RAPPORT SUR LES MALADIES MENTALES AU CANADA

La société pour les troubles de l'humeur du Canada

Association des directeurs de départements de psychiatrie du canada

Institut canadien d'information de la santé

L'Association canadienne pour la santé mentale

Société canadienne de psychologie

Association des psychiatres du Canada

Instituts de recherche en santé du Canada,
Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies

Réseau national pour la santé mentale

Société canadienne de schizophrénie

Statistique Canada

Santé Canada

octobre 2002

"Notre mission est d'aider les Canadiens et les Canadiennes à maintenir et à améliorer leur état de santé"

Santé Canada

La documentation figurant dans ce rapport peut être reproduite ou copiée sans permission. Une indication de la source serait toutefois appréciée.

Santé Canada, Rapport sur les maladies mentales au Canada, Ottawa, Canada, 2002

© Comité de rédaction sur les maladies mentales au Canada

Catalogage canadien des données sur les publications

ISBN H39-643/2002F
0-662-87745-4

Also available in English under the title «A Report on Mental Illnesses in Canada»

AVANT-PROPOS

Les maladies mentales touchent la vie de tous les Canadiens et Canadiennes, ayant un effet considérable sur les relations, l'éducation, la productivité et la qualité de vie globale. Environ 20 % de la population souffrira d'une maladie mentale, et le 80 % qui reste sera affectée par une maladie mentale chez un membre de la famille, un ami ou un collègue. Avec une attention et des ressources suffisantes, on peut faire beaucoup pour améliorer la vie des personnes souffrant d'une maladie mentale.

Le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* vise à élever la sensibilisation aux maladies mentales dans les organisations gouvernementales et non gouvernementales ainsi que dans les secteurs de l'industrie, de l'éducation, du marché du travail et universitaires. Il décrit six importantes maladies et indique leur incidence et leur prévalence, leur cause, leur impact, les stigmates ainsi que la prévention et le traitement. Les décideurs trouveront l'information présentée dans ce rapport précieuse pour façonner les politiques et mettre au point les services visant à améliorer la qualité de vie des personnes atteintes d'une maladie mentale.

Cinq maladies mentales et le phénomène du comportement suicidaire ont été retenus pour ce document en raison de leurs taux de prévalence élevés ou à cause de l'ampleur de leur impact sur les secteurs de la santé, sociaux ou économiques. Bien qu'il ne s'agisse pas d'une maladie mentale en soi, le comportement suicidaire est fortement relié aux maladies mentales et soulève de nombreuses questions semblables. De futurs rapports porteront sur d'autres maladies mentales et sur les toxicomanies.

Le *Rapport sur les maladies mentales au Canada* répond à une recommandation de l'atelier sur la surveillance des maladies mentales, organisé en septembre 1999 par la Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health (CAMIMH), avec l'aide de Santé Canada. L'atelier a recommandé le regroupement des données existantes comme première étape pour établir un système de surveillance des maladies mentales au Canada.

Pour étudier les maladies mentales au Canada, le présent rapport utilise les données canadiennes présentement disponibles (sur les hospitalisations dans les hôpitaux généraux et sur la mortalité) ainsi que celles sorties d'études provinciales (voir la section sur les sources de données à l'annexe A). Toutefois, les données sur les hospitalisations présentent certaines limites. Plusieurs facteurs autres que la prévalence et la gravité d'une maladie peuvent influencer les admissions à l'hôpital et la durée d'un séjour. De plus, la plupart des personnes atteintes de maladie mentale sont traitées dans la communauté plutôt qu'à l'hôpital, et plusieurs ne sont pas traitées du tout dans le système de soins de santé officiel. Les données des hôpitaux psychiatriques provinciaux offriraient une connaissance plus approfondie, mais ces données n'étaient pas disponibles par type de maladie au moment de la rédaction du présent rapport.

De futurs rapports bénéficieront des données démographiques plus à jour et plus détaillées de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) – Santé mentale et bien-être (qui sera complétée en 2003) et du projet d'élaboration d'indicateurs pour le projet des services de santé mentale et de toxicomanie de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Toutefois, ces données futures ne feront que commencer à combler les lacunes. Chaque chapitre du présent rapport fait état d'une information supplémentaire servant de fondement plus complet à la planification et à l'évaluation des politiques, des programmes et des services touchant les maladies mentales.

Si vous désirez d'autres exemplaires de ce rapport ou si vous avez des commentaires à formuler à son sujet ou des suggestions de rapports futurs, veuillez communiquer avec :

Paula Stewart MD, FRCPC
Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques
Santé Canada
Immeuble Jeanne-Mance, pré Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0K9
Téléphone: (613) 946-2617
Télécopieur : (613) 954-8286
Courriel : paula_stewart@hc-sc.gc.ca

Le rapport est également accessible aux sites Web suivants :

Santé Canada : http://www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/publicat/miic-mmac/index.html

La société pour les troubles de l'humeur du Canada : http://www.mooddisorderscanada.ca

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

REMERCIEMENTS

Comité de rédaction

Paula Stewart, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Tom Lips, Division des collectivités en santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Carl Lakaski, Division des collectivités en santé, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

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

Collaborateurs

Lynn Brousseau, Pharmacienne, Gestionaire, Utilisation des médicaments et Santé mentale, Institut canadien d'information sur la santé

Marc Hamel, Chef, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Division de la statistique de la santé, Statistique Canada

Joel Paris, MD, Chef, Département de psychiatrie, L'Université McGill

George Tasca, PhD, Programme des troubles de l'alimentaion, L'Hôpital d'Ottawa

Examinateurs

Donald Addington, MBBS, PRCPsych, FRCPC, professeur et chef du département de psychiatrie, Université de Calgary, Directeur, Région de santé Calgary

Pam Forsythe, MD, FRCPC, Association des psychiatres du Canada

Francine Knoops, Directrice, affaires professionnelles, Association des psychiatres du Canada

Stan Kutcher, MD FRCPC, Chef, Département de psychiatrie, L'Université Dalhousie

Paul Links, MC, FRCPC, Arthur Sommer Rotenberg Chair in Suicide Studies; Professor de psychiatrie, St. Michael's Hospital, University of Toronto

Neasa Martin, Neasa Martin & Associates, professionnel de la santé mentale et défenseur des droits des consommateurs et des familles

Bonnie Pape, Association canadienne pour la santé mentale

Remi Quirion, Directeur scientifique, Instituts de recherche en santé du Canada : Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies

John Service, PhD, Société canadienne de psychologie

Wendy Steibberg, Association canadienne pour la santé mentale

Gustavo Turecki, MD PhD, Douglas Hospital, L'Université McGill

Équipe de production

Recherche et rédaction :

Shirley Bryan, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada

Leslie Anne Campbell, L'Université Dalhousie

Lori Dunbar, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada

Paula Stewart, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada

Paul Sales, Douglas Consulting

Analyse des données par by Geoffroy Scott et Peter Walsh, Division de la prévention des maladies chroniques, Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada

Section des publications scientifiques et services multimédias, Direction générale de la santé de la population et de la santé publique, Santé Canada

Rédaction et mise en page par Paul Sales, Douglas Consulting

Remerciements

Nous remercions Phil Upshal, de la Société pour les troubles de l'humeur du Canada, de sa contribution spéciale en soutenant ce projet et en facilitant la diffusion du rapport au Canada.

Instituts de recherche en santé du Canada : Institut des neurosciences, de la santé mentale et des toxicomanies, Pfizer Canada Inc. et Wyeth-Ayerst Canada Inc. ont contribué généreusement à l'impression du rapport.

SOMMAIRE

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

Un problème de santé de la portée et de l'importance des maladies mentales nécessite un système de surveillance complète pour suivre les progrès vers la réalisation des objectifs des politiques et des programmes. Un atelier tenu en septembre 1999, organisé conjointement par Santé Canada et la CAMIMH, a permis d'établir un cadre d'indicateurs complet pour la créatoin d'un système de surveillance des maladies mentales et de la santé mentale. Le présent rapport répond aux recommandations de l'atelier de regrouper les données existantes afin d'entamer le processus de description de l'état des maladies mentales au Canada.

Points saillants du chapitre 1 - Aperçu

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

Points saillants du chapitre 2 – Troubles de l'humeur

- Les troubles de l'humeur comprennent la dépression majeure, le trouble bipolaire (maniaque et déprimé) et la dysthymie.
- Environ 8 % des adultes souffriront d'une dépression majeure dans leur vie. Environ 1 % des adultes souffriront d'un trouble bipolaire.
- Les troubles de l'humeur apparaissent généralement au cours de l'adolescence.
- À l'échelle mondiale, la dépression majeure est la principale cause des années vécues avec invalidité et la quatrième cause des années de vie sans invalidité.
- Les troubles de l'humeur ont un important impact économique associé aux coûts des soins de santé et à la perte de productivité.
- La plupart des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur peuvent être traitées efficacement dans la collectivité. Malheureusement, de nombreuses personnes tardent à demander un traitement.
- Les hospitalisations pour les troubles de l'humeur dans les hôpitaux généraux sont d'environ une fois et demie plus élevées chez les femmes que chez les hommes.
- La grande disparité parmi les groupes d'âge dans les taux d'hospitalisation pour dépression dans les hôpitaux généraux a diminué ces dernières années, grâce à une plus grande diminution des taux d'hospitalisation chez les groupes plus âgés.
- Les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux augmentent chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans.
- Les personnes souffrant de troubles de l'humeur sont à risque élevé de suicide.

Points saillants du chapitre 3 - Schizophrénie

- La schizophrénie affecte 1 % de la population canadienne.
- Elle apparaît habituellement au début de la vie adulte.
- La schizophrénie peut être traitée efficacement par une combinaison de médication, d'éducation, de services de soins primaires, de services hospitaliers et de soutien communautaire, tels logement et emploi.
- Cinquante-deux pour cent des hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux sont chez des adultes de 25 à 44 ans.
- Les taux d'hospitalisation pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux augmentent chez les hommes jeunes et d'âge moyen.

Points saillants du chapitre 4 – Troubles anxieux

- Les troubles anxieux affectent 12 % de la population, causant un handicap léger à grave.
- Pour diverses raisons, de nombreuses personnes peuvent ne pas demander un traitement pour leur anxiété; elles peuvent considérer les symptômes légers ou normaux, ou les symptômes eux-mêmes peuvent faire obstacle à une demande d'aide.
- Les troubles anxieux peuvent être traités efficacement dans la collectivité.
- Les taux d'hospitalisation pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux sont deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.
- Les taux d'hospitalisation les plus élevés pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux sont pour des personnes de 65 ans et plus.
- Depuis 1987, les taux d'hospitalisation pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux ont diminué de 49 %.

Points saillants du chapitre 5 – Troubles de la personnalité

- D'après des données américaines, de 6 % à 9 % de la population souffre d'un trouble de la personnalité.
- Les troubles de la personnalité prennent plusieurs formes. Leur influence sur les relations interpersonnelles varie de légère à grave.
- Ces troubles apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de la vie adulte.
- On constate souvent le trouble de la personnalité antisociale chez les prisonniers (jusqu'à 50 %)
- Au nombre des hospitalisations pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux, 78 % sont pour des jeunes adultes de 15 à 44 ans.

Points saillants du chapitre 6 – Troubles de l'alimentation

- Environ 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie.
- Les jeunes filles et les femmes sont plus affectées par l'anorexie et la boulimie mentale que les garçons ou les hommes.
- Les troubles de l'alimentation peuvent être provoqués par des facteurs biologiques et personnels ainsi que par la promotion de l'image du corps mince.
- Les troubles de l'alimentation présentent un risque élevé d'autres maladies mentales et physiques qui peuvent conduire à la mort.
- Depuis 1987, les hospitalisations pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans.

Points saillants du chapitre 7 – Comportement suicidaire

- En 1998, 3 699 Canadiens et Canadiennes sont morts en se suicidant.
- Le suicide représente 24 % de tous les décès de personnes âgées de 15 à 24 ans et 16 % chez les 25 à 44 ans.
- Le taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes est quatre fois plus élevé que chez les femmes.
- Les personnes âgées de 15 à 44 ans représentent 73 % des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide.
- Les femmes sont hospitalisées dans les hôpitaux généraux pour tentative de suicide 1,5 fois plus que les hommes.

Futurs besoins de surveillance

Les données existantes offrent un profil très limité des maladies mentales au Canada. Les données disponibles sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données pour surveiller pleinement ces maladies. Voici les besoins d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de chacune des maladies mentales selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (par exemple, le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Comorbidité entre les maladies mentales et d'autres maladies mentales et/ou troubles physiques.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.
- Impact des maladies mentales sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé primaires et spécialisés.
- Impact des maladies mentales sur le milieu de travail et l'économie.
- Stigmatisation associée aux maladies mentales.
- Impact des maladies mentales sur le système juridique et le système pénal.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale dans d'autres systèmes, tels les écoles, les programmes et les établissements de justice pénale ainsi que lesprogrammes d'aide aux employés.
- Résultats des traitements.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des figures 12

Liste des tableaux 14

Chapitre 1 Les maladies mentales au Canada - Aperçu 15

Chapitre 2 Troubles de l'humeur 31

Chapitre 3 Schizophrénie 49

Chapitre 4 Troubles anxieux 59

Chapitre 5 Troubles de la personnalité 69

Chapitre 6 Troubles de l'alimentation 79

Chapitre 7 Comportement suicidaire 91

Annexe A Sources de données 105

Annexe B Appel à l'action : développement d'un consensus pour un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale – Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health (CAMIMH) 109

LISTE DES FIGURES

Figure 1-1 Taux d'hospitalisation pour une des sept maladies mentales dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1999-2000. 18

Figure 1-2 Proportion de toutes les hospitalisations qui sont attribuables à une des sept maladies mentales dans les hôpitaux généraux, selon l'âge et le sexe, Canada, 1999-2000. 19

Figure 1-3 Jours d'hospitalisation pour une des sept maladies mentales dans les hôpitaux généraux (nombre de jours passés à l'hôpital) pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1999-2000. 19

Figure 2-1 Hospitalisations pour trouble dépressif majeur dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 35

Figure 2-2 Hospitalisations pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 35

Figure 2-3 Hospitalisations pour trouble dépressif majeur dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon sa contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 40

Figure 2-4 Taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 –1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 40

Figure 2-5 Taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur dans les hôpitaux généraux chez les femmes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 41

Figure 2-6 Taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur dans les hôpitaux canadiens chez les hommes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 41

Figure 2-7 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour trouble dépressif majeur, Canada, 1987-1988 – 1999-2000. 42

Figure 2-8 Hospitalisations pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon sa contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 42

Figure 2-9 Taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 43

Figure 2-10 Taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux chez les femmes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 43

Figure 2-11 Taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux chez les hommes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 44

Figure 2-12 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour trouble bipolaire*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000. 44

Figure 3-1 Hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 51

Figure 3-2 Hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon sa contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000 55

Figure 3-3 Taux d'hospitalisation pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991). 55

Figure 3-4 Taux d'hospitalisation pour schizophrénie chez les femmes dans les hôpitaux généraux, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 56

Figure 3-5 Taux d'hospitalisation pour schizophrénie chez les hommes dans les hôpitaux généraux, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 56

Figure 3-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour schizophrénie*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000. 57

Figure 4-1 Hospitalisations pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000.....62

Figure 4-2 Hospitalisations pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon leur contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 65

Figure 4-3 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991).....65

Figure 4-4 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 66

Figure 4-5 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 66

Figure 4-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles anxieux*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000. 67

Figure 5-1 Hospitalisations pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 72

Figure 5-2 Hospitalisations pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon leur contribution à la durée du séjour, Canada, 1999-2000.....75

Figure 5-3 Taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991).....75

Figure 5-4 Taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité chez les femmes dans les hôpitaux canadiens par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 76

Figure 5-5 Taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 76

Figure 5-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles de la personnalité, Canada, 1987-1988 – 1999-2000.....77

Figure 6-1 Hospitalisations pour troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 81

Figure 6-2 Hospitalisations pour troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon leur contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000. 85

Figure 6-3 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)..... 85

Figure 6-4 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 –1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 86

Figure 6-5 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 –1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 86

Figure 6-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles de l'alimentation*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000. 87

Figure 7-1 Taux de mortalité attribuable au suicide pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998..... 93

Figure 7-2 Proportion de tous les décès dus au suicide selon l'âge et le sexe, Canada, 1998. 94

Figure 7-3 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide selon le sexe, Canada, 1987-98 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 94

Figure 7-4 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide chez les femmes par groupe d'âge, Canada, 1987-1998 (standardisé selon la population canadienne de 1991)..... 95

Figure 7-5 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide chez les hommes par groupe d'âge, Canada, 1987-1998 (standardisé selon la population canadienne de 1991)..... 95

Figure 7-6 Hospitalisations pour tentative de suicide dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 1999-2000. 96

Figure 7-7 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 97

Figure 7-8 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991). 97

Figure 7-9 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)..... 98

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1-1 Prévalence estimative de 1 an des maladies mentales chez les adultes au Canada. 17

Tableau 4-1 Prévalence de 1 an des troubles anxieux au Canada 61

Tableau 5-1 Types de troubles de la personnalité 71

Tableau 6-1 Sommaire des facteurs de risque pouvant contribuer au développement de troubles de l'alimentation 83

CHAPITRE 1

LES MALADIES MENTALES AU CANADA : APERÇU

Points saillants

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

Qu'est-ce que la maladie mentale

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

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

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

Les maladies mentales peuvent se manifester simultanément. Par exemple, une personne peut éprouver une dépression et un trouble anxieux en même temps. De plus, les tentatives d'adoucir les symptômes par l'alcool ou les drogues peuvent contribuer à la toxicomanie chez certaines personnes. Dans une étude américaine, 54 % des personnes avec des antécédents d'au moins une maladie mentale souffraient d'une autre maladie mentale ou de toxicomanie[1].

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

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

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

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

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

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

Des études canadiennes antérieures[2,3] ont permis d'estimer qu'un adulte canadien sur cinq souffrira personnellement d'une maladie mentale pendant une période de 1 an. Le tableau 1-1 résume les estimations canadiennes de la prévalence des maladies mentales faisant l'objet du présent rapport. D'après les estimations des États-Unis, les troubles de la personnalité peuvent affecter de 6 % à 9 % de la population[5].

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

Maladie mentale	Estimations[2,3] de la prévalence de 1 an
Troubles de l'humeur	
Dépression majeure (unipolaire)	4,1– 4,6 %
Trouble bipolaire	0,2 - 0,6 %
Dysthymie	0,8 - 3,1%
Schizophrénie	0,3 %
Troubles anxieux	12,2 %
Troubles de la personnalité	--
Troubles de l'alimentation[4] – Anorexie, Boulimie	Anorexie 0,7 % femmes 0,2 % hommes Boulimie 1,5 % femmes 0,1 % hommes
Décès attribuables au suicide (1998)	12,2 pour 100 000 (1998) 2 % de tous les décès 24 % de tous les décès de personnes âgées de 15 à 24 ans 16 % de tous les décès de personnes âgées de 25 à 44 ans

[a] Pourcentage estimatif des personnes qui ont le trouble au cours d'une période de 1 an.

Répercussions des maladies mentales

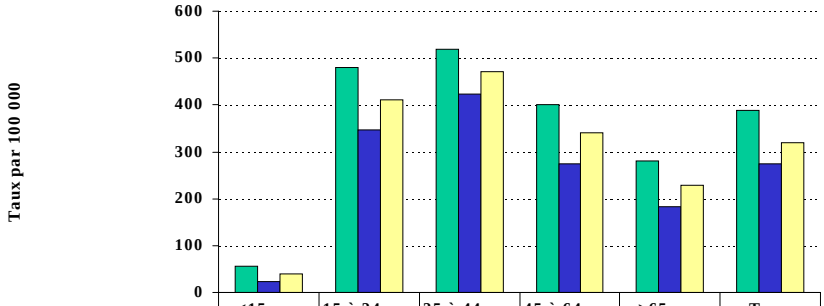
Qui est touché par les maladies mentales?

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

Idéalement, les données d'une étude démographique offriraient de l'information sur la répartition des maladies mentales selon l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques. L'ESCC de Statistique Canada fournira certaines de ces données à l'avenir.

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

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



	<15 ans	15 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	>65 ans	Tous
Femmes	56.7	479.7	519.8	401.6	280.3	388.8
Hommes	22.1	346.5	424.4	273.9	183.2	273.2
Femmes & hommes	38.9	411.5	471.7	339.7	229.2	319.3

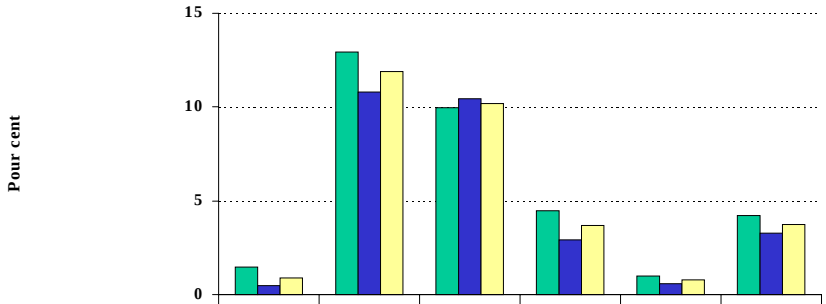
* Troubles anxieux, troubles bipolaires, schizophrénie, dépression majeure, troubles de la personnalité, troubles alimentaires et tentatives de suicide

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

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

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

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



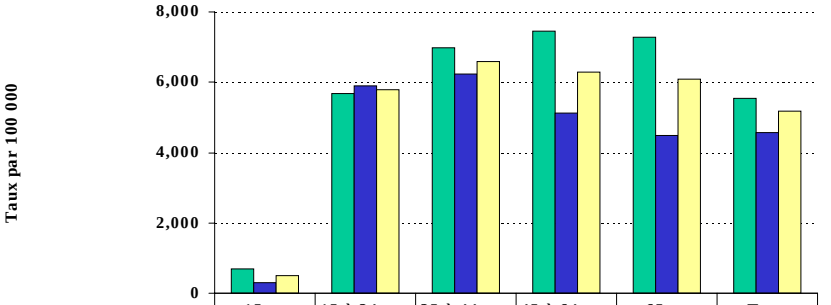
	<15 ans	15 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	>65 ans	Tous
Femmes	1.5	12.9	9.9	4.5	1.0	4.2
Hommes	0.5	10.8	10.4	2.9	0.6	3.3
Femmes & hommes	0.9	11.9	10.2	3.7	0.8	3.8

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

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

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

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



	<15 ans	15 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	>65 ans	Tous
Femmes	694.0	5,674.1	6,968.5	7,437.0	7,272.9	5,537.4
Hommes	299.3	5,891.1	6,235.2	5,129.1	4,489.1	4,554.9
Femmes et hommes	491.5	5,785.3	6,599.2	6,291.8	6,085.3	5,169.8

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

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

Comment les maladies mentales affectent-elles les gens?

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

Dans les pays industrialisés, les maladies mentales (dépression majeure, trouble bipolaire, schizophrénie et trouble obsessionnel-compulsif) représentent quatre des 10 principales causes d'invalidité[6].

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

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

Impact économique

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

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

Une étude canadienne ultérieure a puisé aux mêmes données ainsi qu'aux données des questions de l'ENSP de 1996-1997 concernant la dépression et la détresse ainsi que le recours autodéclaré aux services de santé; les auteurs ont estimé que l'impact économique annuel des problèmes de santé mentale au Canada est de 14,4 milliards de dollars[8]. Les auteurs de cette étude croient également que le chiffre est une sous-estimation en raison des limites imposées par leur ensemble de données.

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

Les maladies mentales contribuent considérablement aux coûts des hôpitaux. Selon l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS), les hôpitaux canadiens ont signalé 199 308 départs associés à la maladie mentale en 1999-2000. Les hôpitaux généraux en représentaient 86 % et les hôpitaux psychiatriques provinciaux 14 %. En 1999-2000, les malades mentaux ont exigé 9 022 382 jours d'hospitalisation. Le chiffre se répartit presque également entre les hôpitaux psychiatriques et généraux provinciaux. La durée moyenne du séjour était de 45 jours. La durée moyenne du séjour à l'hôpital psychiatrique était de 160 jours comparativement à 27 dans les hôpitaux généraux.

Stigmatisation et discrimination associées aux maladies mentales

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

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

Causes des maladies mentales

La recherche indique que les maladies mentales sont le résultat d'une interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, de personnalité et environnementaux; toutefois, le cerveau est le lieu commun final du contrôle du comportement, de la cognition, de l'humeur et de l'anxiété. En ce moment, les liens entre des dysfonctions cérébrales spécifiques et des maladies mentales spécifiques ne sont pas pleinement compris[9]. Dans les chapitres qui suivent, l'on fait souvent mention de la supériorité génétique (par exemple, les dysfonctions héréditaires affectant la chimie du cerveau) et à l'environnement (par exemple, les facteurs physiques et psychosociaux externes) pour discuter des causes, du traitement et de la prévention des maladies mentales. Il est important de ne pas sur-interpréter les preuves disponibles au sujet du rôle des facteurs génétiques ou environnementaux comme cause des maladies mentales, car beaucoup plus de recherche sera nécessaire pour bien comprendre les causes des maladies mentales.

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

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

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

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

La pauvreté et les maladies mentales

La relation entre la pauvreté et les maladies mentales est compliquée. Plusieurs études ont permis de constater que le statut socio-économique est inversement relié à la possibilité de contracter une maladie mentale. Deux cadres[10] ont été proposés pour expliquer cette relation.

Association indirecte : sélection et glissement

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

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

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

Association directe : cause sociale

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

Prévention et traitement

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

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

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

Une prévention primaire de la plupart des troubles mentaux est encore en voie d'élaboration. Étant donné la très solide preuve que des antécédents de traumatisme grave (par exemple, un abus physique ou sexuel) sont reliés à divers problèmes de santé mentale (troubles dissociatifs, troubles de la personnalité, accoutumances, trouble de stress post-traumatique)[11,12], il serait raisonnable de conclure que la prévention de tels traumatismes préviendrait certains problèmes de santé mentale. Une preuve prometteuse veut que l'enseignement précoce des stratégies cognitivo-comportementales puisse prévenir ou réduire les répercussions des troubles anxieux[13].

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

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

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

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

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

Les réformes du système de santé mentale des années 1960 et 1970 ont réduit le nombre de lits dans les établissements psychiatriques. De nombreuses personnes souffrant d'une maladie mentale sont passées des établissements de soins chroniques à la collectivité. Pour créer une qualité de vie raisonnable, les collectivités ont eu à relever d'importants défis pour aider non seulement ces personnes mais également des personnes sans antécédents nouvellement diagnostiquées comme atteintes d'une maladie mentale grave[14].

Vers un système d'ensemble

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

Éducation des usagers des services et de leurs familles

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

Éducation communautaire

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

Réseau d'auto-assistance/d'entraide

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

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

Soins primaires et soins spécialisés

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

Dans le modèle de partage de soins de la prestation des soins de santé mentale[15], les psychiatres et les professionnels de la santé mentale travaillent avec les médecins de famille, leur offrant un appui et une aide dans le milieu clinique quotidien. Les dispensateurs de soins et les personnes ayant besoin des services ont loué l'efficacité de ce modèle.

D'autres professions de la santé, par exemple, la psychologie et le travail social, offrent également des services essentiels aux malades mentaux. Un modèle de soins primaires idéal nécessiterait la participation de psychologues, de travailleurs sociaux, de médecins de famille, de psychiatres, d'infirmières et infirmiers, de pharmaciens et d'autres professionnels travaillant en collaboration dans un système intégré.

Hôpitaux

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

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

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

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

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

Sytèmes d'intervention d'urgence/ Services d'urgence psychiatrique

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

On a proposé l'établissement de systèmes de réponse au crises (SRC) comme approche plus efficace. Plutôt qu'une réponse effectuée par un seul service, un SRC renfermerait toute une gamme de services intégrés et répartis entre divers fournisseurs. Les compétences spécialisées et le clavier de possibilités offerts par un SRC serait en mesure de déterminer la résolution d'une crise avec un dérangement minimal, surtout en cas d'insoumission. Un SRC sert d'auxiliaire aux prestataires de services communautaires, dont les professionnels en santé mentale, les omnipraticiens et les corps policiers; il assure un important mécanisme d'extension des services à la communauté en assurant un lien entre les usagers sans antécédents et les services appropriés; et il joue le rôle d'un service des relations avec le public en rassurant les membres de la collectivité, tels les propriétaires, que les personnes atteintes d'une maladie mentale grave obtiendront du soutien en période de crise.

Les fonctions à remplir en cas de crise comportent :

- services médicaux, y compris des services aux hospitalisés après avoir épuisé toute autre possibilité;
- placement à court terme dans une résidence pour fins de stabilisation dans un milieu protecteur et de soutien;
- services mobiles d'extension capables de rendre service là où la crise se produit;
- services directs d'intervnetion;
- services téléphoniques[16].

Programmes de prise en charge ou d'approche communautaires

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

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

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

Le traitement communautaire d'affirmation de soi est un modèle de prise en charge qui a été bien reçu. L'équipe a un ratio personnel-patient élevé et offre à la personne un accès au soutien au moment et là où il est nécessaire, soit 24 heures par jour, 7 jours par semaine. Une personne à risque élevé de rechute and d'hospitalisation a besoin de ce genre de soutien, particulièrement lorsque le soutien familial ou social est limité[17].

Soutien en milieu de travail

À part le foyer, le lieu de travail est l'air principal de la vie adulte. Ainsi, il exerce une influence sur la santé et le bien-être d'une personne. En grande partie, l'impact des maladies mentales en milieu de travail se traduit par une faible productivité et un recours accru aux congés de maladie. La stigmatisation entoure les personnes éprouvant des difficultés de santé mentale et le processus de recouvrement est souvent mal compris. Les employeurs doivent démontrer qu'ils n'exercent pas de discrimination et que leurs politiques et procédures sont équitables devant les problèmes de santé mentale[18].

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

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

Autres soutiens

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

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

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

stratégies générales qui encouragent la mise en œuvre à grande échelle de services et de soutien efficaces pour les personnes atteintes de maladies mentales graves et chroniques. Ces documents sont disponibles sur le site Web de Santé Canada au : http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/sante-mentale/psm/index.html.

Orientations futures

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

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

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

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

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

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

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

Ressources

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

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

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

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

Institut canadien dìnformation de la santé: www.icis.ca

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

Association Médicale Canadienne: www.amc.ca

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

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

Canadian Psychiatric Research Foundation: www.cprf.ca

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Références

[1] Kessler RC, Ahangang Z. The prevalence of mental illness. Horwitz AV, Sheid TL, ed., A Handbook for the Study of Mental Health - Social Context, Theories and Systems, (Ch. 3). Cambridge University Press, 1999.

[2] Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. Can J Psychiatry 1996;41:559-563.

[3] Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988;77(Suppl 338):33-42.

[4] Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. Am J Psychiatry 2001;158:570-574.

[5] Narrow WE, Rae DS, Robins LN, Regier DA. Revised prevalence estimates of mental disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 2002;59:115-123.

[6] Murray CJL, Lopez AD, Eds. Summary: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996.

[7] Moore R, Mao Y, Zhang J, Clarke K. Economic Burden of Illness in Canada, 1993. Ottawa: Health Canada, 1997.

[8] Stephens T, Joubert N. The economic burden of mental health problems in Canada. Chronic Diseases in Canada 2001:22:1:18-23.

[9] Schwartz S. Biological approaches to psychological disorders. Horwitz AV, Sheid TL, ed., A Handbook for the Study of Mental Health - Social Context, Theories and Systems, (Ch. 4). Cambridge University Press, 1999.

[10] Eaton WW, Muntaner C. Socioeconomic stratification and mental disorder. Horwitz AV, Sheid TL, ed., "A Handbook for the Study of Mental Health - Social Context, Theories and Systems, (Ch. 14). Cambridge University Press, 1999: 259.

[11] Rosenberg SD, Drake RE, Mueser K. New directions for treatment research on sequelae of sexual abuse in persons with severe mental illness. Community Ment Health J. 1996 Aug;32(4):387-400.

[12] Leverich GS, McElroy SL, Suppes T, Keck PE, Denicoff KD, Nolen WA, Altshuler LL et al. Early physical and sexual abuse associated with an adverse course of bipolar illness. Biol Psychiatry 2002 Feb 15;51(4):288-97.

[13] Dadds MR, Spence SH, Holland DE, Barrett PM, Laurens KR. Prevention and early intervention for anxiety disorders: a controlled trial. J Consult Clin Psychol 1997;65:627-35.

[14] Canadian Alliance on Mental Illness and Mental Health. A Call for Action: Building Consensus for a National Plan on Mental Illness and Mental Health, 2000.

[15] Kates N. Shared mental health care: the way ahead. Can Fam Physician, 2002 May;48:853-5.

[16] Adapted from “Crisis response systems/psychiatric emergency services,” in Review of Best Practices in Mental Health Reform, Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Mental Health, 1997, available online at http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pubs/bp_review/e_index.html.

[17] For more information about case management and ACT, see “Case management/assertive community treatment” in Review of Best Practices in Mental Health Reform, Federal/Provincial/Territorial Advisory Committee on Mental Health, 1997, available online at http://www.hc-sc.gc.ca/hppb/mentalhealth/pubs/bp_review/e_index.html.

[18] Gabriel P, Liimatainen M. Mental Health in the Workplace. Geneva: International Labour Office, 2000.

CHAPITRE 2

TROUBLES DE L'HUMEUR

Points saillants

- **Les troubles de l'humeur comprennent la dépression majeure, le trouble bipolaire (maniaque et déprimé) et la dysthymie.**
- **Environ 8 % des adultes souffriront d'une dépression majeure dans leur vie. Environ 1 % des adultes souffriront d'un trouble bipolaire.**
- **Les troubles de l'humeur apparaissent généralement au cours de l'adolescence.**
- **À l'échelle mondiale, la dépression majeure est la principale cause des années vécues avec invalidité et la quatrième cause des années de vie sans invalidité.**
- **Les troubles de l'humeur ont un important impact économique associé aux coûts des soins de santé et à la perte de productivité.**
- **La plupart des personnes atteintes d'un trouble de l'humeur peuvent être traitées efficacement dans la collectivité. Malheureusement, de nombreuses personnes tardent à demander un traitement.**
- **Les hospitalisations pour les troubles de l'humeur dans les hôpitaux généraux sont d'environ une fois et demie plus élevées chez les femmes que chez les hommes.**
- **La grande disparité parmi les groupes d'âge dans les taux d'hospitalisation pour dépression dans les hôpitaux généraux a diminué ces dernières années, grâce à une plus grande diminution des taux d'hospitalisation chez les groupes plus âgés.**
- **Les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux augmentent chez les hommes et les femmes de 15 à 24 ans.**
- **Les personnes souffrant de troubles de l'humeur sont à risque élevé de suicide.**

Que sont les troubles de l'humeur?

Les troubles de l'humeur comprennent la dépression seulement (qu'on appelle aussi «dépression unipolaire») ou des épisodes maniaques (comme le trouble bipolaire dont l'appellation classique est «psychose maniacodépressive»). Les personnes atteintes de troubles de l'humeur souffrent d'une profonde détresse ou de handicaps dans leurs activités sociales, professionnelles, éducatives ou d'autres aspects importants du fonctionnement.

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

Les personnes maniacodépressives sont exagérément énergiques et peuvent faire des choses excessives comme dépenser inconsidérément et s'endetter, entrer en conflit avec la loi ou manquer de jugement dans leur comportement sexuel. Ces symptômes sont graves et durent plusieurs semaines, intervenant dans leurs relations, leur vie sociale, leurs études et leur travail. Certaines personnes peuvent sembler fonctionner normalement, mais à mésure que la maladie progresse cela leur nécessite un effort de plus en plus accru.

Les épisodes dépressifs et maniaques peuvent modifier le raisonnement et le comportement de la personne ainsi que le fonctionnement de son corps.

Le **trouble dépressif majeur** est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (au moins 2 semaines d'humeur déprimée ou de perte d'intérêt pour les activités habituelles, accompagnées d'au moins quatre autres symptômes de dépression)[1].

Le t**rouble bipolaire** est caractérisé par au moins un épisode maniaque ou mixte (manie et dépression) avec ou sans antécédents de dépression majeure[2].

Le **trouble dysthymique** est essentiellement une humeur déprimée chroniquement qui se manifeste pour la plupart sur une période d'au moins 2 ans[1] sans périodes prolongées sans symptômes. Les périodes sans symptômes ne durent pas plus que 2 mois. Les adultes souffrant de ce trouble se plaignent de se sentir tristes ou déprimés, alors que les enfants peuvent se sentir irritables. La durée minimale requise des symptômes pour le diagnostic des enfants est de 1 an.

Symptômes	
Dépression	**Manie**
• **Sentiment d'être sans valeur, d'impuissance ou de désespoir** • **Perte d'intérêt ou de plaisir (y compris les passe-temps ou le désir sexuel)** • **Changement de l'appétit** • **Troubles du sommeil** • **Moins d'énergie ou fatigue (sans effort physique important)** • **Sentiment d'inutilité ou de culpabilité** • **Pensées associées à la mort** • **Faible concentration ou difficulté de prendre des décisions**	• **Exaltation excessive** • **Optimisme déraisonnable ou mauvais jugement** • **Hyperactivité ou pensées qui défilent** • **Moins de sommeil** • **Durée d'attention très brève** • **Passages rapides à la rage ou à la tristesse** • **Irritabilité**

Jusqu'à quel point les troubles de l'humeur sont-ils répandus?

Collectivement, les troubles de l'humeur sont l'une des maladies mentales les plus répandues dans la population générale. Les études canadiennes sur l'incidence de la dépression majeure au cours de la vie ont constaté que 7,9 % à 8,6 % des adultes de plus de 18 ans et vivant dans la collectivité répondaient aux critères de diagnostic d'une dépression majeure à un moment donné de leur vie[1]. D'autres études ont indiqué qu'entre 3 % et 6 % des adultes seront atteints de dysthymie au cours de leur vie[3], et qu'entre 0,6 % et 1 % des adultes vivront un épisode maniaque au cours de leur vie[4].

Sur une période de 12 mois, entre 4 % et 5 % de la population fera une dépression majeure[1]. Selon l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, 6 % de la population canadienne âgée de 12 ans et plus avait éprouvé des symptômes correspondant à la dépression au moment de l'enquête[5].

Répercussions des troubles de l'humeur

Qui est affecté par les troubles de l'humeur?

Les troubles de l'humeur affectent des gens de tout âge, mais apparaissent habituellement à l'adolescence ou dans la jeune vie adulte. Le diagnostic étant souvent retardé, l'âge moyen des personnes atteintes s'étend du début de la vingtaine au début de la trentaine[1].

Des études ont documenté régulièrement des taux de dépression plus élevés chez les femmes que chez les hommes; les moyennes du ratio femmes:hommes sont de 2 pour 1 2:1[3]. Les femmes sont de 2 à 3 fois plus susceptibles que les hommes de manifester une dysthymie.

Les différences entre les sexes quant aux symptômes associés à la dépression peuvent contribuer aux différences d'apparition de la dépression chez les hommes et les femmes. Par exemple, les hommes sont plus susceptibles d'être irritables, coléreux et découragés que déprimés, alors que les femmes manifestent les symptômes plus «classiques» de sentiments d'inutilité et d'impuissance ainsi que des humeurs tristes persistantes. En conséquence, la dépression peut ne pas être reconnue aussi facilement chez un homme. De plus, les femmes sont plus susceptibles que les hommes de demander l'aide des professionnels de la santé. Les facteurs de risque ou de protection biologiques ou sociaux peuvent également différer entre les hommes et les femmes.

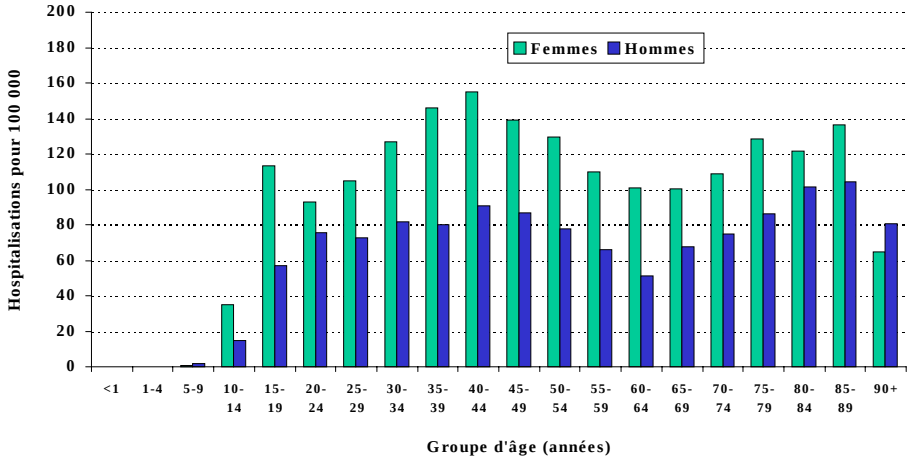
Pour le trouble bipolaire, il est généralement reconnu que le ratio entre les hommes et les femmes est à peu près le même[6].

Idéalement, les données d'une étude démographique devraient fournir de l'information sur la répartition selon l'âge et le sexe des personnes souffrant de troubles de l'humeur. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournira ces données pour 2002.

Bien que la plupart des personnes souffrant de troubles de l'humeur soient traitées dans la collectivité, l'hospitalisation est parfois nécessaire. Actuellement, les données sur les hospitalisations offrent la meilleure description disponible, quoique limitée, des personnes souffrant de troubles de l'humeur. Les résultats doivent toutefois être examinés avec prudence, puisqu'il s'agit seulement d'un sous-ensemble des personnes souffrant de troubles de l'humeur. La plupart de ces personnes sont traitées dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital, et plusieurs ne reçoivent aucun traitement.

En 1999, plus de femmes que d'hommes ont été hospitalisées pour trouble dépressif majeur dans chaque groupe d'âge sauf les 90 ans et plus (figure 2-1). Les jeunes femmes de 15 à 19 ans présentaient des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés que les groupes d'âge immédiatement adjacents. Les femmes de 40 à 44 ans et les hommes de 85 à 89 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés pour leur sexe, respectivement.

Figure 2-1 Hospitalisations pour trouble dépressif majeur* dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge, Canada, 1999-2000

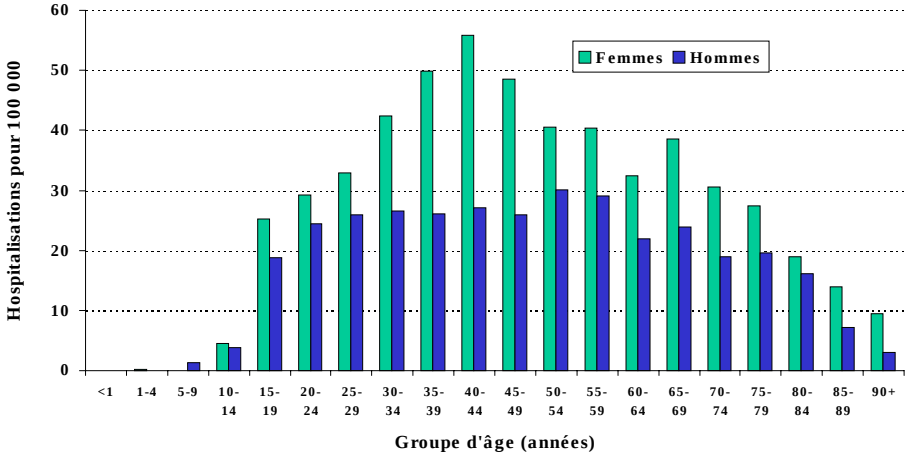


* Diagnostic le plus responsable

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

En 1999, pour tous les groupes sauf celui de 5 à 9 ans, les femmes étaient hospitalisées pour trouble bipolaire à des taux considérablement plus élevés que les hommes (figure 2-2). Cela fait contraste avec le taux de prévalence généralement accepté pour les hommes et les femmes. Une recherche plus poussée est nécessaire pour expliquer cette répartition. Les femmes ont été hospitalisées le plus souvent pour trouble bipolaire entre les âges de 40 et 44 ans.

Figure 2-2 Hospitalisations pour trouble bipolaire* dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

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

Comment les troubles de l'humeur affectent-ils les gens?

À cause de leur distribution élevée, du coût, du risque de suicide et de la perte de la qualité de vie, les troubles de l'humeur s'avèrent une sérieuse préoccupation pour la santé publique au Canada. La dépression et la manie causent une détresse importante et entravent le fonctionnement social, professionnel, scolaire et se font sentir dans d'autres domaines[7]. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la dépression majeure est la quatrième cause d'invalidité principale de l'espérance de vie sans invalidité dans le monde. La dépression majeure est la principale cause des années vécues avec une invalidité et le trouble bipolaire est la sixième cause[8].

Le **trouble dépressif majeur** est une maladie récurrente présentant de fréquentes rechutes et récurrences. Plus les symptômes sont graves et de longue durée lors de l'épisode initial, comme ce qui dans certains cas est dû au retard d'un traitement efficace, moins le recouvrement est susceptible d'être complet.

Le trouble dépressif majeur unipolaire est la quatrième cause d'invalidité et de décès prématuré dans le monde[8]. La dépression a également une incidence majeure sur la santé mentale des membres de la famille et des soignants, souvent avec une présence accrue de symptômes de dépression et d'anxiété.

La **dysthymie**, à cause de sa longue durée, peut être très débilitante[9]. Malgré un taux de recouvrement élevé suite aux épisodes, le risque de rechute est élevé. Les personnes atteintes de ce trouble sont également à risque élevé de vivre un épisode de dépression majeure[10].

Les personnes ayant vécues un épisode de **trouble bipolaire** tendent à en vivre d'autres plus tard. Les taux de recouvrement varient selon les personnes. Celles qui présentent des épisodes purement maniaques recouvrent mieux que celles qui présentent des épisodes de manie et de dépression de plus longue durée lesquels rendent la maladie plus chronique[6].

Le taux de mortalité chez les personnes atteintes d'un trouble bipolaire est de deux à trois fois plus élevé que dans la population générale, et conduisent à des taux de suicide plus élevés[6].

Le mauvais traitement des enfants et du conjoint ou d'autres comportements violents peuvent survenir au cours des épisodes maniaques graves. De plus, les personnes souffrant d'un trouble bipolaire manifestent souvent une perte d'intuition, entraînant une résistance au traitement. D'autres problèmes associés comprennent les échecs professionnels et scolaires, les difficultés financières, la toxicomanie, les activités illégales et le divorce[2]. Les personnes souffrant d'un trouble bipolaire peuvent souvent avoir de la difficulté à conserver un emploi régulier et peuvent en conséquence souffrir d'un désavantage social et économique.

Les troubles de l'humeur accompagnent souvent d'autres maladies mentales comme les troubles d'anxiété, les troubles de la personnalité ainsi que la toxicomanie et les dépendances. La présence d'une autre maladie mentale augmente la gravité de la maladie initiale et entraîne un moins bon pronostic. Les personnes souffrant de troubles de l'humeur sont à risque élevé de suicide.

Impact économique

À cause de leur étendue, les troubles de l'humeur ont un impact majeur sur l'économie canadienne. Leur portée se fait sentir de deux façons : d'abord, à cause de la perte de productivité associée à l'absentéisme et au manque d'efficacité au travail et ensuite, du fait des coûts élevés attribuables aux soins primaires, aux hospitalisations et aux médicaments.

Au niveau de l'individu et de la famille, la perte de revenus et le coût des médicaments peuvent gêner les ressources financières de la famille.

Stigmatisation associée aux troubles de l'humeur

La stigmatisation des personnes souffrant de troubles de l'humeur influe non seulement sur leur décision de chercher à obtenir un traitement, mais sur leur assiduité à prendre les médicaments qui leur sont prescrits et sur leur participation au counselling. Ce comportement est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. La stigmatisation influe également sur le succès de la réintégration de la personne dans la famille et la collectivité.

Les employeurs peuvent douter si une personne souffrant d'un trouble de l'humeur soit capable de fonctionner au niveau des autres employés. Lorsque la maladie n'est pas traitée ce souci peut bien être réel. Toutefois, en suivant un traitement visant à réduire ou à prendre en charge les symptômes, le rendement au travail s'améliore habituellement. Des connaissances accrues ainsi qu'une bonne volonté de la part des employeurs à répondre aux besoins de leurs employés ne pourront que baisser le niveau de stigmatisation lié aux maladies mentales en milieu de travail[11]. L'application de la législation sur les droits de la personne ne peut que renforcer les efforts volontaires.

Causes des troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur n'ont pas une seule cause car plusieurs facteurs, dont un déséquilibre biochimique au cerveau, des facteurs psychologiques et des facteurs socio-économiques, tendent à rendre certaines personnes plus vulnérables à ces troubles[9,12].

Influence génétique

Des études ont permis d'établir que les personnes souffrant de dépression et d'un trouble bipolaire trouvent souvent des antécédents de ces troubles parmi les membres de leur famille immédiate[13,6]. Selon les preuves, plusieurs gènes différents peuvent agir ensemble et en combinaison avec d'autres facteurs pour déclencher un trouble de l'humeur. Bien que certaines études aient ciblé quelques gènes ou régions génomiques intéressants, les facteurs génétiques exacts des troubles de l'humeur demeurent inconnus.

Épisode dépressif antérieur

Un épisode de dépression majeure est un fort prédicteur de futurs épisodes. Plus de 50 % des personnes qui ont un épisode de dépression majeure rechutent[13].

Stress

Le stress a traditionnellement été considéré comme un important facteur de risque de dépression. Toutefois, les recherches récentes indiquent que le stress peut seulement prédisposer une personne à un épisode initial et non à des épisodes récurrents[14]. Les réactions au stress diffèrent grandement entre les personnes : certaines sont plus susceptibles que d'autres de faire une dépression suite à certains événements de la vie, lorsqu'elles vivent des relations difficiles ou à cause de facteurs socio-économiques comme un revenu inadéquat, un logement inapproprié, le préjudice et le stress en milieu de travail.

Maladie physique

L'association entre diverses affections médicales chroniques et une incidence élevée de dépression majeure est forte[15,16]. Plusieurs affections, telles l'infarctus et la maladie cardiaque, la maladie de Parkinson, l'épilepsie, l'arthrite, le cancer, le sida et la maladie respiratoire obstructive, peuvent contribuer à la dépression. Plusieurs facteurs associés aux maladies mentales peuvent déclencher ou aggraver une dépression. Il s'agit notamment des répercussions psychologiques de l'invalidité, de diminutions de qualité de vie, de la perte de rapports ou d'attributions sociales évalués. Les effets secondaires des médicaments peuvent également y contribuer. Enfin, il est possible que la présence même d'une maladie physique puisse contribuer directement à l'apparition de la dépression par son action sur des mécanismes physiologiques tels les neurotransmetteurs, les hormones et le système immunitaire. Pour des raisons semblables, des épisodes de manie peuvent se déclarer suite à une maladie physique ou la prise de médicaments.

Des facteurs indirects influent également sur la relation entre les affections physiques et la dépression. Parmi ces facteurs, mentionnons l'invalidité et la qualité de vie des personnes souffrant d'une maladie chronique et la tendance de certains médicaments utilisés pour traiter les maladies physiques à causer la dépression.

Traiter efficacement une maladie physique chronique nécessite une vigilance pour la détection précoce et le traitement de la dépression.

Traitement des troubles de l'humeur

Les troubles de l'humeur sont traitables. Toutefois, de nombreuses personnes souffrant d'un trouble de l'humeur ne se soumettent pas au traitement et souffrent inutilement. Parmi celles qui cherchent un traitement, de nombreuses demeurent sans diagnostic ou prennent un médicament non approprié ou des doses inadéquates[17]. Le retard à chercher et à obtenir un diagnostic et un traitement peut être attribuable à plusieurs facteurs, dont la stigmatisation, le manque de connaissances, le manque de ressources humaines et de disponibilité ou accessibilité des services.

Les initiatives en cours pour soulager le fardeau des troubles de l'humeur comprennent non seulement une meilleure reconnaissance et un recours accrue aux traitements efficaces, mais également l'éducation des personnes et des familles ainsi que de la collectivité. Les établissements de soins primaires jouent un rôle essentiel pour reconnaître et traiter ces maladies. Les modèles de pratique novateurs ont démontré que des interventions efficaces peuvent diminuer les symptômes et augmenter les jours de travail.[18] Le traitement précoce efficace des troubles de l'humeur peut améliorer les résultats et diminuer le risque de suicide.

Les antidépresseurs et l'éducation en combinaison avec diverses formes de psychothérapie comme la thérapie cognitivo-comportemantale ont fait preuve de leur efficacité pour traiter la dépression. Une publication récente de l'Association des psychiatres du Canada souligne les lignes directrices cliniques pour le traitement des troubles dépressifs.[1]

L'éducation de la famille et des dispensateurs de soins primaires est essentielle non seulement pour assurer la reconnaissance des premiers signes avertisseurs de la dépression, de la manie et du suicide et leur traitement approprié, mais également pour assurer le respect du traitement afin de minimiser les rechutes. De bons réseaux de soutien sont nécessaires pendant la phase aiguë de la maladie et l'adaptation à la vie quotidienne après la maladie.

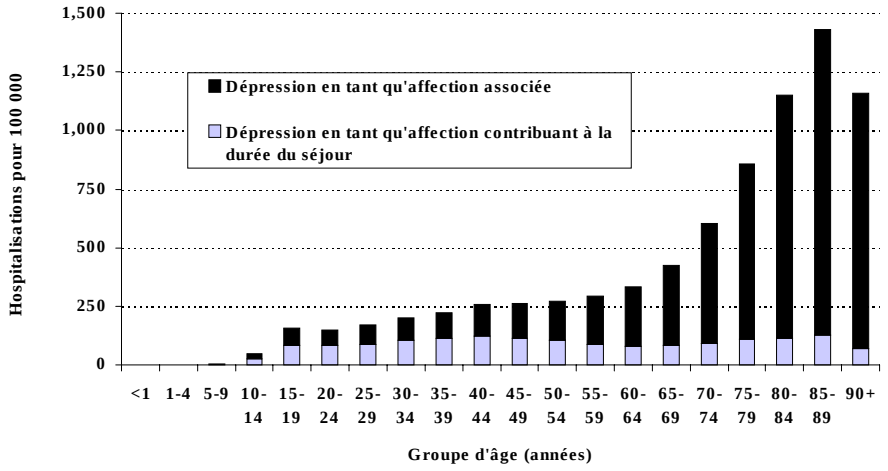
Une dépression majeure entraîne une faible productivité et des congés de maladie. Ainsi, le lieu de travail est un élément important pour régler les problèmes de santé mentale. La mise en valeur de milieux de travail sains, l'éducation des employeurs et des employés au sujet des problèmes de santé mentale et le soutien de la réintégration des personnes ayant souffert d'une maladie mentale dans le milieu de travail feront beaucoup pour minimiser l'effet de la dépression majeure sur le lieu de travail.

Les personnes souffrant de troubles de l'humeur peuvent nécessiter une hospitalisation pour régler la médication, stabiliser le trouble et assurer une protection contre un comportement auto-destructeur.

Trouble dépressif majeur

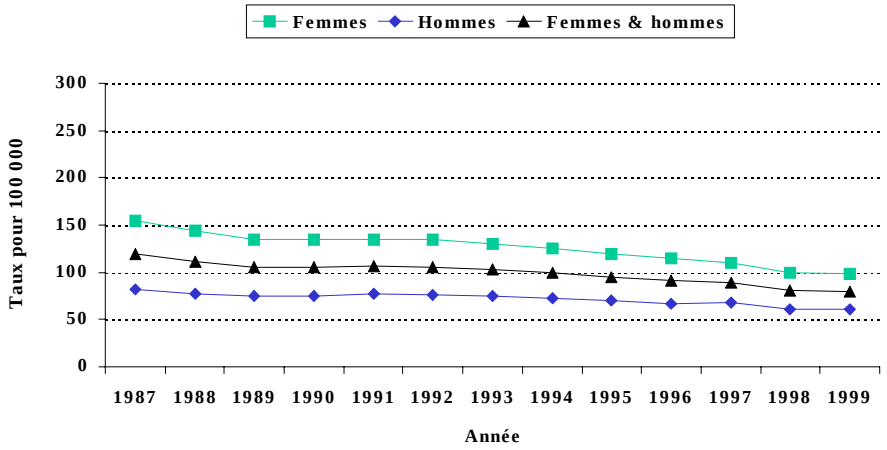
En 1999, chez les personnes de moins de 50 ans souffrant d'un trouble dépressif majeur qui étaient hospitalisées, le trouble était le principal élément déterminant la durée de leur séjour (figure 2-3). Chez les personnes de plus de 50 ans, la dépression était plus susceptible d'être une affection associée contribuant à la durée du séjour, ce qui est compatible avec l'association entre la maladie physique et la dépression.

Figure 2-3 Hospitalisations pour trouble dépressif majeur dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon sa contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



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

Figure 2-4 Taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)



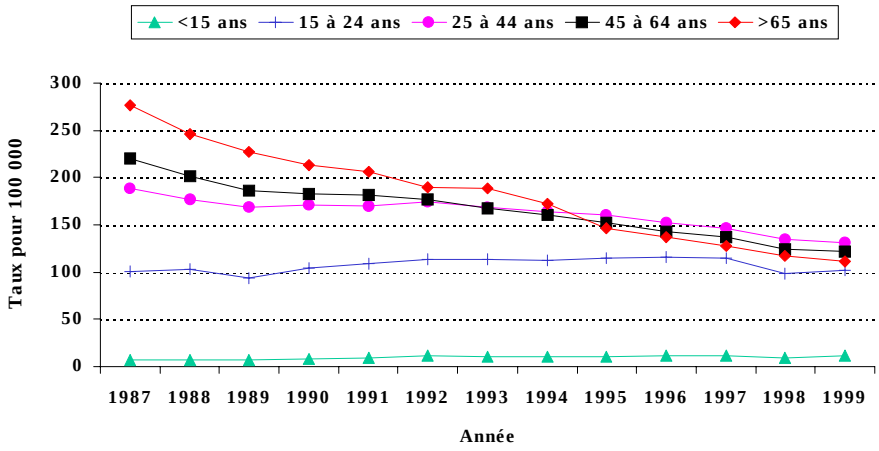
* Diagnostic le plus responsable

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

Dans l'ensemble, entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur ont augmenté de 33 % chez les hommes et chez les femmes (figure 2-4).

Chez les femmes de 25 ans et plus, les taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur ont diminué entre 1987 et 1997 et sont demeurés assez stables pour les femmes de moins de 25 ans (figure 2-5). Les femmes de plus de 65 ans ont fait preuve du taux de réduction le plus élevé.

Figure 2-5 Taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur* dans les hôpitaux généraux chez les femmes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)



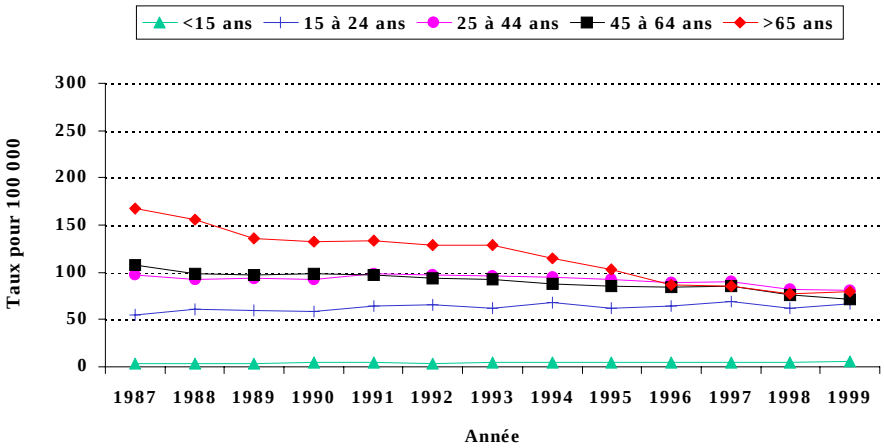
* Diagnostic le plus responsable

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

Pour les hommes et les femmes de 15 ans et plus, les grandes variations de taux d'hospitalisation qui étaient évidentes en 1987 ont disparu en 1999, principalement à cause de diminutions modérées dans les groupes d'âge de 25 à 64 ans et d'une l'importante diminution chez les 65 ans et plus.

Chez les hommes, les taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur entre 1987 et 1999 ont diminué davantage dans le groupe d'âge des 65 ans et plus (figure 2-6). Pendant la même période, les taux chez les jeunes hommes de 15 à 24 ans ont augmenté pour atteindre un niveau semblable à tous les groupes plus âgés.

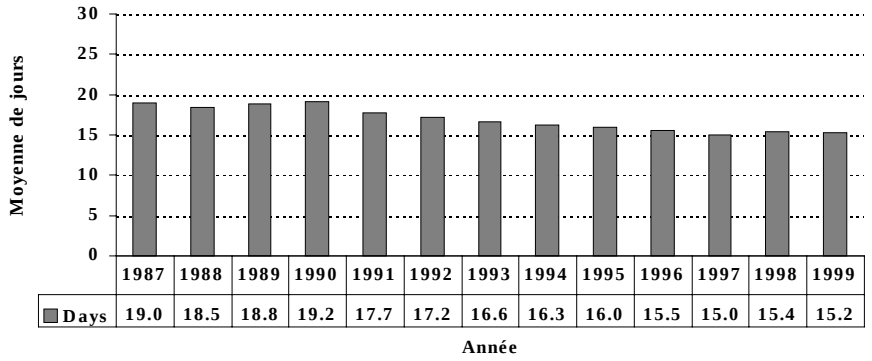
Figure 2-6 Taux d'hospitalisation pour trouble dépressif majeur* dans les hôpitaux canadiens chez les hommes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

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

Figure 2-7 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour trouble dépressif majeur*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

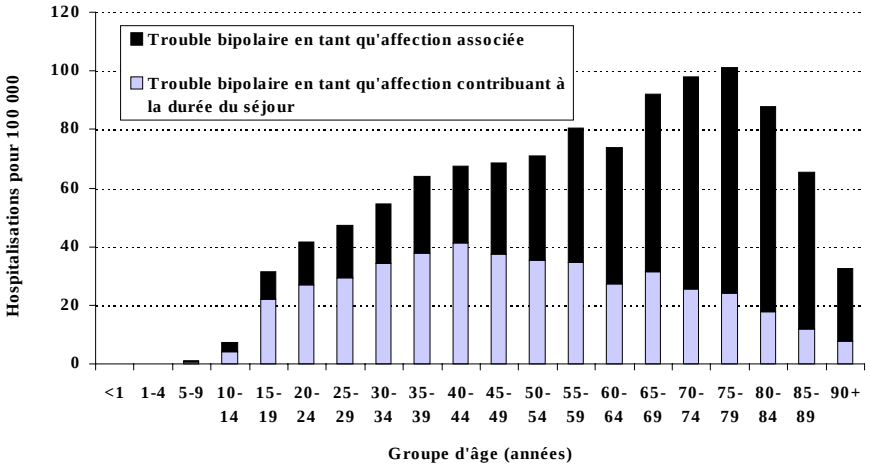
Sources : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Base de données sur la morbidité hospitalière utilisée par Santé Canada, Institut canadien d'information sur la santé

Entre 1987 et 1999, la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital pour trouble dépressif majeur a diminué de 20 % (figure 2-7).

Trouble bipolaire

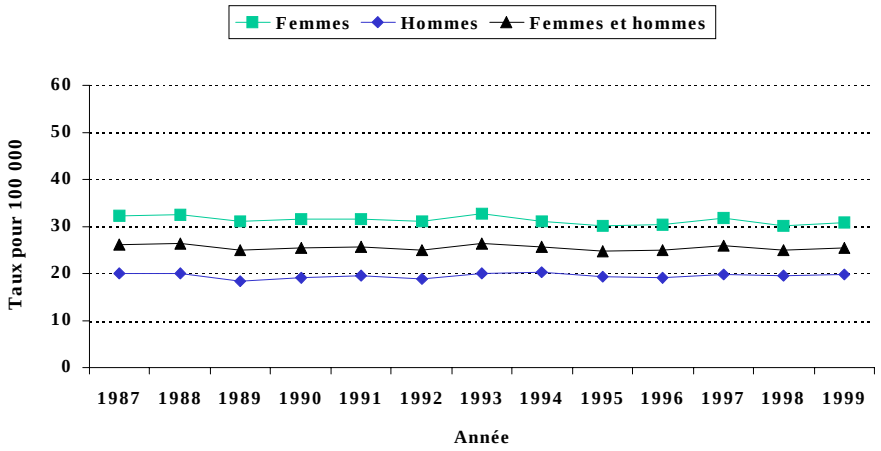
En 1999, le trouble bipolaire était le principal élément contributif de la durée du séjour chez les personnes souffrant de ce trouble âgées de moins de 50 ans qui étaient hospitalisées (figure 2-8). Chez les personnes plus âgées, un trouble bipolaire était le plus souvent une condition associée laquelle contribuait à la durée du séjour.

Figure 2-8 Hospitalisations pour trouble bipolaire dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon sa contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



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

Figure 2-9 Taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)



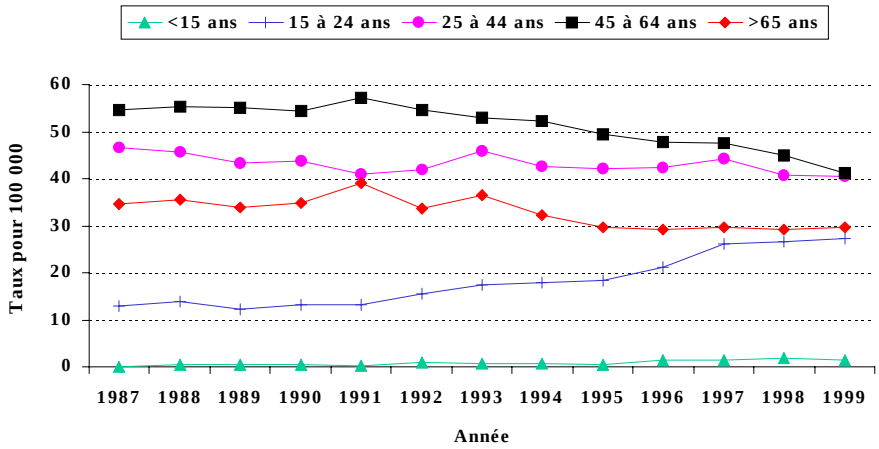
* Diagnostic le plus responsable

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

Dans l'ensemble, les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire sont demeurés assez stables tant pour les hommes que pour les femmes entre 1987 et 1999 (figure 2-9).

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire chez les femmes de moins de 25 ans ont plus que doublé (figure 2-10). Pendant la même période, les taux chez les groupes plus âgés ont diminué.

Figure 2-10 Taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire* dans les hôpitaux généraux chez les femmes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)

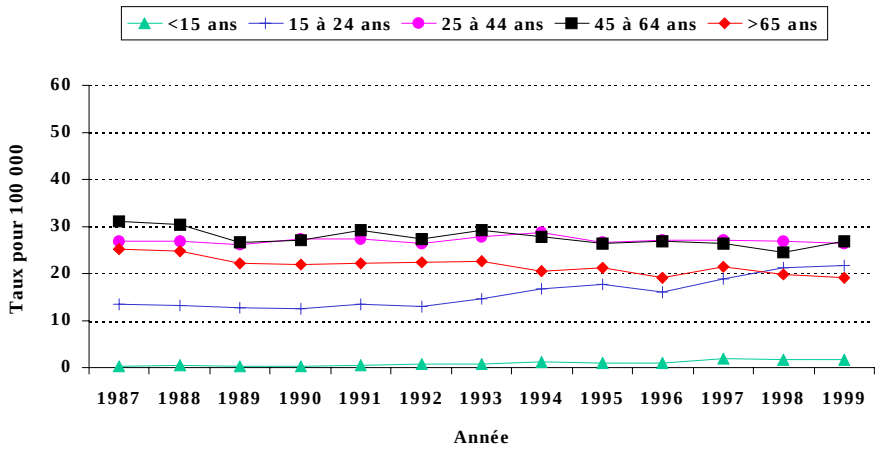


* Diagnostic le plus responsable

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

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire chez les hommes de 15 à 24 ans ont augmenté de 61 %. Les taux chez les hommes de 25 à 44 ans sont demeurés stables (figure 2-11). Les taux ont diminué de 14 % chez les hommes de 45 à 64 ans et de 23 % chez les hommes de 65 ans et plus.

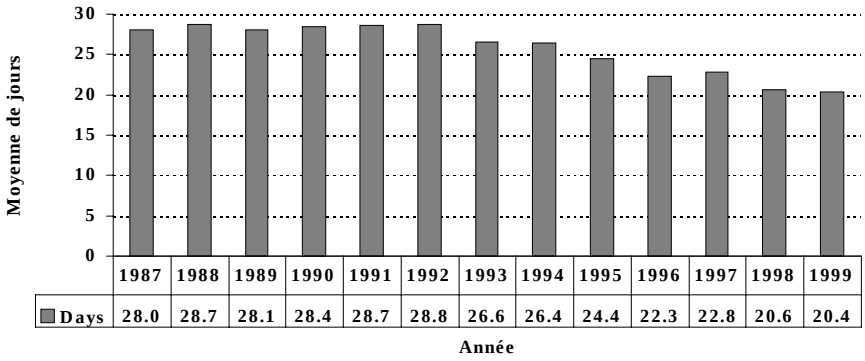
Figure 2-11 Taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire* dans les hôpitaux généraux chez les hommes, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

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

Figure 2-12 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour trouble bipolaire*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

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

Entre 1987 et 1999, la durée moyenne d'un séjour à l'hôpital général pour trouble bipolaire a diminué de 27 % (figure 2-12).

Données sur les hospitalisations

Les taux plus élevés d'hospitalisation pour dépression chez les femmes par rapport aux hommes ne font que confirmer l'expérience clinique à cet égard. D'après la recherche clinique, les femmes présentent des taux de dépression majeure deux fois plus élevés que les hommes. Par contre, les taux d'hospitalisation chez les femmes ne sont que 1,5 fois plus élevés que chez les hommes, ce qui donne à penser que les hommes sont hospitalisés pour dépression majeure beaucoup plus souvent que les femmes. Une recherche plus poussée pourrait peut être confirmer et expliquer ces données.

L'on pourrait présumer que les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire soient les mêmes chez les hommes que chez les femmes. Toutefois, les taux d'hospitalisation des femmes présentant ce trouble sont beaucoup plus élevés que ceux des hommes. Il faudra entreprendre plus de recherches pour déterminer si, en effet, les taux de la maladie sont plus élevés chez les femmes ou si plus de femmes que d'hommes atteintes de ce trouble sont hospitalisées, et pourquoi.

Les taux d'hospitalisation pour dépression et trouble bipolaire sont les plus élevés chez les femmes de 35 à 49 ans. Plus de recherches sont nécessaires pour déterminer les facteurs dans la vie des femmes qui contribuent à ce phénomène.

Depuis 1987, les taux d'hospitalisation pour dépression chez les personnes plus âgées au Canada ont diminué de beaucoup comparativement aux groupes d'âge plus jeunes. Encore une fois, des recherches plus poussées pourraient peut-être déterminer les raisons de cette tendance. S'agit-il du résultat d'un meilleur traitement clinique ou est-ce que les taux des groupes plus jeunes se sont également améliorés au cours de cette période?

Les taux d'hospitalisation pour trouble bipolaire chez les jeunes femmes et les jeunes hommes ont augmenté depuis le début des années 1990. S'agit-il d'une augmentation du nombre de cas dans ces groupes d'âge, d'une détermination plus précoce de la présence de la maladie, ou d'une modification du traitement?

Futurs besoins de surveillance

Les troubles de l'humeur, y compris la dépression majeure, le trouble bipolaire et la dysthymie sont répandus et contribuent à une grande détresse personnelle et familiale. Ils ont également un impact important sur le lieu de travail et les coûts des soins de santé.

Les données existantes offrent un profil très limité des troubles de l'humeur au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par des données supplémentaires pour mieux surveiller ces troubles au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de la dépression majeure, du trouble bipolaire et de la dysthymie selon l'âge et le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Prévalence de la dépression chez les personnes souffrant d'une maladie chronique.
- Impact des troubles de l'humeur sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de santé primaires et spécialisés.
- Résultats des traitements.
- Taux de suicide chez les personnes souffrant de troubles de l'humeur.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes, tels les écoles, les programmes et les établissements de justice pénale et les programmes d'aide aux employés.
- Impact des troubles de l'humeur sur le lieu de travail et l'économie.
- Stigmatisation associée aux troubles de l'humeur.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

[1] Canadian Psychiatric Association. Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders. Can J Psychiatry 2001;46:Supp1.

[2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

[3] Bland RC. Epidemiology of affective disorders: a review. Can J Psychiatry 1997;42:367-377.

[4] Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 1994; 51:8-19.

[5] Document de Stephens T, Joubert N et ???.

[6] Fogarty F, Russell JM, Newman SC, Bland RC. Mania. Acta Psychiatr Scand 1994;Suppl376:16-23.

[7] 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;153:1411-7.

[8] Murray CJL, Lopez AD, Eds. Summary: The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Cambridge, MA: Published by the Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, Harvard University Press, 1996. http://www.who.int/msa/mnh/ems/dalys/into.htm

[9] Horwath E, Weissman MM. Epidemiology of depression and anxiety disorders. In: Tsuang MT, Tohen M, Zahner GEP, Eds. Textbook in psychiatric epidemiology. New York: Wiley-Liss. 1995. p317-44.

[10] 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; 157:931-9.

[11] Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ, Hwang, SS. Treatments of depression and the functional capacity to work. Arch Gen Psychiatry 1992;49:761-8.

[12] Griffiths J, Ravindran AV, Merali, Anisman H. Dysthymia: a review of pharmacological and behavioral factors. Mol Psychiatry 2000; 5:242-61.

[13] Spaner D, Bland RC, Newman SC. Major depressive disorder. Acta Psychiatr Scand 1994;Suppl 376:7-15.

[14] De Marco RR. The epidemiology of major depression: implications of occurrence, recurrence, and stress in a Canadian community sample. Can J Psychiatry 2000;45:67-74.

[15] Patten SB. Long-term medical conditions and major depression in the Canadian population. Canadian Journal of Psychiatry 1999;44:151-7.

[16] Beaudet MP. Depression. Health Reports 1996;7(4):11-24.

[17] Bland RC. Psychiatry and the burden of mental illness. Can J Psychiatry 1998; 43:801-10.

[18] Schoenbaum M, Unützer J, Sherbourne C, Duan N, Rubenstein LV, Mirand J et al. Cost-effectiveness of practice-initiated quality improvement for depression: Results of a randomized controlled trial. JAMA 2001;286:11:1325-30.

CHAPITRE 3

SCHIZOPHRÉNIE

Points saillants

- **La schizophrénie affecte 1 % de la population canadienne.**
- **Elle apparaît habituellement au début de la vie adulte.**
- **La schizophrénie peut être traitée efficacement par une combinaison de médication, d'éducation, de services de soins primaires, de services hospitaliers et de soutien communautaire, tels logement et emploi.**
- **Cinquante-deux pour cent des hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux sont chez des adultes de 25 à 44 ans.**
- **Les taux d'hospitalisation pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux augmentent chez les hommes jeunes et d'âge moyen.**

Qu'est-ce que la schizophrénie?

La schizophrénie est une maladie cérébrale et une des plus graves maladies mentales au Canada. Les symptômes courants sont des pensées confuses, des délires (croyances fausses ou irrationnelles), des hallucinations (voir ou entendre ce qui n'existe pas) et un comportement bizarre. Ceux qui souffrent de schizophrénie ont de la difficulté à accomplir des tâches qui nécessitent une mémoire abstraite et une attention soutenue.

Tous les signes et symptômes de la schizophrénie varient grandement selon les personnes atteintes. Il n'existe aucun test de laboratoire pour diagnostiquer la schizophrénie. Le diagnostic se fonde uniquement sur l'observation clinique. Pour porter un diagnostic de schizophrénie, les symptômes doivent être présents la plupart du temps pendant une période d'au moins 1 mois, certains signes du trouble persistant pendant 6 mois. Ces signes et symptômes sont assez graves pour causer un dysfonctionnement social, scolaire ou professionnel. L'Association des psychiatres du Canada a mis au point des lignes directrices pour l'évaluation et le diagnostic de la schizophrénie[1].

Symptômes
Schizophrénie
• **Délires et/ou hallucinations** • **Manque de motivation** • **Retrait social** • **Troubles de la pensée**

Jusqu'à quel point la schizophrénie est-elle répandue?

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est estimée entre 0,2 % et 2 %, selon les paramètres de mesure. Toutefois, un taux de prévalence de 1 % est généralement accepté comme étant la meilleure estimation[2].

Répercussions de la schizophrénie

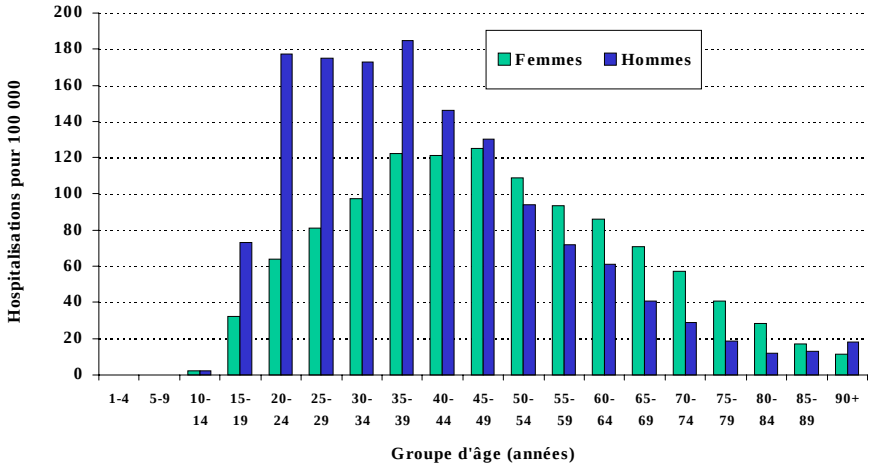
Qui est affecté par la schizophrénie?

La schizophrénie apparaît généralement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la trentaine. Son apparition avant l'adolescence est rare. Les hommes et les femmes y sont affectés de façon égale mais, habituellement, les hommes développent la maladie plus tôt que les femmes. Si la maladie se manifeste après l'âge de 45 ans, elle a tendance à apparaître davantage chez les femmes que chez les hommes et les symptômes thymiques tendent à se manifester de façon plus évidente.

Idéalement, les données d'une enquête démographique devraient offrir de l'information sur la répartition selon l'âge et le sexe des schizophrènes. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de Statistique Canada fournira prochainement des données sur l'étendue de la schizophrénie auto-déclarée. Ces données sous-estimeront probablement la véritable prévalence, puisque l'équipe de l'enquête ne rejoindra pas les schizophrènes qui sont sans abri, à l'hôpital ou dans un établissement supervisé. Bien que la plupart des schizophrènes soient traités dans la collectivité, l'hospitalisation est parfois nécessaire pour stabiliser les symptômes. À l'heure actuelle, les données sur les hospitalisations offrent la meilleure description disponible, quoique limitée, des personnes souffrant de schizophrénie.

En 1999, les taux d'hospitalisation pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux variaient selon l'âge (figure 3-1). Les taux chez les hommes ont augmenté radicalement dans le groupe d'âge des 20 à 24 ans et sont demeurés élevés avant de commencer à diminuer chez les 40 à 44 ans. Le modèle chez les femmes a montré une augmentation progressive des hospitalisations pour atteindre un sommet entre 35 et 49 ans, suivi d'une diminution régulière. Les hommes présentaient des taux beaucoup plus élevés que les femmes jusqu'à l'âge de 50 ans, et ensuite les taux chez les femmes étaient légèrement plus élevés.

Figure 3-1 Hospitalisations pour schizophrénie* dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

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

Comment affecte-t-elle le malade?

La schizophrénie a un profond effet sur la capacité de la personne de fonctionner efficacement dans tous les aspects de la vie – capacité d'autonomie, relations familiales, revenu, études, emploi, logement, vie communautaire et sociale[3].

Les taux élevés d'hospitalisation chez les hommes et les femmes jeunes et d'âge moyen mettent en lumière l'effet de la schizophrénie chez des personnes qui sont dans leurs années les plus productives – période où la plupart des gens fondent une famille, établissent leur carrière et, en général se créent une vie.

Au début du processus de la maladie, les schizophrènes peuvent perdre leur capacité de se détendre, de se concentrer ou de dormir, et ils peuvent s'éloigner de leur amis. Le rendement au travail ou à l'école en souffre souvent. Avec un traitement précoce efficace pour contrôler les symptômes, les personnes peuvent prévenir d'autres symptômes et optimiser leur chance de mener une vie satisfaisante et productive.

L'apparition de la schizophrénie au début de la vie adulte conduit habituellement à des perturbations dans les études. Les schizophrènes trouvent souvent difficile de conserver un emploi pendant une période soutenue et tendent à être employés à un niveau inférieur à celui de leurs parents[4].

Bien que certaines personnes aient des relations saines, la plupart des schizophrènes (de 60 % à 70 %) ne se marient pas et la plupart ont des contacts sociaux limités[4]. L'aspect chronique du trouble contribue à des problèmes sociaux constants. En conséquence, les schizophrènes sont grandement sur-représentés dans les populations carcérales et sans-abri[4].

Jusqu'à 80 % des schizophrènes seront toxicomanes au cours de leur vie. La toxicomanie est associée à un faible recouvrement fonctionnel, à un comportement suicidaire et à la violence[1].

La responsabilité des soins primaires d'un schizophrène repose habituellement sur les épaules de la famille, ce qui a de nombreuses répercussions. Non seulement les activités normales de la famille sont perturbées, mais les membres de la famille doivent aussi s'adapter au caractère imprévisible du malade, aux effets secondaires de la médication et à la frustration et à l'inquiétude concernant l'avenir d'un être aimé. En temps de crise, la décision de l'admission involontaire du malade à l'hôpital est un des dilemmes les plus difficiles qu'affronte la famille. La famille se retrouve souvent devant la stigmatisation associée à la schizophrénie.

La mortalité associée à la schizophrénie est l'une des conséquences les plus douloureuses de la maladie. Environ 40 % à 60 % des schizophrènes tentent de se suicider, et ces tentatives sont 15 à 20 fois plus susceptibles de réussir que celles de la population générale[5]. Environ 10 % des schizophrènes meurent d'un suicide.

Impact économique

La schizophrénie impose un important fardeau financier à ceux qui en souffrent, aux membres de leur famille et au système de soins de santé. En 1996, le coût **direct** total de la schizophrénie au Canada était estimé à 2, 35 milliards de dollars, soit 0,3 % du produit intérieur brut canadien[6]. Cela comprend le coût des soins de santé directs, les coûts administratifs des régimes d'aide au revenu, la valeur de la productivité perdue 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 des maladies humaines est attribué à la schizophrénie[7].

Stigmatisation associée à la schizophrénie

La mauvaise compréhension et la crainte du public contribuent à la sérieuse stigmatisation associée à la schizophrénie. Contrairement à l'opinion populaire, la plupart des schizophrènes sont retirés et non violents. Néanmoins, la stigmatisation relative à la violence nuit à la capacité de la personne d'obtenir un logement, un emploi et un traitement, et elle accroît les difficultés dans les relations sociales. Ces stéréotypes accroissent également le fardeau des familles et des soignants.

Causes de la schizophrénie

Dans le passé, plusieurs hypothèses ont été avancées pour expliquer la schizophrénie. Aujourd'hui elle est reconnue comme une maladie du cerveau. Bien que la cause exacte soit inconnue, il est probable qu'une anomalie fonctionnelle des neurotransmetteurs produit les symptômes de la maladie. Cette anomalie peut être la conséquence ou la cause d'anomalies cérébrales structurelles[8].

L'on considère qu'une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux est responsable du développement de cette anomalie fonctionnelle. Ces facteurs semblent influer sur le développement du cerveau à des stades critiques pendant la grossesse et après la naissance.

Influence génétique

Les membres de la famille immédiate d'un schizophrène sont 10 fois plus susceptibles que la population générale de développer la maladie et les enfants de deux parents schizophrènes ont 40 % de chance de la développer[3].

Facteurs environnementaux

Bien que les preuves ne soient pas définitives, il est possible que le traumatisme prénatal et périnatal, la saison de l'année et le lieu de naissance, ainsi que les infections virales puissent contribuer au développement de la maladie. Bien qu'on ait établi un lien entre un désavantage social important et la schizophrénie, les résultats semblent indiquer que les facteurs sociaux ne la causent pas mais que c'est plutôt l'inverse qui peut être vrai : des circonstances sociales mauvaises sont probablement un résultat du trouble[2].

Traitement de la schizophrénie

Malheureusement, étant donné l'état de nos connaissances, les moyens de prévenir la schizophrénie demeurent inconnus. Les retombées de cette maladie grave peuvent être diminuées par un diagnostic précoce, un traitement approprié et un soutien adéquat.

La schizophrénie diffère des autres maladies mentales par l'intensité des soins qu'elle nécessite. Un traitement complet comprend[1]:

1. Une médication antipsychotique qui constitue la pierre angulaire du traitement de la schizophrénie.
2. L'éducation de la personne au sujet de sa maladie et de son traitement.
3. L'éducation et le soutien de la famille.
4. Des groupes de soutien et un entraînement aux habiletés sociales.
5. La réadaptation pour améliorer les activités de la vie quotidienne.
6. Un soutien professionnel et récréatif.
7. Une thérapie cognitive[9].
8. Un programme de toxicomanie intégré[10].

Le cours de la schizophrénie varie, mais dans la plupart des cas, elle présente des épisodes de symptômes récurrents. Bien que les traitements pharmacologiques disponibles puissent soulager plusieurs des symptômes, la plupart des schizophrènes continuent de souffrir de certains symptômes toute leur vie. Un traitement approprié dès le début de la maladie et le respect du traitement continu et adéquat sont essentiels pour éviter les rechutes et prévenir l'hospitalisation.

Pendant les périodes de rémission, qu'elles soient spontanées ou attribuables au traitement, la personne peut fonctionner très bien. De nouveaux médicaments (et des doses mieux dirigées d'anciens médicaments) ont considérablement contribué à une diminution des effets secondaires neurologiques graves autrefois associés au traitement pharmacologique à long terme de la schizophrénie.

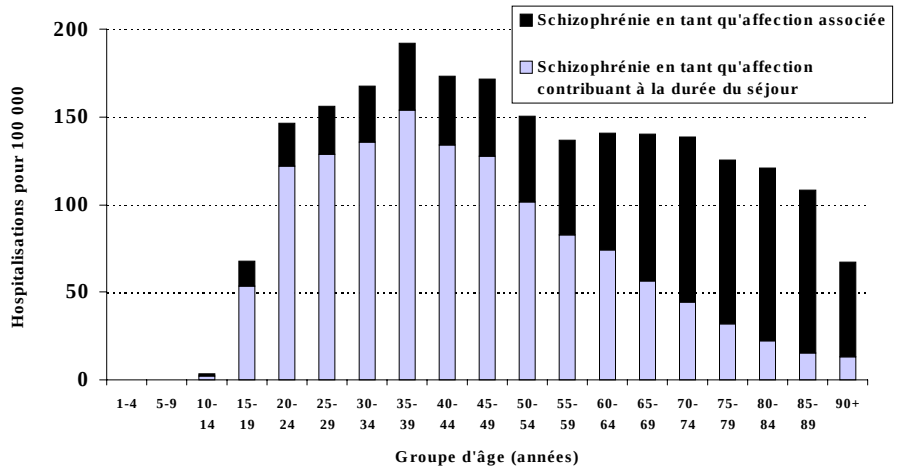
Pour optimiser l'état fonctionnel et le bien-être des schizophrènes, il faut un vaste éventail de services institutionnels, communautaires, sociaux et d'emploi et de logement. Idéalement, ce sont des équipes multidisciplinaires de traitement dans la collectivité qui offrent ces services.

L'entraînement aux habiletés sociales vise à améliorer le fonctionnement social en travaillant avec les personnes pour résoudre leurs problèmes d'emploi, de loisirs, de relations et d'activités de la vie quotidienne.

Toutefois, à l'occasion, l'admission en temps opportun à l'hôpital pour contrôler les symptômes peut prévenir le développement de problèmes plus graves. Les données sur les hospitalisations canadiennes offrent une idée du recours aux services hospitaliers à titre de modalité de traitement.

En 1999, chez les plus jeunes, un diagnostic de schizophrénie déterminait la durée du séjour à l'hôpital (figure 3-2). Chez les groupes plus âgés (65 ans et plus), la schizophrénie était le plus souvent une affection associée.

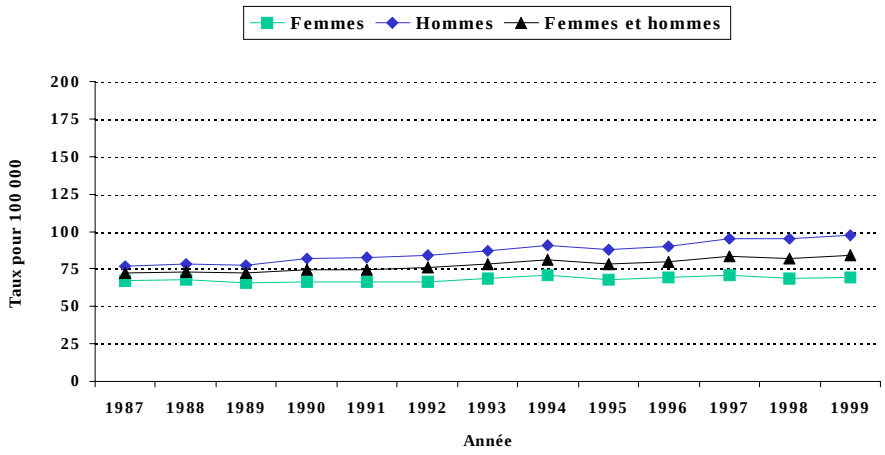
Figure 3-2 Hospitalisations pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon sa contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



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

Entre 1987 et 1999, les hospitalisations pour schizophrénie ont augmenté légèrement chez les femmes (3 %), mais elles ont augmenté radicalement chez les hommes (28 %) (figure 3-3).

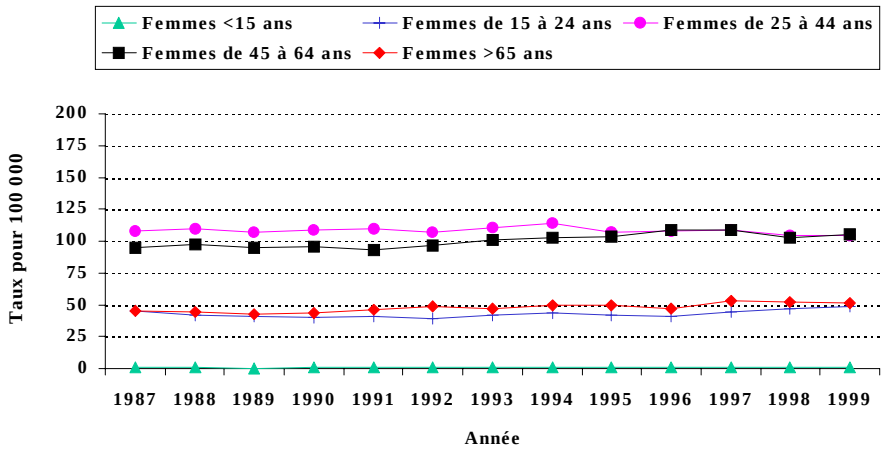
Figure 3-3 Taux d'hospitalisation pour schizophrénie* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (âge standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

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

Figure 3-4 Taux d'hospitalisation pour schizophrénie* chez les femmes dans les hôpitaux généraux, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



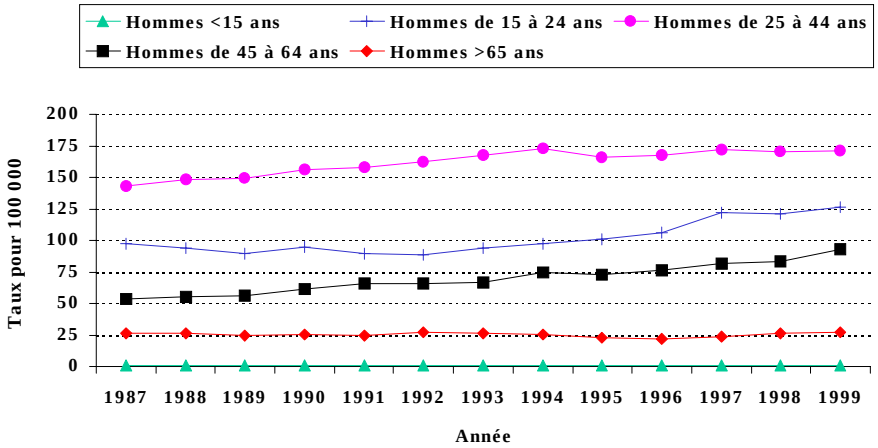
* Diagnostic le plus responsable

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

Les taux d'hospitalisation chez les femmes de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus ont démontré une légère augmentation entre 1987 et 1999 (figure 3-4). Les taux chez les femmes âgées entre 25 et 44 ans ont diminué au cours de la même période.

Les taux d'hospitalisation pour schizophrénie ont augmenté chez les hommes de tous les groupes d'âge entre 15 et 64 ans entre 1987 et 1999 (figure 3-5).

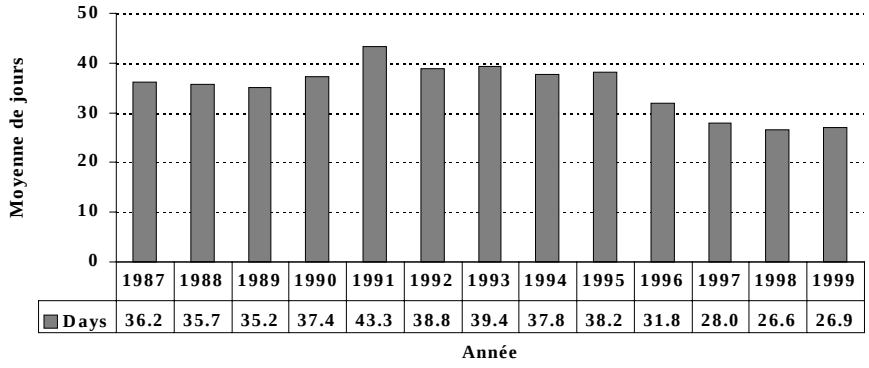
Figure 3-5 Taux d'hospitalisation pour schizophrénie* chez les hommes dans les hôpitaux généraux, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

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

Figure 3-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour schizophrénie*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Days	36.2	35.7	35.2	37.4	43.3	38.8	39.4	37.8	38.2	31.8	28.0	26.6	26.9

* Diagnostic le plus responsable

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

En 1999, la durée moyenne d'un séjour dans les hôpitaux généraux pour schizophrénie était de 26,9 jours, une diminution de 26 % depuis 1987 (figure 3-6).

Données sur les hospitalisations

Les taux élevés d'hospitalisation pour schizophrénie chez les jeunes adultes vont de pair avec les signes cliniques qui indiquent que la schizophrénie apparaît en adolescence et au début de la vie adulte. Les taux plus élevés chez les jeunes hommes par rapport aux jeunes femmes ne font que confirmer que même si la maladie affecte autant les hommes que les femmes, les hommes en sont victimes à un âge plus jeune. Une recherche plus poussée pourrait déterminer si la maladie affecte les hommes différemment des femmes les obligeant à plus d'hospitalisations.

Les taux croissants d'hospitalisations des hommes jeunes et d'âge moyen, pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux peuvent être attribués en partie à la perte de lits dans les hôpitaux psychiatriques qui prodiguaient les soins à ces personnes avant la désinstitutionnalisation. Ces soins sont maintenant dispensés par les hôpitaux généraux. Une recherche plus poussée pourrait déterminer si des lacunes de traitement de la maladie dans la communauté sont responsables de cette augmentation.

La durée d'un séjour à l'hôpital pour schizophrénie a diminué depuis 1995. Cela peut être attribué soit à un meilleur traitement ou aux conséquences de la réduction du financement des hôpitaux, ce qui oblige à renvoyer les malades plus tôt que par le passé. À la longue, le renvoi prématuré des malades pourrait contribuer à une augmentation des taux d'hospitalisation en nécessitant des réadmissions. De plus amples recherches nous aideraient peut-être à cerner la raison de cette tendance ainsi que ses répercussions.

Futurs besoins de surveillance

La schizophrénie est une maladie mentale très grave ayant d'importantes ramifications pour les personnes et les familles, causant non seulement une grande détresse personnelle mais aussi agissant comme entrave au fonctionnement social et professionnel. Heureusement, on peut traiter efficacement la schizophrénie.

Les données existantes offrent un profil très limité de la schizophrénie au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données pour mieux surveiller cette maladie au Canada. Voici les données d'intéret prioritaire:

- Incidence et prévalence de la schizophrénie selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact de la schizophrénie sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé et aux programmes communautaires.
- Résultats des traitements.
- Accès au soutien communautaire, p. ex., pour le logement, l'emploi et l'éducation.
- Impact de la schizophrénie sur le lieu de travail et l'économie.
- Stigmatisation associée à la schizophrénie.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection inconnus ou soupçonnés.

Références

[1] Association des psychiatres du Canada. Canadian Clinical Practice Guidelines for the Treatment of Schizophrenia. Can J Psychiatry 1998;43:Supp2.

[2] Hafner H, an der Heiden W. Epidemiology of schizophrenia. Can J Psychiatry 1997;42:139-51.

[3] Keks N, Mazumdar P, Shields R. New developments in schizophrenia. Aust Fam Physician 2000;29:129-31,135-6.

[4] http://www.nimh.nih.gov/publicat/schizoph.cfm

[5] Radomsky ED, Haas GI, Mann JJ, Sweeny JA. Suicidal behaviour in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. Am J Psychiatry 1999;156:1590-5.

[6] Goeree R, O'Brien BJ, Goering P, Blackhouse G, Agro K, Rhodes A, Watson J. The economic burden of schizophrenia in Canada. Can J Psychiatry 1999;44:464-72

[7] Murray CJL, Lopez AD (Eds.). The Global Burden of Disease. Harvard School of Public Health: Cambridge, Mass. 1996.

[8] Cornblatt, BA, Green MF, Walker EF. Schizophrenia: Etiology and neurocognition. Millon T, Blaneyu PH, Davis R, eds. Oxford Textbook of Psychopathology. New York, Oxford University Press, 1999:292.

[9] Norman RM, Townsend LA. Cognitive behaviour therapy for psychosis: a status report. Can J Psychiatry 1999;44:245-252.

[10] Drake RE, Mueser KT. Managing comorbid schizophrenia & substance abuse. Current Psychiatry Reports 2001;3(5):418-422.

CHAPITRE 4

TROUBLES ANXIEUX

Points salliants

- **Les troubles anxieux affectent 12 % de la population, causant un handicap léger à grave.**
- **Pour diverses raisons, de nombreuses personnes peuvent ne pas demander un traitement pour leur anxiété; elles peuvent considérer les symptômes légers ou normaux, ou les symptômes eux-mêmes peuvent faire obstacle à une demande d'aide.**
- **Les troubles anxieux peuvent être traités efficacement dans la collectivité.**
- **Les taux d'hospitalisation pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux sont deux fois plus élevés chez les femmes que chez les hommes.**
- **Les taux d'hospitalisation les plus élevés pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux sont pour des personnes de 65 ans et plus.**
- **Depuis 1987, les taux d'hospitalisation pour les troubles anxieux dans les hôpitaux généraux ont diminué de 49 %.**

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 précipiter l'anxiété ou à concevoir des rituels compulsifs qui réduisent l'anxiété. Bien que tout le monde se sente anxieux en réaction à des événements particuliers, les personnes souffrant d'un trouble anxieux éprouvent des sentiments excessifs et irréalistes qui perturbent leurs relations, leurs activités scolaires, leur rendement au travail ainsi que leurs activités sociales et récréatives.

Symptômes
Troubles anxieux
• **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 empiètent sur le fonctionnement quotidien normal**

Types de troubles anxieux[1]

Trouble anxieux généralisé

Anxiété ou inquiétude excessive au sujet de plusieurs événements ou activités se manifestant pendant plusieurs jours sur une période d'au moins 6 mois avec des symptômes associés (tels la fatigue et une mauvaise concentration).

Phobie spécifique

Crainte marquée et persistante d'objets ou de situations clairement discernables (par exemple, prendre l'avion, les élévations et les animaux).

Trouble de stress post-traumatique

Flashbacks, pensées et souvenirs effrayants persistants, colère ou irritabilité en réaction à une expérience terrifiante lors de laquelle il y a eu mal physique ou menace (par exemple, le viol, de l'abus pendant l'enfance, la guerre ou un désastre naturel).

Phobie sociale, également appelée anxiété d'origine sociale

Exposition à des situations sociales ou de rendement provoquant presque invariablement une réaction d'anxiété immédiate qui peut comprendre des palpitations, des tremblements, une suée, un malaise gastro-intestinal, la diarrhée, une tension musculaire ou de la confusion, lesquels répondent aux critères d'une crise de panique dans les cas graves.

Trouble obsessionnel-compulsif

Obsessions : pensées, idées, impulsions ou images persistantes qui sont envahissantes et inappropriées, et qui causent une anxiété ou une détresse prononcée. Les personnes obsessives tentent habituellement à ne pas tenir compte ou à supprimer ces pensées et ces impulsions ou de les contrebalancer par d'autres pensées et actions (compulsions).

Compulsions : comportements répétitifs (par exemple, se laver les mains, mettre de l'ordre, vérifier) ou des actes mentaux (tels prier, compter ou répéter des mots) en réaction à une obsession ou d'une manière ritualiste.

Trouble panique

Présence d'attaques de panique récurrentes et inattendues, suivies d'au moins un mois d'inquiétude persistante découlant de la possibilité de subir d'autres attaques, d'une inquiétude concernant l'attaque même ou de ses conséquences, ou un changement de comportement important associé aux attaques. Il y a trois groupes de symptômes : refaire l'expérience, évitement et engourdissement, et éveil.

Les troubles paniques sont parfois associés à l'agoraphobie – anxiété et évitement de lieux ou de situations d'où il pourrait être difficile ou embarrassant de s'échapper, et où il pourrait être difficile d'obtenir de l'aide dans l'éventualité d'une crise de panique ou de symptômes semblables.

La caractéristique essentielle d'une crise de panique est une période précise de peur ou de malaise intense accompagnée d'au moins quatre des 13 symptômes physiques suivants :

- Palpitations, augmentation du rythme cardiaque ou battement très fort
- Suée
- Tremblement
- Sensations de souffle court et d'étouffement
- Sentiment de suffocation
- Douleur ou malaise à la poitrine
- Nausées ou malaise abdominal
- Étourdissement, perte d'équilibre ou perte de connaissance
- Déréalisation ou dépersonnalisation
- Crainte de perdre le contrôle ou de devenir fou
- Peur de mourir
- Paresthésie (engourdissement ou picotement)
- Frissons ou chaleurs

Jusqu'à quel point les troubles anxieux sont-ils répandus?

Les troubles anxieux affectent environ 12 % des Canadiens et Canadiennes : environ 9 % des hommes et 16 % des femmes au cours d'une période de 1 an[2]. Ensemble, les troubles anxieux sont les plus courants de tous les troubles mentaux.

Tableau 4-1 Prévalence de 1 an des troubles anxieux au Canada

Type de trouble anxieux	Canada (Âgés de 15 à 64 ans)
	% de troubles anxieux[2-4]
Trouble d'anxiété généralisée	1.1
Phobie spécifique	6.2 – 8.0
Trouble de stress post-traumatique	---
Phobie sociale	6.7
Trouble obsessionnel-compulsif	1.8
Trouble panique	0.7

Répercussions des troubles anxieux

Qui est affecté par les troubles anxieux?

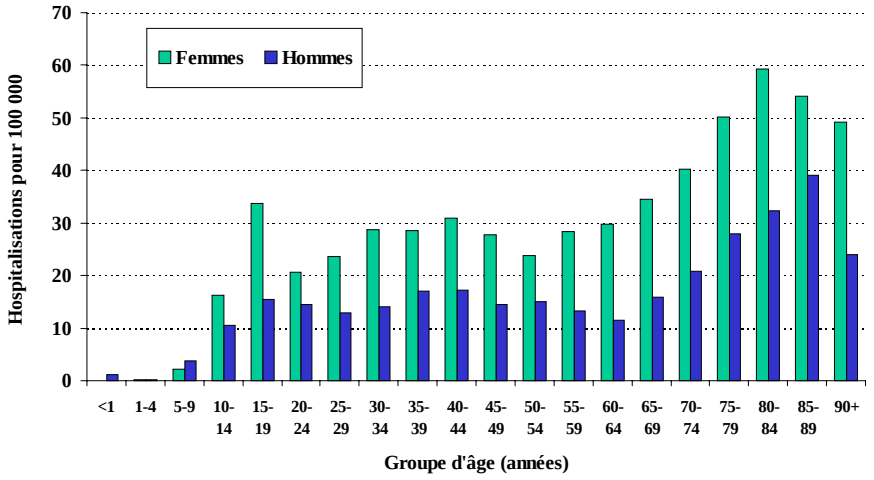
Les femmes signalent certains troubles anxieux plus souvent que les hommes et en sont diagnostiquées. Cela peut être dû aux différences entre les hommes et les femmes devant l'obtention de services de santé, plutôt qu'à de véritables différences de prévalence.

Idéalement, les données d'une étude démographique devraient fournir de l'information sur la répartition selon l'âge et le sexe des personnes atteintes de troubles anxieux. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournira ces données à l'avenir.

Actuellement, les données sur les hospitalisations offrent la meilleure description disponible des personnes atteintes de troubles anxieux. Toutefois, ces données présentent certaines limites par suite du fait que la plupart de ces personnes sont traitées dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital. Ainsi, les données représentent seulement un sous-ensemble de toutes les personnes atteintes de troubles anxieux, et les résultats doivent être interprétés avec prudence.

En 1999, les femmes ont été hospitalisées pour des troubles anxieux à des taux plus élevés que les hommes dans chaque groupe d'âge (figure 4-1). Les jeunes femmes de 15 à 19 ans présentaient des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés que les femmes des groupes d'âge immédiatement adjacents. Les femmes et les hommes de plus de 65 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés.

Figure 4-1 Hospitalisations pour troubles anxieux* dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

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

Comment les affectent-ils?

Les symptômes des troubles anxieux se développent souvent au début de la vie adulte. Bien que la plupart des personnes n'aient qu'un handicap léger ou aucun handicap, les troubles anxieux peuvent limiter sérieusement les activités scolaires, professionnelles, récréatives et sociales d'une personne parce qu'elle cherche à éviter les situations qui précipitent les symptômes.

Les personnes gravement affectées par un trouble anxieux sont également plus susceptibles de souffrir d'un autre type de trouble anxieux, ou d'une dépression majeure ou d'une dysthymie, de l'alcoolisme, de la toxicomanie ou d'un trouble de la personnalité[5]. Cela contribue aux répercussions des troubles anxieux et présente des défis pour un traitement efficace.

Impact économique

Les troubles anxieux étant si courants, ont un impact économique majeur[6]. Ils contribuent à la perte de productivité à cause de l'absentéisme et du chômage. Les prestations d'assurance invalidité se classent parmi les coûts associés.

Le recours fréquent à la salle d'urgence et au système de soins primaires en réaction aux symptômes physiques contribue également à des coûts de soins de santé considérables.

Stigmatisation associée aux troubles anxieux

Les troubles anxieux étant l'extension de ce que la plupart des gens perçoivent comme une inquiétude normale, ceux qui les éprouvent peuvent craindre que les autres labellisent leur inquiétude ou leur peur excessive comme une faiblesse tout simple. Ainsi, les personnes atteintes de troubles anxieux peuvent essayer de ne pas faire état du caractère sérieux de leur situation et de régler le problème elles-mêmes. Elles évitent alors de demander de l'aide et souffrent en silence.

Causes des troubles anxieux

La manifestation de troubles anxieux semble découler de l'interaction complexe de facteurs génétiques, biologiques, développementaux et autres tels des facteurs socio-économiques et le stress en milieu de travail. Diverses théories ont été proposées pour expliquer comment ces facteurs peuvent occasionner ces troubles[7].

Une première théorie est expérientielle : une crainte peut découler de la première expérience d'une situation embarrassante, d'un abus physique ou sexuel ou du fait d'être témoin d'un acte violent. Des expériences subséquentes semblables ne servent qu'à renforcer la crainte.

Une deuxième théorie est liée à la cognition ou à la pensée et veut que la personne croit ou prédit que le résultat d'une situation spécifique sera embarrassant ou dangereux. Cela peut se produire, par exemple, si les parents sont surprotecteurs et mettent la personne continuellement en garde contre la possibilité de problèmes éventuels.

Une troisième théorie met l'accent sur un facteur biologique. Selon les recherches l'amygdale, une structure profonde dans le cerveau, sert de centre de communication qui signale la présence d'une menace et déclenche une réaction de peur ou d'anxiété. Elle stocke également les souvenirs émotionnels et peut jouer un rôle dans l'apparition des troubles anxieux. Les enfants d'adultes souffrant de troubles anxieux sont beaucoup plus à risque d'être atteints d'un trouble anxieux que la population générale[4] , ce qui peut supposer un facteur génétique, un effet des pratiques parentales, ou les deux.

Traitement des troubles anxieux

Une détermination précoce suivie d'une prise en charge appropriée s'avèrent impératives pour rehausser la qualité de vie des personnes souffrant de troubles anxieux. Celles-ci aident également à prévenir les troubles secondaires courants tels la dépression, la toxicomanie et l'alcoolisme.

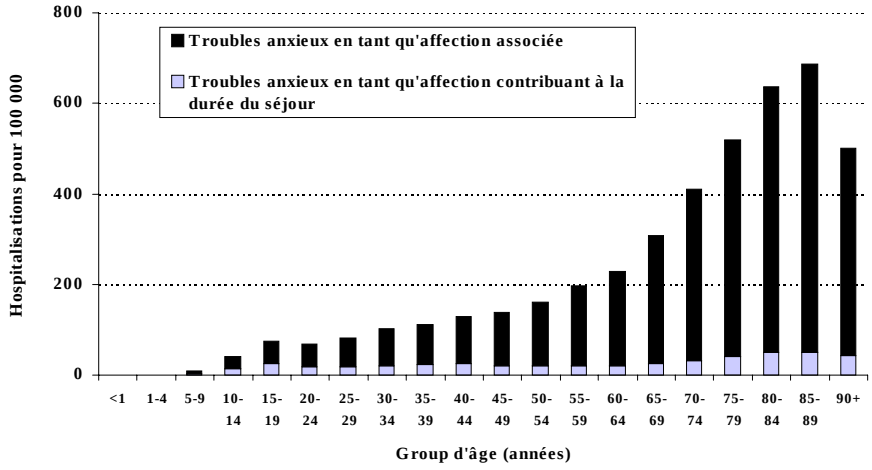
Plusieurs facteurs peuvent contribuer au retard à demander et à obtenir un diagnostic et un traitement, dont la stigmatisation, un manque de ressources humaines, les systèmes de financement gouvernementaux restrictifs et un manque de connaissances. De plus, les médecins de famille peuvent ne pas toujours reconnaître le trouble d'après les symptômes d'une personne ce qui les empêchent de les diagnostiquer correctement. Trop souvent, les symptômes ne sont pas pris au sérieux et la personne souffrant d'un trouble anxieux est qualifiée de personne émotionnellement instable. L'éducation du public et des médecins de famille aiderait à résoudre ce problème.

Un examen récent des troubles anxieux indique que les traitements efficaces comprennent la pharmacothérapie (antidépresseurs ou anxiolytiques) et la thérapie cognitivo-comportementale qui aide la personne à transformer ses pensées anxieuses en idées rationnelles et moins productrices d'anxiété[8]. Les groupes de soutien des personnes et des familles peuvent également aider à trouver des moyens de minimiser les symptômes et de s'y adapter.

Une bonne prise en charge des troubles anxieux peut s'effectuer dans un établissement de soins primaires. L'accès aux experts de la thérapie cognitivo-comportementale au moyen d'un modèle de partage des soins peut aider les médecins de famille à offrir un traitement optimal.

Lorsque les personnes souffrant de troubles anxieux sont hospitalisées, une autre affection associée est habituellement responsable de la détermination de la durée du séjour (figure 4-2).

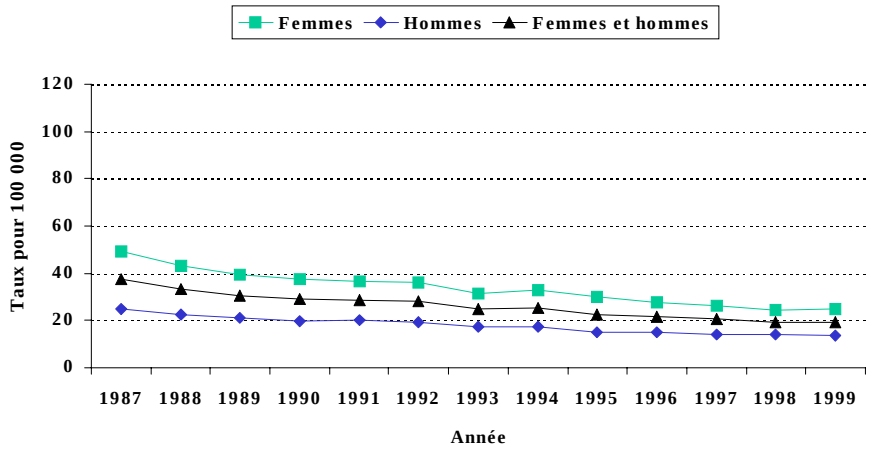
Figure 4-2 Hospitalisations pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux pour 100 000, selon leur contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



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

Dans l'ensemble, les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux ont grandement diminué entre 1987 et 1999 – de 50 % chez les femmes et de 46 % chez les hommes, la réduction combinée étant de 49 % (figure 4-3)

Figure 4-3 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

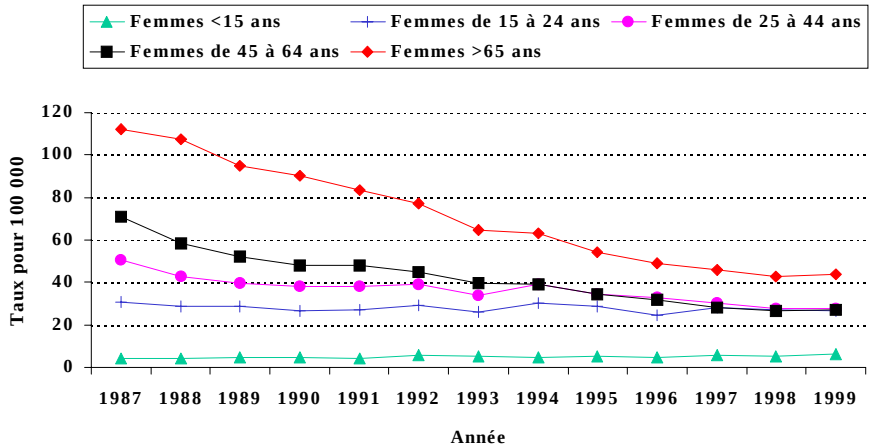


* Diagnostic le plus responsable

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

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux ont diminué de 45 % chez les femmes de 25 à 44 ans et de 62 % chez les femmes des groupes d'âge de 45 à 64 ans et de 65 ans et plus (figure 4-4). Chez les jeunes filles de moins de 15 ans, même si les taux d'hospitalisation sont demeurés faibles, il y a eu une augmentation de 52 % au cours de cette période.

Figure 4-4 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux* chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

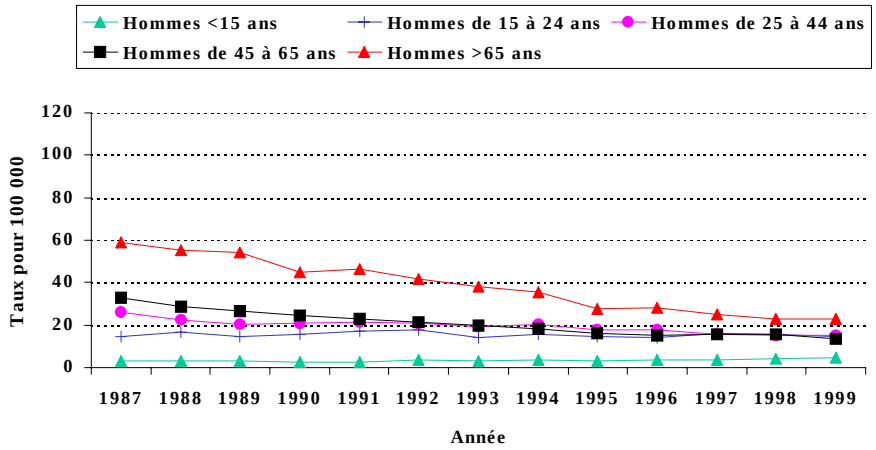


* Diagnostic le plus responsable

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

Chez les hommes, la réduction des taux d'hospitalisation pour troubles anxieux dans chaque groupe d'âge se compare à la réduction chez les femmes : de 42 % chez les hommes de 25 à 44 ans, de 58 % chez les hommes de 45 à 64 ans et de 61 % chez les hommes de 65 ans et plus (figure 4-5). Chez les garçons de moins de 15 ans, les taux ont augmenté de 49 %.

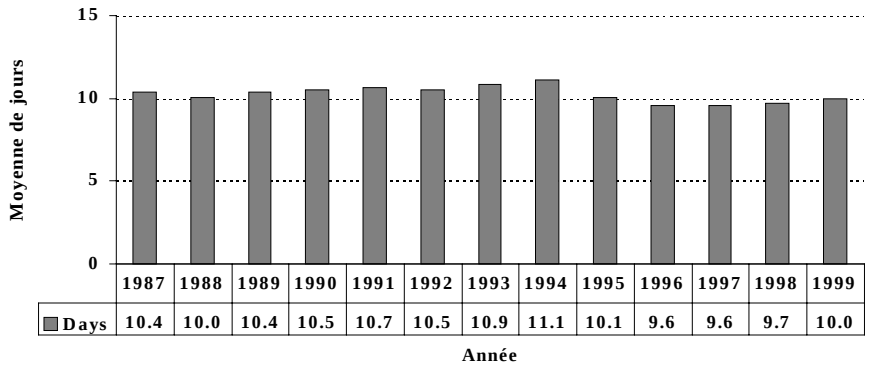
Figure 4-5 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles anxieux* chez les hommes dansb les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

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

Figure 4-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles anxieux*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Days	10.4	10.0	10.4	10.5	10.7	10.5	10.9	11.1	10.1	9.6	9.6	9.7	10.0

* Diagnostic le plus responsable

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

La durée moyenne d'un séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles anxieux a changé très peu entre 1987 et 1999 (figure 4-6).

Données sur les hospitalisations

Puisque la plupart des troubles anxieux sont traités hors des hôpitaux, les données sur les hospitalisations offrent une image très restreinte de ces troubles au Canada. Les données soutiennent que les troubles anxieux sont associés à d'autres problèmes de santé et ce sont habituellement ces problèmes plutôt que les troubles anxieux qui conduisent à l'hospitalisation.

La diminution des taux d'hospitalisation pour troubles anxieux peut être attribuée à la fermeture de lits et à la réorientation des services hospitaliers vers des services ambulatoires. Les hospitalisations pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux chez les personnes âgées ont diminué de façon radicale (beaucoup plus que pour tout autre groupe d'âge) depuis 1987. Cette tendance se compare au modèle du même groupe d'âge pour la dépression majeure. Une recherche plus poussée pourrait déterminer la raison de cette tendance : la prévalence des troubles est-elle en déclin? Les méthodes de traitement ont-elles changé? Les résultats se sont-ils améliorés?

Les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux dans les hôpitaux généraux plus élevés chez les femmes que chez les hommes soulèvent plusieurs questions de recherche : les troubles anxieux sont-ils plus courants chez les femmes? Les femmes sont-elles plus susceptibles de demander un traitement que les hommes? Les femmes sont-elles traitées différemment des hommes, avec un recours accru à l'hospitalisation?

Les taux d'hospitalisation pour troubles anxieux atteignent un sommet prononcé chez les femmes de 15 à 19 ans. Un sommet semblable se retrouve dans les taux d'hospitalisation pour dépression et troubles de la personnalité. Cela porte à croire que les femmes de ce groupe d'âge sont vulnérables aux maladies mentales. Les raisons de ce phénomène nécessitent une recherche plus poussée.

Futurs besoins de surveillance

Les troubles anxieux sont courants chez les Canadiens et les Canadiennes, source non seulement de beaucoup de détresse personnelle mais d'entrave au fonctionnement social et professionnel. Les troubles anxieux peuvent être traités efficacement par une combinaison de médication et de thérapie cognitivo-comportementale.

Les données existantes offrent un profil très limité des troubles anxieux au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données afin de mieux surveiller ces troubles au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de chacun des troubles anxieux selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact des troubles anxieux sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins primaires et spécialisés.
- Impact des troubles anxieux sur le lieu de travail et l'économie.
- Stigmatisation associée aux troubles anxieux.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes tels les écoles, les programmes et établissements de justice pénale et les programmes d'aide aux employés.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

[2] Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. Can J Psychiatry 1996; 41:559-563.

[3] Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988; 77(Suppl 338):33-42.

[4] Dick CL, Bland RC, Newman SC. Epidemiology of psychiatric disorder in Edmonton: panic disorder. Acta Psychiatr Scand 1994; Suppl 376:45-53.

[5] Eaton WW, Kessler RC, Wittchen HU, Magee WJ. Panic and panic disorder in the United States. Am J Psychiatry 1994; 151:413-420.

[6] Adult Mental Health Division, British Columbia Ministry of Health. The Provincial Strategy Advisory Committee for Anxiety Disorders. A Provincial Anxiety Disorders Strategy, 2002.

[7] Oxford Textbook of Psychopathology. Millon T, Blaneyu PH, Davis R, ed. New York: Oxford University Press, 1999.

[8] Antony MM, Swinson RP. Anxiety disorders and their treatment: a critical review of the evidence-based literature. Ottawa: Santé Canada, 1996.

CHAPITRE 5

TROUBLES DE LA PERSONNALITÉ

Points Saillants

- **D'après des données américaines, de 6 % à 9 % de la population souffre d'un trouble de la personnalité.**
- **Les troubles de la personnalité prennent plusieurs formes. Leur influence sur les relations interpersonnelles varie de légère à grave.**
- **Ces troubles apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de la vie adulte.**
- **On constate souvent le trouble de la personnalité antisociale chez les prisonniers (jusqu'à 50 %)**
- **Au nombre des hospitalisations pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux, 78 % sont pour des jeunes adultes de 15 à 44 ans.**

Que sont les troubles de la personnalité?

Les troubles de la personnalité causent des modes durables d'expérience et de comportement qui sont contraires aux attentes de la société, qui sont profonds, inflexibles et stables dans le temps et conduisent à la détresse ou à une déficience[1].

> La personnalité est considérée aujourd'hui comme un modèle complexe de caractéristiques psychologiques imbriquées qui sont pour la plupart inconscientes, qui ne se modifient pas facilement et qui s'expriment automatiquement dans presque tous les aspects du fonctionnement[2]. (traduction)

Les caractéristiques ou traits de personnalité s'expriment sur un continuum du fonctionnement social. Les troubles de la personnalité expriment des traits de personnalité de façon inappropriée et éventuellement mésadaptée[2]. Jusqu'à un certain point, il s'agit ici d'une classification arbitraire.

Certaines déviations peuvent être très légères et empiéter très peu sur la vie familiale ou professionnelle de la personne; d'autres peuvent causer de grandes perturbations familiales et sociales. Des situations ou des événements précis déclenchent les comportements d'une personne atteinte d'un trouble de la personnalité. En général, ces personnes ont de la difficulté à s'entendre avec les autres et peuvent être irritables, exigeantes, hostiles, craintives ou manipulatrices.

Symptômes
Troubles de la personnalité
• **Difficulté à s'entendre avec les autres. La personne peut être irritable, exigeante, hostile, craintive ou manipulatrice.** • **Les modes de comportement dévient de façon marquée des attentes de la société et demeurent constants avec le temps.** • **Le trouble affecte la pensée, les émotions, les relations interpersonnelles et le contrôle des impulsions.** • **Le mode de comportement est inflexible et se manifeste dans toutes sortes de situations.** • **Le mode de comportement est stable ou de longue durée, et se déclare en enfance ou à l'adolescence.**

Les troubles de la personnalité prennent plusieurs formes[1] et leur classification est arbitraire. Chaque personne est unique et peut présenter une combinaison de modes de comportement.

Tableau 5-1 Types de troubles de la personnalité

Type	Modèles
Trouble de la personnalité limite	Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, et impulsivité prononcée.
Personnalité antisociale	Irrespect et violation des droits des autres.
Personnalité histrionique (hystérique)	Émotivité et quête d'attention excessives.
Personnalité narcissique	Caractère pompeux, besoin d'admiration et manque d'empathie.
Personnalité évitante	Inhibition sociale, sentiment d'inadéquation et hypersensibilité à une évaluation négative.
Personnalité dépendante	Comportement de soumission et d'accrochage associé à un besoin excessif qu'on s'occupe de la personne.
Personnalité schizoïde	Détachement des relations sociales et éventail restreint d'expression émotionnelle.
Personnalité paranoïaque	Méfiance et suspicion par lesquelles les motifs des autres sont interprétés comme étant malveillants.
Personnalité obsessionnelle-compulsive	Préoccupation concernant la discipline, perfectionnisme et contrôle.
Personnalité schizotypique	Malaise aigu dans les relations étroites, distorsions cognitives ou perceptuelles et excentricités du comportement.

Jusqu'à quel point les troubles de la personnalité sont-ils répandus?

Les données canadiennes sur la prévalence des troubles de la personnalité sont rares. Les estimations des États-Unis sur la prévalence du diagnostic de ces troubles s'étendent toutefois de 6 % à 9 % selon les critères de définition[3].

Les études épidémiologiques font davatange état du trouble de la personnalité antisociale. Selon les estimations d'une étude ontarienne effectuée en 1991, le taux de prévalence pour 1 an du trouble de la personnalité antisociale était de 1,7 %[4]. Selon l'étude d'Edmonton des années 1980, 1,8 % de la population souffrait d'un trouble de la personnalité antisociale au cours des 6 mois précédant l'étude, et 3,7 % des répondants ont signalé avoir eu un trouble de la personnalité à un moment donné de leur vie[5,6]. Les estimations de la prévalence des autres troubles s'étendent de 1 % à 10 % de la population.

Répercussions des troubles de la personnalité

Qui développe un trouble de la personnalité?

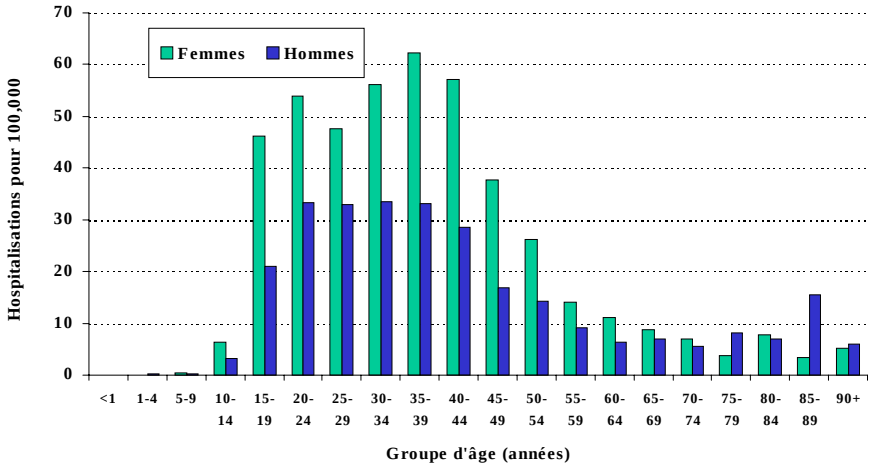
Il existe une différence sexuelle dans les types de troubles de la personnalité. Par exemple, le trouble de la personnalité antisociale est plus courant chez les hommes alors que le trouble de la personnalité limite est plus fréquent chez les femmes. Les troubles de la personnalité dépendante et de la personnalité hystérique sont également plus fréquents chez les femmes. Un biais de classement chez les professionnels de la santé peut conduire à certaines des différences entre les hommes et les femmes.

Idéalement, les données d'une étude démographique devraient fournir de l'information sur la répartition selon l'âge et le sexe des personnes souffrant de troubles de la personnalité. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) fournira ces données à l'avenir.

Toutefois, à l'heure actuelle, les données sur les hospitalisations offrent la meilleure description des personnes atteintes de troubles de la personnalité. Ces données présentent cependant certaines limites parce que la plupart des personnes atteintes de troubles de la personnalité, à moins qu'elles manifestent un comportement suicidaire, sont traitées dans la collectivité plutôt qu'à l'hôpital. De nombreuses personnes ne sont jamais diagnostiquées ni traitées. Les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite ont des taux d'admission plus élevés que celles qui souffrent d'autres troubles en raison de leur taux élevé de comportement suicidaire. On doit garder ces limites à l'esprit en interprétant les données du présent rapport.

Chez les hommes et chez les femmes, les taux les plus élevés d'hospitalisation pour troubles de la personnalité se trouvent parmi des personnes âgées de 15 à 44 ans (figure 5-1). Plus des trois quarts (78 %) de toutes les admissions se trouvaient entre ces âges et les taux étaient plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

Figure 5-1 Hospitalisations pour troubles de la personnalité* dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

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

Quels sont les effets des troubles de la personnalité?

Bien que les troubles de la personnalité apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de la vie adulte, ils peuvent aussi apparaître au milieu de la vie adulte. Jusqu'à un certain point, le moment de leur apparition dépend du type de trouble de la personnalité et de la situation ou des événements entourant la personne. Par exemple, le trouble de la personnalité limite apparaît habituellement de façon prononcée à l'adolescence et au début de la vie adulte et devient ensuite moins évident à l'âge moyen. Par contre, le trouble de la personnalité narcissique peut ne pas apparaître avant l'âge moyen alors que la personne fait l'expérience d'un sentiment de perte de perspectives d'avenir ou affronte des limites personnelles.

Puisque les troubles de la personnalité apparaissent habituellement à l'adolescence ou au début de la vie adulte, ils se présentent à un moment où la plupart des gens établissent des relations d'adultes, sont aux études, entreprennent une carrière et se créent une vie. La manifestation de comportements mésadaptés pendant ce stade de la vie a des répercussions sur toute la vie.

Des antécédents d'alcoolisme, de toxicomanie, de dysfonction sexuelle, de troubles anxieux généralisés, de trouble bipolaire, de trouble obsessionnel-compulsif, de trouble dépressif, de troubles de l'alimentation, de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide accompagnent souvent les troubles de la personnalité[3,7]. Jusqu'à la moitié des prisonniers présentent un trouble de la personnalité antisociale à cause de caractéristiques comportementales associées (toxicomanie, violence et vagabondage) conduisant à un comportement criminel[3]. Voici d'autres conséquences sociales des troubles de la personnalité :

- La violence conjugale
- Les mauvais traitements envers les enfants
- Le mauvais rendement au travail
- Le suicide
- Le jeu

Les troubles de la personnalité ont un effet majeur sur les proches. Ses modes de comportement fixes rendent difficile l'adaptation à diverses situations. Les autres doivent alors s'adapter. Cela crée une grande tension dans les relations familiales, avec les amis proches et dans le lieu de travail. En même temps, lorsque les autres ne s'adaptent pas, la personne atteinte du trouble de la personnalité peut se mettre en colère, être frustrée, déprimée ou se retirer. Cela l'engage à un cercle vicieux d'interaction qui l'amène à persister dans son comportement mésadapté jusqu'à ce que ses besoins soient satisfaits.

Stigmatisation associée aux troubles de la personnalité

Comme les comportements manifestés dans les troubles de la personnalité sont près de ce qui est considéré «normal», les autres assument souvent que la personne peut changer facilement son comportement et résoudre tout problème de relations interpersonnelles. Toutefois, lorsque le comportement persiste, il peut être perçu comme un manque de volonté de changer, car la nature fixe du comportement n'est pas bien comprise des autres.

Causes des troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité découlent probablement de l'interaction complexe d'événements du début de la vie, ou de facteurs génétiques et environnementaux. En principe, les facteurs génétiques contribuent à la base biologique de la fonction cérébrale et à la structure de la personnalité de base. Cette structure influe ensuite sur la façon dont la personne réagit et interagit devant les événements de la vie et l'environnement social. Avec le temps, chaque personne développe des modes distinctifs ou des façons particulières de percevoir son monde et de ressentir, penser, s'adapter et se comporter.

Bien que nos connaissances des corrélations biologiques possibles des troubles de la personnalité soient minimes, les personnes atteintes de ces troubles peuvent souffrir d'une déficience de régulation des circuits cérébraux qui contrôlent les émotions. Cette difficulté combinée à des facteurs psychologiques et sociaux tels l'abus, la négligence ou la séparation met la personne à plus grand risque de développer un trouble de la personnalité. De solides liens familiaux ou un réseau de soutien à l'extérieur de la famille, à l'école et dans la collectivité aident la personne à développer un sens d'estime de soi et de bonnes capacités d'adaptation. Les possibilités de croissance personnelle et de mise en valeur d'habiletés uniques peuvent améliorer l'image de soi d'une personne. Cet environnement soutenant peut offrir une certaine protection contre le développement d'un trouble de la personnalité.

Pour les personnes prédisposées sur le plan biologique, les principaux défis développementaux qui sont un aspect normal de l'adolescence et du début de la vie adulte – séparation de la famille, actualisation de soi et autonomie – peuvent s'avérer les facteurs qui précipitent le développement d'un trouble de la personnalité, ce qui peut expliquer pourquoi ces troubles apparaissent habituellement au cours de ces années.

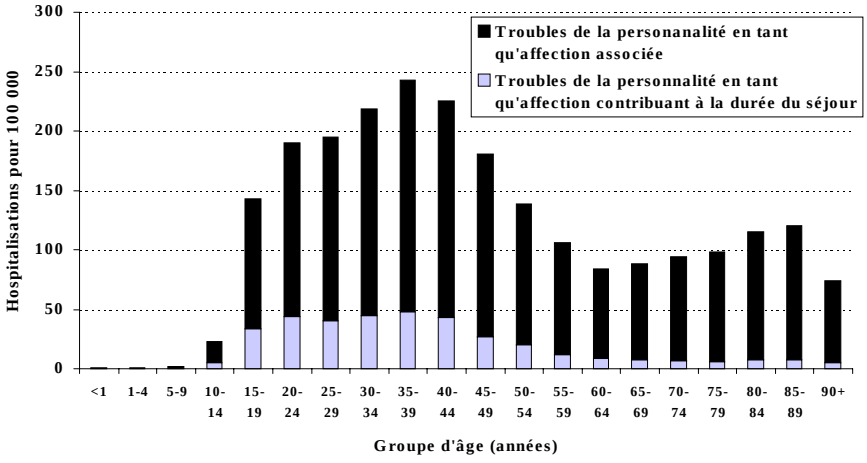
Traitement des troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité sont difficiles à traiter à cause du refus d'accepter la présence d'un problème et à cause de certain pessimisme chez les professionnels de la santé découlant d'un manque de succès dans leurs efforts antérieurs. Une psychothérapie individuelle et collective intensive combinée à des antidépresseurs et à des psychorégulateurs, peut servir de remède au moins partiellement efficace pour certaines personnes. Les difficultés découlent de la persistance des symptômes et de leur effet négatif sur la relation thérapeutique.

Les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité limite sont hospitalisées plus fréquemment, ont recours à la psychothérapie en clinique externe plus souvent, et se rendent plus souvent en salle d'urgence que les personnes atteintes des autres troubles de la personnalité[7].

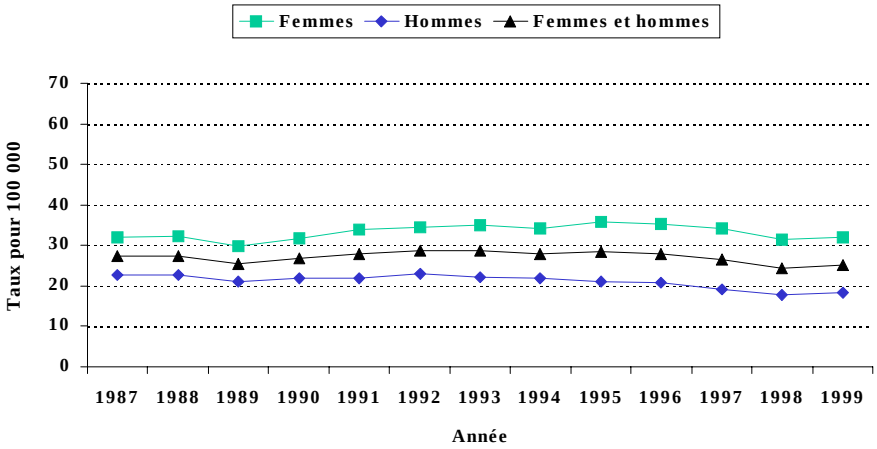
En 1999, pour tous les groupes d'âge, les troubles de la personnalité étaient plutôt le facteur contributif que le facteur déterminant de la durée d'un séjour à l'hôpital (figure 5-2). Cela témoigne du fait que les troubles de la personnalité sont associés à d'autres états, tel un comportement suicidaire, qui peut nécessiter l'hospitalisation.

Figure 5-2 Hospitalisations pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon leur contribution à la durée du séjour, Canada, 1999-2000



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

Figure 5-3 Taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



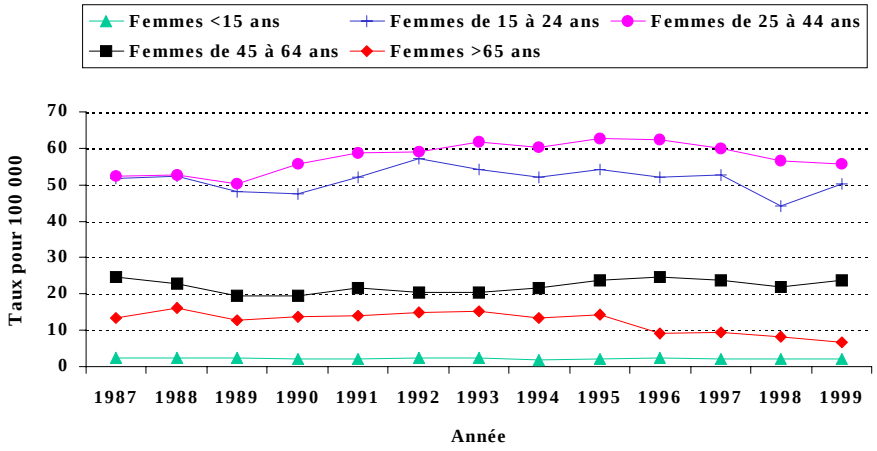
* Diagnostic le plus responsable

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

Les taux d'hospitalisation pour les troubles de la personnalité chez les hommes et chez les femmes ont augmenté au début des années 1990 et diminué vers la fin de la décennie (figure 5-3).

L'augmentation des taux d'hospitalisation pour les troubles de la personnalité au début des années 1990 était attribuable à une augmentation de ces troubles chez les femmes des groupes d'âge de 15 à 24 ans et de 25 à 44 ans (figure 5-4). Les taux chez ces mêmes groupes d'âge, ainsi que chez le groupe des 65 ans et plus, ont diminué à la fin des années 1990.

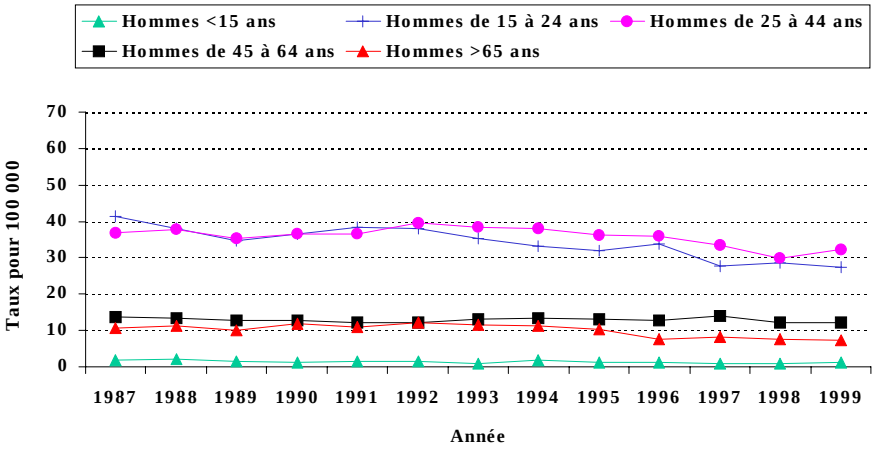
Figure 5-4 Taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité* chez les femmes dans les hôpitaux canadiens par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsable

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

Figure 5-5 Taux d'hospitalisation pour troubles de la personnalité* chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

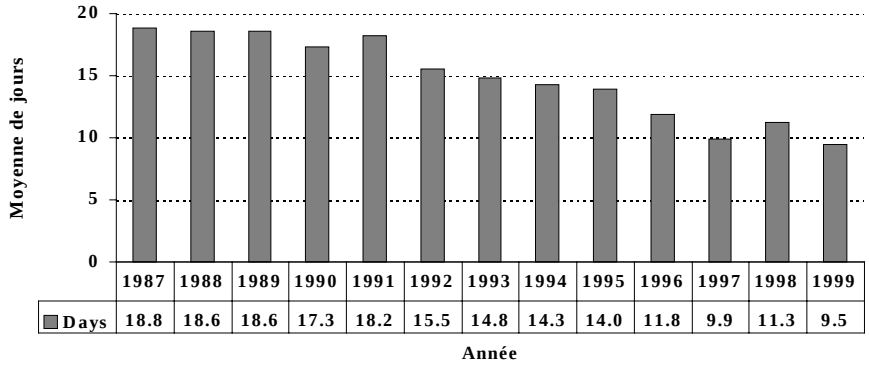


* Diagnostic le plus responsable

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

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour les troubles de la personnalité chez les hommes de 15 à 24 ans ont diminué davantage (figure 5-5). Au début des années 1990, les taux d'hospitalisation ont augmenté légèrement chez les hommes de 25 à 44 ans, augmentation suivie d'une légère dimunition vers la fin de la décennie.

Figure 5-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles de la personnalité*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Days	18.8	18.6	18.6	17.3	18.2	15.5	14.8	14.3	14.0	11.8	9.9	11.3	9.5

* Diagnostic le plus responsable

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

La durée moyenne d'un séjour dans les hôpitaux généraux pour les troubles de la personnalité était de 9,5 jours en 1999, diminution de près de 50 % depuis 1991 (figure 5-6).

Données sur les hospitalisations

La plupart des troubles de la personnalité sont traités à l'extérieur de l'hôpital. Ainsi, les données sur les hospitalisations offrent une image très restreinte des troubles de la personnalité au Canada.

Les taux d'hospitalisation plus élevés chez les jeunes femmes que chez les hommes pour troubles de la personnalité dans les hôpitaux généraux soutiennent l'expérience clinique qui veut que les femmes soient plus susceptibles de présenter un trouble de la personnalité limite avec son comportement suicidaire associé, conduisant à l'hospitalisation.

Les taux élevés chez les adolescents et les jeunes adultes soutiennent l'impact négatif de ces troubles chez les jeunes à un moment critique de leur vie.

La durée d'un séjour à l'hôpital associé aux troubles de la personnalité a diminué au cours des années 1990. Une recherche plus poussée est nécessaire pour déterminer la raison de cette tendance. Quel a été l'impact des fermetures de lits dans les hôpitaux sur la durée du séjour ou le résultat du traitement? Les méthodes de traitement ont-elles changé et les résultats se sont-ils améliorés?

Futurs besoins de surveillance

Les troubles de la personnalité sont courants dans la population générale, causant non seulement une grande détresse personnelle et familiale mais entravant également le fonctionnement social.

Les données existantes offrent un profil très restreint des troubles de la personnalité au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données pour mieux surveiller ces troubles au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de chacun des troubles de la personnalité selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact des troubles de la personnalité sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé primaires et spécialisés.
- Impact des troubles de la personnalité sur le lieu de travail et l'économie.
- Impact des troubles de la personnalité sur le système juridique et le système pénal.
- Stigmatisation associée aux troubles de la personnalité.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes, tels les écoles, les programmes et les établissements de justice pénale et les programmes d'aide aux employés.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

[1] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

[2] Oxford Textbook of Psychopathology. Millon T, Blaneyu PH, Davis R, ed. New York: Oxford University Press, 1999:510

[3] Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. Am J Psychiatry 1994;151:1055-1062.

[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. Can J Psychiatry 1996; 41:559-563.

[5] Bland RC, Newman SC, Orn H. Period prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988; 77(Suppl 338):33-42.

[6] Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand 1988; 77(Suppl 338):24-32.

[7] Bender DS, Dolan RT, Skodol AE, Sanislow CA, Dyck IR, McGlashan TH, Shea MT, Zanarini MC, Oldham JM, Gunderson JG. Treatment utilization by patients with personality disorders. Am J Psychiatry 2001; 158:295-302.

CHAPITRE 6

TROUBLES DE L'ALIMENTATION

Points saillants

- **Environ 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie.**
- **Les jeunes filles et les femmes sont plus affectées par l'anorexie et la boulimie mentale que les garçons ou les hommes.**
- **Les troubles de l'alimentation peuvent être provoqués par des facteurs biologiques et personnels ainsi que par la promotion de l'image du corps mince.**
- **Les troubles de l'alimentation présentent un risque élevé d'autres maladies mentales et physiques qui peuvent conduire à la mort.**
- **Depuis 1987, les hospitalisations pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux ont augmenté de 34 % chez les jeunes femmes de moins de 15 ans et de 29 % chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans.**

Que sont les troubles de l'alimentation?

Les troubles de l'alimentation se distinguent par une perturbation grave du comportement alimentaire : le fait de manger trop ou trop peu, ainsi qu'une grande préoccupation concernant la taille et la forme de son corps[1]. Ce chapitre porte sur l'anorexie mentale, la boulimie mentale et la frénésie alimentaire.

Les troubles de l'alimentation ne sont pas une fonction de la volonté mais sont plutôt des modes d'alimentation malsains qui s'autonomisent. L'ingestion volontaire de portions plus petites ou plus grandes que d'habitude est courante, mais pour certaines personnes, cela devient une compulsion et les comportements alimentaires deviennent outrés.

Les personnes souffrant d'**anorexie mentale** refusent de maintenir un poids corporel minimalement normal, craignent beaucoup de prendre du poids et ont une perception déformée de la forme et de la taille de leur corps[2].

Les personnes souffrant de **boulimie mentale** s'alimentent excessivement et utilisent ensuite des méthodes compensatoires pour prévenir la prise de poids, par exemple, en se faisant vomir, en pratiquant un exercice excessif ou en abusant de laxatifs. Elles accordent également une importance excessive à la forme et au poids du corps. Pour diagnostiquer la boulimie mentale, la frénésie alimentaire et les comportements compensatoires doivent se manifester, en moyenne, au moins deux fois par semaine pendant 3 mois[2].

Un diagnostic de **frénésie alimentaire** est porté si la frénésie n'est pas suivie d'un comportement compensatoire, tel se faire vomir, pratiquer un exercice excessif ou abuser des laxatifs. Ce trouble est souvent associé à l'obésité.

Symptômes **Troubles de l'alimentation**		
Généralités		
Perception déformée de la forme ou de la taille de son corps		
Anorexie	**Boulimie**	**Épisodes d'alimentation excessive**
• **Résistance à maintenir le poids corporel au poids normal ou au-dessus du poids minimalement normal pour l'âge et la grandeur, accompagnée d'une crainte intense de prendre du poids ou d'engraisser, même si la personne ne pèse pas son poids normal.**	• **Épisodes récurrents de frénésie alimentaire accompagnés d'un comportement compensatoire inapproprié afin de prévenir la prise de poids, par exemple, en se faisant vomir, en consommant des laxatifs ou en pratiquant un exercice excessif.**	• **Frénésie alimentaire sans comportement compensatoire, par exemple en se faisant vomir, en pratiquant un exercice excessif ou en abusant des laxatifs.** • **Ces personnes sont souvent obèses.**

Jusqu'à quel point les troubles de l'alimentation sont-ils répandus?

On estime que 3 % des femmes seront affectées par un trouble de l'alimentation au cours de leur vie.[3] Environ 0,5 % à 4 % des femmes développeront l'anorexie mentale au cours de leur vie et de 1 % à 4 % développeront la boulimie[1]. La frénésie alimentaire affecte environ 2 % de la population[4].

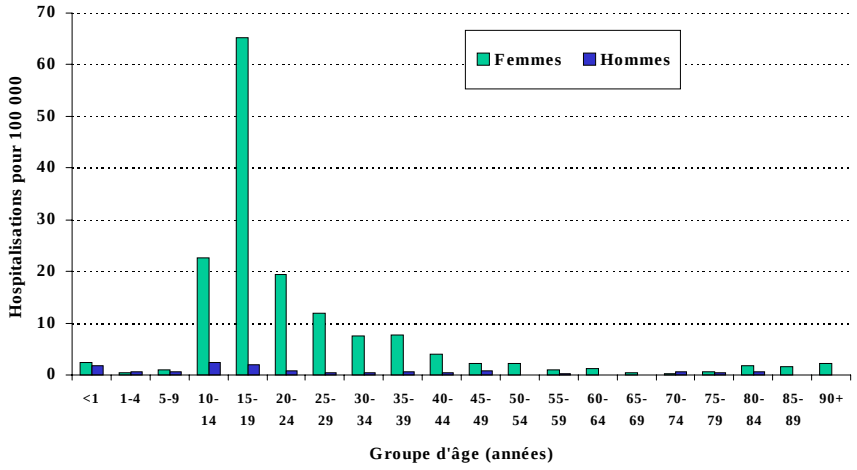
Répercussions des troubles de l'alimentation

Qui est affecté par les troubles de l'alimentation?

L'anorexie mentale et la boulimie affectent surtout les jeunes femmes. Toutefois, il se peut que cette tendance se modifie. Dans le passé, seulement environ 10 % des personnes présentant ce trouble étaient des jeunes hommes[1]. Une étude Ontarienne indique que 0,3 % des hommes de 15 à 64 ans et 2,1 % des femmes souffraient d'anorexie mentale ou de boulimie[5]. Dans la plupart des cas, la frénésie alimentaire apparaît au cours de l'adolescence ou de la jeune vie adulte. Les hommes sont plus susceptibles d'être affectés par la frénésie alimentaire que par les autres troubles de l'alimentation.

Bien que le traitement d'un trouble de l'alimentation soit surtout dispensé dans la collectivité, l'hospitalisation est parfois nécessaire. Les données sur les hospitalisations offrent une description partielle des personnes affectées par des troubles de l'alimentation graves. Toutefois, les résultats doivent être considérés avec prudence puisqu'il ne s'agit que d'un sous-ensemble des personnes souffrant de ces troubles.

Figure 6-1 Hospitalisations pour troubles de l'alimentation* dans les hôpitaux généraux pour 100 000 par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



* Diagnostic le plus responsable

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

En 1999, les femmes de tous les groupes d'âge présentaient des taux d'hospitalisation supérieurs à ceux des hommes pour les troubles de l'alimentation (figure 6-1). Les femmes figuraient dans 94 % de toutes les admissions à l'hôpital pour ces troubles. Les adolescents des deux sexes âgés de 10 à 19 ans présentaient les taux d'hospitalisation les plus élevés.

Comment les troubles de l'alimentation affectent-ils les gens?

Les anorexiques et les boulimiques peuvent récupérer après un seul épisode du trouble. D'autres peuvent osciller entre des prises et des pertes de poids. D'autres encore continueront d'avoir des problèmes liés à l'alimentation et au poids toute leur vie. Des antécédents de toxicomanie ou d'alcoolisme au moment du diagnostic et une durée plus longue des symptômes avant le diagnostic sont associés à de moins bons résultats à long terme[6].

Les anorexiques et les boulimiques peuvent développer des problèmes physiques sérieux, tels une affection cardiaque, un déséquilibre électrolytique et une insuffisance rénale pouvant conduire à la mort. Les troubles de l'alimentation peuvent causer des problèmes psychologiques, sociaux et de santé à long terme, même après que l'épisode aigu a été résolu[7].

Les anorexiques sont plus susceptibles de souffrir d'une dépression majeure, d'une dépendance à l'alcool et de troubles anxieux au moment de leur maladie ou plus tard dans la vie[8,9]. Le suicide est également une conséquence possible.

Un trouble de l'alimentation amène une jeune personne à s'absenter de l'école, du travail et des activités récréatives. La faiblesse physique associée à la maladie affecte aussi sérieusement l'interaction sociale avec les amis et la participation à la vie en général. Les amis ont aussi de la difficulté à savoir comment réagir et aider.

Les familles des personnes souffrant de troubles de l'alimentation vivent également un grand stress. Elles peuvent se blâmer, se sentir anxieuses au sujet de l'avenir d'un être aimé, s'inquiéter de la mort possible de la personne et peuvent faire l'objet de la stigmatisation associée au fait d'avoir un enfant souffrant d'une maladie mentale. Les parents éprouvent particulièrement une tension entre leur instinct protecteur naturel qui veut forcer l'enfant à adopter des comportements sains (ce qui peut souvent empirer la situation) et le besoin de l'enfant de prendre le contrôle de sa maladie et de sa santé.

Stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation

L'anorexie mentale et la boulimie mentale ne présentent pas les mêmes manifestations publiques que les autres maladies mentales. En général, la gêne attribuable à un comportement inhabituel n'est pas un problème. Essentiellement, ces maladies sont une affaire familiale privée. Ainsi, la stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation vient de l'impression erronée que les autres (les parents en particulier) sont à blâmer pour la maladie. La stigmatisation isole les parents de leurs pairs et des autres membres de la famille.

Les personnes s'alimentant excessivement qui sont obèses doivent faire face aux attitudes sociales négatives à l'égard de l'obésité. Ces attitudes les isolent et la perte d'estime de soi ne fait qu'aggraver la maladie.

Causes des troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation sont des syndromes complexes fortement associés à d'autres maladies mentales telles les troubles de l'humeur, les troubles de la personnalité et les troubles anxieux. Cela semble indiquer que le développement de la maladie est le résultat d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. De plus, les effets secondaires de pratiques d'alimentation mésadaptées contribuent probablement au trouble. Steiger et Séguin ont rédigé un excellent article approfondi sur l'étiologie des troubles de l'alimentation[1].

Tableau 6-1 Sommaire des facteurs de risque pouvant contribuer au développement de troubles de l'alimentation

	Facteurs spécifiques (Facteurs de risque directs)	Facteurs généralisés (Facteurs de risque indirects)
Facteurs biologiques	Risque génétique spécifique de troubles de l'alimentation Physionomie et poids corporel Régulation de l'appétit Métabolisme de l'énergie Sexe	Risque génétique de perturbation associée Tempérament Impulsivité Neurobiologie (p. ex., mécanismes de 5-HT) Sexe
Facteurs psychologiques	Image corporelle faible Attitudes alimentaires mésadaptées Croyances mésadaptées quant au poids Valeurs ou significations spécifiques accordées à l'alimentation et au corps Surévaluation de l'apparence	Faible image de soi Mécanismes d'adaptation inadéquats Problèmes d'autorégulation Conflits irrésolus, déficits, réactions post-traumatiques Problèmes d'identité Problèmes d'autonomie
Facteurs développementaux	Identification à des parents ou pairs concernés par le corps Expériences d'évitement à l'heure des repas Traumatisme affectant l'expérience corporelle	Surprotection Négligence Rejet ressenti, critique Traumatisme Relations d'objet (expérience interpersonnelle)
Facteurs sociaux	Attitudes familiales mésadaptées quant à l'alimentation et au poids Préoccupations du groupe de pairs quant au poids Pression à être mince Insultes relatives au corps Pressions spécifiques pour contrôler le poids (p. ex., ballet, activités athlétiques) Valeurs culturelles mésadaptées accordées au corps	Dysfonction familiale Expériences aversives avec les pairs Valeurs sociales au détriment d'une image de soi stable et positive Changement social déstabilisant Valeurs accordées au sexe Isolement social Faible réseau de soutien Entraves au sens de la définition de soi

Traitement des troubles de l'alimentation

Les troubles de l'alimentation peuvent être traités et un poids-santé peut être restauré. Un diagnostic précoce donne de meilleurs résultats. Le traitement est le plus efficace s'il commence au tout début du trouble. Par conséquent, une évaluation régulière des adolescentes pour discerner tout signe avertisseur d'un trouble de l'alimentation peut aider à déterminer celles qui bénéficieraient d'un traitement.

Le succès du traitement dépend d'un plan intégré[10] comportant :

- La surveillance des symptômes physiques.
- La thérapie comportementale.
- La thérapie cognitive.
- La thérapie de l'image de soi.
- Le counseling en nutrition.
- L'éducation.
- La médication, au besoin.

Le traitement a changé radicalement avec le temps[11]. La psychothérapie à long terme et les médicaments éventuellement dangereux ont cédé à une stabilisation nutritionnelle d'bord..

Lorsque l'état nutritionnel s'est amélioré, diverses psychothérapies (cognitive-analytique, familiale et cognitive-comportementale) peuvent améliorer le fonctionnement. Malheureusement, un examen récent des traitements psychologiques de l'anorexie mentale a permis de constater qu'il faut beaucoup plus de recherche dans ce domaine[12].

Selon un examen récent du traitement pharmacologique des troubles de l'alimentation, plusieurs études ont montré que les antidépresseurs sont utiles pour le traitement de la boulimie mentale[3]. Certains médicaments servent également au traitement de la frénésie alimentaire. Malheureusement, les études n'ont pas fait état de médicaments efficaces pour traiter l'anorexie mentale.

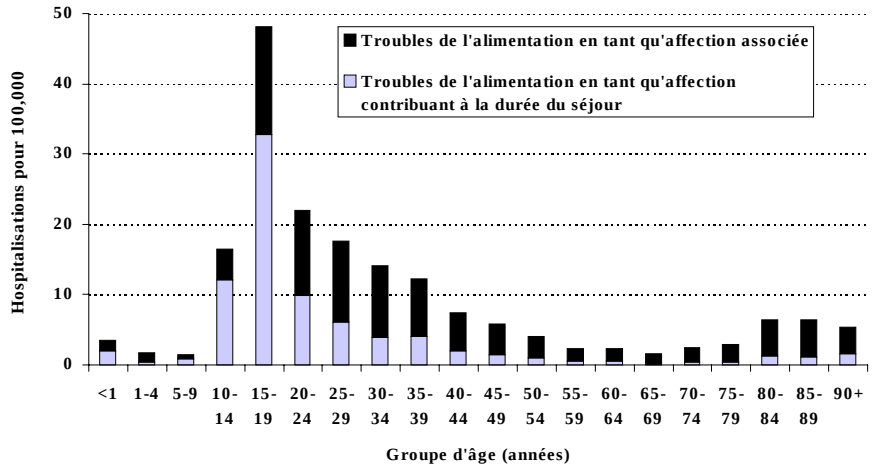
Le traitement des maladies mentales concomitantes telles la dépression, l'anxiété et l'alcoolisme est essentiel.

Pour les personnes qui ont souffert d'anorexie mentale pendant de nombreuses années, un bref séjour à l'hôpital pour stabiliser la perte de poids et traiter les complications métaboliques, accompagné d'une psychothérapie de soutien, est plus efficace qu'un traitement hospitalier coercitif ayant des objectifs trop ambitieux.

Le plus souvent, le traitement des troubles de l'alimentation s'effectue dans la collectivité, mais les données sur les hospitalisations peuvent tout de même témoigner de la présence de maladies graves dans la population.

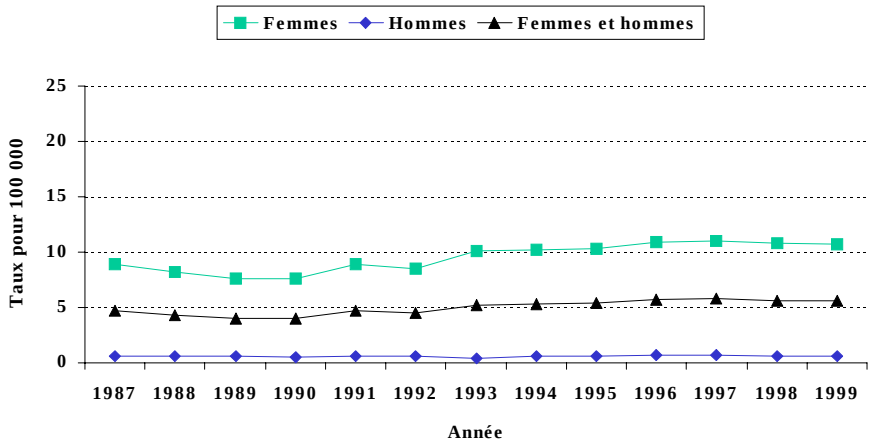
En 1999, chez les adolescents, un trouble de l'alimentation était le diagnostic le plus apte à déterminer la durée d'un séjour à l'hôpital, probablement influencé par les changements biochimiques mortels qui se sont effectués dans le corps (figure 6-2). Chez les personnes plus âgées, les troubles de l'alimentation étaient le plus souvent dûs à une affection associée.

Figure 6-2 Hospitalisations pour troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux pour 100 000 selon leur contribution à la durée du séjour et par groupe d'âge, Canada, 1999-2000



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

Figure 6-3 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



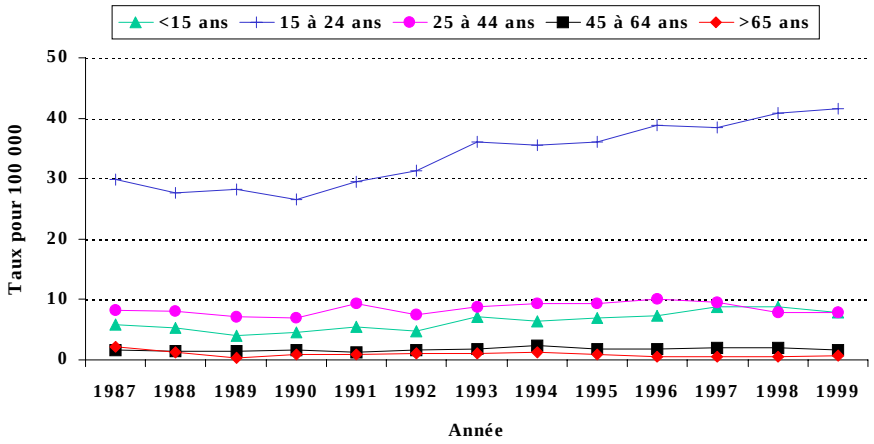
* Diagnostic le plus responsable

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

Les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation chez les femmes ont augmenté de 20 % entre 1987 et 1999 (figure 6-3). Chez les hommes, les taux sont demeurés stables.

De 1987 à 1999, les taux chez les femmes de < 15 ans et de 15 à 24 ans ont augmenté (34 % et 39 %, respectivement) (figure 6-4). Pour tous les autres groupes d'âge, les taux sont demeurés stables.

Figure 6-4 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation* chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 –1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

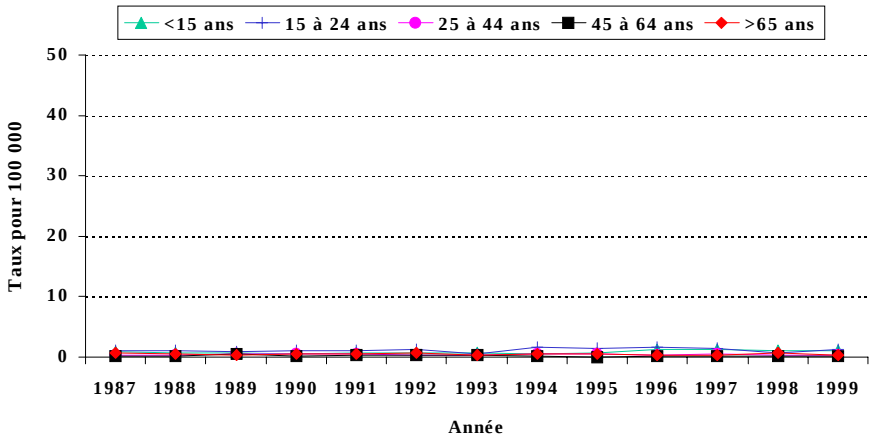


* Diagnostic le plus responsable

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

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation chez les hommes ont été très instables en raison du petit nombre (figure 6-5).

Figure 6-5 Taux d'hospitalisation pour 100 000 pour troubles de l'alimentation* chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 –1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

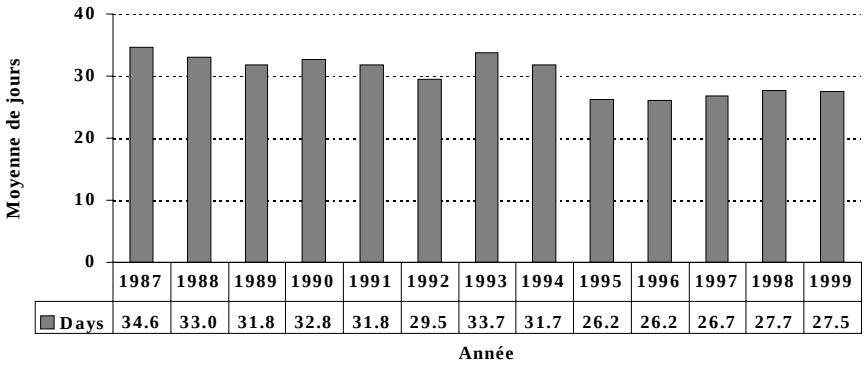


* Diagnostic le plus responsable

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

La durée moyenne d'un séjour dans les hôpitaux généraux pour les troubles de l'alimentation a baissé au milieu des années 1990, et en 1999 elle était de 27,5 jours (figure 6-6).

Figure 6-6 Durée moyenne du séjour dans les hôpitaux généraux pour troubles de l'alimentation*, Canada, 1987-1988 – 1999-2000



	1987	1988	1989	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Days	34.6	33.0	31.8	32.8	31.8	29.5	33.7	31.7	26.2	26.2	26.7	27.7	27.5

* Diagnostic le plus responsable

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

Données sur les hospitalisations

Les données sur les hospitalisations soutiennent les conclusions cliniques selon lesquelles plus de femmes que d'hommes sont affectés par les troubles de l'alimentation. Dans les hôpitaux généraux, 93 % des personnes hospitalisées pour les troubles de l'alimentation sont des femmes. Les taux d'hospitalisation sont très élevés chez les adolescentes, conformément à l'apparition des troubles de l'alimentation dans ce groupe d'âge.

Chez les personnes plus âgées, les troubles de l'alimentation sont plus susceptibles d'être une affection associée, plutôt que primaire, affectant ainsi la durée du séjour à l'hôpital, ce qui témoigne des complications plus graves associées à l'affection qui se font sentir après une certaine période.

Les taux d'hospitalisation pour les troubles de l'alimentation dans les hôpitaux généraux augmentent chez les jeunes femmes. Une recherche plus poussée pourrait déterminer si cela présage une augmentation du trouble ou plutôt une augmentation du recours à l'hospitalisation pour le traiter.

Futurs besoins de surveillance

Les troubles de l'alimentation sont courants chez les jeunes femmes et peuvent conduire à la mort. Ils sont difficiles à traiter, mais un diagnostic précoce donne de meilleurs résultats.

Les données existantes offrent un profil très restreint des troubles de l'alimentation au Canada. Les données sur les hospitalisations doivent être complétées par d'autres données pour mieux surveiller ces troubles au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence de chacun des troubles de l'alimentation selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact des troubles de l'alimentation sur la qualité de vie de la personne et de la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé primaires et spécialisés et aux programmes communautaires.
- Stigmatisation associée aux troubles de l'alimentation.
- Attitude envers l'image corporelle dans la population générale.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes, tels les écoles.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

[1] Steiger H, Séguin JR. Eating disorders: Anorexia nervosa and bulimia nervosa. Million T, Blaneyu PH, David R, ed., Oxford Textbook of Psychopathology,. New York, Oxford University Press, 1999. 365-88.

[2] American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition. Washington, DC: American Psychiatric Association, 1994.

[3] Zhu AJ, Walsh BT. Pharmacologic treatment of eating disorders. Can J Psychiatry 2002;47:3:227-34.

[4] Bruce, B., & Agras, S.. Binge eating in females: A population-based investigation. Int J Eat Disord 1992;12:365-373.

[5] Woodside DB, Garfinkel PE, Lin E, Goering P, Kaplan AS, Goldbloom DS et al. Comparisons of men with full or partial eating disorders, men without eating disorders, and women with eating disorders in the community. Am J Psychiatry 2001;158:570-574.

[6] Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL, Crow SJ. Long-term outcome of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 1999; 56:63-69.

[7] 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; 39:1284-1292.

[8] Offord DR, Boyle MH, Campbell D, Goering P, Lin E, Wong M, Racine YA. One-year prevalence of psychiatric disorder in Ontarians 15 to 64 years of age. Can J Psychiatry 1996; 41:559-563.

[9] 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.

[10] Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, Pickering A. Outcome of anorexia nervosa: a case-control study. Am J Psychiatry 1998; 155:939-946.

[11] Steiger H, Champagne J. Les troubles d l'alimentation: l'anorexie nerveuse et la boulimie. Habimana E (ed.), Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent: approche intégrative. Paris, Christian Morin, 1999.

[12] Garfinkel PE. Eating Disorders. (Guest editorial). Can J Psychiatry 2002;47:3:225-6.

[13] Kaplan AS. Psychological treatments for anorexia nervosa: a review of published studies and promising new directions. Can J Psychiatry 2002;47:3:235-42.

CHAPITRE 7

COMPORTEMENT SUICIDAIRE

Points saillants

- **En 1998, 3 699 Canadiens et Canadiennes sont morts en se suicidant.**
- **Le suicide représente 24 % de tous les décès de personnes âgées de 15 à 24 ans et 16 % chez les 25 à 44 ans.**
- **Le taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes est quatre fois plus élevé que chez les femmes.**
- **Les personnes âgées de 15 à 44 ans représentent 73 % des admissions à l'hôpital pour tentative de suicide.**
- **Les femmes sont hospitalisées dans les hôpitaux généraux pour tentative de suicide 1,5 fois plus que les hommes.**

Qu'est-ce qu'un comportement suicidaire?

Le comportement suicidaire est un important problème de santé évitable au Canada. Bien qu'il ne s'agisse pas, à proprement parler, d'une vraie maladie mentale, le comportement suicidaire est étroitement lié à ces maladies et conduit à des problèmes semblables. Il marque habituellement la fin d'une longue route de désespoir et d'impuissance. Toutes les personnes qui envisagent le suicide perçoivent leur vie comme insupportable.

Le comportement suicidaire n'entraînant pas la mort (tentative de suicide) est un signe de grave détresse et peut s'avérer un point tournant pour la personne si elle obtient une aide suffisante pour apporter les changements nécessaires dans sa vie[1]. Pour certaines personnes, particulièrement celles qui sont atteintes d'un trouble de la personnalité limite, le comportement suicidaire en est le dénouement.

Signes avertisseurs
Comportement suicidaire
• **Expressions répétées de détresse, d'impuissance et de désespoir** • **Signes de dépression (perte d'intérêt pour les activités habituelles, changements de la structure du sommeil, perte d'appétit, perte d'énergie, expression de commentaires négatifs sur soi)** • **Perte d'intérêt envers les amis, les passe-temps et les activités aimées auparavant** • **Donner des biens appréciés ou mettre en ordre ses affaires personnelles** • **Dire ses souhaits finals à un proche** • **Exprimer des pensées suicidaires** • **Exprimer l'intention de se suicider et avoir un plan, par exemple, prendre des pilules ou se pendre à un endroit et à une date précis**

Jusqu'à quel point le comportement suicidaire est-il répandu?

Suicide

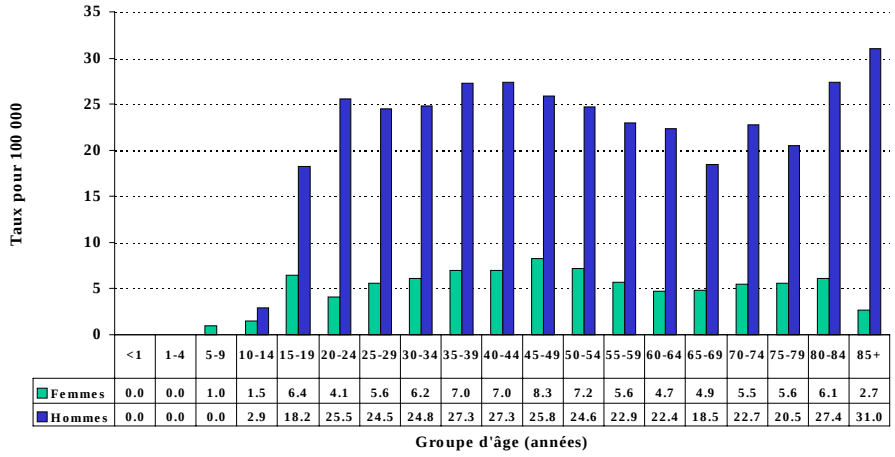
Au début de 2002, Statistique Canada a produit un rapport sommaire détaillé sur les décès par suicide et les tentatives de suicide au Canada[2]. Selon le rapport, le suicide est une des principales causes de décès chez les hommes et les femmes de l'adolescence à l'âge moyen.

En 1998, le suicide a causé le décès de 3 699 Canadiens et Canadiennes (12,2 pour 100 000) : 46 personnes de moins de 15 ans, 562 de 15 à 24 ans, 1 596 de 25 à 44 ans, 1 038 de 45 à 64 ans et 457 de 65 ans et plus, ce qui représentait 2 % de tous les décès au Canada.

Toutefois, le nombre réel de décès par suicide peut être considérablement plus élevé, parce que l'information sur la nature d'un décès peut n'être disponible qu'après que le certificat de décès original est complété ou parce que dans certaines situations, il peut être difficile de déterminer si le décès était intentionnel ou non[2]. Lorsque la cause d'un décès est incertaine, le coroner peut d'abord coder le décès comme «indéterminé» et confirmer le suicide seulement après enquête. Cette information supplémentaire n'apparaît pas dans la base de données sur les mortalités. La stigmatisation du suicide influence également le codage du certificat de décès.

En 1998, les taux de mortalité attribuable au suicide chez les hommes étaient presque quatre fois plus élevés que chez les femmes (19,5 pour 1 000 pour rapport à 5,1 pour 1 000).

Figure 7-1 Taux de mortalité attribuable au suicide pour 100 000, selon l'âge et le sexe, Canada, 1998

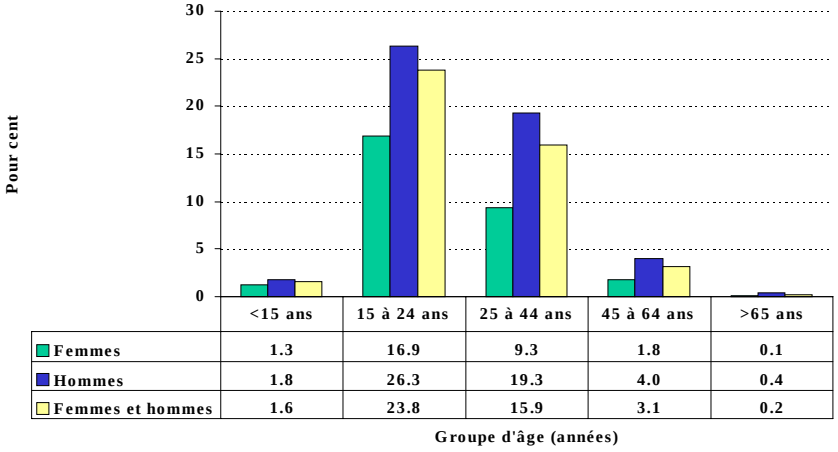


	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74	75-79	80-84	85+
Femmes	0.0	0.0	1.0	1.5	6.4	4.1	5.6	6.2	7.0	7.0	8.3	7.2	5.6	4.7	4.9	5.5	5.6	6.1	2.7
Hommes	0.0	0.0	0.0	2.9	18.2	25.5	24.5	24.8	27.3	27.3	25.8	24.6	22.9	22.4	18.5	22.7	20.5	27.4	31.0

Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Les taux chez les femmes ont atteints trois sommets : à la fin de l'adolescence (15 à 19 ans), à l'âge moyen (45 à 59 ans) et chez les personnes âgées (80 à 84 ans) (figure 7-1). Les taux de mortalité chez les hommes ont augmenté radicalement à la fin de l'adolescence (15 à 19 ans) et au début de la vingtaine (20 à 24 ans) et ont continué d'être élevés jusqu'à l'âge moyen (40 à 44 ans), alors qu'ils ont commencé à diminuer. Les taux ont commencé à augmenter chez les personnes âgées de 70 à 74 ans et étaient les plus élevés chez les hommes de 80 ans et plus.

Figure 7-2 Proportion de tous les décès dus au suicide selon l'âge et le sexe, Canada, 1998



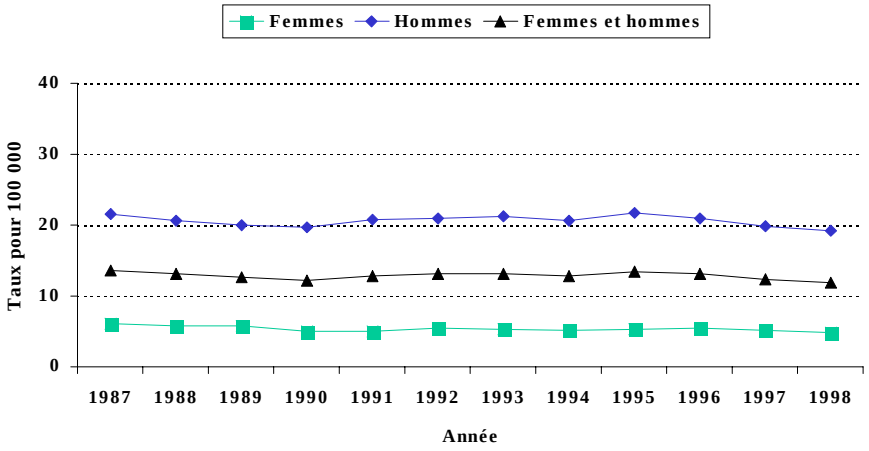
	<15 ans	15 à 24 ans	25 à 44 ans	45 à 64 ans	>65 ans
Femmes	1.3	16.9	9.3	1.8	0.1
Hommes	1.8	26.3	19.3	4.0	0.4
Femmes et hommes	1.6	23.8	15.9	3.1	0.2

Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Le suicide est une importante cause de décès chez les jeunes. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, presque un quart (23,8 %) de tous les décès en 1998 étaient attribuables au suicide (figure 7-2). Chez les jeunes hommes (de 15 à 24 ans), le suicide comptait pour 26,3 % de tous les décès. Chez les personnes de 25 à 44 ans, la proportion des décès attribuables au suicide était de 15,9 % dans l'ensemble et de 19,3 % chez les hommes.

À partir des années 1950, jusqu'au milieu des années 1980, les taux de suicide ont augmenté radicalement chez les hommes[3]. Ce phénomène a été observé à un degré moindre chez les femmes. Toutefois, entre 1987 et 1998, les taux de mortalité attribuables au suicide ont changé très peu, présentant peut-être une légère diminution tant chez les hommes que chez les femmes (figure 7-3). Étant donné les variations mineures des taux de suicide d'année en année, des données supplémentaires seront nécessaires pour déterminer si les taux de suicide diminuent réellement.

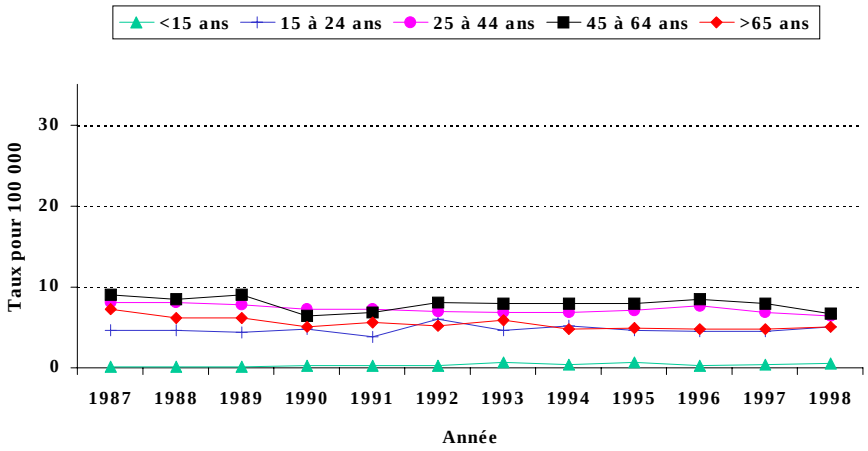
Figure 7-3 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide selon le sexe, Canada, 1987-98 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

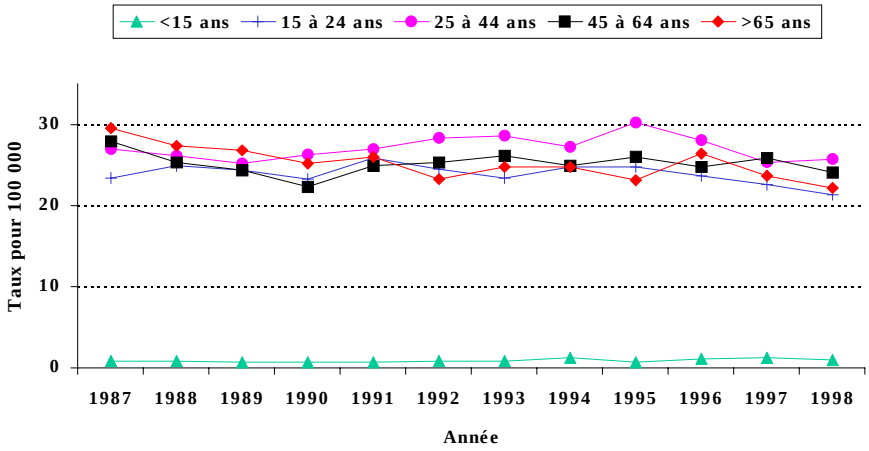
À la fin des années 1990, les taux de mortalité chez les femmes attribuables au suicide dans le groupe d'âge des 45 à 64 ans ont semblé avoir diminué (figure 7-4). Les taux peuvent avoir augmenté chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Entre 1987 et 1998, on ne constate aucune tendance convergente des taux de mortalité attribuable au suicide dans les divers groupes d'âge chez les hommes (figure 7-5). Le petit nombre de décès entraîne une instabilité des taux, ce qui rend l'interprétation difficile parmi les groupes d'âge.

Figure 7-4 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide chez les femmes par groupe d'âge, Canada, 1987-1998 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Figure 7-5 Taux de mortalité pour 100 000 due au suicide chez les hommes par groupe d'âge, Canada, 1987-1998 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



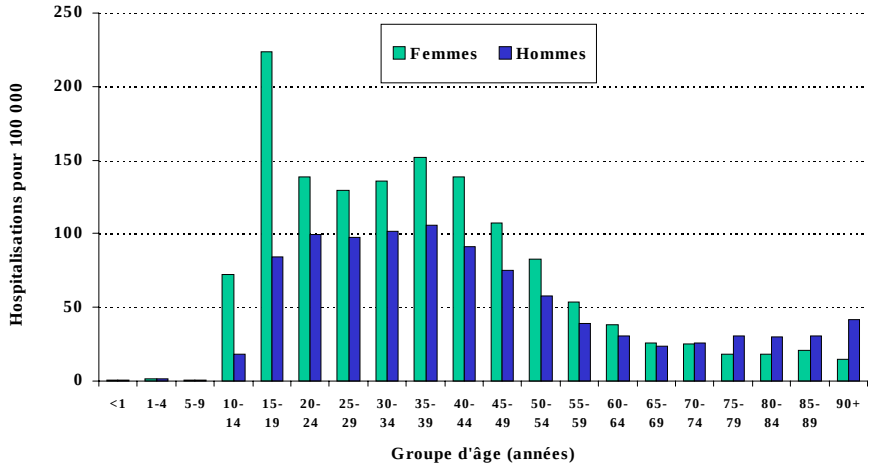
Source : Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques, Santé Canada, à l'aide de données du dossier des mortalités, Statistique Canada

Tentative de suicide

Une tentative de suicide qui n'entraîne pas de blessure grave est habituellement traitée dans la collectivité. En fait, de nombreuses personnes ne s'adressent pas aux professionnels de la santé mais sont aidées par leur famille ou des amis, ou encore par personne. Il est donc très difficile de déterminer l'incidence des tentatives de suicide. Certaines personnes sont parfois hospitalisées pour leur propre protection et pour régler les facteurs sous-jacents qui ont précipité la crise. Les données sur les hospitalisations offrent une idée des tentatives de suicide mais elles doivent être interprétées avec prudence parce qu'elles ne présentent qu'une partie de l'image globale.

En 1999, les femmes étaient 1,5 fois plus susceptibles que les hommes d'être hospitalisées pour une tentative de suicide (figure 7-6). Cela a été constaté dans tous les groupes d'âge, sauf celui des 70 ans et plus, groupe pour lequel les taux d'hospitalisation étaient plus élevés chez les hommes par rapport aux femmes. Les jeunes femmes de 15 à 19 ans présentaient des taux d'hospitalisation beaucoup plus élevés que ceux des autres groupes d'âge des deux sexes. Après l'âge de 50 ans, les taux d'hospitalisation ont diminué de façon prononcée tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 7-6 Hospitalisations pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux pour 100 000, par groupe d'âge et selon le sexe, Canada, 1999-2000

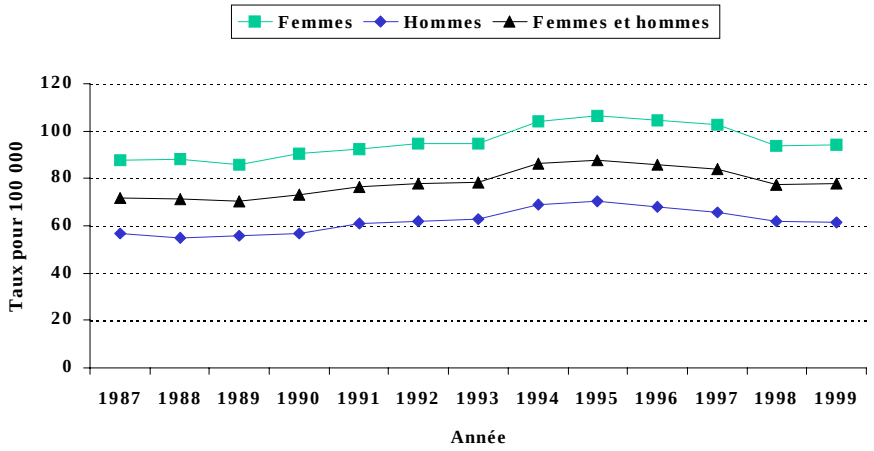


* Diagnostic le plus responsible

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

Entre 1987 et 1999, les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide ont atteint un sommet en 1995 (figure 7-7). Les taux ont diminué à la fin des années 1990 tant chez les hommes que chez les femmes.

Figure 7-7 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide* dans les hôpitaux généraux selon le sexe, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)

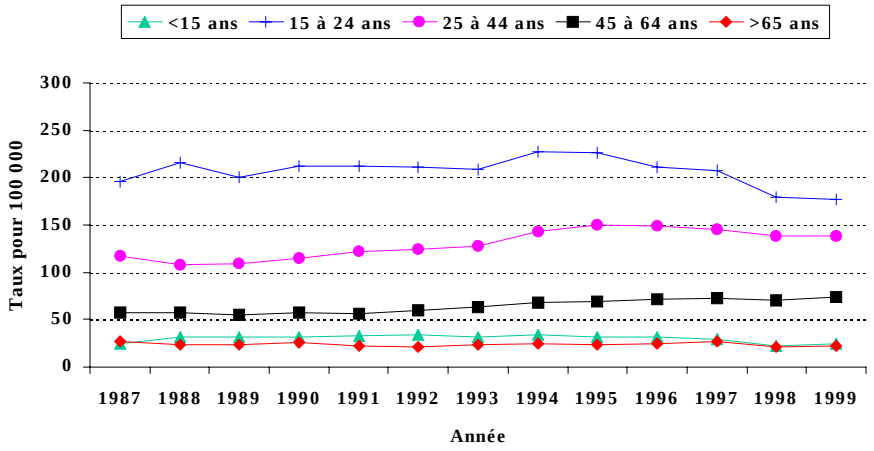


* Diagnostic le plus responsible

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

Dans les deux groupes les plus jeunes chez les femmes (moins de 15 ans et de 15 à 24 ans), les taux d'hospitalisation pour tentative de suicide ont augmenté entre 1987 et 1995, et ont diminué par la suite (figure 7-8). Bien que les taux des groupes d'âge moyen (25 à 44 ans et 45 à 64 ans) aient montré une augmentation semblable jusqu'en 1995, ils n'ont pas diminué de la même façon vers la fin de la décennie.

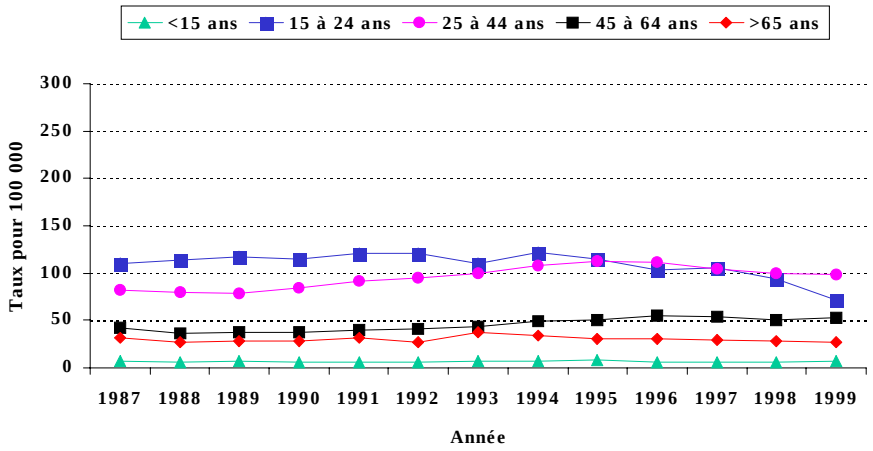
Figure 7-8 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide* chez les femmes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsible

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

Figure 7-9 Taux d'hospitalisation pour tentative de suicide* chez les hommes dans les hôpitaux généraux par groupe d'âge, Canada, 1987-1988 – 1999-2000 (standardisé selon la population canadienne de 1991)



* Diagnostic le plus responsible

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

Vers la fin des années 1990, les tendances des taux d'hospitalisation pour tentative de suicide étaient les mêmes chez les hommes que chez les femmes (figure 7-9). Les taux ont diminué de façon marquée chez les hommes âgés de 15 à 24 ans, alors qu'ils sont demeurés stables pour les groupes d'âge moyen.

Analyse

Plusieurs explications sont possibles pour rendre compte de la différence des taux de suicide et de tentatives de suicide entre les hommes et les femmes[4]. Bien que les hommes autant que les femmes manifestent un comportement suicidaire, les hommes expriment leur désespoir par des actes mortels (arme à feu (26 %) ou pendaison (40 %)), et les femmes sont plus portées à choisir des actes moins mortels (p. ex., une surdose de pilules permettant une réanimation)[2].

Le suicide chez les jeunes est un fait tragique relié, en partie, aux événements associés à ce stade de la vie. La résolution des défis qui font partie du développement d'un jeune, tels la formation de l'identité, l'approbation de leurs pairs ainsi que de leur famille et de leurs amis, constituent une période stressante pour les adolescents[5]. Par exemple, la perte d'une relation valorisée ou un conflit interpersonnel avec la famille et les amis ainsi que la pression perçue pour la réussite scolaire peuvent être bouleversants. Pour ceux qui sont vulnérables au suicide à cause d'autres facteurs, ces causes de stress peuvent engendrer une crise sérieuse devant laquelle le suicide semble la seule issue. L'impulsivité du jeune et son manque d'expérience d'adaptation aux situations stressantes contribuent également à un risque plus élevé de suicide.

Les personnes âgées font face à des défis connexes. Elles font elles aussi l'expérience de la perte de relations, mais plutôt à cause du décès ou d'une maladie chronique chez leurs amis ou leur partenaire. Elles peuvent également éprouver la perte de leurs capacités physiques et mentales. Les symptômes de dépression peuvent ne pas être reconnus et traités comme tels. De plus, étant constamment confrontées à leur propre mortalité, elles peuvent choisir de mettre fin à leur vie.

Dans certaines communautés autochtones, les taux de suicide sont de trois à six fois plus élevés que la moyenne nationale[6]. Ces taux sont particulièrement élevés chez les adolescents et les jeunes adultes. Une Commission royale a récemment indiqué que, historiquement, les politiques gouvernementales à l'égard des Autochtones ont créé un environnement social qui contribue directement à un taux plus élevé de comportements suicidaires[7]. À cause de messages conflictuels concernant la valeur de leur culture, de nombreux Autochtones n'ont pas un sens solide de leur propre valeur. De plus, l'instabilité culturelle a conduit à l'abus sexuel, à la violence familiale et à la toxicomanie lesquels sont associés à un risque de suicide élevé. La séparation au cours de l'enfance, la pauvreté et l'accès aux armes à feu sont également des facteurs contributifs.

Répercussions du suicide

«Je me sens comme si j'étais dans une pièce encombrée, regardant autour de moi les autres qui dansent, mais je ne peux pas entendre la musique», dit Claire, une survivante dont la sœur et le père se sont suicidés[8]*.* (traduction)

Lorsqu'un être aimé se suicide, les membres de la famille demeurent vivants, restent derrière, seuls[8]*.* (traduction)

Le suicide d'une personne affecte tout le monde dans le cercle de sa famille et de ses amis. Au départ, ses proches ressentent une immense perte. Jusqu'à un certain point, ils se blâment de ce qui est arrivé et se demandent s'ils auraient pu faire quelque chose pour prévenir la tragédie. Ils éprouvent un mélange d'émotions, y compris l'abandon et la colère envers la personne qui s'est enlevé la vie.

Les membres de la famille et les amis proches se sentent alors isolés parce que la stigmatisation associée au suicide fait qu'il leur est difficile de partager leurs sentiments avec les autres; ils trouvent difficile de croire que quelqu'un d'autre pourrait comprendre leurs sentiments. Les groupes de soutien peuvent aider les survivants à faire face au décès et à s'adapter à une vie sans la personne décédée.

Stigmatisation associée au suicide

> *La stigmatisation est imposée de l'extérieur par la société pour un acte inacceptable infligé de l'intérieur pour des sentiments inacceptables*[8]. (traduction)

En général, la société ne tolère pas le suicide, c'est-à-dire que, dans une certaine mesure, sous l'influence de la religion, certaines institutions religieuses refusent d'inhumer une personne parce qu'elle s'est suicidée. Plusieurs sociétés prennent pour acquis que l'État ou la communauté s'intéresse à la vie de ses membres par motif économique ou politique. Le suicide s'avère alors un outrage à l'État.

De plus, les assureurs peuvent ne pas accorder de prestations aux survivants. Les jugements sociaux et institutionnels face au suicide conduisent à une stigmatisation qui est vivement ressentie par les membres de la famille. Ils sentent que leurs amis en discutent, mais parce que le sujet n'est jamais abordé directement, ils se sentent isolés et coupables. Si la personne souffrait également d'une maladie mentale, voilà une autre stigmatisation à laquelle la famille et les amis doivent s'adapter.

Au sein de la famille, chaque membre peut se juger coupable ou blâmer les autres pour le décès où encore peuvent ressentir de la colère envers la personne qui est morte. Parce qu'ils jugent ces émotions inacceptables, ils souffrent en silence.

La stigmatisation du suicide fonctionne donc à deux niveaux – social et personnel. Dans l'un et l'autre cas, elle agit comme obstacle majeur à une discussion franche et à une guérison émotionnelle.

Causes du comportement suicidaire

Les facteurs de risque du comportement suicidaire sont complexes et les mécanismes de leur interaction ne sont pas bien compris. Une perspective écologique s'avère nécessaire en examinant les strates d'influence pouvant agir sur la personne, soit le moi, la famille, les pairs, l'école, la collectivité, la culture, la société et l'environnement[5].

Un cadre utile pour catégoriser les facteurs associés au comportement suicidaire comporte quatre catégories: les facteurs de prédisposition, les facteurs de précipitation, les facteurs de contribution et les facteurs de protection[5].

Facteurs de prédisposition

Les facteurs de prédisposition sont des facteurs durables qui rendent une personne vulnérable au comportement suicidaire. Ils comprennent la maladie mentale, l'abus, une perte précoce, des antécédents familiaux de suicide et des relations difficules entre pairs.

Selon les recherches un bon nombre des personnes qui se suicident ont des antécédents de maladies mentales, dont une dépression, un trouble bipolaire, la schizophrénie ou un trouble de la personnalité limite. De ces maladies, la dépression est la plus courante, ce qui ne signifie toutefois pas que toutes les personnes dépressives sont suicidaires.

Des tentatives de suicide antérieures permettent fortement de prédire un suicide réussi.

Facteurs de précipitation

Les facteurs de précipitation sont des facteurs aigus qui engendrent une crise, par exemple, un conflit interpersonnel ou une perte, la pression pour réussir, un conflit avec la loi, la perte de statut social, des difficultés financières ou le rejet par la société pour une caractéristique particulière (par exemple l'origine ethnique ou l'orientation sexuelle).

«Le stimulus commun du suicide est une douleur psychologique insupportable… la crainte est que le traumatisme, la crise, soit sans fin, une souffrance éternelle. La personne peut se sentir enfermée, rejetée, privée, délaissée, en détresse et particulièrement désespérée et impuissante. C'est l'émotion de l'impuissance, le sentiment d'être sans espoir et sans aide, qui est si pénible pour de nombreuses personnes suicidaires. La situation est insupportable et la personne veut désespérément en sortir.» [9] (traduction)

Facteurs de contribution

Les facteurs de contribution accroissent l'exposition de la personne aux facteurs de prédisposition ou de précipitation. Ceux-ci comprennent une maladie physique, des problèmes d'identité sexuelle, l'instabilité familiale, un comportement de prise de risques ou auto-destructeur, le suicide d'un ami, l'isolement et la toxicomanie.

Facteurs de protection

Les facteurs de protection sont ceux qui diminuent le risque de comportement suicidaire, par exemple, l'adaptation personnelle, la tolérance à la frustration, la maîtrise de soi, la capacité de faire face aux situations, des attentes positives pour l'avenir, le sens de l'humour et au moins une relation familiale saine et positive.

Prévention et traitement

À l'aide de ce cadre de catégories, les programmes de prévention du suicide doivent tenir compte des facteurs de prédisposition, de précipitation, de contribution et de protection du comportement suicidaire :

- Programmes de détermination précoce et de traitement visant les facteurs de prédisposition.
- Intervention en cas de crise visant les facteurs de précipitation.
- Programmes de traitement visant les facteurs de contribution.
- Programmes de promotion de la santé mentale visant les facteurs de protection.

Plusieurs provinces, territoires et collectivités ont établi des programmes de prévention du suicide. Les programmes doivent viser la population en général et ceux qui sont à risque plus élevé. Un programme complet comporte un cadre, des buts et objectifs et un engagement à assurer un financement adéquat. La promotion de la santé mentale de toute la population canadienne, la réduction des facteurs de risque et la reconnaissance précoce des personnes à risque de comportement suicidaire jouent un rôle essentiel dans la diminution du nombre de suicides et des tentatives de suicide.

Un programme complet comporte les stratégies suivantes :

1. Accroître la sensibilisation du public et diminuer la stigmatisation associée au comportement suicidaire.
2. Tenir compte des déterminants de la santé, notamment le logement, le revenu, l'éducation, l'emploi et les attitudes de la collectivité.
3. Mettre en œuvre des programmes de prévention pour les jeunes, les personnes à risque de comportement suicidaire et les membres de la famille après un suicide.
4. Offrir un accès équitable à des services coordonnés et intégrés, notamment le counseling téléphonique en situation de crise et le traitement des maladies mentales.
5. Réduire l'accès aux moyens de suicide mortels, notamment les armes à feu et les doses mortelles de médicaments sur ordonnance. Puisque le comportement suicidaire est souvent axé sur une crise et impulsif, le fait de restreindre l'accès aux moyens mortels peut réduire considérablement le risque de réussir un suicide.[10] Il s'agit de réduire l'accès aux armes à feu, aux ponts et lieux dangereux et aux médicaments.
6. Former les dispensateurs de services et les éducateurs sur la détermination précoce des facteurs de prédisposition et sur la gestion des crises.
7. Entreprendre une recherche et une évaluation pour éclairer l'élaboration de programmes efficaces de prévention du suicide. Ces efforts de recherche doivent viser les causes du comportement suicidaire, les facteurs qui contribuent à ce comportement et les facteurs de protection qui peuvent contribuer à la flexibilité des personnes vulnérables. La recherche doit également évaluer l'efficacité des services de santé et des services sociaux.

Futurs besoins de surveillance

Le comportement suicidaire est une manifestation très grave de stress et de désespoir.

Les données existantes offrent un profil très limité du comportement suicidaire au Canada. Les données sur l'hospitalisation et la mortalité doivent être complétées par d'autres données pour mieux surveiller le comportement suicidaire au Canada. Voici les données d'intérêt prioritaire :

- Incidence et prévalence du comportement suicidaire selon l'âge, le sexe et d'autres variables importantes (p. ex., le statut socio-économique, l'éducation et l'origine ethnique).
- Impact d'autres maladies mentales en association avec le comportement suicidaire.
- Impact du comportement suicidaire sur la personne et la famille.
- Accès et recours aux services de soins de santé primaires et spécialisés.
- Accès et recours aux services de santé mentale publics et privés.
- Accès et recours aux services de santé mentale offerts par d'autres systèmes tels les écoles, les programmes d'aide aux employés et les programmes et les établissements de justice pénale.
- Stigmatisation associée au comportement suicidaire.
- Accès aux moyens de se suicider.
- Résultats des traitements.
- Exposition à des facteurs de risque et de protection connus ou soupçonnés.

Références

[1] Bland RD, Dyck RJ, Newman SC, Orn H. Attempted suicide in Edmonton. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 136.

[2] Langlois S, Morrison P. Suicide deaths and suicide attempts. Health Reports 2002;13:2:9-22. Statistique Canada, 83-003 au catalogue.

[3] Sakinofsky I, The epidemiology of suicide in Canada. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 38.

[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. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press, 1998:165-226.

[6] Sinclair CM. Suicide in First Nations people. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press, 1998:165-78.

[7] Royal Commission

[8] Rosenfeld L. 'I can't hear the music'. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 376.

[9] Leenaars AA. Suicide, euthanasia, and assisted suicide. Leenaars AA, Wenckstern S, Sakinofsky I, Dyck RJ, Kral MJ, Bland RC, ed., Suicide in Canada. Toronto: University of Toronto Press. 1998, 460-461.

[10] 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.

ANNEXE A

SOURCES DE DONNÉES

Enquêtes démographiques

Au cours des deux dernières décennies, la compréhension de l'incidence et de la prévalence des troubles mentaux a augmenté grâce à plusieurs études épidémiologiques au Canada. À l'aide d'entrevues structurées basées sur les critères de diagnostic des troubles mentaux, les études ont permis d'évaluer des personnes échantillonnées de façon aléatoire quant à des symptômes psychiatriques en cours et antérieurs. Les chercheurs ont ensuite utilisé les résultats pour estimer les taux de prévalence des troubles mentaux pour la population générale et examiner les facteurs qui influencent le développement de troubles mentaux. Bien que les données présentent une certaine variabilité en raison des méthodes d'évaluation différentes, les diverses études ont produit des résultats généralement semblables. Voici un résumé des sources d'information citées dans le présent document.

Enquête sur la santé en Ontario[1]

Le supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario était une enquête épidémiologique provinciale transversale des troubles psychiatriques menée entre décembre 1990 et avril 1991 auprès d'Ontariens hors établissement. La population visée consistait en toutes les personnes de 15 ans et plus qui résidaient dans un logement privé en Ontario, à l'exclusion du personnel des services extérieurs, des sans abri, des personnes en établissement (par exemple, les hôpitaux et les établissements correctionnels), des Autochtones vivant dans une réserve et des résidents de régions très éloignées. Une version révisée de l'entrevue de diagnostic internationale composite (UM-CIDI) a été utilisée pour mesurer le trouble psychiatrique, fournissant des données sur la prévalence des 14 troubles DSM-III-R. Cet instrument a également été utilisé pour collecter des données dans la National Comorbility Survey aux États-Unis. Le supplément sur la santé mentale de l'Enquête sur la santé en Ontario offre des données pour 8 116 répondants de 15 à 64 ans.

Étude d'Edmonton sur les troubles psychiatriques[2,3]

L'étude d'Edmonton sur les troubles psychiatriques a été entreprise sous forme d'une enquête communautaire à Edmonton (Alberta) entre janvier 1983 et mai 1986. Les sujets ont été sélectionnés à l'aide d'une conception de l'échantillonnage en deux étapes : pour la première étape, les ménages ont été échantillonnés systématiquement à partir d'une liste d'adresses résidentielles, et à la seconde étape, un membre de chaque ménage a été sélectionné à l'aide d'une grille de sélection des répondants pour s'assurer que la composition âge-sexe de l'échantillon était représentative des ménages participants. Des personnes de 18 ans et plus ont été interviewées à l'aide de la version III du Diagnostic Interview Schedule, avec un échantillon de 3 258 personnes hors établissement.

Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)

Statistique Canada mène l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), une enquête transversale et longitudinale auprès des ménages tous les 2 ans. Conçue pour obtenir de l'information sur l'état de santé des Canadiens et Canadiennes, l'ENSP élargit nos connaissances sur les déterminants de la santé, notamment un comportement sain, le recours aux services de santé et l'information socio-démographique. La population visée consiste en des résidents dans la collectivité de 15 ans et plus dans toutes les provinces, sauf les personnes vivant dans les réserves autochtones, les bases des Forces canadiennes ou certaines régions éloignées. L'enquête comprend des éléments spécifiques pour les personnes vivant en établissement (patients de longue durée des hôpitaux et établissements de soins pour bénéficiaires internes) et dans les territoires. L'ENSP a permis d'interroger environ 20 725 personnes au cours de la première vague de 1994-1995 et 67 133 personnes en 1996-1997 (avec des données longitudinales pour 12 628 personnes).

Données sur les hospitalisations

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) tient à jour une base de données sur la morbidité dans les hôpitaux qui portent sur les départs des hôpitaux au Canada. (Un départ de l'hôpital est défini comme le congé ou le décès d'un patient et est basé sur le compte des événements, et non des patients. Par exemple, un patient admis et renvoyé trois fois au cours de l'année du rapport est compté comme trois départs. Les patients qui ont été admis à l'hôpital l'année précédente ou en cours et qui n'ont pas été renvoyés ou ne sont pas décédés sont exclus des calculs.) Un dossier est complété par l'hôpital pour chaque personne. En plus de l'information démographique et administrative, la base de données contient jusqu'à 16 codes de diagnostic et certains codes de procédures.

La base de données sur la morbidité dans les hôpitaux contient des dossiers sur les départs des hôpitaux généraux et des hôpitaux spécialisés, y compris les établissements pour soins aigus, convalescence et maladies chroniques (sauf en Ontario). Les tableaux présentés excluent les nouveau-nés, les admissions hors de la province et un petit nombre de dossiers marqués comme présentant des erreurs sérieuses. Les dossiers ne sont pas disponibles pour le système des patients de soins chroniques de l'Ontario qui représentaient environ 1 % des admissions en 1996-1997.

Base de données sur la mortalité – Statistique Canada

Les bureaux provinciaux et territoriaux des statistiques de l'état civil présentent de l'information chaque année sur tous les décès de tous les registres des statistiques de l'état civil provinciaux et territoriaux au Canada. La portion d'information personnelle du formulaire d'enregistrement des décès est remplie par un informateur, habituellement, un parent de la personne décédée. La portion du formulaire comprenant le certificat de décès est remplie par le dernier médecin en charge ou par un coroner si une enquête a eu lieu. La base de données comprend de l'information démographique et la cause du décès, telle que définie par le médecin.

Termes épidémiologiques

Taux standardisé selon l'âge

Un taux rajusté qui représente ce que le taux brut aurait été dans la population étudiée (par exemple, une province ou une division du recensement) si cette population présentait la même répartition des groupes d'âge que la population standard, ce qui dans ce rapport est la population canadienne de 1991. Toutefois, parce que la standardisation produit une mesure sommaire, elle peut obscurcir des différences importantes dans les tendances spécifiques à l'âge. De plus, les taux standardisés peuvent être comparés les uns aux autres seulement lorsque la même population standard a été utilisée pour obtenir le taux.

Codes ICD utilisés dans l'analyse

Anxieté : 300.0, 300.2, 300.3, 309.8
Troubles bipolaires/émotionnels 296.0, 296.4, 296.5, 296.6, 296.7
Dépression : 296.2, 296.3, 300.4, 311
Troubles de l'alimentation : 307.1, 307.5
Troubles de la personnalité : 301
Schizophrénie : 295
Suicide : E950 - E959

Taux d'incidence

Le nombre de nouveaux cas dans la population selon la population à risque de contracter la maladie pendant une période spécifique.

Taux de prévalence

Le nombre de personnes dans la population ayant la maladie à un moment spécifique dans le temps.

Références

[1] 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 1966;41:559-563.

[2] Orn H, Newman SC, Bland RC. Design and field methods of the Edmonton Survey of Psychiatric Disorders. Acta Psychiatr Scand 1988;77(Suppl 338):17-23.

[3] Bland RC, Orn H, Newman SC. Lifetime prevalence of psychiatric disorders in Edmonton. Acta Psychiatr Scand Suppl. 1988;38:24-32.

ANNEXE B

UN APPEL À L'ACTION : ÉTABLIR UN CONSENSUS POUR UN PLAN D'ACTION NATIONAL SUR LA MALADIE MENTALE ET LA SANTÉ MENTALE

Préparé par

The Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health

(CAMIMH)

Établie en octobre 1998, le but fondamental de la Canadian Alliance for Mental Illness and Mental Health (CAMIMH) est de faire figurer les maladies mentales et la santé mentale sur les programmes nationaux de politiques de santé et de politiques sociales. Elle veut influencer et conseiller les politiques de santé mentale au niveau national à titre de voix unifiée des organismes consommateurs, familiaux, communautaires et professionnels. Elle se veut surtout d'améliorer les services et le soutien des personnes souffrant d'une maladie mentale et affrontées par des obstacles à leur santé mentale ainsi que d'établir des stratégies qui amélioreront le potentiel d'une santé mentale positive chez les Canadiens et les Canadiennes. Les membres de la CAMIMH se sont engagés à travailler ensemble pour faire ressortir une forte voix nationale sur la maladie mentale et la santé mentale au Canada et pour réunir les intéressés en vue de générer des idées et d'établir un consensus pour l'élaboration d'une vision et d'un plan d'action national pour la santé mentale et les maladies mentales au Canada. Voici les membres de l'Alliance :

- L'Association canadienne pour la santé mentale
- L'Association des psychiatres du Canada
- La société pour les troubles de l'humeur du Canada
- Le Réseau national pour la santé mentale
- Le Société canadienne de schizophrénie

Le Réseau consultatif fédéral/provincial/territorial sur la santé mentale a fourni une aide financière à l'Alliance pour l'élaboration de «Un appel à l'action». Toutefois, les points de vue exprimés dans le présent document sont ceux de l'Alliance et ne correspondent pas nécessairement à ceux des membres du Réseau.

A. Éducation et sensibilisation du public

Objectif A1 : Réduire la stigmatisation associée aux maladies mentales dans la société canadienne.

Objectif A2 : Accroître les connaissances et la sensibilisation du public au sujet des pratiques efficaces dans les domaines de la maladie mentale et de la santé mentale.

B. Cadre stratégique national

Objectif B1 : Initiatives législatives et stratégiques – S'assurer que les répercussions sur les maladies mentales et la santé mentale soient prises en ligne de compte dans l'élaboration et la mise en œuvre de chaque initiative fédérale en matière de politiques et de législation.

Objectif B2 : Lignes directrices nationales, points de repère et imputabilité – Établir et adopter des lignes directrices ou des points de repère nationaux pour les principaux objectifs d'un système de santé mentale et pour la promotion de la santé mentale.

Objectif B3 : Intégration et collaboration – Établir des partenariats de collaboration qui amélioreront les systèmes de soins et les possibilités de promotion de la santé mentale.

Objectif B4 : Participation du consommateur et de la famille – Renforcer la participation du consommateur et de la famille à l'élaboration des politiques nationales visant les services de traitement et de soutien des maladies mentales ainsi que la promotion de la santé mentale

Objectif B5 : Promotion de l'entraide – Le gouvernement fédéral reconnaît l'entraide des consommateurs et des familles comme une ressource importante et vitale en santé mentale.

Objectif B6 : Modes novateurs de prestation de services – Encourager et faciliter l'essai et la diffusion d'information sur les modes novateurs de prestation des services de santé mentale d'après des pratiques efficaces.

Objectif B7 : Ressources humaines – Établir un plan national de ressources humaines pour les maladies mentales et la santé mentale d'ici 2005.

C. Recherche

Objectif C1 : Établir et soutenir un programme national de recherche.

Objectif C2 : Établir et mettre en œuvre une stratégie d'éducation et de sensibilisation du public pour soutenir un financement complet et suffisant de la recherche ainsi que de la recherche sur les valeurs

Objectif C3 : Renforcer le secteur de financement bénévole de sorte qu'il fasse preuve d'un engagement commun et d'un meilleur soutien de la recherche sur les maladies mentales et la santé mentale.

Objectif C4 : Accroître les cadres des nouveaux chercheurs sur les maladies mentales et la santé mentale.

Objectif C5 : Établir un environnement plus soutenant pour les chercheurs canadiens en maladies mentales et en santé mentale.

Objectif C6 : S'assurer que la recherche sur les maladies mentales et la santé mentale informe l'élaboration des politiques dans tous les domaines de la santé.

Objectif C7 : Accroître la participation des consommateurs, des autres intéressés et de leurs organismes ainsi que du secteur bénévole au développement, à la mise en œuvre et à la diffusion des connaissances acquises par la recherche sur les maladies mentales et la santé mentale.

D. Système national de données et d'information

Objectif D1 : Établir un programme national de surveillance de la santé publique[1] et de présentation de rapports en collaboration avec les autres intéressés, dont le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM) [qui s'appelle dorénavant le Centre de prévention et de contrôle des maladies chroniques de Santé Canada.]

[1] Santé mentale et maladie mentale