compte des facteurs historiques qui ont mené à la situation actuelle. Les changements découlant du contact avec la culture eurocanadienne ont eu de profondes répercussions sur ces collectivités, sur l'identité individuelle et collective de leurs membres ainsi que sur leur état de santé global. Au nombre de ces changements, survenus au fil du temps, figurent :

- les épidémies de maladies infectieuses;
- la volonté systématique d'imposer le christianisme et de dénigrer la spiritualité traditionnelle;
- la réinstallation des collectivités et la sédentarisation forcée, par laquelle des groupes autrefois nomades se sont vu contraints de s'installer en un seul lieu et ont été cantonnés dans des réserves, de sorte qu'ils ont perdu dans une certaine mesure leur capacité de suivre et de chasser les animaux migrants, d'où une dépendance plus grande à l'égard des aliments industriels coûteux;
- la marginalisation sociale et politique et la mainmise de la bureaucratie sur la vie quotidienne des gens;
- la pauvreté et l'isolement, ainsi que l'intégration graduelle aux économies monétaires mondiales^{35,36}.

Les facteurs de stress liés à la déculturation et à la marginalisation ont une incidence sur la santé mentale puisqu'ils agissent sur trois plans : la collectivité, la famille et l'individu :

- La collectivité est confrontée au chômage, à la pauvreté et à la désorganisation sociale, ce qui mène à l'absence de normes sociales et à l'aliénation.
- La rapidité de la modernisation et les changements dans les méthodes d'éducation des enfants ébranlent les familles et les réseaux de soutien social.
- L'individu souffre d'une perte d'estime de soi puisque la culture d'où sont issues sa langue et son identité est dénigrée³⁷.

Ensemble, ces facteurs de stress se traduisent souvent par des types de problèmes sociaux – violence, dysfonctionnement familial, abus d'alcool ou de drogues, et violence physique ou sexuelle – qui sont indicateurs de la dégradation de la santé mentale de toute population, autochtone ou non³⁸. Au fil du temps, il arrive que certains de ces problèmes s'autoperpétuent.

Tout en reconnaissant la composante physiologique de la maladie mentale, les Inuits considèrent aussi que les problèmes sociaux tels que l'abus de substances, la dépendance, le suicide et la violence, sont des symptômes liés aux pertes (culture, mode de vie et autonomie) entraînées par l'imposition de modèles de gouvernance et de systèmes eurocentriques. On ne peut remédier à ces symptômes « sociaux » sans s'attaquer aussi aux questions systémiques (comme l'éducation et le logement) ainsi qu'aux questions de gouvernance (comme la mise en œuvre des accords de revendication territoriale)³⁹.

Pensionnats et « rafle des années 60 »

Certaines politiques du passé, comme celle des pensionnats et la « rafle des années 60 », ont profondément ébranlé la structure familiale et la santé individuelle des Autochtones. Les pensionnats, en place entre les années 1820 et les années 1950⁴⁰, séparaient les enfants de leur famille pendant de longues périodes.

Actuellement, 20,3 % des membres des Premières nations de 18 ans et plus vivant dans des réserves⁴¹ et 13 % des Inuits âgés de 15 ans et plus⁴² ont fréquenté ces écoles.

Les Autochtones ayant fréquenté ces pensionnats sont maintenant âgés de 40 ans et plus. D'après l'Enquête régionale sur la santé, la moitié des Autochtones adultes vivant dans des réserves estiment que leur placement dans des pensionnats (éloignement de la famille, violence verbale ou psychologique et dépossession de l'identité culturelle) a eu des répercussions néfastes sur leur santé et leur bien-être. Plus de 7 anciens élèves sur 10 (71,5 %) ont été témoins de violence infligée à des camarades. Beaucoup ont déclaré avoir eux-mêmes été victimes de violence : abus sexuel (32,6 %), violence physique (79,2 %) et violence verbale ou psychologique (79,3 %).

En plus d'avoir dépossédé leurs élèves de leur langue et de leur identité culturelle, et de les avoir coupés de leur famille contre leur gré, les pensionnats ont préparé la voie à des problèmes familiaux en engendrant des générations de personnes très déficientes sur le plan des aptitudes parentales. De plus, on pense que les actes de violence physique et sexuelle commis dans de nombreuses écoles ont contribué à instaurer un cycle de violence intergénérationnel, où certaines des victimes sont devenues des agresseurs.

À l'époque des pensionnats, de nombreux enfants y ont été placés même s'ils avaient peut-être besoin d'autres types de soins. La fermeture graduelle des pensionnats est un des facteurs ayant contribué à la « rafle des années 60 », où de

fortes proportions d'enfants des Premières nations ont été enlevés à leur famille et placés dans des familles d'accueil. La vie dans les pensionnats a engendré un autre phénomène : les aptitudes parentales déficientes. L'initiative avait pris une ampleur telle qu'à la fin des années 1960, 30 à 40 % des enfants pupilles de l'État étaient d'origine autochtone, contre 1 % seulement en 1959⁴³.

Handicap socio-économique

Le contexte défavorable et les piètres conditions de vie jouent un rôle primordial dans la santé mentale des membres des Premières nations et des Inuits. Le taux élevé de chômage, les faibles niveaux de revenu et de scolarité et le surpeuplement des logements sont le lot de nombreuses collectivités des Premières nations et des Inuits. En soi, ces conditions peuvent accroître les risques de problèmes de santé mentale.

Selon certaines études, la différence entre les taux de dépression chez les Autochtones et chez les non-Autochtones vivant hors réserve⁴⁴ s'explique surtout, mais pas seulement, par les écarts sur le plan des conditions et des habitudes de vie. De plus, la capacité des gens à changer pour le mieux leurs habitudes de vie – renoncer au tabac, diminuer la consommation d'alcool, améliorer l'alimentation ou faire de l'exercice – serait fortement tributaire du niveau de scolarité et de la sécurité économique⁴⁵.

Violence familiale

Qu'elle se manifeste entre les membres d'une même famille ou dans l'ensemble de la collectivité, la violence est un problème de taille dans certaines collectivités autochtones. D'après le Centre national de prévention du crime, les taux de violence conjugale sont jusqu'à 5 fois supérieurs à la moyenne dans les réserves des Premières nations⁴⁶. Entre 1991 et 1999, les taux d'homicide entre conjoints étaient de 8 à 18 fois plus élevés chez les Autochtones que dans la population non autochtone⁴⁷.

Selon les estimations, la proportion de femmes autochtones exposées à la violence familiale varie de 25 % à 90 % dans certaines collectivités nordiques⁴⁸. D'après une enquête réalisée par Statistique Canada en 1999, près de la moitié des actes de violence conjugale (sévices physiques, étranglement, menace au moyen d'une arme à feu ou agression sexuelle) subis par les femmes autochtones étaient graves ou constituaient un danger de mort. Et plus de la moitié de ces incidents se sont produits en la présence d'enfants⁴⁹. En soi, le fait d'être témoin de ce genre d'incident peut nuire à la santé mentale de l'enfant, et dans la mesure où la violence est un comportement acquis, il contribue à perpétuer le cycle⁵⁰.

Dans certaines régions, de fortes proportions d'enfants autochtones sont aussi victimes de violence. Il se dégage d'une enquête menée auprès des populations autochtones de quatre grandes villes canadiennes que 88 % des répondants avaient subi de la violence, soit pendant l'enfance soit à l'âge adulte⁵¹. D'après une enquête réalisée en 1997 dans des collectivités des Premières nations de l'Ontario, 59 % des adultes ont déclaré avoir été victimes de violence physique pendant l'enfance. Dans l'actuelle génération de jeunes, 25 % ont fait état de situations où un adulte s'était à ce point emporté que l'enfant a pensé qu'il allait subir, ou a effectivement subi, de graves blessures et, dans 10 % de ces cas, le phénomène se produisait à répétition⁵².

Abus et agressions sexuels

On possède peu de données sur les taux d'abus sexuels commis dans les collectivités inuites. Toutefois, selon une enquête menée en 1991 auprès des Inuits du Québec, 30 % des répondants ont indiqué avoir vécu au moins un épisode d'abus sexuel⁵³. Et d'après une enquête d'envergure nationale réalisée en 2001, au moins le tiers des adultes inuits estimaient que l'abus sexuel posait un problème dans leur collectivité⁵⁴.

Il existe un peu plus d'éléments d'information sur les cas d'abus et d'agression sexuels dans les

collectivités des Premières nations. Il ressort d'une enquête menée en 1997 auprès de collectivités des Premières nations de l'Ontario que 34 % des adultes interrogés ont déclaré avoir été victimes d'abus sexuel pendant leur enfance. D'après la même enquête, 14 % des garçons et 28 % des filles de l'actuelle génération de jeunes de 12 à 17 ans auraient vécu une forme quelconque d'abus sexuel.

Dans la même veine, les taux estimatifs d'agression sexuelle étaient au moins 3 fois plus élevés que la moyenne canadienne au cours de la période de 1989 à 1999, si l'on se fie aux données versées dans le système de déclaration uniforme de la criminalité de Statistique Canada⁵⁵. Ces chiffres sont des moyennes applicables à l'ensemble des collectivités des Premières nations, ce qui laisse entendre que les taux dans certaines collectivités doivent être extrêmement élevés, puisque le problème de l'abus et des agressions sexuels est peu fréquent ou inexistant dans d'autres collectivités.

Forces et facteurs de protection liés à la culture

En dépit des cas documentés de stress associés au contact avec la culture eurocanadienne, il serait simplificateur de supposer que ces sources de stress ont toujours engendré des problèmes de santé mentale.

De nombreuses collectivités autochtones peuvent tabler sur des facteurs de protection contre les problèmes de santé mentale et le suicide, comme leurs façons de vivre en contact avec la nature⁵⁶ et la solidité de leurs réseaux de soutien social.

De nombreux membres des Premières nations et Inuits continuent de faire partie d'un ménage où vit la famille élargie, et possèdent de vastes réseaux d'amis et de parents (même si ces réseaux peuvent représenter autant des sources de stress que des sources de soutien).

Les personnes qui vivent hors réserve conservent souvent des liens avec les membres de leur propre collectivité ou d'autres collectivités et réintègrent

parfois la collectivité pour y trouver du soutien et un moyen de subsistance. Les Inuits aussi continuent d'être profondément attachés à la famille et savent qu'ils peuvent toujours se tourner vers elle en cas de besoin⁵⁷.

De plus, de nombreux Autochtones puisent leur force dans leurs traditions et dans leur culture. Dans une série d'entrevues réalisées avec des membres des Premières nations vivant dans la partie est du centre-ville de Vancouver, Van Uchelen a essayé de définir les dimensions du mieux-être, c'est-à-dire les facteurs qui, de l'avis des intéressés, sont des sources de force intérieure. Les principes qui se sont dégagés des réponses semblaient fortement rattachés aux valeurs et aux traditions des Premières nations :

- le sentiment d'appartenance à une communauté;
- l'identité autochtone;
- la capacité de puiser sa force dans les traditions;
- la contribution à la collectivité – l'entraide;
- la spiritualité;
- le respect de certaines valeurs (comme la courtoisie, l'honnêteté, l'estime de soi) dans la vie;
- la volonté de survivre aux épreuves⁵⁸.

Enfin, il semble exister un lien entre les caractéristiques de la collectivité, comme le contrôle qu'elle exerce sur ses propres affaires, et la santé mentale. Le taux de suicide est bien moins élevé dans les collectivités des Premières nations qui possèdent des installations culturelles et qui administrent leurs services de santé, d'éducation et de police, et qui cherchent activement à accéder à l'autonomie gouvernementale et à exercer un contrôle sur leurs terres traditionnelles^{59,60}.

La volonté récente des collectivités de se prendre davantage en main par divers moyens, comme les cercles de guérison, la justice réparatrice, les cercles de médiation et l'enseignement de la culture en vue de prévenir la violence, pourrait aussi avoir pour effet d'améliorer la santé mentale.

Facteurs d'influence sur les enfants et les jeunes

Un récent rapport préparé par le Sal'i'shan Institute pour le compte du Ministry of Children and Family Development (ministère de l'enfance et du développement familial) de la Colombie-Britannique, intitulé *The Mental Health and Well-being of Aboriginal Children and Youth: Guidance for New Approaches and Services*⁶¹ fait ressortir certains des facteurs qui rejaillissent sur la santé et le bien-être des enfants et des jeunes.

« Toute réflexion sur des problèmes graves (qui touchent les enfants et les jeunes), comme le suicide, la violence ou la consommation abusive d'alcool et d'autres substances, ne doit pas se limiter au traitement et à la réduction des risques. Elle doit s'inscrire dans une perspective plus vaste qui favorise le ressourcement de l'individu, de la famille et de la communauté. »
[Traduction]

Il incombe autant à la famille qu'à la collectivité de promouvoir la santé mentale des enfants et des jeunes autochtones. De nombreuses familles ont les ressources voulues pour offrir à leurs enfants un milieu de vie sûr, bienveillant et stimulant. D'autres sont démunies sur ce plan, puisqu'elles doivent elles-mêmes se débattre contre des difficultés, comme diverses formes de dépendance, la pauvreté et un manque d'instruction et de formation.

Certains enfants grandissent dans des communautés où il existe des réseaux familiaux élargis, un sens de la responsabilité collective, des liens avec les ancêtres et les aînés et des services destinés à ceux qui éprouvent ce genre de problèmes. D'autres évoluent dans des communautés éclatées, qui n'offrent pas d'espoir et qui manquent de services de santé élémentaires. Les communautés qui affichent des taux élevés de consommation problématique de substances sont touchées par le syndrome d'alcoolisation fœtale et les effets de l'alcool sur le fœtus, lesquels se répercutent sur la capacité d'apprentissage, et des

comportements délinquants qui mènent à l’incarcération.

Voici quelques-uns des principaux facteurs qui influent sur la santé mentale des enfants et des jeunes, et qui sont liés au suicide, à la violence et à la consommation problématique d’alcool et d’autres substances :

Facteurs positifs

- Les liens qui se tissent entre les jeunes et les aînés, lorsque ces derniers leur transmettent leur savoir et leur sagesse par la tradition orale.
- Les initiatives communautaires axées sur le ressourcement, qui renforcent le pouvoir autonome de décision et l’indépendance d’esprit, le partage, la spiritualité, le respect, l’honneur, la compassion et la fierté culturelle et qui favorisent le rétablissement et la bonne santé mentale.
- Les jeunes qui entreprennent des études supérieures afin d’enrichir leurs connaissances et d’accroître leurs compétences.

Facteurs négatifs

- Les pensionnats ont engendré une génération de parents coupés de leurs racines et de leur culture, qui ne pouvaient s’inspirer d’aucun modèle de rôle lorsqu’est venu le moment d’assumer leurs propres responsabilités parentales. Bon nombre des diplômés des pensionnats reproduisent les mêmes schèmes de comportement (oppression, contrôle et violence) auxquels ils ont été exposés dans ces écoles lorsqu’ils étaient enfants.
- Les pertes subies au fil des générations ont perturbé le réseau de la famille élargie qui facilite l’éducation des enfants et des jeunes. Certaines de ces pertes sont attribuables à l’expérience associée aux pensionnats; d’autres, à la colonisation.

- Dans certaines collectivités, le sens de la responsabilité collective à l’égard des enfants et des jeunes a été remplacé par une perspective plus individualiste. Le collectivisme se caractérise par la coopération, la relation d’attachement avec le prochain, le souci de l’opinion des autres, l’importance accordée à la famille et aux membres de la parenté. L’individualisme, par contre, se définit par l’indépendance, l’autonomie, le détachement par rapport aux autres et l’esprit de concurrence.
- Le racisme et l’oppression, sur le plan social, contribuent à la violence latérale, au désespoir et à l’isolement.
- Trop de jeunes pensent n’avoir d’autre choix que de vivre dans une réserve. Cette attitude les empêche de persévérer dans leurs études, ce qui leur ouvrirait d’autres portes.
- Les services adaptés à la réalité culturelle des Autochtones font défaut et le besoin d’évolution du côté des organismes qui dispensent les services n’est pas reconnu.
- Il manque de logements adéquats.
- Le développement économique qui offrirait de la stabilité aux familles et des perspectives d’avenir aux jeunes n’est pas encore une réalité.

Beaucoup de familles et de collectivités réussissent à favoriser l’épanouissement et la bonne santé des enfants et des jeunes. Il y a moyen d’élargir ce cercle pour qu’il englobe plus d’enfants et de jeunes : mettre l’accent sur les interventions communautaires; promouvoir le leadership et la formation; offrir encadrement et soutien; promouvoir les échanges dans et entre les collectivités et favoriser le renforcement continu des capacités.

Prévention et traitement de la maladie mentale dans les populations autochtones

Aborder les problèmes de santé mentale dans le respect de la réalité culturelle

Comme l'indiquent les sections qui précèdent, la santé mentale des Autochtones présente des caractéristiques assez particulières. D'abord, selon la vision plus holistique à laquelle les Autochtones ont tendance à adhérer, le mieux-être mental renvoie à un état d'équilibre avec la famille, la collectivité et l'environnement global. Ensuite, on pense que bon nombre des problèmes de santé mentale auxquels font face actuellement les collectivités autochtones découlent de l'acculturation spécifiquement visée par les politiques d'autrefois et d'aujourd'hui.

C'est pourquoi les programmes de prévention et de traitement mis au point par les groupes autochtones mettent généralement l'accent sur la dimension sociale et reposent sur des approches ancrées dans la culture autochtone^{62,63}, et sont moins axés sur la thérapie individuelle, comparativement aux démarches

« occidentales ».

« Les démarches thérapeutiques axées sur la culture et la spiritualité sont sans doute plus efficaces que les approches conventionnelles [...] la capacité de l'individu de se réapproprier son droit à l'équilibre et à l'harmonie passe nécessairement par la famille et la collectivité. »⁶⁴ [Traduction]

Les approches mises au point par les collectivités autochtones reposent aussi généralement sur les recherches qui font ressortir les points forts des familles et des collectivités et sur des programmes qui tablent sur ces forces. Cette façon de procéder est perçue comme étant la plus efficace. Elle vient réparer les torts causés par une grande partie des

recherches existantes qui mettent en relief les lacunes et les problèmes des collectivités des Premières nations et des Inuits, sans signaler leurs points forts.

« Vous ne pouvez pas faire les choses pour nous, mais bien avec nous. »⁶⁵

Les collectivités des Premières nations et des Inuits sont déterminées à proposer leurs propres solutions, au lieu de continuer d'appliquer des modèles eurocanadiens qui leur sont imposés, sans leur avis ni leur consentement. Les collectivités veulent avoir la mainmise sur le processus et prendre les décisions qui servent au mieux les intérêts de leurs propres membres, quoiqu'elles acceptent parfois une aide extérieure. Bon nombre d'entre elles conjuguent les approches autochtones et les démarches occidentales. Cette affirmation du pouvoir des collectivités peut en soi avoir des effets bénéfiques sur la santé mentale.

« Il faut que les collectivités se prennent en main et exercent, à l'échelle locale, un contrôle sur les services de santé non seulement pour faire en sorte que les services soient adaptés aux besoins locaux, mais aussi pour promouvoir un sentiment individuel et collectif d'efficacité et de fierté, ce qui a des répercussions favorables sur la santé mentale. En fin de compte, la bonne santé mentale des collectivités implique une action politique en vue de rétablir les droits des Autochtones, de régler les revendications territoriales et de redistribuer les pouvoirs par diverses formes d'autonomie gouvernementale. »⁶⁶ [Traduction]

Exemple : La promotion de la santé mentale au Labrador

À quoi pourrait ressembler un programme de santé administré à l'échelon communautaire? À titre d'exemple, on pourrait citer celui dirigé par le Department of Health and Social Development (ministère de la santé et du développement social) du gouvernement du Nunatviasut – anciennement la Labrador Inuit Health Commission – qui dessert sept collectivités du Labrador (dont cinq sont des établissements côtiers accessibles uniquement par avion, par bateau ou par motoneige). En 1996, la Commission a signé une entente officielle de transfert de service avec le gouvernement fédéral. Avant la conclusion de cet accord, les services de santé communautaires relevaient d'un cadre plus restrictif, celui des ententes annuelles de financement passées avec Santé Canada. Le commission s'est alors dotée d'un programme de santé communautaire inspiré d'une démarche holistique et qui repose sur sept secteurs clés, dont trois ont directement pour effet de promouvoir le mieux-être mental, soit la santé mentale, les toxicomanies et le développement de l'enfant.

Le programme de santé mentale fait appel à des conseillers, à des psychologues et à des intervenants en santé mentale, à l'échelle communautaire et régionale. Il offre les services suivants :

- Counselling et soutien;
- Groupes de soutien;
- Intervention en cas de crise;
- Sensibilisation de la population;
- Activités culturelles et familiales;
- Programmes destinés aux jeunes.

Au nombre des activités prévues figurent un service de garde après l'école qui s'adresse aux enfants de 6 à 12 ans, un programme structuré destiné aux jeunes, des programmes de counselling et de prévention du suicide (y compris le programme de prévention du suicide White Stone, conçu par la Gendarmerie royale du Canada). La Commission met aussi en œuvre un programme de ressourcement qui s'adresse aux personnes ayant vécu l'expérience des pensionnats.

Le programme de lutte contre les toxicomanies est axé sur l'alcool, les drogues, les solvants, le tabac et le jeu pathologique. Il offre un éventail d'approches occidentales et traditionnelles, y compris :

- des activités de sensibilisation de la population, comme des visites et des ateliers en milieu scolaire;
- du counselling et de l'aiguillage en vue d'un traitement;
- un programme de traitement de cinq semaines en établissement, au Saputjivik Treatment Centre de North West River;
- une thérapie destinée aux familles et visant à aider les gens à se réapproprier ou à approfondir leur expérience des modes de vie traditionnels.

Le programme de garderie offre des activités parascolaires dans toutes les collectivités; il exploite des garderies dans cinq des collectivités. De plus, il dirige des groupes de développement des enfants d'âge préscolaire par le jeu et des groupes d'activités pour parents et tout-petits dans toutes les collectivités, l'objectif étant de favoriser la santé des familles et des enfants.

Sources : Labrador Inuit Health Commission. Community Health Plan 2002. Document inédit; jan 2002.
Labrador Inuit Health Commission. Annual General Meeting Report. Makkovik; juin 2003.
Labrador Inuit Health Commission. Annual Report 2003-2004. North West River: Labrador Inuit Health Commission; 2004.
Andersen C. Directeur, Program Development and Research, Labrador Inuit Health Commission. [Communication; 2005.]
Kinney M. Sous-ministre, Department of Health and Social Development (ministère de la santé et du développement social). gouvernement du Nunatviasut [Communication; 2006.]

Exemples : La collaboration dans la prestation de soins de santé mentale

Voici de brèves descriptions d'initiatives fondées sur la collaboration, dans le domaine de la santé mentale, menées par des Premières nations au Canada.

Dilico Ojibway First Nations

Il s'agit de services de santé mentale que des médecins de famille, des infirmières praticiennes et des cliniciens en santé mentale dispensent à 13 collectivités des Premières nations. Des psychologues et des psychiatres offrent aussi des consultations. Des spécialistes du Hospital for Sick Children de Toronto et d'hôpitaux locaux assurent des services de télépsychiatrie. Les évaluations sont faites dans une perspective conforme à la réalité des Premières nations.

Muskiki Mental Health Program

Le programme de santé mentale Muskiki dessert 5 000 membres des Premières nations vivant dans des réserves. Le counselling et les autres services intègrent des enseignements tirés du Cercle d'influences. Un coordonnateur et guérisseur traditionnel rend des visites trois fois l'an.

Waadiziwin (Health Is in Our Hands) Health Access Centre, Mental Health Program, Fort Frances (Ontario)

Le centre dessert les collectivités locales des Premières nations, assure des services de transport aérien et des services aux Autochtones vivant hors réserve et aux Métis. Ces services sont dispensés par une équipe interdisciplinaire qui comprend des médecins de famille, des infirmières praticiennes, des intervenants en santé mentale, un coordonnateur chargé des cas de SAF/EAF et un guérisseur traditionnel. Un psychologue et un psychiatre offrent des consultations.

Source : Initiative canadienne de collaboration en santé mentale. Collaboration entre les services de soins de santé mentale et les services de soins de santé primaires; 2006. Accessible à : <http://www.ccmhi.ca/fr/products/toolkits/providers.htm>

Notes de fin de chapitre

- 1 Affaires indiennes et du Nord Canada. Population indienne inscrite selon le sexe et la résidence 2004. Ottawa : Travaux publics et Services gouvernementaux Canada; 2005. Consulté le 7 juin 2005. Accessible à : http://www.ainc-nac.gc.ca/pr/sts/rip/rip04_f.pdf
- 2 Commission royale sur les peuples autochtones. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Ottawa : Gouvernement du Canada; 1996.
- 3 Inuit Tapiriit Kanatami (ITK); Pauktuutit Inuit Women's Association; National Inuit Youth Council; Organisation nationale de la santé autochtone. World Suicide Prevention Day, September 10, 2004: Inuit Backgrounder. Consulté en juin 2005. Accessible à : <http://www.naho.ca>
- 4 Statistique Canada. Peuples autochtones du Canada : un profil démographique. Recensement de 2001, série « analyses ». N° de catalogue 96F0030XIF2001007. Ottawa : Ministre de l'Industrie; 2003.
- 5 Pauktuutit Inuit Women's Association. The Inuit way: a guide to Inuit culture. Ottawa: Pauktuutit; aucune date.
- 6 Affaires indiennes et du Nord Canada. Questions les plus fréquemment posées à propos des autochtones; déc 2003 [consulté en juin 2005]. Accessible à : http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info125_f.html
- 7 Statistique Canada. Op cit.
- 8 Young (2003), par exemple, a constaté que seuls 2 des 254 articles sur la santé des Autochtones, publiés dans des revues scientifiques entre 1992 et 2001, étaient consacrés aux Métis.
- 9 Adelson N. "Being alive well": health and the politics of Cree well-being. Toronto : University of Toronto Press; 2000.
- 10 Tanner A. Bringing home animals: religious ideology and mode of production of the Mistassini Cree hunters. Terre-Neuve : Memorial University of Newfoundland; 1993.
- 11 Krech S. The ecological Indian. New York : W.W. Norton and Company; 1999.
- 12 Warry W. Unfinished dreams: community healing and the reality of Aboriginal self-government. Toronto : Université de Toronto; 1998.
- 13 Hall RL. An archaeology of the soul: North American Indian belief and ritual. Urbana : University of Illinois Press; 1997.
- 14 Waldram JB. The way of the pipe: Aboriginal spirituality and symbolic healing in Canadian prisons. Peterborough (ON) : Broadview Press; 1997.
- 15 Treat J, éditeur. Native and Christian: indigenous voices on religious identity in the United States and Canada. New York : Routledge Inc.; 1996.
- 16 King T. The truth about stories: a native narrative. Toronto : House of Anansi Press; 2003.
- 17 Kirmayer LJ, Boothroyd LJ, Tanner A, Adelson N, Robinson E, Oblin C. Psychological distress among the Cree of James Bay. Dans : Boss P, éditeur. Family stress: classic and contemporary readings. Thousand Oaks (CA) : Sage; 2003. p. 249–264.
- 18 Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Regional Health Survey 2002/03 Adult Survey Highlights. Accessible à : http://www.naho.ca/firstnations/french/regional_health.php
- 19 Cardinal JC, Schopflocher D, Svenson L, Morrison K, Laing L. First Nations in Alberta: a focus on health service use. Edmonton : Alberta Health and Wellness; 2004.
- 20 Statistique Canada. Totalisations personnalisées tirées des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.1. Préparé par René Dion, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada; fév-mar 2004.
- 21 Ibid.
- 22 Ibid.
- 23 Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 – Totalisations personnalisées pour le compte d'Inuit Tapiriit Kanatami, 2005. Chiffres fournis par Heather Tait d'Inuit Tapiriit Kanatami.
- 24 Kirmayer L, Fletcher C, Corin E, Boothroyd L. Inuit concepts of mental health and illness: an ethnographic study. [Document de travail, 1994; révision 1997.] Montréal : Division de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill; 1997.
- 25 Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada. Ottawa : Santé Canada; 2003.
- 26 Ibid.

- 27 Jack Hicks. Statistics on deaths by suicide in Nunavut, 1975-2003. [Exposé.] Nunavut Bureau of Statistics; jan 2004.
- 28 Kral MJ. Unikkaartuit : La signification du bien-être, de la tristesse, du suicide et du changement dans deux communautés inuites. Rapport final présenté au Programme national de recherche et de développement en matière de santé. Ottawa : Santé Canada; 2003.
- 29 Boothroyd L, Kirmayer L, Spreng S, Malus M, Hodgins S. Completed suicides among the Inuit of northern Quebec, 1982-1996: a case-control study. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2001;165(6):749-755.
- 30 Nunavut Bureau of Statistics; 2004.
- 31 ONSA. Enquête régionale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1997 : Un résumé du rapport national et des rapports régionaux. ONSA, Centre des Premières nations; 2004. Accessible à : http://www.naho.ca/firstnations/french/first_survey1997.php
- 32 Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 – Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Ottawa : Statistique Canada, fév 2004.
- 33 Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Région du Pacifique. A statistical report on the health of First Nations in British Columbia 2001. Appendix A: Figures, Charts and Tables. Document inédit.
- 34 Cardinal. Op. cit.
- 35 Kirmayer LJ, Brass G, Tait CL. The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Revue canadienne de psychiatrie*. 2000;45:607-616.
- 36 Boothroyd.. Op. cit.
- 37 Kirmayer LJ, Hayton B, Malus M, Jimenez V, Dufour R, Quesney C, et coll. Suicide in Canadian Aboriginal populations: emerging trends in research and intervention. Prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Montréal : Université McGill, Division of Social and Transcultural Psychiatry, Culture and Mental Health Research Unit (rapport n° 1); 1994.
- 38 Kral. Op. cit.
- 39 Communication personnelle, Inuit Tapiriit Kanatami, Health Department, fév 2006.
- 40 Les pensionnats ont fermé leurs portes progressivement au cours de la période de 1950 à 1990 (année de la dernière fermeture).
- 41 ONSA. Centre des Premières nations, au nom du Comité des Premières nations sur la gouvernance de l'information. Résultats préliminaires de l'enquête régionale 2002-2003 sur la santé des Premières nations : Enquête sur les adultes. Mise à jour : nov 2004. Consulté en juin 2005 à : http://www.naho.ca/firstnations/english/pdf/RHS_prelim_results_nov8.pdf
- 42 Statistique Canada, Enquête auprès des populations autochtones, 2001 – Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Ottawa : Statistique Canada, fév 2004.
- 43 Fournier S, Crey E. *Stolen from our embrace*. Vancouver : Douglas & McIntyre; 1997.
- 44 Tjepkema, M. La santé des Autochtones vivant hors réserve. Supplément aux Rapports sur la santé, Statistique Canada. Vol. 13. N° de cat. 82-203; 2002.
- 45 Elias B, Leader A, Sanderson D, O'Neill J. Living in balance: gender, structural inequalities, and health promoting behaviours in Manitoba First Nation communities. Winnipeg : University of Manitoba Centre for Aboriginal Health Research; 2000.
- 46 Hylton JB. La délinquance sexuelle chez les Autochtones au Canada. La série de recherche de la Fondation autochtone de guérison. Ottawa : La Fondation autochtone de guérison; 2002.
- 47 Bopp M, Bopp J, Lane P. La violence familiale chez les Autochtones au Canada. La série de recherche de la Fondation autochtone de guérison. Ottawa : La Fondation autochtone de guérison; 2003.
- 48 Ibid.
- 49 Ibid.
- 50 Organisation mondiale de la santé (OMS). Intimate Partner Violence. Genève : OMS; 2002. Consulté le 23 août 2005 à : http://www.who.int/violence_prevention/violence/world_report/factsheets/en/ipvfacts.pdf
- 51 Centre national de prévention du crime, cité dans Hylton.

- ⁵² ONSA. Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1997 : un résumé du rapport national et des rapports régionaux. ONSA, Centre des Premières Nations; 2004. Accessible à : http://www.naho.ca/firstnations/french/first_survey1997.php
- ⁵³ Santé Québec. Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik. Québec : ministère de la Santé et des Services sociaux; 1992.
- ⁵⁴ Statistique Canada. Enquête auprès des populations autochtones, 2001 – Totalisations personnalisées pour le compte de Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. Ottawa : Statistique Canada, fév 2004.
- ⁵⁵ Hylton. Op. cit.
- ⁵⁶ Kirmayer LJ, Simpson C, Cargo, M. Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*. 2003;11(suppl):15-23.
- ⁵⁷ Pauktuutit Inuit Women's Association. Op. cit. p. 13.
- ⁵⁸ Van Uchelen CP, Davidson S, Brasfield C, Quressette S, Demerais L. What makes us strong: urban Aboriginal perspectives on wellness and strength. *Can J Community Mental Health*. 1997;16(2):37-47.
- ⁵⁹ Chandler MJ, Lalonde C. Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*. 1998;35;191-219.
- ⁶⁰ Chandler considère que ces indicateurs sont des mesures de la « continuité culturelle ». On peut toutefois aussi faire valoir qu'ils indiquent le degré de mainmise d'une communauté sur ses propres affaires.
- ⁶¹ Mussel B, Cardiff K, White J. The mental health and well-being of Aboriginal children and youth: guidance for new approaches and services. Chilliwack (BC) : Sal'l'shan Institute; 2004. p. 23.
- ⁶² Bartlett JG. Involuntary cultural change, stress phenomenon and Aboriginal health status. [Éditorial.] *Revue canadienne de santé publique*. 2003;94(3):165-166.
- ⁶³ Van Uchelen. Op. cit.
- ⁶⁴ Scott K. Population health: risk and resistance. [Éditorial.] *Journal of Aboriginal Health*. 2005;2(1):2-3.
- ⁶⁵ Caron NR. Commentary: getting to the root of trauma in Canada's Aboriginal population. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 2005;172(8):1024.
- ⁶⁶ Kirmayer. Op. cit.; 2000.

GLOSSAIRE

Agoraphobie

Pour les besoins de l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002, l'agoraphobie est la peur et l'évitement d'être dans des endroits ou des situations d'où il pourrait être difficile de s'échapper ou dans lesquels on pourrait ne pas trouver de secours. Les situations redoutées incluent le fait de se trouver seul en dehors de son domicile, d'être dans une foule ou dans une file d'attente, d'être sur un pont ou dans un autobus, un train ou une voiture. Ces situations peuvent donner lieu à une détresse qui peut inclure des étourdissements, des sueurs, des douleurs à la poitrine, des nausées, un sentiment d'impuissance ou de détachement, ou un sentiment que le corps ou l'environnement n'est pas réel. L'agoraphobie peut se manifester seule ou être accompagnée d'un trouble panique¹.

Années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI)

Les AVCI équivalent à la somme des années de vie perdues (AVP) à cause de la maladie et des années de vie vécues avec une incapacité (AVI)². Mesure d'écart de santé mise au point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) dans le cadre de l'étude de la « charge mondiale de morbidité » en vue d'estimer le fardeau d'une maladie pour une population donnée. Les AVCI sont mesurées par rapport à la mortalité et à la morbidité. La morbidité est pondérée en fonction de la gravité de l'affection.

Années de vie vécues avec une incapacité (AVI)

Composante des années de vie corrigées de l'incapacité (AVCI), qui mesure les années de vie en santé perdues du fait de vivre dans un état autre que « en pleine santé »².

Degré de perturbation

Les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 ont indiqué, sur une échelle de 0 à 10, à quel point leur maladie perturbait leurs tâches à la maison, à l'école ou au travail, leur capacité d'établir et de maintenir des relations interpersonnelles et d'autres aspects de leur vie sociale¹.

Dépendance à l'alcool

La dépendance à l'alcool se rapporte à la tolérance, à l'état de manque ou à la perte de contrôle ou à des problèmes sociaux ou physiques liés à la consommation d'alcool.

Pour les besoins du présent rapport, la dépendance à l'alcool est mesurée à l'aide du questionnaire de l'Échelle de dépendance à l'alcool, qui est fondée sur un sous-ensemble de questions tirées du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) mis au point par Kessler et Mroczek (Université du Michigan). Le CIDI est un instrument diagnostique structuré qui a été conçu pour effectuer des estimations diagnostiques, selon les critères définis dans la classification du DSM-III-R concernant les troubles liés à l'utilisation de substances psychoactives^{1,3}.

Dépendance aux drogues illicites – Au cours des 12 derniers mois

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de dépendance aux drogues illicites s'ils ont signalé un mode d'utilisation inadapté d'une drogue conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois ou plus des six manifestations suivantes au cours d'une période continue de 12 mois :

1. tolérance, définie par le besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ou l'effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance;
2. sevrage, caractérisé par un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou par l'utilisation de la même substance (ou d'une substance très proche) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage;
3. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu, ou la substance est prise malgré une promesse de ne pas l'utiliser;
4. beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (p. ex. consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets;
5. des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance;
6. l'utilisation de la substance est poursuivie même si la personne est consciente de souffrir d'un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

Échelle des attitudes alimentaires

Mesure de l'importance des symptômes et des préoccupations caractéristiques des troubles alimentaires. L'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 comprenait deux questions filtres visant à évaluer les comportements et les attitudes à l'égard de l'alimentation au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie. Les personnes ayant répondu « oui » à ces deux questions ont également dû répondre aux questions du test des attitudes alimentaires (EAT-26). Plus le score obtenu au test est élevé, plus le répondant présente un trouble alimentaire important. L'EAT-26, outil de mesure normalisé très utilisé pour évaluer l'ampleur des symptômes et des préoccupations liés aux troubles alimentaires, a été élaboré par le Dr David M. Garner⁴. Il ne permet toutefois pas d'établir un diagnostic précis¹.

Épisode dépressif majeur – Au cours de la vie

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI d'épisode dépressif majeur au cours de la vie s'ils ont déclaré :

1. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir persistant pendant au moins deux semaines et s'accompagnant d'au moins cinq symptômes de dépression, qui représentent un changement de fonctionnement;
2. que les symptômes ont causé une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants de la vie;
3. que les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un deuil, les symptômes ont persisté pendant plus de deux mois ou s'accompagnaient d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires ou d'un ralentissement psychomoteur¹.

Épisode dépressif majeur – Au cours des 12 derniers mois

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI d'épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédant l'entrevue s'ils ont déclaré :

1. répondre aux critères d'épisode dépressif majeur au cours de la vie;
2. avoir vécu un épisode dépressif au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. une souffrance cliniquement significative ou une altération de leur fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants¹.

Indice d'activité physique

Statistique Canada calcule la dépense énergétique des répondants à partir des réponses à une série de questions portant sur l'activité physique. Il utilise ces valeurs pour classer les répondants dans l'une ou l'autre des catégories ci-dessous.

Personne active	Dépense énergétique moyenne de 3,0 kcal/kg/jour ou plus. Il s'agit de la quantité d'activité physique nécessaire pour renforcer le système cardiovasculaire.
Personne modérément active	Dépense énergétique moyenne entre 1,5 et 2,9 kcal/kg/jour. Quantité qui peut être bénéfique pour la santé mais qui est peu efficace pour le système cardiovasculaire.
Personne inactive	Dépense énergétique moyenne inférieure à 1,5 kcal/kg/jour.

Ces catégories ont été utilisées dans plusieurs enquêtes nationales, à commencer par l'Enquête condition physique Canada de 1981⁵. La définition de la catégorie « Personne active » remonte à une étude de 1985, dans laquelle il a été établi que la dose d'activité physique idéale pour renforcer le système cardiovasculaire se situait entre 2 et 4 kcal/kg/jour (moyenne de 3 kcal/kg/jour)^{1,6}.

Manie – Au cours de la vie

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI d'épisode maniaque au cours de la vie s'ils ont déclaré :

1. une période nettement délimitée d'humeur euphorique, expansive ou irritable persistant pendant au moins une semaine;
2. au moins trois des sept symptômes suivants (au moins quatre si l'humeur est seulement irritable) : augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur; réduction du besoin de sommeil; plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment; fuite des idées ou sensations subjectives que les idées défilent; distractibilité; augmentation de l'activité orientée vers un but ou agitation psychomotrice; et engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables;
3. que la perturbation est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée des activités quotidiennes normales, du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles ou pour nécessiter l'hospitalisation, ou bien qu'il existe des caractéristiques psychotiques¹.

Manie – Au cours des 12 derniers mois

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI d'épisode maniaque au cours des 12 mois précédant l'entrevue s'ils ont déclaré :

1. remplir les critères de diagnostic d'un épisode maniaque au cours de la vie;
2. un épisode maniaque au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. une altération marquée d'un aspect important du fonctionnement (social, professionnel ou autre)¹.

Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM)

Le DSM est un système de classification des troubles mentaux qui est reconnu à l'échelle internationale. Il en existe plusieurs versions. Les troubles et les problèmes mentaux abordés dans l'ESCC 1.2 sont partiellement codés en fonction du DSM-IV ou du DSM-III-R.

Niveau de scolarité – répondant, 4 niveaux

- Sans diplôme d'études secondaires
- Diplôme d'études secondaires, aucune étude post-secondaire
- Études post-secondaires partielles
- Diplôme d'études post-secondaires¹

Phobie sociale – Au cours de la vie

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI de la phobie sociale au cours de la vie s'ils ont déclaré :

1. qu'ils éprouvent une peur persistante et intense d'une ou plusieurs situations sociales ou de situations de performance durant lesquelles ils sont en contact avec des gens non familiers ou bien peuvent être exposés à l'éventuelle observation attentive d'autrui, et craignent d'agir (ou de montrer des symptômes anxieux) de façon embarrassante ou humiliante;
2. que l'exposition à la situation sociale redoutée provoque de façon quasi systématique une anxiété;
3. qu'ils reconnaissent le caractère excessif ou irraisonné de la peur;
4. qu'ils évitent les situations sociales ou de performance redoutées ou les vivent avec une anxiété ou une détresse intenses;
5. que l'évitement, l'anticipation anxieuse ou la souffrance dans la ou les situations sociales ou de performance redoutées perturbent, de façon importante, leurs habitudes, leurs activités professionnelles ou scolaires ou leurs activités sociales ou leurs relations avec autrui;
6. qu'ils étaient âgés d'au moins 18 ans la dernière fois qu'ils ont redouté ou évité une situation sociale ou une situation de performance, ou que cet état a duré plus de six mois¹.

Phobie sociale – Au cours des 12 derniers mois

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI de la phobie sociale au cours des 12 mois précédant l'entrevue s'ils ont déclaré :

1. remplir les critères de phobie sociale au cours de la vie;
2. avoir craint ou évité une ou plusieurs situations sociales ou de performance au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. avoir éprouvé une détresse cliniquement significative ou une altération de leur fonctionnement social ou professionnel ou dans d'autres domaines importants¹.

Revenu adéquat

Cette variable permet de classer le revenu total du ménage dans l'une de cinq catégories selon le revenu et la taille du ménage¹ :

Revenu inférieur	Moins de 10 000 \$ (1 à 4 personnes) Moins de 15 000 \$ (5 personnes ou plus)
Revenu intermédiaire inférieur	De 10 000 \$ à 14 999 \$ (1 ou 2 personnes) De 10 000 \$ à 19 999 \$ (3 ou 4 personnes) De 15 000 \$ à 29 999 \$ (5 personnes ou plus)
Revenu intermédiaire	De 15 000 \$ à 29 999 \$ (1 ou 2 personnes) De 20 000 \$ à 39 999 \$ (3 ou 4 personnes) De 30 000 \$ à 59 999 \$ (5 personnes et plus)
Revenu intermédiaire supérieur	De 30 000 \$ à 59 999 \$ (1 ou 2 personnes) De 40 000 \$ à 79 999 \$ (3 ou 4 personnes) De 60 000 \$ à 79 999 \$ (5 personnes ou plus)
Revenu supérieur	60 000 \$ et plus (1 ou 2 personnes) 80 000 \$ et plus (3 personnes ou plus)

Soutien social

La Medical Outcomes Study Social Support Survey⁷ donne des indicateurs de quatre catégories de soutien social. En tout, 19 éléments de soutien fonctionnel portent sur cinq dimensions :

- soutien émotionnel – expression d'une affectivité positive, compréhension empathique et encouragement de l'expression des sentiments;
- soutien informationnel – offre de conseils, d'information, d'orientation ou de rétroaction;
- soutien concret – assistance matérielle et comportements d'aide;
- interaction sociale positive – disponibilité des autres personnes de s'adonner à des activités agréables avec le répondant;
- affection – tout ce qui entoure l'expression d'amour et d'affection.

Les analyses empiriques ont montré que le soutien émotionnel et le soutien informationnel devraient être regroupés¹.

Trouble panique – Au cours de la vie

Cette variable permet de déterminer si le répondant satisfait aux critères diagnostiques du trouble panique au cours de la vie. On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI du trouble panique au cours de la vie s'ils ont déclaré :

1. avoir eu au moins 4 attaques récurrentes et inattendues de panique;
2. qu'au moins une de ces attaques de panique a été suivie pendant un mois ou plus de la crainte d'avoir d'autres attaques ou de préoccupations à propos de leurs conséquences ou d'un changement de comportement en relation avec les attaques¹.

Trouble panique – Au cours des 12 derniers mois

On considère que les répondants à l'ESCC 1.2 – Santé mentale et bien-être 2002 satisfont aux critères de l'ESCC 1.2/WMH-CIDI du trouble panique au cours des 12 mois précédant l'entrevue s'ils ont déclaré :

1. remplir les critères de trouble panique au cours de la vie
2. avoir eu une attaque de panique au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue;
3. avoir éprouvé une détresse émotionnelle importante durant une attaque de panique survenue au cours des 12 mois qui ont précédé l'entrevue¹.

WMH-CIDI (World Mental Health Composite International Diagnostic Interview)

Le questionnaire WMH-CIDI, qui fait partie de l'initiative World Mental Health 2000 (WMH2000), a été conçu par l'Organisation mondiale de la santé dans le but d'évaluer la prévalence de divers troubles mentaux dans plusieurs pays du monde. Le questionnaire WMH-CIDI, qui a été modifié pour les besoins de l'ESCC 1.2, constitue un instrument normalisé d'évaluation des troubles mentaux fondé sur l'opérationnalisation des définitions et critères du DSM-IV et de la CIM-10¹.

Notes de fin de chapitre

- ¹ Statistique Canada. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 1.2. Spécifications des variables dérivées.
- ² http://www.phac-aspc.gc.ca/phi-isp/glossary_f.html
- ³ Kessler RC, Andrews G, Mroczek D, Ustun B, Wittchen H-U. The World Health Organization Composite International Diagnostic Interview Short-Form (CIDI-SF). *Int J Methods Psychiatr Research*. 1998;7:172-185.
- ⁴ Garner DM, Olmsted MP, Bohr Y, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. *Psychological Medicine*. 1982; 12:871-878.
- ⁵ Stephens T, Craig CL, Ferris BF. Adult physical activity in Canada: Findings from The Canada Fitness Survey I. *Can J Public Health*. 1986;77:285-290.
- ⁶ Haskell WL, Montoye HJ, Orentstein D. Physical activity and exercise to achieve health-related components of physical fitness. *Public Health Reports*. 1985;100:202-212.
- ⁷ Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS Social Support Survey. *Soc Sci Med*. 1991;12(6):705-714.

RESSOURCES

Les organismes nationaux énumérés ci-après prodiguent de l'information au sujet de la santé mentale et des maladies mentales.

Académie canadienne de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent	www.canacad.org/indexFr.htm
Agence de santé publique du Canada – Santé mentale	www.phac-aspc.gc.ca/mh-sm/sante-mentale/
Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale	www.camimh.ca (anglais seulement)
Ami Québec : Alliance pour les malades mentaux Inc.	www.amiquebec.org
Association canadienne des ergothérapeutes	www.caot.ca/default.asp?pageid=1&français=1
Association canadienne des travailleuses et travailleurs sociaux	www.casw-acts.ca/default_f.htm
Association canadienne des troubles anxieux	www.anxietycanada.ca
Association canadienne pour la prévention du suicide	www.suicideprevention.ca
Association canadienne pour la santé mentale	www.acsm.ca
Association des psychiatres du Canada	www.cpa-apc.org/French_Site/index.asp
Association médicale canadienne	www.amc.ca
Canadian Partnership for Responsible Gambling	www.cprg.ca (anglais seulement)
Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies	www.ccsa.ca
Centre de toxicomanie et de santé mentale	www.camh.net/fr/
Centers for Disease Control and Prevention (États-Unis)	www.cdc.gov/spanish/frances.htm
Centre for Suicide Prevention	www.suicideinfo.ca (anglais seulement)
Coalition canadienne pour la santé mentale des personnes âgées	www.ccsmh.ca
Le Collège des médecins de famille du Canada	www.cfpc.ca
Conseil canadien des programmes de psychologie professionnelle	www.ccppp.ca

Fondation canadienne de la recherche en psychiatrie	www.cprf.ca (anglais seulement)
Initiative canadienne de collaboration en santé mentale	www.iccsm.ca
	Trousses d'outils :
	www.iccsm.ca/fr/products/toolkits.html
Institut canadien d'information sur la santé	www.cihi.ca
Instituts de recherche en santé du Canada – Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies	www.cihr-irsc.gc.ca/f/8602.html
Mental Health Works	www.mentalhealthworks.ca (anglais seulement)
Mind Your Mind	www.mindyourmind.ca (anglais seulement)
National Eating Disorder Information Centre	www.nedic.ca (anglais seulement)
Réadaptation psychosociale Canada	www.psrrpscanada.ca
Registered Psychiatric Nurses Association of Canada	www.psychiatricnurse.ca (anglais seulement) [Manitoba nurses]
Répertoire canadien des psychologues offrant des services de santé	www.crhsp.ca
Réseau canadien de la santé	www.reseau-canadien-sante.ca/2sante_mentale.html
Réseau national pour la santé mentale	www.nnmh.ca/fr/
Responsible Gambling Council	www.responsiblegambling.org (anglais seulement)
Santé Canada	www.hc-sc.gc.ca
La santé psychologique au travail	cgsst.fsa.ulaval.ca/sante/fra/default.asp
Société Alzheimer du Canada	www.alzheimer.ca
Société canadienne de psychologie	www.cpa.ca
Santé Mentale Canada	www.mentalhealthcanada.com
Société pour les troubles de l'humeur du Canada	www.mooodisorderscanada.ca/QuickFacts/index_f.htm
Société canadienne de la schizophrénie	www.schizophrenia.ca
Statistique Canada	www.statcan.ca