ÉTAT DE SITUATION SUR LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC ET RÉPONSE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX

Commissaire à la santé et au bien-être
Québec

RÉALISATION

Auteurs du document

Marie-Josée Fleury

Université McGill

Centre de recherche, Douglas Institut universitaire en santé mentale

Centre Dollard-Cormier, Institut universitaire sur les dépendances

Guy Grenier

Centre de recherche, Douglas Institut universitaire en santé mentale

Auteurs des brefs articles

Jean-Pierre Bonin et collaborateurs

Michèle Clément

Lucie Nadeau et Cécile Rousseau

Johanne Renaud et Luiza Dumitrescu

Robert Whitley

Contribution spéciale

Hélène Van Nieuwenhuyse

Jean-François Bélanger

Marie-Eve Dumas

Sophie Bélanger

Graphisme

Concept de la couverture

Côté Fleuve

Grille intérieure et infographie

Pouliot Guay graphistes

Édition

Anne-Marie Labbé

Marie-Alexandra Fortin

Ce rapport a été rédigé par des chercheurs indépendants. Par conséquent, la responsabilité relative au contenu leur appartient en totalité. Le Commissaire à la santé et au bien-être a procédé à la mise en forme finale du document, mais les vues exprimées dans cet état de situation ne représentent pas nécessairement celles du Commissaire.

Il est à noter que cet état de situation a servi de base aux travaux du Commissaire à la santé et au bien-être en vue de la production de son Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2012 sur le secteur de la santé mentale. Il a donc été écrit antérieurement à ce rapport et les données qui s'y trouvent peuvent différer de celles du rapport d'appréciation rédigé par le Commissaire.

Le présent document est disponible dans la section *Publications* du site Internet du Commissaire à la santé et au bien-être : www.csbe.gouv.qc.ca.

© Gouvernement du Québec, 2012

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal

Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2012

Bibliothèque et Archives Canada, 2012

ISBN : 978-2-550-66327-0 (PDF)

Note Dans le présent document, le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.

REMERCIEMENTS

Nous aimerions d'abord remercier le commissaire en titre, M. Robert Salois, et l'ensemble de l'équipe du Commissaire à la santé et au bien-être pour leur confiance octroyée dans l'écriture de ce rapport ainsi que leur soutien continu à la révision de ce document. De l'équipe du Commissaire, nous aimerions tout particulièrement remercier M^me^ Hélène Van Nieuwenhuyse et M. Jean-François Bélanger pour leur diligence dans le soutien de nos travaux. Des experts du secteur de la santé mentale ont aussi été sollicités pour la révision intégrale ou en partie de ce rapport. Nous voudrions leur témoigner notre profonde gratitude, soit les D^rs^ Alain Lesage, Raymond Tempier, Pascale Roberge, Helen-Maria Vasiliadis, Catherine Vallée et Denise Aubé, ainsi que M^me^ Hélène Fradet, de l'Association des parents et amis de la personne atteinte de maladie mentale. Dans le contexte des travaux du Commissaire sur la santé mentale, un comité consultatif a été mis en place, qui a notamment permis la validation de la table des matières de ce rapport. Ce comité, que nous remercions vivement, était formé des personnes suivantes : les D^rs^ Pierre Beauséjour, Alain Lesage, Raymond Tempier, Denise Aubé et Jean-Bernard Trudeau ainsi que M^me^ Hélène Fradet et M. Sylvain d'Auteuil, de l'organisme Les Porte-Voix du Rétablissement.

Par ailleurs, nous voudrions souligner notre reconnaissance envers l'équipe de la Direction de la santé mentale du ministère de la Santé et des Services sociaux, sous la direction du D^r^ André Delorme, qui a grandement contribué à la réalisation de ce rapport : elle nous a permis de participer à la consultation nationale sur l'évaluation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005a) et a mis à notre disposition l'évaluation préliminaire de ce plan ainsi que des données administratives sur le système de santé mentale. De cette équipe, nous aimerions remercier plus spécifiquement M^mes^ Manon Duhamel et Johanne Rhainds, déléguées au soutien de nos travaux. Soulignons aussi la collaboration de la D^re^ Marie Plante, de l'Association des médecins psychiatres du Québec, et de M. Youcef Ouadahi, de l'Agence de la santé et des services sociaux de la Montérégie, qui nous ont fourni des renseignements pertinents pour la rédaction de ce rapport. Remercions également l'Institut universitaire en santé mentale Douglas pour le soutien administratif apporté à la gestion de nos travaux ainsi que les agents de recherche suivants de notre équipe à l'Institut, qui ont effectué la recension des écrits et la synthèse de l'information permettant la rédaction de ce document, soit la D^re^ Armelle Imboua et M^mes^ Marie Desranleau et Ervane Kamgang. Enfin, cet état de situation est le résultat d'un effort collectif de l'ensemble des personnes dont l'apport a déjà été souligné et des différentes consultations effectuées par le Commissaire auprès de la communauté scientifique, de décideurs clés en santé mentale ainsi que du Forum de consultation du Commissaire. Nous remercions ainsi chaleureusement chacune de ces communautés pour leurs commentaires pertinents, qui ont permis d'alimenter ce document.

TABLE DES MATIÈRES

Liste des abréviations et des sigles _ VI
Liste des figures _ VIII
Liste des tableaux _ VIII
Introduction _ 1

1. LE PROFIL DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX 5
1.1. Définition de la santé mentale et des troubles mentaux 5
1.2. La prévalence des troubles mentaux 7
1.2.1. Les différences dans la prévalence selon l'âge 9
1.2.2. La prévalence des troubles concomitants et la récurrence des troubles mentaux . . . 12
1.2.3. Les différences dans la prévalence selon les sexes 14
1.3. Les besoins liés aux troubles mentaux 15
1.4. Les déterminants des troubles mentaux et le concept de santé mentale positive 17

2. LES ENJEUX LIÉS AUX TROUBLES MENTAUX 22
2.1. L'impact sur le plan individuel et social 22
Stigmatisation et maladie mentale (Rob Whitley) **44**
2.2. L'impact sur les familles 48

3. L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE 52
3.1. L'utilisation des professionnels de la santé 54
3.2. L'adéquation et les déterminants de la prise en charge des troubles mentaux par les omnipraticiens – particulièrement au Québec 58
3.3. Les profils types des utilisateurs des services de santé mentale 64
3.4. L'utilisation de la médication 67
3.5. Les déterminants de l'utilisation des services de santé mentale 70
3.6. Les déterminants de l'utilisation ou de la non-utilisation de certains professionnels et services en particulier 73
Diversité culturelle, immigration et santé mentale (Lucie Nadeau et Cécile Rousseau) **76**
3.7. Les déterminants de l'adhérence à la médication ou au traitement ou de son abandon . . 79
3.8. Les déterminants de l'aide, de la satisfaction et de l'adéquation 80

4. LES BONNES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE 83
4.1. Les approches cliniques 86
4.2. Certaines thérapies basées sur les données probantes 92
4.3. Les stratégies cliniques et organisationnelles 98
4.4. Les programmes ou modèles d'intervention 106

5. LES RÉFORMES ET L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE 116
5.1. Les réformes de l'organisation des services de santé mentale au Québec 119
5.1.1. L'historique des réformes et des enjeux de transformation du système de santé mentale : du système asilaire au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* 120
Réalité des peuples autochtones (Lucie Nadeau) **123**

5.1.2. La réforme actuelle : le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* 129
5.2. L'organisation actuelle des services de santé mentale au Québec 133
6. LA TRANSFORMATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC, LES DÉFIS DE L'IMPLANTATION DES RÉFORMES ET DU TRANSFERT DES CONNAISSANCES 142
6.1. La situation du secteur de la santé mentale au Québec à la suite du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* 143
6.1.1. Le financement 143
6.1.2. Les changements dans l'utilisation des services 145
6.1.3. La disponibilité des professionnels de la santé et les autres enjeux liés à la main-d'œuvre 146
6.1.4. La disponibilité des services de santé mentale 148
Les jeunes et la santé mentale au Québec : organisation des services (Johanne Renaud et Luiza Dumitrescu) 153
6.1.5. L'accessibilité des services depuis l'implantation des guichets d'accès 157
6.1.6. Les fonctions de psychiatre répondant, d'agent de liaison et d'intervenant pivot . 159
6.1.7. La coordination entre les partenaires du réseau 161
6.1.8. La participation des personnes utilisatrices et des familles 163
La participation des personnes utilisatrices à la planification et à l'organisation des services de santé mentale : où en sommes-nous rendus ? (Michèle Clément) 164
La place des familles au sein des transformations du système de santé mentale : état des lieux (Jean-Pierre Bonin et autres) 169
6.1.9. Le bilan de la réforme en santé mentale 172
6.2. Les défis de l'implantation : enjeux théoriques 176
6.3. Le transfert des connaissances (ou échange des connaissances) 178

Conclusion _ 182

Annexe I
Principaux troubles mentaux selon le DSM-IV 189

Annexe II
Évolution de l'organisation des services de santé mentale au Québec 190

Médiagraphie _ 191

LISTE DES ABRÉVIATIONS ET DES SIGLES

ACJQ	Association des centres jeunesse du Québec
ACRDQ	Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec
ACSM	Association canadienne pour la santé mentale
AETMIS	Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé
AGIDD-SMQ	Association des groupes d'intégration en défense des droits en santé mentale du Québec
AGIR	Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement (en santé mentale)
AMC	Association médicale canadienne
AMHB	Alberta Mental Health Board
AMPQ	Association des médecins psychiatres du Québec
APA	American Psychiatric Association
APNQL	Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador
APUR	Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale
AQRP	Association québécoise pour la réadaptation psychosociale
ASSS	Agence de la santé et des services sociaux
CASP	Canadian Association for Suicide Prevention
CEST	Commission de l'éthique, de la science et de la technologie
CIDI	Composite International Diagnostic Interview
CMFC	Collège des médecins de famille du Canada
CNESM	Centre national d'excellence en santé mentale
CPLT	Comité permanent de lutte à la toxicomanie
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
CRISE	Centre de recherche et d'intervention sur le suicide assisté
CSBE	Commissaire à la santé et au bien-être
CSMC	Commission de la santé mentale du Canada
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DPJ	Direction de la protection de la jeunesse
ESCC	Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes
ESCCAD	Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues
ETC	Équivalent temps complet
FASS	Fonds pour l'adaptation des services de santé
FCRSS	Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé
FFAPAMM	Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale
FRSQ	Fonds de recherche en santé du Québec
GMF	Groupe de médecine de famille
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
IHE	Institute of Health Economics
INSERM	Institut national de la santé et de la recherche médicale

INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSC	Instituts de recherche en santé du Canada
ISQ	Institut de la statistique du Québec
MESS	Ministère de l'Emploi et de la Sécurité sociale
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NICE	National Institute for Health and Clinical Excellence
OCCOPPQ	Ordre des conseillers et conseillères d'orientation et des psychoéducateurs et psychoéducatrices du Québec
OCDE	Organisation de coopération et de développement économiques
OIIQ	Ordre des infirmières et infirmiers du Québec
OMS	Organisation mondiale de la Santé
ONU	Organisation des Nations unies
OPQ	Ordre des pharmaciens du Québec
PECH	Programme d'encadrement clinique et d'hébergement
PNB	Produit national brut
PSI	Plan de services individualisés
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RAPSIM	Réseau d'aide aux personnes seules et itinérantes de Montréal
RCP	Royal College of Psychiatrists
RRASMQ	Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec
RSMQ	Revue *Santé mentale au Québec*
RUIS	Réseau universitaire intégré en santé
SAA	Secrétariat aux affaires autochtones
SHQ	Société d'habitation du Québec
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité
VGC	Vérificatrice générale du Canada
VGQ	Vérificateur général du Québec
WONCA	World Organization of Family Doctors

LISTE DES FIGURES

Figure 1 Répartition des pays industrialisés selon la prévalence des troubles mentaux et le niveau d'inégalité des revenus 23

Figure 2 Taux ajusté de mortalité par suicide, Québec, provinces canadiennes et Canada, 2006. 39

Figure 3 Répartition des personnes selon le profil d'utilisation des services 65

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 Prévalence des troubles mentaux à 12 mois et à vie 8

Tableau 2 Prévalence au Canada des troubles mentaux ou de dépendance au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, selon le sexe, ESCC 1.2, 2002, profils de santé mentale 9

Tableau 3 Proportion de la population atteinte de troubles mentaux, mesurée au cours de la vie et des 12 derniers mois par âge et par sexe, Canada, 2002 10

Tableau 4 Profil des troubles mentaux selon le groupe d'âge et le sexe au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête, ESCC 1.2, 2002 10

Tableau 5 Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le diagnostic exclusif, population de 15 ans et plus présentant l'un de ces diagnostics, Québec, 2002 14

Tableau 6 Prévalence des troubles de santé mentale au sein de la population à domicile à faible revenu et revenu élevé, âgée de 15 ans et plus, excluant les territoires du Canada, ESCC 1.2, 2002 19

Tableau 7 Proportion de personnes ayant un niveau élevé de détresse psychologique selon des caractéristiques personnelles, personnes de 15 à 75 ans en emploi, Québec, 2002 24

Tableau 8 Prévalence des problèmes de santé mentale chez la population âgée de 15 à 75 ans, selon le sexe et le fait de travailler ou non, Québec, 2002 25

Tableau 9 Prévalence de l'autoperception du stress professionnel chez les adultes âgés de 15 ans et plus, Canada, ESCC 1.2, 2002 26

Tableau 10 Consommation d'alcool et méfaits de la consommation, Canada, Québec 29

Tableau 11 Consommation abusive d'alcool, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, Québec . . . 30

Tableau 12 Dépendance à l'alcool, selon le groupe d'âge et le sexe, population à domicile âgée de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2002 31

Tableau 13 Consommation de drogues et méfaits de la consommation 32

Tableau 14 Causes de mortalité dans les études récentes sur la schizophrénie majeure 34

Tableau 15 Pourcentage de jours d'hospitalisation avec diagnostic de trouble mental (diagnostic principal ou trouble avec comorbidité), Canada, Québec, 2003-2004 . . . 35

Tableau 16 Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 2002 56

Tableau 17 Utilisation de diverses ressources à des fins de santé mentale au cours d'une période de 12 mois selon le sexe et l'âge, population âgée de 15 ans et plus, Québec, 2002 57

Tableau 18 Professionnels consultés en 2009 par les personnes affectées d'au moins un trouble de santé mentale au cours des 12 derniers mois, population montréalaise non institutionnalisée (n = 212) 58

Tableau 19 Proportion des usagers référés par les omnipraticiens selon le degré de sévérité du trouble vers diverses ressources en santé mentale 61

Tableau 20 Proportion des omnipraticiens selon la fréquence des contacts avec les ressources en santé mentale 62

Tableau 21 Barrières à l'utilisation de l'aide requise, population de 15 ans et plus ayant des besoins non comblés d'aide en santé mentale au cours d'une période de 12 mois, Québec, 2002 72

Tableau 22 Nombre d'organismes communautaires au Québec en fonction des types d'organismes 139

INTRODUCTION

Dans le cadre de son quatrième rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux, le Commissaire à la santé et au bien-être[1] (CSBE) a choisi d'aborder le secteur de la santé mentale. Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les troubles mentaux, plus particulièrement la dépression, représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité[2] dans le monde (OMS, 2011). D'après des données en provenance de 14 pays (Demyttenaere et autres, 2004), la prévalence[3] des troubles mentaux au cours d'une année se situe de 4,3 % (Chine) à 26,4 % (États-Unis)[4]. Les coûts associés à la santé mentale sont également substantiels. Selon les estimations de l'OMS (2004a), les coûts des problèmes reliés à la santé mentale dans les pays développés équivaudraient à 3 % à 4 % de leur produit national brut (PNB). Bien que la charge de morbidité des troubles mentaux dans le monde soit estimée à 13 %, à peine 2 % du total des dépenses de santé, en moyenne, est consacré à la santé mentale (OMS, 2004a). En 2007-2008, selon la Commission canadienne de la santé mentale, le Canada a alloué 7,2 % de son budget de santé à la santé mentale (Jacobs et autres, 2009). Les coûts reliés à la santé mentale y étaient estimés à 51 milliards en 2003, y compris les coûts directs et indirects reliés aux services de santé et à la perte de qualité de vie et de productivité (Lim et autres, 2008). Une autre étude, publiée en 2001 par Santé Canada, évaluait à 14,4 milliards de dollars les coûts liés par année essentiellement à la dépression et à la détresse (VGC, 2001). Au Québec, les dépenses consacrées à la santé mentale pour l'année financière 2009-2010 représentent environ 8 % des dépenses[5] allouées à l'ensemble des programmes-services[6] de santé et de services sociaux[7] (soit 1 072 millions de dollars).

1. Le Commissaire a pour mission d'apporter un éclairage pertinent au débat public et à la prise de décision gouvernementale dans le but de contribuer à l'amélioration de l'état de santé et de bien-être des Québécoises et Québécois.

2. La morbidité est un terme utilisé en épidémiologie, signifiant le nombre de personnes ayant une maladie donnée dans un temps donné et dans une population. La prévalence et l'incidence sont deux façons d'exprimer la morbidité d'une maladie (voir la note suivante).

3. La prévalence se définit comme « le nombre total de cas dans une population déterminée à un moment donné sans distinction de l'ancienneté sur l'ensemble de la population » (Gambotti, 2006, p. 5). Elle se mesure généralement sur une période de 12 mois ou à vie. Quant à l'incidence, elle est la mesure des nouveaux cas. Par ailleurs, la prévalence peut être mesurée à partir d'enquêtes populationnelles, de banques de données administratives et de dossiers cliniques ou électroniques. Des biais ou limites sont associés à chaque technique (biais de mémoire, sous-déclaration de la consultation chez l'omnipraticien pour des raisons de santé mentale, coût élevé – donc peu de données à jour : enquête; mesure unique de l'utilisation à partir des médecins omnipraticiens et psychiatres, financés essentiellement à l'acte, et réalisée pour la facturation : banques de données administratives; etc.). Les études peuvent également utiliser des échantillons populationnels ou cliniques.

4. Des différences de méthodologie (questionnaires utilisés, diagnostics, taille de l'échantillon, etc.) peuvent expliquer, entre autres, les écarts importants que l'on rencontre dans les différentes études au chapitre des résultats (voir aussi la section 1.2).

5. Ces montants excluent la médication, les paiements des médecins ainsi que le transfert de revenu aux individus.

6. Aux fins de gestion, le système de santé et de services sociaux est découpé en neuf programmes-services, deux ciblant l'ensemble de la population (services généraux et santé publique) et sept ciblant une clientèle spécifique (perte d'autonomie liée au vieillissement, dépendances, jeunes en difficulté, déficience physique, déficience intellectuelle incluant les troubles envahissants du développement, santé mentale et santé physique).

7. En 2002-2003, les dépenses allouées à la santé mentale étaient estimées à 6,2 % par rapport aux dépenses consacrées à l'ensemble des programmes. La configuration des programmes concernait « uniquement les activités spécifiques du secteur de la santé mentale et excluait les activités relatives à la santé publique, les services généraux de santé et les dépenses de soutien, ce qui explique la proportion plus faible des dépenses liées à la santé mentale » (MSSS, 2005a, p. 78).

L'investissement en santé mentale du budget santé tant au Québec qu'au Canada est ainsi en deçà des recommandations des pays qui sont à l'avant-garde des réformes de santé, tels que le Royaume-Uni (10,0 %), l'Australie (9,6 %) et la Nouvelle-Zélande (11,0 %) (OMS, 2005a)[8].

Les troubles mentaux, incluant l'alcoolisme et la toxicomanie, comptent parmi les plus importantes causes d'absentéisme au travail, dépassant désormais les journées perdues pour des raisons de maladies physiques (Kirby et Keon, 2006). Les troubles mentaux sont aussi souvent associés à des problèmes de santé physique, les plus importants étant le diabète (Jones, Clarke et Carney, 2004), les maladies cardiovasculaires, gastro-intestinales et pulmonaires ainsi que les troubles neurologiques (comme la maladie de Parkinson et l'épilepsie). Les problèmes d'abus ou de dépendance de substances sont aussi très étroitement associés aux troubles mentaux, puisque plus de 50 % des personnes ayant eu un trouble mental au cours de leur vie auront également un problème d'abus ou de dépendance à l'alcool ou aux drogues (Kessler, 2004). Par ailleurs, malgré une récente amélioration, le taux de suicide au Québec est l'un des plus élevés en Amérique du Nord et il demeure la cause principale de décès chez les individus âgés de moins de 35 ans. Outre la prévalence et les coûts élevés des troubles mentaux, il faut également ajouter une grande stigmatisation des personnes qui en sont atteintes, un fardeau soutenu et des répercussions majeures de santé ainsi qu'un ensemble de facteurs de risque (pauvreté, criminalisation, itinérance, espérance de vie réduite, etc.). Le fardeau social et économique élevé qui est associé aux troubles mentaux indique que la réponse actuelle du système aux troubles mentaux n'est pas optimale, ce que confirment diverses études spécifiques sur l'inadéquation des services (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a; MSSS, 2005a; VGQ, 2003). Il en résulte la nécessité de porter un regard critique sur la performance des soins et services destinés aux personnes aux prises avec des troubles mentaux. Il est permis de penser qu'une amélioration substantielle de l'organisation et de la qualité des services de santé mentale permettrait une bonification d'ensemble de l'efficience du système de santé et de services sociaux au Québec. Cette amélioration du système serait propice à une meilleure réponse aux besoins des personnes affectées par des troubles mentaux et de leur entourage.

Le rapport d'appréciation sur le secteur de la santé mentale du Commissaire à la santé et au bien-être se justifie d'autant plus que le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005a) est arrivé au terme de son échéancier et que plus de dix ans se sont écoulés depuis le dernier Forum national sur les priorités de réorganisation dans ce secteur (MSSS, 2001a). L'importance de mieux cerner la nature des troubles mentaux, leur ampleur et les enjeux associés; l'organisation et la dynamique de ce secteur; son adéquation à répondre aux besoins des populations ainsi que les transformations accomplies dans les dernières années; et, surtout, les pistes de solution pour en améliorer la performance s'inscrit donc avec justesse dans la suite des travaux soutenus par le Commissaire. L'ensemble de ces efforts associés au contexte de contraintes des finances publiques, tant au niveau international qu'à l'échelle canadienne et québécoise, souligne l'importance d'améliorer la performance des soins et services de santé mentale en vue de mieux prévenir, détecter,

8. La France investit quant à elle 8,0 % et les États-Unis, seulement 6,0 % de leur budget santé à la santé mentale. On ignore cependant si ces chiffres incluent ou non les activités relatives à la santé publique, les services généraux de santé et les dépenses de soutien, comme c'est le cas pour le Québec.

traiter et soutenir les personnes dans leur rétablissement[9]. Ce rapport est conforme aux tendances canadiennes et internationales visant à améliorer les services de santé mentale ainsi que la santé et le bien-être de cette clientèle et des membres de son entourage.

Le présent document, produit pour le compte du Commissaire à la santé et au bien-être, présente un état des connaissances sur les « services de santé mentale », effectué à partir d'une recension des écrits dans ce secteur, considérant la littérature internationale, canadienne et québécoise (basée surtout sur des articles scientifiques, des rapports de recherche et des orientations politiques[10]). Il a pour but de présenter la santé mentale aux lecteurs en effectuant une synthèse sur divers thèmes importants dans ce domaine particulier de la santé. Ce rapport est constitué de six chapitres. La santé mentale et les troubles mentaux seront d'abord définis dans le premier chapitre. Nous y examinerons également la prévalence des troubles mentaux (globalement et par diagnostic; selon l'âge et en fonction des troubles concomitants et de la récurrence des troubles), y compris les besoins y étant associés et les déterminants des troubles mentaux, dont la santé mentale positive. Le deuxième chapitre traitera des enjeux liés aux troubles mentaux sur le plan individuel, social et familial. Le troisième chapitre s'intéressera à l'utilisation des services de santé mentale (y compris la médication), à ses déterminants ainsi qu'à la satisfaction et à l'adéquation de ces services. Le quatrième chapitre sera consacré aux bonnes pratiques en santé mentale. On définira d'abord les bonnes pratiques, puis 35 approches ou interventions basées sur des données probantes seront brièvement illustrées (approches cliniques; thérapies; stratégies cliniques et organisationnelles; modèles d'intervention). Le cinquième chapitre abordera les tendances clés des réformes en cours en santé mentale sous un angle international, mais surtout l'organisation du système de santé mentale au Québec, y compris son évolution historique. Enfin, le sixième et dernier chapitre se penchera sur les transformations du secteur de la santé mentale dans les dernières années (particulièrement depuis 2005, avec le lancement du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*), les défis d'implantation et le transfert des connaissances (ou échange des connaissances). Complétant les chapitres, six brefs articles sont aussi présentés, rédigés par des experts québécois, relativement aux thèmes suivants : 1) la stigmatisation et la santé mentale (D^{r} Whitley); 2) la diversité culturelle, l'immigration et la santé mentale (D^{rs} Nadeau et Rousseau); 3) la réalité des peuples autochtones (D^{r} Nadeau); 4) les jeunes et la santé mentale (D^{r} Renaud); 5) la participation des personnes utilisatrices à la planification et à l'organisation des services de santé mentale (D^{r} Clément); 6) la place des familles au sein des transformations du système de santé mentale (D^{r} Bonin et collaborateurs). Ce document se terminera par une brève synthèse et par l'identification d'enjeux clés, ou pistes de solution, liés à la restructuration du secteur de la santé mentale, qui sont relevés dans la littérature.

9. Selon Agir en santé mentale (2006, p. 2), « le rétablissement en santé mentale est un parcours de rémission et de transformation habilitant une personne ayant un problème de santé mentale à vivre une vie épanouie dans une communauté qu'elle a choisie tout en s'efforçant d'actualiser son plein potentiel » (voir aussi le chapitre 4, section 4.1.c).

10. Dans le chapitre 6, consacré à la transformation des services dans les dernières années (environ 2005-2010), les banques de données administratives sont exploitées en raison du peu d'information documentaire disponible sur cette période récente.

1 LE PROFIL DES PERSONNES AYANT DES TROUBLES MENTAUX

1.1 DÉFINITION DE LA SANTÉ MENTALE ET DES TROUBLES MENTAUX

Il existe plusieurs définitions de la santé mentale, variant selon les époques et les domaines disciplinaires, l'appellation même de « personne ayant des troubles mentaux » ayant aussi fluctué de « fou », « aliéné » ou « malade mental » (avant les années 1960) à « patient », « usager », « utilisateur de services », « client » ou « bénéficiaire ». L'OMS définit la santé mentale comme un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté (OMS, 2001a). L'OMS estime que la santé mentale est essentielle à la santé globale d'un individu, cette dernière étant définie comme « un état de complet bien-être physique, mental et social » (OMS, 2001a). Il est ainsi mis en évidence que la santé mentale affecte fondamentalement la santé physique et, inversement, la santé physique affecte la santé mentale. Santé mentale et santé physique sont ainsi indissociables pour parvenir à un état de bien-être complet.

Le concept de santé mentale est majoritairement considéré à partir d'un modèle écologiste qui intègre, au-delà de la maladie, l'adaptation d'une personne à son milieu, l'état de son bien-être et l'actualisation de sa personne. Cette conception entraîne une intervention non seulement médicale, mais aussi sociale (logement, travail, réadaptation et intégration sociale, loisir, etc.). Quant aux troubles mentaux, ils sont définis en tant qu'« affections cliniquement significatives se caractérisant par un changement du mode de pensée, de l'humeur (affects) ou du comportement associé à une détresse psychique et/ou à une altération des fonctions mentales » (OMS, 2001b, p. 21).

Les troubles mentaux sont généralement divisés en « troubles courants ou modérés » et en « troubles graves[11] ». Selon le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005a, p. 40), les troubles sont dits modérés « s'ils répondent à certains critères de diagnostic, suffisamment importants pour entraver le fonctionnement habituel d'un individu, et nécessitent un traitement, selon les standards professionnels largement reconnus ». Bien qu'ils soient souvent récurrents, et qu'ils peuvent avoir d'importantes répercussions sur la vie professionnelle et sociale, ces troubles sont généralement moins handicapants que les troubles graves de santé mentale. Les principaux troubles courants ou modérés de santé mentale sont les troubles de l'humeur – à l'exception du trouble bipolaire – et les

11. Voir l'annexe I, qui présente une liste des principaux troubles mentaux selon le DSM-IV.

troubles anxieux. Ces derniers comprennent entre autres le trouble panique, l'agoraphobie, la phobie sociale, les phobies spécifiques, le trouble obsessionnel-compulsif, l'état de stress post-traumatique et l'anxiété généralisée (APA, 1996).

Le *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005a, p. 40) qualifie les troubles mentaux de graves « lorsqu'ils sont associés à un niveau d'incapacité qui interfère de façon significative dans les relations interpersonnelles, les compétences sociales de base et la capacité fonctionnelle dans la production d'un travail. Une incapacité (suivie, prolongée ou durable) dans au moins l'un de ces trois domaines majeurs de la vie constitue un indice pour reconnaître ce que nous entendons par troubles mentaux graves ». Selon l'étude de Fleury et collaborateurs (2010b), la majorité des personnes aux prises avec des troubles graves ont peu de soutien social (entre autres, elles sont souvent célibataires), n'ont pas de travail rémunéré et requièrent un soutien diversifié et continu sur une période substantielle. Les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, ainsi que leurs familles, sont aussi celles qui sont « les plus susceptibles de souffrir d'une organisation inadéquate des services de santé mentale » (MSSS, 1998a, p. 11). Les principaux diagnostics associés aux troubles graves sont essentiellement la schizophrénie et les autres troubles psychotiques (comme les troubles schizophréniformes, schizo-affectifs ou délirants), le trouble dépressif majeur avec éléments psychotiques ainsi que le trouble bipolaire ou maniaco-dépressif. Ces troubles apparaissent souvent entre l'adolescence et le début de l'âge adulte. Bien que la prévalence des troubles mentaux graves soit peu élevée, l'utilisation des services est élevée chez cette clientèle : 80 % des jours d'hospitalisation en psychiatrie seraient notamment associés à la prise en charge de ces troubles (VGQ, 2003; MSSS, 1998a). De plus, « à l'échelle mondiale, près de 3 % du fardeau total de la maladie humaine est lié à la schizophrénie » (gouvernement du Canada, 2006, p. 74). Les coûts directs et indirects associés à la schizophrénie au Canada étaient estimés à 6,85 milliards de dollars en 2004 (Goeree et autres, 2005).

Il importe par ailleurs de préciser que le fait, pour une personne, de ne pas avoir reçu un diagnostic de trouble mental ne signifie pas nécessairement qu'elle est en bonne santé mentale et qu'elle n'a pas de problèmes de santé mentale. Certaines expériences de vie (deuil, séparation, perte d'emploi, solitude, etc.) peuvent temporairement perturber la condition mentale sans pour autant que cela entraîne l'apparition d'un trouble mental nécessitant un traitement (Lemieux, 2009). C'est seulement lorsque ces expériences négatives nuisent aux activités quotidiennes d'une personne que celle-ci « peut avoir besoin d'aide pour retrouver son équilibre et son fonctionnement optimal » (gouvernement du Canada, 2006, p. 30). On estime « qu'un Canadien sur trois aura un problème de santé mentale durant sa vie » (AMHB et IHE, 2007, p. 1). Quant aux troubles mentaux, l'OMS (2011b) évalue qu'une personne sur quatre en sera atteinte à un moment ou l'autre de sa vie. Des facteurs de risque (et de protection) sont aussi associés à la santé mentale, qui font en sorte que certains groupes d'individus sont plus à risque que d'autres de développer des troubles mentaux (ces facteurs seront abordés plus loin).

1.2 LA PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX

Les enquêtes épidémiologiques, tant nationales qu'internationales, révèlent une augmentation de la prévalence des troubles mentaux. Alors que ces derniers représentaient 11 % du fardeau de l'ensemble des maladies en 1990, ce taux devrait s'élever à 15 % en 2020, selon l'OMS (2001b). Il est à noter que la prévalence des troubles mentaux peut varier sensiblement d'une étude à l'autre, en fonction des pays étudiés, des troubles mentaux intégrés dans les enquêtes et des instruments de mesure utilisés (enquête populationnelle, banque de données administrative, population clinique, CIDI – le DSM-IV et le CIM-10[12] sont les deux systèmes diagnostiques les plus utilisés).

Les problèmes mentaux prévalents sont les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Notamment, la prévalence des troubles de l'humeur sur 12 mois est de 8,5 % en France, de 6,9 % aux Pays-Bas et de seulement 3,6 % en Allemagne (Demyttenaere et autres, 2004) (**tableau 1**). Selon le *National Comorbidity Survey Replication*, la prévalence aux États-Unis des troubles de l'humeur est estimée à 9,6 % pour une période de 12 mois et à 20,8 % à vie (Kessler et autres, 2005a et 2005b). La prévalence des troubles anxieux sur une période de 12 mois aux États-Unis, quant à elle, est de 18,2 % et, à vie, de 28,8 % (Kessler et autres, 2005a et 2005b). En France, la prévalence des troubles anxieux sur 12 mois est de 12,0 %, contre 8,8 % aux Pays-Bas et 6,2 % en Allemagne (Demyttenaere et autres, 2004).

L'étude de Kisely et collaborateurs (2009), qui utilise des données en provenance de banques administratives, établit la prévalence globale des troubles mentaux traités à 15 % pour l'Ontario, l'Alberta, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse, et à 12 % pour le Québec[13]. À partir de cinq régions sociosanitaires au Québec, l'étude de Fleury et collaborateurs (2008) ainsi que celle de Benigeri et collaborateurs (2007) pour la région de Montréal-Centre rapportent qu'environ 60 % des utilisateurs de services de santé mentale avaient l'un ou l'autre de ces troubles, soit les troubles de l'humeur et les troubles anxieux. Selon les différents tableaux de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC 1.2[14]) (Statistique Canada, 2002), la prévalence de la dépression majeure pour une période de 12 mois au Canada est de 4,5 % ou 4,8 % (**tableaux 1 et 2** – aussi selon les sexes). La prévalence à vie de la dépression majeure serait, quant à elle, de 10,8 % (Patten et autres, 2006). Quant à la prévalence sur 12 mois des troubles anxieux au Canada selon l'ESCC 1.2, elle est de 4,7 % globalement et de 1,6 % pour le trouble panique, de 0,7 % pour l'agoraphobie et de 3,0 % pour la phobie sociale. Selon l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), 23 % des Québécois de 15 ans et plus auraient vécu des troubles mentaux à un moment de leur vie, soit 27 % des femmes et 18 % des hommes (ESCC 1.2, dans ISQ, 2008). Chez la population

12. Le CIDI est un instrument de diagnostic psychiatrique produisant des diagnostics conformes aux définitions et aux critères de la CIM-10 et du DSM-IV. Les troubles étudiés se limitent notamment à ceux ayant une prévalence suffisamment élevée (dépression majeure, trouble bipolaire, stress post-traumatique, phobie sociale, agoraphobie et trouble panique). Le DSM-IV est le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*), produit par l'American Psychiatric Association. Publiée en 1994, la quatrième version du DSM a été révisée en 2000. Une cinquième édition du DSM est présentement en préparation. Sa publication est prévue pour 2013. La CIM-10 est l'*International Classification of Diseases* (*Classification internationale des maladies*), produit par l'OMS. Dans l'ESCC 1.2, 36 984 personnes au Canada ont été sondées, dont 5 332 au Québec.

13. Montréal était la seule ville ciblée pour le Québec.

14. L'ESCC 1.2 a été, en 2002, la première enquête nationale portant sur les troubles mentaux au Canada. Les troubles mentaux y sont dépistés à partir de la version de l'ESCC 1.2 du Composite International Diagnostic Interview (CIDI) utilisé dans l'enquête mondiale sur la santé mentale réalisée en 2000 par l'OMS.

québécoise, la prévalence de la dépression majeure sur une période de 12 mois et celle à vie sont respectivement de 4,8 % et de 14 % (ESCC 1.2, dans ISQ, 2008a). La prévalence des troubles anxieux sur une période de 12 mois, toujours au Québec, est de 4,2 % et celle à vie est d'environ 11 % (ESCC 1.2, dans ISQ, 2008a). D'après Tempier et collaborateurs, la prévalence des troubles anxieux, dépressifs, d'abus d'alcool ou de dépendance sur une période de 12 mois est similaire chez les populations francophones du Québec, du Canada, de la France et de la Belgique (Tempier et autres, 2010).

Tableau 1

PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX À 12 MOIS ET À VIE

Prévalence (%)	Période de 12 mois		À vie	
	Internationale[a,b,c]	Nationale[d,e,f]	Internationale[a,b,c]	Nationale[d,e,f]
Troubles mentaux	• Chine : 4,3[a] • États-Unis : 26,4[a]	• Canada : 10,6[d] • Québec : 10[f]		• Québec : 23[f]
Troubles de l'humeur	• Allemagne : 3,6[a] • Pays-Bas : 6,9[a] • France : 8,5[a] • États-Unis : 9,6[b]		• États-Unis : 20,8[c]	
Troubles anxieux	• Allemagne : 6,2[a] • Pays-Bas : 8,8[a] • France : 12,0[a] • États-Unis : 18,2[b]	• Canada : 4,8[d] • Québec : 4,2[e]	• États-Unis : 28,8[c]	• Québec : 11[f]
Troubles dépressifs majeurs		• Canada : 4,8[d] • Québec : 4,8[f]		• Canada : 10,8[e] • Québec : 14[f]

a. Demyttenaere et autres, 2004.
b. Kessler et autres, 2005a.
c. Kessler et autres, 2005b.
d. Statistique Canada, ESCC 1.2, 2002.
e. Patten et autres, 2006.
f. ISQ, 2008a.

La proportion de la population aux prises avec des troubles mentaux graves est de 2 % à 3 %, tant au Québec que dans le monde (Kuntz, 1995). Étant donné que ces derniers sont des pathologies chroniques, leurs taux de prévalence à vie et sur 12 mois sont assez similaires (Rouillon, 2008). Parmi les troubles mentaux graves, la schizophrénie touche de 0,6 % à 1,5 % de la population adulte au Québec et dans le monde (Vanasse et autres, 2011; Rouillon, 2008), et sa prévalence est estimée de 0,5 % à 1 % au Canada (Conseil du médicament, 2009). Pour ce qui est du trouble bipolaire, sa prévalence dans la population générale varie de 0,1 % à 1,7 % sur une période de 12 mois, et de 0,2 % à 1,6 % à vie selon diverses études internationales (Rouillon, 2008).

Tableau 2

PRÉVALENCE AU CANADA DES TROUBLES MENTAUX OU DE DÉPENDANCE AU COURS DES 12 MOIS AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, ESCC 1.2, 2002, PROFILS DE SANTÉ MENTALE

Troubles mentaux	Total		Hommes		Femmes	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Tous troubles de l'humeur	1 210 000	4,9	460 000	3,8	750 000	5,9
Trouble dépressif majeur	1 120 000	4,5	420 000	3,4	700 000	5,5
Trouble maniaque	190 000	0,8	90 000	0,7	100 000	0,8
Tous troubles anxieux	1 180 000	4,7	440 000	3,6	740 000	5,8
Trouble panique	400 000	1,6	130 000	1,1	270 000	2,1
Agoraphobie	180 000	0,7	40 000	0,4	140 000	1,1
Trouble d'anxiété sociale (phobie sociale)	750 000	3,0	310 000	2,6	430 000	3,4
Toutes dépendances à une substance	740 000	3,0	540 000	4,4	200 000	1,6
Dépendance à l'alcool	640 000	2,6	470 000	3,8	170 000	1,3
Dépendance aux drogues illicites	170 000	0,7	120 000	1,0	50 000	0,4
Total, tous troubles mentaux ou problèmes de dépendance à une substance étudiée	2 600 000	10,4	1 190 000	9,7	1 410 000	11,1

Source : Statistique Canada, 2002.

1.2.1. Les différences dans la prévalence selon l'âge

La prévalence des troubles anxieux, de l'humeur ou de dépendance au Canada sur une période de 12 mois la plus élevée se trouve chez la population âgée de 15 à 24 ans, principalement chez les femmes, et la plus basse, chez les personnes âgées de 65 ans et plus, et ce, pour chacun des différents troubles mentaux (**tableaux 3 et 4**). Lorsqu'il s'agit de la prévalence à vie, toutefois, celle-ci est plus élevée chez la population âgée de 45 à 64 ans[15] (**tableau 3**).

15. Notons que, dans l'ESCC 1.2, aucune clientèle en milieu institutionnel n'est considérée, où, selon le milieu institutionnel à l'étude, la prévalence des troubles mentaux pourrait être beaucoup plus importante.

Tableau 3

PROPORTION DE LA POPULATION ATTEINTE DE TROUBLES MENTAUX, MESURÉE[16] AU COURS DE LA VIE ET DES 12 DERNIERS MOIS PAR ÂGE ET PAR SEXE, CANADA, 2002

Prévalence (%)	15 à 24 ans		25 à 44 ans		45 à 64 ans		65 ans et plus	
	À vie	12 mois	À vie	12 mois	À vie	12 mois	À vie	12 mois
Femmes	25,1	19,8	26,3	13,0	27,4	10,1	11,9	3,7
Hommes	14,6	17,5	19,1	11,5	19,3	7,5	8,2	3,0
Deux sexes	19,8	18,6	22,7	12,2	23,4	8,8	10,3	3,4

Source : Statistique Canada, 2002.

Tableau 4

PROFIL DES TROUBLES MENTAUX SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE AU COURS DES 12 MOIS AYANT PRÉCÉDÉ L'ENQUÊTE, ESCC 1.2, 2002

Groupe d'âge/ Sexe	Prévalence des troubles mentaux au Canada (%)					
	Épisode dépressif majeur	Épisode de manie	Trouble panique	Phobie sociale (trouble d'anxiété sociale)	Agoraphobie	N'importe quel trouble mesuré ou n'importe quelle dépendance à une substance
15 ans et plus	4,8	1,0	1,5	3,0	0,7	10,9
• Hommes • Femmes	3,7 5,9	1,0 1,0	1,0 2,0	2,6 3,4	0,4 E 1,1	9,9 11,4
15-24 ans	6,4	1,8	1,8	4,7	0,8	18,4
• Hommes • Femmes	4,5 8,3	1,3 2,3	1,0 E 2,6	3,3 6,1	F 1,3 E	17,3 19,5
25-64 ans	5,0	1,0	1,7	3,0	0,8	10,4
• Hommes • Femmes	3,8 6,3	1,1 0,9	1,2 2,2	2,7 3,4	0,3 E 1,2	9,4 11,4
65 ans et plus	1,9	F	0,4 E	0,9 E	0,4 E	3,2
• Hommes • Femmes	2,1 E 1,8	F F	F 0,6 E	F 0,9 E	F 0,4 E	2,9 3,5

Source : Statistique Canada, 2002 (mise à jour en septembre 2004).

Les données dont le coefficient de variation se situe de 16,6 % à 33,3 % sont marquées d'un « E » et doivent être interprétées avec prudence. Les données présentant un coefficient de variation supérieur à 33,3 % ont été supprimées (F) en raison de l'extrême variabilité de l'échantillonnage.

16. Personnes ayant répondu aux critères d'un trouble de l'humeur, d'un trouble anxieux ou d'une dépendance à une substance.

Il est bien admis que les troubles mentaux de l'âge adulte débutent souvent à l'enfance ou à l'adolescence. À titre d'exemple, une étude américaine a démontré que 21,6 % des jeunes filles ayant un trouble de l'alimentation présentaient le même trouble dix ans plus tard (Heatherton et autres, 1997). Comme il a déjà été indiqué, la schizophrénie commence généralement à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, et les personnes qui en sont atteintes présenteront majoritairement certains symptômes durant toute leur vie (Conseil du médicament, 2009). Il est estimé que la moitié des problèmes non traités chez les jeunes persistent à l'âge adulte (Hofstra, Van Der Ende et Verhulst, 2000). En fait, de 70 % à 80 % des troubles mentaux chez les adultes se seraient présentés avant l'âge de 25 ans (Unicef, 2011; Burns et autres, 2007; Leitch, 2007). Dans l'ESCC 1.2, 68,8 % des jeunes de 15 à 24 ans présentant des troubles anxieux ou de l'humeur ont déclaré que leur trouble mental a commencé à se manifester avant l'âge de 15 ans, tandis que 47,9 % des personnes âgées de 45 à 64 ans et 34,1 % de celles âgées de 65 ans et plus ont affirmé que leurs troubles mentaux ont débuté avant l'âge de 25 ans (gouvernement du Canada, 2006). Les troubles mentaux qui se manifestent au cours de l'enfance entraînent des coûts additionnels très importants à l'âge adulte, non seulement dans le domaine de la santé, mais aussi dans ceux de l'éducation et de la justice pénale, et ce, sur une période estimée pouvant s'étendre de 10 à 27 ans[17] (OMS, 2004a).

La prévalence des troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents à l'échelle internationale varie de 5 % à 25 %, selon les études, pour une moyenne estimée de 12,3 % (INSERM, 2002[18]). La prévalence des troubles mentaux et de comportement chez les enfants âgés de 0 à 19 ans à vie est estimée à 14,3 % par Waddell et collaborateurs (2002), les plus courants étant les troubles anxieux (6,4 %), les troubles de déficit de l'attention (4,8 %), les troubles de la conduite (4,2 %) et les troubles dépressifs (3,5 %). L'OMS (2005) et l'Unicef (2011) estiment, quant à eux, qu'à l'échelle mondiale, on compte en tout temps jusqu'à 20 % d'enfants et d'adolescents présentant des troubles mentaux. L'OMS (2006) indique que la dépression majeure est le trouble le plus répandu, affectant 4 % des 12 à 17 ans et 9 % des jeunes de 18 ans. Dans le *National Comorbidity Study – Adolescent Supplement* (États-Unis), la prévalence à vie chez les jeunes de 13 à 18 ans est établie ainsi : 31,9 % pour les troubles anxieux, 19,1 % pour les troubles de comportement, 14,3 % pour les troubles de l'humeur et 11,4 % pour les troubles d'abus de substance (Merinkangas et autres, 2010).

Patel et autres (2007, dans Fisher et autres, 2011), qui ont estimé la prévalence globale des troubles mentaux chez les jeunes de 12 à 24 ans à 20 % pour une année, à partir d'une série d'études épidémiologiques, rapportent que la prévalence est plus élevée chez le groupe d'âge des 18 à 24 ans que pour celui âgé de moins de 17 ans. La prévalence de la dépression et du comportement suicidaire augmente de façon importante durant l'adolescence (Gould et Kramer, 2001; Fombonne, 1998). Pour le Québec, les données de l'ESCC 1.2 rapportent les statistiques suivantes, pour la prévalence sur 12 mois et à vie concernant les jeunes âgés de 15 à 24 ans : dépression majeure, 6,4 % pour 12 mois et 10,2 % à vie; trouble bipolaire, 1,8 % et 3,3 %; trouble anxieux, 6,5 % et 12,1 % (trouble panique, 1,8 % et 2,9 %; phobie sociale, 4,7 %

17. Selon Boyle et Georgiades (2010), il existe trois classes de désordres psychiatriques applicables aux enfants dans le DSM-IV : 1) les troubles de développement et d'apprentissage, incluant l'autisme et le retard mental; 2) les troubles diagnostiqués habituellement dans l'enfance ou à l'adolescence, comme les troubles d'hyperactivité et de déficit de l'attention; 3) les troubles mentaux que l'on trouve aussi à l'âge adulte (comme les troubles anxieux et de l'humeur), mais qui requièrent des critères différents quand ils sont rencontrés durant l'enfance.

18. Il s'agit d'une compilation de 49 études épidémiologiques menées de 1965 à 1993, dont les taux de prévalence sont rapportés pour des périodes de 3 à 12 mois, parfois à vie.

et 9,4 %); idées suicidaires, 6,0 % et 15,3 %; tentative de suicide, 4,0 % à vie (gouvernement du Canada, 2006). Les troubles plus sévères tels que le syndrome de Gilles de la Tourette, les troubles envahissants du développement et la schizophrénie touchent moins de 2 % des moins de 18 ans (2005a). En 2005, la prévalence du niveau de détresse psychologique chez les jeunes Québécois de ce groupe d'âge était aussi rapportée fort élevée, se situant à 33,7 % au cours d'une période de 12 mois (Camirand et Nanhou, 2008).

Quant aux personnes âgées de 60 ans et plus, le *National Comorbidity Survey Replication* (Kessler et autres, 2005b) rapporte une prévalence à vie des troubles mentaux de 26,1 % (15,3 % pour l'anxiété et 11,9 % pour les troubles de l'humeur). Chez la population recevant des soins à domicile, les rares études internationales (Bruce et autres, 2002; Banerjee et Macdonald, 1996) portant sur la prévalence de la dépression majeure estiment que cette dernière se situe de 12,6 % à 26,0 %. Par contre, les symptômes de dépression atteindraient jusqu'à 57 % de cette clientèle (Ayalon et autres, 2010; Lacasse, Rousseau et Maltais, 2001). Au Québec, chez la population âgée de 65 ans et plus, l'étude de Préville et collaborateurs (2009 et 2008) rapporte une prévalence sur une période de 12 mois de 12,7 % des troubles mentaux (dépression majeure, manie, troubles anxieux et pharmacodépendance), excluant les troubles cognitifs liés au vieillissement, tels que la maladie d'Alzheimer. La démence affecte un nombre important d'aînés surtout âgés de 85 ans et plus, soit 34,5 % (dont 8 % des plus de 65 ans) (gouvernement du Canada, 2006). Chez les personnes âgées hospitalisées, les troubles organiques, comme la maladie d'Alzheimer, représentent un peu plus de la moitié des diagnostics de maladie mentale. Des personnes âgées recevant des soins à domicile, 42,9 % montrent des signes de détresse psychologique élevée (Préville et autres, 2007). Chez les résidents des établissements de soins prolongés, la prévalence d'un trouble mental est évaluée entre 80 % et 90 % selon les estimations (gouvernement du Canada, 2006). Par ailleurs, 13,9 % des aînés ont déclaré que leurs troubles mentaux (de l'humeur ou anxieux) s'étaient manifestés lorsqu'ils étaient dans ce groupe d'âge (gouvernement du Canada, 2006). Chez les personnes âgées, les troubles mentaux seraient sous-estimés, notamment du fait qu'ils sont difficiles à détecter, interagissant avec les troubles physiques et cognitifs ou neurodégénératifs (Murray, 2011; Nour et autres, 2009). D'après Paquet et collaborateurs (2011), les conditions de vie qui influencent l'expérience du vieillissement (exclusion sociale, économique et symbolique, limitation des capacités fonctionnelles et motrices, etc.) et la stigmatisation rendent aussi plus difficile la définition d'un « vieillissement en santé » et donc le repérage des troubles mentaux chez les aînés.

1.2.2. La prévalence des troubles concomitants et la récurrence des troubles mentaux

Comme il a déjà été mentionné, une proportion importante de la population est affectée par plus d'un trouble mental, notamment les troubles concomitants d'anxiété et de dépression majeure. À titre d'exemple, selon les résultats du National Comorbidity Survey Replication, 59,2 % des personnes ayant une dépression majeure à vie sont également atteintes d'un trouble anxieux à vie et 57,5 % ayant une dépression majeure sur une période de 12 mois sont également atteintes d'un trouble anxieux durant la même période (Kessler et autres, 2003). La comorbidité est en fait la norme en santé mentale, car plus de la moitié des personnes ayant un trouble mental à vie présente aussi au moins un autre trouble mental

ou un trouble d'abus de substance (Kessler et autres, 2011). Dans l'étude de Kessler et collaborateurs (2005a), sur une prévalence globale de 26,2 % des troubles mentaux (incluant la dépendance) sur 12 mois, 14,4 % de l'échantillon avait un seul trouble mental, 5,8 % deux troubles et 6,0 % au moins trois troubles mentaux. Pour ce qui est du Québec, selon l'ESCC 1.2, sur une prévalence globale de 10 % des troubles mentaux sur une période de 12 mois, 8,3 % de la population de 15 ans et plus présentait un seul diagnostic, 1,0 % à la fois un trouble de l'humeur et un trouble anxieux et 0,7 % à la fois un trouble de l'humeur, un trouble anxieux et un problème de toxicomanie (**tableau 5**).

Chez les jeunes, la comorbidité psychiatrique est aussi considérée comme importante : plus de 50 % des enfants et adolescents atteints d'un trouble mental en Amérique du Nord ont d'autres troubles mentaux associés (Conseil du médicament, 2011a). Dans l'étude de Spady et autres (2001), la comorbidité psychiatrique est encore plus importante : sur 20,8 % des jeunes diagnostiqués avec des troubles mentaux en Alberta, 16,0 % avaient deux troubles mentaux, 3,7 % en avaient trois et 1,1 %, plus de trois.

L'importance des troubles concomitants – autres que ceux de santé mentale, incluant l'abus de substance – associés aux troubles mentaux, tels que les problèmes de santé physique (encore plus fréquents avec l'accroissement de l'âge), a déjà été soulignée. Plusieurs maladies physiques (cancer, VIH/sida, maladie de Parkinson, etc.) s'accompagnent souvent de troubles mentaux courants ou modérés. Ainsi, une enquête de l'OMS a démontré que 52 % des personnes ayant des troubles cardiaques présentaient des symptômes de dépression et que 30 %, parmi celles-ci, répondaient aux critères diagnostiques de la dépression (OMS et WONCA, 2008). Des personnes ayant une dépression majeure sur une période de 12 mois, 66 % présentaient également une autre maladie chronique de santé physique (Schmitz et autres, 2007). Chez les personnes âgées hospitalisées, la dépression majeure est un facteur qui prédit une mauvaise santé physique au cours des 12 prochains mois (McCusker et autres, 2007). Quant à l'abus de substance, selon une étude américaine (Regier et autres, 1990), sa prévalence à vie est de 56 % chez les personnes ayant un trouble bipolaire et de 47 % chez celles atteintes de schizophrénie. Selon une autre étude américaine plus récente et réalisée auprès de 43 093 répondants, celle du National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions, la prévalence des abus de substance était de 19,9 % chez les personnes ayant un trouble de l'humeur dans les 12 derniers mois et de 14,9 % chez celles ayant un trouble anxieux, également dans les 12 derniers mois (Grant et autres, 2004). Inversement, 19,7 % des personnes ayant au moins un problème d'abus de substance dans les 12 derniers mois avaient au moins un trouble de l'humeur et 17,7 %, au moins un trouble anxieux (Grant et autres, 2004). Selon l'ESCC 1.2, 1,7 % de la population globale canadienne avait en 2002 un problème concomitant d'abus de substance et de troubles anxieux ou de l'humeur (Rush et autres, 2010). Par ailleurs, de 30 % à 50 % des personnes sans domicile fixe (MSSS, 2008a) et de 15 % à 35 % des personnes ayant une déficience intellectuelle auraient aussi des troubles mentaux (MSSS, 2005a). Notons également que le taux de suicide est de 10 % à 20 % plus élevé chez les personnes atteintes de schizophrénie ou ayant eu une dépression majeure ou un trouble anxieux (Fournier et autres, 2007; Statistique Canada, 2002).

Tableau 5

UTILISATION DE DIVERSES RESSOURCES À DES FINS DE SANTÉ MENTALE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS SELON LE DIAGNOSTIC EXCLUSIF[a], POPULATION DE 15 ANS ET PLUS PRÉSENTANT L'UN DE CES DIAGNOSTICS, QUÉBEC, 2002

	%	(IC à 95%)
Troubles anxieux seulement[b]	2,8	(2,1-3,6)
Troubles de l'humeur seulement[c]	3,6	(2,9-4,4)
Toxicomanie seulement[d]	1,9	(1,4-2,4)
Troubles anxieux et troubles de l'humeur	1,0*	(0,7-1,4)
Troubles anxieux ou troubles de l'humeur et toxicomanie	0,7*	(0,4-1,0)
Aucun trouble	90,0	(88,9-91,2)

a. Une personne ne peut se trouver que dans l'une des six possibilités de diagnostic décrites.
b. Trouble panique, phobie sociale ou agoraphobie.
c. Dépression majeure ou manie.
d. Dépendance à l'alcool ou aux substances illicites.
* Coefficient de variation de 15% à 25%: à interpréter avec prudence.

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009.

La nature récurrente des troubles mentaux rend aussi d'autant plus complexe la gestion de ces problèmes. L'OMS (2001b) estime qu'environ 35% des personnes aux prises avec un premier épisode dépressif vont éventuellement revivre un second épisode deux ans plus tard, et que 60% en revivront un sur une période de 12 ans. Selon O'Grady et Skinner (2008), les personnes ayant un trouble bipolaire connaissent en moyenne dix épisodes de dépression et de manie dans leur vie et 20% d'entre elles, quatre épisodes ou plus par année. Dans une étude se déroulant en Angleterre, Lloyd et ses collaborateurs (1996) ont suivi, sur une longue durée, une cohorte de cent individus atteints de troubles mentaux, qui étaient traités en première ligne[19]: après 11 ans, 54% d'entre eux avaient encore certains problèmes et 37% avaient eu d'autres épisodes de maladies pouvant être associées à des troubles mentaux chroniques. La nature récurrente des troubles mentaux explique en partie les fréquents retours à l'hôpital des personnes vivant avec ces troubles. Ainsi, en 2006, l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) indiquait que 37% des personnes avec un diagnostic de trouble mental ayant reçu en 2003-2004 un congé d'un hôpital étaient réadmises l'année suivante (ICIS, 2006a). La probabilité de réadmission était plus élevée dans les cas de troubles concomitants[20].

1.2.3. Les différences dans la prévalence selon les sexes

Globalement, les troubles mentaux modérés ou courants sont plus répandus chez les femmes que chez les hommes (**tableau 4**). Le taux d'anxiété chez les Canadiennes est deux fois supérieur à celui des Canadiens (ESCC 1.2, Statistique Canada, 2002). Au Québec, le taux de

19. Notons que les termes «services de première ligne» ou «soins primaires», «services de deuxième ligne» ou «soins spécialisés», et «services de troisième ligne» ou «soins surspécialisés» sont utilisés sans distinction.

20. L'utilisation des services est spécifiquement étudiée au chapitre 3.

dépression est lui aussi presque deux fois plus élevé chez les femmes, comparativement à celui des hommes (9,9 % contre 5,9 %) (INSPQ, 2006). Quant aux troubles de l'alimentation[21], ils sont quatre fois plus fréquents chez les femmes (0,8 % contre 0,2 % pour les hommes) (gouvernement du Canada, 2006). Par contre, les toxicomanies et les personnalités antisociales sont des troubles mentaux dont la prévalence est plus importante chez les hommes. Ces derniers sont également trois à quatre fois plus nombreux à se suicider (INSPQ, 2006), et ce, malgré le fait que la prévalence des pensées suicidaires soit plus élevée chez les femmes et que ces dernières tentent plus souvent de mettre fin à leurs jours (ISQ, 2008a). Ces écarts entre les sexes peuvent s'expliquer par des différences culturelles et sociales. En effet, les hommes ont plus de difficultés que les femmes à reconnaître leurs troubles mentaux et à consulter. Il est également possible qu'ils aient davantage recours à l'alcool ou aux drogues pour faire face à leurs troubles anxieux ou dépressifs (gouvernement du Canada, 2006). Enfin, le réseau social des hommes est généralement moins large et diversifié que celui des femmes (Saint-Arnaud, Saint-Jean et Damasse, 2004). Quant aux troubles graves, ils sont aussi fréquents chez les deux sexes. Cependant, la schizophrénie se manifeste plus tardivement chez les femmes que chez les hommes, et le pronostic est plus favorable chez les femmes (Leclerc et Bouchard, 2002). Les rechutes sont notamment moins fréquentes chez les femmes atteintes de schizophrénie. De plus, ces dernières parviennent plus souvent que les hommes à terminer leurs études, à accéder au marché du travail et à fonder une famille.

1.3 LES BESOINS LIÉS AUX TROUBLES MENTAUX

Les troubles mentaux affectent à des degrés divers les différents aspects de la vie personnelle et sociale, tant de la personne atteinte que de son entourage. Dans ce contexte, l'intervention englobe non seulement le traitement des symptômes, mais aussi la réduction des conséquences fonctionnelles et sociales des troubles mentaux. La satisfaction des besoins « biopsychosociaux[22] » des personnes ayant des troubles mentaux occupe une position centrale dans le système de santé mentale. Se nourrir, se loger, posséder une source de revenus et se divertir sont des conditions essentielles à la réadaptation et à la réintégration sociale des personnes ayant des troubles mentaux (Gélinas, 2009). Selon sa sévérité et la qualité de l'aide offerte pour y remédier, un besoin peut être considéré comme modéré, s'il est satisfait par une aide adéquate, ou sérieux, s'il persiste, qu'il y ait intervention ou non. Les besoins sérieux se rencontrent surtout dans les domaines où des services conçus spécialement pour y répondre n'existent pas ou, s'ils existent, sont peu accessibles (Slade, Phelan et Thornicroft, 1998). L'absence de besoins sérieux est associée à une meilleure qualité de vie (Slade et autres, 2004; Hansson et autres, 2003) ainsi qu'à une meilleure continuité et intégration des soins de santé (Wiersma et autres, 2006). Les besoins tendent à changer avec le temps (Wiersma et autres, 2009; Drukker et autres, 2008; Arvidsson, 2003), respectant la pyramide des besoins de Maslow[23] (Maslow, 1954). Ainsi, les personnes hospitalisées

21. Les troubles de l'alimentation comprennent l'anorexie mentale et la boulimie. Selon l'ESCC 1.2 (Statistique Canada, 2002), 0,5 % des Canadiens ont dit avoir un trouble de l'alimentation et 2,9 %, avoir présenté un problème d'attitude vis-à-vis de l'alimentation.

22. Ce terme (ou approche) est défini au chapitre 4, section 4.1.a.

23. Selon Maslow, les besoins de toute personne sont hiérarchisés en cinq grandes catégories : 1) besoins physiologiques; 2) besoins de sécurité; 3) besoins d'appartenance; 4) besoins d'estime; 5) besoins d'épanouissement personnel. Un besoin dans un échelon supérieur ne peut pas être satisfait si ceux des échelons inférieurs ne le sont pas.

présentent davantage de besoins de santé, mais après leur retour dans la communauté, ces besoins disparaissent ou s'amoindrissent au profit d'autres besoins, dont les besoins sociaux (relations sociales, sentimentales, etc.) (Drukker et autres, 2008).

La plupart des études concernant les besoins ciblent la clientèle ayant des troubles mentaux graves. Les symptômes psychotiques, la détresse psychologique, les activités quotidiennes (incluant le travail et les loisirs), les relations sociales, les relations sentimentales, la vie sexuelle, la gestion du budget, l'alimentation, le logement, l'information sur la maladie et son traitement, le transport et la santé physique sont les principaux domaines pour lesquels cette clientèle identifie des besoins, qu'ils soient modérés ou sérieux[24] (Fleury, Grenier et Lesage, 2006; Hansson et autres, 2001). Les besoins sérieux sont particulièrement fréquents dans les domaines plus intimes que sont les relations sentimentales et la vie sexuelle[25] (Fleury, Grenier et Lesage, 2006; Middelboe et autres, 2001). De nombreuses études (Middelboe et autres, 2001; Bengtsson-Tops et Hansson, 1999; Wiersma et autres, 1998) ont également montré que les personnes atteintes de schizophrénie présentent une proportion élevée de besoins sérieux dans les domaines de base (logement, alimentation et activités quotidiennes). La proportion de besoins sérieux est également significativement plus élevée chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves conjugués à des troubles modérés ou de personnalité (Hayward, Slade et Moran, 2006; Phelan et autres, 1995). Précisons en outre que l'on observe souvent des désaccords entre les personnes ayant des troubles mentaux et leurs intervenants au sujet de leurs besoins (ce qui est peu propice à l'adéquation de l'aide pouvant répondre aux besoins). Alors que les personnes ayant des troubles mentaux graves sous-estiment souvent leurs besoins ou en nient l'existence dans certains domaines spécifiques (plus particulièrement pour la consommation d'alcool ou de drogue ou encore l'hygiène) déterminés par leurs intervenants, ces derniers sont souvent peu au courant des besoins de leurs clients dans certains autres domaines (relations sentimentales et vie sexuelle principalement) (Fleury, Grenier et Lesage, 2006; Hansson et autres, 2001).

Pour ce qui est des troubles courants ou modérés, les grandes enquêtes épidémiologiques permettent d'identifier les besoins comblés ou non de cette clientèle en matière de services. D'après l'ESCC 1.2, 21,6 % des personnes ayant signalé un trouble anxieux, un trouble de l'humeur ou une dépendance à une substance n'ont pu obtenir l'aide qu'elles souhaitaient (gouvernement du Canada, 2006). Indépendamment des diagnostics, les besoins sont associés à la détresse psychologique, au degré d'incapacité ainsi qu'aux idées et aux tentatives de suicide (Sareen et autres, 2005; Meadows et autres, 2002a). Les besoins de services non comblés étaient plus fréquents chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans, chez la clientèle âgée de 25 à 44 ans, ainsi que chez la population avec un plus faible revenu. La thérapie ou le counselling, l'aide pour les relations personnelles ainsi que l'information sur le trouble mental et son traitement sont les besoins de services qui sont les moins comblés (Sareen et autres, 2005). Le désir de régler ses besoins par soi-même est la principale raison invoquée par les personnes qui ne demandent pas d'aide des services (Andrews, Issakidis et Carter,

24. L'instrument le plus utilisé dans les études de besoins auprès des clientèles avec des troubles mentaux, particulièrement graves, est le « Camberwell Assessement of Needs », qui se compose de 22 domaines cliniques et psychosociaux. Cet instrument tient compte du nombre et de la sévérité des problèmes (aucun, modéré grâce à une intervention continue et sérieux), du niveau d'aide reçue et demandée respectivement par rapport aux proches et aux services (aucune, peu d'aide, aide modérée et beaucoup d'aide) et de l'adéquation de l'aide (quantité et qualité – oui ou non).

25. Les problèmes rencontrés dans ces domaines peuvent être causés par la médication.

2001). Les mauvaises expériences passées avec les services et le fait que les professionnels ne tiennent pas suffisamment compte des besoins perçus de la clientèle sont d'autres facteurs expliquant la sous-utilisation des services, particulièrement chez la clientèle jeune (Rousseau et autres, 2007).

1.4 LES DÉTERMINANTS DES TROUBLES MENTAUX ET LE CONCEPT DE SANTÉ MENTALE POSITIVE

Les troubles mentaux sont d'origine biopsychosociale[26]. Ils relèvent, comme beaucoup d'autres problèmes de santé, de causalités à la fois biologiques, comportementales et environnementales agissant en interaction sur les individus, les familles et les communautés. Le cumul des déterminants et l'exposition à ces déterminants à un âge précoce ou sur une période intensive augmentent le risque que surviennent des problèmes mentaux ainsi que leur sévérité potentielle. Depuis le développement de la psychopharmacologie et des neurosciences (1950-1960), l'étiologie[27] de la santé mentale trouve certaines explications dans le fonctionnement du cerveau, les gènes et les processus neurochimiques (Andreasen, 1985). Il est de plus en plus établi que des antécédents psychiatriques familiaux augmentent le risque de développer des troubles mentaux (Goldstein et autres, 2010). Quant aux principaux déterminants comportementaux et environnementaux relevés dans la littérature scientifique, ils peuvent être divisés en facteurs de risque ou de protection (Mikkonen et Raphael, 2010; Eckert et autres, 2006; OMS, 2004b).

Les principaux facteurs de risque comprennent l'accès aux drogues, y compris le tabac, et à l'alcool; le déplacement des populations ou d'importantes crises sociétales; l'isolement ou le manque de soutien social et communautaire; un faible niveau d'éducation; des lacunes en matière de transport ou de logement; l'état inadéquat des quartiers ou le manque de cohésion sociale; la pauvreté; la malnutrition et l'insuffisance d'exercice physique; les discriminations raciales et la stigmatisation; la violence et la délinquance; le stress; l'absence d'emploi ou de mauvaises conditions d'emploi (OMS, 2004b). Si nul n'est à l'abri d'un trouble mental, certaines personnes sont donc plus à risque d'en développer. Quant aux facteurs de protection, ils relèvent de l'estime de soi et de la résilience; de l'habilitation ou du pouvoir d'agir (*empowerment*); de la quantité et de la qualité des interactions interpersonnelles; de la participation et de l'intégration sociale; de l'accès aux services publics, privés et communautaires et de leur qualité; de la qualité de vie. Si une bonne santé mentale et une bonne estime de soi permettent à l'individu de bien s'intégrer à la société, l'appartenance à un réseau social de qualité ainsi que la participation dans la communauté contribuent à améliorer sa santé mentale et à donner un sens à sa vie (gouvernement du Canada, 2006).

Selon l'OMS (2004a, p. 7), le risque d'être affecté par un trouble mental « est plus élevé chez les personnes démunies, les sans-abri, les chômeurs, les personnes ayant un bas niveau d'éducation, les victimes de violence, les immigrants et les réfugiés, les populations indigènes, les enfants et les adolescents, les femmes maltraitées et les personnes âgées délaissées ».

26. Ce terme (ou approche) est défini au chapitre 4, section 4.1.a.

27. L'étiologie réfère aux causes des maladies.

Les études épidémiologiques dans diverses parties du monde ont toutes démontré que les populations les plus isolées et les plus économiquement désavantagées sont davantage touchées par les troubles mentaux, les abus de substance et la détresse psychologique[28] (Caron et Liu, 2010). Selon l'ESCC 1.2 (Statistique Canada, 2002), la prévalence des troubles mentaux et des abus de substance chez la population à faible revenu serait de 37 % plus élevée que chez la population canadienne mieux nantie (**tableau 6**). La prévalence sur 12 mois de la manie et de l'agoraphobie chez la population à faible revenu est de deux fois supérieure, tandis que celle de la détresse psychologique est de 50 % plus élevée, comparée à celle de la population mieux nantie (Caron et Liu, 2010). Particulièrement, la santé mentale des mères monoparentales est moins bonne que celle des mères biparentales (Langlois et Fortin, 1994). Les personnes ayant subi de la violence physique, psychologique ou sexuelle sont aussi nettement plus sujettes aux troubles mentaux que les personnes n'ayant pas connu d'antécédents dans ces domaines. Selon l'OMS, la violence conjugale est une cause importante de dépression, d'anxiété et de pensées suicidaires chez les femmes touchées (Ludermir et autres, 2008). Les principales perturbations associées à une agression sexuelle sont la présence de troubles anxieux ou dépressifs persistants, la présence de troubles graves de la personnalité[29], la difficulté à établir des relations intimes ainsi que des habiletés parentales déficientes (Cyr, McDuff et Wright, 1999). Les personnes âgées qui vivent seules ou qui sont en perte d'autonomie sont aussi plus à risque d'être touchées par les troubles mentaux, comme les statistiques sur la prévalence de ces troubles l'ont démontré dans les sections précédentes.

28. « La détresse psychologique est à l'ensemble de la santé mentale ce que la fièvre est à l'ensemble des maladies infectieuses : un symptôme mesurable, signe évident d'un problème de santé, mais qui ne peut à lui seul éclairer sur l'étiologie et la sévérité du problème auquel il se rattache » (Perrault, 1987, p. 14). Elle provient généralement d'une surcharge ou d'une trop grande intensité de stress et peut prendre quatre formes : états dépressifs, anxiété, troubles cognitifs et irritabilité (Desmarais et autres, 2000).

29. Le trouble de la personnalité est « un mode durable des conduites et de l'expérience vécue qui dévie notablement de ce qui est attendu dans la culture de l'individu, qui est envahissant et rigide, qui apparaît à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, qui est stable dans le temps et qui est source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement » (Psychomédia, 2001). Le DSM-IV identifie dix troubles de la personnalité : paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisociale, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante et obsessionnelle-compulsive. La proportion de la population adulte qui présente un trouble de la personnalité est estimée entre 5 % et 15 % (Psychomédia, 2001).

Tableau 6

PRÉVALENCE DES TROUBLES DE SANTÉ MENTALE AU SEIN DE LA POPULATION À DOMICILE À FAIBLE REVENU ET REVENU ÉLEVÉ, ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS, EXCLUANT LES TERRITOIRES DU CANADA, ESCC 1.2, 2002

	Population totale n = 36 984	Population à faible revenu n = 6 620	Population à revenu élevé n = 30 364	Prévalence ratio[a]	Test de comparaison[b]	
	%	%	%		T [499][c]	P
Détresse psychologique très élevée						
Canada	20,74	28,50	18,96	1,50	10,30	<0,001
Québec	23,35					
Sexe						
• Hommes	19,23	26,84	17,80	1,51	6,36	<0,001
• Femmes	22,20	29,89	20,28	1,47	7,98	<0,001
Âge						
• 15-24 ans	29,20	32,95	28,16	1,17	2,31	0,02
• 25-44 ans	21,28	31,00	19,47	1,59	6,98	<0,001
• 45-64 ans	18,40	29,42	16,48	1,79	7,35	<0,001
• 65 ans et plus	14,74	19,76	12,99	1,52	4,35	<0,001
Trouble de santé mentale sélectionné						
Dépression majeure	4,81	6,51	4,41	1,48	5,36	<0,001
Manie	0,96	1,64	0,81	2,02	4,57	<0,001
Trouble panique	1,53	2,13	1,37	1,55	3,11	0,002
Phobie sociale	3,01	3,57	2,86	1,25	2,51	0,01
Agoraphobie	0,74	1,30	0,61	2,13	2,52	0,01
Dépendance aux substances	3,07	3,86	2,87	1,34	2,66	0,01

a. Les tests de comparaison ont été effectués entre la population à faible revenu et la population à revenu non faible avec la méthode de l'amorçage (*bootstrapping*) (500 échantillons obtenus).

b. La technique de l'amorçage (*bootstrapping*) a été utilisée pour produire le coefficient de variation. Les données dont le coefficient de variation se situe de 16,6% à 33,3% sont identifiées et doivent être interprétées avec prudence.

c. T-value avec un degré de liberté = 499, calculé à partir des 500 différences des échantillons.

Source : Caron et Liu, 2010.

La santé mentale positive*

Généralement, les programmes de santé mentale sont axés sur la gestion des symptômes, le traitement des maladies ou la prévention. Or, la santé mentale ne peut se résumer à une absence de pathologie. C'est pourquoi la conception pathologique de la santé mentale est de plus en plus contrebalancée par la conception plus globale de « santé mentale positive ». Ce concept comporte plusieurs dimensions (aptitudes à jouir de la vie; adaptation aux événements de la vie; bien-être émotionnel; valeurs spirituelles; appartenance sociale) et peut être mesuré de diverses façons (autoévaluation de la santé mentale, satisfaction à l'égard de la vie, etc.). Ainsi, la santé mentale positive sur le plan de l'emploi peut être indirectement évaluée en mesurant la satisfaction au travail (ICIS, 2009). Selon l'ESCC (cycle 3, 2005), 37,2 % des Canadiens répondants ont déclaré être en excellente santé mentale et 38,2 %, éprouver une satisfaction élevée à l'égard de la vie. Pour le Québec, les pourcentages étaient de 40,7 % et de 38,2 % respectivement (ICIS, 2009). De façon générale, les personnes qui présentent une meilleure santé mentale positive ont également moins de risque de présenter des problèmes de santé physique. Cette nouvelle conception incite à se concentrer non seulement sur le traitement et la prévention des troubles mentaux, mais aussi à promouvoir et à maintenir une santé mentale florissante. Les stratégies axées sur la santé mentale positive visent non seulement les personnes atteintes de troubles mentaux ou les groupes à risque, mais aussi toutes les personnes et les collectivités en cherchant à améliorer les facteurs de protection qui permettent de mieux faire face aux événements et à créer des environnements ou des milieux de vie favorables (Joubert, 2009).

À l'échelle individuelle, la promotion de la santé mentale positive peut être axée sur le développement de la résilience, des compétences et des forces personnelles. À l'échelle communautaire, elle vise à renforcer le sentiment d'appartenance et la participation aux activités de la collectivité. Enfin, à l'échelle sociétale, la promotion de la santé mentale positive met l'accent sur des stratégies visant des groupes cibles (enfants, adolescents, personnes âgées, immigrants, personnes à faible revenu, etc.) ou des milieux précis (foyer familial, école, milieu de travail, etc.) (ICIS, 2009).

* Ce résumé est tiré presque intégralement du document *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive*, produit en 2009 par l'ICIS.

2 LES ENJEUX LIÉS AUX TROUBLES MENTAUX

Qu'ils soient graves ou modérés, les troubles mentaux peuvent affecter l'ensemble des aspects de la vie de l'individu, en réduisant ses champs d'activité et sa capacité d'agir. Ils ont également des impacts importants, et parfois même dramatiques, tant sur la vie familiale que sur la santé et le bien-être des membres de l'entourage. Dans ce chapitre, nous décrirons les principaux enjeux que les troubles mentaux entraînent sur le plan individuel, social et familial. La première section s'intéressera aux conséquences des troubles mentaux sur le plan individuel et social et sera divisée en neuf thèmes : a) la pauvreté; b) le travail; c) les abus de substance; d) les troubles concomitants de santé physique et la morbidité/mortalité; e) la victimisation et la judiciarisation; f) le suicide; g) l'itinérance; h) le syndrome de la porte tournante; i) la stigmatisation. La seconde section décrira l'impact des troubles mentaux sur les familles. La stigmatisation et la santé mentale font par ailleurs l'objet d'un bref article du D[r] Whitley.

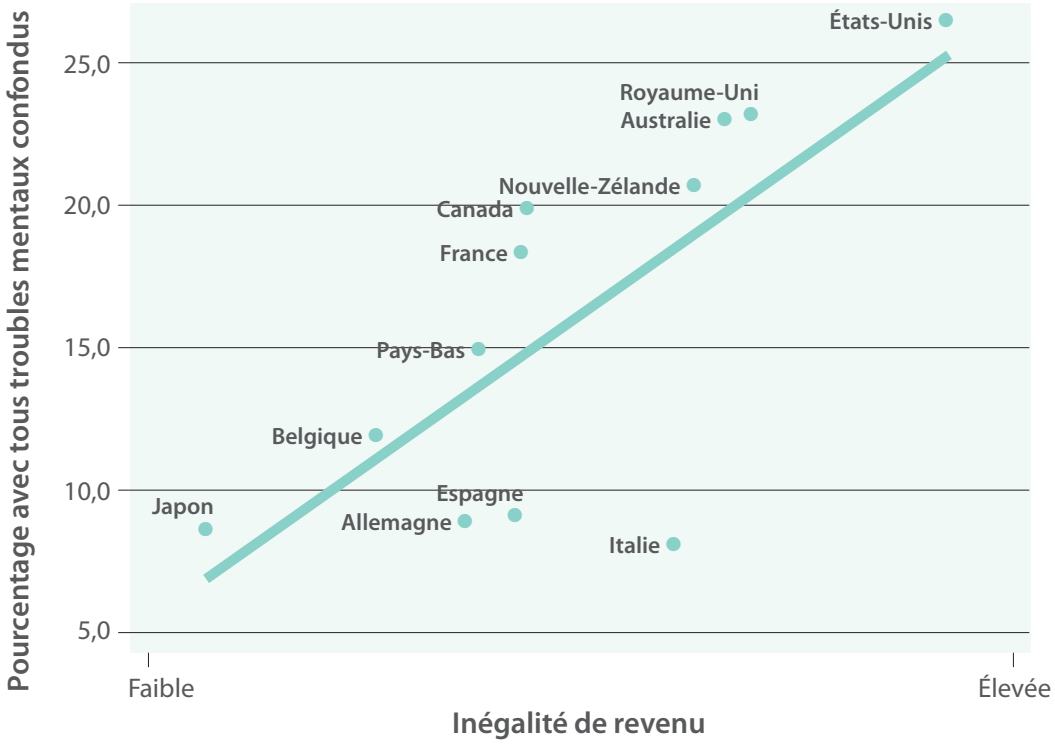
2.1. L'impact sur le plan individuel et social

a) La pauvreté

Le Québec a été l'un des premiers États du monde à se doter, en 2002, « d'une loi et d'une stratégie nationale de lutte à la pauvreté et à l'exclusion sociale, assortie d'un plan d'action gouvernemental » (Jekovska, 2008, p. 29). La pauvreté y était définie comme « la condition dans laquelle se trouve un être humain qui est privé de manière durable des ressources, des moyens, des choix et du pouvoir nécessaires pour accéder à son autonomie économique et favoriser son inclusion sociale » (MESS, 2002, dans Jekovska, 2008, p. 6). La relation entre la pauvreté et la santé mentale est complexe et pluridimensionnelle (OMS, 2001b). Comme il a été indiqué précédemment, les troubles mentaux sont plus fréquents chez les populations économiquement défavorisées (**figure 1** et, pour le Québec, **tableaux 7 et 8**).

Figure 1

RÉPARTITION DES PAYS INDUSTRIALISÉS SELON LA PRÉVALENCE DES TROUBLES MENTAUX ET LE NIVEAU D'INÉGALITÉ DES REVENUS



Source : Wilkinson et Pickett, 2010.

Il est cependant difficile de savoir si la mauvaise santé mentale est consécutive à la pauvreté ou vice-versa (Jekovska, 2008). Chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, il semble que la pathologie soit le principal déterminant à l'origine de la pauvreté. Comme il a déjà été mentionné, les premiers symptômes de la schizophrénie se manifestent à la fin de l'adolescence et au début de l'âge adulte : ils ont donc pour effet de perturber les études et l'accès au marché du travail. Les personnes ayant eu des troubles mentaux durant leur enfance ont en moyenne 1,5 année d'éducation de moins que les autres (Boyle et Georgiades, 2010). Comparativement aux personnes ayant eu des problèmes chroniques de santé physique à partir de l'enfance, celles ayant eu des troubles mentaux à un jeune âge possèdent un degré d'éducation, un revenu, un statut de santé ainsi qu'une qualité de vie inférieurs (Boyle et Georgiades, 2010). Le pourcentage de personnes qui ont un trouble mental n'ayant pas accès à un logement convenable est aussi plus élevé que celui rencontré dans la population générale (27 % contre 15 %) (Kirby et Keon, 2006). Pour la majorité des personnes ayant des troubles mentaux graves, l'aide sociale est généralement la seule source de revenus, étant donné que de 80 % à 90 % d'entre elles sont sans emploi (Stuart et Arboleda-Florez, 2009).

Tableau 7

PROPORTION DE PERSONNES AYANT UN NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE SELON DES CARACTÉRISTIQUES PERSONNELLES, PERSONNES DE 15 À 75 ANS EN EMPLOI, QUÉBEC, 2002

	Hommes	Femmes	Total
	%		
Groupe d'âge[a, b, c]			
• 15-24 ans	26,5	36,4	31,4
• 25-34 ans	33,1	25,4	29,4
• 35-44 ans	19,6	32,0	25,2
• 45-54 ans	20,1*	22,5	21,3
• 55-75 ans	12,9*	19,2*	15,0
Type de ménage			
• Vit seul	27,5	32,6	29,5
• Ne vit pas seul	21,6	27,0	24,1
Plus haut niveau de scolarité[b, c]			
• Études secondaires partielles	23,7	37,6*	28,7
• Diplôme d'études secondaires	25,4	27,8*	26,4
• Études postsecondaires partielles	26,7*	42,7*	33,5
• Grade/diplôme d'études postsecondaires	19,8	24,3	22,0
Revenu du ménage[b, c]			
• Inférieur	27,9*	47,6*	39,1
• Moyen inférieur	24,1	36,4	29,6
• Moyen supérieur	22,9	25,2	24,0
• Supérieur	19,2	22,6	20,7
Problèmes de santé chroniques[a, b, c]			
• Aucun	18,9	22,1	20,2
• Un	21,9	25,0	23,4
• Deux	24,8*	28,3	26,2

a. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5% chez les hommes.

b. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5% chez les femmes.

c. Le test d'association entre cette variable et la détresse psychologique est significatif au seuil de 5% dans la population totale.

* Coefficient de variation de 15% à 25%: à interpréter avec prudence.

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2008b.

Pour les cas d'anxiété ou de dépression, il semble plutôt que l'insécurité financière soit l'un des éléments déclencheurs du trouble mental. Comme il a été indiqué précédemment, les problèmes financiers et les possibilités de perdre son emploi ou son logement sont d'importants facteurs de risque pour la maladie mentale. De plus, la pauvreté affaiblit la capacité de l'individu à faire face à de nouveaux problèmes et difficultés. Les études de Caron et ses collaborateurs (2011, 2010 et 2007) ont révélé un taux de détresse psychologique très

élevé chez la population la plus pauvre. Le fait de vivre dans des conditions économiques défavorables augmente le risque de développer successivement des problèmes de santé physique ou mentale. Le taux d'hospitalisation pour troubles mentaux est 127 % plus élevé chez les jeunes garçons défavorisés et 37 % chez les filles (MSSS, 2007a). D'après l'étude de Robichaud et collaborateurs (1994), les personnes plus démunies ont souvent une faible estime de soi. L'indigence s'accompagne souvent d'exclusion sociale et de préjugés, qui nourrissent et accentuent les sentiments de honte et d'autodénigrement (RRASMQ, 2002). L'évolution des troubles mentaux serait aussi influencée par la situation socioéconomique de l'usager, étant donné que l'accès aux services de santé mentale peut être restreint pour certains groupes défavorisés (OMS, 2001b). L'accès à la psychothérapie au Québec est notamment plus limité pour les groupes qui n'ont pas d'assurance privée. Toutefois, la pauvreté n'est source de troubles mentaux que lorsqu'elle se conjugue avec d'autres facteurs, comme l'isolement social (Tousignant, 1989).

Tableau 8

PRÉVALENCE DES PROBLÈMES DE SANTÉ MENTALE CHEZ LA POPULATION ÂGÉE DE 15 À 75 ANS, SELON LE SEXE ET LE FAIT DE TRAVAILLER OU NON, QUÉBEC, 2002

Prévalence (%)	Population en emploi	Population sans emploi	Population totale
Niveau élevé de détresse psychologique (1 mois)			
• Hommes[a]	22,4	30,0	24,5
• Femmes	28,0	29,9	28,7
Total[a]	24,9	29,9	26,6
Dépression majeure (12 mois)			
• Hommes[a]	2,6*	5,2*	4,2
• Femmes	6,0*	7,0	6,3
Total[a]	4,2	6,3	4,9
Indice global positif de dépression (12 mois)			
• Hommes[a]	4,4	7,8*	5,3
• Femmes	8,8	10,7	9,6
Total[a]	9,5	9,5	7,5
Autoévaluation du stress (élevé)[b] (12 mois)			
• Hommes	34,7	31,5*	34,4
• Femmes	43,8	39,9	43,4
Total	38,8	35,5	38,5

a. Différence significative au seuil de 5 % entre la population en emploi et la population sans emploi quant à ce problème de santé mentale.

b. Évaluation de la plupart des journées de travail comme « assez » ou « extrêmement » stressantes, par opposition à « pas du tout », « pas tellement » ou « un peu » stressantes. À cette question, la population absente du travail au cours des 7 derniers jours, mais ayant travaillé à un moment quelconque au cours des 12 derniers mois, était aussi invitée à répondre.

* Coefficient de variation de 15 % à 25 % : à interpréter avec prudence.

Source : ISQ, 2008b.

b) L'impact du travail sur la santé mentale[30]

Les problèmes de santé mentale au travail augmentent de façon alarmante depuis le début des années 1990. Les transformations rapides opérées dans le monde du travail (mondialisation des marchés, compétitivité, nouveaux modes de gestion, développement des technologies de l'information, précarité d'emploi, etc.) expliquent en bonne partie ce phénomène. Selon des études américaines, la proportion de travailleurs rapportant devoir travailler à un rythme accéléré est passée de 55 % en 1977 à 68 % en 1997, et la proportion de ceux disant ne jamais avoir « assez de temps pour terminer leur travail » au cours de la même période « est passée de 40 % à 60 % » (Vézina et autres, 2008, p. 13). En Europe, 50 % des travailleurs disaient avoir des échéances serrées durant au moins le quart de leur temps de travail en 1990; ils étaient 62 % en 2005 (Vézina et autres, 2008). Au Canada, l'ESCC 1.2 a signalé qu'une majorité de Canadiens jugeaient leur travail comme stressant (**tableau 9**). Fait intéressant, les personnes possédant les revenus les plus élevés sont plus nombreuses « à considérer leur travail comme assez ou extrêmement stressant » (gouvernement du Canada, 2006, p. 14).

Tableau 9

PRÉVALENCE DE L'AUTOPERCEPTION DU STRESS PROFESSIONNEL CHEZ LES ADULTES ÂGÉS DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, ESCC 1.2, 2002

Prévalence (%)	Niveau de stress professionnel				
	Pas du tout	Pas tellement	Un peu	Assez	Extrêmement
15-24 ans	18,0	26,7	34,3	17,6	3,5
25-44 ans	7,9	16,9	41,18	27,2	6,2
45-64 ans	10,5	17,8	38,4	27,6	5,7
65-79 ans	26,8	28,0	30,5	10,9	*

* Taille insuffisante de l'échantillon.

Source : Gouvernement du Canada, 2006.

Le stress lié au travail peut entraîner de graves conséquences sur la santé physique ou mentale des individus. Une forte demande psychologique exigée dans le cadre d'un travail jumelée à une faible latitude décisionnelle, un manque de reconnaissance de l'effort fourni et de ses compétences, un faible soutien social de la part du patron et des collègues, l'obligation de travailler d'une manière qui heurte sa conscience professionnelle ainsi que le harcèlement et la violence psychologique sont autant de facteurs augmentant les risques de détresse psychologique, d'épuisement professionnel et d'autres troubles mentaux reliés à l'emploi (Vézina et autres, 2008). Selon une étude réalisée en Suède (Leymann, 1990), la violence psychologique au travail serait à l'origine de 10 % à 15 % des suicides dans ce pays. De même, une étude auprès de 7 694 salariés français a montré qu'être témoin de violence psychologique sur son lieu de travail augmente les risques de symptômes dépressifs, particulièrement chez les femmes (Niedhammer, David et Degioanni, 2009).

30. Les difficultés d'accès et de maintien à l'emploi pour les personnes présentant ou ayant eu des troubles mentaux seront discutées à la section 2.1.i, intitulée « La stigmatisation ».

En outre, le phénomène de la double tâche (emploi et obligations familiales), qui touche toujours majoritairement les femmes, a tendance à augmenter l'exposition au stress et aux troubles mentaux au travail (Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, 2003b).

Les problèmes de santé mentale représentent l'une des principales causes d'absence au travail (Canada, États-Unis, etc.). Aux États-Unis, l'absentéisme au travail pour des raisons de santé mentale est plus important que celui relié aux blessures ou aux maladies physiques (Stuart et Arboleda-Florez, 2009). Au Canada, 33 % des prestations versées par les compagnies d'assurance pour invalidité au travail sont liées à des troubles mentaux, comptant pour 70 % du coût total de ces prestations (Sroujian, 2003). La majeure partie des individus absents pour des raisons de santé mentale sont atteints de troubles modérés qui peuvent être regroupés en trois grandes catégories : les troubles d'adaptation (comme l'épuisement professionnel ou *burn-out*), les troubles de l'humeur (telle la dépression majeure) et les troubles anxieux (Saint-Arnaud et autres, 2007). Selon un rapport de l'Agence européenne pour la santé et la sécurité au travail, le stress chronique serait la cause de la moitié des cas d'absentéisme (European Agency for Safety and Health at Work, 2009). Le retour au travail est souvent appréhendé avec anxiété, et certains employés préfèrent quitter leur emploi plutôt qu'éventuellement subir une rechute (Saint-Arnaud, Saint-Jean et Rhéaume, 2003). L'absentéisme ne représente toutefois que la pointe de l'iceberg. Le présentéisme, phénomène par lequel l'employé demeure au travail sans donner son plein rendement, entraînerait des coûts beaucoup plus importants pour les entreprises (Brun et Lamarche, 2006). Selon Hemp (2004), la productivité d'un employé peut être réduite de plus de 33 % en raison du présentéisme. D'après une étude américaine, la dépression est la cause de 81 % des coûts liés à la perte de productivité au travail (Stewart et autres, 2003).

Au Canada, 43 % des travailleurs auraient connu un épisode de détresse psychologique de 1994 à 2000 (Brun, Biron et St-Hilaire, 2009). Le niveau de détresse psychologique est plus élevé chez la population à faible revenu qui travaille. Les coûts directs ou indirects de l'absentéisme causé par les problèmes de santé mentale totalisent 7 % de la masse salariale (Dewa et autres, 2010; Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, 2003a). Au Québec, le nombre moyen de journées d'incapacité au travail causées par des problèmes de santé mentale a plus que triplé de 1992 à 1998, passant de 7,4 à 24,6 jours[31] pour 100 personnes (Vézina et Bourbonnais, 2001). De 30 % à 50 % des absences prolongées au travail, soit une période de plus de six mois, indemnisées par les compagnies privées d'assurance salaire, sont attribuées aux troubles mentaux (Ranno, 2000). Ce pourcentage n'était que de 18 % en 1990 (Vézina et autres, 2008; Saint-Arnaud, Saint-Jean et Damasse, 2004). Les déboursés annuels en indemnités de remplacement au travail sont passés de 1,5 million de dollars en 1990 à 12 millions en 2005 (Vézina et autres, 2008).

Le recours au soutien social ainsi que le maintien de saines habitudes de vie (autres sources d'intérêt que le travail, bonne alimentation, activité physique, etc.) peuvent diminuer les impacts négatifs du stress au travail et éviter le développement de problèmes de santé mentale. Cependant, les interventions les plus efficaces cibleraient à la fois les individus, les groupes et les organisations et mettraient à contribution des interventions qualifiées

31. Les auteurs n'indiquent pas les raisons de cette augmentation importante.

de primaires, secondaires et tertiaires – les interventions secondaires sont celles qui sont les plus déployées dans les milieux de travail[32] (Corbière et autres, 2009). Les programmes de promotion, de prévention, de lutte à la stigmatisation en milieu de travail et d'aide aux employés, appuyés par des orientations gouvernementales fortes dans certaines régions ou certains pays encourageant les changements de mentalité (Europe, Commission de la santé mentale du Canada (CSMC)), auraient particulièrement été bonifiés dans les dernières années en raison de la montée des troubles mentaux et de la reconnaissance des organisations quant à l'importance d'environnements sains pour la productivité organisationnelle – mais des efforts importants restent à poursuivre (CSMC, 2011; Corbière et autres, 2009). Au Québec, une vingtaine d'entreprises parmi les plus importantes dans la province ont ainsi adopté des normes ISO en santé mentale[33], comme on le fait pour la protection de l'environnement. Onze organisations ont reçu la certification en 2010[34] (Harnois et autres, 2011).

c) Les abus de substance et leur association avec les troubles mentaux

La consommation d'alcool (**tableau 10**) est très répandue dans la population canadienne et québécoise. Bien que la grande majorité de la population consomme de façon responsable et modérée, une proportion importante consomme de façon excessive, « soit cinq verres ou plus lors d'une même occasion au moins une fois par mois » (ISQ, 2008a, p. 38). En 2010, d'après l'Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues (ESCCAD), 17,3 % de la population canadienne et 17,7 % de la population québécoise âgée de 12 ans et plus ont ainsi une consommation abusive d'alcool (**tableau 11**). La consommation excessive d'alcool touche plus particulièrement les hommes âgés de 20 à 34 ans. Selon Éduc'alcool (2007, p. 2), 3 % des Québécois consomment « plus de huit verres par occasion de consommation au moins une fois par semaine ». Chez 7,2 % de l'ensemble des répondants québécois de l'ESCCAD et 8,5 % des buveurs québécois actuels (**tableau 10**), la consommation d'alcool leur a causé en 2010 un méfait dans au moins l'un des huit secteurs suivants : santé physique; liens d'amitié et vie sociale; situation financière; vie familiale ou conjugale; travail, études ou occasion d'emploi; rapport avec le système judiciaire; apprentissage; logement.

Pour ce qui est de la dépendance à l'alcool, selon l'ESCC 1.2, elle est qualifiée de légèrement probable chez 6,2 % de la population canadienne et fortement probable chez 2,6 %. La prévalence de la dépendance à l'alcool, qu'elle soit légèrement ou fortement probable, est trois fois supérieure chez les hommes (**tableau 12**). Par ailleurs, la dépendance à l'alcool est légèrement probable chez 4,6 % de la population québécoise et fortement probable chez 1,9 % (ESCC 1.2, dans Statistique Canada, 2002).

32. Selon Corbière et collaborateurs (2009, p. 82), « primary interventions attempts to reduce exposure of psychotically harmful working conditions or to modify organizational characteristics to protect/improve worker well-being. Secondary interventions try to enable people to utilize the skills necessary to deal with potentially harmful working conditions or to reverse/reduce the (progression) disabling effects of mental health problems. Tertiary interventions are defined as treating people who have been harmed in some way by work related stress ».

33. Il s'agit de la norme Entreprise en santé, élaborée par le Groupe entreprises en santé, conjointement avec le Bureau de normalisation du Québec, grâce au financement de la Commission de la santé mentale du Canada (http://www.groupeentreprisesensante.com/fr/).

34. Notons aussi les travaux réalisés à la Chaire de recherche du Canada sur l'intégration professionnelle et l'environnement psychosocial du travail à l'Université Laval de Québec. Une grille d'identification des risques psychosociaux en milieu de travail a ainsi été produite, laquelle peut être utilisée pour des programmes de prévention en entreprise. Un indice des risques psychosociaux dans l'entreprise est ainsi calculé, et un rapport contenant des recommandations est remis à l'entreprise (Vézina et Chouinard, 2010, dans Harnois et autres, 2011).

Tableau 10

CONSOMMATION D'ALCOOL ET MÉFAITS DE LA CONSOMMATION, CANADA, QUÉBEC

	ETC 2004 n = 13 909 %	ESCCAD 2008 n = 16 672 %	ESCCAD 2009 n = 13 082 %	ESCCAD 2010 n = 13 615 %
Consommation d'alcool				
Consommation au cours de la vie • Canada • Québec	92,8	90,2*	88,6(*)	88,9† 92,6**
Consommation au cours des 12 derniers mois • Canada • Québec	79,3	77,3	76,5(*)	77,0 82,5**
Méfaits de la consommation d'alcool envers soi au cours des 12 derniers mois				
Méfaits chez les buveurs actuels • Canada • Québec	8,8	8,7	8,3	7,1 8,5
Méfaits dans l'ensemble de la population • Canada • Québec	7,1	6,8	6,5	5,7 7,2

n = taille de l'échantillon.

* Différence statistiquement significative entre les données de 2008 et de 2004.

(*) Différence statistiquement significative entre les données de 2009 et de 2004.

† Différence statistiquement significative entre les données de 2010 et de 2004.

** Différence statistiquement significative entre l'estimation provinciale et l'estimation nationale.

Sources : ESCCAD, de 2008 à 2010 (Santé Canada, site Internet) et Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, site Internet).

La consommation de drogues au Canada et au Québec est nettement moins fréquente que celle de l'alcool (**tableau 13**). Ainsi, 17 % des Canadiens disent avoir consommé une ou plusieurs drogues sur une période de 12 mois en 2010. Le cannabis est la substance illicite la plus consommée au Canada (dont près de 50 % de la consommation s'effectue chez les jeunes). D'après Cardin et Dubé (2008), 30 % des élèves ont consommé de la drogue au moins une fois sur une période de 12 mois en 2006 – dont 42 % des élèves de la 3e à la 5e année du secondaire –, l'âge moyen de la première consommation étant de 13,4 ans. Selon l'ESCC 1.2, en 2002, la prévalence de la dépendance aux drogues illicites chez les personnes âgées de 15 ans et plus au Canada était de 0,8 %. Chez la population québécoise, elle était de 0,9 % (ESCC 1,2, dans Statistique Canada, 2002).

Tableau 11

CONSOMMATION ABUSIVE D'ALCOOL[a], SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE, CANADA, QUÉBEC

	2005	2007	2008	2009	2010
	%				
Canada					
Total, 12 ans et plus	17,3	17,2	16,7	17,2	17,3
• Hommes	25,3	25,0	24,1	24,8	24,8
• Femmes	9,6	9,6	9,6	9,9	10,1
12 à 19 ans	14,4	13,7	13,6	14,0	13,8
• Hommes	17,3	16,4	16,9	16,8	16,3
• Femmes	11,3	10,9	10,3	11,2	11,2
20 à 34 ans	30,0	29,8	29,6	30,1	30,7
• Hommes	41,8	40,0	39,1	40,5	41,1
• Femmes	18,3	19,5	19,9	19,7	20,2
35 à 44 ans	18,2	17,2	16,7	16,9	17,1
• Hommes	27,2	26,2	25,1	25,0	25,8
• Femmes	9,1	8,4	8,4	8,8	8,3
45 à 64 ans	14,1	14,6	14,3	15,4	15,5
• Hommes	21,7	22,8	21,9	23,3	23,2
• Femmes	6,7	6,6	6,8	7,5	7,9
65 ans et plus	4,4	5,0	4,3	4,5	4,3
• Hommes	8,3	9,2	7,8	8,3	7,7
• Femmes	1,3	1,6	1,3	1,3	1,5
Québec					
Total, 12 ans et plus	16,8	17,3	17,3	18,6	17,7
• Hommes	24,3	24,8	25,8	26,3	25,1
• Femmes	9,5	10,0	9,2	11,1	10,6

a. Personnes âgées de 12 ans et plus qui ont déclaré avoir bu 5 verres ou plus d'alcool en une même occasion, au moins une fois par mois, dans les 12 derniers mois.

Source : Statistique Canada, CANSIM, tableau 105-0501 et produit nº 82-221-X au catalogue.

Les personnes aux prises avec un trouble mental, qu'il soit grave ou modéré, sont beaucoup plus à risque que la population en général de connaître des problèmes d'abus de substance et vice-versa[35]. Dans l'*Epidemiological Catchment Area Study* (Regier et autres, 1990), la prévalence à vie des problèmes d'abus de substance dans la population américaine est de 16,7 %. Les personnes atteintes d'un trouble bipolaire sont sept fois plus à risque de présenter un problème de consommation d'alcool ou de drogues que la moyenne générale (Regier et autres, 1990). Le risque est multiplié par cinq pour la schizophrénie, par trois pour le trouble panique et par deux pour la dépression majeure (Regier et autres, 1990). Selon Cloutier (2008), la proportion d'individus ayant des problèmes d'abus de substance serait de presque 100 % pour les cas de troubles de la personnalité antisociale et de 50 %

35. Notons par ailleurs qu'étant donné que les troubles mentaux modérés peuvent être induits par la toxicomanie, le traitement de cette dernière permet de les enrayer.

à 90 % pour les autres troubles de la personnalité. D'après le *National Comorbidity Survey Replication*, la prévalence à vie des problèmes d'abus de substance est de 50,9 % chez les personnes ayant connu un trouble mental dans leur vie, tandis que la prévalence à vie des troubles mentaux chez les personnes ayant vécu un trouble d'abus de substance est de 51,4 % (Kessler, 2004). Selon l'ESCC 1.2, le ratio des troubles de l'humeur et d'anxiété chez les personnes rapportant un problème d'abus de substance au Canada est deux fois supérieur à celui rencontré chez celles qui n'ont pas de problèmes d'abus de substance (15,9 % contre 7,5 %) (Rush et autres, 2010). Les troubles concomitants de santé mentale sont plus fréquents chez les personnes ayant des problèmes de drogue (26,3 %) que chez celles qui ont des problèmes d'alcool (14,3 %) (Rush et autres, 2010).

Tableau 12

DÉPENDANCE À L'ALCOOL, SELON LE GROUPE D'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION À DOMICILE ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, TERRITOIRES NON COMPRIS, 2002

Dépendance à l'alcool	Cas légèrement probables		Cas fortement probables	
	Nombre	%	Nombre	%
Total, 15 ans et plus	1 542 886	6,2	640 632	2,6
• **Hommes**	1 162 514	9,5	472 159	3,8
• **Femmes**	380 372	3,0	168 473	1,3
15 à 24 ans	495 785	12,0	288 716	7,0
• **Hommes**	333 209	15,8	203 362	9,6
• **Femmes**	162 576	8,0	85 353	4,2
25 à 64 ans	1 020 661	6,0	349 781	2,0
• **Hommes**	805 021	9,4	266 913	3,1
• **Femmes**	215 641	2,5	82 869	1,0
65 ans et plus	26 439 E	0,7 E	F	F
• **Hommes**	24 284 E	1,5 E	F	F
• **Femmes**	F	F	F	F

Source : Statistique Canada, 2002 (mise à jour en septembre 2004).

Les données dont le coefficient de variation se situe de 16,6 % à 33,3 % sont marquées d'un « E » et doivent être interprétées avec prudence. Les données présentant un coefficient de variation supérieur à 33,3 % ont été supprimées (F) en raison de l'extrême variabilité de l'échantillonnage.

Divers facteurs peuvent expliquer pourquoi les personnes ayant un trouble mental ont un risque élevé d'abuser de substances psychoactives. Chez certaines d'entre elles, la consommation d'alcool ou de drogues représente une forme d'automédication. Ainsi, le cannabis peut efficacement diminuer l'anxiété et combattre l'insomnie, alors que les amphétamines ou la cocaïne combattent l'apathie (Rouillard, 2008). Pour d'autres, qui ont de la difficulté à ressentir le plaisir en raison du trouble mental ou de la médication, l'intoxication offre une satisfaction rapide et immédiate. Malgré ces effets perçus comme positifs par l'utilisateur, l'usage de substances psychoactives contribue généralement à exacerber les symptômes des troubles mentaux. L'irritabilité, la violence, l'agressivité, la difficulté à gérer le stress, l'apathie, une détérioration de l'estime de soi et des relations interpersonnelles sont les principales conséquences de l'abus de substance chez les personnes ayant des troubles

mentaux (Grenier et Nadeau, 2008). Certains de ces comportements augmentent le risque de produire des actes criminels, qui conduisent éventuellement à l'incarcération. La consommation peut en outre entraîner le développement de problèmes de santé physique ayant de graves incidences sur la vie de la personne (VIH, hépatite B, etc.), augmenter le risque d'itinérance ainsi que celui de tentatives de suicide (Ménard et autres, 2008). Elle engendre aussi plusieurs conséquences négatives sur la famille de la personne atteinte (fardeau économique, ruptures, risque élevé de violence, etc.). Enfin, les troubles concomitants sont associés à une plus grande utilisation des services, à un pronostic plus défavorable, à des problèmes de fidélité au traitement ainsi qu'à un nombre plus élevé de rechutes conduisant à de fréquentes réadmissions en milieu hospitalier (Santé Canada, 2002a).

Tableau 13

CONSOMMATION DE DROGUES ET MÉFAITS DE LA CONSOMMATION

	ETC 2004 n = 13 909 %	ESCCAD 2008 n = 16 672 %	ESCCAD 2009 n = 13 082 %	ESCCAD 2010 n = 13 615 %
Toutes drogues*				
• Canada				11,2
• Québec				10,7
Méfaits de la consommation de drogues envers soi au cours des 12 derniers mois				
Méfaits chez les consommateurs				
• Canada	17,5	21,7	–	17,0
• Québec				
Méfaits dans l'ensemble de la population				
• Canada	2,8	2,7	–	2,1
• Québec				2,2

n = taille de l'échantillon.

– Aucune estimation comparable.

* Cannabis, cocaïne/crack, méthamphétamine/méthamphétamine cristallisée, ecstasy, hallucinogènes, salvia, substances inhalées, héroïne, antidouleurs, stimulants ou sédatifs consommés pour leur effet euphorique.

Sources : ESCCAD de 2008 à 2010 (Santé Canada, site Internet) et Enquête sur les toxicomanies au Canada de 2004 (Centre canadien de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies, site Internet).

d) Les troubles concomitants de santé physique et mentale et la morbidité/mortalité

Les personnes atteintes de troubles mentaux ont un risque plus élevé de développer des maladies physiques que la population générale et elles sont généralement en moins bonne santé. Cette morbidité s'explique principalement par l'action combinée de la maladie ou de son traitement (effets secondaires de la médication), d'habitudes de vie néfastes pour

la santé, de conditions de vie précaires et de problèmes d'accès à certains dispensateurs de soins (Simard, 2011; Imboua et Fleury, 2009). Selon un énoncé de position du Royal College of Psychiatrists (RCP, 2010, dans Samson, 2011), la proportion des personnes dans les unités d'hospitalisation en santé mentale qui fument se situe à 70 %, contre 21 % dans la population générale[36]. Toujours selon cet énoncé de position, environ la moitié du tabac consommé est fumé par des personnes ayant des troubles mentaux, qu'ils soient graves ou modérés (RCP, 2010, dans Samson, 2011). D'autres, au contraire, ont tendance à gérer leurs émotions et leur stress en mangeant davantage (gouvernement du Canada, 2006). En outre, le trouble mental en soi ou encore les effets sédatifs de la médication entraînent souvent une diminution des activités physiques et encouragent un mode de vie sédentaire. De plus, malgré leur utilité indéniable dans l'atténuation des symptômes, les médicaments psychotropes ne sont pas sans danger. Les antipsychotiques ainsi que certains antidépresseurs et régulateurs de l'humeur génèrent souvent un gain de poids pouvant conduire à de l'obésité, à du diabète de type 2, à un taux de cholestérol élevé et à des risques importants de maladies cardiovasculaires (Simard, 2011; Ho et autres, 2011). Une dépendance psychologique peut également s'installer (CEST, 2009) et des symptômes de sevrage (insomnie, agitation, irritabilité, etc.) peuvent se manifester lors de l'arrêt du traitement (Le Moigne, 2008). Par ailleurs, chez les enfants et les adolescents, les antipsychotiques peuvent être à l'origine de troubles neurologiques, tels que le parkinsonisme (Pringsheim et autres, 2011a et 2011b).

Selon les études, chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, la prévalence du syndrome métabolique, qui se manifeste par la présence de l'obésité abdominale, du diabète de type 2, d'un taux de cholestérol élevé et de l'hypertension artérielle, est quatre fois supérieure à celle rencontrée dans la population générale (Suvisaari, 2007). Elle serait aussi plus élevée chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, qui sont soumises à une polythérapie antipsychotique plutôt qu'à un seul médicament (Correll et autres, 2007). Les taux de mortalité des personnes ayant des troubles mentaux graves seraient, quant à eux, de quatre à six fois plus élevés que ceux de la population en général (Meloni et autres, 2006; Politi et autres, 2002). L'espérance de vie des personnes atteintes de schizophrénie ou de trouble bipolaire est en moyenne inférieure de 20 ans à celle de la population générale, et cette mortalité prématurée s'explique principalement par des problèmes de santé physique (Samson, 2011). Les maladies cardiovasculaires (Capasso et autres, 2008) ainsi que celles liées au tabagisme (Michel, 2008) figurent parmi les principales causes de mortalité des personnes ayant des troubles mentaux. Chez les personnes atteintes de schizophrénie, le taux de mortalité pour cause de maladies cardiovasculaires est quatre fois supérieur à celui de la population générale (Conseil du médicament, 2009). Les principales causes de mortalité chez les personnes atteintes de schizophrénie sont les maladies cardiovasculaires, le cancer et le suicide (**tableau 14**). De plus, les personnes atteintes d'un trouble mental composent environ la moitié des décès causés par le tabagisme (Samson, 2011). Les personnes atteintes d'un trouble mental, tel que la dépression ou les troubles anxieux, ont également tendance à moins bien respecter le traitement prescrit pour leurs problèmes de santé physique, d'où des risques accrus de mortalité (OMS, 2004a). Finalement, tous les antipsychotiques sont associés à un risque élevé de mortalité chez les personnes âgées (Conseil du médicament, 2009).

36. Au Québec, en 2007-2008, selon le rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être (2010), qui portait sur les maladies chroniques, 24 % de la population québécoise âgée de 12 ans et plus fumait.

De plus, comme il a été mentionné précédemment, la probabilité d'être touché par un trouble mental courant ou modéré est plus élevée chez les personnes atteintes d'une maladie physique. Selon l'ESCC 1.2 (Statistique Canada, 2002), ces personnes ont deux fois plus de risques d'avoir un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux (gouvernement du Canada, 2006). Des épisodes dépressifs sont très fréquents chez les personnes atteintes de la maladie de Parkinson, d'épilepsie, de cancer, du VIH/sida ou d'autres maladies chroniques, particulièrement chez les personnes âgées (gouvernement du Canada, 2006). Les personnes ayant un trouble physique chronique ont plus tendance à percevoir leur santé mentale comme mauvaise ou passable. Il en est de même pour celles ayant un surplus de poids ou, au contraire, un poids insuffisant (gouvernement du Canada, 2006).

Tableau 14

CAUSES DE MORTALITÉ DANS LES ÉTUDES RÉCENTES SUR LA SCHIZOPHRÉNIE MAJEURE

	Mortensen et Juel (1993)	Brown (1997)	Brown et autres (2000)	Fors et autres (2007)	Capasso et autres (2008)	Dean et Thuras (2009)	Tran et autres (2009[a])	Chong et autres (2009)
Caractéristiques								
Âge cohorte (moyen)	n/d	n/d	39 (H) 43 (F)	n/d		49	39	60
Période d'étude	1970-1987	n/d	1981-1994	1991-2000	1950-2005	1991-2001	1993-2003	2000-2006
Suivi (années)	9	n/d	13	10	55	10	11	6
Taille cohorte	9 156	66 161	370	255	319	1 208	3 434	608
Nombre de décès	1 100	10 260	79	59	140	205	476	72
Cause du décès[b] (%)								
Cardiovasculaire	12	n/d	18	49[c]	29	24	15	17
Cancer	7	n/d	18	19	19	21	16	17
Suicide	46	12	18	14		7	30	0
Accident vasculaire cérébral	3	n/d	n/d	n/d		8	n/d	n/d
Accidentel	11	n/d	4			5	10	n/d
Respiratoire					17			
Autre cause	n/d	n/d	20	n/d			18	66

a. « Décès accidentel » a été défini comme un empoisonnement accidentel ou non suicidaire.

b. Pourcentage actuel de décès basé sur le nombre total de décès.

c. Inclut les accidents vasculaires cérébraux.

Source : Bushe, Taylor et Haukka, *Journal of Psychopharmacology*, vol. 24, n° 4, p. 17-25.

© SAGE, 2010
Reproduit avec l'autorisation de SAGE

La combinaison de troubles mentaux et physiques entraîne une plus grande utilisation des services de santé (**tableau 15**). La durée moyenne des hospitalisations dans ces cas est aussi presque deux fois plus longue qu'en l'absence d'un diagnostic de comorbidité (Johansen et autres, 2011). En 2003-2004, 16,6 % de tous les jours d'hospitalisation dans un centre hospitalier de courte durée au Canada étaient attribuables à un état de comorbidité lié à la santé mentale (Johansen et autres, 2011). Le Québec était la province où le pourcentage de jours d'hospitalisation pour trouble de comorbidité était le plus élevé avec 25,9 %. En tout, 15,1 % des hospitalisations en centres de soins de courte durée au Québec en 2003-2004 étaient reliées à la comorbidité, contre 3,1 % pour Terre-Neuve-et-Labrador (Johansen et autres, 2011). Les personnes hospitalisées pour comorbidité sont significativement plus susceptibles de présenter au moins trois problèmes de santé chroniques, comparativement à celles qui n'ont pas un diagnostic de trouble mental (21,3 % contre 11,8 %), et de déclarer ressentir de la douleur (36,5 % contre 25,6 %) (Johansen et autres, 2011). De plus, 25,9 % des personnes ayant un trouble mental comme principal diagnostic et 23,1 % de celles ayant un trouble mental avec comorbidité disent avoir des besoins de soins de santé non comblés, contre 16,5 % des personnes qui n'ont pas de troubles mentaux (Johansen et autres, 2011).

Tableau 15

POURCENTAGE DE JOURS D'HOSPITALISATION AVEC DIAGNOSTIC DE TROUBLE MENTAL (DIAGNOSTIC PRINCIPAL OU TROUBLE AVEC COMORBIDITÉ), CANADA, QUÉBEC, 2003-2004

Trouble mental	Canada	Québec
Nombre de jours d'hospitalisation (milliers)	19 899	5 427
Pourcentage de jours d'hospitalisation		
Total		
Diagnostic principal	12,4	14,3
Trouble avec comorbidité	16,6	24,5
Troubles organiques (démence, délire, troubles mentaux ou trouble de la personnalité causés par une lésion cérébrale)		
Diagnostic principal	2,6	2,9
Trouble avec comorbidité	7,8	9,1
Troubles d'utilisation de substances (psychose due à l'alcool ou aux drogues, dépendance à l'alcool ou aux drogues, abus de drogues sans état de dépendance)		
Diagnostic principal	0,7	0,7
Trouble avec comorbidité	5,1	8,8
Troubles de l'humeur (trouble bipolaire, dépression, autre)		
Diagnostic principal	4,3	4,4
Trouble avec comorbidité	4,7	5,3

Trouble mental	Canada	Québec
Schizophrénie/psychose (schizophrénie, psychose, paranoïa)		
Diagnostic principal	3,1	3,6
Trouble avec comorbidité	1,6	3,3
Troubles d'anxiété (anxiété, stress aigu)		
Diagnostic principal	0,3	0,3
Trouble avec comorbidité	0,4	4,0
Troubles de la personnalité		
Diagnostic principal	0,3	0,6
Trouble avec comorbidité	2,2	3,8
Autres (troubles d'adaptation, troubles de la sexualité, troubles délirants, troubles de la conduite, psychoses non organiques sans autre indication, ensemble des autres troubles psychiatriques)		
Diagnostic principal	1,1	1,8
Trouble avec comorbidité	3,0	6,6

Note : Le pourcentage total est plus bas que la somme des pourcentages pour les sept types de troubles, étant donné qu'on a diagnostiqué plus d'un trouble mental pour certaines hospitalisations.

Source : Statistique Canada, Information-santé orientée vers la personne, 2003-2004.

e) La victimisation et la judiciarisation

Contrairement aux idées reçues, une grande majorité de personnes ayant un trouble mental grave ne sont pas violentes (Crocker et Côté, 2010). Ainsi, une étude auprès de 1 410 adultes aux prises avec la schizophrénie venant de 56 sites des États-Unis a montré que seulement 3,6 % d'entre eux ont rapporté des comportements violents sérieux durant une période de 6 mois (Swanson et autres, 2006). Selon les études internationales, de 10 % à 25 % des personnes ayant des troubles mentaux graves ont des comportements violents sur une période de temps variable (Crocker et Côté, 2010). Par ailleurs, les personnes ayant seulement un trouble mental grave commettent moins de délits violents que celles ayant uniquement un problème d'abus de substance (Crocker et Côté, 2010). Chez ces dernières personnes, le risque de commettre des délits violents est de 6,5 à 15,5 fois plus élevé que dans la population générale (Hiday, 2006), alors que le risque est de 4 à 7 fois plus important chez les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie (Crocker et Côté, 2010).

Lorsqu'elle se manifeste, la violence des personnes atteintes de troubles mentaux se dirige souvent contre elles-mêmes plutôt que contre les autres. Environ 70 % des hospitalisations causées par une blessure auto-infligée étaient associées à un diagnostic de trouble mental (ICIS, 2011). De plus, les études démontrent que les personnes aux prises avec un trouble mental grave « sont plus à risque d'être victimes de violence que d'en perpétrer » (Crocker et Côté, 2010, p. 4). Une étude américaine (Teplin et autres, 2005) a révélé que le taux de

crimes violents contre les personnes ayant un trouble mental grave est 11 fois supérieur à celui rencontré dans la population générale. D'après une recension récente de 41 écrits scientifiques américains, le pourcentage de personnes présentant des troubles mentaux graves qui auraient été agressées dans les 12 mois précédant l'entrevue se situe autour de 35 % (Choe, Teplin et Abram, 2008). Chez ces personnes, la prévalence rapportée d'exposition à la violence interpersonnelle (sévices physiques, sexuels ou émotionnels) varie de 48 % à 98 % selon les études internationales (Mueser et autres, 1998, dans Crocker et Côté, 2010). L'agresseur est généralement un membre de la famille. Cette victimisation affecte négativement le bien-être et l'adaptation des personnes. Le fait d'avoir été soi-même victime d'actes violents est, après l'abus de substance, le deuxième plus important facteur de risque de comportements violents chez les personnes ayant des troubles mentaux graves (Hiday et autres, 2001).

Les recherches en milieu carcéral indiquent que les personnes ayant un trouble mental y sont surreprésentées (Crocker et Côté, 2010). Ainsi, se basant sur trois études internationales (Erb et autres, 2001; Wallace et autres, 1998; Teplin, 1990), Crocker et Côté (2010, p. 5) signalent que « la prévalence de la schizophrénie est de 2 à 10 fois supérieure en milieu carcéral que dans la population générale ». Au Canada, plus de la moitié des admissions dans les services de psychiatrie légale au Canada est reliée à la schizophrénie et 17 %, à un trouble concomitant de schizophrénie et de toxicomanie (ICIS, 2008b). D'après l'étude de Nathan et collaborateurs (2003), les personnes atteintes de certains troubles de la personnalité sont particulièrement susceptibles de commettre des actes de violence. D'après une étude du gouvernement du Canada (2006, p. 91), « près de la moitié des personnes détenues dans les établissements correctionnels présentent un trouble de la personnalité antisociale ». Cette judiciarisation accrue des personnes ayant des troubles mentaux graves peut toutefois résulter d'une incapacité à accéder aux services de santé mentale dans un délai raisonnable (Fradet, 2009). Les personnes ayant un trouble mental, et plus particulièrement les hommes, ont plus de risques que les autres d'être arrêtées par la police (Crocker, Hartford et Heslop, 2009). Finalement, les facteurs de prédiction de la récidive criminelle ou violente (sexe masculin, jeunesse, pauvreté, environnement défavorisé, problèmes de toxicomanie, trouble de la personnalité antisociale, violence antérieure) sont les mêmes pour les détenus avec ou sans troubles mentaux (Wallace, Mullen et Burgess, 2004; Bonta, Law et Hanson, 1998). La présence de ces facteurs de risque, de même que la non-observance des traitements, accroît significativement les risques de violence chez les personnes ayant des troubles mentaux graves (Crocker et Côté, 2010).

f) Le suicide

En 2000, le nombre de personnes qui se sont suicidées dans le monde était estimé à un million, soit un taux de mortalité de 16 pour 100 000 habitants (Routhier, Leduc et Lesage, 2011). Quant à la prévalence des tentatives de suicide, elle serait de 10 à 20 fois plus élevée que le nombre de suicides complétés (40 fois plus élevée dans le groupe des 15 à 35 ans, selon l'Unicef, 2001). Selon certaines études épidémiologiques, la proportion d'individus ayant tenté de se suicider au cours de leur vie se situerait entre 3 % et 5 % de la population générale, tandis que 10 % à 18 % aurait manifesté des pensées suicidaires à un moment donné (ISQ, 2008a; Kessler, Borges et Walters, 1999; Weissman et autres, 1999). Le suicide

figure au troisième rang parmi les causes de décès chez les personnes âgées de 15 à 44 ans dans les pays industrialisés et c'est la principale cause de décès chez cette population au Canada (Routhier, Leduc et Lesage, 2011). Au cours des 30 dernières années, plus de 100 000 personnes sont décédées par suicide au Canada. Le nombre de Canadiens qui mettent fin à leurs jours chaque année est estimé à environ 3 750, soit 10 suicides par jour (Canadian Association for Suicide Prevention, 2009). Le suicide a d'importantes répercussions sur la famille et les amis du suicidaire. On estime qu'un suicide complété affecte profondément six membres de l'entourage (Gagnon, 2008). Souvent, ces derniers ressentent de la colère envers eux-mêmes pour ne pas avoir décelé les signes avant-coureurs et ainsi avoir prévenu le décès. Il arrive que le suicide en entraîne d'autres dans l'entourage du défunt (gouvernement du Canada, 2006).

Bien que le taux de suicide soit en baisse depuis une quinzaine d'années, après avoir atteint des sommets historiques à la fin des années 1990 (MSSS, 2008b), le Québec détient toujours le plus haut taux de mortalité par suicide au Canada[37] (**figure 2**), tant chez les hommes que chez les femmes. Le taux de suicide au Québec est particulièrement élevé chez les hommes (INSPQ, 2010) et chez les enfants et les adolescents (Renaud et autres, 2008). « Selon des données provisoires produites par l'INSPQ et le Bureau du coroner (2011), en 2009, 1 068 personnes se seraient enlevé la vie au Québec, soit environ 3 décès par jour. Pour l'ensemble du Québec, ce chiffre correspond à un taux ajusté de mortalité par suicide de 13,5 décès par 100 000 personnes » (CSBE, 2011a, p. 23, non publié). De plus, Montréal est la ville où l'on compte le plus de suicides parmi les grandes villes canadiennes (Routhier, Leduc et Lesage, 2011).

Le suicide est un phénomène complexe qui découle de l'interaction de multiples facteurs liés à l'individu et à ses caractéristiques, à son entourage et à son environnement (OIIQ, 2007). La présence d'un ou de plusieurs facteurs de risque chez un même individu ne permet pas de prédire un éventuel suicide; les études récentes tendent toutefois à démontrer que la présence de troubles mentaux, les abus de drogues ou d'alcool et la tentative antérieure de suicide sont, dans tous les facteurs de risque identifiés, ceux qui sont les plus étroitement associés au passage à l'acte (CRISE, 2008; MSSS, 1998b).

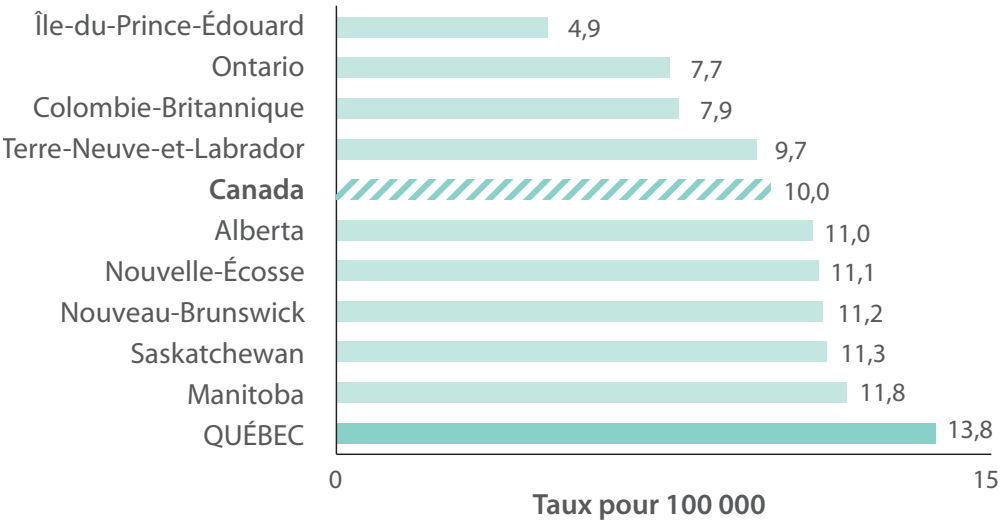
Plusieurs études scientifiques ont permis d'observer une association étroite entre les troubles mentaux et le suicide (CRISE, 2008). Le risque de suicide est 12 fois plus élevé chez les personnes atteintes d'un trouble mental que chez celles qui n'en sont pas atteintes. On estime qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide avaient un trouble mental (Routhier, Leduc et Lesage, 2011; Cavanagh et autres, 2003) et le même pourcentage se rencontre chez les adolescents qui mettent fin à leurs jours (CRISE, 2008). Parmi 44 troubles mentaux examinés dans une méta-analyse (Harris et Barraclough, 1997), 39 sont associés significativement à un taux de mortalité par suicide plus élevé. Les troubles mentaux les plus fréquemment associés au suicide sont les troubles de l'humeur – notamment la dépression majeure, que l'on trouve chez plus d'un tiers des adultes décédés par suicide –, les troubles d'abus de substance et les troubles mentaux graves (schizophrénie et troubles paranoïdes) (Cavanagh et autres, 2003). La prévalence à vie des suicides chez les personnes ayant

37. Des données récentes, parues après la rédaction du présent document, démontrent une amélioration notable des résultats du Québec, comparativement aux autres provinces canadiennes, en ce qui concerne les taux ajustés de mortalité par suicide. En effet, le Québec occupait, en 2009, le septième rang parmi les dix provinces canadiennes pour cet indicateur.

une dépression se situerait entre 6 % et 15 % (Routhier, Leduc et Lesage, 2011; Bostwick et Pankartz, 2000). Selon l'ESCC 1.2, 56,1 % des personnes ayant déclaré avoir tenté de se suicider et 37,2 % ayant eu des idées suicidaires au cours des 12 derniers mois avaient une dépression (Routhier, Leduc et Lesage, 2011). Selon les études, la prévalence des troubles d'abus de substance est estimée entre 10 % et 69 % chez les personnes qui se suicident et entre 10 % et 73 % chez celles qui font une tentative de suicide (Routhier, Leduc et Lesage, 2011; Cherpitel, Berger et Wilcox, 2004). Pour ce qui est de la schizophrénie, les personnes atteintes qui meurent par suicide seraient « 15 à 20 fois plus nombreuses que dans la population générale » (gouvernement du Canada, 2006, p. 74). La prévalence des tentatives de suicide à vie des personnes atteintes de schizophrénie est estimée entre 40 % et 50 % et celle des décès, entre 6 % et 15 % (Haw et autres, 2005; Radomsky et autres, 1999). Enfin, la majorité des personnes qui se suicident présentent une comorbidité : « […] entre 21 % et 81 % des personnes décédées par suicide souffraient d'au moins deux troubles mentaux; chez environ 38 % des personnes décédées par suicide, il y a généralement présence simultanée d'abus de substance et d'autres troubles mentaux, majoritairement des troubles de l'humeur » (Cavanagh et autres, 2003).

Figure 2

TAUX AJUSTÉ DE MORTALITÉ* PAR SUICIDE, QUÉBEC, PROVINCES CANADIENNES ET CANADA, 2006



© 2010, Institut national de santé publique du Québec

* Taux ajusté selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Canada en 1991.

g) L'itinérance

L'itinérance est une réalité sociale visible dans le paysage urbain, principalement à Montréal, mais également dans plusieurs autres villes du Québec. Elle peut être situationnelle (perte de logement due à une catastrophe naturelle, perte d'emploi, rupture conjugale, etc.), cyclique (individus vivant en alternance dans la rue et dans un logement, en prison ou dans une institution psychiatrique) ou chronique (personne sans domicile fixe sur une longue période). S'il est impossible d'établir avec certitude le nombre d'itinérants[38], il est cependant admis que le portrait de l'itinérance a fortement changé au cours des dernières années (Poirier, Hachez et Lecomte, 2000). De plus en plus de jeunes, de femmes, de personnes âgées et d'autochtones sont en situation d'itinérance (Roy et Hurtubise, 2007). Alors que l'image typique de la personne en situation d'itinérance était autrefois un homme d'un certain âge avec un problème d'alcool, on constate aujourd'hui que les itinérants sont aux prises avec des problématiques multiples et complexes (problèmes de santé physique et mentale, dépendances de toutes sortes, déficience ou lenteur intellectuelle), ce qui rend plus complexe la possibilité d'intervenir efficacement (Fleury et autres, 2010c). De 23 % à 74 % des personnes itinérantes au Canada présentent au moins un trouble mental, si l'on inclut les troubles liés à l'usage des drogues et de l'alcool (ICIS, 2007). Les troubles graves (schizophrénie et troubles bipolaires) toucheraient près de 35 % de l'ensemble des itinérants de Montréal[39] (CSSS Jeanne-Mance, 2008).

La recherche dans le domaine de l'itinérance, de la maladie mentale et de la toxicomanie présente des données non concluantes lorsqu'il s'agit de savoir si c'est la maladie mentale et la toxicomanie qui mènent à l'itinérance ou si c'est l'inverse – l'itinérance qui mène à la maladie mentale et à la toxicomanie (Everett, 2009). Les relations entre itinérance et troubles mentaux sont complexes et varient d'un individu à l'autre. Pour certains d'entre eux, le fait d'avoir des troubles mentaux, surtout s'ils ne sont pas traités, peut mener à l'itinérance. Pour d'autres, les troubles mentaux peuvent s'aggraver si l'état d'itinérance persiste. En effet, les conditions de vie rattachées à l'itinérance (incertitude quotidienne relative à sa vie, rapport aux autres marqué par la méfiance, hygiène et nutrition déficientes, etc.) sont en soi une source de stress qui peut générer ou aggraver les troubles mentaux et qui peut inciter à la consommation d'alcool ou de substances psychotropes comme moyen d'adaptation. Le risque de développer un trouble mental augmente en fonction de la durée de la période de vie passée dans la rue (Carrière, 2007). Enfin, l'intervention auprès de cette clientèle est complexifiée par le fait que celle-ci peut être réfractaire aux traitements (surtout la clientèle toxicomane), qu'elle est aux prises avec de multiples et sérieux problèmes et que les nombreux programmes ou autorités concernés par sa prise en charge peuvent interférer entre eux (santé mentale, dépendances, services généraux; ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), municipalité, justice, etc.). Cela fait en sorte que cette clientèle se

38. Selon une recension des écrits réalisée par le CLSC des Faubourgs en juillet 2004 (document non publié), le pourcentage de la population itinérante, selon les pays, s'établirait de 0,2 %, aux Pays-Bas, à 1,0 %, aux États-Unis. Le décompte du nombre d'itinérants n'est toutefois pas une procédure facile et il est sujet à de nombreux biais méthodologiques. Au Québec, les itinérants sont majoritairement concentrés à Montréal. Lors du dernier dénombrement, réalisé par l'Institut de la statistique du Québec (ISQ) en 1998, 28 214 personnes ayant fréquenté à un moment donné un centre d'hébergement, une soupe populaire ou un centre de jour ont été recensées à Montréal, dont 12 666 ayant été sans domicile fixe au cours de l'année précédente (MSSS, 2008b). Pour l'année 2005, le nombre de personnes qui ont été en situation d'itinérance à Montréal au moins une partie de l'année était estimé à 30 000 (Cadre canadien en matière de logement, 2005, dans RAPSIM, 2008).

39. CSSS – projet de loi nº 83 (MSSS, 2005b).

retrouve souvent « entre deux chaises » ou qu'elle est peu desservie par le réseau public de soins[40]. Les personnes en situation d'itinérance font ainsi face à une stigmatisation et à des préjudices importants.

h) Le syndrome de la porte tournante

Dès les années 1960, les psychiatres ont constaté que certains usagers aux prises avec des troubles mentaux graves sortaient rapidement de l'hôpital après leur admission pour y retourner peu de temps après (Castro et autres, 2007). Ces usagers, généralement de jeunes personnes atteintes de schizophrénie (Talbot, 1974), alternaient entre l'hospitalisation, l'incarcération et l'itinérance, tout en semblant échapper à tout traitement. Par exemple, dans une étude classique, Goering et collaborateurs (1984) ont étudié une cohorte d'usagers désinstitutionnalisés d'un hôpital psychiatrique de Toronto : ils ont relevé que, six mois après leur sortie de l'hôpital, 33 % de ces personnes avaient été réadmises à l'hôpital; 68 % rapportaient des besoins modérés à sévères quant à leur fonctionnement social; 20 % vivaient dans un logement inadéquat; 38 % étaient sans emploi. Le phénomène du retour à l'hôpital – à l'époque, après une désinstitutionnalisation et aujourd'hui, après une hospitalisation « brève » – a été baptisé le « syndrome de la porte tournante » (Castro et autres, 2007).

Au Canada, 11 % des personnes hospitalisées pour des raisons de santé mentale durant l'année 2008-2009 l'ont été à au moins deux occasions. De plus, le nombre d'hospitalisations chez les personnes admises trois fois ou plus pour des raisons de santé mentale durant la même période a été de 38 136, ce qui constitue 28 % de l'ensemble des hospitalisations pour des raisons de santé mentale. Le nombre de jours passés à l'hôpital par les personnes hospitalisées au moins à trois reprises représentait, à lui seul, 27 % du total des hospitalisations (ICIS, 2011). Les personnes qui sont le plus souvent hospitalisées de nouveau sont celles ayant un diagnostic de troubles de l'humeur (34 %) et de schizophrénie (33 %). Par ailleurs, 11,4 % de toutes les réadmissions au cours de l'année 2009-2010 pour des raisons de santé mentale ont eu lieu dans les 30 jours suivant la sortie des usagers (ICIS, 2011). Les risques de réadmission dans les 30 jours sont plus élevés pour les cas de schizophrénie (13,2 %) et de troubles de la personnalité (13,1 %).

Diverses explications ont été amenées afin de mieux comprendre le syndrome de la porte tournante. Pour la plupart des auteurs (Talbot, 1995; Fernandez et Nygard, 1990), ce phénomène résulte de la désinstitutionnalisation d'usagers qui ont besoin de soins de longue durée avant de retourner à la vie en société ou d'un manque d'encadrement plus intensif afin de prévenir les hospitalisations d'usagers à profils cliniques graves et complexes (par exemple, le manque de programmes de suivi intensif, présenté au chapitre 4, section 4.3.f). Les pressions visant l'amélioration de la qualité des soins ou la diminution des dépenses de santé ainsi que le contexte politique et administratif visant à réinsérer rapidement les personnes ayant des troubles graves dans la communauté conduisent à un raccourcissement des séjours dans les hôpitaux (Cintas, 2009; Castro et autres, 2007). Inversement, la solitude, le manque de soutien social et le stress de vivre en société expliquent les fréquents retours en institution (Dorvil et autres, 1997). La mauvaise observance de la médication, jumelée

40. Notons néanmoins la mise en place d'une nouvelle « Direction des dépendances et de l'itinérance » au MSSS – services anciennement regroupés sous une autre direction.

ou non à l'utilisation d'alcool ou de drogues, pourrait aussi expliquer ces rechutes (Castro et autres, 2007). L'incapacité de certaines familles à prendre en charge une personne ayant des troubles graves de santé mentale, en raison du fardeau émotif et financier que cela impose, explique également ces fréquentes réadmissions à l'hôpital (Dorvil et autres, 1997). Le syndrome de la porte tournante représente un véritable défi pour les services de santé mentale et met en question l'adéquation des services ou l'efficacité du dispositif de soins. Le retour à l'hôpital est souvent vécu comme un échec par la personne ayant des troubles mentaux graves. Il peut aussi engendrer un sentiment d'impuissance chez les intervenants et leur désintéressement envers ces usagers, possiblement perçus comme responsables de cette situation à cause de leur manque de motivation (Dorvil et autres, 1997).

i) La stigmatisation

La stigmatisation des personnes atteintes d'un trouble mental est loin d'être un phénomène nouveau. À la fin du Moyen Âge, les troubles mentaux étaient attribués au diable, et les personnes qui en étaient atteintes étaient soit exorcisées, soit condamnées au bûcher. Au début de l'âge moderne, les personnes atteintes de troubles mentaux ont été emprisonnées dans des camps de travail. Au début du 19e siècle, la création d'un nouvel établissement, l'asile, a permis à la fois l'étude scientifique et un traitement plus humain des troubles mentaux. Cependant, en raison de la surpopulation et de l'insuffisance de l'assistance et de traitements adéquats, l'asile est devenu à son tour un lieu d'exclusion sociale (Stuart, 2003). Encore de nos jours, les troubles mentaux font globalement face à la stigmatisation et engendrent isolement social, sentiment de culpabilité, de honte et d'infériorité ainsi que dissimulation de la maladie chez la personne atteinte comme chez les membres de son entourage. La stigmatisation s'exprime par des stéréotypes, des préjugés et des comportements discriminatoires. Ainsi, les troubles mentaux sont souvent associés à l'itinérance, au crime ou à la violence, que ce soit au cinéma ou dans les séries télévisées (Bourque, 2009a). Selon une étude américaine (Phelan et Link, 1998), « la population était 2,5 fois plus susceptible d'associer maladie mentale et violence en 1996 qu'en 1950 » (Crocker et Côté, 2010, p. 4). Les troubles mentaux sont aussi souvent perçus par l'entourage comme un signe de faiblesse de caractère plutôt que comme des maladies ou sont confondus avec la déficience intellectuelle. Enfin, la plupart des termes psychiatriques (malade mental, hystérique, dément, etc.) deviennent avec le temps des insultes lorsqu'ils sont intégrés dans le langage courant (Grenier, 1999).

La stigmatisation et la discrimination s'expriment particulièrement sur le marché du travail ainsi que dans l'hébergement. Selon l'OMS, la proportion d'individus qui ont un trouble mental grave, qui sont aptes à intégrer le marché du travail et qui n'occupent pas d'emploi rémunéré est de 90 %, contre 50 % chez les personnes atteintes d'un handicap physique (Harnois et Gabriel, 2000). Les personnes ayant le plus de difficulté à trouver un travail sont celles qui ont un trouble de schizophrénie ou d'alcoolisme (Stuart et Arboleda-Florez, 2009). Les personnes atteintes d'un trouble mental sont en outre davantage stigmatisées dans les milieux de travail que celles ayant une déficience intellectuelle et elles sont davantage sous-employées, si l'on tient compte du pourcentage de ces populations sur le marché du travail. À partir d'études épidémiologiques, Sanderson et Andrews (2006) ont montré que

de 33 % à 59 % des personnes ayant des troubles mentaux modérés qui sont sur le marché du travail occupent un emploi à temps plein[41]. Par ailleurs, 38 % des personnes ayant un trouble mental grave qui travaillent aux États-Unis sont payées au salaire minimum, contre 20 % chez les personnes qui ne sont pas touchées par ces troubles mentaux (Cook, 2006). Selon une étude américaine portant sur 1 139 individus ayant travaillé au cours du mois précédent malgré leur trouble mental, 29 % des personnes ayant un trouble grave et 20 % de celles ayant un trouble de l'humeur ou un trouble anxieux ont dit s'être vu refuser un emploi, une promotion ou l'accès à une formation ou encore ont été mises à pied (Baldwin et Marcus, 2006). Les personnes qui retournent à leur ancien travail après avoir eu un trouble mental sont en outre souvent réaffectées à des postes inférieurs et sont mal accueillies par leurs anciens collègues (Stuart et Arboleda-Florez, 2009). Une étude indique que moins de 15 % des individus ayant été hospitalisés pour des raisons de santé mentale dans leur vie conservent un emploi pendant cinq ans et plus (Stuart et Arboleda-Florez, 2009). Pour ce qui est de l'hébergement, le syndrome du « pas dans ma cour » est très connu (Piat, 2004). La population s'oppose souvent à l'établissement dans son quartier d'une ressource d'hébergement en santé mentale.

Selon certains auteurs, la stigmatisation occasionnerait plus de douleurs que le trouble mental lui-même (Stuart, 2003; Schulze et Angermeyer, 2003). Elle est aussi l'une des principales causes de non-utilisation des services de santé mentale. Près des deux tiers des personnes atteintes d'un trouble mental refusent de chercher de l'aide en raison des préjugés entourant les troubles mentaux (CSMC, 2011). Selon l'Association médicale canadienne, 50 % des Canadiens cacheraient à leurs amis et collègues l'existence d'un trouble mental chez un membre de leur famille, contre seulement 28 % pour le cancer et 32 % pour le diabète (AMC, 2008). Les préjugés envers les troubles mentaux sont si forts qu'ils se retrouvent même chez les professionnels de la santé (Schulze, 2007). Selon une étude de la Mental Health Foundation en Grande-Bretagne, 44 % des personnes ayant un trouble mental ont déjà été victimes de discrimination de la part de leur médecin de famille et 32 %, de la part d'autres professionnels de la santé (Kirby, 2008). De plus, la probabilité de se faire imposer des restrictions par des professionnels de la santé serait trois fois plus importante chez les personnes ayant un trouble mental qu'auprès de la population générale (Kirby, 2008). Enfin, certains groupes (homosexuels, itinérants, minorités ethniques ou religieuses, etc.) peuvent être doublement stigmatisés. La double stigmatisation des aînés aux prises avec des troubles mentaux expliquerait ainsi en partie le sous-dépistage et le sous-traitement dans ce groupe (gouvernement du Canada, 2006).

Il arrive que la personne atteinte d'un trouble mental intériorise les attitudes négatives de la société et les retourne contre elle. On parle alors d'autostigmatisation. Ainsi, 42 % des personnes aux prises avec un trouble mental ne le disent pas à leur famille par crainte d'être jugées (MSSS, site Internet – 1). Cette autostigmatisation peut même se rencontrer chez les professionnels de la santé. Selon une étude de la Michigan Psychiatric Society (Lehmann, 2001), « la moitié des psychiatres interrogés ont déclaré qu'ils se traiteraient eux-mêmes en secret plutôt que d'avoir une maladie mentale inscrite à leur dossier médical » (Kirby, 2008a, p. 5). Mentionnons finalement que la stigmatisation ne touche pas seulement les personnes atteintes d'un trouble mental, mais aussi les personnes qui leur dispensent

41. Ces études ont eu lieu dans 13 pays, dont le Canada. Il nous est impossible de dire si un tel résultat s'applique également pour le Québec.

des soins. Les familles des personnes atteintes d'un trouble mental font souvent face à une discrimination par association, qui résulte d'idées fausses quant à leur rôle dans le déclenchement de la maladie (Kirby et Keon, 2006). Certaines d'entre elles peuvent parfois réagir à ces jugements négatifs en rompant tout lien avec leur proche atteint d'un trouble mental, ce qui contribue à stigmatiser davantage ce dernier. Par ailleurs, dans les œuvres de fiction, les professionnels de la santé mentale sont trop souvent eux aussi dépeints de manière péjorative et, dans les universités, la psychiatrie est encore de nos jours perçue comme une spécialité médicale moins prestigieuse que la chirurgie cardiaque ou les soins intensifs (Kirby et Keon, 2006). De même, les recherches, les secteurs et les programmes liés à la santé mentale ont tendance à être moins financés et à être jugés moins prioritaires que ceux concernant la santé physique (Kirby et Keon, 2006). Cette discrimination dans l'allocation des ressources a pour effet de désavantager les personnes ayant des troubles mentaux (Crocker et Côté, 2010; Kaiser, 2009).

Stigmatisation et maladie mentale[42]

Rob Whitley, Ph. D.
Université McGill, Centre de recherche de
l'Institut universitaire en santé mentale Douglas

Les personnes aux prises avec une maladie mentale sont victimes d'une très forte stigmatisation, qui entraîne souvent de la discrimination et de la marginalisation (Thornicroft et autres, 2010; Corrigan, Markowitz et Watson, 2004). Cela est particulièrement vrai dans le cas des personnes atteintes d'une grave maladie mentale, comme la schizophrénie, une grave dépression ou la manie-dépression. Cela est manifeste dans divers domaines. Par exemple, les personnes ayant des antécédents de maladie mentale ont souvent de la difficulté à trouver un emploi lucratif ou même à louer un appartement (Stuart, 2006a; Corrigan et autres, 2006). Bon nombre de ces personnes ne révéleront pas à leurs collègues ou amis, ou même aux membres de leur famille, qu'elles ont une maladie mentale par crainte d'être rejetées et stigmatisées (Thornicroft, 2007a; Link et autres, 1999). L'intériorisation fréquente de ces formes de discrimination externe et de marginalisation permanente par les personnes ayant une maladie mentale altère souvent la perception qu'elles ont d'elles-mêmes (ce que l'on appelle l'auto-stigmatisation), d'où les influences négatives sur l'estime de soi, l'autogestion de la santé et le bien-être psychologique (Schulze et Angermeyer, 2003).

Bon nombre d'études ont porté sur l'effet de la stigmatisation sur l'accès aux services de santé mentale et leur utilisation. Pour ce qui est des services, les données semblent indiquer que la stigmatisation peut avoir les résultats négatifs suivants : a) réticence avant tout à avoir recours à des services de santé mentale; b) faibles taux d'observance thérapeutique, du point de vue du respect de la

42. Nous aimerions remercier la Commission de la santé mentale du Canada, qui a subventionné l'étude décrite en l'occurrence, en particulier Mike Pietrus et Romie Christie, qui sont associés à l'initiative *Changer les mentalités* et qui ont apporté leur indéfectible soutien tout au long du projet. Nous tenons également à remercier Nathalia Gagnon, Marie-Ève Boucher, Sarah Berry et Tais Araujo, qui ont collaboré à l'analyse des données. Outre qu'il bénéficie à l'heure actuelle d'une bourse salariale de nouveau chercheur des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), Rob Whitley est chercheur-boursier du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) (catégorie Junior 1).

médication prescrite, de la psychothérapie et des interventions psychosociales; c) taux élevés d'abstention ou d'interruption de traitements; d) manque de prestation de soins adéquats (Thornicroft, 2007b; Stuart, 2006b; Sartorius et Schulze, 2005; Corrigan, 2004). Il est donc possible que les personnes atteintes d'une grave maladie mentale perdent espoir de se rétablir et s'habituent à vivre en marge de la société (Perlick et autres, 2001). La lutte contre une telle stigmatisation constitue une priorité de l'OMS, de l'Association mondiale de psychiatrie, du gouvernement du Canada, de la Commission de la santé mentale du Canada (CSMC) et de bien d'autres organisations (Kirby, 2008; Stuart, 2008; Comité permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006).

En effet, dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, la province de Québec a promis d'accorder la priorité aux efforts visant à « lutter contre la stigmatisation ». Dans ce document, il est expressément mentionné que le MSSS « réalisera une campagne nationale visant à réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale. Les publics cibles seront la population en général, les personnes ayant un trouble mental et les intervenants du réseau » (MSSS, 2005a, p. 18).

La nécessité de mener une telle campagne ressort des données provinciales, nationales et internationales. Ainsi, Stip et autres (2001) ont interrogé plus de mille personnes au Québec pour définir leurs attitudes envers la santé mentale. Des personnes interrogées, 39 % ont déclaré que la schizophrénie suscitait des sentiments de « méfiance » et 54 % ont affirmé qu'elles estimaient que les personnes atteintes de schizophrénie étaient violentes ou dangereuses. De plus, selon les données provenant d'une étude plus vaste menée au Canada, la majorité des Canadiens ne se rendraient pas chez un médecin de famille (61 %) ou n'engageraient pas un avocat (58 %) atteint de maladie mentale (Spurgeon, 2008). En dépit des efforts considérables en vue d'éduquer la population en général, bon nombre d'enquêtes internationales soulignent que la stigmatisation et la discrimination se sont aggravées au cours des dernières décennies (Angermeyer et Matschinger, 2005; Phelan et autres, 2000).

Stigmatisation et médias

Bon nombre d'études donnent à entendre que les médias populaires sont la principale source à laquelle la population en général puise ses renseignements sur la maladie mentale (Nairn et Claasen, 2002; Wahl, 1992). À ce titre, les organes d'information jouent un rôle important dans la construction, la consolidation et la perpétuation des stéréotypes populaires sur les personnes atteintes d'une maladie mentale (Stout, Villegas et Jennings, 2004; Wahl, 1995). Si l'on se fie aux études, il semble que les images dominantes des personnes atteintes d'une grave maladie mentale qui sont transmises par les médias mettent l'accent sur des facteurs négatifs, comme le danger, la violence, la criminalité et l'imprévisibilité (Corrigan et autres, 2005; Stout, Villegas et Jennings, 2004; Coverdale, Nairn et Claasen, 2002; Wahl, 1995 et 1992). Il n'existe que peu d'études sur la

stigmatisation et la maladie mentale en général au Québec. Selon une recherche parmi les documents diffusés en ligne, la plupart des études sur la stigmatisation au Québec se rapportent au VIH/sida.

À ce titre, Dr Whitley mène à l'heure actuelle une étude systématique permanente de la presse francophone du Québec axée sur la couverture de la santé mentale au cours de la période allant de janvier 2005 à janvier 2010. Suivant les résultats de cette étude, 47 % des articles évoquaient la santé mentale sur un ton négatif, 43 % faisaient preuve de stigmatisation et 40 % établissaient un lien négatif entre le danger, la violence et la criminalité, d'une part, et la maladie mentale, d'autre part. Dans ce sous-échantillon d'articles négatifs, les journalistes évitaient d'utiliser un langage ouvertement stigmatisant pour désigner les personnes vivant avec une maladie mentale. Au lieu de cela, la question de la maladie mentale était d'ordinaire débattue dans le contexte de l'itinérance, du crime, du meurtre, des prisons, des tribunaux, de la police et des comportements sexuels déviants. Il s'agit d'une forme de stigmatisation subtile, dans la mesure où les personnes atteintes d'une maladie mentale sont rarement présentées sous un jour positif. Par exemple, dans un article examinant s'il fallait ou non congédier un médecin du Québec qui avait commis une faute professionnelle mineure, un chroniqueur qui était contre cette mesure faisait valoir que les seuls motifs de congédiement étaient les suivants : « […] par exemple parce qu'il s'est rendu coupable d'agressions sexuelles, ou parce qu'il a des troubles mentaux, bref parce qu'il est un danger grave pour ses patients. » Dans un autre article, un travailleur en santé mentale donne le ton du reportage en disant « j'emmène des fous dangereux à l'hôpital » et le journaliste en rajoute en affirmant que les personnes atteintes d'une maladie mentale sont de « plus en plus nombreuses, impliquant des personnes atteintes de troubles mentaux. "Les coucous", comme les surnomment les policiers ». Selon les résultats de nos recherches, seulement 14 % des articles citaient les déclarations de personnes atteintes d'une maladie mentale. La voix de ces personnes n'est pas entendue dans les articles traitant de la maladie mentale diffusés dans les médias.

Cela dit, notre analyse préliminaire semble indiquer une modeste diminution au fil du temps du pourcentage de reportages négatifs. Leur nombre a considérablement fléchi en 2008-2009, comparativement à 2005-2006. Ainsi, en 2005, seulement 16 % des articles étaient positifs, tandis qu'en 2009, ce pourcentage atteignait 26 %. Dans le même ordre d'idées, en 2006, le rétablissement était au nombre des thèmes principaux de seulement 15 % des articles, tandis qu'en 2008, ce chiffre atteignait 22 %. Par conséquent, l'étude autorise à croire que les journaux du Québec diffusent un grand nombre d'articles négatifs et stigmatisants sur les personnes atteintes d'une maladie mentale; cependant, ce pourcentage fléchit au fil du temps.

Répercussions et améliorations

Dans le contexte de son programme national visant à lutter contre la stigmatisation, *Changer les mentalités*, la CSMC a récemment commencé à offrir des ateliers ciblés, fondés sur le contact personnel, aux étudiants en journalisme dans diverses régions du pays. Ces ateliers visent à déboulonner les mythes entourant la maladie mentale au bénéfice d'une nouvelle génération d'étudiants en journalisme. Ils sont donnés par des conférenciers ayant fait l'expérience de la maladie mentale, de même que par des journalistes ou des chercheurs en psychiatrie (Dr Whitley est l'un d'eux), qui exposent l'effet insidieux de la stigmatisation chez les personnes ayant une maladie mentale. Ces personnes offrent également des suggestions en vue d'améliorer la déclaration des enjeux relatifs à la santé mentale.

Des ateliers similaires, qui sont fondés sur le contact personnel et visent à lutter contre la stigmatisation, ont été donnés ailleurs afin de déstigmatiser la maladie mentale dans des endroits où il est possible que la stigmatisation soit forte. Parmi ces endroits, mentionnons les écoles secondaires, les postes de police et les lieux de travail (Pinfold et autres, 2005; Stuart, 2005 et 2003). Ces ateliers comprenaient également des présentations données par des experts psychiatriques et des personnes ayant une maladie mentale, qui décrivent comment elles vivent avec celle-ci. De nombreux éléments probants semblent indiquer que ces programmes ciblés sont efficaces, en particulier ceux qui sont axés sur des contacts significatifs avec des personnes vivant avec une maladie mentale (Thornicroft et autres, 2010; Stuart, 2006c).

D'autres études donnent à penser que la stigmatisation fait obstacle à l'utilisation et à la fréquence d'utilisation des services. Le Québec poursuit ses efforts pour faire en sorte que les services de santé soient principalement offerts dans le secteur des soins primaires, les cas les plus graves étant acheminés vers les secteurs des soins secondaires ou tertiaires (Fleury et Grenier, 2005; MSSS, 2005). Selon certaines données, cette mesure est importante pour lutter contre la stigmatisation, puisque les services de santé mentale fournis dans le contexte des soins primaires deviennent des services destinés à l'ensemble de la population, services qui sont alors moins associés aux établissements fortement stigmatisés des soins secondaires ou tertiaires (Nadeem et autres, 2007; Craven et Bland, 2006).

La stigmatisation a également une incidence considérable sur plusieurs autres aspects de la vie quotidienne des personnes atteintes d'une maladie mentale. Celles-ci éprouvent notamment des difficultés à se faire accepter sur le plan social, à avoir un logement, à faire des études ou à obtenir un emploi lucratif, de même que des difficultés relatives à d'autres enjeux interpersonnels. En fait, il a été dit que l'intégration communautaire et l'autonomisation personnelle étaient le contraire de la stigmatisation (Corrigan et autres, 2008). Bon nombre d'interventions psychosociales fondées sur des éléments factuels visant à régler ces problèmes, par exemple l'emploi assisté et le logement supervisé, ne sont pas facilement accessibles au Québec (Latimer et Lecomte, 2002). Le renforcement

des soins primaires pourrait nécessiter l'intégration de certaines de ces interventions psychosociales axées sur la résolution simultanée des problèmes de stigmatisation et des problèmes de rendement fonctionnel, ce qui favoriserait l'intégration communautaire et l'autonomisation personnelle.

Enfin, selon un grand nombre de données, le modèle biogénétique ou neurobiologique de santé mentale a en fait contribué à favoriser la stigmatisation (Pescosolido et autres, 2010; Phelan, 2005). En revanche, il est prouvé que les modèles psychosociaux diffusés à l'échelle nationale et régionale, qui présentent la maladie mentale comme une réaction compréhensible à des épisodes de précarité, ont un effet plus favorable sur la stigmatisation (Read et autres, 2006).

Conclusion

Il semble que la couverture des questions de santé mentale se soit améliorée dans les journaux francophones du Québec. Il est possible que cela soit attribuable aux interventions provinciales ou fédérales, par exemple la campagne nationale de lutte contre la stigmatisation menée par le MSSS ou les activités de lutte contre la stigmatisation de la Commission de la santé mentale du Canada, récemment créée (2007). Espérons que cela représentera un repli global de la stigmatisation au Québec. Un tel repli aurait des conséquences positives importantes pour les personnes ayant une maladie mentale et pour leur famille, en plus d'être également favorable à l'ensemble de la société québécoise.

2.2 L'IMPACT SUR LES FAMILLES

Depuis que l'accent a été mis sur la désinstitutionnalisation, à partir des années 1970, la plupart des personnes ayant des troubles mentaux graves résident désormais dans leur famille (Caron et autres, 2005a). Aux États-Unis, entre le tiers et les deux tiers des personnes ayant un trouble mental de longue durée résident dans leur famille (*Défi Schizophrénie*, 2006). La proportion de personnes atteintes de schizophrénie qui sont hébergées dans leur famille varie de 40 % (aux États-Unis) à plus de 90 % (en Chine) (OMS, 1996). La famille peut offrir à la personne atteinte de l'aide permettant de répondre adéquatement à plusieurs de ses besoins (logement, alimentation, argent, activités quotidiennes, etc.). Cette aide représente toutefois un fardeau important pour de nombreuses familles. Dans plusieurs pays, l'État ou les assurances privées ne couvrent pas les coûts reliés au traitement des troubles mentaux, lesquels doivent donc être pris en charge entièrement par les familles (OMS, 2004a).

Comparativement aux familles qui n'offrent pas d'aide à un proche, celles offrant des services à leur proche ont deux fois plus de risques de vivre une dépression (Baumgarten et autres, 1992). Selon trois études portant sur des familles s'occupant d'un proche atteint de démence, le taux de dépression chez les membres de l'entourage varie de 38 % à 60 % (Berg-Weger, Rubio et Tebb, 2000). Les risques de connaître une dépression sont plus élevés chez les membres de l'entourage qui sont plus jeunes, qui ont moins de ressources financières ou qui sont en moins bonne santé physique (Schulz et autres, 1993). Les membres de l'entourage sont également davantage sujets à contracter des maladies physiques, comme celles-ci

résultent du stress et de l'épuisement. De plus, ils peuvent éventuellement subir la colère et l'agressivité de leur proche ayant une maladie mentale, particulièrement quand ce dernier dénie sa maladie ou rejette sa médication (Lefley, 1997). Selon une étude américaine, parmi les personnes hospitalisées dans un centre hospitalier psychiatrique après avoir agressé physiquement une personne, la victime est dans 50 % des cas un membre de leur famille (Straznikas, McNeil et Binder, 1993). En outre, les difficultés que certains membres de l'entourage rencontrent à leur travail (stress et dépression) découlent souvent du fardeau que représente la prise en charge d'un enfant, d'un conjoint ou d'un parent affecté par un trouble mental grave (ACSM, 2004). Il n'est pas rare que le proche aidant quitte son emploi ou le remplace par un emploi à temps partiel pour prendre soin d'une personne atteinte d'un trouble mental grave, ce qui affecte le budget familial (Boulianne, 2005). Enfin, comparativement aux personnes qui ne donnent pas d'aide à un membre de leur famille, les membres de l'entourage en général utiliseraient deux fois plus les services de santé mentale (Kaas, Lee et Peitzman, 2003; Cochrane, Goering et Rogers, 1997).

Selon une étude québécoise auprès de 45 membres de l'entourage, 55 % d'entre eux cohabitent avec un proche ayant un trouble mental grave (Provencher et autres, 2001). Cette prise en charge par la famille s'explique principalement par le manque de ressources dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux (Perreault et autres, 2002). Le nombre d'heures hebdomadaires où les membres de l'entourage sont en contact avec la personne atteinte de troubles mentaux se situe entre 26 et 35 heures chez 25 % d'entre eux et à 36 heures et plus chez 32,5 % d'entre eux. Une très grande majorité de membres de l'entourage concernés par la santé mentale (85 %) sont des femmes, tandis que la personne atteinte de troubles mentaux est généralement un homme (70 %) (Perreault et autres, 2002). Le niveau de détresse serait trois fois plus grand chez les membres de l'entourage des personnes aux prises avec des troubles mentaux que celui rencontré dans la population québécoise en général : 86 % des personnes interrogées disent se sentir tendues ou sous pression et 74 %, découragées ou déprimées (FFAPAMM, site Internet). La majorité d'entre elles disent avoir des soucis financiers en raison des dépenses liées aux soins de la personne atteinte. Finalement, une grande partie des membres de l'entourage d'une personne atteinte (71 %) disent avoir leur routine de vie perturbée (Provencher et autres, 2001). Ainsi, il arrive souvent que les familles s'isolent et perdent tout contact avec leur réseau social (gouvernement du Canada, 2006). Ajoutons par ailleurs que certains troubles mentaux non diagnostiqués peuvent également perturber la vie familiale (gouvernement du Canada, 2006).

Il est impossible de connaître avec précision le nombre de parents qui, au Québec, sont affectés par un trouble mental, ou le nombre d'enfants dont l'un des parents est atteint d'un trouble mental (Carrière et autres, 2010). D'après l'étude de Boily et collaborateurs (2006), la présence d'un trouble mental entraîne souvent des problèmes conjugaux. La pauvreté, les difficultés financières et l'absence d'emploi constituent des sources de stress additionnelles pour les mères concernées (Mowbray et autres, 2000). La tâche d'éduquer un enfant peut constituer un défi particulièrement difficile pour un parent atteint d'un trouble mental grave (Carrière et autres, 2010; Boily, St-Onge et Toutant, 2006). Comparativement aux autres parents, ceux ayant des troubles mentaux graves perdent plus souvent la garde de leurs enfants (Carrière et autres, 2010; Boily, St-Onge et Toutant, 2006). Selon une étude

qui a eu lieu en Colombie-Britannique, la proportion de femmes ayant un trouble mental grave qui perdent la garde de leurs enfants pour des raisons de santé mentale est de 62 % (Carrière et autres, 2010; Judas, 2004).

La présence d'un trouble mental chez l'un des parents peut avoir plusieurs impacts négatifs chez les enfants. Une recherche qualitative auprès de jeunes adultes ayant vécu leur enfance et leur adolescence près d'une mère ayant eu un trouble mental grave a montré que ces jeunes adultes présentaient tous à des degrés divers des manifestations de détresse psychologique reliées directement aux symptômes associés au trouble mental ou à ses répercussions : comportements violents, désengagement affectif ou instabilité environnementale (Côté, 2004). Les enfants de parents ayant des troubles mentaux ont également plus de risques d'éprouver des retards de développement et des difficultés scolaires et sociales (Vallée, 2004). Selon les études, les risques de développer un trouble mental seraient de 30 % à 50 % chez les enfants dont les parents ont des troubles mentaux, contre 20 % chez la population en général (Vallée, 2004). En 1998, Boily et collaborateurs estimaient à 3 000 le nombre annuel d'enfants recevant des services de la Direction de la protection de la jeunesse (DPJ) et dont l'un des parents est atteint d'un trouble mental, ce qui représentait 20 % des enfants de la région de Montréal faisant l'objet d'un signalement à la DPJ (Boily et autres, 1998). La majorité des enfants parviendraient cependant à surmonter les difficultés associées aux troubles mentaux de leurs parents et à devenir résilients (Boily, St-Onge et Toutant, 2006; Cyrulnik, 2002).

Plusieurs études internationales semblent indiquer un manque de compréhension de la part des professionnels de la santé mentale quant à l'impact des troubles mentaux sur la famille, étant donné que les membres de cette dernière ne sont pas toujours vus comme une clientèle ayant besoin de services en soi (Kaas, Lee et Peitzman, 2003; Dixon, 1997; Hatfield, 1997). Malgré la volonté maintes fois répétée du gouvernement du Québec de mieux soutenir les familles, il existe peu de mesures de soutien offertes aux familles dont l'un des membres a un trouble mental (Boily, St-Onge et Toutant, 2006). De plus, les études internationales signalent que les familles sont souvent exclues de la planification des soins et sont même blâmées comme étant responsables des troubles mentaux de leur proche (Kaas, Lee et Peitzman, 2003). Les études démontrent pourtant que l'implication des familles dans les soins de santé mentale permet de réduire les complications liées aux troubles mentaux, tout en leur permettant de mieux préserver leur propre santé mentale ou physique (Kass et autres, 2003). La famille doit ainsi être considérée dans son rôle d'accompagnateur dans le traitement des troubles mentaux et les besoins relatifs à sa santé mentale doivent aussi être considérés comme une priorité d'intervention (MSSS, 2011).

3 L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Les études épidémiologiques internationales démontrent des écarts substantiels entre les besoins de traitement pour des raisons de santé mentale et l'utilisation des services. Selon l'OMS, le pourcentage de cas non traités de schizophrénie, de dépression majeure, d'alcoolisme et de troubles mentaux de l'enfance et de l'adolescence est estimé de 44 % à 70 % dans les pays développés et à près de 90 % dans les pays en voie de développement (OMS, 2004a). En Australie, à peine le tiers de l'ensemble des personnes ayant un trouble mental consulte (Andrews, Issakidis et Carter, 2001). De même, selon l'ESCC 1.2 (Statistique Canada, 2002), seulement 38,5 % des Canadiens présentant des troubles mentaux utilisent les services de santé pour des raisons de santé mentale au cours d'une année. Par ailleurs, selon la littérature internationale, seulement 20 % des enfants ayant des troubles mentaux reçoivent une quelconque aide et à peine 5 % utilisent les services de santé mentale spécialisés (Shanley, Reid et Evans, 2008). Aux États-Unis, bien que 20 % des enfants et adolescents sont aux prises avec un trouble mental, moins d'un sur cinq d'entre eux a accès à un traitement (Kennedy et autres, 2009). Pour ce qui est des personnes âgées ayant un diagnostic de trouble mental, une étude québécoise auprès de 2 784 personnes âgées de 65 ans et plus vivant à domicile a montré que seulement 42 % d'entre elles utilisent les services de santé mentale (Préville et autres, 2009).

Pour les personnes atteintes de troubles mentaux et celles qui sont en situation de crise, « l'hospitalisation demeure un élément essentiel du continuum thérapeutique » (gouvernement du Canada, 2006, p. 153). Selon l'ICIS (2006a), 30 % de tous les séjours dans les hôpitaux durant l'année 2003-2004 étaient associés à un diagnostic primaire ou secondaire[43] de santé mentale. Le nombre total de jours passés dans un centre hospitalier psychiatrique ou de soins de courte durée pour un trouble mental chez les personnes qui en sont sorties en 2003-2004 était supérieur à 6,6 millions de jours (ICIS, 2006a). Une étude de Statistique Canada (Johansen et autres, 2011) indiquait pour sa part que 14,1 % des hospitalisations et 29 % des jours d'hospitalisation dans un centre de soins de courte durée étaient reliés à un trouble mental. Un lien semble exister entre l'hospitalisation pour des raisons de santé mentale et l'âge, puisque le taux d'hospitalisation augmente « de façon spectaculaire dans le groupe d'âge de 15 à 19 ans » (gouvernement du Canada, 2006, p. 155). Pour leur part, les personnes âgées occupent 60 % des lits d'hôpitaux et 60 % d'entre elles présentent un

43. Par diagnostic secondaire, on entend un trouble mental qui se développe à la suite ou indépendamment du diagnostic primaire (ICIS, 2006a).

trouble mental à leur admission ou en développent un au cours de leur hospitalisation (Hugues, 2008). La durée de séjour des personnes âgées pour des raisons de santé mentale est beaucoup plus longue que celles des autres groupes d'âge : en 2006, elle était de 29 jours en moyenne, contre 16 pour la population de 45 à 64 ans (ICIS, 2006a).

Le traitement des troubles mentaux ne se résume plus toutefois à la simple hospitalisation, mais a pour objectif la réintégration de la personne ayant des troubles mentaux dans sa communauté. Comme il a déjà été signalé, il importe aussi de dépister la maladie dès le début et d'intervenir aussitôt, ce qui améliore le pronostic et le rétablissement des personnes. Les services de traitement et de soutien dans la communauté ne sont toutefois pas toujours accessibles, ou en quantité suffisante, ou ne disposent pas toujours des ressources financières et humaines nécessaires. D'importantes lacunes sur le plan de l'adéquation des services ont aussi été maintes fois rapportées (gouvernement du Canada, 2006). Globalement, d'après Desjardins (2011, p. 10), les soins primaires de santé mentale « has often been viewed as poor care for poor people ». Quant aux soins de santé mentale des jeunes, ils ont souvent été interprétés comme ayant un « statut de parent pauvre au sein d'un système de santé mal en point » (Kirby et Keon, 2006, p. 169). Par ailleurs, de nombreuses études ont souligné la fragmentation des soins ainsi que des duplications dans les services, qui occasionnent une adéquation non optimale du dispositif global de soins de santé mentale, des visites fréquentes aux services d'urgence ou des hospitalisations qui auraient pu être évitées (Bachrach, 1996; Provan et Milward, 1995). Les lacunes d'intégration des services de soins primaires avec les services de soins spécialisés ainsi qu'avec le secteur intersectoriel (municipalité, justice, police, éducation, etc.) ont aussi été maintes fois mises en relief dans la littérature (Fleury, 2006). Des efforts considérables en vue d'améliorer le dispositif de soins de santé mentale ont néanmoins été mis de l'avant dans les dernières années tant au Québec qu'au Canada et ailleurs dans le monde, et ce, afin d'améliorer l'efficience du système de santé mentale et de mieux répondre aux besoins des clientèles (ce qui fera l'objet des chapitres suivants). Ainsi, pour mieux cerner l'utilisation des services aux fins de troubles mentaux d'une façon globale, les sous-chapitres qui suivent traiteront plus spécifiquement des aspects suivants : 1) recours aux professionnels de la santé; 2) adéquation et déterminants de la prise en charge des troubles mentaux par les omnipraticiens, particulièrement au Québec; 3) profils types d'utilisateurs de services; 4) utilisation de la médication; 5) déterminants de l'utilisation des services de santé mentale; 6) déterminants de l'utilisation ou de la non-utilisation de certains professionnels et services en particulier; 7) déterminants de l'adhérence à la médication ou au traitement ou de leur abandon; 8) déterminants de l'aide, de la satisfaction et de l'adéquation. Un article des D^{res} Nadeau et Rousseau portera par ailleurs sur la diversité culturelle.

3.1 L'UTILISATION DES PROFESSIONNELS DE LA SANTÉ

De tous les professionnels, l'omnipraticien est le plus consulté pour des raisons de santé mentale. Ainsi, en Australie, parmi toutes les personnes qui ont consulté un professionnel pour des raisons de santé mentale, les trois quarts ont consulté un omnipraticien, dont la moitié exclusivement ce dernier (Andrews, Issakidis et Carter, 2001). L'omnipraticien est en outre le professionnel qui offre le plus de soins en solitaire, les personnes consultant un psychiatre ayant tendance à utiliser également les services d'autres professionnels (Meadows et autres, 2002b). L'utilisation exclusive d'un omnipraticien est d'ailleurs le profil d'utilisation qui a le plus augmenté au cours des dernières années aux États-Unis (Wang et autres, 2006). Selon les données de l'ESCC 1.2 (Statistique Canada, 2002) ou de la banque de données de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) pour l'année 2006 (Ouadahi et autres, 2009), de 5 % à 15 % de la population québécoise âgée de plus de 18 ans a eu recours à un omnipraticien pour des troubles mentaux (Ouadahi et autres, 2009; Lesage et autres, 2006). D'après les données de la RAMQ pour l'année 2006, les personnes qui ont consulté un omnipraticien au moins une fois au cours d'une année pour des raisons de santé mentale (acte ou diagnostic) ont aussi reçu deux fois plus d'actes médicaux, comparativement aux personnes sans aucun contact de santé mentale[44] (12,04 contre 6,46 actes) (Ouadahi et autres, 2009). Le groupe des usagers ayant eu un contact en santé mentale avait consulté en moyenne 3,02 omnipraticiens différents, comparativement au groupe n'ayant pas eu de contact pour des raisons de santé mentale, qui a consulté 2,23 omnipraticiens. Par ailleurs, comme le rapportent Ouadahi et ses collaborateurs (2009, p. 167), « si l'on compare l'année 2006 à l'année 2002 [données de la RAMQ], une augmentation importante (9,8 %) du nombre de personnes inscrites sans diagnostic de santé mentale parmi les patients ayant eu un contact en santé mentale est à souligner. C'est en fait le groupe (aucun diagnostic de santé mentale, mais acte de santé mentale) qui a le plus augmenté durant cette période ».

Parallèlement, une enquête auprès des omnipraticiens ainsi que l'étude des données de la RAMQ, toujours pour l'année 2006[45], mettent en relief la forte prévalence des consultations médicales pour des raisons de santé mentale (actes ou diagnostics médicaux). Ainsi, de 20 % à 25 %[46] des visites médicales seraient liées à des troubles mentaux (Fleury et autres, 2008). Cette même enquête s'est par ailleurs intéressée à la prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux par les omnipraticiens (soit le suivi continu de l'usager, ce qui correspond à avoir un « médecin de famille »). Ces derniers estiment prendre en charge 71 % des usagers éprouvant des troubles mentaux modérés, comparativement à 34 % des personnes qui ont des troubles graves (Fleury et autres, 2010d, 2010e et 2008; Fleury, Bamvita et Tremblay, 2009). Selon une autre étude portant sur un échantillon

44. Cette statistique s'appuie sur les données de la RAMQ pour l'année 2006. La population ayant consulté un omnipraticien a été divisée en deux groupes : 1) les individus ayant reçu minimalement par un omnipraticien un diagnostic ou un acte de santé mentale durant l'année; 2) les individus n'ayant pas reçu de diagnostic ou d'acte relié à la santé mentale. L'utilisation des services des omnipraticiens par les deux groupes a par la suite été comparée.

45. Cette enquête, réalisée en 2006, s'est effectuée auprès de 10 % des omnipraticiens du Québec, inclus dans cinq régions sociosanitaires et neuf réseaux locaux de services. Ne tenant pas compte des personnes répondant aux critères d'exlusion, le taux de réponse a été de 41 %. Les omnipraticiens de l'échantillon ont été comparés selon plusieurs variables aux omnipraticiens du Québec et du Canada : aucune différence significative n'a été notée. La méthodologie est présentée en détail dans les différents articles produits sur cette recherche.

46. Il s'agit de 20 % selon les données de la RAMQ et de 25 % selon l'enquête, mais il n'y a pas de différence significative entre ces pourcentages selon l'échantillon comparé.

aléatoire de 140 usagers aux prises avec des troubles mentaux graves au Québec, sortis de l'hôpital 12 mois avant l'entrevue, 93 % de ces personnes étaient suivies par un psychiatre, 84 %, par un gestionnaire de cas[47], mais seulement 50 %, par un omnipraticien (Fleury et autres, 2010b). Ces données soulignent particulièrement les lacunes d'accès aux services de première ligne, mais surtout de continuité des soins de la clientèle aux prises avec des troubles mentaux graves, d'autant plus que cette clientèle présente souvent des troubles concomitants de santé physique, qui demandent un suivi soutenu par un omnipraticien conjointement à une équipe de soins.

Au Québec, si l'omnipraticien se situe au premier rang quant au taux de consultation pour des raisons de santé mentale dans la population d'après l'ESCC 1.2 (4,8 %), les autres professionnels ou services les plus utilisés par ordre décroissant sont les suivants : psychologue (3,7 %), travailleur social (1,8 %), psychiatre (1,2 %), groupe d'entraide (1,1 %), etc. (**tableau 16**). Le Québec se distingue particulièrement du reste du Canada par son taux élevé de consultation auprès des psychologues (2,0 %), dont le nombre global représente quasiment le double de la moyenne canadienne[48], ainsi que par son taux inférieur de consultation auprès des psychiatres (1,3 %, comparativement à 2,0 % pour l'ensemble du Canada). Quant aux psychiatres, leur nombre est comparable à celui observé en Ontario, en Colombie-Britannique, en Nouvelle-Écosse et au Manitoba (13 psychiatres pour 100 000 habitants). Le taux inférieur de consultation des psychiatres par la population québécoise s'expliquerait, d'après Lesage et ses collaborateurs (2006, p. 17), par le fait que les psychiatres, contrairement à leurs confrères des autres provinces, « s'investiraient tout probablement davantage auprès d'un plus petit nombre de personnes aux prises avec des maladies mentales », ce qui restreindrait leur implication dans les soins de première ligne. Il serait opportun de se questionner sur cette situation dans le contexte actuel favorisant l'implantation des soins de collaboration (définis au chapitre 4, section 4.4.f) et la consolidation des soins de santé mentale de première ligne.

L'ESCC 1.2 indique par ailleurs qu'au Québec, les femmes utilisent davantage les divers types de ressources et de professionnels pour des raisons de santé mentale, à l'exception des groupes de soutien sur Internet, utilisés un peu plus par les hommes, et de l'hospitalisation, où l'on ne rencontre aucune différence d'utilisation entre les deux sexes (**tableau 16**). Dans l'ensemble, les femmes sont également significativement plus nombreuses que les hommes à utiliser au moins une ressource ou un professionnel.

47. La gestion de cas sera définie dans le chapitre 4, section 4.3.d.

48. Le ratio de psychologues au Québec est de 104 pour 100 000 habitants, comparativement à 48 pour la moyenne canadienne (ICIS, 2008c).

Tableau 16

UTILISATION DE DIVERSES RESSOURCES À DES FINS DE SANTÉ MENTALE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS SELON LE SEXE, POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS, QUÉBEC, 2002

	Catégorie	Total	Hommes	Femmes
	% (IC à 95 %)			
Médecins	Médecin de famille	4,8 (4,0-5,6)	3,2 (2,4-4,2)	6,3 (5,1-7,5)
	Autre médecin spécialiste (sauf psychiatre)	0,2** (0,1-0,3)	– –	– –
Professionnels fournissant des services spécialisés en santé mentale	Psychiatre[a]	1,2 (0,9-1,5)	0,8* (0,5-1,2)	1,5* (1,0-2,2)
	Psychologue	3,7 (3,1-4,5)	2,5* (1,8-3,4)	4,9 (3,8-6,2)
Autres professionnels	Infirmière[b]	0,4* (0,2-0,6)	0,2** (0,1-0,5)	0,6* (0,3-0,9)
	Travailleur social/conseiller/ psychothérapeute[a]	1,8* (1,2-2,7)	0,7** (0,4-1,2)	2,9* (1,7-4,7)
	Conseiller religieux ou autre professionnel[a]	0,8* (0,5-1,2)	0,3** (0,1-0,6)	1,3* (0,8-2,1)
Organismes d'entraide	Groupe de soutien (Internet)	0,3** (0,1-0,5)	0,3** (0,1-0,8)	0,2** (0,1-0,4)
	Groupe d'entraide[b]	1,1* (0,7-1,5)	0,9** (0,5-1,5)	1,3* (0,8-2,0)
	Ligne téléphonique[b]	0,5* (0,3-0,7)	0,4** (0,1-0,8)	0,6* (0,4-1,0)
Hospitalisation		0,6* (0,3-0,9)	0,6** (0,2-1,2)	0,6* (0,4-0,8)

a. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation de 15% à 25%: à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25%: estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source: Statistique Canada, 2002.

Compilation: Lesage, Rhéaume et Vasiliadis, ISQ, 2009.

Pour ce qui est de l'utilisation des diverses ressources à des fins de santé mentale en fonction de l'âge, on constate que la population âgée de 65 ans et plus utilise beaucoup moins les professionnels et les services que les autres catégories d'âge. La population âgée de 45 à 64 ans consulte davantage un médecin de famille, tandis que celle âgée de 25 à 44 ans utilise davantage les services du psychiatre et que celle âgée de 15 à 24 ans consulte plus un psychologue que toute catégorie d'âge (**tableau 17**).

Tableau 17

UTILISATION DE DIVERSES RESSOURCES À DES FINS DE SANTÉ MENTALE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION ÂGÉE DE 15 ANS ET PLUS, QUÉBEC, 2002

	Catégorie	Total	15-24 ans	25-44 ans	45-64 ans	65 ans et plus
Médecins	Médecin de famille	4,8 (4,0-5,6)	4,0* (2,5-5,9)	4,6 (3,6-5,9)	6,3 (4,7-8,2)	2,8* (1,7-4,3)
	Autre médecin (sauf psychiatre)	0,2** (0,1-0,3)	– –	– –	– –	– –
Professionnels fournissant des services spécialisés en santé mentale	Psychiatre[a]	1,2 (0,9-1,5)	1,0** (0,4-2,0)	1,5* (0,9-2,3)	1,1* (0,7-1,7)	0,8** (0,2-1,9)
	Psychologue[ab]	3,7 (3,1-4,5)	4,9** (3,1-7,4)	4,6 (3,5-5,9)	3,5* (2,4-4,9)	0,8** (0,2-2,2)
Autres professionnels	Infirmière[b]	0,4* (0,2-0,6)	– –	– –	– –	– –
	Travailleur social/ conseiller/ psychothérapeute[a]	1,8* (1,2-2,7)	– –	– –	– –	– –
	Conseiller religieux ou autre professionnel[a]	0,8* (0,5-1,2)	– –	– –	– –	– –
Organismes d'entraide	Groupe de soutien (Internet)	0,3** (0,1-0,5)	– –	– –	– –	– –
	Groupe d'entraide[b]	1,1* (0,7-1,5)	– –	– –	– –	– –
	Ligne téléphonique[b]	0,5* (0,3-0,7)	– –	– –	– –	– –
Hospitalisation		0,6* (0,3-0,9)	– –	– –	– –	– –
Au moins une ressource du système de soins (6 premières catégories)[a]		8,6 (7,5-9,7)	8,9 (6,6-11,6)	9,4 (7,9-11,2)	8,9 (7,1-11,2)	5,4** (2,3-10,4)
Au moins une ressource (toutes les catégories)[a]		9,6 (8,5-10,8)	10,0 (7,6-12,8)	10,5 (8,9-12,2)	10,4 (8,3-12,4)	5,5** (2,4-10,5)

a. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le sexe est significatif au seuil de 0,05.

b. Le test d'association entre l'utilisation de ce type de ressources et le groupe d'âge est significatif au seuil de 0,05.

* Coefficient de variation de 15% à 25%: à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25%: estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

Source: Statistique Canada, 2002.

Compilation: Lesage, Rhéaume et Vasiliadis, ISQ, 2009.

Toujours d'après l'ESCC 1.2, environ 50 % de la population qui consulte un omnipraticien pour des raisons de santé mentale utilise aussi parallèlement les services d'un autre professionnel de la santé (Lesage et autres, 2006). Dans une étude récente, Fleury et collaborateurs (2012a) ont effectué le suivi d'une cohorte aux prises avec des troubles mentaux (échantillon représentatif d'un secteur géographique, employant les mêmes instruments diagnostiques que l'ESCC 1.2[49]). L'étude relève que 35 % des usagers sont suivis par un omnipraticien et un psychiatre; 21 %, par un omnipraticien et un psychologue; 17 %, par un psychiatre et un psychologue; 13 %, à la fois par les trois professionnels; 19 %, par quatre professionnels et plus[50]. Ces statistiques, mettant en relief l'importance de la consultation auprès de plusieurs professionnels de la santé mentale, soulignent l'intérêt d'une intégration effective du traitement auprès de cette clientèle (**tableau 18**).

Tableau 18

PROFESSIONNELS CONSULTÉS EN 2009 PAR LES PERSONNES AFFECTÉES D'AU MOINS UN TROUBLE DE SANTÉ MENTALE AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, POPULATION MONTRÉALAISE NON INSTITUTIONNALISÉE (n = 212)

Professionnels consultés	Nombre	%
Omnipraticien + psychiatre	74	35
Omnipraticien + psychologue	45	21
Psychiatre + psychologue	35	17
Psychiatre + psychologue + omnipraticien	28	13
4 types de professionnels ou plus	40	19

Source : Fleury et autres, 2012a.

3.2 L'ADÉQUATION ET LES DÉTERMINANTS DE LA PRISE EN CHARGE DES TROUBLES MENTAUX PAR LES OMNIPRATICIENS – PARTICULIÈREMENT AU QUÉBEC

L'omnipraticien fait office de « porte d'entrée » à l'accès aux soins primaires, assumant la continuité des soins de l'usager et son accès aux ressources spécialisées. Son rôle et l'efficacité de ses services ont été amplement étudiés, particulièrement depuis les dernières années. Ainsi, son habileté à détecter, à diagnostiquer et à traiter les troubles mentaux a été maintes fois soulignée comme étant loin d'être optimale. Wang et collaborateurs (2007), qui ont comparé 10 pays industrialisés inclus dans le *WHO Mental Health Survey Initiative*, estiment que de 18 % à 42 % des personnes affectées par des troubles anxieux, de l'humeur ou de dépendance ont reçu des services jugés par ces dernières d'adéquation minimale. Selon une revue de littérature portant sur 36 études, moins de 50 % des personnes présentant une

49. Il s'agit d'une sous-étude de l'équipe en épidémiologie psychiatrique (2007-16 – IRSC), dirigée par le Dr Jean Caron (Caron et autres, 2007 – IRSC). Ce projet implique le suivi d'une cohorte de 2 433 personnes dans le sud-ouest de Montréal et cherche à mieux comprendre les déterminants de la santé mentale et l'utilisation des services.

50. Il est à noter qu'il ne s'agit pas de groupes exclusifs (le total dépasse donc quelque peu les 100 %).

dépression ont vu celle-ci être reconnue par les omnipraticiens au cours de leur hospitalisation (Cepoiu et autres, 2008). D'après Walters et ses collaborateurs (2008), qui se basent sur des études internationales, 30 % à 70 % des personnes se présentant avec des troubles mentaux chez les omnipraticiens n'auraient pas été diagnostiquées pour leur trouble, ne recevant ainsi pas de traitement approprié. Néanmoins, Kessler et collaborateurs (2002) soulignent qu'après trois ans, 14 % des personnes ayant des troubles anxieux ou de dépression resteraient sans diagnostic. Pour la dépression, Mykletun et collaborateurs (2010) évaluent à 30 % le nombre d'usagers qui recevraient des services appropriés. Utilisant les données de l'ESCC 1.2, Roberge et collaborateurs (2011) ont relevé que, parmi les personnes ayant utilisé les services de santé pour un trouble anxieux, la proportion ayant reçu un traitement adéquat[51] était de 37 % chez celles qui ont utilisé les soins primaires exclusivement, contre 52 % chez celles qui ont utilisé exclusivement les services spécialisés et 79,5 % chez celles qui consultaient à la fois dans les deux types de soins. D'importantes variations existent dans l'habileté des omnipraticiens à prendre en charge la santé mentale, fluctuant en fonction de leur formation de base et de leur formation continue; de leurs lieux de pratique; des modes de rémunération; de l'implantation de pratiques d'équipe; de la perception de la stigmatisation sociale vis-à-vis de la santé mentale; du profil des usagers, particulièrement leur diagnostic, de la sévérité de leur maladie, des problèmes concurrents ainsi que de leur niveau de soutien social (Fleury et Grenier, 2012e). De plus, les usagers qui se présentent au bureau de l'omnipraticien ne sont pas toujours conscients de leurs problèmes, et les symptômes peuvent être peu prononcés. Également, l'omnipraticien n'a souvent que peu de temps à consacrer à ses usagers. L'ensemble de ces caractéristiques distingue les soins primaires des services spécialisés de santé mentale, rendant le dépistage et le diagnostic de ces troubles par l'omnipraticien d'autant plus complexes.

Ainsi, selon une étude auprès de 398 omnipraticiens québécois, une quasi-totalité d'entre eux ont déclaré prendre en charge les usagers se présentant avec des troubles mentaux courants ou modérés et se sont déclarés compétents pour le faire. Les facteurs qui favorisent la prise en charge de ces troubles par les omnipraticiens sont les suivants : 1) une pratique multidisciplinaire, particulièrement en CLSC (paiement à salaire); 2) une proportion élevée de cas de troubles mentaux suivis, mais avec peu de complexité; 3) une plus grande formation en santé mentale, qu'elle soit de base ou continue; 4) un accès limité aux services psychiatriques, ce qui incite à une plus grande participation de la part des omnipraticiens; 5) un intérêt envers la santé mentale; 6) des habiletés personnelles particulières (empathie, écoute, etc.); 7) l'inscription des usagers auprès des médecins de famille (Fleury et autres, 2008). Il n'y a cependant pas d'association significative entre le type d'établissement où exerce l'omnipraticien et la prise en charge par ce dernier des troubles mentaux courants ou modérés. À l'exception des cliniques sans rendez-vous, tous les types d'établissements sont associés à la prise en charge de ces troubles. Néanmoins, les CLSC et les cliniques réseau[52]

51. Le traitement adéquat est celui recommandé dans les guides de bonnes pratiques en fonction de différents diagnostics.

52. Les cliniques réseau ont été inaugurées à Montréal à la suite de l'initiative du MSSS de mettre en œuvre des groupes de médecine de famille (GMF). Contrairement à ces derniers, elles regroupent habituellement un plus grand nombre d'omnipraticiens (10 à 15, contre 8 à 10 omnipraticiens équivalents temps complet dans les GMF). Il n'y a pas d'obligation d'inscription de la clientèle, ce qui est le cas en GMF. Elles disposent d'agents de liaison (GMF : services infirmiers étendus) et visent une coordination efficiente de leurs services avec des plateaux techniques et certains services spécialisés. Les cliniques réseau doivent consacrer un minimum de 50 % de leurs activités à la prise en charge de la clientèle et ont une responsabilité vis-à-vis des usagers orphelins (sans médecin de famille). Comme les GMF, elles doivent fournir une couverture minimale de services (accès aux services avec ou sans rendez-vous et aux services de garde pour la clientèle vulnérable). Notons qu'il est possible d'obtenir à la fois le statut de clinique réseau et de GMF. Quant aux GMF, les premiers ont été mis en place en 2002. Pour en savoir plus sur les GMF, il est possible de consulter le site Internet du MSSS à ce sujet.

se distinguent favorablement quelque peu par rapport aux autres types de lieux de pratique (Fleury et autres, 2010d), ce qui peut s'expliquer entre autres par la contribution d'équipes psychosociales disponibles sur place et les pratiques de groupe plus généralisées[53].

Comme il a déjà été indiqué, si les omnipraticiens reçoivent des usagers ayant des troubles courants ou modérés et assument habituellement le suivi continu, seulement un quart d'entre eux suivent des usagers ayant des troubles mentaux graves. Une minorité estime avoir les compétences nécessaires pour le faire (surtout pour les cas aigus et liés à l'établissement d'un premier diagnostic). La prise en charge des troubles mentaux graves par les omnipraticiens est significativement et positivement associée aux éléments suivants : 1) nombre de références vers les autres ressources en vue d'un suivi conjoint; 2) fréquence d'implication de l'omnipraticien dans le suivi posthospitalier; 3) nombre d'usagers avec des troubles graves qui consultent; 4) nombre de visites médicales reliées au suivi de la médication; 5) nombre de visites liées à des thérapies de soutien; 6) faible proportion de transferts d'usagers avec des troubles mentaux graves, en raison d'une formation en santé mentale insuffisante. En fait, on peut constater qu'un soutien des services psychiatriques, une meilleure intégration avec ces services et une expertise plus poussée sont des conditions favorables à la prise en charge de ces clientèles par l'omnipraticien (Fleury, Bamvita et Tremblay, 2009).

Encore dans l'étude de Fleury et partenaires (2010a et 2010e) portant sur un échantillon d'omnipraticiens du Québec, les principaux collaborateurs des omnipraticiens sont les psychologues en cabinet privé, les services psychosociaux des centres de santé et de services sociaux (CSSS) pour les troubles mentaux courants ou modérés et le personnel des services psychiatriques, y compris l'urgence, pour les troubles mentaux graves. Les références sont la stratégie la plus utilisée pour répondre aux besoins diversifiés des usagers aux prises avec des troubles mentaux. Les omnipraticiens estiment référer 17 % de leurs usagers aux prises avec des troubles mentaux courants (dont 31 %, vers les psychologues en pratique privée; 20 %, vers les CLSC; 13 %, vers les psychiatres) et 71 % des usagers aux prises avec des troubles mentaux graves (surtout vers les services de psychiatrie comprenant l'urgence) (**tableau 19**). Plus de 50 % des omnipraticiens estiment n'avoir aucun contact avec l'un ou l'autre des dispensateurs de services de santé mentale (psychiatres, CLSC, psychologues en pratique privée, organismes communautaires, etc.) (**tableau 20**). D'après la littérature internationale (Younes et autres, 2005; Grembowski, Martin et Patrick, 2002; Valenstein et autres, 1999), le taux de référence entre les omnipraticiens et les professionnels de la santé mentale pour les usagers présentant des troubles mentaux varie de 4 % à 23 % selon les études. Il y a davantage de variations concernant le nombre de contacts entre les dispensateurs de soins de santé mentale et les omnipraticiens : de 9 % à 65 % selon des études américaines, australiennes et britanniques (Craven et Bland, 2002). Comparées aux contacts (soins partagés : rencontres face à face, suivi téléphonique – définis au chapitre 4), les références sont difficiles à interpréter en regard de la qualité des services et ne permettent pas de savoir si la coordination s'est effectivement produite. Si les références sont faites trop tardivement, l'impact est ainsi limité et la santé de l'usager peut s'en ressentir. Si les références sont faites en trop grand nombre, elles peuvent s'apparenter au transfert d'usagers. Les services reçus peuvent aussi être séquentiels ou parallèles plutôt qu'intégrés.

53. Selon les données du Commissaire à la santé et au bien-être, en 2010-2011, il y avait 221 GMF et 3 219 médecins y participant ainsi que 44 cliniques réseau, dont 27 à Montréal (CSBE, 2011b). L'objectif ministériel est d'atteindre 300 GMF pour le Québec, en couvrant 70 % de la population inscrite.

Tableau 19

PROPORTION DES USAGERS RÉFÉRÉS PAR LES OMNIPRATICIENS SELON LE DEGRÉ DE SÉVÉRITÉ DU TROUBLE VERS DIVERSES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

Ressources de référence	TG.SM* (%)	TM.SM** (%)	P value***
Urgences des centres hospitaliers	26,8	9,0	0,0014
Cliniques externes de psychiatrie	22,2	13,5	0,1004
Équipes de santé mentale en CLSC	10,7	8,8	0,5899
Services psychosociaux courants en CLSC	8,2	20,3	0,0144
Cabinets de psychologues	5,0	31,1	<0,0001
Centres de crise	3,7	4,0	1,0000
Organismes communautaires	3,8	3,1	0,7004

* Trouble grave de santé mentale.

** Trouble modéré de santé mentale.

*** Seuil significatif fixé à 5%.

Source : Fleury et autres, 2010e (étude auprès de 398 omnipraticiens québécois).

Les omnipraticiens qui réfèrent le plus aux services de santé mentale sont ceux qui ont significativement plus d'usagers ayant des troubles concomitants de santé mentale et d'abus de substance, de même que ceux qui s'impliquent le plus dans le suivi posthospitalier de leur clientèle (Fleury et autres, 2010e). Pour les troubles mentaux courants et modérés, les références aux services de santé mentale sont associées à la complexité des cas ainsi qu'à l'importance accordée par les omnipraticiens au fait de travailler avec les psychiatres et les services psychosociaux des CSSS. Pour les troubles mentaux graves, une tendance à demander de l'aide pour une suggestion pharmacologique est associée significativement à plus de références aux services de santé mentale. Finalement, plus les omnipraticiens sont âgés et moins ils réfèrent la clientèle aux prises avec des troubles mentaux, ce qui est peut-être relié à leur formation et à l'expertise acquise (Fleury et autres, 2010e). Quant aux contacts, les omnipraticiens qui ont une plus grande proportion d'usagers ayant à la fois des troubles mentaux et de la déficience intellectuelle, qui considèrent que la quantité de services offerts en santé mentale est adéquate, qui assistent le plus fréquemment à des sessions de formation médicale continue et qui sont les plus satisfaits de leurs relations avec les psychiatres et les organismes communautaires ont significativement plus de contacts avec les services de santé mentale. Inversement, plus le délai pour obtenir une expertise ou une intervention du psychiatre est long et plus les visites des usagers sont liées à des thérapies de soutien, moins les contacts des omnipraticiens auprès des services de santé mentale sont fréquents (Fleury et autres, 2010e).

Tableau 20

PROPORTION DES OMNIPRATICIENS SELON LA FRÉQUENCE DES CONTACTS AVEC LES RESSOURCES EN SANTÉ MENTALE

Fréquence des contacts	Ressources en santé mentale				
	Psychiatre	Équipe psychiatrique	CLSC	Psychologue en cabinet privé	Autres
	%				
Au moins 1 fois toutes les 2 semaines	3,0	4,8	4,5	3,8	1,3
Au moins 1 fois par mois	5,5	3,8	10,5	10,8	1,5
Au moins 1 fois tous les 3 mois	12,6	8,5	18,6	18,3	0,5
Au moins 1 fois tous les 6 mois	12,8	10,5	7,8	10,8	1,3
Au moins 1 fois par année	21,1	12,8	10,1	11,6	1,3
Aucun contact	44,7	59,3	48,5	44,7	94,2

Source : Fleury et autres, 2010e (étude auprès de 398 omnipraticiens québécois).

Enfin, cette étude sur les omnipraticiens du Québec a permis d'établir cinq profils d'omnipraticiens en fonction de leur implication dans les soins de santé mentale :

- Le profil 1 (24 % de l'échantillon), qui comprend surtout des omnipraticiennes expérimentées (plus âgées) pratiquant en groupe, qui s'impliquent activement en santé mentale avec un volume global modéré d'usagers, a été nommé « group practice GPs[54] ». Ce profil inclut ainsi principalement des femmes pratiquant dans les cliniques médicales ou les groupes de médecine de famille (GMF). La majorité de leurs usagers les consultent pour des raisons de santé mentale. Ce sous-groupe figure au deuxième rang de l'ensemble des profils[55] pour le nombre d'usagers ayant des troubles graves ou des troubles courants ou modérés pris en charge, de même que pour le nombre de sessions de formation médicale continue suivies au cours d'une année concernant la santé mentale.

54. L'étude a été publiée dans une revue britannique, ce qui explique les termes anglais.

55. Pour effectuer cette étude, une analyse par « cluster » a été effectuée sur l'ensemble de l'échantillon. Il est à noter que les comparaisons sont toujours effectuées en fonction des cinq profils.

- Le profil 2 (24 %), qui inclut aussi surtout des omnipraticiens expérimentés (plus âgés), travaillant à l'acte dans des cabinets privés, a été nommé « traditional pro-active GPs ». Il regroupe surtout des hommes pratiquant dans des cliniques réseau ou en cabinet privé. Ce sous-groupe rapporte la plus grande proportion d'usagers vus par semaine, ainsi que la plus grande proportion d'usagers pris en charge[56], autant pour les troubles mentaux courants ou modérés que pour les troubles mentaux graves.

- Le profil 3 (21 %) a été nommé « diversified and low-implicated GPs ». Il englobe principalement des jeunes omnipraticiennes ayant plusieurs sources différentes de revenus (acte et salaire) et exerçant dans plusieurs lieux de pratique. Ce profil figure au troisième rang pour le nombre de cas de troubles courants ou modérés pris en charge et au quatrième rang pour ce qui est des troubles graves.

- Le profil 4 (17 %), nommé « collaborative-minded GPs », regroupe surtout des femmes d'âge moyen intervenant dans les CLSC et les centres hospitaliers, dont 50 % du revenu est salarié. Il s'agit du groupe dont la clientèle est la plus fortement constituée de troubles mentaux, qui a le plus de contacts avec les autres professionnels et qui a le plus de sessions de formation médicale continue en santé mentale. Ce profil se classe néanmoins au troisième rang pour le nombre de cas de troubles mentaux graves pris en charge et au quatrième rang pour ce qui est des troubles courants ou modérés. Étant donné l'importance de la clientèle en santé mentale vue et non prise en charge, ce profil semble surtout jouer un rôle important de soutien et de collaboration auprès des partenaires du réseau de la santé mentale.

- Finalement, le profil 5 (15 %), nommé « money-making GPs », inclut surtout des jeunes hommes pratiquant dans les cliniques sans rendez-vous et recevant ainsi un paiement à l'acte. Ce sous-groupe est celui qui prend le moins en charge la clientèle ayant des troubles mentaux, qu'ils soient graves, courants ou modérés (Fleury et autres, 2010f).

Afin de mieux outiller l'omnipraticien en santé mentale, plusieurs stratégies sont mises de l'avant, notamment les instruments de dépistage, les protocoles cliniques (traitement et médication), le monitorage de la médication (comme l'appel téléphonique régulier d'une infirmière), la formation et les soins partagés (ou de collaboration), impliquant une relation étroite entre l'omnipraticien, le psychiatre et les intervenants psychosociaux de santé mentale (voir le chapitre 4, section 4.4.f). Dans une étude qualitative auprès de 60 omnipraticiens de 5 régions sociosanitaires du Québec (Fleury et autres, 2012b) portant sur les pratiques cliniques en santé mentale des omnipraticiens, ces derniers affirment qu'ils pourraient potentiellement accroître leur prise en charge de la clientèle en santé mentale s'ils étaient mieux épaulés par les professionnels de ce domaine, spécialement les psychiatres, les psychologues, les infirmières et les travailleurs sociaux. Les recherches de Chomienne et collaborateurs (2010) et de Grenier et collaborateurs (2008), qui ont étudié des modèles de collaboration entre omnipraticiens et psychologues, mettent aussi en relief l'accroissement de la productivité des médecins dans de tels contextes : le suivi conjoint des usagers par les psychologues permet aux omnipraticiens le dégagement de disponibilité pour le traitement d'autres clientèles.

56. La notion de prise en charge implique non seulement de recevoir l'usager en consultation, mais aussi d'en assurer le suivi sur le plan de la santé mentale et de la santé physique (ce qui correspond au concept de « médecin de famille »).

3.3 LES PROFILS TYPES DES UTILISATEURS DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Diverses études ont cherché à dégager les profils types des utilisateurs de différents services de santé mentale. Dans ce qui suit, quatre études types sont présentées à ce sujet.

1) Se basant sur les données du *National Comorbidity Survey Replication* de 1990-1992 et de 2001-2003 (5 238 et 4 319 répondants respectivement), Wang et ses collaborateurs (2006) ont établi six profils d'utilisation des services de santé mentale aux États-Unis :

- Le profil 1 (25,8 % en 2001-2003 contre 19,6 % en 1990-1992[57]) regroupe les personnes utilisant les services d'un psychiatre exclusivement.
- Le profil 2 (32,3 % en 2001-2003 contre 21,1 % en 1990-1992) regroupe celles qui ont utilisé les services d'un omnipraticien exclusivement.
- Le profil 3 (8,2 % en 2001-2003 contre 6,0 % en 1990-1992) englobe les personnes qui ont utilisé à la fois les services d'un omnipraticien et ceux des divers professionnels de la santé mentale (psychiatre, psychologue, etc.).
- Le profil 4 (21,3 % en 2001-2003 contre 2,0 % en 1990-1992) comprend les personnes utilisant les services des autres professionnels de la santé mentale exclusivement, à l'exception du psychiatre.
- Le profil 5 (9,1 % en 2001-2003 contre 12,6 % en 1990-1992) englobe les personnes qui ont utilisé les services des professionnels œuvrant dans d'autres secteurs que celui de la santé (éducateur, orienteur, conseiller spirituel, etc.).
- Le profil 6 (3,3 % en 2001-2003 contre 11,2 % en 1990-1992) regroupe enfin les personnes qui ont eu recours aux médecines douces ou parallèles exclusivement (Wang et autres, 2006).

Le profil 2 est désormais de loin le profil d'utilisateurs le plus courant, tandis que le profil 6, particulièrement, et le profil 5 ont connu une décroissance importante de 1990-1992 à 2001-2003.

2) Exploitant la banque de données jumelées de l'Agence de la santé et des services sociaux (ASSS) de Montréal pour l'année financière 2004-2005 (RAMQ-MEDIC, MED-ÉCHO, I-CLSC), Benigeri et ses collaborateurs (2007) ont établi six profils types d'utilisateurs de services de santé mentale pour cette région, chacun des profils incluant les précédents. Ces profils mettent en lumière l'utilisation cumulée de différents services par les personnes aux prises avec des troubles mentaux :

- Le profil 1 a eu uniquement des consultations en santé mentale auprès d'un omnipraticien.

57. Il est possible qu'une certaine proportion de répondants ne soit pas incluse dans l'un ou l'autre des profils, ce qui explique que le résultat n'égale pas toujours 100 %.

- Le profil 2 a eu des consultations à l'urgence avec un psychiatre (l'usager peut aussi avoir le profil 1).
- Le profil 3 a eu des consultations en clinique privée avec un psychiatre (intégrant aussi les profils 1 et 2).
- Le profil 4 a eu des interventions en santé mentale en CLSC (incluant aussi les profils 1, 2 et 3).
- Le profil 5 a eu des consultations en clinique externe avec un psychiatre (intégrant les profils 1, 2, 3 et 4).
- Le profil 6 a eu une hospitalisation en santé mentale (incluant tous les autres profils).

De l'ensemble des 143 895 utilisateurs de services de santé mentale, les proportions relatives aux profils s'établissent ainsi :

Figure 3
RÉPARTITION DES PERSONNES SELON LE PROFIL D'UTILISATION DES SERVICES

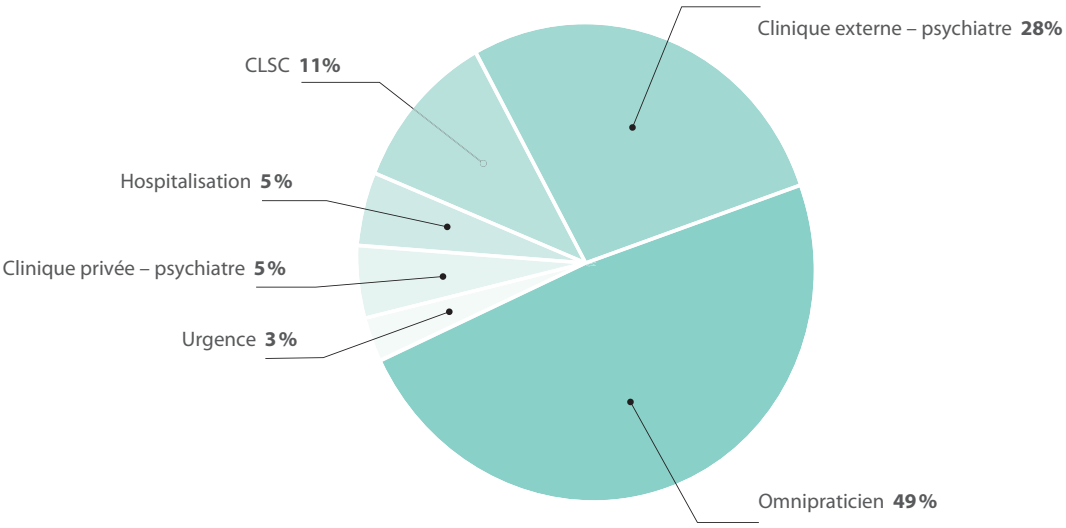


Figure tirée de *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005* (ASSS de Montréal, 2007, p. 16) et reproduite avec l'autorisation de l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal.

3) Une étude épidémiologique portant sur 406 personnes utilisatrices de services de santé mentale dans la région du sud-ouest de Montréal a récemment permis d'établir quatre profils d'utilisateurs de services de santé mentale (Fleury et autres, 2011a) :

- Le profil 1 (25,7 %), *Young females with anxiety disorders*, est constitué très majoritairement de jeunes femmes âgées de 25 à 34 ans, ayant des troubles anxieux et, pour la moitié d'entre elles, ayant vécu un épisode de dépression majeure dans les 12 derniers mois. Ce sous-groupe se trouve au second rang pour ce qui est du revenu du ménage, du degré de détresse psychologique, du nombre moyen de troubles mentaux et du nombre de services de santé mentale utilisés.

- Le profil 2 (20,3 %), *Young low-income with multiple mental and dependence disorders*, est composé surtout de jeunes âgés de 15 à 24 ans avec un faible revenu. Les hommes y sont surreprésentés. Ce sous-groupe figure au premier rang concernant le nombre moyen de troubles mentaux par sujet, ainsi que pour les cas de manie, de dépendance aux drogues et de détresse psychologique, et au deuxième rang pour ce qui est du nombre de cas de dépendance à l'alcool et de troubles anxieux. Il est également le sous-groupe qui utilise le plus grand nombre de services de santé mentale.

- Le profil 3 (32,9 %), *Middle-age wealthy females with depressive disorders*, est constitué très majoritairement de femmes âgées de 45 à 64 ans, ayant un revenu familial élevé. Le seul diagnostic de ce sous-groupe est la dépression. Ce sous-groupe est peu affecté par la détresse psychologique et figure au troisième rang pour ce qui est du nombre moyen de services utilisés.

- Enfin, le profil 4 (21,2 %), *Young low-income with dependance disorders*, est le seul composé en parts égales d'hommes et de femmes. À l'instar des profils 1 et 2, ce sous-groupe est lui aussi constitué de jeunes à faible revenu, mais affectés seulement par des problèmes de dépendance à l'alcool ou aux drogues. Il est également celui qui utilise le moins les services de santé mentale.

4) Concernant l'utilisation des services de santé mentale pour la population itinérante ou à risque d'itinérance, Bonin et collaborateurs (2009) ont distingué six profils dans le cadre d'une étude portant sur 757 personnes ayant des toubles mentaux utilisant les ressources d'itinérance de Montréal et de Québec :

- Le profil 1 (15 %) est constitué presque exclusivement de femmes, dont la moyenne d'âge est de 41 ans, ayant des troubles affectifs, mais pas de troubles de la personnalité antisociale ni de problèmes d'alcool. Ce groupe bénéficie d'un plus vaste réseau social et utilise plus de services de santé mentale que ceux constitués principalement d'hommes.

- Le profil 2 (16 %) regroupe surtout des hommes, âgés de 41 ans en moyenne, atteints de schizophrénie, mais ne présentant pas de problèmes d'alcool ou de troubles de la personnalité antisociale, ayant manifesté des symptômes psychotiques au cours de la dernière année et qui ont déjà été hospitalisés pour des raisons de santé mentale. Ce groupe est celui qui utilise le plus grand nombre de services de santé mentale.

- Le profil 3 (13 %) englobe uniquement des hommes, d'un âge moyen de 40 ans, ayant connu dans le passé des troubles dépressifs ou d'alcool, qui vivent présentement des troubles affectifs, mais qui n'ont pas de troubles de la personnalité antisociale. Ce groupe utilise très peu les services de santé mentale et possède un réseau social plus petit que celui des autres groupes.

- Le profil 4 (17 %) regroupe presque exclusivement des hommes ayant des troubles dépressifs, ayant présenté des symptômes de troubles de santé mentale dans la dernière année. Ce groupe est plus jeune que les autres (moyenne d'âge de 37 ans), présente davantage de troubles de la personnalité antisociale, mais n'a pas d'antécédents d'abus d'alcool. Il est aussi le groupe qui est le moins souvent hospitalisé et qui utilise le moins les services de santé mentale.

- Le profil 5 (23 %) est constitué surtout de jeunes hommes (moyenne de 37 ans), aux prises avec des troubles affectifs, des troubles de la personnalité antisociale et d'abus de drogues et ayant présenté des symptômes de troubles mentaux dans la dernière année. La plupart d'entre eux n'ont pas été hospitalisés et n'ont utilisé aucun service de santé mentale durant la période à l'étude.
- Finalement, le profil 6 (15 %) regroupe lui aussi des jeunes hommes (moyenne de 38 ans) sans adresse fixe, ayant des troubles affectifs, mais pas de troubles de la personnalité antisociale. Ce groupe possède le réseau social le plus large et utilise beaucoup les services de santé mentale.

3.4 L'UTILISATION DE LA MÉDICATION[58]

L'usage de médicaments psychotropes est de plus en plus répandu au Québec, comme ailleurs dans le monde. Les coûts associés aux médicaments sont importants. Les dépenses globales pharmaceutiques pour le traitement des problèmes de santé mentale sont évaluées, pour l'année 2007-2008, au Canada, à 2,8 milliards de dollars, sur un budget global alloué à la santé mentale estimé à 14,3 milliards (Jacobs et autres, 2010). Quant aux coûts spécifiques des antipsychotiques seulement, ils sont évalués à 629 millions de dollars au Canada pour l'année 2007 (Morgan et autres, 2008, dans Latimer, Bond et Drake, 2011). L'utilisation des antidépresseurs est particulièrement en croissance dans la plupart des pays occidentaux, en raison à la fois des campagnes d'éducation populaire à l'endroit des troubles mentaux, des campagnes de publicité par les compagnies pharmaceutiques[59] et des préférences de certains usagers pour la médication au détriment des psychothérapies (Mojtabai, 2008). Alors qu'elle était de 2,2 % en 1990-1992, la prévalence annuelle d'utilisation d'antidépresseurs aux États-Unis est passée à 10,1 % en 2001-2003 (Mojtabai, 2008). Au Québec, la prévalence de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments a augmenté de façon constante dans les dernières années, passant de 8,1 % en 1999 à 14,4 % en 2009 (Conseil du médicament, 2011b). Parmi les 345 558 nouveaux utilisateurs d'antidépresseurs assurés par la RAMQ, de 2005 à 2009, les deux tiers environ étaient des femmes et plus de la moitié étaient des personnes âgées de 60 ans et plus. La prévalence est également beaucoup plus élevée, toujours parmi les personnes assurées par la RAMQ, chez les prestataires d'une aide financière de dernier recours[60] (Conseil du médicament, 2011b). La dépression majeure (14,7 %) et les troubles anxieux (14,1 %) sont les principaux diagnostics rencontrés chez les nouveaux utilisateurs mais, fait intéressant, 63,3 % d'entre eux n'avaient reçu aucun diagnostic de trouble mental entraînant habituellement la prescription de cette classe de médicaments psychotropes (Conseil du médicament, 2011b). Parmi les nouveaux utilisateurs, 42,2 % avaient des antécédents d'usage de benzodiazépines, 16,4 %, d'anticonvulsifs et 8 %, d'antipsychotiques. En outre, 46,3 % et 14,4 %

58. La section 4.2.h, « La médication et la gestion autonome de la médication », donne aussi des informations complémentaires sur la médication. Le lecteur pourra aussi consulter *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser,* rédigé pour le Conseil de la santé et du bien-être (Collin, 2005).

59. Selon l'un des experts ayant révisé ce chapitre, il y aura ainsi une campagne de dénigrement massive orchestrée par les compagnies pharmaceutiques pour abolir la prescription des benzodiazépines (Valium, Ativan, etc.) pour les troubles anxieux au profit des antidépresseurs.

60. L'aide financière de dernier recours regroupe le programme d'aide sociale et le programme de solidarité sociale.

de ces nouveaux utilisateurs avaient eu des antécédents de thérapie de soutien dispensée par des omnipraticiens ou par des psychiatres, respectivement (Conseil du médicament, 2011b). Chez 82,3 % des cas, le médecin à l'origine du traitement antidépresseur était un omnipraticien. Enfin, la quasi-totalité (97,9 %) des nouveaux utilisateurs de 2005 à 2009 ne s'est fait prescrire qu'un seul antidépresseur en début de traitement. Le pourcentage de nouveaux utilisateurs ayant effectué huit visites médicales et plus dans les 12 mois suivant le début du traitement était de 15,5 % chez les personnes âgées de 18 à 64 ans et de 25,5 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus. Or, l'on recommande habituellement un total de dix visites (Conseil du médicament, 2011b).

Une étude ontarienne sur la fréquence d'utilisation des antidépresseurs chez les personnes âgées de 65 ans et plus a révélé que cette fréquence était significativement supérieure à la prévalence de la dépression majeure (Mamdani, Herrmann et Austin, 1999). L'utilisation de cette classe de médicaments pour d'autres indications, la mauvaise connaissance des répondants[61] ou encore la sous-déclaration des cas de dépression en raison de la stigmatisation pourraient expliquer ces résultats (Conseil du médicament, 2011b). Au Québec, parmi les 345 558 nouveaux utilisateurs d'antidépresseurs, de 2005 à 2009, seulement 63,3 % ont persisté dans leur traitement durant 30 jours. À peine 38,5 % de l'ensemble des nouveaux utilisateurs et 46,3 % de ceux ayant un diagnostic de dépression majeure étaient encore sous médicament après une période de 6 mois (Conseil du médicament, 2011b). La persistance au traitement était supérieure chez les individus qui utilisaient des antidépresseurs pour des cas de dépression majeure que chez ceux atteints de troubles anxieux ou d'adaptation (Conseil du médicament, 2011b). La proportion de nouveaux utilisateurs ayant persisté dans leur traitement pendant une période égale ou supérieure à 8 mois n'était que de 31,9 % chez les personnes âgées de 18 à 64 ans et de 44,9 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Conseil du médicament, 2011b). Les études internationales présentent des résultats similaires. Plus de 70 % des utilisateurs d'antidépresseurs cessent de prendre leurs médicaments dans les 6 mois suivant le début du traitement (Mullins et autres, 2005; Hansen et autres, 2004). Environ 30 % des personnes ayant une dépression abandonnent la médication au cours du premier mois du traitement et seulement 40 % respecteraient le dosage recommandé (Seekles et autres, 2009; Simon et autres, 1993). Selon une autre étude, 63,1 % des personnes qui ont décidé d'abandonner leur traitement avec un antidépresseur n'ont pas consulté leur médecin avant de prendre leur décision (Sawada et autres, 2009).

Au Québec, en 2006, 4,4 % des personnes assurées par le régime public avaient reçu au moins une ordonnance de médicaments antipsychotiques (Conseil du médicament, 2009). Parmi elles, 10 % ont reçu un traitement de longue durée combinant deux antipsychotiques ou plus (polythérapie). Selon une revue englobant 124 études, la proportion d'individus recevant une polythérapie antipsychotique chez les utilisateurs de cette classe de médicaments se situe entre 5 % et 18 % (Stahl, 2004). Bien que « les lignes directrices canadiennes et américaines insistent sur le principe général voulant qu'un seul AP [antipsychotique] soit utilisé » (Conseil du médicament, 2009, p. 7), et qu'il y ait un manque de données probantes sur l'efficacité de la polythérapie antipsychotique, cette dernière est de plus en plus fréquente, étant donné que de 20 % à 35 % des personnes atteintes de schizophrénie résistent à la monothérapie. Au Québec, la prévalence de l'usage des antipsychotiques

61. Selon l'un des experts ayant révisé ce chapitre, l'utilisation des antidépresseurs pour d'autres indications serait aussi reliée à la crainte des omnipraticiens de prescrire des benzodiazépines, puisque ces derniers peuvent présenter un risque de dépendance.

chez les prestataires de l'assistance-emploi en 2006 était de 12,6 %, soit 7 fois plus élevée que celle des personnes qui travaillent et qui sont assurées par la RAMQ[62] (Conseil du médicament, 2009). Une étude américaine portant sur une population admissible à un programme d'assurance pour personnes à faible revenu a indiqué une prévalence assez semblable (14,5 %) (Kogut, Yam et Dufresne, 2005). Cette prévalence élevée d'utilisation d'antipsychotiques chez les personnes sans emploi s'explique en partie par le fait que la schizophrénie amène le retrait du monde du travail, ce qui oblige une grande proportion des personnes qui en sont atteintes à recourir à l'aide sociale. Dans la population âgée de 0 à 18 ans, la prévalence générale d'usage des antipsychotiques est de 0,8 % (Conseil du médicament, 2011a). Elle est supérieure à celle observée aux États-Unis (0,76 %), en Hollande (0,51 %) et en Allemagne (0,34 %) (Conseil du médicament, 2011a).

Beaucoup de critiques sont formulées sur la consommation de médicaments : leur prescription abusive (aucune restriction n'étant établie, avec des coûts importants pour le système public de soins); la mauvaise adhésion au traitement, conduisant à des effets non optimaux; l'insuffisance de solutions de rechange à la médication, alors que de plus en plus d'études mettent en relief la préférence de certains usagers pour ces options et l'efficacité de tels traitements (dont la psychothérapie); les coûts de plus en plus élevés de la médication[63]; etc. Dans certains cas, l'efficacité même de certains médicaments, ou de la médication pour certains troubles, est remise en question. Latimer et autres (2011) font mention d'une méta-analyse sur les antidépresseurs (Kirsch et autres, 2008), en arrivant au constat qu'ils ne sont pas plus efficaces que les placébos[64], à l'exception peut-être de leur utilisation dans le traitement de la dépression majeure. Latimer et ses collaborateurs (2011) critiquent aussi l'utilisation des antipsychotiques de seconde génération, plus coûteux, qui étaient censés minimiser les effets secondaires associés à cette médication pour le traitement de la schizophrénie, mais qui, dans les faits, engendreraient d'autres effets aussi néfastes selon le médicament prescrit. Par ailleurs, malgré leur utilité dans l'atténuation des symptômes, les médicaments psychotropes ne doivent pas être prescrits à la légère. Selon certains auteurs, ces médicaments nuisent au cheminement personnel de l'individu en l'empêchant de vivre ses deuils ou ses difficultés quotidiennes (Lapierre, 2009). Par ailleurs, la non-observance du traitement augmente le risque de morbidité ou de mortalité, d'où l'importance de bien respecter la posologie, d'éviter de les associer à d'autres médicaments qui peuvent neutraliser ou accentuer leurs effets[65] et de ne pas diminuer ou abandonner leur usage sans suivi médical.

62. Précisons que les personnes couvertes par une assurance médicaments privée ne sont pas représentées dans ces données, ce qui peut avoir un effet sur la validité externe de l'étude.

63. La médication est la dépense budgétaire qui a le plus augmenté dans le budget alloué au système de santé publique dans les dernières années. Ainsi, au Québec, les coûts reliés aux inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, une catégorie d'antidépresseurs, de 1999 à 2003, sont passés de 122,8 millions de dollars à 227 millions (Shriqui, 2005).

64. Une étude de Lecrubier et autres (2002) a ainsi démontré que le millepertuis est tout aussi efficace que les antidépresseurs pour le traitement de la dépression majeure.

65. Certaines substances en vente libre, comme l'alcool, la caféine et la nicotine, ainsi que le THC (marijuana) et la majorité des drogues illicites peuvent interférer avec la médication.

3.5 LES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

Comme il a été indiqué précédemment, l'utilisation des services de santé mentale est loin d'être optimale. Ce constat peut s'expliquer par les différents profils cliniques ou diagnostiques, mais aussi par diverses caractéristiques et attitudes individuelles et sociétales ainsi que par la production de services (Andrews, Issakidis et Carter, 2001). Andersen présente l'un des rares modèles de classification des déterminants d'utilisation des services de santé, subdivisés en facteurs de besoins, prédisposants et facilitants (Andersen, 1995). Les facteurs de besoins regroupent des variables évaluant la santé physique et la santé mentale, que celles-ci soient évaluées cliniquement par les professionnels (type et nombre de diagnostics, sévérité des symptômes) ou par les usagers (besoins perçus, perception de sa santé physique ou mentale). Les facteurs prédisposants regroupent des caractéristiques individuelles qui existaient avant le déclenchement du trouble mental (âge, sexe, état matrimonial, travail, éducation, etc.). Les facteurs facilitants, quant à eux, comprennent des variables qui influencent la distribution de soins ainsi que l'attitude envers les services (revenu, soutien social, location géographique, etc.). Selon ses diverses versions, le modèle est utilisé pour étudier les déterminants de l'utilisation des services, mais aussi ultimement afin de mieux comprendre le rétablissement des personnes (dénouement ou pronostic de la maladie) (Andersen, 1995).

D'une façon globale, la plupart des études en épidémiologie psychiatrique ont porté sur la population générale, s'intéressant donc davantage aux troubles mentaux courants ou modérés. Dans ces études, l'impact prépondérant des facteurs de besoins sur l'utilisation des services a été démontré, particulièrement le fait de recevoir un diagnostic de trouble mental ou de percevoir sa santé mentale comme étant mauvaise. Spécifiquement, plus le diagnostic de trouble mental et les symptômes sont graves, que le nombre de besoins sérieux est élevé et qu'il y a cooccurrence d'autres troubles de santé et plus il y aura utilisation des services. La schizophrénie, la dépression majeure, les troubles anxieux, les troubles comorbides (Lefebvre et autres, 1998; Leaf et autres, 1985), la durée du trouble mental (Lefebvre et autres, 1998), la détresse psychologique (Dhingra et autres, 2010; Parslow et Jorm, 2000), une mauvaise santé physique (Lemming et Calsyn, 2004) et des antécédents psychiatriques dans la famille (Mojtabai, Olfson et Mechanic, 2002) sont autant de facteurs de besoins associés à une plus grande utilisation des services pour des raisons de santé mentale. Inversement, les personnes ayant seulement des problèmes d'abus de substance utilisent peu les services de santé (Andrews, Issakidis et Carter, 2001).

Les facteurs prédisposants qui encouragent une plus forte utilisation des services dans la population générale sont le sexe, l'âge, le statut matrimonial, le niveau d'éducation ainsi que l'origine ethnique. Concernant le sexe, un consensus existe dans la littérature scientifique selon lequel les femmes utilisent davantage les services de santé, en général, et les services de soins primaires, en particulier, comparativement aux hommes (Vasiliadis et autres, 2007; Wang et autres, 2006; Uebelacker et autres, 2006; Carr et autres, 2003). Cette plus grande utilisation des services de santé ne serait pas reliée à une plus grande prévalence des troubles mentaux chez les femmes (Lefebvre et autres, 1998), mais plutôt à une plus grande facilité chez elles à identifier et à accepter leurs problèmes (Wang et autres, 2006; Uebelacker et autres, 2006). Comme il a déjà été souligné au chapitre 1 (section 1.2.3), les hommes ont

davantage de difficulté à reconnaître leurs problèmes et à demander de l'aide (Lipsky, Caetano et Roy-Byrne, 2010; Wang et autres, 2006; Andrews, Issakidis et Carter, 2001). La crainte d'être perçu comme un individu trop faible pour faire face aux difficultés de la vie pourrait être une façon d'expliquer la tendance chez plusieurs hommes à ne pas tenir compte des signes avant-coureurs (problèmes de sommeil, irritabilité, épuisement, etc.) d'un problème de santé mentale (Saint-Arnaud, Saint-Jean et Damasse, 2004). Les hommes qui font preuve de violence conjugale et qui présentent à la fois des troubles mentaux et des problèmes d'abus de substance sont en outre beaucoup plus susceptibles que les autres de ne pas recevoir de soins (Lipsky, Caetano et Roy-Byrne, 2010). Un consensus existe également concernant l'âge, puisque plusieurs études ont démontré que la clientèle d'âge moyen utilise davantage les services que les plus jeunes (18-24 ans) et que les personnes âgées (Wang et autres, 2006; Kessler et autres, 2001). Selon Kessler et collaborateurs (2001), les jeunes adultes tendent à sous-estimer leurs besoins de services et préfèrent essayer de résoudre leurs problèmes par eux-mêmes. Pour ce qui est des personnes âgées, leur sous-utilisation des services de santé mentale pourrait être liée au fait que plusieurs troubles mentaux ne sont pas diagnostiqués chez cette clientèle ainsi qu'à la crainte d'être stigmatisé, comme il en a déjà été question dans le chapitre 1 (Kessler et autres, 2005a).

Selon l'ESCC 1.2, les problèmes d'acceptabilité sont les principales barrières à l'utilisation des services, suivis des problèmes de disponibilité et, finalement, d'accessibilité (**tableau 21**). La volonté de s'occuper soi-même de son problème est la principale raison invoquée pour ne pas demander de l'aide en santé mentale. Le déni de la maladie, les difficultés d'accès et de transport, les problèmes de financement, le manque de collaboration et de coordination entre les services, l'absence de services adaptés, les lacunes dans la formation des intervenants ainsi que les croyances personnelles ou générationnelles sont d'autres raisons présentées dans la littérature pour expliquer la sous-utilisation des services de santé mentale d'une façon générale, particulièrement par les personnes âgées (Dallaire et autres, 2003).

Le statut matrimonial influence également l'utilisation des services de santé mentale, mais de manière différente selon les recherches. Alors que certaines études indiquent que les personnes mariées sont les principales utilisatrices des services de santé, d'autres, au contraire, attribuent ce titre aux personnes autrefois mariées et d'autres, aux personnes seules. Il faut préciser que si vivre en couple peut offrir un facteur de protection contre les troubles mentaux, il peut aussi être un élément de discorde amenant les personnes mariées à consulter (Prigerson, Maciejewski et Rosenheck, 1999). Un deuil ou une rupture amoureuse peuvent provoquer un isolement social et la perte d'un soutien informel, ce qui peut expliquer une plus grande utilisation des services de santé mentale chez les personnes séparées, divorcées ou veuves (Parslow et Jorm, 2000; Bebbington et autres, 2000). Pour ce qui est de l'éducation, les personnes les plus instruites utilisent davantage les services de santé mentale, et ce, bien qu'elles soient moins à risque d'être atteintes de troubles mentaux que les personnes ayant un degré d'éducation moindre (Vasiliadis et autres, 2007; Olfson et autres, 2002). Il est également possible que les personnes ayant fait des études supérieures possèdent un revenu supérieur à la moyenne et aient donc plus de facilité à consulter des ressources privées, telles que les psychologues (Wang et autres, 2006). Ainsi, les femmes qui sont sur le marché du travail consultent tout autant les psychologues que les hommes (Drapeau, Boyer et Lesage, 2009). Finalement, concernant la race et l'ethnicité, les études américaines montrent que la population blanche utilise davantage les services

de santé pour des raisons de santé mentale que la population noire ou immigrante (Keyes et autres, 2008; Vasiliadis et autres, 2007; Narrow et autres, 2000). Diverses études ont par ailleurs montré que la population noire se voit offrir davantage de médicaments plutôt que des psychothérapies pour ses troubles mentaux (Whitley, Kirmayer et Groleau, 2006). La stigmatisation particulière de cette population pourrait expliquer cet état de fait.

Tableau 21

BARRIÈRES À L'UTILISATION DE L'AIDE REQUISE[a], POPULATION DE 15 ANS ET PLUS AYANT DES BESOINS NON COMBLÉS D'AIDE EN SANTÉ MENTALE AU COURS D'UNE PÉRIODE DE 12 MOIS, QUÉBEC, 2002

	%	(IC à 95%)
Problème d'acceptabilité	73,2	(65,0-80,3)
• Préférait s'en occuper soi-même	35,8	(26,3-45,3)
• Ne s'en est pas occupé, indifférent	15,8 *	(9,1-24,7)
• Ne savait pas où aller chercher de l'aide	12,9**	(6,3-22,5)
• Peur de demander ou de ce que les autres auraient pensé	11,8*	(7,3-17,8)
• Pensait que rien ne pouvait aider	5,3**	(2,3-10,3)
• Responsabilités personnelles ou familiales	3,9**	(1,0-9,9)
• Problème de langue	–	–
Problème de disponibilité	22,4*	(14,6-31,8)
• Temps d'attente trop long	9,5**	(4,6-16,8)
• Aide non disponible à ce moment-là	9,4*	(5,3-15,1)
• Aide non disponible dans la région	7,4**	(3,3-13,7)
Problème d'accessibilité	11,7*	(7,3-17,4)
• Ne pouvait pas payer	10,0*	(6,0-15,5)
• Problème de transport, de garde d'enfant ou d'horaire	1,8**	(0,5-4,5)
Autres	10,2**	(4,5–19,2)

a. Une personne peut déclarer plusieurs raisons de non-utilisation : le total dépasse donc 100 %.

* Coefficient de variation de 15 % à 25 % : à interpréter avec prudence.

** Coefficient de variation supérieur à 25 % : estimation imprécise fournie à titre indicatif seulement.

© Gouvernement du Québec, Institut de la statistique du Québec, 2009.

Quant aux facteurs facilitants, le rôle crucial du soutien social a particulièrement été souligné. Généralement, le réseau social aide à identifier les problèmes et à trouver les solutions appropriées (Howard et autres, 1996). Certains réseaux sociaux peuvent toutefois s'opposer à l'utilisation des services de santé, en offrant eux-mêmes de l'aide à la personne atteinte d'un trouble mental. Habituellement, les personnes utilisent cependant à la fois de l'aide des services et des membres de leur entourage (Howard et autres, 1996). Bien qu'elles soient moins susceptibles d'être touchées par des troubles mentaux, les personnes ayant un revenu plus élevé consultent davantage, comme il a déjà été souligné en lien avec le degré supérieur d'éducation (Wells et autres, 1986). Toutefois, lorsque tout le monde possède la même couverture d'assurance, le revenu n'exerce pas d'influence (Wells et autres, 1986). Dans les pays qui n'ont pas de régime universel de soins, comme les États-Unis, posséder

une assurance privée couvrant les soins liés à la santé mentale facilite l'utilisation des services de santé mentale (Vasiliadis et autres, 2007). Par ailleurs, résider en région rurale est significativement associé à une plus grande probabilité de recevoir des soins pour des troubles graves (Kessler et autres, 2001), alors qu'habiter dans des quartiers urbains défavorisés est associé négativement à l'utilisation des services de santé mentale (Meadows et autres, 2002b). Cela peut s'expliquer par le fait que les services sont moins accessibles en région urbaine en raison d'une demande de soins plus importante. Enfin, avoir un accès adéquat aux services, posséder une source régulière de soins[66] (Leaf et autres, 1985) et avoir déjà utilisé les services dans le passé (Kessler et autres, 2001) sont d'autres facteurs facilitants généralement associés à une utilisation favorable des services de santé.

3.6 LES DÉTERMINANTS DE L'UTILISATION OU DE LA NON-UTILISATION DE CERTAINS PROFESSIONNELS ET SERVICES EN PARTICULIER

L'utilisation des services de soins primaires pour des troubles courants ou modérés est significativement associée au sexe féminin (Wang et autres, 2006), au fait d'être plus âgé, à un degré d'éducation moindre, à la perception de barrières dans l'obtention de soins en santé mentale (Leaf et autres, 1985) et à la croyance que la famille s'oppose au traitement (Leaf et autres, 1985). Pour les troubles mentaux graves, l'utilisation d'un omnipraticien est significativement associée à l'absence de symptômes négatifs[67], au sexe féminin, à l'âge (le recours aux services augmente avec l'âge), à un plus grand nombre d'amis et au fait d'avoir des besoins non résolus (Carr et autres, 2003). Être suivi par un gestionnaire de cas et être satisfait de l'accès à un omnipraticien sont deux autres variables associées à l'utilisation des services de soins primaires par les personnes ayant des troubles mentaux graves (Fleury et autres, 2010g).

L'utilisation des services spécialisés est, pour sa part, associée significativement à la sévérité du trouble mental (Wang et autres, 2006), à une perception négative de sa santé mentale (Leaf et autres, 1985), au fait d'être célibataire (Wang et autres, 2006; Narrow et autres, 2000), jeune, de sexe masculin, d'avoir fait des études collégiales, d'avoir un plan de santé prépayé (Leaf et autres, 1985), de recevoir des allocations pour invalidité (Narrow et autres, 2000) et de ne pas vivre en région rurale (Wang et autres, 2006). Comparativement aux personnes qui utilisent exclusivement les soins primaires, celles qui utilisent exclusivement les services spécialisés ont moins de soutien social (Fleury et autres, 2012c). La taille et la constitution du réseau social exerceraient en outre une influence sur le type de services utilisés (Albert et autres, 1998). En effet, plus le réseau social est petit, plus la personne aurait recours aux services internes de l'hôpital plutôt qu'aux services externes. Les membres de la famille auraient également tendance à préconiser davantage l'utilisation des services

66. Une source régulière de soins désigne ici le fait d'être suivi par un médecin de famille, en clinique médicale ou encore en clinique externe en santé mentale.

67. Les symptômes de la schizophrénie se divisent en symptômes positifs et négatifs. Les symptômes positifs sont ceux qui s'ajoutent au fonctionnement normal d'une personne (hallucinations, idées délirantes, etc.), tandis que les symptômes négatifs (retrait social, apathie, perte de la capacité à ressentir du plaisir, etc.) «se caractérisent par un manque ou une absence de comportements et d'aptitudes habituellement présents chez la personne» [http://www.acsmmontreal.qc.ca/themes/maladies_mentales/schizophrenie.html].

internes, tandis que les amis ont plus tendance à référer vers les services externes (Albert et autres, 1998). L'utilisation exclusive du psychiatre est associée significativement à la sévérité du trouble mental (Wang et autres, 2006). Chez les personnes ayant des troubles mentaux graves, l'utilisation des services spécialisés est aussi associée à la durée du suivi du psychiatre et au degré de satisfaction quant à l'accessibilité des services (Fleury et autres, 2010g). En ce qui concerne l'utilisation des différents services spécialisés par les personnes ayant des troubles mentaux graves, être jeune, marié, avoir peu de soutien familial, avoir un trouble schizo-affectif et avoir fait récemment une tentative de suicide sont les variables associées à l'utilisation de l'urgence psychiatrique, tandis qu'avoir peu d'amis est la seule variable associée, pour ce qui est des troubles graves, à l'utilisation de l'urgence non psychiatrique (Carr et autres, 2003). L'utilisation des services de réhabilitation ne serait associée qu'à une seule variable : l'absence d'aide sociale (Carr et autres, 2003). Finalement, les déterminants associés à l'utilisation des services externes de psychiatrie sont un diagnostic de trouble grave et l'utilisation de la clozapine ou d'autres antipsychotiques atypiques (Carr et autres, 2003). Les grands utilisateurs de services spécialisés sont généralement jeunes, de sexe masculin et sans conjoint (Lin et autres, 1996; Kent, Fogarty et Yellowlees, 1995a; Burgess et autres, 1992; Sytema, 1991). De plus, le déni de la maladie est très fréquent chez les grands utilisateurs de services de santé mentale, ce qui nuit à leur rétablissement (Kent et autres, 1995b). Les gros utilisateurs de l'urgence psychiatrique (11 admissions et plus) ont, quant à eux, un diagnostic de schizophrénie, une comorbidité, sont jeunes et économiquement défavorisés (Chaput et Lebel, 2007). Finalement, les personnes ayant un diagnostic de schizophrénie sont celles qui ont la probabilité la plus élevée d'utiliser les services pour une longue période (Tansella et autres, 1986).

D'après diverses études (Fleury et autres, 2012c; Uebelacker et autres, 2006), les personnes qui utilisent à la fois les services de soins primaires et spécialisés ont significativement plus de troubles mentaux, une plus grande prévalence des troubles anxieux et de l'humeur ainsi que des troubles physiques chroniques et des problèmes d'abus de substance. Leur qualité de vie est également inférieure à celle des personnes qui utilisent exclusivement les services de soins primaires (Fleury et autres, 2012c).

En ce qui concerne l'utilisation des divers professionnels pour les personnes ayant des troubles mentaux graves, l'utilisation du psychiatre est significativement associée à la satisfaction quant à l'accès à ce dernier, à l'accès aux différents services ainsi qu'au nombre de tentatives de suicide antérieures. Les variables associées à l'utilisation des services d'un omnipraticien sont la satisfaction quant à l'accès à ce dernier, la durée du suivi, le nombre de besoins ainsi que la quantité d'aide reçue des membres de l'entourage pour les besoins sociaux. La durée du suivi par le gestionnaire de cas et la quantité d'aide reçue des services pour les besoins de services (information, transport, instruction, aide sociale) sont les seules variables significativement associées aux services du gestionnaire de cas. Le nombre de professionnels différents consultés augmente en fonction de la durée du suivi par le gestionnaire de cas et de l'accès satisfaisant à un psychiatre et à un omnipraticien (Fleury et autres, 2010b).

Les personnes ayant des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie présentent des profils d'utilisation de services différents, selon le secteur où elles ont été admises en premier (Havassy, Alvirez et Mericle, 2009). Les personnes issues du secteur de la toxicomanie utiliseraient significativement moins les services des hôpitaux de jour, des

maisons de transition, des gestionnaires de cas ainsi que les services externes (Havassy, Alvirez et Mericle, 2009). La probabilité de recevoir des services de santé mentale dans les programmes de toxicomanie serait néanmoins plus élevée que de recevoir des services de toxicomanie dans les programmes de santé mentale (Flynn et Brown, 2008). Des lacunes dans l'intégration des services peuvent expliquer ces différences (Fleury, Perreault et Grenier, 2012d). Par ailleurs, chez la population itinérante, l'utilisation des services de santé mentale est particulièrement associée au fait d'être une femme, d'être jeune, de n'avoir jamais été itinérant auparavant, d'avoir un trouble de la personnalité antisociale diagnostiqué au cours de l'année précédente, d'avoir actuellement ou d'avoir eu un problème d'alcool, d'avoir été hospitalisé au cours de la dernière année et d'avoir un large réseau social (Bonin, Fournier et Blais, 2007).

Une étude portant sur l'utilisation des services chez les personnes vivant avec des troubles mentaux graves âgées de 18 à 64 ans conclut que le nombre de consultations chez l'omnipraticien augmente avec l'âge, dans la mesure où le trouble est relativement stable (Carr et autres, 2003). Cependant, les personnes âgées de 65 ans et plus ont significativement moins de contacts avec les professionnels de la santé mentale, comme il a déjà été indiqué (Crabb et Hunsley, 2006; Leaf et autres, 1985). Elles ont aussi systématiquement moins recours à la psychothérapie exclusivement, peut-être en raison de leur non-acceptation de ce type de traitement (Wang et autres, 2006).

Certaines recherches ont étudié l'influence de la race, de l'ethnicité et de l'environnement rural ou urbain sur l'utilisation des services. Les études internationales indiquent que les minorités raciales et ethniques ont tendance à utiliser davantage les services de leurs leaders religieux ou communautaires que ceux des professionnels du réseau de la santé (Wang et autres, 2006). Dans certaines cultures, un trouble mental modéré n'est pas perçu ainsi, mais plutôt comme un problème individuel ou moral, ce qui explique cette plus grande utilisation de conseillers spirituels (Kirmayer et autres, 2007a). Des difficultés d'accès aux services de santé mentale pour des raisons culturelles ou linguistiques ainsi que la stigmatisation sont d'autres raisons invoquées pour expliquer la moins grande consultation des professionnels de la santé mentale par les immigrants et les membres des minorités raciales ou ethniques (Kirmayer et autres, 2007a). Aux États-Unis, le clergé continue d'ailleurs à jouer un rôle crucial en santé mentale, et plusieurs personnes préfèrent le consulter plutôt que de contacter un professionnel de la santé mentale. Par ailleurs, une étude australienne indique que vivre dans une région isolée est associé à une moins grande utilisation des spécialistes de la santé mentale, mais n'amène aucune différence au sujet de l'utilisation de l'omnipraticien (Parslow et Jorm, 2000). Finalement, vivre en milieu urbain est significativement associé à une plus grande utilisation des médecines douces ou parallèles pour traiter les troubles mentaux (Wang et autres, 2006).

Diversité culturelle, immigration et santé mentale

Lucie Nadeau, M.D., M. Sc., FRCP(C)
Université McGill
Cécile Rousseau, M.D., M. Sc.
Université McGill, Centre de recherche et de formation du CSSS de la Montagne

Le Québec est depuis longtemps une terre d'immigration. Dans les dernières décennies, l'immigration, provenant traditionnellement plus de l'Europe, s'est diversifiée avec l'arrivée d'immigrants venant d'Asie, d'Afrique et d'Amérique latine. Durant les 10 dernières années, 37 000 à 54 000 nouveaux immigrants se sont installés au Québec chaque année, en majorité (autour de 75 % à 85 %) dans la région montréalaise (ISQ, 2011). Ces changements démographiques modifient le profil des communautés desservies et mettent en question l'adéquation culturelle des services de santé mentale.

Immigration, culture et services de santé mentale au Québec

L'immigration occasionne une transformation majeure de l'environnement, qui entraîne une réaction d'adaptation. Si celle-ci peut être accompagnée de tristesse, de peur ou de méfiance, la littérature souligne toutefois que le fait d'immigrer n'est pas, en lui-même, un facteur de risque pour la psychopathologie (Rousseau et Drapeau, 2002). Ce sont les symptômes de type anxiodépressif (dépression, trouble anxieux incluant le syndrome de stress post-traumatique et trouble somatoforme[68]) qui sont le plus fréquemment rapportés chez les populations immigrantes (Jaycox et autres, 2002; Ekblad et autres, 1998), particulièrement dans le cas des réfugiés, un nombre élevé d'entre eux ayant vécu des traumatismes.

Des recherches documentant les taux de dépression chez les nouveaux immigrants illustrent bien la complexité de l'influence de l'immigration : plusieurs rapportent des taux de dépression inférieurs à ceux de la majorité (Gwynn et autres, 2008; Kirmayer et autres, 2007a), alors que d'autres, des taux supérieurs (Tran et autres, 2007). Ces divergences témoignent de l'influence d'autres facteurs sociaux, qui doivent être pris en compte, tels que le degré d'intégration de l'immigrant dans la société hôte (Bhugra, 2003), le genre et le niveau socioéconomique de l'immigrant (Smith et autres, 2007). Par ailleurs, les troubles psychotiques seraient plus fréquents chez les immigrants (Cantor-Graae et autres, 2005) et cette relation serait associée à d'autres facteurs, telles la discrimination et la densité urbaine (Bourque, 2009b; Cantor-Graae, 2007).

L'accessibilité est l'un des enjeux principaux pour les services de santé mentale desservant des populations immigrantes (Kirmayer et autres, 2007a). La littérature montre que les migrants se butent à diverses barrières lorsqu'il s'agit de recevoir des soins de santé mentale. Parmi elles, la communication constitue un obstacle majeur. Les interprètes jouent un rôle primordial pour permettre au patient et au clinicien de se comprendre lorsqu'ils ne parlent pas une langue

68. « Les troubles somatoformes sont caractérisés par la présence de symptômes physiques qui ne peuvent s'expliquer complètement par une affection médicale générale ou par un autre trouble mental (ex. : un trouble panique ou obsessionnel-compulsif). » (Psychomédia, 2005).

commune. Trop souvent, les cliniciens hésitent à faire appel à ces professionnels ou oublient de le faire. La communication demeure alors minimale, dans un français ou un anglais approximatif, qui ne favorise pas une intervention clinique de qualité. Dans ces situations, le risque de méprise ou d'erreur médicale est grand (Singh, McKay et Singh, 1999).

L'accueil d'un patient dans un service de santé mentale exige de tenir compte de son environnement afin de comprendre sa situation psychosociale et clinique et d'adapter les soins à ses besoins spécifiques. Cela peut être un défi lorsqu'il s'agit de patients issus de l'immigration, car leur réalité socioculturelle est souvent éloignée des repères habituels des cliniciens. La culture, qui structure la représentation du monde et les modes d'expression de la détresse, module le cadre de présentation des problèmes. Des éléments liés au contexte, tels que la violence organisée, les séparations familiales et la discrimination, peuvent constituer des facteurs de risque. Ces facteurs font souvent l'objet de non-dit et d'évitement de la part des familles et des cliniciens. Une majorité de cliniciens en santé mentale au Québec n'envisageront même pas la possibilité de ces contextes traumatiques; d'autres pourront avoir un fort sentiment d'étrangeté vis-à-vis d'eux. À d'autres moments, l'expérience vécue par la famille immigrante semblera familière au clinicien, particulièrement si cette famille vient d'un univers socioculturel proche du sien (par exemple, pour un clinicien d'origine québécoise, le fait de rencontrer une famille originaire d'un pays européen). Il faut néanmoins être à l'affût des petites différences qui peuvent être masquées dans un faux sentiment de proximité. Une famille française pourra réagir fortement à un diagnostic de trouble déficitaire de l'attention, alors que ce trouble est très largement accepté dans la culture populaire d'Amérique du Nord. D'autres familles qui paraissent venir d'univers culturels éloignés pourront avoir davantage de proximité que ce qui était envisagé au départ : par exemple, une famille africaine dont les parents sont universitaires pourra avoir plus en commun avec le clinicien qu'une famille québécoise vivant en contexte de marginalisation. La qualité des soins passe donc par une réflexion autour des façons de les adapter à la réalité socioculturelle des familles, sans pour autant enfermer les patients dans des catégorisations culturelles rigides ou des présupposés.

Les patients immigrants se retrouvent en effet dans un espace culturel hybride, marqué par les apports des différentes sociétés auxquelles ils appartiennent. Lorsqu'ils doivent faire face à la maladie mentale, ils peuvent, au gré des expériences vécues ou des influences de leurs proches, adhérer à des modèles explicatifs de la maladie qui relèvent tant de la société d'origine que de la société d'accueil et chercher de l'aide dans ces différents mondes. Les travaux scientifiques émanant des domaines de la psychiatrie transculturelle et de l'ethnopsychiatrie ont montré que la qualité des soins passe par une compréhension des systèmes d'interprétation du patient et de sa famille quant aux manifestations de l'affliction, aux raisons expliquant celle-ci et aux actions nécessaires à poser en matière de soins (Corin et autres, 1992; Kleinman, 1977).

La notion de compétence culturelle est très utilisée dans la littérature sur les services en milieu multiculturel. Cette notion suppose qu'un clinicien doive acquérir des habiletés spécifiques pour faire face à la diversité de sa clientèle. Cependant, les cliniciens ne peuvent pas devenir des experts de toutes les cultures. Leurs origines, leurs expériences personnelles ainsi que leurs contacts avec des migrants leur offrent l'occasion de comprendre certaines cultures mieux que d'autres. Bien souvent, ils n'ont pas les connaissances suffisantes pour comprendre pleinement la place de la culture et du contexte sociopolitique d'origine pour un patient migrant donné. Les interprètes, qui agissent souvent aussi à titre de médiateurs culturels, les patients eux-mêmes, leur famille et leur communauté sont d'importants alliés dans l'acquisition de ces connaissances. Divers organismes d'aide aux immigrants et aux revendicateurs de statut de réfugié apportent ainsi de précieux renseignements et conseils et sont des partenaires essentiels d'une intervention écosystémique en santé mentale. Même s'il existe encore relativement peu d'évaluations de pratiques adaptées culturellement, des travaux ont montré qu'une place faite aux pratiques traditionnelles, dans le dialogue entre patient et clinicien autour de l'épisode de maladie, peut augmenter l'adhérence au traitement offert dans le système biomédical occidental, dans la mesure où elle permet d'établir une alliance thérapeutique respectueuse des origines du patient (Jacobs, 2004).

Si l'histoire du Québec s'est construite autour de l'accueil de différents groupes d'immigrants, elle est aussi marquée par des moments d'intolérance. Les services de santé ne sont toutefois pas à l'abri des stéréotypes, de la discrimination et du racisme. Des recherches montrent en effet que la perception de la discrimination a doublé au Québec dans les dernières décennies (Rousseau et autres, 2011). On assiste aussi à un durcissement des règles autour de l'accès aux services de santé pour les migrants dans bien des pays du monde occidental (Rousseau et autres, 2008; Ter Kuile et autres, 2007). Devant ce constat, le Québec devra se situer quant à sa volonté d'améliorer l'accès aux soins de santé mentale pour l'ensemble de la population et adapter ses services pour les communautés issues de l'immigration. Différentes initiatives au Québec, notamment à Montréal, s'adressent déjà aux soins pour les immigrants, même si elles demeurent encore relativement marginales et peu connues. Par exemple, le service de consultation culturelle du Département de psychiatrie de l'Hôpital général juif offre un soutien clinique aux professionnels, alors que la clinique transculturelle de l'Hôpital Jean-Talon donne des services spécifiques aux familles. D'autres initiatives proviennent de cliniciens qui exercent dans des services généraux de santé mentale et qui ont une formation ou un intérêt particulier pour le travail transculturel. Aucune équipe n'est officiellement désignée ou financée pour ce travail spécifique. Le manque de soutien institutionnel formel à long terme pour un milieu clinique structuré s'adressant aux soins de santé mentale pour les migrants au Québec réduit considérablement les avancées dans ce domaine. Il existe une banque d'interprètes professionnels à l'ASSS de Montréal. Tout clinicien de la ville peut faire appel à eux pour être secondé dans son travail clinique. Ces interprètes sont souvent encore sous-utilisés malgré le bénéfice qui pourrait découler de leur participation plus fréquente aux services cliniques.

La réforme issue du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* ne s'adressait pas spécifiquement à l'adaptation socioculturelle des soins de santé mentale. Elle se bonifiera en relevant le défi, dans les prochaines années, qui consiste à repenser de façon plus large les lieux de soins, qui sauront répondre aux besoins associés au nouveau visage du Québec et à évaluer les progrès dans ce domaine.

3.7 LES DÉTERMINANTS DE L'ADHÉRENCE À LA MÉDICATION OU AU TRAITEMENT OU DE SON ABANDON

Selon les chercheurs, plusieurs facteurs sont associés à la persistance aux antidépresseurs. Sur le plan des facteurs de besoins, le fait d'avoir plusieurs symptômes dépressifs favorise une meilleure persistance au traitement pharmacologique (Hodgkin, Volpe-Vartanian et Alegria, 2007[69]). Cette dernière est également associée significativement au fait d'être marié et d'un âge avancé (facteurs prédisposants) ainsi qu'au fait d'avoir des assurances privées ou publiques (facteurs facilitants). Enfin, de nombreux facteurs facilitants liés à l'utilisation des services (être traité par plus d'un professionnel, préférence de l'utilisateur pour un traitement en particulier, avoir eu trois visites médicales et plus dans les trois mois suivant le début du traitement, amélioration des symptômes, avoir discuté des effets indésirables avec le médecin traitant) favorisent également le maintien du traitement psychopharmacologique (Hodgkin, Volpe-Vartanian et Alegria, 2007; Bull et autres, 2002[70]). En ce qui concerne la non-persistance aux antidépresseurs, la plupart des facteurs qui y sont associés font partie de la catégorie des facteurs prédisposants (être jeune ou très âgé, être séparé, divorcé ou veuf, être de nationalité étrangère, être sans emploi, avoir un bas niveau d'éducation, etc. (Bambauer et autres, 2007[71]; Hansen et autres, 2004; Bull et autres, 2002). L'utilisation des antidépresseurs pour d'autres indications, des expériences passées d'effets secondaires indésirables, le conseil d'un médecin de discontinuer le traitement après six mois ainsi qu'un faible revenu sont d'autres facteurs associés à la non-persistance (Bull et autres, 2002).

En ce qui a trait à l'abandon des antipsychotiques, une étude américaine auprès de 1 460 personnes atteintes de schizophrénie a révélé que 74 % d'entre elles avaient délaissé leurs médicaments après une période de 18 mois (Lieberman, 2007). Les effets secondaires indésirables sont la principale raison d'abandon de la médication (Muir-Cochrane et autres, 2006). L'abus de substances concurrentes, le manque de soutien familial, l'isolement social, le coût des médicaments, l'absence de routine et l'incapacité de gérer le stress sont d'autres facteurs expliquant la faible adhérence au traitement pharmacologique (Finkelman, 2000).

De plus, les études démontrent que, si les jeunes adultes utilisent moins les services de santé mentale, ils sont également plus nombreux à abandonner leur traitement (Edlund et autres, 2002; Kessler et autres, 2001). À titre d'exemple, la proportion de jeunes ayant

69. Cette étude portait sur un sous-échantillon de 180 personnes ayant participé à la *National Latino and Asian American Study* aux États-Unis. Il s'agissait d'individus ayant utilisé au moins un antidépresseur dans les 12 mois précédant l'enquête.

70. Cette étude américaine était basée sur les entrevues téléphoniques de 401 personnes traitées avec un antidépresseur inhibiteur de la recapture de la sérotonine ainsi que sur un questionnaire rempli par 137 médecins ayant prescrit ce médicament.

71. Il s'agit d'une étude américaine auprès d'une cohorte de 11 878 usagers qui ont commencé à être traités avec des antidépresseurs de 2002 à 2004.

des troubles graves qui délaissent leur médication durant la première année de traitement est supérieure à 50 % (Favre et autres, 1997; Shietman et autres, 1997). Il en résulte une détérioration de leur état, ce qui fait d'eux des candidats potentiels au syndrome de la porte tournante (Dumais, 2002). Les effets secondaires liés aux médicaments, qui sont plus marqués au cours du premier épisode psychotique, seraient la principale raison invoquée pour justifier l'arrêt du traitement (Favre et autres, 1997; Shietman et autres, 1997). En outre, les jeunes adultes ont tendance à percevoir leurs problèmes comme temporaires, ce qui expliquerait leur refus de s'engager dans un traitement à long terme (Dumais, 2002). La croyance selon laquelle les troubles mentaux guériraient d'eux-mêmes ainsi que la peur d'être stigmatisé expliquent également pourquoi les jeunes tendent à abandonner davantage leur traitement (Fournier et autres, 2007). Le fait, pour les jeunes, de recevoir des soins dépend plus de l'engagement de leurs parents, comparativement aux personnes des autres groupes d'âge (Kessler et autres, 2001). D'une façon globale, l'abandon du traitement est également associé à un faible revenu ainsi qu'à l'absence, pour les États-Unis, mais non pour le Canada (Edlund et autres, 2002), d'une assurance couvrant le traitement des troubles mentaux. Enfin, l'abandon du traitement est plus fréquent lorsque la personne utilise un seul traitement que lorsque sont jumelées notamment la médication et la psychothérapie (Edlund et autres, 2002). En effet, les personnes qui utilisent le plus de services différents ont plus de motivation à poursuivre le traitement que celles qui n'en utilisent qu'un seul (Kessler et autres, 1999).

3.8 LES DÉTERMINANTS DE L'AIDE, DE LA SATISFACTION ET DE L'ADÉQUATION

L'aide aux personnes atteintes de troubles mentaux graves peut provenir des services (aide formelle) ou encore des membres de l'entourage (aide informelle). Les services offrent principalement de l'aide dans les domaines des besoins de santé (symptômes psychotiques, détresse psychologique, sécurité personnelle, etc.) et dans les domaines dits « de services » (transport, information sur la maladie et son traitement[72], etc.). L'aide des membres de l'entourage se présente surtout dans les domaines de base (alimentation, logement, etc.) et de fonctionnement (entretien ménager, gestion du budget, etc.), comme l'illustrait brièvement le chapitre 2 (Hansson, Björkman et Svensson, 1995).

Plus les besoins sont modérés, plutôt que sérieux, et plus l'aide est adéquate (Middelboe et autres, 2001). Les domaines dans lesquels la plus grande proportion de personnes ayant des troubles mentaux graves dit recevoir de l'aide adéquate sont les symptômes psychotiques, la détresse psychologique, l'entretien ménager, le soin des enfants, le transport et l'alimentation. L'aide est surtout inadéquate dans les domaines des activités quotidiennes, des relations sociales, des relations intimes, de la vie sexuelle, de l'information sur la maladie et son traitement ainsi que de l'aide sociale (Hansson, Björkman et Svensson, 1995). Il s'agit généralement de domaines pour lesquels il n'existe pas de service conçu spécialement pour satisfaire aux besoins (Hansson, Björkman et Svensson, 1995). Être un homme, posséder un

72. Rappelons que les études de besoins ont surtout été effectuées sur des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves à partir du CAN (instrument de mesure) (voir aussi le chapitre 1, section 1.3).

nombre élevé de besoins, mais peu de besoins sérieux, ne pas avoir de besoins dans les domaines des activités quotidiennes, des relations sociales, de l'information sur la maladie et son traitement et de l'aide sociale, ainsi que recevoir beaucoup d'aide de la part des services sont les variables associées à une plus grande adéquation de l'aide (Fleury et autres, 2010h). L'adéquation, de même que la satisfaction, est aussi associée à une utilisation des services sur une longue période (Leese et autres, 1998). La littérature met enfin en relief l'importance d'intervenir tôt dans le processus d'apparition des troubles mentaux pour un meilleur pronostic, comme il a déjà été indiqué (Reavley et Jorm, 2010). Cependant, le délai de consultation à la suite de l'apparition des premiers symptômes est en général assez long. Il est estimé notamment de 6 à 8 ans pour le traitement des troubles de l'humeur et de 20 à 23 ans pour les troubles anxieux (Wang et autres, 2005). Quant au nombre de contacts rapportés avant l'obtention d'un traitement adéquat, il serait de 2,5 à 5 habituellement pour les troubles graves, mais il pourrait y avoir jusqu'à une trentaine de contacts avant l'obtention d'un traitement approprié (Iyer, 2010[73]).

Les études indiquent que les personnes satisfaites des services offerts les utilisent plus fréquemment, sont plus fidèles à leur traitement et rapportent une amélioration subjective de leur état (Ruggeri et autres, 2006). Inversement, les personnes insatisfaites présentent de sérieux risques de cesser d'utiliser les services et de se retrouver éventuellement dans les services d'urgence (Ruggeri et autres, 2006). Être retraité ou sans emploi, avoir plusieurs besoins sérieux, avoir une pathologie plus sévère, être souvent hospitalisé et avoir une qualité de vie insatisfaisante sont les variables associées à une plus grande insatisfaction à l'endroit des services de santé mentale (Ruggeri et autres, 2003). Les études démontrent par ailleurs une plus grande satisfaction parmi les personnes qui utilisent des services offerts dans la communauté que chez celles qui utilisent les services des centres hospitaliers (Ruggeri et autres, 2006). L'accord entre la personne utilisatrice et le fournisseur de services est la variable la plus souvent associée à une plus grande satisfaction (Perreault et autres, 1996). Les personnes vivant avec la schizophrénie ou d'autres troubles mentaux graves ont généralement plus de désaccords avec leurs intervenants et sont ainsi les moins satisfaites des services reçus (Perreault et autres, 1996). Leur insatisfaction est principalement liée aux explications offertes sur le traitement et les services (Tempier et autres, 2002).

Le point de vue des familles sur les services offerts aux membres de leur entourage a également été étudié (Perreault et autres, 2002). Les familles sont généralement plus insatisfaites que les usagers des services de santé mentale (Ruggeri, Dall'Agnola et Bisoffi, 1994), plus particulièrement des services hospitaliers. Les principaux domaines d'insatisfaction des aidants familiaux sont le manque de contact avec les intervenants, le peu d'information qu'ils reçoivent pour aider leurs proches ainsi que leur exclusion des décisions concernant le traitement (Leavey et autres, 1997; Hannson, 1995). L'organisation et l'accessibilité des services sont d'autres sources importantes d'insatisfaction chez les familles (Perreault et autres, 2002).

73. Présentation donnée par les D[rs] M.-J. Fleury et M. Piat au Département de psychiatrie de l'Université McGill, dans le cadre du cours « Mental Health Services and Policy. PSYT-503 », à la session d'hiver 2010. L'auteur s'appuie notamment sur les travaux de Cougnard et autres, 2004; d'Addington et Addington, 2002; ainsi que de Lincoln, Harrigan et McGorry, 1998.

4 LES BONNES PRATIQUES EN SANTÉ MENTALE

Les pratiques basées sur les données probantes et leur intégration auprès des professionnels et des organisations[74] représentent progressivement, depuis les années 1990, le courant dominant dans le secteur sociosanitaire et de la santé mentale. Cette approche basée sur les données probantes est particulièrement associée aux recommandations de l'éminent épidémiologue britannique, le Dr A. L. Cochrane[75] (Hayes, 2005). D'après Provencher et Guay (2007), cette approche a d'abord été fondée en médecine, puis en psychologie, où elle a particulièrement été promue par l'American Psychological Association (APA), en 1995, par la production d'un premier rapport à ce sujet. Dans ce qui suit, deux définitions des données probantes sont introduites. La première correspond, d'après Reed (2006, p. 13), à la définition la plus citée des pratiques fondées sur les données probantes (*evidence-based practice*), adaptée de Sackett et collaborateurs (2000). La deuxième présente une définition au sens large du concept de données probantes et a été élaborée par la Fondation canadienne de recherche sur les services de santé (FCRSS), l'un des organismes canadiens les plus prééminents en la matière.

> « *Evidence-based practice* is the integration of best research evidence with clinical expertise and patient values. *Best research evidence* refers to clinically relevant research, often from the basic health and medical sciences, but especially from patient centered clinical research […] *Clinical expertise* means the ability to use clinical skills and past experience to rapidly identify each patient's unique health state and diagnosis, individual risks and benefits of potential interventions, and personal values and expectations. *Patient values* refers to the unique preferences, concerns and expectations that each patient brings to a clinical encounter and that must be integrated into clinical decisions if they are to serve the patient. » (Reed, 2006, p. 147).

> « Les données probantes sont les renseignements qui se rapprochent le plus des faits d'un sujet. La forme qu'elles prennent dépend du contexte. Les résultats de recherches de haute qualité, qui reposent sur une méthodologie appropriée, sont les données probantes les plus précises. Comme les recherches sont souvent incomplètes et parfois contradictoires ou non disponibles, d'autres catégories de renseignements sont nécessaires pour les compléter ou les remplacer. Les données probantes constituant la base sur laquelle se fonde une décision sont composées de multiples formes de données, combinées de manière à établir un équilibre entre rigueur et convenance, le premier de ces deux aspects étant toutefois préféré au deuxième. » (FCRSS, dans Provencher et Guay, 2007, p. 22).

74. Voir à ce sujet le chapitre 6, section 6.3, qui porte sur le transfert des connaissances.

75. À la suite du mandat qu'on lui avait octroyé, qui consistait à évaluer le United Kingdom's National Health Service (années 1970), ses travaux ont déclenché un mouvement en faveur des études randomisées avec groupe témoin, dont les résultats de recherche représentent « les meilleures pratiques ». En Grande-Bretagne, il existe tout particulièrement plusieurs centres faisant la promotion de l'« evidence-based treatment research, including the Cochrane Collaboration, a Web site instituted for preparing, maintaining and promoting the accessibility of systematic reviews of the effects of health care interventions » [http://www.Cochrane.org] (Hayes, 2005, p. 5).

L'accent sur les données probantes vise à optimiser l'efficience des services de santé et à mettre en place des dispositifs de soins qui ont fait l'objet de preuves scientifiques, de revues systématiques, de méta-analyses ou du moins de consensus d'experts. Il s'agit aussi de déployer des pratiques qui répondent d'une façon optimale à des problèmes spécifiques de santé et des profils cliniques distincts de clientèle. Diverses recherches ayant démontré l'écart substantiel de pratiques pouvant exister entre régions, établissements ou professionnels de la santé, leur déploiement vise ainsi à standardiser les dispositifs de soins afin d'améliorer la performance des interventions de santé. Ce mouvement correspond à un changement de contexte : augmentation des coûts de santé, souvent plus élevés que la richesse collective des populations (ou PNB); exigence accrue de reddition de comptes; accroissement de la demande de soins expliquée en partie par le volume plus élevé de la population âgée et des problèmes chroniques; accroissement des traitements alternatifs (et des connaissances) pour une même maladie; détection et hausse accrues des erreurs médicales ou événements indésirables; meilleure reconnaissance des impacts différentiels des interventions de santé (Hayes, 2005).

Parallèlement, à partir de la fin des années 1990 au Québec et au Canada, les phénomènes suivants ont été critiques pour l'endossement de l'approche orientée vers les données probantes : réorganisation massive des fonds de recherche; alignement de ces derniers sur les priorités gouvernementales en santé, dont le programme en santé mentale du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ) et les programmes de recherche aux Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC); « la volonté clairement manifestée par les gouvernements de transformer radicalement les pratiques dans le champ de la santé; et la nécessité de diffuser les résultats de recherche afin de les transférer dans la pratique » (Lecomte, 2003, p. 12) (mouvement du transfert/échange des connaissances : voir le chapitre 6, section 6.3).

Bien que l'approche sur les données probantes s'impose comme courant dominant de l'organisation des pratiques et des services, différentes critiques ont été adressées à son endroit. La qualité des recherches, et donc des données probantes, a été classifiée en fonction des méthodes utilisées; les études quantitatives réalisées à partir d'essais randomisés (groupe expérimental et groupe témoin) étaient considérées comme les meilleures. Cette méthode n'est toutefois pas exportable à toute situation : elle génère des coûts importants; elle soulève des problématiques éthiques (groupe témoin) ou méthodologiques (groupe expérimental comparé avec les services usuels qui peuvent référer à quasi aucun service, etc.); elle ne tient pas toujours compte de la complexité des situations, particulièrement des contextes d'implantation – elle se focalise surtout sur les résultats (« *patients' outcomes* », « syndrome de la boîte noire[76] »).

Par ailleurs, plusieurs interventions ne font pas l'objet de recherches et ne sont ainsi pas considérées comme de « bonnes pratiques[77] ». Il existe aussi un sérieux problème d'opérationnalisation des interventions ayant fait l'objet de données probantes, qui est expliqué en partie par le peu d'efforts investis dans le soutien à l'implantation et à la formation reliées

76. Le « syndrome de la boîte noire » a souvent été associé à des études rapportant les effets d'interventions comparées, mais ne décrivant pas ou que très succinctement les interventions en tant que telles (leur processus et leur niveau d'implantation). Pour une définition plus détaillée de ce syndrome, voir Champagne et autres, 2009.

77. Les termes « bonnes pratiques » et « interventions basées sur des données probantes » sont considérés comme synonymes dans ce rapport.

à l'adoption des innovations[78]. Les données probantes ne sont également pas toujours adaptées à la pratique et au milieu d'implantation des utilisateurs et ne leur semblent pas toujours utiles, ce qui contribue à améliorer les pratiques cliniques ou organisationnelles. L'insuffisance des évidences (et parfois leur contradiction) et la sélection des échantillons (clientèle sélectionnée, « pas de vrais usagers », d'après certaines critiques) viennent aussi pondérer leur adoption. S'ajoutent aussi les contraintes de temps; l'accès limité à la littérature (ou au contraire l'abondance de la littérature); des lacunes dans la formation en recherche d'informations et de compétences dans l'adaptation des innovations; la culture des organisations non toujours adaptées à l'introduction d'innovations (Lavoie-Tremblay et autres, 2008). L'étude de Lavoie-Tremblay et ses collaborateurs (2010 et 2008) soutient qu'il existe une corrélation entre l'utilisation de données probantes et le soutien social (des collègues et des supérieurs) ainsi que le pouvoir décisionnel des professionnels de la santé[79]. Enfin, les risques suivants sont reconnus pour l'adoption de données probantes : le développement d'une position dogmatique ainsi que la diminution du jugement clinique et de l'innovation, étant donné la standardisation des modèles originaux attendus du déploiement des bonnes pratiques ou la fidélité à ces modèles. Les études indiquent que plus la fidélité aux modèles originaux est élevée, plus les résultats seraient positifs (Bond et autres, 2004).

Dans le secteur de la psychiatrie, six interventions sont particulièrement citées en tant que « bonnes pratiques », lesquelles sont dans leur ensemble plus souvent liées à la gestion des troubles graves de santé mentale, particulièrement la schizophrénie : 1) la gestion de la médication (*medications prescribed within specific parameters*); 2) l'autogestion des soins (*training in illness self-management*); 3) le suivi intensif dans la communauté ou dans le milieu (*assertive community treatment*); 4) la psychoéducation des familles (*family psychoeducation*); 5) le soutien à l'emploi (*supported employment*); 6) le traitement intégré des troubles mentaux et des dépendances (*integrated treatment for mental health and substance abuse disorders*) (Drake et autres, 2000). Ces interventions ont fait l'objet de nombreuses recherches démontrant leur efficacité.

Quant à la gestion des troubles mentaux modérés, la littérature indique que les modèles les plus efficaces sont ceux qui incluent des composantes multiples et intégrées répondant aux différents profils cliniques de la clientèle, qui tiennent compte de l'ensemble du dispositif de soins. Ces modèles incluent tout autant des interventions spécifiques qui se sont montrées efficaces (essentiellement la psychothérapie et la médication antidépressive) que des programmes de gestion thérapeutique, souvent basés sur le modèle de gestion des maladies chroniques (défini plus loin), qui sont complexes. Ces programmes permettent des meilleurs taux d'adhérence qu'en leur absence, ce qui permet d'assurer l'adhérence aux interventions efficaces. Comparés aux services usuels, les modèles à composantes multiples et intégrées sont généralement évalués comme plus efficaces en regard des processus de soins et des résultats cliniques en particulier, spécialement pour les clientèles présentant des problèmes chroniques (Kates et autres, 2011; Smith, 2009; Katon, Lin et Kroenke, 2007; Williams et autres, 2007). La disponibilité des données dépend cependant des modèles ou stratégies étudiés ainsi que du profil des usagers testés (la dépression majeure est la maladie la plus étudiée sur le plan des services primaires de santé mentale). Globalement,

78. Voir à ce sujet le chapitre 6, section 6.2, intitulée « Les défis de l'implantation : enjeux théoriques ».

79. Cette recherche a été réalisée dans les unités de santé mentale de deux hôpitaux de Montréal.

la qualité et la quantité données sont néanmoins limitées (Walters, Tylee et Goldberg, 2008). De plus, bien que des progrès notables aient été accomplis particulièrement depuis la dernière décennie, la plupart des modèles et des stratégies illustrés ne sont encore que très peu mis en œuvre, et ce, autant pour les troubles mentaux courants que graves (Kates et autres, 2011; Kirby et Keon, 2006; Pawlenko, 2005), et demandent des changements de pratique et d'organisation des services substantiels (Upshur et Weinreb, 2008). Selon Walters et ses collaborateurs (2008, p. 482), les enjeux des prochaines années consisteront « to define which components of these complex interventions are important and determine how well they can be incorporated into different care integrated models ».

Dans ce qui suit, 35 « approches ou interventions modèles » seront présentées, sélectionnées selon leur intérêt pour ce rapport du Commissaire à la santé et au bien-être, de même que des données probantes minimales trouvées à leur sujet[80]. Cette recension n'a pas comme but d'être exhaustive ni d'évaluer le degré d'implantation de ces interventions au Québec (néanmoins minimal dans la plupart des cas), mais vise à présenter un certain nombre d'exemples types de telles approches ou pratiques pour l'amélioration des services de santé mentale. Les approches ou interventions qualifiées de bonnes pratiques, qui seront à tour de rôle brièvement examinées, sont regroupées dans les sous-sections suivantes : 1) approches cliniques (n = 7 – approche biopsychosociale, systémique, du rétablissement, axée sur les forces, de réduction des méfaits, des soins centrés sur les usagers, par étape); 2) thérapies basées sur les données probantes (n = 9 – thérapie cognitive-comportementale, interpersonnelle, psychologique intégrée, dialectique comportementale, motivationnelle, orientée vers les solutions, autogestion des soins, gestion autonome de la médication, psychoéducation des familles); 3) stratégies cliniques et organisationnelles (n = 11 – protocoles d'intervention, plans de services individualisés, formation croisée, gestion de cas, soutien d'intensité variable, suivi intensif, suivi systématique, soutien à l'emploi, travail de rue, pairs aidants, systèmes d'information); 4) programmes ou modèles d'intervention (n = 8 – tribunaux de la santé mentale, premiers épisodes psychotiques, programme Chez soi (*Housing First*), prévention et promotion, modèle du « quadrant » et traitement intégré, soins partagés, soins chroniques, réseaux intégrés de services).

4.1 LES APPROCHES CLINIQUES

a) L'approche biopsychosociale

L'approche biopsychosociale est à la fois un modèle théorique et un outil clinique. « Sur le plan théorique, il s'agit d'une représentation de l'être humain dans laquelle les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux participent simultanément au maintien de la santé ou au développement de la maladie. Aucune de ces trois catégories de déterminants de la santé ne se voit accorder de prépondérance a priori (même si leur importance relative peut varier). » (Berquin, 2010, p. 1512). Une telle approche oblige sur le plan clinique à examiner toutes

80. Il est à noter que la classification des approches ou interventions proposée dans ce chapitre est arbitraire et que la solidité des données probantes varie en fonction des approches ou interventions présentées. Par ailleurs, la classification et l'ordre de présentation dans ce chapitre ne tiennent pas compte de la solidité de la preuve que soutiennent ces approches ou interventions.

les composantes de la vie d'une personne afin de fournir un diagnostic, puis le traitement adéquat qui s'ensuit. De plus, le traitement n'a pas pour but uniquement de réduire les symptômes, mais doit aussi être adapté aux besoins biologiques, psychologiques et sociaux de la personne afin de favoriser son rétablissement (Lalonde, Aubut et Grunberg, 2001). Cette approche est particulièrement mise de l'avant dans l'organisation des services de santé mentale au Québec, depuis l'instauration de la Politique de santé mentale (MSSS, 1989).

b) L'approche systémique

L'approche systémique a vu le jour dans les années 1950 avec le développement des thérapies familiales (Crettenand et Cucchia, 2006). Il s'agit d'une approche des troubles mentaux qui se veut intégrative, c'est-à-dire qui ne se limite pas au diagnostic et au traitement des symptômes, mais qui favorise la réinsertion de la personne atteinte d'un trouble mental dans les différents contextes sociaux où elle évolue (famille et voisinage). La personne est vue ici en interrelation constante et circulaire avec les autres membres des structures sociales dont elle fait partie (Bellemare, 2000). L'approche a pour objectif d'amener la personne et les membres de son entourage à prendre conscience du système relationnel dans lequel ils vivent et qu'ils ont développé (Blanchette, 1999). L'intervention doit ainsi tenir compte des effets que le trouble mental de la personne exerce sur son environnement familial et social et, inversement, chercher à prévenir les répercussions négatives qu'un dysfonctionnement familial ou social entraîne sur la personne atteinte. L'approche systémique peut s'appliquer dans le cadre d'une thérapie individuelle ou de groupe. Plusieurs études ont démontré l'efficacité des programmes utilisant cette approche, particulièrement chez les adolescents présentant différents types de problèmes (Von Sydow et autres, 2010; Lemaire, 2010). Cette approche réduit également de manière significative les risques de rechute chez les personnes atteintes de schizophrénie (Von Sydow et autres, 2010; Crettenand et Cucchia, 2006).

c) L'approche du rétablissement (*recovery*)

Le rétablissement n'est pas une pratique en soi, mais plutôt un concept multidimensionnel et complexe qui est à la fois « un processus, une perspective, une vision et un principe guidant les pratiques » (Piat et autres, 2008a, p. 28). Le concept a tout d'abord émergé dans les domaines de la toxicomanie et de la dépendance (programme des douze étapes des alcooliques anonymes[81]), pour être ensuite décrit au début des années 1980 par des « patients survivants » (*consumer survivors*), qui ont raconté par écrit comment l'expérience d'un trouble mental grave avait transformé leur vie. Il n'y a pas de définition précise et universelle du rétablissement, car celui-ci est en fait un processus de changement unique

81. Le programme des douze étapes est un programme de rétablissement basé sur des principes spirituels, qui a été élaboré en 1939 par le fondateur des Alcooliques anonymes. Il décrit des attitudes et des activités considérées comme importantes pour atteindre et maintenir la sobriété. Plusieurs de ces étapes font référence à Dieu, tel que le conçoit la personne, alors que les autres précisent un certain nombre d'activités permettant d'éliminer les comportements honteux causés par l'abus d'alcool (« dresser un inventaire moral, minutieux de soi-même », « avouer ses torts », « dresser une liste des personnes que l'on a lésées et faire amende honorable », etc.). La première étape consiste à admettre une perte de contrôle de sa vie en raison de l'alcool, alors que la douzième invite l'individu « à transmettre le message à l'alcoolique qui souffre encore » (Alcooliques anonymes, 1989). D'abord utilisées pour aider les personnes ayant un problème d'alcool à cesser de boire, les douze étapes ont ensuite été appliquées avec succès pour tout autre problème de dépendance (drogue, boulimie, jeu, dépendance affective, etc.). Elles ont également été adaptées pour soutenir les familles (Al-Anon) et les enfants (Alateen) des personnes alcooliques.

et profondément personnel par lequel l'individu apprend, par avancées et reculs, à vivre une existence satisfaisante et ouverte sur l'avenir malgré les limitations imposées par la maladie (Provencher, 2007). Les écrits l'associent cependant à l'espoir, à la spiritualité, à l'acceptation, à l'engagement, au soutien des pairs ainsi qu'à l'acquisition du pouvoir d'agir (Deegan, 2007). Le rétablissement implique ainsi un rapport plus égalitaire entre l'usager et les professionnels de la santé, notamment quant au traitement, incluant la médication (autogestion de la médication : voir la section 4.2.h).

Dans l'organisation des services, les pairs sont aussi appelés à participer aux structures de prise de décision et à y travailler en tant que pairs aidants (voir la section 4.3.j), et l'accès aux services d'entraide est renforcé. Le rétablissement implique le développement de nouveaux sens et buts à sa vie, établis par l'usager. Par ailleurs, dans une logique de rétablissement, une rechute ou une nouvelle hospitalisation ne doivent pas être perçues comme un échec, mais plutôt comme une expérience permettant à l'individu d'apprendre et de grandir (Forest, 2008). De même, le rétablissement n'implique pas nécessairement l'éradication totale du trouble mental, et une personne peut se considérer comme rétablie même si elle continue de prendre des médicaments ou si elle présente toujours des symptômes résiduels (Provencher, 2008). En opposition avec la vision médicale traditionnelle qui le voit comme un phénomène exceptionnel, le rétablissement serait au contraire une expérience très courante. Selon le National Advisory Mental Health Council, le taux de rétablissement, dans le sens de pouvoir vivre une expérience positive malgré les limites imposées par la maladie, serait de 80 % pour les troubles bipolaires, de 65 % à 80 % pour les dépressions majeures, de 70 % pour les troubles d'abus de substance et de 60 % pour la schizophrénie dans la plupart des études longitudinales (Care Services Improvement Partnership et autres, 2007). Les études montrent que les approches qui sont respectueuses, porteuses d'espoir et teintées d'humanisme renforcent le rétablissement personnel (Stickley et Wright, 2011). Finalement, l'environnement social joue un rôle important dans le rétablissement, d'où la nécessité d'offrir des conditions de vie satisfaisantes aux personnes ayant des troubles mentaux et de combattre les préjugés et la discrimination envers elles (Provencher, 2008).

Aux États-Unis, plusieurs États ont réorganisé leurs services de santé mentale afin qu'ils favorisent le rétablissement des personnes utilisatrices (Provencher, 2008). Le modèle est aussi au cœur des réformes des systèmes de santé mentale en Nouvelle-Zélande, en Grande-Bretagne et en Australie, notamment (Piat et autres, 2008a). Au Canada, le rapport Kirby (Kirby et Keon, 2006) a placé le rétablissement au centre des orientations à mettre en œuvre en santé mentale et a déterminé trois valeurs essentielles à l'établissement de services orientés vers lui : 1) donner à l'individu la liberté de choisir, parmi la gamme de services offerts, ceux qui sont les plus susceptibles d'aider à son rétablissement; 2) prioriser des interventions dans le milieu de vie des personnes; 3) offrir une gamme de services globale et intégrée pouvant s'adapter aux changements que la personne vivra durant son expérience de rétablissement. Le récent rapport *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* (CSMC, 2009) fait aussi du rétablissement le paradigme de l'orientation du système canadien de santé mentale. La ratification en 2010 par le Canada de la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations unies (ONU) constitue également un pas de plus visant « l'élimination des obstacles qui entravent la pleine participation dans la société des personnes vivant

avec des troubles mentaux ou une maladie mentale » (CSMC, 2011). Enfin, le rétablissement est l'un des principes directeurs du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* du Québec (MSSS, 2005a).

d) L'approche axée sur les forces

L'approche axée sur les forces va de pair avec le rétablissement, car la personne utilisatrice y est perçue comme le maître d'œuvre de la relation d'aide. Elle repose sur le principe que chaque individu possède « la capacité inhérente d'apprendre, de grandir et de changer » (PECH, 2006, p. 17). L'intervention est centrée sur les forces et les intérêts de la personne plutôt que sur sa pathologie. Elle est orientée vers l'atteinte des buts fixés par la personne utilisatrice elle-même. La relation utilisateur/intervenant est essentielle (alliance thérapeutique), ayant explicitement pour objectif de développer l'espoir de la personne utilisatrice (PECH, 2006). Par ailleurs, la communauté est perçue comme étant un vaste réseau de partenaires potentiels susceptibles d'offrir du soutien (Rapp, Saleebey et Sullivan, 2005). Compte tenu de ces principes, les rencontres au bureau des professionnels de la santé sont contre-indiquées, et les interventions ont lieu là où la personne vit et interagit. D'abord utilisée avec les personnes ayant des troubles mentaux graves, l'approche axée sur les forces a depuis été adaptée à d'autres types de clientèles, dont les personnes âgées et les enfants (PECH, 2006). Le soutien d'intensité variable, le programme de soutien à l'emploi (*individual and placement support*), la thérapie axée sur la recherche de solutions (*solution-focused brief therapy*) (Miller, Hubble et Duncan, 1996) – qui seront vus plus loin dans ce chapitre – ainsi que le développement communautaire reposant sur les actifs (*asset-building model of community development*) (Kretzmann et McKnight, 1993) sont des interventions qui s'inscrivent dans l'approche axée sur les forces. Les études semblent indiquer que l'approche par les forces a un impact significatif sur la diminution des symptômes négatifs des troubles mentaux et le nombre associé de jours d'hospitalisation (Rapp et Gosha, 2004).

e) L'approche de réduction des méfaits

L'approche de réduction des méfaits a vu le jour au cours des années 1980 afin de répondre au danger de la contagion du VIH chez les utilisateurs de drogues par injection (CPLT, 1999). Au lieu de chercher à éliminer les comportements à risque ou addictifs (comme la consommation d'alcool ou de drogues), cette approche vise plutôt à développer des moyens de réduire les conséquences négatives liées à ces comportements (distribution de seringues ou de condoms, accessibilité à un traitement à la méthadone pour les personnes héroïnomanes, etc.). Cette approche est particulièrement utile en début de traitement quand la personne est peu motivée à mettre fin à ses mauvaises habitudes. En effet, le changement désiré n'implique pas immédiatement ou nécessairement l'arrêt du comportement à risque. L'approche de réduction des méfaits est celle qui est la plus couramment utilisée pour le traitement des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie (Grenier et Nadeau, 2008). Au Québec, Opération Nez rouge et Alcochoix représentent des applications pratiques de cette approche auprès de la population générale (CPLT, 1999). Les études démontrent que cette approche réduit considérablement la morbidité et la mortalité reliées aux comportements à risque et a des répercussions positives sur l'état de santé global

(Amundsen, 2006). L'approche de réduction des méfaits permet en effet l'ouverture à une gamme de services (désintoxication, réhabilitation, soutien psychologique, soins de santé, etc.) pour des individus qui n'y ont généralement pas accès. Elle leur évite aussi l'emprisonnement et la judiciarisation. De plus, elle s'avère très économique, comparativement à des programmes plus généraux de lutte contre les mauvaises habitudes.

f) L'approche des soins centrés sur les patients (*patient-centered medical home approach*)

L'approche des soins centrés sur les patients, s'intégrant dans le modèle des soins chroniques (voir la section 4.4.g), vise à optimiser la relation patient-médecin de famille (continuité relationnelle, alliance thérapeutique), dont l'inscription des clientèles représente une composante centrale. Dans le contexte actuel du Québec, où environ 25 % de la population est sans médecin de famille et où le recours au sans rendez-vous est important, particulièrement pour les clientèles vulnérables (Gladu, 2007), cette approche est des plus pertinentes. Selon cette dernière, les omnipraticiens sont aussi considérés comme les leaders des équipes de soins. Cette approche a été originalement développée en pédiatrie pour les enfants à besoins élevés (Cruickshank, 2010). Elle est maintenant promue par les associations médicales, notamment canadienne et américaine (College of Family Physicians of Canada, 2009). À la périphérie de ce modèle, les changements de pratique des omnipraticiens en faveur d'une meilleure prise en charge de la population sont également promus, tels que le travail en médecine de groupe (incluant de plus en plus des infirmières praticiennes spécialisées[82] de première ligne et d'autres intervenants psychosociaux); la rémunération autre qu'à l'acte (salaire, tarif mixte incluant des paiements forfaitaires, capitation); la rémunération par résultats de santé, selon l'inscription de clientèles vulnérables et des pratiques interprofessionnelles (Simonet, 2009; Bourgueil, Marek et Mousquès, 2007; McAvoy et Coster, 2005). La continuité relationnelle omnipraticien-patient et le travail interdisciplinaire et intégré sont liés à une satisfaction accrue des soins des patients, à une plus grande satisfaction des omnipraticiens et à une meilleure efficience du système de soins (Moulding et autres, 2009; Clark et autres, 2009; Howell et autres, 2008).

g) L'approche par étape (*stepped care*)

L'approche par étape est un modèle de prestation de soins dans lequel les interventions sont réalisées de façon hiérarchique à partir des besoins de la personne utilisatrice. Cette approche s'intègre aussi très bien dans le modèle des soins chroniques (voir la section 4.4.g). Le choix du traitement tient compte de la sévérité des symptômes, mais aussi des caractéristiques sociales et personnelles et des préférences de la personne utilisatrice. Les interventions moins complexes offertes dans la communauté sont d'abord privilégiées, et les services spécialisés ne sont utilisés que si l'état de la personne utilisatrice ne s'améliore pas (Seekles

82. L'infirmière praticienne spécialisée « dispense des soins infirmiers avancés et effectue des activités médicales autorisées par règlement du Collège des médecins du Québec afin de gérer, en collaboration avec le médecin, les problèmes de santé aigus et chroniques dans un domaine de spécialité spécifique. Ainsi, elle consacre l'essentiel de sa pratique à des soins directs axés sur le traitement et le suivi des personnes présentant un problème de santé complexe, chronique ou encore des épisodes aigus dans un domaine de spécialité (néonatologie, néphrologie, cardiologie) ou en soins de première ligne » (OIIQ, site Internet). En complément d'information, voir aussi le chapitre 6, section 6.1.3.

et autres, 2009; Brouillet et autres, 2009). Cette approche se révèle une stratégie de soins efficiente intégrant une perspective populationnelle et une évaluation étroite de l'impact des interventions chez les usagers. L'approche a surtout de l'intérêt pour les troubles modérés, là où il existe des options en matière de traitement. Notamment, comme première étape de soins, l'autogestion des soins peut être testée, laquelle inclut de la documentation sur la maladie et des séances de traitement sur le Web (psychoéducation, approche motivationnelle ou des forces, changement des habitudes de vie, résolution de problèmes, etc.). L'ajout de courtes séances téléphoniques, menées par un thérapeute afin d'effectuer le suivi de l'atteinte des objectifs et de l'adhérence à la médication, est hautement recommandé afin d'optimiser cette étape à peu de frais. Si celle-ci s'avère insuffisante, la psychothérapie individuelle ou de groupe, spécifiquement basée sur la thérapie cognitive-comportementale, est suggérée avant d'envisager les services spécialisés en dernier lieu.

À titre d'exemple, le modèle du National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) pour le traitement de la dépression comprend quatre étapes, chacune intégrant les interventions cliniques les plus efficaces selon le profil clinique de la clientèle. Alors que la première étape consiste en l'évaluation, le soutien, la psychoéducation, le contrôle et les références des troubles dépressifs, à la quatrième étape, les interventions comportent la médication, les interventions psychosociales, les services de crise, l'hospitalisation et le traitement multiprofessionnel combiné des personnes gravement atteintes et présentant des risques de dangerosité (NICE, 2009). La pyramide du risque de Kaiser (McCusker et autres, 2009), qui s'applique à la gestion des troubles de santé chroniques (arthrite, diabète, cancer, dépression, etc.), présente un autre de ces modèles de hiérarchisation des services à trois niveaux de besoins-services. Le niveau 1 (70 % à 80 % de la population) comprend les personnes n'ayant pas de maladie chronique, mais qui pourraient bénéficier d'autogestion préventive. Au niveau 2 (15 % à 20 %), les personnes ont des maladies chroniques et requièrent une prise en charge proactive d'une équipe multidisciplinaire de soins primaires. Le niveau 3 (5 % à 6 %) comprend les usagers plus gravement atteints dont l'état est très complexe et requiert une prise en charge active. Outre son utilisation pour les troubles mentaux, l'approche par étape a été utilisée pour le traitement de nombreux troubles chroniques de santé, tels que le tabagisme, l'hypertension, le diabète ou l'asthme (Von Korff et Tiemens, 2000). Elle a démontré son efficacité pour le traitement de la dépression, de la boulimie, de l'alcoolisme et des troubles anxieux (Bower et Gilbody, 2005b). L'approche par étape permet en outre de réduire les listes d'attente, d'améliorer le rapport coût/efficacité des interventions et d'accroître la satisfaction des personnes envers les services qui leur sont offerts (Brouillet et autres, 2009).

4.2 CERTAINES THÉRAPIES BASÉES SUR LES DONNÉES PROBANTES

a) La thérapie cognitive-comportementale

La thérapie cognitive-comportementale est une intervention thérapeutique intégrée qui permet de cerner à la fois le mode de pensée et les sentiments par rapport à un événement (cognition) et la réaction à ces événements (comportement) (Brown, Dongier et Graves, 2005). Elle complète efficacement les traitements pharmacologiques et peut même offrir un choix valable pour les personnes qui refusent la médication. Une méta-analyse (Olatunji et autres, 2010) a démontré son efficacité pour le traitement des troubles anxieux, indépendamment des divers troubles traités (trouble d'anxiété généralisée, trouble panique, phobie sociale, trouble de stress post-traumatique, phobie spécifique). Selon l'American Psychiatric Association (APA) (2010), la thérapie cognitive-comportementale s'avère aussi plus efficace que les autres psychothérapies dans le traitement des troubles de l'humeur (dépression et troubles bipolaires). Elle contribue aussi à diminuer les symptômes chez les usagers aux prises avec la schizophrénie et, jumelée à l'entrevue motivationnelle, s'avère efficace pour les problèmes reliés à l'abus de substance (alcool et drogues). Elle peut également s'intégrer parfaitement dans un programme structuré de soins s'adressant aux jeunes et à leur famille, ce qui explique pourquoi elle a été adoptée dans presque toutes les cliniques pour premiers épisodes psychotiques à l'échelle internationale (L'Heureux et autres, 2007; Addington et Gleeson, 2005) (les programmes pour premiers épisodes psychotiques seront examinés à la section 4.4.b). En fait, la littérature soutenant l'impact supérieur de cette approche chez les jeunes, comparativement à d'autres traitements usuels, est abondante (Lyons et Rawal, 2004). Des effets positifs sont notamment démontrés pour les troubles anxieux (dont le stress post-traumatique) (Dorsey et autres, 2011), l'autisme et la dépression majeure (Ozsivadjian et Knott, 2011; Asarnow et autres, 2005). Selon Seligman et Ollendick (2011), plus de 40 études ont conduit à établir que la thérapie cognitive-comportementale représente la psychothérapie qualifiée d'« *evidence-based treatment* » fondée sur des données probantes pour les jeunes aux prises avec des troubles anxieux. Son effet supérieur par rapport à d'autres types de psychothérapies a aussi été démontré chez la clientèle âgée aux prises avec la dépression, les troubles bipolaires et les troubles anxieux (Todman, Law et Macdougall, 2011; Depp et Lebowitz, 2007). La thérapie cognitive-comportementale est particulièrement indiquée pour cette clientèle, étant donné les risques accrus des interactions médicamenteuses. Selon une revue de 22 études, une plus grande accessibilité de cette approche permettrait à la fois une amélioration de l'efficacité des interventions en santé mentale et une diminution des coûts (Myhr et Payne, 2006).

b) La psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle a été développée de 1969 à 1984 en vue de traiter la dépression majeure (Klerman et autres, 1984). Il s'agit d'une thérapie brève (généralement de 12 à 16 séances hebdomadaires) ayant pour objectif d'atténuer ou de faire disparaître les symptômes dépressifs. Elle met l'accent sur les relations entre les événements stressants, les

difficultés interpersonnelles et l'avènement de la dépression, en plus de chercher à améliorer la communication et le soutien dans le réseau social de la personne. C'est l'approche psychothérapique qui a été la plus souvent évaluée avec la thérapie cognitive-comportementale (Streit et Leblanc, 2008). Les études cliniques ont démontré que la psychothérapie interpersonnelle était au moins aussi efficace que la médication antidépressive et la thérapie cognitive-comportementale dans le traitement de la dépression majeure (Elkin et autres, 1989). Étant donné qu'elle cherche à aider l'individu à mieux faire face aux situations sociales et interpersonnelles stressantes, elle serait surtout utile pour les cas de dépression réactionnelle et d'adaptation (Parker et autres, 2006). Elle a été adaptée en vue de son utilisation pour divers autres troubles mentaux (comme les troubles bipolaires et les troubles anxieux) pour des clientèles spécifiques (personnes âgées, adolescents, etc.) et sous de nouveaux formats (thérapie de groupe, à très court terme, etc.) (Mufson et Anderson, 2008; Stuart et Clark, 2008). Son utilité dans le traitement des troubles de stress post-traumatique (Robertson, 2008) et des troubles de l'alimentation chez les jeunes (Wilfley, Kolko et Kass, 2011) a aussi été démontrée, et son utilisation avec des personnes atteintes de dépression bipolaire semble prometteuse (Swartz, Frank et Frankel, 2008).

c) La thérapie psychologique intégrée pour la schizophrénie

La thérapie psychologique intégrée (*integrated psychological treatment*) est basée sur l'hypothèse que les niveaux fonctionnels du comportement (attention/perception; cognition; microsocial; macrosocial[83]) sont structurés de façon hiérarchique. Les niveaux supérieurs sont ainsi affectés lorsqu'une carence, causée par la schizophrénie, est présente dans un niveau inférieur (Brenner et autres, 1992). Il s'agit « d'un programme d'approche cognitive-comportementale composé de plusieurs modules à complexité croissante » (Briand et autres, 2005, p. 74). Les premières séances sont consacrées à l'amélioration des capacités cognitives de base et les dernières, à la résolution des problèmes liés aux relations interpersonnelles (Vallina-Fernandez et autres, 1999). La thérapie psychologique intégrée « combine l'ensemble des interventions considérées comme nécessaires dans le processus de réadaptation des personnes souffrant de schizophrénie » (Briand et autres, 2005, p. 74). Pour cette clientèle, cette approche représente l'étape préparatoire à la réintégration sociale, à l'accès à un logement autonome ou encore à un retour au travail ou aux études (Briand et autres, 2010). Plusieurs études expérimentales ont prouvé que la thérapie psychologique intégrée a des effets positifs sur les symptômes, le fonctionnement psychosocial et la neuro-cognition des personnes atteintes de schizophrénie, indépendamment du type de clientèle (interne ou externe) et de la phase de traitement (Roder et autres, 2006). De plus, les résultats sont supérieurs quand elle est pratiquée sur une longue période (Briand et autres, 2005).

83. Le niveau microsocial fait référence aux habiletés sociales et de fonctionnement de base, alors que le niveau macrosocial réfère aux différents rôles sociaux (Vallina-Fernandez et autres, 1999).

d) La thérapie dialectique comportementale pour les troubles de la personnalité limite

La thérapie dialectique comportementale s'inspire de l'approche cognitive-comportementale, mais utilise également des interventions inspirées d'autres approches en psychologie (Linehan et autres, 1999). L'accent est mis ici sur la validation et l'acceptation de la personne telle qu'elle est maintenant ainsi que sur la qualité de la relation thérapeutique entre le client et le thérapeute (Bégin et Lefebvre, 1997). Cette thérapie est considérée comme la meilleure pratique pour aider les personnes ayant des troubles caractérisés par des émotions intenses et instables (Swales, Heard et Williams, 2000). Elle est particulièrement désignée pour le traitement des troubles de la personnalité limite, mais présente aussi des résultats prometteurs pour le traitement des autres troubles de la personnalité, des troubles de l'alimentation et ceux liés à l'abus de substance. Comparativement aux approches thérapeutiques usuelles, la thérapie dialectique comportementale réduit plus efficacement la fréquence des comportements suicidaires et d'automutilation ainsi que la fréquence des hospitalisations (Bégin et Lefebvre, 1997). De plus, le taux d'abandon de la thérapie s'avère beaucoup plus faible que celui rencontré dans d'autres approches (Bégin et Lefebvre, 1997).

e) L'entretien motivationnel pour les problèmes de dépendance

L'entretien motivationnel est une intervention brève (quatre séances au maximum) ayant « pour objectif de faire ressortir chez la personne des arguments en faveur d'un changement » (Levavasseur, 2005, p. 12). Elle comporte deux phases distinctes : la première a pour but de motiver la personne à changer et la seconde, à consolider sa décision par la mise en œuvre d'actions pour y parvenir (Miller et Rollnick, 2006; Levavasseur, 2005). L'entretien motivationnel peut être utilisé seul, en introduction à un autre traitement en vue d'en favoriser l'adhésion ou encore intégré dans un modèle plus large de traitement (Hettema, Steele et Miller, 2005). Les études ont démontré que l'entretien motivationnel est plus efficace que le counselling traditionnel, qui est plus directif, pour les problèmes de dépendance (alcoolisme, toxicomanie). Ainsi, il réduit significativement le nombre de jours à forte consommation d'alcool ainsi que le nombre de visites à des professionnels de la santé (Chanut et autres, 2008a). Utilisé seul dans les cas d'abus d'alcool, l'entretien motivationnel donne des résultats qui se comparent avantageusement à ceux observés après une intervention de plus longue durée basée sur l'approche cognitive-comportementale ou sur le programme des douze étapes (Chanut, Brown et Dongier, 2008b). De plus, selon les études, cette approche contribue efficacement à l'observance médicamenteuse et à l'adoption de nouvelles habitudes de vie plus saines (Rubak et autres, 2005). Enfin, l'entretien motivationnel, lorsqu'il est utilisé au début d'un programme de traitement combinant plusieurs approches, favorise la fidélité au traitement, ce qui contribue à améliorer son efficacité (Hettema, Steele et Miller, 2005).

f) La thérapie orientée vers les solutions

La thérapie orientée vers les solutions est une approche collaborative s'insérant dans la famille des approches thérapeutiques brèves. Elle privilégie l'écoute empathique et met l'accent sur les buts à atteindre plutôt que sur l'analyse des expériences passées (Mynors-Wallis,

2001). Ces buts sont au nombre de quatre : 1) comprendre le lien entre les symptômes du client et ses problèmes actuels de tous les jours; 2) accroître l'habileté du client à définir ses problèmes; 3) enseigner une procédure de résolution de problèmes; 4) produire des expériences positives de résolution de problèmes (Mynors-Wallis, 2001). L'intervenant a donc pour rôle d'amener l'individu à tourner son intention vers l'avenir et à créer en lui un désir de changement (MSSS, 2010a). Les études empiriques indiquent que, tout en étant aussi efficace que les psychothérapies utilisées habituellement, l'approche orientée vers les solutions entraîne des changements rapides, particulièrement avec les personnes suicidaires ou qui s'auto-infligent des blessures (Trepper et autres, 2006; Sharry, Darmody et Madden, 2002). Elle est également efficace dans le traitement de la dépression majeure, bien que l'efficacité de cette approche ne bénéficie pas du même soutien empirique que la thérapie cognitive-comportementale (Mynors-Wallis, 2001). Une forme adaptée de cette approche existe pour faire face aux problèmes sociaux occasionnés par le stress (Poinsot et Antoine, 2007). Elle a aussi été testée pour le traitement dans la communauté des personnes âgées aux prises avec la dépression : les résultats suggèrent un impact positif chez cette clientèle (Arean et autres, 2008).

g) Le soutien à l'autogestion des soins

S'appliquant dans un contexte de soins de première ligne, le soutien à l'autogestion des soins consiste à offrir des guides d'autogestion ou des programmes interactifs en ligne ainsi qu'un soutien minimal aux personnes atteintes de troubles mentaux (Bennett-Levy et autres, 2010). Les guides d'autogestion des soins fondés sur des données probantes, basés généralement sur la thérapie cognitive-comportementale[84], permettent à la personne de gérer les aspects médicaux, émotionnels et relationnels de son trouble mental (Bilsker, 2010). Il est recommandé que ces documents tiennent compte des particularités régionales en indiquant, à titre d'exemple, les ressources que la personne peut consulter indépendamment du jour et de l'heure[85] (MSSS, 2011). Cette approche est peu coûteuse et peut être implantée sur une base populationnelle. Elle vient entériner l'importance de la prise en compte du point de vue des usagers et de leur intégration active dans le traitement, ce qui est relié à un meilleur rétablissement des personnes (Kisely et Campbell, 2007). Se référant à Gellatly et autres (2007), Bilsker (2010) signale que « dans le cadre d'essais contrôlés et randomisés, le soutien à l'autogestion s'est avéré être une intervention efficace pour la dépression légère à modérée ». Le soutien à l'autogestion des soins constitue la première étape d'un programme de prestation de soins par étape (voir la section 4.1.g); il est aussi une composante centrale du modèle des soins chroniques (voir la section 4.4.g) (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002). Il est de plus en plus indiqué dans les formations offertes aux cliniciens, particulièrement les médecins de famille. Par exemple, en Colombie-Britannique, 700 d'entre eux auraient été récemment formés à cette approche (Bilsker, 2010).

84. Il existe toutefois une multitude de livres et d'autres documents qui ne sont basés sur aucune donnée probante.

85. Néanmoins, des livres classiques peuvent faire partie d'une approche d'autogestion des soins (tels que *Feeling Good*/Être bien dans sa peau, Burns, 1994), lesquels sont aussi considérés d'un usage fort pertinent (bien qu'ils soient non contextualisés).

h) La médication et la gestion autonome de la médication

Le développement de la psychopharmacologie à partir des années 1950 a complètement transformé le traitement des troubles mentaux. La possibilité d'atténuer les symptômes les plus manifestes des troubles mentaux, autrefois peu traitables, et spécialement à grande échelle, a entraîné une modification des durées d'hospitalisation et permis de nouveaux modes d'assistance (ou solution de rechange à l'hospitalisation) pour les personnes atteintes de ces troubles. Ce phénomène a aussi contribué à l'atténuation des attitudes stigmatisantes envers ces dernières. Les médicaments psychotropes agissent « sur les mécanismes neurobiologiques du cerveau afin d'améliorer les troubles ou les dysfonctionnements de l'activité psychique » (PSYCOM, 2008, p. 15). Il existe cinq grandes classes de médicaments psychotropes : 1) les neuroleptiques ou antipsychotiques, qui se regroupent en antipsychotiques typiques (ex. : halopéridol) et atypiques (ex. : clozapine); 2) les antidépresseurs (ex. : Prozac); 3) les régulateurs de l'humeur ou thymorégulateurs (ex. : lithium); 4) les anxiolytiques ou tranquillisants (ex. : Valium); 5) les hypnotiques ou somnifères (ex. : Imovane).

Malgré cette classification, ces médicaments peuvent être prescrits pour traiter d'autres troubles. Les antidépresseurs sont fréquemment prescrits pour d'autres troubles mentaux (particulièrement les troubles anxieux, qui sont comorbides avec les troubles de l'humeur, et lors de dépression dans la schizophrénie, les troubles de la personnalité et les troubles de l'alimentation, etc.) ainsi que pour plusieurs problèmes physiques, tels que la douleur chronique, le syndrome de fatigue chronique, les maux de tête, le trouble dysphorique prémenstruel et la cessation tabagique[86] (Conseil du médicament, 2011b; O'Grady et Skinner, 2008). Pour leur part, les antipsychotiques sont parfois prescrits pour le traitement des troubles anxieux, de la dépression majeure ou encore de certains troubles physiques, tels que la douleur neuropathique, les nausées et les vomissements sévères (Conseil du médicament, 2009). Enfin, une personne ayant un trouble bipolaire peut se voir prescrire, outre un régulateur de l'humeur, un antidépresseur ou un anxiolytique pour traiter des symptômes dépressifs ou anxieux associés (O'Grady et Skinner, 2008). Les médicaments psychotropes peuvent aussi être associés à d'autres médicaments dits « correcteurs », qui sont utilisés pour remédier à certains effets secondaires indésirables. Les essais cliniques ont démontré l'efficacité de la médication dans la diminution des symptômes des troubles mentaux. Les médicaments plus récents, tels que les antipsychotiques atypiques, produisent en outre moins d'effets indésirables[87] (Conseil du médicament, 2009).

Pour sa part, la gestion autonome de la médication est un processus d'apprentissage et de compréhension des médicaments et de leurs effets dans les différentes dimensions de la vie de la personne ayant des troubles mentaux. Cela implique que toute personne recevant des médicaments a le droit « d'être informée sur les raisons, la pertinence, les effets secondaires et le mode d'utilisation de la médication prescrite; d'être avertie des alternatives possibles à cette médication et d'être encouragée à les utiliser si nécessaire; de pouvoir négocier avec le prescripteur le type de médicament, la dose, la fréquence de prise […] de décider de diminuer – voire d'arrêter – toute médication totalement,

86. Selon le Conseil du médicament du Québec (2011b), les seules indications approuvées par Santé Canada concernent les troubles de l'humeur, les troubles anxieux ainsi que la cessation tabagique dans le cas du bupropion (Ziban).

87. Voir aussi le chapitre 3 sur l'utilisation des services, aux sections 3.4, « La médication », et 3.7., « Les déterminants de l'adhérence à la médication ou au traitement ou de son abandon ».

définitivement ou provisoirement, en étant accompagnée dans ce processus par le médecin prescripteur ou adressée à un autre professionnel de la santé capable et désireux de faire cet accompagnement » (Pallazzolo et autres, 2008, p. 718). La gestion autonome de la médication fait partie intégrante du rétablissement et de l'appropriation du pouvoir d'agir. Elle requiert nécessairement un dialogue entre la personne utilisatrice, ses intervenants et les membres de son entourage. Les recherches évaluatives ont permis de conclure que la gestion autonome de la médication permet aux personnes de transformer positivement leur relation avec les médecins prescripteurs et les autres professionnels de la santé mentale (Rodriguez et Richard, 2011).

i) La psychoéducation des familles

La psychoéducation des familles offre aux familles de l'éducation, du soutien et des habiletés qui leur permettent d'aider plus efficacement leur proche ayant des troubles mentaux graves (surtout la schizophrénie) (Drake et autres, 2000). Plusieurs interventions familiales ont été développées, qui diffèrent selon leur format, leur orientation théorique ou leur durée. Les interventions les plus efficaces partagent cependant plusieurs caractéristiques : une relation de collaboration entre l'équipe de soins et la famille, un soutien social, une approche empathique, une formation sur les troubles mentaux et ses traitements, la proposition de stratégies pour diminuer le stress et les tensions, l'accent mis sur l'amélioration du futur et une durée d'au moins six mois (Drake et autres, 2000). Les familles sont ainsi appelées à communiquer et à interagir d'une façon optimale avec leur proche afin de faciliter leur rétablissement. Les modèles d'intervention déployés sont diversifiés : consultation individuelle incluant des séances de psychoéducation familiale faites par des professionnels; thérapie traditionnelle familiale; programmes d'éducation familiale brefs; groupes de soutien et de répit d'organismes communautaires, tels ceux du National Alliance on Mental Illness aux États-Unis ou de la Fédération des familles et amis de la personne atteinte de maladie mentale (FFAPAMM) au Québec (Jewell et autres, 2005).

Plus particulièrement, la psychoéducation des familles implique un engagement intensif et continu, qui conduit à l'opérationnalisation de plans de traitement progressif, établis en tenant compte des besoins diversifiés des usagers (réadaptation, travail, etc.) et des membres de leur entourage, et intègre des stratégies préventives afin de faire face aux potentielles situations de crise ou de rechute (Anderson, 1983). Les études démontrent que les interventions à plus long terme permettent de réduire de 25 % à 50 % les risques de rechute ou de réhospitalisation tout en améliorant la qualité des relations familiales, comparativement aux approches plus traditionnelles[88] (Dixon, Adams et Lucksted, 2000). Les tendances actuelles visent également l'extension de la psychoéducation à différents troubles mentaux, tels que les troubles de la personnalité et de l'humeur ainsi que l'anorexie (Jewell et autres, 2005). Cette approche est enfin particulièrement utile pour soutenir les traitements chez les jeunes aux prises avec des troubles mentaux, pour lesquels l'intégration des familles est des plus cruciales. Dans cette perspective, les interventions visent un fonctionnement optimal de la famille, l'amélioration de son pouvoir d'agir et la consolidation des liens informels et formels dans la communauté auprès des jeunes usagers (Schuerman, Rzepnicki et Littell, 1994).

88. Les auteurs se réfèrent ici aux thérapies familiales qui prétendent que la communication et le comportement de la famille jouent un rôle dans le développement de la schizophrénie.

4.3 LES STRATÉGIES CLINIQUES ET ORGANISATIONNELLES

a) Les protocoles d'intervention

Depuis les années 1990, il y a une recrudescence du nombre de protocoles d'intervention clinique. La tendance actuelle est d'adapter les outils à des normes de qualité élevées dans le contexte local d'organisation des services comme c'est le cas des lignes directrices élaborées par le NICE au Royaume-Uni (Fervers et autres, 2006). En santé mentale, le NICE présente aux professionnels des soins de santé et de services sociaux des lignes directrices relatives à plusieurs pathologies (dépendance à l'alcool et aux drogues, santé mentale anténatale et postnatale, trouble de la personnalité, anxiété, trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité (TDAH), trouble bipolaire, trouble courant de santé mentale, démence, troubles d'alimentation, etc.). Les recommandations de ces lignes directrices couvrent un ensemble de sujets précis relatifs à la prise en charge clinique (comme le trouble bipolaire chez l'enfant, l'adolescent et l'adulte), aux méthodes d'intervention clinique (telle la stimulation du nerf vague pour le traitement de la dépression réfractaire) et à la promotion de la santé mentale au niveau populationnel (par exemple, la prévention du bien-être mental chez les personnes âgées). Au Québec, de nombreux protocoles d'intervention destinés à la prise en charge des personnes suicidaires ou à la prévention du suicide (MSSS, 2010a) dans différents milieux (dont le milieu scolaire) ont notamment été élaborés dans le but d'uniformiser les pratiques cliniques (Lane et autres, 2010; Houle et Poulin, 2009; Mercier et autres, 1998).

Les protocoles d'intervention sont susceptibles de faciliter l'implantation de pratiques basées sur les données probantes, de soutenir les décisions cliniques, de spécifier les approches thérapeutiques bénéfiques et d'influencer les politiques publiques (Kastner et autres, 2011; Gagliardi et autres, 2011). Toutefois, ces bénéfices potentiels ne sont pas toujours atteints (Gagliardi et autres, 2009; Grimshaw et autres, 2006; Grimshaw et Russell, 1993). Plusieurs études populationnelles démontrent une faible adhésion aux lignes directrices produites par les gouvernements et les agences de santé pour les maladies chroniques et aiguës (Francke et autres, 2008; Latosinsky et autres, 2007; Fitzgerald et autres, 2006; Grimshaw et autres, 2006; Brown et autres, 2004; McGlynn et autres, 2003). Aussi, les études démontrent généralement la difficulté d'implantation de ces lignes directrices, qui serait attribuable à plusieurs facteurs : 1) le manque de fidélité à l'intervention plutôt que l'inadéquation de l'intervention; 2) l'absence d'adaptation au contexte local ou l'applicabilité; 3) la complexité des recommandations cliniques; 4) l'attitude des professionnels vis-à-vis du changement (adhérence, habileté); 5) le manque de ressources nécessaires et de planification adéquate (clarté des objectifs et des rôles); 6) l'absence de mécanismes de suivi et de rapports sur les progrès (Amemori et autres, 2011; Kastner et autres, 2011; Gagliardi et autres, 2011; Keith et autres, 2010; Seekles et autres, 2009; Walters, Tylee et Goldberg, 2008). Ainsi, Kilbourne et collaborateurs (2007) énumèrent les composantes clés de l'implantation d'interventions efficaces dans le système de santé, lesquelles comprennent le protocole d'intervention (intervention *packaging*), la formation, l'assistance technique et l'évaluation fiable.

b) Les plans de services individualisés et les plans d'intervention

Les plans de services individualisés (PSI) sont des ententes mutuelles entre plusieurs dispensateurs de services et l'usager ou son représentant ainsi que les membres de son entourage, sur les objectifs de soins ou services à poursuivre (ASSS de l'Estrie, 2009). Les besoins des usagers, les services à dispenser et leur intensité sont ainsi collectivement déterminés et un intervenant agit comme porteur principal du dossier. Idéalement, les usagers signent leur engagement à un PSI, et les dossiers sont informatisés au bénéfice de l'ensemble des partenaires. Les PSI visent à assurer une meilleure liaison entre les services utilisés par les usagers afin de réduire les chevauchements, de mieux faire correspondre les services à leurs besoins, d'en assurer une continuité effective ainsi que de permettre aux usagers de participer activement aux prises de décision les concernant (Coulombe, Boisvert et Parent, 1996). Les PSI s'adressent aux personnes devant recevoir pour une période prolongée des services de plusieurs dispensateurs de services des réseaux publics et communautaires. Ils sont ainsi surtout soutenus auprès d'usagers à profils de santé sévères ou complexes, aux prises avec un nombre important de besoins. Ils font habituellement partie des éléments à opérationnaliser dans les suivis de type « *managed care* » ou « *integrated care* ». Ils ont été recommandés dans plusieurs programmes : déficience intellectuelle ou physique, perte d'autonomie causée par le vieillissement, dépendance, jeunes en difficulté et certaines maladies chroniques. Au Québec, dans le secteur de la santé mentale, les PSI sont encore peu utilisés; ils avaient été particulièrement mis de l'avant par la Politique de santé mentale (MSSS, 1989). Quant aux plans d'intervention, ils sont rendus obligatoires par la Loi sur les services de santé et les services sociaux, au Québec, et représentent la base des PSI (ces derniers ne supplantent pas les plans d'intervention). Ils s'avèrent ainsi l'un des principaux instruments de planification des soins lorsque les services sont offerts par un seul intervenant ou par peu de ressources ou que le profil de l'usager ne requiert pas des interventions intensives de plusieurs organisations comme c'est le cas pour le PSI[89] (Lalime, 2011).

c) La formation croisée

Se basant sur une revue de littérature s'intéressant à la formation dans le secteur de la santé, Bower et Gilbody (2005a, p. 841) relèvent le paradoxe suivant : « […] training that is feasible within current educational structures (such as guidelines and short training courses) is not effective, whereas more intensive training is effective but may not be feasible. » La formation croisée, impliquant différents professionnels d'un territoire intervenant auprès d'une même clientèle et intégrant différentes techniques d'apprentissage, dont des études de cas, serait au nombre des interventions de formation les plus efficaces (Perreault et autres, 2009). La pertinence démontrée du travail interdisciplinaire et de l'intégration des soins, particulièrement pour le suivi de clientèles à profil clinique complexe ou plus sévère, milite en faveur du fait que les intervenants doivent avoir accès à des formations adéquates leur permettant d'interagir efficacement. La formation croisée répond à cet objectif en favorisant le développement d'une vision commune et d'une compréhension des rôles de chacun, tout en améliorant la collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle. Par une meilleure connaissance des intervenants des diverses équipes, les références et la

89. Notons qu'il existe, au Québec, plusieurs autres instruments de planification des soins, selon les professions (comme les plans d'intervention en soins infirmiers) ou selon les programmes de services ou les secteurs d'activité.

continuité des soins sont aussi encouragées (Bertrand et autres, 2008). Plus particulièrement, la formation croisée permet aux participants d'équipes ou d'organisations différentes de transmettre aux autres une compréhension de leur rôle et de se placer en situation d'observation positionnelle (Perreault et autres, 2009). De plus, une rotation positionnelle, se manifestant sous forme de stages d'immersion, a lieu entre les participants (Bertrand et autres, 2008). Une méta-analyse a démontré que la formation croisée a un effet bénéfique sur la performance des équipes de soins (Salas, Nichols et Driskell, 2007). Santé Canada (2002a) a reconnu la formation croisée parmi les meilleures pratiques dans le développement du traitement intégré des troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie (défini à la section 4.4.e). La formation croisée peut également être utilisée avec efficacité pour le traitement d'autres troubles concomitants, tels que la toxicomanie et les comportements sexuels à risque (Bertrand et autres, 2008).

d) La gestion de cas

Tirant ses origines de la pratique du travail social, la gestion de cas est un élément clé de toute stratégie visant à réduire la population des hôpitaux. Elle cherche à établir une relation de confiance et de respect avec les personnes utilisatrices et à leur offrir un soutien et des services évoluant en fonction de leurs besoins. L'évaluation des besoins, les références, la liaison avec les divers services requis, le suivi (incluant l'adhérence à la médication) et la défense des droits sont les principales fonctions associées à la gestion de cas (Gélinas, 2009). Il existe différents modèles de gestion de cas. Cette approche peut être assumée par une équipe (suivi intensif) ou individuellement (soutien d'intensité variable). Dans certains programmes, la gestion de cas se limite à la coordination des personnes utilisatrices et à leur orientation vers les services pertinents (modèle de courtage). D'autres modèles offrent au contraire une prestation de services 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 par une équipe pluridisciplinaire (suivi intensif). La plupart des modèles sont de type hybride, offrant à la fois des services directs à la clientèle ainsi que du courtage. C'est le cas du modèle de gestion clinique, de celui axé sur la réadaptation et de l'approche axée sur les forces (Bedell, Cohen et Sullivan, 2000). Ce qui diffère dans ces modèles est l'accent mis sur certaines approches ou certains types d'intervention (intervention dans le milieu ou dans le bureau des intervenants, apprentissage des habitudes de vie, intégration du pouvoir d'agir de la personne, etc.).

Beaucoup de mérites sont attribués à la gestion de cas, dont la réduction des hospitalisations et du recours à l'urgence ainsi que l'amélioration de l'intégration des usagers dans la communauté et de leur qualité de vie (Fitzpatrick et autres, 2004). La gestion de cas a été testée auprès de différentes populations atteintes de troubles mentaux, tant chez les jeunes que chez les adultes et les aînés : des impacts positifs sont démontrés chez les usagers ainsi que chez les membres de leur entourage (Johnston et autres, 2010; Arnsberger, 2005). Ce modèle est aussi de plus en plus encouragé dans le secteur des soins primaires de santé mentale pour le suivi de la clientèle aux prises avec des troubles modérés, en lien avec la prise en charge par un médecin de famille (Williams et autres, 2007). Des effets prometteurs seraient rapportés aussi pour ces personnes, particulièrement pour l'amélioration de l'adhésion au traitement (Pampallona et autres, 2002). Les deux modèles types de gestion de cas en santé mentale – le soutien d'intensité variable et le suivi intensif – sont détaillés

dans les deux sous-sections qui suivent. La consolidation des ressources octroyées à ces modèles est au cœur des enjeux d'implantation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005a). Elle sera abordée aux chapitres 5 et 6.

e) Le soutien d'intensité variable

Le soutien d'intensité variable est une intervention qui assure une continuité de soins aux personnes ayant des troubles mentaux graves, mais dont l'intégration dans la communauté est moins entravée par la maladie que dans le cas du suivi intensif. Il s'agit habituellement d'une intervention individualisée[90] peu intensive (par exemple, une visite hebdomadaire ou moins de deux visites par mois). L'intervention vise surtout le maintien dans la communauté et l'amélioration de la qualité de vie des personnes ayant des troubles mentaux graves par le développement des aptitudes individuelles et l'accompagnement. Le soutien d'intensité variable accorde une grande importance au développement de l'autonomie de la personne et à son autodétermination dans une perspective d'appropriation du pouvoir d'agir (*empowerment*). Les services sont surtout dispensés directement dans le milieu (domicile de la personne, café, organismes communautaires, etc.) et s'adaptent aux changements que vit la personne dans son quotidien. Le gestionnaire de cas évalue les besoins de son client, développe avec lui un plan d'intervention ou un plan de services individualisé, dispense certains services et coordonne les rendez-vous avec les autres dispensateurs de soins (CSSS, médecin de famille, organismes communautaires, etc.). La fréquence des rencontres entre la personne utilisatrice et son intervenant est modulée en fonction des besoins de la personne. Les services sont offerts habituellement pour une durée limitée. Le nombre de clients suivis par un gestionnaire de cas varie considérablement, mais un maximum de 25 personnes est habituellement recommandé (MSSS, 2005a). Alors que le suivi intensif doit nécessairement être pris en charge par un établissement du réseau public (en raison de la présence d'un psychiatre dans l'équipe), le soutien d'intensité variable peut être assumé tout autant par un organisme public que par un organisme communautaire, constitué exclusivement ou non pour offrir un tel service. Ainsi, le premier organisme à offrir un service de soutien d'intensité variable au Québec a été l'organisme communautaire Maison les Étapes (Forward House) en 1957 (Gélinas, 2009).

f) Le suivi intensif dans le milieu

Le suivi intensif (*Assertive Community Treatment*) est une modalité de traitement global s'adressant aux personnes présentant d'importantes incapacités fonctionnelles, à risque très élevé d'hospitalisations multiples (syndrome de la porte tournante) et pour lesquelles tous les traitements et services offerts auparavant se sont avérés inefficaces (Goering et autres, 1988). Il s'agit généralement de personnes atteintes de schizophrénie et présentant également d'autres problèmes complexes, comme l'itinérance et la polytoxicomanie. Le suivi intensif offre une solution de rechange à l'hospitalisation en assurant une continuité de soins dans la communauté (Gélinas, 2009). Il repose sur la responsabilité collective d'une équipe composée d'un psychiatre et de divers professionnels (infirmières, travailleurs

90. Précisons cependant que les intervenants d'une équipe de soutien d'intensité variable se réunissent dans le cadre de rencontres d'équipe pour discuter des cas difficiles et concevoir une perspective commune d'intervention (Neveu, 2010).

sociaux, etc.), qui assument des services intensifs de traitement, de réadaptation et de suivi dans le milieu de vie des personnes dans une perspective à long terme (Gélinas, 1998). La durée indéfinie du suivi permet l'établissement d'une alliance thérapeutique solide (Descombes, 2010). L'admission et le congé de l'usager sont sous le contrôle du psychiatre et ce dernier doit aussi « participer pleinement à la mise en œuvre du plan d'intervention et de services » (Gélinas, 2009, p. 5). Les intervenants travaillent en interdisciplinarité et chacun peut intervenir avec les clients (Descombes, 2010). Ce partage de l'ensemble des cas (*caseload*) permet de diminuer l'impact négatif que le départ d'un intervenant peut avoir sur le rétablissement d'un client (Descombes, 2010). Le ratio intervenant/clients est généralement de un pour dix et les usagers peuvent recevoir plusieurs visites par jour ou par semaine selon leurs besoins. Développé à la fin des années 1970, le suivi intensif a été l'une des six premières pratiques fondées sur des données probantes reconnues pour le traitement des personnes atteintes de schizophrénie (Drake et autres, 2000). Après avoir analysé les résultats de 25 études randomisées, Bond et collaborateurs (2001) ont démontré que le suivi intensif permet à la clientèle de s'engager avec succès dans le traitement. De plus, cette approche réduit substantiellement le nombre et la durée des hospitalisations ainsi que les symptômes, augmente la stabilité résidentielle et le retour sur le marché du travail, diminue les risques d'itinérance, de judiciarisation et d'abus de substance et améliore la qualité de vie (Latimer, Bond et Drake, 2011; Descombes, 2010).

g) Le suivi systématique dans l'épisode de soins hospitaliers

Le modèle du suivi systématique s'apparente à la gestion de cas, mais il a surtout été établi originellement en santé physique et pour les soins en institution, particulièrement à l'hôpital (soins aigus). De plus en plus, il tend cependant à s'appliquer au secteur de la santé mentale et il intègre le continuum de soins. Il est notamment ciblé comme stratégie à implanter par les équipes de santé mentale en CSSS, dans les récentes orientations ministérielles sur les soins de santé mentale de première ligne (MSSS, 2011). Il vise à établir un continuum de soins répondant aux besoins des usagers en fonction de résultats attendus. Le modèle comprend trois composantes centrales : 1) les cheminements cliniques élaborés autour de plans d'intervention; 2) la gestion de cas; 3) le repérage, l'analyse et la correction des écarts (Jones, 2001). Il implique une coordination des services et un travail interdisciplinaire important des équipes de soins. Ricard et ses collaborateurs (2005, p. 3) relèvent ainsi ce que permet le cheminement de soins interdisciplinaires, dispositif pivot de ce modèle : il s'agit « 1) d'identifier les besoins prioritaires reliés à une clientèle, le volume d'activités et les coûts rattachés aux soins et services requis pour cette clientèle durant tout l'épisode de soins; 2) d'identifier les ressources participantes; 3) de fournir un échéancier précis; 4) de lister les activités cliniques de l'équipe interdisciplinaire; 5) d'identifier la durée de séjour; et 6) de s'assurer que l'offre de soins et services planifiée se concrétise en confiant cette responsabilité à une gestionnaire de l'épisode de soins (parfois nommée coordonnatrice de suivi) qui voit à minimiser les dédoublements et les délais dans le processus de soins en identifiant les variances ». Toujours d'après Ricard et ses collaborateurs, les recherches scientifiques sur le suivi systématique seraient peu nombreuses et difficilement comparables, tout particulièrement dans le secteur de la santé mentale. L'introduction récente du suivi systématique dans certaines unités de soins psychiatriques au Québec a mis en relief la

difficulté d'implantation de ce modèle[91], mais également une amélioration émergente de la collaboration interprofessionnelle et des processus de soins visant l'instauration de continuums répondant davantage aux besoins des usagers (Ricard et autres, 2008).

h) Le soutien à l'emploi

Il existe une variété de programmes de réinsertion à l'emploi pour les personnes présentant des troubles mentaux graves correspondant aux différents besoins de la clientèle (ateliers protégés, entreprises d'économie sociale, programmes d'apprentissage, etc.). D'après Latimer et autres (2011), ces programmes seraient globalement peu efficaces, car ils perpétuent la stigmatisation envers les personnes ayant des troubles mentaux graves. Le soutien à l'emploi (*individual placement and support*) présente un modèle type de programme jugé efficace pour l'insertion des personnes présentant des troubles mentaux. Il implique un accompagnement de la personne par un intervenant sur son lieu de travail lorsque c'est nécessaire, une adéquation de l'emploi au choix professionnel de la personne et une préparation minimale préemploi (Latimer et autres, 2006). De plus, le spécialiste en emploi est intégré au sein de l'équipe clinique, notamment de type suivi intensif (Latimer et Lecomte, 2002). Les études ont démontré que, comparativement aux mesures traditionnelles de réinsertion, qui impliquent une intégration graduelle au marché du travail, le soutien à l'emploi donne de meilleurs résultats quant à l'obtention d'un emploi régulier, au nombre de jours travaillés et au revenu obtenu (Latimer et Lecomte, 2002). Selon les résultats de 11 études, le pourcentage d'individus ayant trouvé un emploi régulier avec le soutien à l'emploi est de 61 %, contre 23 % pour les groupes témoins (Bond, Drake et Becker, 2008). De plus, les participants au programme de soutien à l'emploi ont déniché un premier emploi près de dix semaines avant ceux des groupes témoins (Bond, Drake et Baker, 2008). Le programme permet en outre à des personnes qui n'ont jamais travaillé précédemment à cause de leur état de santé de trouver un emploi régulier et rémunéré. Certaines données préliminaires permettent aussi de croire que le soutien à l'emploi réduirait les dépenses dans d'autres services de santé mentale, comme les services ambulatoires (Latimer, Bond et Drake, 2011; Bush et autres, 2009). Le soutien à l'emploi fait aussi partie des six interventions pour les troubles mentaux graves originalement jugées comme soutenues par les données probantes en santé mentale aux États-Unis par l'Implementing EBPs Project (Mueser et autres, 2003a).

i) Le travail de rue (*outreach*)

Le travail de rue, ou de proximité, est une forme d'intervention ayant comme objectif d'aller vers les personnes qui utilisent peu ou pas du tout les services de santé, que ce soit par choix ou par absence d'accès (ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 2006). La clientèle ciblée par le travail de rue se compose principalement de personnes ayant des problèmes multiples de santé mentale et de toxicomanie, d'itinérance, en conflit avec les corps policiers, qui ne respectent pas la médication et qui tendent à abandonner les services qui ne répondent pas à leurs besoins. Cette approche a pour principale caractéristique de vouloir joindre ces

91. Parmi les facteurs qui nuisent à l'implantation de ce modèle, on note le manque de confiance dans les outils utilisés, la perception de charge de travail supplémentaire, le manque d'engagement et de collaboration des médecins et de l'ensemble de l'équipe multidisciplinaire, l'utilisation inconsistante des outils ainsi qu'un environnement de travail instable et démotivant (Ricard et autres, 2005).

clientèles marginalisées dans leur environnement (rue, parc, café, etc.), dans le but de les amener à établir une relation de confiance envers les services de santé mentale et de les encourager à les utiliser. Les études démontrent que le travail de rue améliore le niveau de fonctionnement des personnes suivies, diminue le nombre et la durée des hospitalisations involontaires ainsi que le recours à la police lors de ces admissions (Hemming, Morgan et O'Halloran, 1999).

j) Les pairs aidants

L'origine du mouvement des pairs aidants peut être retracée dans le mouvement des *Consumer Survivor* aux États-Unis dans les années 1980, où les usagers ont mis en place des services et des ressources « par » et « pour » les pairs. Ces derniers se voulaient une option aux services institutionnels. Avec les années, le modèle s'est diversifié (organisation de pairs, groupes d'entraide, communautés thérapeutiques et lignes téléphoniques de soutien, où les usagers peuvent être des bénévoles ou des employés rémunérés) (Piat et autres, 2009). Le pair aidant peut aussi être un membre de l'équipe de soins, qui vit ou a vécu un trouble mental grave et qui, par son expérience de la maladie et la compréhension de son processus de rétablissement, aide les personnes ayant un trouble mental similaire à surmonter les obstacles et à se rétablir. Auprès des personnes ayant un trouble mental grave, le pair aidant exerce plusieurs rôles distincts : mentor, accompagnateur, éducateur, défenseur des droits, etc. (Provencher, 2008). Il est pour ainsi dire l'incarnation vivante du rétablissement et la preuve qu'il est possible de construire une vie positive et jouer un rôle significatif dans la société malgré son trouble mental. Son rôle est de redonner espoir aux personnes utilisatrices de services, de les soutenir dans leur processus de reprise du pouvoir sur leur vie et de voir à ce que l'équipe de soins tienne compte de leurs préoccupations concernant la réduction de la stigmatisation et la volonté de participer au choix des services (Lagueux et Charles, 2009). L'embauche d'un utilisateur de services au sein d'une équipe de santé mentale permet à tout le personnel d'appréhender le rétablissement comme un fait réel plutôt que comme un concept abstrait. De plus, en embauchant un pair aidant, les services de santé mentale favorisent l'intégration au travail des personnes ayant des troubles mentaux en prêchant par l'exemple (Gélinas, 2006). Le pair aidant peut intervenir dans une multitude d'organismes ou de programmes (urgence, suivi intensif dans le milieu ou soutien d'intensité variable, programmes de réhabilitation, organismes communautaires, etc.).

Le soutien des pairs est perçu comme un volet essentiel de l'organisation des services orientés vers le rétablissement (Provencher, 2008). Les études ont démontré qu'il a des effets positifs sur la clientèle ayant des troubles mentaux, dans le cadre des groupes d'entraide, des autres types d'organismes communautaires ou à l'intérieur des équipes de suivi (O'Hagan et autres, 2010). Les groupes d'entraide permettent de rompre l'isolement et offrent un espace où discuter du trouble mental et des manières d'y faire face efficacement (O'Hagan et autres, 2010). Ils amélioreraient le soutien, le réseau social et l'acquisition du pouvoir d'agir. Ils permettraient aussi une meilleure utilisation des services de santé mentale (Russell, Schutt et Rogers, 2009). L'aide fournie par les pairs contribuerait en outre à réduire les symptômes et le nombre d'hospitalisations (O'Hagan et autres, 2010). De plus, le soutien par les pairs est peu dispendieux, ce qui permettrait de diminuer les coûts reliés à l'utilisation des services de santé mentale – sans pour autant faire du pair une main-d'œuvre à bon marché (Stant et

autres, 2011). Cependant, fournir du soutien à ses pairs serait plus bénéfique qu'en recevoir (Bracke, Christiaens et Verhaeghe, 2008). Le soutien offert par les pairs aidants leur permet en effet d'obtenir une reconnaissance à la fois de leurs pairs et des intervenants, en plus de développer une série de nouvelles aptitudes personnelles. Si le secours des pairs aidants semble bénéfique, des recherches plus systématiques sont néanmoins nécessaires pour conclure à leur efficacité de façon plus probante.

k) Les systèmes d'information clinique et les autres technologies de l'information

Les systèmes d'information clinique sont considérés comme des éléments centraux pour la réforme des services de santé, particulièrement pour l'intégration et la gestion efficientes des soins. Ils sont aussi une composante clé du modèle des soins chroniques (voir la section 4.4.g). Idéalement, ces systèmes devraient inclure des composantes multiples : accès aux résultats de traitement, à la prescription médicamenteuse, aux profils cliniques (histoires de cas) et aux références interprofessionnelles et interétablissements. Des protocoles cliniques et d'autres outils d'intervention soutenant la prise de décision et le transfert des connaissances peuvent aussi y être inclus. Ils peuvent permettre l'extraction de listes d'usagers (par maladie, prescription médicamenteuse, selon les profils de risque) pour des mesures préventives, du dépistage ou des suivis de traitement (CSBE, 2010; Dorr et autres, 2007). Ces systèmes sont rapportés comme aptes à améliorer l'accès aux résultats des traitements, à faciliter les références et les procédures de paiement, à améliorer la performance du personnel, à réduire les visites à l'urgence et les erreurs médicales et à diminuer le recours aux services spécialisés (Fontaine et autres, 2010). Comparativement à des pays tels que la Grande-Bretagne, la Nouvelle-Zélande et l'Australie, le Canada (particulièrement le Québec), tout comme les États-Unis, est peu avancé dans le déploiement des systèmes d'information. Dans ces deux derniers pays, seulement 20 % des médecins rapportent utiliser de tels systèmes (CSBE, 2010; Fontaine et autres, 2010). Peu d'usagers québécois (seulement 9 %) ont également dit pouvoir communiquer par courriel avec leur médecin de famille (CSBE, 2008).

Enfin, les dossiers cliniques informatisés s'imbriquent dans la panoplie des nouvelles technologies de l'information pouvant être implantées, telles que la téléformation et la télémédecine. Par exemple, Sanci et autres (2010) ont démontré que le recours à ces technologies (dans ce cas-ci, l'informatisation d'une grille de dépistage) permet de mieux dépister les troubles et peut augmenter l'utilisation des services, spécialement chez les jeunes aux prises avec des troubles mentaux et à risque de pensées suicidaires. La télémédecine (télépsychologie ou télépsychiatrie) est l'une des composantes clés de ces nouvelles technologies. Elle a fait l'objet d'une abondante littérature, qui indique qu'elle contribue à améliorer l'accès aux traitements, particulièrement pour la population demeurant dans les régions rurales et éloignées (Harrison et autres, 2011; AETMIS, 2006). Elle a fait ses preuves quant à son efficacité dans le traitement de diverses clientèles (dépression, troubles anxieux, usagers incarcérés, enfants, adolescents et aînés) (Egede et autres, 2009).

4.4 LES PROGRAMMES OU MODÈLES D'INTERVENTION

a) Les tribunaux de la santé mentale

Les tribunaux de la santé mentale offrent une solution de rechange à la judiciarisation et à l'incarcération des personnes ayant des troubles graves de santé mentale en privilégiant des mesures de réhabilitation. Ils ont pour but d'accélérer l'évaluation et le traitement des personnes atteintes de troubles mentaux graves, qui ne sont pas aptes à subir leur procès. Ils visent à réduire les risques de récidive et d'emprisonnement en assurant un suivi psychosocial pour ces personnes. Le premier tribunal de la santé mentale au Canada a été mis sur pied en 1998 à Toronto (ICIS, 2008b). À Montréal, un projet pilote – le Programme d'accompagnement justice-santé mentale – a été implanté à la cour municipale en mai 2008, en partenariat avec les ministères de la Justice, de la Santé et des Services sociaux et de la Sécurité publique. Il s'agit du premier tribunal de la santé mentale au Québec (Provost, 2010). La personne accusée dont le trouble mental a été reconnu se voit offrir un suivi sur une période dont la durée varie selon ses besoins. L'accès au programme se fait sur une base volontaire. Les études menées sur les tribunaux de la santé mentale sont surtout de nature descriptive. Elles semblent indiquer cependant que le recours à ces tribunaux diminue le temps d'incarcération et les risques de récidive, tout en augmentant l'accès aux services de santé mentale (Jaimes et Crocker, 2010). Ainsi, les résultats du tribunal de santé mentale de Saint-Jean au Nouveau-Brunswick, depuis sa création en 2000, ont montré qu'alors que les personnes ayant un trouble mental grave qui sont passées par le système judiciaire normal ont été reconnues coupables et que 64 % d'entre elles ont été incarcérées, le pourcentage des individus qui ont vu l'abandon des accusations et ont évité l'incarcération après avoir suivi le programme était de 73 % (ICIS, 2008b).

b) Les programmes pour premiers épisodes psychotiques

Au cours des années 1980, des équipes australiennes et britanniques ont découvert que les jeunes usagers présentant un trouble mental grave à ses premiers stades avaient des besoins spécifiques qui nécessitaient une prise en charge distincte (L'Heureux et autres, 2007). L'intervention précoce dans le cadre des programmes des premiers épisodes psychotiques a pour objectif de prévenir la détérioration psychosociale que l'on observe généralement durant les premières années d'évolution de la maladie, ou encore avant le premier épisode[92]. Surtout à partir des années 1990, de tels programmes se sont développés à l'échelle internationale, particulièrement dans les pays européens, aux États-Unis et au Canada. Une approche de traitement intensif dès les premiers signes du trouble mental grave, couplée à une thérapie d'orientation clinico-comportementale et à une intervention familiale, permet d'amoindrir les effets de la détérioration ou même de l'éviter. Le programme intègre aussi d'autres composantes clés telles que la médication antipsychotique, le soutien dans la

92. Le premier épisode psychotique se définit comme la période au cours de laquelle une personne reçoit un premier diagnostic de trouble mental grave (Leclerc et Bouchard, 2002). D'après Iyer (2010, citant les travaux de Rosen et Garety, 2005; Wiersma et autres, 1998; Jablensky et autres, 1992), la trajectoire de la maladie (*of outcomes*) chez les personnes présentant un premier épisode s'établirait ainsi : « 1) 40% frequent episodes; 2) 30% deteriorations course; 3) 15% no future episode; and 4) 15% continuous illness. »

communauté, l'approche motivationnelle et orientée sur le rétablissement, les interventions psychosociales et les traitements intégrés pour les comorbidités. Les études sur les programmes des premiers épisodes psychotiques semblent donner des résultats prometteurs quant aux rechutes, au niveau de fonctionnement et au contrôle des symptômes (Marshall et Lockwood, 2004). Malla et collaborateurs (2003) ont signalé une amélioration significative de la qualité de vie et de la cognition chez les personnes traitées pendant un an dans un tel programme. Selon Lesage (2007), davantage d'essais cliniques seraient toutefois nécessaires pour conclure à l'efficacité et à l'efficience de ces programmes dans un système équilibré de soins de santé mentale[93].

c) Le programme Chez soi (*Housing First*)

Il existe une variété de ressources d'hébergement conçues pour les personnes ayant des troubles mentaux, principalement des troubles mentaux graves. La plupart des études soutiennent l'importance d'une diversité et d'un continuum de ressources d'hébergement répondant aux besoins et aux choix des personnes (Piat et autres, 2008b; Dorvil, Morin et Robert, 2001). L'hébergement autonome avec soutien (*supported housing*) est néanmoins ce qui est de plus en plus promu, malgré les limites de la littérature en regard de meilleurs résultats liés à un type d'hébergement plutôt qu'à un autre (CAMH, 2002). La plupart des études affirment aussi qu'une majorité d'usagers préfèrent vivre de la façon la plus autonome possible (Piat et autres, 2008b; Tanzman, 1993). Deux paradigmes sont également présents, soit le modèle visant l'intégration progressive des personnes dans des ressources d'encadrement intensif variable en fonction de l'évolution et des apprentissages des usagers (modèle du continuum de soins), soit le modèle visant à placer les usagers immédiatement dans le type de résidence qu'ils préfèrent, mais de les soutenir dans l'acquisition de ces apprentissages (programme Chez soi). Ce deuxième modèle part du principe que les compétences sont plus facilement intégrables si les usagers sont mis directement en situation d'apprentissage (principes partagés par d'autres services comme le soutien à l'emploi, étudié à la section 4.3.h). Les principales composantes qui qualifient une ressource d'hébergement de bonne qualité, peu importe le type, seraient néanmoins les suivantes : soutien d'intensité variée et variable dans le temps selon les besoins de la personne; soutien social important; bonne localisation dans la communauté; respect de l'intimité de la personne; nombre restreint de résidents; respect des choix et du pouvoir de décision des résidents; stabilité résidentielle (Piat et autres, 2006).

Le programme Chez soi est un exemple d'hébergement autonome avec soutien et c'est un modèle exemplaire dans le domaine, qui permet de répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux parmi les plus démunies et vulnérables. Il a été mis sur pied à New York en 1992 par l'organisme sans but lucratif Pathway to Housing afin de réduire l'itinérance et de favoriser la stabilité résidentielle des personnes atteintes de troubles mentaux (Tsemberis, 2004). Ce programme se distingue du modèle de continuum de soins (*Treatment First*), qui est le modèle dominant en santé mentale, dans lequel un logement autonome n'est offert qu'à la fin du programme (ICIS, 2007), par le fait que le participant

93. « Le modèle de soins et de services équilibrés met l'accent sur la provision de services dans un milieu communautaire normalisant à proximité de la population desservie, alors que les services hospitaliers sont les plus courts possible, disponibles sans délai et seulement lorsqu'ils s'avèrent nécessaires. » (Thornicroft et Tansella, 2003, p. 2-3).

accède directement à un logement subventionné de son choix, tout en recevant un suivi clinique de type intensif par une équipe interdisciplinaire. La personne participante doit obligatoirement recevoir au minimum une visite hebdomadaire d'un intervenant, mais elle n'est pas tenue de suivre un traitement pharmaceutique ou un programme de désintoxication pour obtenir et conserver son logement (Kertesz et autres, 2009). Selon une étude réalisée à New York sur une période de cinq ans, 88 % des participants de Pathway to Housing avaient conservé leur logement, contre 47 % des participants d'un programme de continuum de soins (ICIS, 2007; Tsemberis et Eisenberg, 2000). Une autre étude a relevé que les personnes itinérantes ayant des troubles mentaux graves passaient moins de temps dans les hôpitaux lorsqu'elles étaient suivies par le programme Chez soi plutôt que par le modèle de continuum de soins (*Treatment First*) (ICIS, 2007; Gulcur et autres, 2003). Le programme Chez soi de Seattle pour personnes itinérantes ayant des problèmes sévères d'alcool a par ailleurs démontré qu'il permettait de faire des économies appréciables, puisqu'au bout de six mois, il en coûtait beaucoup moins en charges et frais sociaux de tout genre (justice, police, soins de santé, etc.) qu'avant d'obtenir un logement. En fait, même après avoir soustrait ce qu'il en coûtait pour donner un toit à la personne sans domicile fixe, les économies demeuraient au-delà de 50 % (Larimer et autres, 2009). Enfin, une méta-analyse a démontré que les programmes qui combinent un suivi intensif et un soutien au logement, tel le modèle Chez soi, favorisent une plus grande stabilité résidentielle chez les personnes itinérantes (Gélinas, 2009; Nelson, Aubry et Lafrance, 2007). En 2005, une version canadienne du programme new-yorkais Street to Homes a vu le jour à Toronto pour une clientèle atteinte de troubles mentaux graves ayant des besoins plus modérés, nécessitant donc un soutien d'intensité variable. Le programme Chez soi (*Housing First*) fait présentement l'objet d'un projet de recherche et de démonstration, financé par la Commission de la santé mentale du Canada (2009-2013), et se déroule dans cinq villes canadiennes, dont Montréal.

d) Le modèle prévention-promotion

Une intervention globale en santé mentale impose de renforcer les activités de prévention et de promotion de la santé mentale ainsi que la diffusion d'information sur les troubles mentaux pour enrayer la stigmatisation. En 2008, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) a produit, à la demande du MSSS, un avis scientifique présentant un modèle conceptuel qui intègre la promotion et la prévention en regard de la santé mentale. Ce modèle souligne l'importance d'agir à la fois sur l'individu, son milieu de vie immédiat et son environnement global tout en tenant compte de leur interaction. Il est basé sur une conception positive de la santé mentale (définie dans l'encadré de la section 1.4.1) et met l'accent sur la nécessité d'augmenter les facteurs de protection (ressources personnelles de base, estime de soi, soutien social, inclusion sociale et environnements favorables) et de réduire l'influence des facteurs de risque (facteurs biologiques négatifs, stress, inégalités socioéconomiques, exclusion sociale et environnements défavorables). L'instauration de politiques publiques saines, la création de milieux favorables à une bonne santé mentale, le développement de l'action communautaire et des compétences personnelles de base sont autant de stratégies d'intervention à prioriser (INSPQ, 2008). L'avis de l'INSPQ présente un ensemble de recommandations à mettre en place ou à consolider pour améliorer l'offre de services pour les enfants âgés de 5 ans ou moins, ceux âgés de 6 à 17 ans et les adultes, respectivement. L'amélioration des compétences (information, estime de soi, résolution de

problèmes, résistance à la pression des pairs, etc.) est une stratégie particulièrement promue chez les jeunes, pour qui différents programmes peuvent être développés afin de prévenir l'usage de comportements à risque (drogue, alcool, tabac, etc.) (Griffin et Botvin, 2010).

Par ailleurs, certaines stratégies de prévention des troubles mentaux plus spécifiques ont démontré leur efficacité (Waddell et autres, 2007 et 2005). C'est le cas, par exemple, des stratégies de prévention du suicide (stratégie de sensibilisation des médias, ligne téléphonique, mesure de contrôle de l'accessibilité aux moyens, programme de promotion des habiletés d'adaptation, intervention de soutien aux personnes endeuillées, etc.) (INSPQ, 2004; MSSS, 1998b). Ainsi, le programme des sentinelles représente un modèle clé des stratégies de prévention de la santé mentale, implanté auprès de différentes clientèles (telles que les jeunes et les aînés à risque de tentatives de suicide). Il met l'accent sur le dépistage proactif de personnes susceptibles de développer des comportements à risque. Les sentinelles sont des personnes de la communauté (non des cliniciens), situées avantageusement pour dépister les situations à risque (enseignants, propriétaires de logements, policiers, coiffeurs, etc.), lesquelles ont reçu une formation spécifique pour être à même de jouer ce rôle. Ce modèle met l'accent sur le repérage de populations à risque et inclut les étapes subséquentes de référence, où les personnes détectées pourront être prises en charge par le réseau de soins et les professionnels de la santé et des services sociaux (Dallaire et autres, 2003).

e) Le modèle du « quadrant » et le traitement intégré de santé mentale et de toxicomanie

Le modèle du « quadrant » (Santé Canada, 2002a) soutient des interventions séquentielles ou parallèles, pour la majorité des situations de troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie, et essentiellement une intervention intégrée, pour les troubles concomitants graves. Une intervention séquentielle implique un traitement prioritaire en santé mentale ou en toxicomanie selon le profil dominant de la personne. Lorsque le traitement est finalisé dans un secteur, le client est référé pour le soutien de son problème secondaire. Le traitement parallèle implique des interventions à la fois en santé mentale et en toxicomanie, lesquelles sont prescrites par chacun des secteurs. Le traitement intégré repose sur une équipe multidisciplinaire combinant des services de santé mentale et de toxicomanie et assurant, au moyen de plans de traitement individualisés, la dispensation des soins à travers les services internes, externes et résidentiels. Une liaison de type gestion de cas est aussi assurée entre le système de santé mentale, la toxicomanie et les autres systèmes (par exemple, le système judiciaire) lorsque c'est nécessaire (Drake et Noordsy, 1994). Le traitement intégré de santé mentale et de toxicomanie peut aussi être dispensé, comme pour le programme de soutien à l'emploi (voir la section 4.3.h), à même les équipes de suivi intensif dans la communauté, étant donné que ces dernières intègrent des intervenants consacrés à ces fonctions (O'Grady et Skinner, 2008). Les interventions sont inspirées principalement des approches cognitive-comportementale, motivationnelle et de réduction des méfaits ainsi que du traitement psychologique intégré (Barabé, Jauron et Maisi, 2008).

Pour les troubles mentaux graves et le stress post-traumatique associés à la toxicomanie, l'approche intégrée est recommandée. Pour les troubles de la personnalité et de l'alimentation associés à la toxicomanie, un traitement simultané serait davantage la meilleure pratique.

Enfin, pour les troubles de l'humeur ou anxieux associés à la toxicomanie, le traitement séquentiel de la toxicomanie, puis de la santé mentale, s'il y a lieu, est plutôt recommandé (Santé Canada, 2002a). Pour les jeunes aux prises avec des troubles mentaux et de toxicomanie, l'approche intégrée est indiquée, incluant la thérapie cognitive-comportementale et familiale ainsi que l'entrevue motivationnelle (Bukstein et Horner, 2010). Selon Donald et ses collaborateurs (2005), dans certaines situations, un traitement séquentiel serait aussi adéquat, sinon supérieur, à un traitement intégré, par exemple lorsqu'il faut améliorer la fonctionnalité ou les habiletés cognitives d'un usager avant de lui dispenser d'autres soins, ou encore lorsqu'un traitement intégré serait perçu comme trop exigeant pour l'usager et pourrait être contre-indiqué pour son rétablissement à court terme. L'approche intégrée pour les troubles concomitants a fait l'objet d'une abondante littérature. Des effets significatifs supérieurs sont généralement associés à cette approche lorsqu'elle est comparée aux services usuels, surtout pour le taux d'hospitalisation, la judiciarisation et, parfois, la stabilité résidentielle, la consommation de substances et les symptômes psychiatriques (Bertrand et autres, 2008; Mueser et autres, 2003b; Drake et autres, 1998). Néanmoins, certaines recherches plus récentes remettent en question l'efficacité démontrée du traitement intégré ou sa supériorité par rapport à d'autres structurations de services, dont le nombre d'études globales est encore limité (Rush et autres, 2010; Jeffery et autres, 2007). La structure actuelle des programmes-services du système sociosanitaire du Québec rend difficile le traitement intégré de ces troubles. La Clinique Cormier-Lafontaine du Centre Dollard-Cormier[94], de l'Institut universitaire sur les dépendances, offre l'un des rares programmes existant au Québec de traitement intégré de santé mentale et de toxicomanie (Brousselle et autres, 2010). Le modèle peut certes être reproduit dans les régions où le nombre d'usagers le permet, mais surtout l'expertise surspécialisée développée (troisième ligne) peut certainement appuyer des initiatives régionales d'intégration des services.

f) Les soins partagés ou de collaboration

Les soins partagés ou de collaboration impliquent la collaboration des omnipraticiens, des psychiatres et des ressources psychosociales de santé mentale. À l'origine, les efforts ont surtout porté sur le renforcement de la coordination omnipraticiens-psychiatres, ce qui explique le glissement progressif d'appellation vers les soins de collaboration (Kates et autres, 2011). Différents modèles de soins partagés sont recensés dans la littérature. Le modèle du virage ambulatoire (*shift outpatient model*) correspond davantage à l'ancien paradigme de dispensation des soins, où les équipes spécialisées travaillent dans la communauté (en clinique externe) plutôt qu'en milieu hospitalier. Deux autres modèles sont davantage associés au courant actuel de réformes. Le modèle de coordination-consultation (*consultation-liaison model*) correspond à celui privilégié par le MSSS avec la fonction de psychiatre répondant ou consultant pour les omnipraticiens et les équipes de santé mentale de première ligne en CSSS. Le psychiatre, aidé ou non d'une équipe multidisciplinaire spécialisée, est étroitement associé à un groupe d'omnipraticiens et soutient ces derniers dans la dispensation des soins de santé mentale par différentes stratégies (visite sur place, rencontre avec l'usager ou l'omnipraticien ou avec l'équipe de soins, ligne téléphonique ou courriel facilitant l'accès du psychiatre et de l'équipe spécialisée, etc.) (Gask, Sibbald et Creed, 1997). Dans le modèle

94. La Clinique Cormier-Lafontaine est le fruit de la concertation de deux établissements de Montréal reconnus comme des leaders dans leur domaine respectif : l'Hôpital Louis-H. Lafontaine en santé mentale et le Centre Dollard-Cormier, de l'Institut universitaire sur les dépendances.

accompagnement/liaison (*attachement model*), un ou plusieurs professionnels de la santé mentale sont intégrés pleinement à l'équipe de soins primaires (Craven et Bland, 2002). Le « modèle de soins primaires de qualité » de Bower et Gilbody (2005b) comporte aussi ces deux composantes que sont la consultation-liaison et les soins de collaboration. La première inclut des stratégies visant à améliorer la formation des omnipraticiens en santé mentale et à faciliter les références aux psychiatres au besoin (une minorité de cas, généralement). La deuxième composante (soins de collaboration) est construite sur la consultation-liaison, mais inclut des gestionnaires de cas, qui font la liaison entre les usagers et les médecins (omnipraticiens et psychiatres).

Globalement, les différents modèles de soins partagés varient en regard de l'intensité du soutien accordé aux omnipraticiens (ou à d'autres intervenants de première ligne, notamment les équipes de santé mentale en CSSS au Québec) par les psychiatres ou les équipes psychiatriques. Le soutien à la première ligne pourrait aussi provenir d'autres professionnels de la santé mentale, notamment un psychologue exerçant au niveau des services spécialisés ou un expert en dépendance des centres de réadaptation en dépendance. Le meilleur modèle à implanter dépend des contextes (lieux de pratique, organisation d'ensemble du dispositif de soins, etc.) et du profil clinique des usagers. Les modèles peuvent inclure les composantes suivantes : 1) le soutien informel des omnipraticiens par les psychiatres – ou autres spécialistes pertinents (communauté de pratique); 2) la présence d'omnipraticiens spécialisés en santé mentale; 3) la formalisation de procédures rapides de référence et de consultations téléphoniques des omnipraticiens aux psychiatres (ou autres spécialistes); 4) des programmes de formation, de coaching clinique et d'outillage pour les omnipraticiens; 5) l'intervention directe de professionnels de la santé mentale dans les cliniques médicales des omnipraticiens, laquelle implique des consultations entre omnipraticiens et intervenants de la santé mentale (psychiatres, intervenants psychosociaux ou gestionnaires de cas), ou des consultations entre usagers et professionnels de la santé mentale incluant ou non les omnipraticiens et, possiblement, l'intégration de la coordination des usagers par l'intermédiaire de gestionnaires de cas établissant un suivi étroit avec les omnipraticiens (Morden et autres, 2009). Des lignes directrices sur les soins partagés ont été publiées à la fin des années 1990 par le Collège des médecins de famille du Canada (CMFC) et l'Association des psychiatres du Canada (Kates et autres, 1997) et, tout récemment, par le CMFC en collaboration avec le Groupe de travail sur les soins partagés en santé mentale (Kates et autres, 2011). L'implantation des soins partagés est au centre des priorités des systèmes de santé mentale les plus performants, comme en Grande-Bretagne et en Australie (Bosco, 2005).

La majorité des études qui s'intéressent aux meilleures pratiques de collaboration en santé mentale ont abordé la dépression (Craven et Bland, 2006). Elles confirment qu'un partage des soins apporte des bénéfices supérieurs à l'intervention d'un seul professionnel (Hedrick et autres, 2003; Hunkeler et autres, 2000; Katzelnick et autres, 2000; Walker et autres, 2000; Katon et autres, 1999). Les usagers ayant une dépression majeure sont ceux qui répondraient le mieux aux interventions axées sur la collaboration (Swindle et autres, 2003; Peveler, 1999; Katon et autres, 1996 et 1995). Bien que les études soient encore peu nombreuses (Craven et Bland, 2006), des résultats probants ont aussi été signalés pour les troubles graves de santé mentale. Gater et autres (1997) ont comparé les coûts et la qualité des soins de deux cohortes d'usagers aux prises avec la schizophrénie, l'une utilisant un nouveau service de santé mentale basé sur les soins intégrés de santé primaire, l'autre,

les services traditionnels hospitaliers. Leur étude a démontré que les besoins déterminés par les usagers en soins intégrés de santé primaire étaient davantage comblés. Druss et collaborateurs (2001) ont constaté que les usagers d'une clinique de médecine générale située dans un édifice adjacent à une clinique de santé mentale rapportaient moins de problèmes liés à la continuité des soins, présentaient un meilleur état de santé physique et étaient moins susceptibles d'avoir recours à l'urgence durant l'année suivant la référence. Cook et Howe (2003) ont étudié l'impact des soins d'une équipe de santé primaire (qui inclut un ergothérapeute, un gestionnaire de cas et un agent de liaison) sur un groupe d'usagers avec des troubles mentaux graves. Une nette amélioration du fonctionnement social des usagers a été constatée après 12 mois. Le modèle de soins partagés a aussi été expérimenté auprès des jeunes et des aînés et il a démontré des effets positifs (Sarvet, Gold et Strauss, 2011; Sullivan et autres, 2007).

g) Le modèle des soins chroniques

Le modèle des soins chroniques développé par Wagner (1998) au MacColl Institute for Health Innovation est l'un des plus connus et étudiés pour la gestion de ces soins. Il a été adapté dans plusieurs pays en réponse à la croissance du fardeau des maladies chroniques (University of Birmingham, 2006). Il a notamment été déployé pour la prise en charge du diabète, des maladies cardiaques, des maladies pulmonaires obstructives chroniques, du cancer, de l'arthrite et, en santé mentale, surtout pour la dépression. Il met l'accent sur l'amélioration du travail des omnipraticiens en lien avec les équipes de soins et l'engagement des usagers dans leur rétablissement (interaction entre l'usager et une équipe intégrée), mais intègre aussi une vision holistique de l'organisation des services dans le but d'assurer des soins de qualité. Ainsi, le modèle des soins chroniques nécessite des changements organisationnels dans les six domaines suivants : 1) l'organisation et la prestation des soins; 2) le soutien à l'autogestion des soins; 3) le soutien à la décision clinique; 4) le développement d'un système d'information clinique; 5) l'utilisation des ressources de la communauté; 6) l'organisation d'ensemble du dispositif de soins (OMS, 2002; Wagner et autres, 2001 et 1996; Wagner, 1998).

Le modèle des soins chroniques est appuyé par de nombreuses connaissances scientifiques, qui peuvent être regroupées dans quatre catégories : 1) les essais contrôlés randomisés; 2) les études évaluatives de la qualité; 3) les études sur les caractéristiques organisationnelles et l'amélioration de la qualité; 4) les études coût-efficacité. D'une façon globale, les différentes composantes du modèle ont été associées à l'amélioration des conditions de santé et à la réduction des coûts de soins de santé (Bodenheimer, Wagner et Grumbach, 2002). Ce modèle démontre aussi, en général, une amélioration des processus de soins et de l'autogestion des soins. Certaines barrières à l'implantation et à la réussite du modèle ont aussi été soulignées, telles que la complexité de l'intervention; le manque de soutien des acteurs locaux au développement du modèle; l'inadéquation de l'organisation d'ensemble des soins primaires; le sous-déploiement des systèmes d'information; certaines caractéristiques liées aux professionnels de la santé, dont le roulement du personnel ainsi que l'absence d'appropriation des changements et de participation à ceux-ci (Stroebel et autres, 2005; Landon et autres, 2004; Scott, Thorne et Horn, 2002). Les études démontrent ainsi la difficulté d'implantation optimale du modèle des soins chroniques dans ses différentes composantes ainsi que du transfert des connaissances aux contextes empiriques de soins

(Francke et autres, 2008; Leykum et autres, 2007; Fitzgerald et autres, 2006). Ces constats ont entre autres débouché sur l'élaboration d'instruments visant à préparer les organismes à l'introduction de ce modèle (*organizational readiness for change*) (Gagnon et autres, 2011; Weiner, Amick et Lee, 2008).

h) Les réseaux intégrés de services

Les lacunes d'intégration des services sont ciblées parmi les principaux problèmes actuels des systèmes sociosanitaires. C'est dans ce contexte que les réseaux intégrés de services ont d'abord été mis de l'avant comme solution à la refonte de l'organisation des services (Glouberman et Mintzberg, 2001; Provan, 1997). Ils représentent l'un des modèles les plus holistiques de refonte du système de soins, visant à mieux coordonner les structures, les processus, les lignes de services, les pratiques et les trajectoires de soins. Les réseaux intégrés de services se définissent comme un ensemble d'organisations qui distribuent un continuum de services coordonnés à une population et qui sont tenues collectivement responsables financièrement et cliniquement de leurs effets sur le système et sur la santé de la clientèle (Gillies et autres, 1993). Ils marquent une rationalisation accrue du dispositif de soins et de la formalisation de la collaboration, incluant l'intégration de différentes stratégies visant à améliorer la dispensation des soins (planification stratégique, guichet d'accès aux services, grille standardisée d'évaluation de besoins, agent de liaison, etc.) (Fleury, 2006). Ils visent à mieux orchestrer sur une base territoriale : 1) l'intervention clinique – meilleure prise en charge de la clientèle dans la communauté et meilleure continuité effective des services, incluant une hiérarchisation adéquate du dispositif de soins et un système axé sur le rétablissement des personnes; 2) les procédures structurelles ou administratives qui soutiennent le dispositif clinique – meilleure compatibilité et meilleure intégration des organisations et des systèmes de gouvernance, d'allocation des ressources et de gestion, incluant les systèmes d'information et de reddition de comptes; 3) l'action des professionnels au dispositif de soins, particulièrement les médecins (Fleury, 2005; Fleury et Mercier, 2002; Shortell, Gillies et Devers, 1995). Plus particulièrement, l'intérêt d'une forte gouvernance interreliée sur le plan stratégique (c'est-à-dire les décideurs et les cadres supérieurs), tactique (c'est-à-dire les gestionnaires clinico-administratifs et les cadres intermédiaires) et opérationnel (c'est-à-dire les intervenants « sur le terrain ») a été mis en relief (Hébert et Durant, 2003). Les liens informels basés sur la confiance et la bonne volonté des individus, bien qu'essentiels, sont jugés insuffisants, particulièrement dans des réseaux complexes et là où il existe peu de culture de collaboration (Park, 1996). Les réseaux intégrés de services soutiennent une restructuration importante du système de santé, jugé traditionnellement comme fonctionnant en silo et insuffisamment en interdisciplinarité. L'implantation de ces réseaux représente donc un défi de taille en raison de l'ampleur et de la complexité des changements à mettre en œuvre et des régulations à synchroniser (Fleury et autres, 2007a et 2007b; Gillies et autres, 1993) (voir la section 6.3).

Des expérimentations d'envergure de réseaux intégrés de services ont été déployées tant à l'échelle internationale qu'au Québec. À titre d'illustration, mentionnons le *Robert Wood Johnson Foundation Program on Chronic Mental Illness*, de 1985 à 1991 (Goldman, Morrissey et Riggely, 1990), le *Access to Community Care and Effective Services and Supports Demonstration Program*, de 1993 à 1998 (Randolph et autres, 1997), le *Veterans Integrated Service Network*,

depuis 1996 (Kizer, Fonseca et Long, 1997) et le *Program of All-Inclusive Care for the Elderly-PACE*, depuis 1987 (Kodner et Kyriacou, 2000), tous instaurés aux États-Unis. En santé mentale, le modèle a aussi été expérimenté auprès des aînés aux prises avec des troubles mentaux (dépression, anxiété et dépendance) : un meilleur engagement envers les traitements, une satisfaction et une qualité de vie améliorées ont été démontrés (Bartels et autres, 2004). Au Canada, les années 1990-2000 a été particulièrement propice à l'émergence de réseaux intégrés de services grâce à l'injection de fonds importants du gouvernement fédéral et au financement d'expériences innovatrices de prestations de services intégrés. Ainsi, des réseaux intégrés de services consacrés à différentes clientèles ont été déployés à partir de cette période, notamment pour les personnes âgées (Béland et autres, 2006), les cas de diabète de type 2 (Rodriguez, Contandriopoulos et Larouche, 2006), les cas reliés à l'oncologie (Roberge et autres, 2004) et les jeunes en difficulté (Larivière et autres, 2005). Globalement, les réseaux intégrés de services sont rapportés comme aptes à améliorer l'efficacité du système de santé et à mieux répondre aux besoins des usagers (Fleury et autres, 2007a; Joubert, Desbiens et Dagenais, 2001). Leur promotion se justifie par l'importance des avantages associés à ce mode d'organisation sur le plan de l'efficience organisationnelle, de la qualité des services, de la rencontre des besoins locaux et du bien-être des personnes (Joubert, Desbiens et Dagenais, 2001; Leatt, Pink et Guerriere, 2000).

5 LES RÉFORMES ET L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE

La santé mentale est un secteur privilégié dans les orientations internationales et fédérales. À l'échelle internationale, l'OMS a piloté, depuis les années 2000, plusieurs études afin de rehausser l'intérêt envers ce secteur, dont les *Lignes directrices pour la consolidation des soins de première ligne en santé mentale*, lancées à Montréal en 2008. L'OMS reconnaissait ainsi l'inadéquation des ressources investies pour répondre aux besoins croissants et contrer la stigmatisation. Néanmoins, « dans le monde, plus de 40 % des pays n'ont pas de politique de la santé mentale (dont le Canada) et plus de 30 % n'ont aucun programme de santé mentale. Plus de 90 % des pays n'ont pas de politique de la santé mentale englobant les enfants et les adolescents » (OMS, 2004a, p. 36). Au niveau fédéral, le Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie a été mandaté de 2003 à 2006 pour étudier l'état des services de santé mentale et de toxicomanie au Canada. À la suite de ses travaux, il recommande notamment de prioriser le rétablissement des personnes, la consolidation des services dans la communauté et une meilleure intégration du dispositif de soins (rapport Kirby : Kirby et Keon, 2006). La CSMC a été constituée à la suite de ces recommandations (2007-2017) avec, comme mandat, « de susciter la transformation du système de la santé mentale. Sa mission est de collaborer avec des partenaires pour changer l'attitude de la population canadienne à l'égard des problèmes de santé mentale et pour améliorer les services et le soutien. Elle vise à aider les personnes confrontées à un problème de santé mentale à mener une vie productive et enrichissante » (CSMC, site Internet). Comme il a déjà été mentionné, les travaux de la CSMC ont notamment débouché sur le rapport *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada* (CSMC, 2009). Très récemment, en 2012, la CSMC a aussi publié un document, *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada*, qui présente plusieurs recommandations en vue d'implanter un système de santé mentale qui réponde mieux aux besoins des personnes (accroître la prévention/promotion, particulièrement dans les milieux de travail et chez les enfants, les jeunes et les aînés; améliorer le soutien au logement et au travail; consolider les soins de première ligne, les services dans la communauté et le soutien par les pairs; bonifier la participation

des personnes utilisatrices; etc.) (CSMC, 2012). La CSMC a également massivement investi dans des projets innovateurs d'envergure en santé mentale, dont le programme Chez soi, dans le domaine de l'itinérance[95] (présenté au chapitre 4, section 4.4.c).

Bien que la santé mentale soit au cœur des préoccupations gouvernementales, il s'agit d'un secteur qui s'est historiquement développé en parallèle du système sociosanitaire, ce qui explique qu'on réfère régulièrement au « système de santé mentale ». Avant les années 1950-1960, les grands malades étaient enfermés dans des asiles fonctionnant comme de petites cités autosuffisantes et isolées du reste de la communauté. Ainsi, l'Hôpital Saint-Jean-de-Dieu (aujourd'hui Louis-H. Lafontaine) a possédé le statut de municipalité autonome de 1897 à 1981 (Courteau, 1989). Ce sont les premiers mouvements de désinstitutionnalisation survenus après la Deuxième Guerre mondiale qui ont entraîné l'intégration des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux[96] et permis le transfert des usagers les plus autonomes dans les communautés. Ces mouvements se sont rapidement accélérés. Les hôpitaux psychiatriques de même que les hôpitaux généraux se sont progressivement transformés en ajoutant dans leur offre de services des activités de réadaptation (comme les hôpitaux de jour et les centres de jour) et des services offerts en clinique externe. De manière générale, ces changements ont permis une diminution du nombre de lits et du temps d'hospitalisation en faveur de solutions de rechange à l'hospitalisation, réalisant ce qui est communément appelé un virage ambulatoire progressif (Bachrach, 1996). Ils ont aussi inclus le développement d'une infrastructure importante d'hébergement pour les usagers, avec des modalités permettant un continuum progressif d'encadrement et d'intégration dans la communauté (des ressources intermédiaires[97] aux logements autonomes). Dans ce continuum, l'hébergement autonome avec soutien s'est progressivement imposé comme le modèle privilégié – comme il a été indiqué dans le chapitre 4 (Piat et autres, 2008b).

Dans les dernières années, après que l'accent des transformations a été mis sur l'intégration des personnes dans la communauté et leur soutien pour une réadaptation optimale, les services psychiatriques ont été de plus en plus axés sur des traitements de pointe (incluant les services d'urgence et d'hospitalisation). Cette tendance a été renforcée par la consolidation en parallèle des soins primaires, étant donné qu'elle est associée à une amélioration de la

95. La CSMC a par ailleurs mis sur pied différents comités consultatifs (enfants et adolescents; aidants familiaux; Premières Nations, Inuits et Métis; loi et santé mentale; aînés; système de prestation de services; sciences; santé en milieu de travail), auxquels participent plus de 120 experts et personnes ayant vécu des troubles mentaux et auxquels sont associés 22 projets de recherche. Elle dirige également des initiatives ou projets d'envergure, notamment dans les secteurs de la stigmatisation (projet *Changer les mentalités)* et des pairs aidants (projet en vue d'accroître l'utilisation du soutien par les pairs en élaborant et en appliquant des normes nationales de pratique), ainsi qu'en matière d'élaboration d'indicateurs de performance pour le suivi des services de santé mentale (proposition d'une liste d'indicateurs pour le Canada). Elle a publié les *Lignes directrices relatives à la planification et à la prestation de services complets en santé mentale pour les aînés canadiens* et elle assume la responsabilité de la gestion du programme Premiers soins en santé mentale, auparavant géré par l'Alberta Health Services. « Ce programme n'enseigne pas aux gens à devenir thérapeutes, mais il leur apprend à : reconnaître les signes et les symptômes liés aux problèmes de santé mentale; prodiguer les premiers soins; et guider la personne vers les services d'aide appropriés. À ce jour, plus de 42 476 personnes ont été formées à travers le Canada. Le programme dispose de 505 instructeurs à travers le pays » (CSMC, site Internet). Pour en savoir plus sur la CSMC et les activités qu'elle dirige, on peut consulter son site Internet : http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais.

96. Au Québec, cette transformation s'effectue à partir des années 1970. Les hôpitaux généraux deviennent, après le projet de loi nº 120 (1991), les « centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés », dont la plupart sont maintenant fusionnés au sein des centres de santé et de services sociaux – projet de loi nº 83 (2005).

97. La ressource intermédiaire est définie à l'article 302 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux comme « toute ressource rattachée à un établissement public qui, afin de maintenir ou d'intégrer à la communauté un usager inscrit à ses services, lui procure, par l'entremise de cette ressource, un milieu de vie adapté à ses besoins et lui dispense des services de soutien ou d'assistance requis par sa condition » (MSSS, 2001c, p. 13).

santé globale de la population (Starfield, Shi et Macinko, 2005). Parce que la population vivant avec des troubles mentaux graves n'était pas suffisamment prise en charge par les services de première ligne, notamment par les omnipraticiens, les réformes ont cherché à contrer ces lacunes (Fleury, Bamvita et Tremblay, 2009; Walters, Tylee et Goldberg, 2008) (voir le chapitre 3). Comme il a déjà été souligné, la prévalence élevée des comorbidités associées aux troubles mentaux, dont les maladies chroniques et les problèmes de toxicomanie (Jones, Clarke et Carney, 2004), et les avantages documentés quant au rôle accru de la première ligne militent en faveur du rehaussement de la prise en charge de ces troubles en première ligne. En effet, comparés aux services de deuxième ligne, les services de santé mentale de première ligne sont considérés comme plus accessibles et moins stigmatisants, en plus de permettre une prise en charge plus complète de l'usager, puisque l'omnipraticien peut concurremment suivre les problèmes physiques et mentaux. Cette prise en charge permet aussi une meilleure intégration dans la communauté, particulièrement pour les personnes aux prises avec des troubles mentaux graves (Rothman et Wagner, 2003). Diverses initiatives ont été instaurées pour favoriser une meilleure détection et une meilleure prise en charge des personnes présentant des troubles mentaux : la création de guichets d'accès pour les clientèles vulnérables (dispositif non exclusif à la clientèle en santé mentale); l'orientation des clientèles des omnipraticiens aux équipes de santé mentale de première ligne ou aux équipes psychiatriques, dont les psychiatres; la mise sur pied de postes d'infirmières dans les urgences pour notamment dépister les personnes toxicomanes et les diriger vers les services appropriés; la désignation d'intervenants pivots, interlocuteurs clés des usagers; etc.

Bien que les personnes ayant des troubles mentaux graves demeurent une cible prioritaire d'intervention en raison de leur grande vulnérabilité et de leur stigmatisation (risques élevés de pauvreté, d'isolement, d'itinérance et de morbidité, espérance de vie réduite, etc. – voir le chapitre 2), les orientations récentes, au cœur des réformes, ont centré leurs efforts sur les troubles courants, pour lesquels la prévalence et les effets négatifs sur la productivité sont en hausse. Ainsi, dans les dernières années, des efforts accrus ont été réalisés pour consolider les services de santé mentale de première ligne, tant à l'échelle internationale que canadienne et québécoise (Fleury, 2009; OMS et Wonca, 2008; MSSS, 2005a). Ce phénomène introduit des changements importants quant aux enjeux sous-jacents aux nouvelles transformations. Ainsi, les omnipraticiens et les intervenants psychosociaux de première ligne (psychologues en clinique privée, équipes interdisciplinaires de soins en CSSS, organismes communautaires, etc.), incluant les pharmacies communautaires[98], deviennent des acteurs clés des dernières réformes. Les tendances récentes en première ligne visent spécifiquement une prise en charge plus efficace par les omnipraticiens des troubles mentaux en collaboration avec des équipes multidisciplinaires, qui jouent un rôle accru auprès de la clientèle; le rehaussement des approches psychosociales (particulièrement de la psychothérapie) comme solution de rechange ou complément à la médication; une meilleure intégration du dispositif de soins par un soutien rehaussé des spécialistes de la santé mentale, particulièrement des psychiatres,

98. On les désigne pharmacies « communautaires » afin de les différencier des pharmacies en milieu hospitalier.

envers les omnipraticiens et les autres intervenants psychosociaux de première ligne; une optimisation de l'implantation des bonnes pratiques d'intervention et de la hiérarchisation des soins[99] (Fleury et Grenier, 2012e).

5.1 LES RÉFORMES DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Le secteur de la santé mentale a régulièrement été priorisé dans les réformes du système de la santé et des services sociaux, au Québec, en raison de l'importance du fardeau social et économique relié aux troubles mentaux ainsi que de la nature biopsychosociale et souvent récurrente de ces troubles – comme l'ont déjà démontré les chapitres 1 et 2. Ainsi, dès le début des années 1960, la transformation des services psychiatriques précède la réforme Castonguay-Nepveu. Dans les décennies qui suivent, le secteur de la santé mentale est l'un des premiers à faire l'objet d'un processus de régionalisation et le premier programme, en 1989, à être encadré par une politique québécoise (Politique de santé mentale). C'est dans cette foulée qu'ont été réalisés des plans régionaux d'organisation des services[100] et des réseaux intégrés de services (définis dans le chapitre 4, section 4.4.h), stratégies clés de la réforme dans le premier plan d'action en santé mentale du MSSS (1998). Le début des années 2000 marque une époque fructueuse de réflexion autour de la réforme du secteur de la santé mentale sous l'initiative du MSSS avec la constitution du Groupe de soutien pour la transformation des services de santé mentale et l'organisation d'un forum national sur les priorités de réorganisation de ce système. Dans le cadre de l'actuelle réforme des services de santé et des services sociaux (projet de loi nº 83, MSSS, 2005b), la santé mentale demeure une priorité d'action du MSSS et fait rapidement l'objet d'un plan d'action spécifique : le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (2005a) (voir l'annexe II sur l'évolution de l'organisation des services de santé mentale au Québec). À la suite de l'évaluation de ce second plan d'action (processus en finalisation), le MSSS prévoit l'élaboration d'un nouveau plan d'action couvrant les cinq prochaines années. Celui-ci devrait mettre l'accent sur les services aux jeunes, la prévention, la lutte contre la stigmatisation ainsi que le renforcement et le maintien des services de soins primaires, incluant les soins de collaboration.

Les deux prochaines sous-sections font respectivement un bref survol historique des réformes en santé mentale et examinent plus particulièrement les objectifs poursuivis par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005a). Elles sont suivies d'une description de l'organisation actuelle des services de santé mentale. Comparé à d'autres secteurs de la santé et des services sociaux, le secteur de la santé mentale a souvent fonctionné « en silo » dans le système et a fortement été associé aux services psychiatriques et

99. « Le principe de hiérarchisation des services implique d'améliorer le cheminement des personnes entre les services de première ligne et les services offerts par des spécialistes, mais également les références entre les services spécialisés et les services surspécialisés souvent offerts dans les grands centres urbains. Une meilleure accessibilité aux services sera assurée par des ententes établies entre les dispensateurs. Cela implique aussi la planification du retour à la personne dans son milieu de vie. Le CSSS a donc l'obligation de recommander la personne aux services qu'elle requiert et de rediriger celle-ci à un autre endroit pour qu'elle obtienne réponse à ses besoins lorsque le service n'est pas disponible dans son territoire. » (ASSS de la Montérégie, site Internet).

100. Les plans régionaux d'organisation des services ont été des exercices de planification stratégique régionale de l'organisation des services de santé mentale (ainsi que dans d'autres programmes-services). À plusieurs égards, les projets cliniques déployés dans la réforme en cours (projet de loi nº 83) s'y apparentent.

spécialisés. Ce n'est que récemment que les orientations gouvernementales ont défini la santé mentale comme un secteur clé des soins de première ligne. Cette situation explique l'accent préalablement mis sur les soins de deuxième ligne et de troisième ligne en santé mentale et sur les clientèles présentant des troubles graves, considérées comme les personnes les plus vulnérables et les plus stigmatisées Un bref article de la D^re^ Nadeau sur la question de la santé mentale et de l'accès aux services chez les peuples autochtones complète ce chapitre.

5.1.1. L'historique des réformes et des enjeux de transformation du système de santé mentale : du système asilaire au *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*

Le passage du 19^e^ siècle au 20^e^ siècle marque la naissance en Occident de la médecine scientifique. La « folie » devient alors un objet de perception médicale, dont le traitement est légitimé par les pouvoirs publics (Castel, 1976). Pour les fondateurs de la psychiatrie, comme le médecin français Philippe Pinel (1745-1826), « l'aliénation mentale » n'est jamais totale : la personne atteinte de troubles mentaux possède toujours des facultés intellectuelles et morales saines sur lesquelles le thérapeute peut s'appuyer pour communiquer avec elle et créer une alliance thérapeutique. Pour cela, l'aliéné doit cependant être isolé de son environnement et soumis à une série d'activités qui, en mobilisant son attention, le distraient de ses pensées délirantes et lui donnent de nouvelles passions, ce qui lui permettra éventuellement de se resocialiser. Ces développements sont à l'origine de la création de l'institution asilaire (Fleury et Grenier, 2004; Grenier, 1999).

Au Québec, l'institutionnalisation des troubles mentaux se structure à la même époque. En 1801, une première législation visant à financer les soins donnés aux « aliénés » est promulguée, prévoyant allouer une somme annuelle fixe par usager aux établissements qui les hébergent (Fleury et Grenier, 2004). Le premier asile permanent est fondé en 1845 à Beauport (renommé « Centre hospitalier Robert-Giffard[101] » et, actuellement, « Institut universitaire en santé mentale de Québec »). Contrairement aux asiles fondés à la même époque ailleurs au Canada, l'Asile de Beauport n'était pas la propriété de l'État, mais de médecins (dont le D^r^ James Douglas) ayant signé un contrat avec le gouvernement pour l'hébergement et le traitement des « aliénés ». En échange, le gouvernement se réservait un droit d'inspection. En 1873, une communauté religieuse inaugure sur l'île de Montréal l'Asile de Saint-Jean-de-Dieu (rebaptisé « Centre hospitalier Louis-H. Lafontaine » en 1976). Ces deux établissements se partageaient le territoire québécois en deux grandes zones de recrutement de la clientèle. Jusqu'en 1890, la clientèle anglo-protestante était hospitalisée dans ces asiles, tenus par des communautés catholiques francophones. Puis, en 1890, un asile destiné au traitement de la clientèle protestante de l'ensemble du Québec voit le jour à Verdun. Il a pris en 2006 le nom d'Institut universitaire en santé mentale Douglas.

Malgré quelques éléments de réforme survenus à partir de 1890 (comme la fondation en 1919 du Sanatorium Prévost, la fondation en 1926 de la Clinique Roy-Rousseau, vouée au traitement des troubles mentaux ne nécessitant pas l'internement, et l'affiliation de chacun des grands asiles à une université dans les années 1910-1920), le traitement des troubles

101. L'Asile de Beauport sera rebaptisé « Asile Saint-Michel-Archange » après son achat par les Sœurs de la Charité en 1890, puis « Centre hospitalier Robert-Giffard » en 1976 et, finalement, « Institut universitaire en santé mentale de Québec » en 2009 (en 2006 : Centre hospitalier Robert-Giffard – Institut universitaire en santé mentale).

mentaux n'a pas connu durant la première moitié du 20e siècle de progrès aussi significatifs que ceux réalisés dans d'autres branches de la médecine (chirurgie, obstétrique, pédiatrie, etc.). Les interventions demeurent peu médicalisées et l'absence de moyens thérapeutiques efficaces explique l'encombrement des asiles. À titre d'exemple, à la fin des années 1950, les asiles de Saint-Jean-de-Dieu et de Saint-Michel-Archange hébergent chacun plus de 5 000 usagers (Wallot, 1998).

Les progrès survenus en psychopharmacologie dans les années 1950 suscitent cependant de nouveaux espoirs. En devenant curables, les troubles mentaux sont maintenant des maladies comme les autres, et les longs séjours en institution sont de plus en plus discrédités. À partir de 1948, des subventions du gouvernement fédéral à l'hygiène mentale permettent la formation de psychiatres à l'étranger. Ce sont eux qui, à leur retour, implanteront les premiers services de psychiatrie dans les centres hospitaliers de soins généraux ou encore dans les établissements asilaires et qui remettront en question les pratiques traditionnelles (Fleury et Grenier, 2004). De 1950 à 1959, le nombre de psychiatres au Québec augmente de 15 à 170 (Boudreau, 1984).

L'origine des réformes actuelles du système de santé mentale date de près de 50 ans. La commission Bédard, en 1962, fait suite à la publication du livre fort médiatisé *Les fous crient au secours* d'un ancien psychiatrisé[102] (Pagé, 1961). Elle souligne l'inadéquation du système de santé mentale à répondre aux besoins intensifs et continus des personnes aux prises avec des troubles mentaux, qui se traduisait notamment par l'insuffisance des services dans la communauté et par l'institutionnalisation massive des usagers. Les années 1960-1970 se démarquent de différentes façons : 1) l'établissement des départements de psychiatrie dans les hôpitaux généraux et dans les régions; 2) le début de la décroissance des lits de longue durée associée à la désinstitutionnalisation et à la non-institutionnalisation progressives des usagers; 3) la consolidation des ressources psychosociales de santé mentale dans les hôpitaux (ou la création d'équipes multidisciplinaires sous la supervision de psychiatres); 4) la consolidation des ressources résidentielles dans la communauté; 5) l'émergence de la psychiatrie communautaire[103], des ressources alternatives[104] (organismes communautaires) et des regroupements de famille; 6) la sectorisation des services psychiatriques[105]. Cette première vague de réformes connaît plusieurs ratés, qui demeurent toujours des enjeux centraux pour l'organisation actuelle des services : une augmentation de l'itinérance et de la judiciarisation des personnes présentant des troubles mentaux, l'apparition du « syndrome de la porte tournante » (défini au chapitre 2, section 2.1.h) et l'accroissement du fardeau des familles (Dorvil et autres, 1997).

102. Ce livre décrit les conditions vécues par les usagers des hôpitaux psychiatriques. La postface, qui confère au livre une caution morale majeure, est l'œuvre du Dr Camille Laurin, l'un des chefs de file des psychiatres modernistes de l'époque, promouvant la transformation radicale du système de santé mentale.

103. La psychiatrie communautaire est une extension de l'hôpital dans la communauté. Elle met l'accent sur l'accessibilité, l'individualisation et la continuité des soins, en ciblant des populations et en favorisant le développement d'équipes professionnelles et multidisciplinaires de soins.

104. Le mouvement alternatif s'oppose à l'approche médicale de la psychiatrie et à la relation de pouvoir entre le « professionnel expert » et l'usager. Il préconise une approche holistique des troubles mentaux et des relations égalitaires entre l'usager et le distributeur de services ainsi que le respect de l'autonomie et des capacités de l'individu (Chaume, 1988). En 1982, le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ) et, en 1991, l'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) sont fondés, lesquels prônent ce mouvement (Lecomte, 1997).

105. La sectorisation consiste à confier la responsabilité clinique d'une population habitant une aire géographique à une équipe multidisciplinaire relevant d'un établissement (Fleury et Grenier, 2004). La province était alors divisée en 13 régions psychiatriques.

L'année 1989 marque un tournant décisif en raison de l'adoption de la Politique de santé mentale par le MSSS (à la suite du rapport Harnois, *Pour un partenariat élargi*, 1987). Les objectifs de cette politique demeurent d'une grande actualité et sont au cœur des enjeux de transformation du système actuel de santé mentale. La Politique de santé mentale fait principalement les propositions suivantes : 1) assurer la primauté de la personne dans l'organisation des services; 2) accroître la qualité des services; 3) atteindre l'équité régionale par niveaux et types de services; 4) cibler les solutions dans le milieu de vie des personnes en reconnaissant leur potentiel et leurs droits et en privilégiant les interventions les plus légères possibles; 5) consolider le partenariat en reconnaissant le potentiel de chacun des partenaires, en mettant de l'avant des rapports ouverts entre ceux-ci et en adoptant des objectifs communs (Fleury et Grenier, 2004). L'implantation de la Politique de santé mentale a fait l'objet d'importantes critiques – toujours d'actualité. Voici les principales : a) l'insuffisance de ressources diversifiées de soutien dans la communauté, lesquelles sont toujours investies majoritairement dans les services d'hospitalisation; b) les lacunes dans l'intégration et la continuité des services; c) l'insuffisance de la modification des pratiques cliniques. Ces critiques amènent, en 1998, le développement de nouvelles orientations ministérielles et le premier plan d'action en santé mentale (MSSS, 1998a).

Le premier plan d'action en santé mentale s'inscrit dans la continuité de la Politique de santé mentale et se démarque par la fermeté des orientations et par l'utilisation de mesures concrètes visant à transformer le système de santé mentale. Il y est ainsi défini que 60 % du budget alloué à la santé mentale devrait être investi dans les services dans la communauté et 40 %, dans l'hospitalisation (en 1998, la tendance était inversée). Une gamme essentielle de services y était aussi précisée, avec huit services prioritaires à développer ou à consolider : 1) le suivi dans la communauté (défini dans le chapitre 4, sections 4.3.d, e, f); 2) l'intervention en situation de crise; 3) le soutien pour la réponse aux besoins de subsistance (comme le logement et l'alimentation); 4) le traitement dans la communauté; 5) l'hospitalisation; 6) l'entraide; 7) le soutien des familles et des proches; 8) le loisir, l'éducation et l'intégration au travail. L'intégration des services en réseaux locaux (définis au chapitre 4, section 4.4.h), la formation continue visant à bonifier les pratiques ainsi que la recherche et l'évaluation sont également au centre de la réorganisation du dispositif de soins. Enfin, la promotion de l'appropriation du pouvoir comme principe directeur des transformations se situe au cœur des changements proposés[106].

Au tournant des années 2000, plusieurs documents sont produits et le Forum national sur la santé mentale est organisé pour discuter des enjeux d'implantation du premier plan d'action en santé mentale (MSSS, 2001a et 2001b). Dans cette foulée, le Vérificateur général du Québec soumet en 2003 un rapport accablant sur l'état des services de santé mentale. Ce rapport réitère le fait que les services de santé mentale ne répondent toujours pas aux besoins de la population et même que « plusieurs volets de la Politique de santé mentale de 1989 n'ont jamais été appliqués » (VGQ, 2003, p. 15). Il souligne la difficulté de tracer un bilan de ces services parce que peu de cibles et d'indicateurs de transformation

106. Notons aussi, comme étape cruciale dans la défense des droits des personnes ayant des troubles de santé mentale, l'introduction du projet de loi P-38, adopté en 1997, qui précise les règles juridiques de la garde involontaire d'une personne présentant un danger pour elle-même ou pour autrui. Selon cette loi, toutes les demandes visant à faire subir une évaluation psychiatrique à une personne qui la refuse ou visant à garder une personne en établissement malgré son consentement doivent être présentées à la Cour du Québec (Wallot, 1998).

ont été déterminés et qu'aucun système de suivi n'a été déployé[107]. Il note également que les sommes nécessaires à la consolidation des ressources n'ont pas suivi les objectifs de transformation. Enfin, le Vérificateur met en relief l'absence d'orientations pour soutenir les services offerts aux personnes aux prises avec des troubles modérés de santé mentale, puisque dans la Politique de santé mentale (1989) et le plan d'action de 1998, l'accent a été mis sur les personnes affectées de troubles graves de santé mentale.

Réalité des peuples autochtones

Lucie Nadeau, M.D., M. Sc., FRCP(C)
Université McGill

Importance de ces questions pour les services de santé mentale et état des lieux au Québec

Les peuples autochtones du Québec se répartissent en 11 nations et en 55 communautés (APNQL, site Internet; SAA, site Internet). La plupart sont situées dans les régions éloignées des grands centres urbains. Le terme « autochtone » désigne par convention l'ensemble des Premières Nations, Inuits et Métis. Au recensement de 2006, les autochtones représentaient 3,8 % de la population canadienne et 1,5 % de la population québécoise (Statistique Canada, 2006). C'est une population jeune, puisque 50 % d'entre eux ont moins de 30 ans (MSSS, 2007b), qui connaît une forte croissance démographique. On constate également un essor de la présence autochtone dans plusieurs villes et municipalités du Québec. On estime que de 25 000 à 30 000 autochtones vivent de façon temporaire ou permanente à Montréal (MacDonald, 2009).

La vie quotidienne diffère d'une communauté autochtone à l'autre quant aux ressources disponibles et aux opportunités, mais plusieurs de ces communautés font face à une précarité économique importante. Outre la pauvreté, les conditions sociosanitaires souvent déplorables (incluant le manque de logements et leur vétusté) et le désœuvrement, les peuples autochtones doivent composer avec de nombreux traumatismes, dont ceux qui sont liés à la colonisation et aux politiques d'assimilation : expériences douloureuses vécues dans les pensionnats, sédentarisation ou déplacements forcés et ruptures identitaires (Warry, 1998). À cela s'ajoute le regard discriminatoire porté sur ces communautés. La littérature met l'accent sur une association entre l'histoire colonialiste – la discrimination – et la prévalence accrue de problèmes sociaux et familiaux, de comportements violents, d'abus d'alcool et de drogues et de troubles mentaux (Christian et Spittal, 2008; Tait, 2003). Les communautés autochtones font donc face à des

107. La Direction de la santé mentale du MSSS mettra ainsi en place l'Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires (OASIS). Ce dernier est établi à partir des rapports financiers et d'activités des organisations. Il précise notamment les dépenses, les activités (nombre d'heures de soins et d'hospitalisations), la population jointe (cible et objectif atteint) ou l'utilisation des services, ventilées par organisations et par centres d'activités, aussi regroupées en grandes catégories (traitement par les médecins de famille; traitement par les psychiatres; première ligne : évaluation et traitement; etc.), par réseaux locaux et par régions.

défis majeurs en matière de prévention, de services de santé mentale et de services sociaux par rapport à cette souffrance sociale. Par contre, l'autodétermination figure comme un déterminant social important pouvant favoriser la santé autochtone (gouvernement du Canada, 1996).

Données sur les problèmes de santé mentale

À l'heure actuelle, il existe peu de données de recherche pour statuer sur la prévalence des troubles de santé mentale au sein des communautés autochtones. Les méthodologies de recherche n'ont d'ailleurs pas toujours suffisamment tenu compte des enjeux culturels (entre autres dans l'expression de la symptomatologie) et contextuels (Reading, 2009). Peu de recherches ont recueilli des données populationnelles. Les données sont insuffisantes tant en ce qui concerne les adultes que les enfants. Par ailleurs, la prudence est de mise avant de faire un amalgame des différents groupes autochtones et avant de conclure à une prévalence qui serait considérée comme stable dans le temps : la prévalence diffère d'une communauté autochtone à l'autre (Chandler et Lalonde, 2008), et l'interrelation entre les problèmes sociaux et de santé mentale fait en sorte qu'un changement de contexte est susceptible d'entraîner un changement dans la prévalence d'un trouble de santé mentale. Les enjeux peuvent aussi être différents entre les autochtones vivant en communauté et ceux vivant hors communauté. Néanmoins, quelques données seront ici reprises pour dresser une image, bien qu'incomplète, qui permettra d'envisager certains défis particuliers auxquels font face les peuples autochtones.

Parmi les maladies mentales graves pour lesquelles on dispose de certaines données en milieu autochtone, et dont les prévalences paraissent particulièrement préoccupantes, on note le trouble dépressif grave, le syndrome de stress post-traumatique et les toxicomanies (Reading, 2009). L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2000-2001 a montré des prévalences de dépression respectivement de 13,2 % chez les autochtones vivant hors communauté et de 12 % chez les autochtones vivant dans leur communauté, soit des taux supérieurs à celui des non-autochtones (7 %) (gouvernement du Canada, 2006). Bien qu'il faille à nouveau considérer les différences de prévalence d'une communauté à l'autre, il n'est pas surprenant de constater une prévalence accrue globale de dépression chez les peuples autochtones lorsque l'on considère l'ampleur des pertes, des deuils (notamment en raison des suicides), du sentiment d'impuissance et des traumatismes auxquels ils font face. Le taux de syndromes de stress post-traumatique est aussi probablement plus élevé de façon globale chez les autochtones, comparativement aux non-autochtones (Reading, 2009), et ce, en lien avec les nombreux traumatismes vécus. L'expérience clinique auprès d'enfants autochtones est d'ailleurs conforme avec cette donnée. Enfin, le taux de toxicomanies est souvent considéré comme élevé dans les communautés autochtones, et la consommation abusive d'alcool est une préoccupation majeure pour ces communautés, une consommation d'ailleurs souvent associée aux autres problèmes de santé mentale (Reading, 2009; Chansonneuve, 2007). Par ailleurs, les autochtones présentent un taux d'abstinence plus élevé et une fréquence

moindre de consommation d'alcool, comparativement aux non-autochtones (Thommasen et autres, 2006), bien qu'ils montrent une utilisation excessive occasionnelle d'alcool plus fréquente (gouvernement du Canada, 2006). Toutes ces difficultés accrues en santé mentale dans les communautés autochtones ne sont pas sans conséquence sur les relations parents-enfants et sur le bien-être mental des jeunes.

Le suicide peut être perçu comme un indicateur de détresse sociale en milieu autochtone (Kirmayer et autres, 2007b). La prévalence du suicide y est souvent nettement supérieure à celle du reste de la population canadienne. On évoque des taux de 2 à 6 fois plus élevés que ceux trouvés chez les non-autochtones (Kirmayer et autres, 2007b) et parfois jusqu'à 10 à 11 fois plus élevés, comme c'est le cas actuellement chez les Inuits de certaines régions du Canada (gouvernement du Canada, 2006). Les taux varient toutefois d'une nation autochtone à l'autre (Chandler et Lalonde, 2008) ou d'une communauté à l'autre au sein d'une même nation. On faisait état récemment de taux plus bas que la moyenne du Québec dans quelques communautés (Kirmayer et autres, 2007b). Les taux varient aussi dans le temps, en lien parfois avec des vagues de suicides. Les jeunes (15 à 24 ans) sont le groupe d'âge le plus touché, alors que chez les non-autochtones, les taux les plus élevés se trouvent chez les hommes et les femmes d'âge moyen (Santé Canada, 2003).

Résilience

Si l'on considère le lien entre le suicide et la souffrance sociale, on peut penser que les communautés autochtones montrant des taux moins élevés de suicide bénéficient d'un mieux-être social plus élevé que les autres communautés. De fait, il est important de souligner qu'au-delà du portrait plutôt sombre dressé ci-avant, les communautés autochtones font aussi preuve de résilience (Kirmayer et autres, 2011; Tousignant et Sioui, 2009) et d'ingéniosité pour mobiliser des facteurs de protection et trouver des stratégies de soutien. De nombreux autochtones témoignent d'un engagement pour leur nation, adoptent des modes de vie sains et désirent que leur communauté puisse se tourner vers l'avenir. Plusieurs sont d'ailleurs sans cesse sollicités pour soutenir leur communauté. La vision autochtone du bien-être, dans un souci écosystémique, intègre les sphères mentale (cognitive), spirituelle, physique et émotionnelle. Plusieurs communautés tentent de renouveler la cohésion sociale et culturelle en favorisant les liens traditionnels intergénérationnels, la contribution des aînés, les groupes de soutien, les activités pour les jeunes, la promotion de la culture et des arts autochtones. La recherche suggère que cette cohésion sociale ainsi que l'autodétermination permettent entre autres une « continuité culturelle » (Chandler et Lalonde, 2008) pouvant agir comme un facteur de protection. Le niveau de contrôle qu'exerce une communauté sur ses propres affaires est considéré comme relié à une bonne santé mentale (Kirmayer et autres, 2007b).

Enjeux et défis en matière de services de santé mentale auprès des autochtones

L'organisation des soins de santé, d'un point de vue gouvernemental, n'est pas régie de la même façon dans toutes les communautés autochtones du Québec. La complexité des compétences (conseil de bande, gouvernements fédéral et provincial) en matière de financement et de prestation de services sociaux et de santé a des répercussions sur l'accessibilité et la qualité de ces services. La responsabilité de la prestation et du financement des services varie en effet selon le type de service offert (transport médical, médicament, prévention, centre de traitement, service de première, deuxième ou troisième ligne), selon le statut de la communauté (conventionnée ou non) et selon le lieu de résidence de l'individu (en communauté ou hors communauté).

La Convention de la Baie-James et du Nord québécois signée avec les Cris et les Inuits (1975) et la Convention du Nord-Est québécois signée avec les Naskapis (1978) régissent les soins de première ligne pour ces nations, qui dépendent alors du gouvernement provincial. Les nations non conventionnées dépendent pour ces services du gouvernement fédéral. Dans plusieurs communautés non conventionnées, le conseil de bande s'est chargé d'une part des soins primaires en signant des ententes bipartites (fédéral) ou tripartites (fédéral-provincial). Les autochtones hors communauté sont, pour leur part, pris en charge par le gouvernement provincial. Les soins de deuxième et de troisième ligne sont assurés par le provincial pour tous les autochtones. Santé Canada gère des centres de traitement de l'alcoolisme et de la toxicomanie destinés aux autochtones : cinq sont destinés aux adultes et un, aux jeunes âgés de 12 à 17 ans (MSSS, 2007b). La disponibilité de certains médicaments est l'une des différences qu'entraîne le fait d'être conventionné ou non : en effet, les listes provinciale et fédérale des médicaments accessibles ne sont pas identiques. Il peut ainsi s'avérer que le choix thérapeutique soit plus restreint dans les communautés non conventionnées.

Les centres de santé situés au sein des communautés autochtones[108] offrent différents services issus de programmes de santé communautaire. Les personnes formées comme premiers répondants, les travailleurs communautaires, les travailleurs sociaux, les travailleurs en toxicomanie, les infirmières et les médecins généralistes (présents surtout dans les plus grosses communautés conventionnées) sont souvent ceux qui offrent des services de première ligne aux personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale au sein des communautés. Il existe une assez grande disparité de ressources d'une communauté à l'autre pour de multiples raisons (postes non pourvus, taille de la communauté, éloignement géographique, etc.). Quelques guérisseurs traditionnels exercent dans leur communauté. Un sondage de 2006 ayant recueilli des données pour 27 communautés autochtones au Québec en dénombrait 4 (Santé Canada, 2008). Quelques communautés reçoivent la visite plus ou moins régulière de professionnels de la santé mentale (psychiatre, psychologue ou psychothérapeute) et certaines

108. Il faut noter que les soins au Nunavik sont régis par la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et sont organisés autour de deux hôpitaux (à Puvirnituq et à Kuujjuaq) et de CLSC dans chacune des communautés. Aussi, les soins aux communautés cries sont gérés par le Cree Health Board.

peuvent avoir un psychologue sur place. Par ailleurs, les centres d'amitié autochtones offrent souvent une panoplie de services liés au mieux-être mental et sont ainsi d'importants acteurs du réseau des services de santé mentale pour les peuples autochtones.

Il semble y avoir peu de contraintes officielles restreignant l'accès aux services offerts par le réseau public québécois, mais des barrières de distance géographique, de langue et d'adaptation culturelle limitent souvent cet accès. Certaines institutions du réseau des services sociaux et de santé ont une personne liaison responsable des services donnés aux Premières Nations et quelques-unes offrent un service d'interprète, mais cela semble encore l'exception plutôt que la règle (CSSSPNQL, 2010). Il existe aussi d'importants problèmes de coordination entre les services offerts dans les communautés et ceux offerts dans le réseau public provincial.

Certaines initiatives pour contrer les problèmes de santé mentale ont pu être implantées au sein des communautés grâce au Fonds de transition pour la santé des autochtones, annoncé en 2005. Le Fonds d'intégration des services de santé, plus récent, est une initiative qui a pour but de surmonter les difficultés de continuum et d'accessibilité posées par les différentes compétences et de mieux répondre aux besoins en soins de santé des Premières Nations, Inuits et Métis.

Des défis particuliers surgissent dans la prestation des services de santé mentale en milieu autochtone : l'éloignement de ces populations complique l'accès aux ressources d'évaluation et de traitement; il est plus exigeant d'assurer la confidentialité dans des petites communautés; le peu de ressources de première ligne entrave une réponse adéquate aux besoins; l'ampleur des enjeux traumatiques et leur répétitivité (suicides, accidents, violence et discrimination) entraînent une fatigue émotionnelle et physique élevée chez plusieurs intervenants interpellés par ces enjeux, et il en découle un roulement élevé du personnel. De plus, le manque de formation de plusieurs intervenants œuvrant dans ces communautés quant aux enjeux de santé mentale limite leurs interventions. Enfin, un nombre très insuffisant de professionnels issus des communautés autochtones freine 1) l'adéquation des services aux réalités de ces communautés; 2) le sentiment de maîtrise de leur santé; 3) la confiance dans le système de soins (Lessard et autres, 2008; Santé Canada, 2008). Les défis de la prestation des services auprès des autochtones en milieu urbain sont différents de ceux en milieu autochtone. Les soins de première ligne ainsi que les soins de deuxième et de troisième ligne (hospitaliers) dispensés en milieu urbain doivent prévoir un accueil aux autochtones qui tienne compte de la potentielle perte de repères que peut entraîner la venue dans un centre hospitalier urbain pour un autochtone. Le problème de l'itinérance est une réalité pour une portion de la population autochtone urbaine et tout indique qu'il est associé à des prévalences importantes de problèmes de santé mentale, notamment de troubles anxieux et d'abus de substance (Reading, 2009).

Le système de santé québécois a aussi comme défi majeur d'adapter culturellement et socialement les soins en santé mentale, de la première à la troisième ligne, en tenant compte des pratiques et des valeurs culturelles des autochtones, mais aussi de leurs différents contextes de vie, de la transformation rapide que les communautés vivent dans l'environnement contemporain et de leur droit à l'autodétermination[109]. Cela implique l'utilisation d'interprètes en langue autochtone, l'intégration judicieuse des traditions et des rituels autochtones relatifs aux soins et au bien-être (par exemple, il peut être important pour des Inuits de manger de la nourriture traditionnelle pour favoriser le processus de guérison) et l'intégration de la compréhension autochtone holistique de la maladie (de nombreux projets autour de la guérison en milieu autochtone s'inspirent de cette compréhension). Il est également nécessaire de s'assurer que les contextes de soins sont culturellement non discriminatoires et conformes aux besoins.

Conclusion

Les enjeux actuels de santé mentale chez les peuples autochtones sont multiples. Ils exigent que l'on considère l'influence des différents déterminants sociaux de la santé, en ce qui a trait aux expériences douloureuses du passé, à leur transmission intergénérationnelle, à la précarité économique, aux conditions sociosanitaires difficiles et à la vulnérabilité en matière de santé mentale. La réponse à apporter à ces besoins importants en santé mentale doit rendre compte de l'ensemble des facteurs de vulnérabilité et aussi considérer les forces des communautés en matière de résilience. L'accès aux soins de santé mentale pour les peuples autochtones demeure un enjeu de taille. Les solutions apportées doivent tenir compte des besoins d'adaptation culturelle des soins; assurer une coordination efficace entre les soins reçus au sein des communautés et ceux reçus dans les milieux hors communautés; tenir compte à la fois des besoins des adultes et des enfants. D'ailleurs, le Comité consultatif sur le mieux-être mental des Premières Nations et Inuits a été mis sur pied en 2005 pour porter un éclairage sur les questions relatives à la santé mentale, à la prévention du suicide et à la toxicomanie (CSSSPNQL, site Internet).

La qualité des soins et services paraît liée à une judicieuse intégration des initiatives issues des communautés et des apports non autochtones, de même qu'à un juste équilibre entre les soins individuels et les interventions collectives ou communautaires, en plus d'exiger une concertation de différents milieux (santé, services sociaux, éducation et justice).

109. Dans ses recommandations, la Commission royale sur les peuples autochtones (1996) se prononce, d'une part, en faveur de la reconnaissance de la guérison, des valeurs et des pratiques traditionnelles dans le cas des problèmes psychosociaux et de santé mentale (dont la toxicomanie et d'autres formes de comportement autodestructeur et violent) et, d'autre part, sur le droit des autochtones à l'autodétermination et donc sur le pouvoir des instances autochtones de décider quelle place occuperont la santé et la guérison traditionnelles dans leur système de soins (ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada, 1996).

5.1.2. La réforme actuelle : le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*

Le projet de loi nº 83[110] (MSSS, 2005b) et le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (ci-après désigné le *Plan d'action 2005-2010*) (MSSS, 2005a) ont introduit des changements substantiels, qui suivent les courants internationaux déjà mentionnés. Le *Plan d'action 2005-2010* souscrit aux grands principes de responsabilité populationnelle[111] et de hiérarchisation des services promus dans la réforme alors en cours du système de santé et de services sociaux. Il vise à améliorer l'accès et la continuité des services, principalement en augmentant l'offre de soins de première ligne et celle des services dans la communauté. Le rehaussement des services de première ligne devrait inciter les services psychiatriques à se concentrer sur le traitement des troubles mentaux complexes ou graves et à mieux soutenir la première ligne, en offrant notamment des consultations psychiatriques rapides[112]. Ce soutien accru des psychiatres devrait ainsi permettre un transfert d'expertise en première ligne. L'accent est ainsi mis sur le rehaussement des services pour la clientèle présentant des troubles mentaux modérés ou courants, comme il a déjà été souligné, sans pour autant délaisser les usagers aux prises avec des troubles graves. L'augmentation des activités de prévention et de promotion, particulièrement la lutte contre la stigmatisation, est également ciblée par la réforme. Le rétablissement – impliquant l'autonomisation des personnes (usagers et proches), partenaires du système de santé mentale et moteur de leur traitement – constitue un principe central du *Plan d'action 2005-2010*[113]. L'adaptation de pratiques basées sur les données probantes, l'amélioration des services de santé et des processus de soins tout autant que celle des structures font aussi l'objet de transformations. Le *Plan d'action 2005-2010* s'inscrit dans ces grandes lignes en continuité avec les réformes précédentes en santé mentale, mais on observe, par rapport au plan de 1998-2002, que le rétablissement supplante l'appropriation du pouvoir comme principe directeur et que la notion de soins partagés remplace celle de réseaux intégrés de services (voir le chapitre 4 pour ces notions).

Pour rehausser l'accès aux services, le *Plan d'action 2005-2010* vise la consolidation des services offerts : mise en place d'équipes de santé mentale en CSSS ainsi que d'équipes de suivi intensif ou de soutien d'intensité variable; hébergement autonome avec soutien; soutien à l'intégration au travail et aux études; services de crise (ligne téléphonique ou équipe mobile), pour la population en général, accessibles à toute heure du jour et de la nuit, sept jours sur sept. Le ratio ciblé pour le développement des équipes en CSSS est, pour une population de 100 000 habitants, de 20 intervenants psychosociaux et de 2 omnipraticiens pour la clientèle adulte et de 6 intervenants psychosociaux et de 0,5 omnipraticien pour la clientèle enfance-jeunesse. Pour la clientèle adulte, cette estimation de professionnels

110. Il s'agit de la réforme du système sociosanitaire, notamment la création de 95 réseaux locaux de services (maintenant 94) (Fleury et autres, 2007a; MSSS, 2005).

111. « La responsabilité populationnelle signifie que les intervenants qui offrent des services à la population d'un territoire local seront amenés à partager collectivement une responsabilité envers cette population, en rendant accessible un ensemble de services le plus complet possible et en assurant la prise en charge et l'accompagnement des personnes dans le système de santé et de services sociaux, tout en favorisant la convergence des efforts pour maintenir et améliorer la santé et le bien-être de la population et des communautés qui la composent. » (ASSS de la Montérégie, site Internet).

112. Dans l'étude de Fleury et collaborateurs (2008), le temps d'attente moyen pour qu'un omnipraticien ait accès à un psychiatre pour ses usagers est estimé à 60 jours (écart type : ± 45) – voir aussi à ce sujet le chapitre 6, section 6.1. Par ailleurs, par la réforme en cours, le MSSS espérait que les psychiatres consacrent 20 % de leur temps au soutien de la première ligne, ce qui représenterait le double des activités estimées qu'ils offraient avant la réforme (ASSS de Montréal, 2006).

113. Entre autres, la participation de représentants d'usagers est encouragée dans les tables de concertation chapeautées par les CSSS et les ASSS. Pour une définition du rétablissement, voir le chapitre 4, section 4.1.c, et la note de bas de page 9, dans le chapitre 1.

est basée sur l'évaluation qu'environ 20 % de la population se présentant aux services généraux des CSSS aurait un trouble mental diagnostiqué ou pouvant l'être et requerrait des services plus intensifs et une expertise plus pointue (MSSS, 2005a). Quant aux suivis dans la communauté, le ratio ciblé, pour 100 000 habitants, est de 70 places pour les équipes de suivi intensif (2,3 % à 3,5 % des usagers ayant des troubles mentaux graves) et de 250 places pour les équipes de soutien d'intensité variable (8,3 % à 12,5 %) (MSSS, 2005a). Ces cibles avaient été suggérées dans un rapport du Conseil d'évaluation des technologies de la santé, publié en 1999, sur la base d'expériences américaines. Le *Plan d'action 2005-2010* se fixait comme objectif d'atteindre, en 2010, 75 % de la cible en suivi intensif et 100 % de la cible en soutien d'intensité variable. La Direction de la santé mentale estimait qu'en 2005, 27 % des 5 250 places en soutien intensif et 24 % des 18 750 places en soutien d'intensité variable visées étaient disponibles (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a; MSSS, 2005a).

Le *Plan d'action 2005-2010* prévoit également, toujours pour 100 000 habitants, 50 places en logement avec soutien continu et en appartement supervisé; 40 places en hébergement avec soutien léger ou modéré; 20 à 30 places en hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif. Il inclut comme objectif le développement des services de soutien au travail et aux études, toujours pour le même ratio de population : un ratio de 58 places est prévu (MSSS, 2005a). Les organismes communautaires, partenaires clés en santé mentale, voient leurs ressources rehaussées avec l'établissement d'un minimum de 10 % de l'enveloppe des dépenses de santé mentale réservées à leurs besoins. Des modalités spécifiques sont aussi établies afin de faciliter leur collaboration avec les CSSS. Enfin, comme dans les réformes précédentes, l'intersectorialité est également reconnue comme un partenaire clé de l'organisation d'un continuum intégré et diversifié de soins en santé mentale, notamment dans des secteurs tels que la dépendance; les jeunes en difficulté; la déficience intellectuelle; le logement; la justice; les milieux municipaux, scolaires et de garde; les services policiers; les organismes de loisirs ou d'assistance.

Pour améliorer la continuité des services, outre les équipes en CSSS ou de suivi, des mécanismes de coordination des services ont aussi été prévus : guichets centralisés en santé mentale dans les CSSS pour l'accès aux services complémentaires ou spécialisés de santé mentale; modules d'évaluation-liaison dans certaines régions[114]; fonction d'agent de liaison et de psychiatre répondant (deux psychiatres équivalents temps complet (ETC) pour 100 000 habitants[115]). La fonction de répondant a été élargie en 2007 à l'ensemble des autres professionnels de la santé mentale[116]. D'autres mécanismes de coordination sont aussi prévus, mais sur lesquels moins d'accent est mis : les ententes de services, particulièrement entre les CSSS et les services spécialisés, lorsque ces derniers sont localisés en dehors

114. Bien que le module d'évaluation-liaison ne soit pas un mécanisme de coordination des services prévu dans le *Plan d'action 2005-2010,* nous en discuterons, étant donné son importance et son interférence avec le guichet d'accès dans certains territoires.

115. Nous verrons plus loin que ce nombre sera revu substantiellement, en raison des négociations ardues avec l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ), qui se sont conclues essentiellement à l'automne 2009.

116. Cette situation s'explique en raison de l'opposition des psychiatres et également pour permettre la reconnaissance de l'importance des autres professionnels de la santé mentale dans le traitement des troubles mentaux.

du réseau local de services; la présence d'intervenants pivots[117], considérés comme des interlocuteurs clés pour les usagers et comme responsables du continuum de services et du maintien de la continuité relationnelle.

Le guichet d'accès en santé mentale constitue la porte d'entrée principale du CSSS pour l'ensemble des services de santé mentale (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2008). C'est là que l'équipe de première ligne effectue l'évaluation des demandes provenant des omnipraticiens, des organismes communautaires, de l'accueil-évaluation-orientation psychosocial, des autres programmes du CSSS ou des services de deuxième et de troisième ligne. L'autoréférence des usagers est également possible. Les professionnels du guichet d'accès sont membres de l'équipe de première ligne en santé mentale (MSSS, 2008b) et ont pour mandat de déterminer si les personnes qui s'y présentent doivent retourner dans les services généraux ou être dirigées vers l'équipe de première ligne de santé mentale ou encore vers les services de deuxième ligne. Le guichet d'accès en santé mentale a aussi pour fonction de favoriser la continuité des services et de gérer la liste d'attente. Les professionnels du guichet d'accès en santé mentale peuvent amorcer des protocoles d'évaluation de soins et de traitement et y proposer l'autogestion des soins. Ils peuvent également repérer et dépister les cas de comorbidité et prévoir une trajectoire de services pour chacune des conditions dépistées (MSSS, 2008b). Ils n'assurent habituellement pas de suivi, cependant, car ce rôle est assumé par les équipes de santé mentale (Courville, 2008), mais certains territoires peuvent opter pour des modèles différents comportant des prises en charge par l'omnipraticien. Dans le but d'éviter une perte d'expertise lors de congés ou de départs, le travail au guichet d'accès en santé mentale doit être partagé par plusieurs professionnels (MSSS, 2011). La présence d'un médecin au sein de l'équipe du guichet d'accès en santé mentale est en outre essentielle afin d'évaluer la condition médicale des personnes évaluées (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 2008). Par ailleurs, afin d'élaborer une réponse personnalisée adaptée aux besoins de la personne utilisatrice, l'équipe du guichet d'accès en santé mentale doit bien connaître les ressources disponibles sur son territoire et créer avec elles des liens de collaboration ou des ententes de services (MSSS, 2005a). Le développement des guichets d'accès en santé mentale prend différentes formes selon les territoires. Ainsi, dans les territoires ruraux de la région de la Capitale-Nationale, les demandes sont d'abord évaluées par l'accueil-évaluation-orientation des CSSS avant d'être acheminées vers le guichet d'accès, alors que ce dernier est utilisé dès le départ dans les territoires urbains[118] (Courville, 2008).

Contrairement au guichet d'accès, le module d'évaluation-liaison fait partie des services de deuxième ligne, particulièrement offert par les hôpitaux psychiatriques ou universitaires. Son organisation de services repose toutefois, lui aussi, sur une philosophie de soins partagés (concept défini au chapitre 4, section 4.4.f), qui s'intègre au principe de hiérarchisation des soins. Avant le développement des guichets d'accès en CLSC, le module d'évaluation-liaison était une structure d'accueil, d'évaluation et d'orientation de la clientèle que les omnipraticiens ou les CSSS (un omnipraticien pour le suivi) référaient à un centre hospitalier (Hôpital

117. « L'intervenant pivot (*case manager*) est la personne avec laquelle l'utilisateur de service crée les liens les plus étroits au cours de son traitement. Il effectue lui-même certaines activités de soutien dont le choix a été déterminé avec la personne et coordonne plusieurs autres activités. […] Compte tenu du nombre important de fournisseurs de services associés au traitement, l'intervenant pivot travaille en interdisciplinarité. » (MSSS, 2005a, p. 7).

118. Voir le chapitre 6, section 6.1.4, pour une brève évaluation de l'implantation de cette stratégie d'intégration.

Louis-H. Lafontaine, 2006). Il est maintenant appelé à s'arrimer aux services des guichets d'accès des CLSC pour la référence aux soins spécialisés. Il vise à optimiser l'utilisation des ressources internes et externes d'un centre hospitalier, à améliorer l'accès aux services spécialisés et surspécialisés ainsi qu'à offrir un soutien-conseil en psychiatrie aux médecins qui réfèrent (Institut universitaire en santé mentale Douglas, site Internet). Il sert aussi de filtre pour les services de deuxième ligne qui, étant dégagés d'une part de l'achalandage dans les demandes de consultation, peuvent répondre plus adéquatement aux personnes qui requièrent de l'aide à ce niveau de soins.

Le développement de la fonction d'agent de liaison favorise le développement de liens harmonieux et efficaces entre tous les organismes et les professionnels (urgences, CSSS, GMF[119], médecins de famille, organismes communautaires, etc.) qui offrent des services de santé mentale sur le territoire. Cette fonction facilite ainsi l'accessibilité aux différents services (MSSS, 2005a). Les fonctions de l'agent de liaison sont très diversifiées. Il doit assister, conseiller et référer les personnes vers les services disponibles, rechercher des partenaires pouvant éventuellement compléter l'offre de services, procéder au cheminement des demandes en conformité avec les mécanismes établis, favoriser la collaboration entre partenaires et être une personne-ressource pour les intervenants des autres programmes à l'intérieur du CSSS et pour les organismes et les services du milieu (ASSS de Montréal, 2006).

Finalement, il est prévu que le psychiatre répondant soutienne le déploiement de soins partagés, ce qui implique un arrimage des services entre les omnipraticiens, les psychiatres et les intervenants psychosociaux (voir le chapitre 4, section 4.4.f). La fonction de psychiatre répondant prévoit une présence sur place – au sein de l'équipe de santé mentale, d'une clinique médicale[120] ou d'une équipe de santé mentale s'adressant aux jeunes des centres jeunesse – une demi-journée par semaine, par tranche de 50 000 habitants pour les équipes de santé mentale adultes (50 000 jeunes pour les équipes de santé mentale pour jeunes), afin de participer à des discussions de cas. Le reste de la semaine, il est à la disposition des intervenants de l'équipe en santé mentale ou du guichet d'accès pour des consultations téléphoniques. Il est également disponible du lundi au vendredi, de 9 heures à 17 heures, pour donner suite aux demandes des médecins du territoire[121].

Notons également que, parallèlement à l'implantation de ces différents mécanismes, une révision des effectifs et des usagers traités par les services de deuxième ligne a aussi été entreprise dans la plupart des régions, afin de rehausser les activités de première ligne et de transférer le suivi de certains usagers aux soins de première ligne. Des tables de concertation locales et des projets cliniques en santé mentale ont également été planifiés afin d'arrimer les services entre les différents partenaires locaux[122]. L'implantation du *Plan d'action 2005-2010* a été soutenue par l'injection de plus 80 millions de dollars[123]. Enfin, des transferts importants de ressources y étaient aussi prévus : les centres hospitaliers

119. Les GMF sont définis à la note de bas de page 52, à la section 3.2.

120. Le nombre maximum de demi-journées pour les cliniques médicales est de une par semaine.

121. Voir le chapitre 6, section 6.1.6, pour une brève évaluation de l'implantation de cette initiative.

122. Selon le *Plan d'action 2005-2010*, l'élaboration du projet clinique nécessite plusieurs étapes, dont les principales consistent à « définir les besoins, faire l'inventaire des ressources et des services disponibles et déterminer les écarts; analyser les modèles cliniques et les types de collaboration existants et préciser les mesures à mettre en place afin de réduire les écarts; préciser leurs rôles et leurs responsabilités, de même que ceux de leurs partenaires sectoriels et intersectoriels » (MSSS, 2005a, p. 64).

123. Communication téléphonique, Direction de la santé mentale, MSSS, 2010.

psychiatriques généraux devaient transférer de « 15 à 25 % de leurs ressources financières ou humaines vers les services de première ligne en trois phases » (MSSS, 2005a, p. 69). Entre autres, les services de réadaptation et d'activités d'intégration développés dans ces établissements devraient être « graduellement associés aux CSSS et à leurs partenaires, en tenant compte de leur capacité de les gérer et en maintenant le niveau de services offerts » (MSSS, 2005a, p. 69).

5.2 L'ORGANISATION ACTUELLE DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC[124]

Pour l'année financière 2003-2004, sur l'enveloppe totale des 1 381 539 091 $ alloués par le MSSS à la santé mentale, environ 55 % sont consacrés au programme de santé mentale, 6 % aux omnipraticiens, 13 % aux psychiatres et 23 % aux médicaments (MSSS, 2005a). La répartition des fonds aux établissements s'établit ainsi : 76 % vont aux hôpitaux (35 % aux hôpitaux psychiatriques et 41 % aux départements de psychiatrie des centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés), 15 % aux CLSC, 6 % aux organismes communautaires et 3 % à des sources diverses[125]. En 2003-2004, la majorité des ressources en santé mentale était donc allouée aux hôpitaux. Cependant, une partie des services hospitaliers sont fournis dans la communauté, notamment avec l'utilisation de cliniques externes et de centres de jour ou de réadaptation. Certains hôpitaux psychiatriques, notamment à Montréal, gèrent aussi des ressources résidentielles dans la communauté (ressources intermédiaires, ressources de type familial[126], etc.). Ainsi, les services dispensés dans la communauté par les hôpitaux sont estimés à environ 40 % des fonds qui y sont administrés (Lesage, 1999). À la suite du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, les fonds alloués aux services dispensés à l'extérieur des hôpitaux ont été augmentés, en raison notamment de la création des équipes de santé mentale dans les CSSS (mission CLSC) et de la coordination progressive des ressources résidentielles par les CSSS (voir le chapitre 6). En 2002-2003, à la suite de la réduction constante du nombre de lits et de la durée moyenne des séjours hospitaliers, l'objectif du premier plan d'action en santé mentale (1998) – soit que 60 % des fonds soient investis dans la communauté et 40 %, dans l'hospitalisation – était ainsi atteint (Briand et autres, 2007). Par ailleurs, le coût de la main-d'œuvre en santé mentale représente environ 80 % des dépenses en soins directs en santé mentale – comme pour les autres programmes de santé et de services sociaux, ce qui contraint les transformations à effectuer (CSMC, 2011).

Les soins et services de santé mentale, tout comme les autres programmes de santé, sont hiérarchisés selon le concept de lignes de services. Théoriquement, les services de troisième ligne (surspécialisés) et de deuxième ligne (spécialisés) concernent le traitement

124. Cette section a pour objectif de tracer une vue d'ensemble des services de santé mentale, et non d'effectuer une comparaison des transformations effectuées depuis le *Plan d'action 2005-2010,* comme ce sera le cas au chapitre 6. Certaines statistiques présentées dans ce chapitre divergent ainsi quelque peu de celles inscrites au chapitre 6. Cette situation s'explique par les sources utilisées et les éléments intégrés dans les statistiques (si on y inclut la dette du Québec ou non, les frais d'infrastructure, les honoraires des médecins, etc.). Le chapitre 5 s'appuie sur la littérature; le chapitre 6 est plutôt basé sur les données administratives ou la consultation effectuée spécifiquement pour l'évaluation du *Plan d'action 2005-2010*, soit par le Commissaire à la santé et au bien-être ou l'équipe de la Direction de la santé mentale du MSSS (2005-2010).

125. Voir aussi le chapitre 6, section 6.1.1, qui porte sur le financement du système de soins de santé mentale au Québec.

126. Les ressources intermédiaires sont définies à la note de bas de page 97, dans la section 5.

des personnes ayant les symptômes les plus graves et présentant le plus de risques de rupture avec la société (violence et criminalité). Les services de troisième ligne s'adressent aux problèmes très complexes qui requièrent une expertise qui ne peut être offerte en deuxième ligne, ou dont la prévalence est faible (MSSS, 2005a). Les services de deuxième ligne sont consacrés particulièrement aux traitements et à la réadaptation de longue durée[127] d'individus résistant aux traitements habituels, mais qui ont un potentiel de réadaptation. Ces personnes peuvent donc être transférées vers les services de première ligne dès que leur état le permet (MSSS, 2005a). Ces services offrent également leur soutien aux intervenants de première ligne, spécialement les omnipraticiens, en effectuant des évaluations diagnostiques et des suggestions de traitements pour les usagers pris en charge par ces intervenants (en lien avec les équipes de santé mentale dans les CSSS et le guichet d'accès). Finalement, les services de première ligne s'adressent à la majorité de la clientèle aux prises avec des troubles mentaux, particulièrement les troubles modérés. D'après Walters et ses collaborateurs (2008), 90 % de l'ensemble de la population aux prises avec des troubles mentaux est potentiellement traitable en première ligne. Ces tendances suggèrent l'importance d'un plus grand financement dans le réseau public des services des psychologues (ou de la psychothérapie), considérés comme centraux pour le traitement des troubles mentaux. Par ailleurs, comme il a déjà été mentionné, les tendances internationales favorisent de plus en plus la prise en charge en première ligne de la clientèle aux prises avec des troubles graves, mais dont l'état est peu sévère et stabilisé.

Les services de troisième ligne (surspécialisés) sont dispensés essentiellement par cinq hôpitaux psychiatriques[128] ainsi que par les départements de psychiatrie des centres hospitaliers universitaires ou affiliés. Parmi ces hôpitaux psychiatriques, quatre sont des instituts universitaires en santé mentale[129], dont trois à vocation générale (Institut universitaire en santé mentale Douglas et Hôpital Louis-H. Lafontaine, à Montréal, et Institut universitaire en santé mentale de Québec – anciennement Centre hospitalier Robert-Giffard –, à Québec) et un possédant un mandat national en psychiatrie justice (Institut Philippe-Pinel, à Montréal). Le Centre hospitalier Rivière-des-Prairies est, pour sa part, spécialisé en pédopsychiatrie (Montréal). Dans le cadre des réseaux universitaires intégrés en santé[130] (RUIS), ces hôpitaux se divisent la couverture de l'ensemble des régions du Québec pour leurs services de troisième ligne. Selon le *Plan d'action 2005-2010*, les services de troisième ligne devraient « couvrir des domaines précis selon les paramètres suivants : 1) troubles de la personnalité : quatre services pour le Québec (un par RUIS); 2) troubles anxieux et dépressifs : quatre services pour le Québec (un par RUIS); 3) troubles psychotiques : quatre services pour le Québec, dont

127. Dans le *Plan d'action 2005-2010,* la réadaptation est définie comme « le processus qui facilite le retour d'un individu à un niveau optimal de fonctionnement autonome dans la communauté. Alors que la nature du processus et les méthodes utilisées peuvent varier, la réadaptation encourage invariablement les personnes à participer activement avec d'autres à l'atteinte des buts concernant la santé mentale ou la compétence sociale » (Kovess et autres, 2001, dans MSSS, 2005, p. 51). Plusieurs organismes communautaires offrent aussi des services de réadaptation.

128. Un sixième hôpital psychiatrique, le Centre hospitalier Pierre-Janet, sera bientôt intégré au CSSS de Gatineau.

129. Le statut d'institut universitaire en santé mentale est récent. Il a été octroyé aux Centres hospitaliers Douglas et Robert-Giffard en 2006 et à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine en 2011.

130. Les RUIS ont été créés dans le cadre de la réforme en cours du système sociosanitaire (projet de loi nº 83, MSSS, 2005b). Sous la responsabilité des quatre facultés de médecine du Québec et de partenaires (MSSS, agences régionales, universités et hôpitaux affiliés), ils ont la responsabilité de coordonner l'accès aux services des 3e et 4e lignes; d'orchestrer l'enseignement, la recherche et l'évaluation des technologies de la santé; de planifier l'organisation de la main-d'œuvre médicale. L'Université de Montréal couvre 40 % de la population du Québec, McGill et Laval, 23 % et Sherbrooke, 14 %.

deux auront un mandat de services pour les premières psychoses, et deux pour les troubles psychotiques réfractaires; 4) troubles alimentaires : deux services pour le Québec; 5) la psychiatrie légale (mandat national octroyé à l'Institut Philippe-Pinel) » (MSSS, 2005a, p. 47).

Les services de deuxième ligne (spécialisés) sont généralement disponibles dans les hôpitaux dotés d'un département de psychiatrie. Sur les 95 CSSS du Québec, environ 60 possèdent un département de psychiatrie. Les services spécialisés incluent l'évaluation, le diagnostic, les services d'urgence[131], l'hospitalisation et le traitement médical spécialisé. Ils comprennent aussi des hôpitaux de jour, des services de réadaptation, de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, des cliniques externes et des centres de crise, etc. Quelques hôpitaux possèdent également un service de pédopsychiatrie (9 hôpitaux) ou de gérontopsychiatrie (6 hôpitaux). Quinze établissements disposent aussi de cliniques pour premiers épisodes psychotiques[132]. Certains hôpitaux (surtout psychiatriques et affiliés universitaires) ont récemment développé des modules d'évaluation-liaison qui, comme nous l'avons vu, offrent des consultations rapides aux usagers référés par les omnipraticiens de leur territoire (en coordination avec le guichet d'accès des CSSS). Le nombre de lits hospitaliers et le temps d'hospitalisation sont en décroissance progressive au Québec depuis le début des années 1960, tout comme dans les autres programmes de santé. Le ratio visé est de « 0,4 lit par 1 000 habitants pour des hospitalisations, dont 0,25/1 000 devraient être réservés à des hospitalisations de soins actifs et 0,15 à des soins psychiatriques de longue durée de type centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) » (MSSS, 2005a, p. 46) (voir le chapitre 6). Au Canada, lorsqu'on comptabilise les statistiques de l'ensemble des hospitalisations psychiatriques, le nombre de jours d'hospitalisation a décliné de 38 % de 1985-1986 à 1998-1999[133] (Latimer, 2005). Cependant, il n'y a pas de consensus sur le nombre optimal de lits dont devrait disposer un pays (Thornicroft et Tansella, 1999), parce que cette statistique est influencée par les dispositifs de soins complémentaires et communautaires et les modèles de soins déployés.

Les hôpitaux de jour sont un type de service ambulatoire visant, d'une part, à réduire les coûts des services de santé (hospitalisation) et, d'autre part, à offrir des services intensifs plus près du milieu de vie des personnes ayant des troubles graves. Ils visent les objectifs suivants : 1) offrir un programme intensif d'activités thérapeutiques en externe; 2) offrir une solution de rechange à l'hospitalisation; 3) favoriser le maintien et l'intégration dans la communauté (Boisvert et autres, 2005). Les types d'interventions qui y sont pratiqués se veulent adaptés aux besoins des clientèles reçues et incluent la pharmacothérapie, les thérapies individuelles, de groupe, conjugales ou familiales ainsi que le développement d'habiletés nécessaires aux activités de la vie quotidienne et domestique (Larivière et autres, 2009). L'intervention s'échelonne généralement sur une période de huit semaines. Selon les résultats de deux méta-analyses (Horvitz-Lennon et autres, 2001; Marshall et autres, 2001), les personnes suivies en hôpital de jour sont significativement plus satisfaites des services

131. Dans la plupart des hôpitaux, les personnes présentant des troubles physiques ou mentaux sont accueillies dans la même salle d'urgence (Agence de réinsertion communautaire et AMI-Québec, 2003). De plus en plus, les services d'urgence d'hôpitaux sont néanmoins appelés à innover (module d'intervention brève ou intensive, services ambulatoires, etc.) afin de contrer les problèmes récurrents d'engorgement de l'urgence (Habra, Lalonde et Lloyd, 2012).

132. Étant donné l'importance d'une référence rapide pour ces services dès la détection d'un problème (pouvant venir des professionnels de la santé, mais aussi de la famille ou de la personne elle-même), ils pourraient être considérés comme des services de première ligne. Par contre, en raison de l'expertise nécessaire et de l'intensité des soins, ils sont la plupart du temps considérés comme des services de troisième ligne.

133. Voir le chapitre 6, section 6.1.2, pour l'évaluation de la transformation à ce sujet.

reçus que celles qui sont hospitalisées. Le premier hôpital de jour en Amérique du Nord a été créé à l'Institut Allan Memorial de Montréal, associé à l'Hôpital Royal Victoria, fondé en 1946 (Boisvert et autres, 2005). Depuis le milieu des années 1990, les hôpitaux de jour se sont multipliés au Québec : leur nombre est passé de 8 en 1995 à 28 en 1999 (Boisvert et autres, 2005). En 2011, le nombre d'hôpitaux de jour en santé mentale se situait à 31 au Québec.

Les services de réadaptation, qui incluent les centres de jour, ont comme mandat d'augmenter la capacité de fonctionnement des personnes ayant des troubles mentaux graves par l'entremise d'activités sociales, culturelles, sportives, éducatives ou d'apprentissage (budget, cuisine, etc.), pour qu'elles puissent vivre adéquatement dans la communauté et avoir des rapports sociaux satisfaisants, et ce, avec un minimum d'interventions professionnelles. Les services de réadaptation mettent l'accent sur le développement des capacités de la personne (Colpron et Gouriou, 1993). Selon le plan de services établi, les personnes utilisatrices peuvent fréquenter ces services une à plusieurs fois par semaine. Ces derniers peuvent être offerts par un établissement du réseau public ou encore par un organisme communautaire.

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable (détaillés au chapitre 4, sections 4.3.d, e, f) permettent d'intégrer les traitements psychiatriques et les services de réadaptation pour les personnes présentant des troubles mentaux graves. Une équipe de type soutien intensif, comme à l'Institut universitaire en santé mentale Douglas, se compose d'environ 11 intervenants, dont un psychiatre, des infirmières, un conseiller en emploi et un spécialiste en traitement intégré des troubles concomitants d'alcool et de toxicomanie. Les intervenants des équipes en soutien d'intensité variable peuvent être de formations diverses (travailleur social, éducateur, infirmier, etc.). Le *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005a) prévoit l'embauche de pairs aidants dans environ le tiers des équipes de suivi intensif dans le milieu et de soutien d'intensité variable. Un programme de formation de pairs aidants a aussi été élaboré par l'Association des personnes utilisatrices de services de santé mentale (APUR) de la région de Québec, en collaboration avec l'Association québécoise pour la réadaptation psychosociale (AQRP) (Provencher, 2008). Depuis 2008, la Direction de la santé mentale du MSSS a institué le Centre national d'excellence en santé mentale[134] (CNESM). Ce dernier a pour mission principale de soutenir le développement et la qualité du suivi intensif et du soutien d'intensité variable par la dispensation de formations et l'accompagnement des équipes dans leur développement. La littérature scientifique reconnaît de plus en plus l'importance de tels centres de transfert des connaissances pour le soutien et la diffusion d'innovations en santé (Francke et autres, 2008). Enfin, tous les hôpitaux possédant un département de psychiatrie offrent également un service de clinique externe pour les personnes ayant besoin d'un suivi à long terme, mais peu intensif. Certaines de ces cliniques offrent en plus des services spécialisés (toxicomanie, problèmes d'orientation sexuelle, etc.) (Agence de réinsertion communautaire et Ami-Québec, 2003).

134. Notons que la Direction de la santé mentale vient d'inaugurer un deuxième centre national d'excellence, mais cette fois pour les soins de santé mentale de première ligne (printemps 2011), financé dans le cadre du programme Prends soin de toi. Ce dernier programme est une initiative de la compagnie pharmaceutique AstraZeneca, qui prévoit injecter (en collaboration avec un certain nombre de partenaires) plusieurs millions de dollars dans les prochaines années (2008-2017) pour la consolidation des soins de première ligne. Plus d'information sur cette initiative d'envergure est disponible sur le site Web du programme Prends soin de toi.

Les services de crise s'adressent à toute personne vivant une crise psychosociale ou psychiatrique, avec ou sans dimension suicidaire. L'intervention de crise a pour objectif de résoudre la « situation d'urgence » en permettant un retour à l'état antérieur et en réduisant l'impact des facteurs qui ont précipité la crise. La réponse à la crise doit être « directe, personnalisée, immédiate et à court terme, centrée sur la situation en cours et axée sur la résolution des problèmes » (MSSS, 2005a, p. 28). Elle peut impliquer, lorsque c'est nécessaire, l'application de la Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui (L.R.Q. P-38), laquelle autorise la garde non volontaire d'une personne pour y subir un examen psychiatrique ou un traitement. L'organisation des services de crise doit en outre assurer l'accès à la gamme des services suivants : 1) un service d'intervention téléphonique (avec un numéro d'accès 24 heures/7 jours); 2) un service mobile d'intervention de crise en face à face; 3) des places d'hébergement de crise; 4) un suivi de crise à très court terme; 5) un service hospitalier d'urgence (MSSS, 2005a). Ces services peuvent être pris en charge par un établissement du réseau public, mais plus généralement par des organismes communautaires (centres de crise, de prévention du suicide ou d'écoute téléphonique). Avec les années, ces services ont eu tendance à se régionaliser.

Quant aux services de première ligne en santé mentale, ils comprennent les interventions et les suivis réalisés par les omnipraticiens, les psychologues en cabinet privé, les intervenants des CSSS (à partir de leurs services courants et dans les équipes famille-enfance-jeunesse et santé mentale), les services offerts par les organismes communautaires ainsi que ceux offerts par les ressources résidentielles et les pharmacies communautaires. Le rôle clé joué par les omnipraticiens et les psychologues en santé mentale a été largement discuté au chapitre 3[135]. Au Québec, comme ailleurs au Canada, les services offerts par un psychologue dans un établissement du réseau public (hôpitaux, cliniques spécialisées, CSSS, etc.) sont payés par l'État. Dans le cas des consultations en cabinet privé, la personne utilisatrice doit payer les honoraires du professionnel. Toutefois, la plupart des contrats d'assurances collectives et de groupe, ainsi que certains contrats individuels, remboursent partiellement les frais de consultation (Psycho-Ressources, site Internet). En 2001, environ 80 % des consultations chez les psychologues étaient réalisées dans le cadre de la pratique privée (Moulding et autres, 2009; statistiques pour le Canada). Par ailleurs, le projet de loi nº 21, qui modifie le Code des professions, prévoit l'encadrement de la pratique de la psychothérapie. La gestion du permis de psychothérapeute est ainsi confiée à l'Ordre des psychologues du Québec[136].

Les équipes de santé mentale sont composées d'intervenants travaillant en interdisciplinarité, qui devraient être encadrés par une philosophie commune de soins (MSSS, 2011). Cette dernière est axée sur le rétablissement de l'utilisateur de services, lequel devrait collaborer au traitement et participer aux décisions le concernant. L'équipe devrait également être attentive aux besoins de la famille et des proches et les informer, les conseiller et les soutenir si nécessaire. Rappelons que, selon le *Plan d'action 2005-2010*, tout territoire de 50 000 habitants devait avoir une équipe de santé mentale comportant des requis spécifiés de professionnels (voir ci-avant). Les intervenants composant le noyau de base de l'équipe sont principalement des infirmières, des travailleurs sociaux et des psychologues, auxquels s'ajoutent parfois d'autres professionnels, tels que des ergothérapeutes, des pharmaciens,

135. Consulter le chapitre 6 pour une présentation de statistiques sur ces professionnels.

136. Voir aussi, pour des informations complémentaires, le chapitre 6, section 6.1.2.

des nutritionnistes et des omnipraticiens. L'équipe en santé mentale est chargée d'établir des liens avec les différents partenaires de son territoire (services de deuxième ligne en santé mentale, services d'urgence, équipes de soutien d'intensité variable, omnipraticiens, organismes communautaires offrant des services aux personnes ayant des troubles mentaux ou à leurs proches, etc.). Dans les territoires où la population est insuffisante, les services de santé mentale peuvent être offerts par l'entremise d'intervenants œuvrant dans d'autres programmes-services (enfance-jeunesse-famille ou services généraux) ou, grâce à une entente de services, par un partenaire du CSSS[137] (MSSS, 2011).

Les organismes communautaires jouent un rôle clé en santé mentale, particulièrement à l'égard des services de première ligne et auprès des personnes aux prises avec des troubles mentaux graves, mais certains organismes se sont aussi spécialisés auprès de ceux présentant davantage des troubles mentaux modérés. Une étude a permis de recenser au Québec 403 organismes communautaires en santé mentale (Grenier et Fleury, 2009), majoritairement de petits organismes (50 % ont un budget de moins de 200 000 $/année), subventionnés par le MSSS (au moyen du programme de soutien aux organismes communautaires). Ils offrent des services diversifiés, tels que du soutien d'intensité variable, de l'entraide, de l'hébergement, du traitement dans la communauté et de l'intégration au travail, et ils privilégient une pluralité de pratiques (RRASMQ, 2006). Ils peuvent être regroupés en neuf types d'organismes en fonction de leur mission principale – voir le **tableau 22**[138] (Grenier et Fleury, 2009). Ces organismes sont pour la plupart membres de regroupements provinciaux. Les deux plus importants sont le Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec (RRASMQ), qui englobe environ le quart des organismes communautaires, et la FFAPAMM, qui rassemble la grande majorité des groupes offrant du soutien aux familles et aux proches. Dans chaque région du Québec, on trouve aussi un regroupement régional rassemblant la quasi-totalité des organismes communautaires en santé mentale, indépendamment de leur mission respective (crise, entraide, suivi, etc.).

137. Voir le chapitre 6, section 6.1.7, pour une brève évaluation de l'implantation de cette initiative.

138. Outre leur mission principale, certains types d'organismes peuvent dispenser une gamme de services très diversifiée. Ainsi, les ressources d'hébergement et les groupes offrant un milieu de vie peuvent aussi offrir à leur clientèle de l'entraide ou de la défense des droits (Grenier et Fleury, 2009).

Tableau 22

NOMBRE D'ORGANISMES COMMUNAUTAIRES AU QUÉBEC EN FONCTION DES TYPES D'ORGANISMES

Types d'organismes	Nombre*
Organismes de promotion de la santé mentale offrant des services à la population générale	10
Centres de crise, de prévention du suicide et d'écoute desservant l'ensemble des troubles mentaux	57
Groupes d'aide aux familles et aux proches	56
Groupes offrant un milieu de vie, dont les activités se déroulent dans leurs locaux à certaines heures prédéterminées	87
Groupes d'entraide où les services sont offerts principalement par des pairs	40
Ressources d'hébergement offrant des services 24 heures/7 jours à leurs résidents	61
Organismes de suivi dans la communauté	24
Organismes d'intégration au travail	22
Groupes de défense des droits	14

* Trente-deux organismes ont été exclus du tableau, parce qu'ils n'existaient plus, qu'ils représentaient des points de services d'organismes préexistants ou parce qu'ils étaient des regroupements régionaux ou nationaux n'offrant pas de services directement à la population (Grenier et Fleury, 2009).

La pertinence et l'efficacité des services fournis par le secteur communautaire sont de plus en plus reconnues. Les organismes communautaires sont facilement accessibles et offrent des services à des personnes qui n'utilisent pas le réseau public ou en sont privées d'accès (Goering et autres, 2006). En outre, les membres des organismes communautaires utilisent plus judicieusement les services de santé mentale du réseau public (Hodges et autres, 2003). Ainsi, une étude italienne a montré que les hospitalisations sont moins nombreuses et plus brèves chez les personnes fréquentant les organismes communautaires que chez celles qui ne les utilisent pas (Burti et autres, 2005). Les organismes offrent aussi une grande ouverture aux utilisateurs de services, qui sont représentés au sein du conseil d'administration (Grenier et Fleury, 2009). Le financement des organismes communautaires demeure toutefois très précaire, ce qui rend difficiles la rétention du personnel et le développement de leurs services, malgré la demande accrue résultant du transfert dans la communauté des clientèles autrefois suivies par les hôpitaux psychiatriques (Grenier et Fleury, 2009) (voir le chapitre 6). Par ailleurs, quoiqu'il existe encore des frictions importantes entre les secteurs public et communautaire en santé mentale, celles-ci sont moins importantes qu'historiquement (Grenier et Fleury, 2009). Au fil du temps, même les plus anciens organismes, créés d'abord en tant qu'options au réseau institutionnel et en opposition au modèle hospitalocentriste et biomédical, ont progressivement établi des liens avec les établissements du réseau public, alors que ceux créés plus récemment ont toujours évolué dans une logique de partenariat (Fleury et autres, 2011b). Ce partenariat demeure toutefois très majoritairement de type informel.

En ce qui concerne les trois autres acteurs que sont les ressources résidentielles, les pharmacies communautaires et le secteur intersectoriel (municipalités, commissions scolaires, services de police, réseau de la dépendance, etc.), ils sont plutôt en périphérie du *Plan d'action 2005-2010*. D'après ce dernier, 9 000 places seraient disponibles en ressources résidentielles. Elles sont réparties de la façon suivante : 937 places en CHSLD, 2 967 places dans les ressources intermédiaires, 4 385 places dans les ressources de type familial, 451 places dans les organismes communautaires d'hébergement et 491 places dans des logements autonomes avec soutien (nombre sous-estimé) (MSSS, 2005a). Le *Plan d'action 2005-2010* vise une augmentation significative des logements autonomes avec soutien et une diminution des ressources plus encadrées[139] (ressources intermédiaires et ressources de type familial).

Quant aux pharmacies communautaires, elles sont très accessibles et peuvent donner de l'information concernant l'ensemble des traitements médicamenteux de la clientèle. Au Québec, comme ailleurs au Canada, il existe un consensus pour que la pratique des pharmaciens ne soit plus seulement axée sur la distribution des médicaments, mais également sur les besoins des personnes et l'atteinte de leurs objectifs thérapeutiques (OPQ, 2001). Par leur implication, les pharmaciens peuvent en outre « diminuer de manière significative les recours non requis aux autres ressources professionnelles, notamment hospitalières qui sont surchargées » (OPQ, 2001, p. 8). Divers modèles collaboratifs dans lesquels les pharmaciens exercent un rôle de premier plan ont été évalués dans le cadre d'études internationales (Capoccia et autres, 2004; Finley et autres, 2003 et 2002). Ces recherches ont permis de conclure que l'intervention du pharmacien améliorait significativement l'adhésion au traitement pharmacologique dans les cas de la dépression (Rubio-Valera et autres, 2011; Lauzier et autres, 2011). Elles ont de plus souligné l'importance de développer un programme de formation en santé mentale pour les pharmaciens en vue d'améliorer la qualité de leurs services ainsi que la fidélité au traitement des personnes ayant une dépression (Lauzier et autres, 2011).

Finalement, le secteur intersectoriel est aussi un acteur clé à mobiliser pour intégrer adéquatement des personnes ayant des troubles mentaux dans les communautés et faciliter leur rétablissement effectif. Des problèmes tels que l'accès au logement, aux études ou au travail des personnes ne peuvent être résolus sans une action intersectorielle concertée. Un bel exemple est le récent tribunal de la santé mentale[140], qui a été constitué en mai 2008 à la cour municipale de Montréal. En effet, les divers professionnels qui s'y impliquent se rapportent selon le cas à la cour municipale (juges et procureurs), à l'aide juridique (avocats de la défense), à la sécurité publique (agents de probation), au CSSS Jeanne-Mance ou à l'Institut Philippe-Pinel (criminologues et intervenants sociaux) ou à d'autres organismes du réseau public (médecins) (Jaimes et Crocker, 2010).

139. Le chapitre 6 présente des données plus récentes, qui tiennent compte de la nouvelle nomenclature du MSSS.

140. Les objectifs du tribunal de la santé mentale ont été détaillés dans le chapitre 4, section 4.4.a.

6 LA TRANSFORMATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC, LES DÉFIS DE L'IMPLANTATION DES RÉFORMES ET DU TRANSFERT DES CONNAISSANCES[141]

Comme il en a été question dans le chapitre précédent, le *Plan d'action 2005-2010* propose d'importants changements dans l'organisation des services de santé mentale au Québec (MSSS, 2005a). Dans le présent chapitre, les principales transformations du système de santé mentale depuis 2005 au Québec seront décrites en ce qui concerne les aspects touchant au financement, à l'utilisation des services, à la disponibilité des professionnels de la santé et des services sociaux ainsi qu'à l'accessibilité des soins. L'implantation des composantes clés de la réforme sera aussi examinée, telles que la fonction de psychiatre répondant, d'agent de liaison et d'intervenant pivot; la coordination entre les partenaires du réseau; l'implication des personnes utilisatrices et des familles dans les services. Nous aborderons ensuite les enjeux théoriques liés à l'implantation des réformes et au transfert des connaissances, domaines clés du succès du déploiement de grands changements dans les systèmes de soins, tel le *Plan d'action 2005-2010*. Enfin, trois brefs articles portant respectivement sur l'organisation des services de santé chez les jeunes (D^re^ Renaud), la participation des personnes utilisatrices en santé mentale (D^re^ Clément) et la place des familles au sein du système de santé mentale actuellement en transformation (D^r^ Bonin et collaborateurs) complèteront ce dernier chapitre.

141. La plupart des statistiques mentionnées dans ce chapitre se basent sur les banques de données administratives, traitées par le Commissaire à la santé et au bien-être dans le cadre de ses travaux (se référer au *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*). Certaines statistiques comportent des données manquantes, d'autres sont à interpréter avec prudence (majoritairement, ces réserves sont indiquées dans le texte). Bien qu'elles ne soient pas parfaites, les statistiques permettent de baliser certaines réalités et complètent l'information qualitative. Par ailleurs, une partie de ce chapitre est basée sur la consultation nationale effectuée par la Direction de la santé mentale du MSSS (réalisée en 2011) pour l'évaluation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2012) ainsi que sur une version préliminaire de l'évaluation de ce plan. Nous voulons ainsi exprimer notre profonde gratitude à la Direction de la santé mentale (le D^r^ Delorme et son équipe) pour nous avoir fait bénéficier de ces ressources, qui nous ont grandement aidés pour l'écriture de ce chapitre.

6.1 LA SITUATION DU SECTEUR DE LA SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC À LA SUITE DU *PLAN D'ACTION EN SANTÉ MENTALE 2005-2010*[142]

6.1.1. Le financement

En 2007-2008, le coût total des dépenses pour les services de santé mentale et d'abus de substance au Canada totalise 14,3 milliards de dollars; 19,1 %[143] de ces sommes sont dépensées au Québec (ce qui équivaut à 2,7 milliards de dollars) (Jacobs et autres, 2010). Dans la province, les plus grandes parts des dépenses en santé mentale sont allouées aux services pharmaceutiques (28,7 %), aux services hospitaliers (26,9 %) et aux services dans la communauté (25,0 %)[144]. La part des coûts reliés à la rémunération des médecins est de 9,1 % et le reste des dépenses est consacré au soutien au revenu (7,8 %) et à d'autres services (2,5 %). Ces derniers se résument surtout aux plans d'assistance aux employés. Au Canada, le Québec se situe au 2e rang quant à l'importance du financement alloué aux services dans la communauté; au 3e rang pour les services pharmaceutiques; au 4e rang pour les services hospitaliers; au 6e rang pour la rémunération des médecins; au 7e rang pour les autres services; au 9e rang pour le soutien au revenu[145].

En 2009-2010, le budget consacré exclusivement à la santé mentale au MSSS (sources publiques) est passé de 836 630 026 $, en 2005-2006, à 1 071 711 059 $[146]. La proportion des dépenses en santé mentale par rapport à l'ensemble des dépenses pour les programmes-services[147] est restée stable, passant de 7,91 % en 2005-2006 à 7,96 % en 2009-2010. La proportion des dépenses en santé mentale sur l'ensemble des dépenses en santé a cependant diminué de 2005-2006 à 2009-2010 dans les régions de la Capitale-Nationale, de l'Outaouais et de Montréal. Il s'agit des trois régions où sont concentrés des centres hospitaliers psychiatriques à mission suprarégionale ou provinciale (comme l'Institut Philippe-Pinel). De 110,35 $ qu'il était en 2005-2006, le montant des dépenses publiques par habitant pour le programme de santé mentale est passé à 137,15 $ en 2009-2010, mais on trouve des écarts considérables entre les régions sociosanitaires. Les sommes allouées à la santé mentale sont respectivement de 210,74 $ et de 207,67 $ par habitant dans les régions universitaires de Montréal et de la

142. Notons que les statistiques présentées dans cette section diffèrent quelque peu de celles présentées au chapitre 5 (particulièrement la section 5.2), en raison du fait qu'il ne s'agit pas des mêmes sources utilisées. Le financement peut notamment inclure ou non, selon les données présentées, les coûts associés à la dépendance; aux sources privées ou publiques (comme pour les données canadiennes présentées au début du chapitre 6); au financement de la dette; aux honoraires des médecins; aux dépenses d'infrastructure; etc.

143. Il s'agit des dépenses publiques et privées. Il est à noter que le Québec est la deuxième province la plus populeuse du Canada : 7,9 millions d'habitants en 2011, ce qui représente 23 % de la population canadienne.

144. Pour les services pharmaceutiques, la part du public et du privé est intégrée. Les services hospitaliers comprennent les *inpatient general hospitals, inpatient psychiatric hospital and long term care*. Les services dans la communauté incluent les *outpatient – emergency rooms, community mental health, supportive housing, employment support, other community/social support, addictions services and first nations – mental and health and addiction*.

145. À ce sujet, voir le *Rapport sur les indicateurs de performance en santé mentale*, produit par le Commissaire.

146. Ces montants excluent les médicaments, les salaires des médecins ainsi que le transfert de revenu aux individus.

147. Sont exclues de ce calcul les dépenses consacrées à l'administration, aux bâtiments et au soutien des services. Rappelons qu'il existe neuf programmes-services (services généraux, déficience physique, jeunes en difficulté, etc.) (voir le chapitre 1).

Capitale-Nationale, alors qu'elles sont de 67,57 $ à Laval, de 82,11 $ en Montérégie et de 85,09 $ dans les Laurentides. Plus de 50 % du budget alloué en 2009-2010 à la santé mentale au Québec est accordé à Montréal et à la Capitale-Nationale.

Bien que les dépenses globales en santé mentale soient restées relativement stables, certaines modifications des contours budgétaires entre établissements et services sont à noter. De 2005-2006 à 2009-2010, les centres hospitaliers psychiatriques ont vu leur part des dépenses globales en santé mentale diminuer, passant de 32,2 % à 24,8 %. Les CSSS sont les établissements publics les plus financés, avec 37,8 % du total des dépenses en santé mentale pour l'année 2009-2010. Quant aux organismes communautaires, le pourcentage du budget leur étant alloué en santé mentale a diminué dans les dernières années. Alors qu'en 2002-2003, 24,3 % du montant versé aux organismes communautaires au Québec était accordé aux organismes œuvrant dans le secteur de la santé mentale, ce pourcentage était de 21,1 % en 2009-2010. Comme il a déjà été mentionné, le *Plan d'action 2005-2010* prévoyait une consolidation de ces organismes à au moins 10 % du budget global en santé mentale. Selon le RRASMQ (2010), le financement des organismes communautaires s'élevait à 7 % en 2008-2009, contre 7,3 % en 2005-2006. « La cible de 10 % des sommes allouées aux organismes communautaires est calculée sur la somme des subventions versées aux organismes communautaires en santé mentale à l'intérieur du programme SOC, divisée par la somme des dépenses du programme de santé mentale. Aussi, un correctif de 30 % des dépenses de soutien des établissements est ajouté à la somme des dépenses du programme de santé mentale afin de tenir compte des dépenses de soutien et d'administration des établissements qui ne figurent pas au contour financier du programme santé mentale[148]. » (RRASMQ, 2010, p. 11). Si l'on fait abstraction des 30 %, la proportion du budget de la santé mentale pour les organismes communautaires serait passée de 9,9 % en 2005-2006 à 8,9 % en 2008-2009[149]. Par ailleurs, une disparité régionale significative existe quant au financement alloué à ces organismes selon les régions : elle peut varier de 4,4 % à 13,3 % ou de 5,6 % à 14,4 %, selon que l'on tienne compte ou non des 30 % reliés aux dépenses de soutien (RRASMQ, 2010).

Répondant aux orientations des réformes en cours, le pourcentage des dépenses consacrées aux services ambulatoires[150] a quasi doublé de 2005-2006 à 2009-2010, variant de 9,4 % du total des dépenses en santé mentale (79 036 416 $ sur 836 630 026 $) à 18,9 % (201 557 676 $ sur 1 071 711 059 $). Les dépenses allouées aux services ambulatoires de première ligne sont passées de 5,5 % en 2006-2007 à 7,9 % en 2009-2010. Cette augmentation ne s'est pas faite au détriment des services de deuxième et de troisième ligne, qui ont globalement vu leur part de budget augmenter. En 2009-2010, les services d'hospitalisation comptent pour 25,5 % des dépenses – soit une légère augmentation (273 488 194 $ sur 1 071 711 059 $) par rapport à 2005-2006 (201 796 748 $ ou 24,1 %) –, tandis que la part des services d'hébergement et des ressources intermédiaires a davantage été réduite (21,7 % en 2009-2010 contre 24,2 % en 2005-2006). Le budget consacré aux unités d'hébergement et de soins de longue durée pour les adultes a diminué, passant de 56,5 M$ en 2006-2007 à 43,5 M$ en 2009-2010,

148. Le pourcentage utilisé (30 %) a été convenu en 2007 avec la Direction de la santé mentale du MSSS (RRASMQ, 2010).

149. En 2009-2010, selon le même calcul, la proportion du budget des organismes communautaires en santé mentale était de 8,8 %.

150. Il s'agit des services ambulatoires globaux (incluant l'intervention et le suivi de crise; les services ambulatoires de santé mentale en première ligne; les services d'évaluation et de traitement et la troisième ligne en santé mentale – nomenclature de 2009-2010).

au profit du budget accordé aux ressources intermédiaires en santé mentale (72,2 M$ en 2009-2010 contre 66,0 M$ en 2006-2007), tandis que les autres types de résidence n'ont pas connu d'augmentations importantes en matière de financement. En 2009-2010, 9 des 16 régions sociosanitaires allouaient aux services d'hospitalisation la plus grande part de leur budget en santé mentale.

6.1.2. Les changements dans l'utilisation des services

Les changements effectués dans l'allocation des ressources octroyées en santé mentale se reflètent dans l'utilisation des services. Le ratio d'usagers adultes ayant reçu des services de première ligne par rapport aux usagers de la deuxième ou de la troisième ligne a augmenté, passant de 0,31 en 2006-2007 pour l'ensemble du Québec à 0,44 en 2009-2010. Dans deux régions sociosanitaires, la population desservie par la première ligne est supérieure à celle utilisant les services spécialisés. Toutefois, dans une région, ce ratio n'est toujours que de 0,14. En outre, le ratio d'usagers adultes utilisant la première ligne a diminué par rapport à celui des personnes utilisatrices des services des deuxième et troisième lignes dans six régions de 2006-2007 à 2009-2010[151].

Les orientations gouvernementales visant la consolidation des soins dans la communauté et des soins primaires témoignent également des changements effectués dans la gestion des séjours à l'hôpital. La durée moyenne de séjour par patient hospitalisé pour l'ensemble des troubles mentaux dans les centres hospitaliers psychiatriques au Québec a considérablement diminué de 2003 à 2007, passant de 241,97 à 45,33 jours, pour ensuite connaître une légère augmentation en 2008 (47,89 jours). Cette moyenne est encore nettement inférieure à celle de la moyenne canadienne, qui était 82,03 jours en 2008. Au sujet des troubles schizophréniques et psychotiques, de loin les principales causes d'hospitalisation dans les centres hospitaliers psychiatriques, la durée moyenne de séjour en 2008 était de 73,60 jours contre 146,18 pour l'ensemble du Canada. La durée moyenne des séjours dans les centres hospitaliers psychiatriques au Québec en 2008 était également inférieure à la moyenne canadienne pour tous les autres troubles mentaux, qu'ils soient graves ou modérés[152].

La diminution de la durée moyenne du séjour par patient hospitalisé pour troubles mentaux dans les centres hospitaliers psychiatriques au Québec s'est accompagnée d'une légère augmentation de la durée des séjours dans les hôpitaux généraux (ou les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés), laquelle est passée de 21,06 jours en 2005 à 23,04 en 2008. La durée moyenne des séjours a augmenté pour toutes les catégories de troubles mentaux à l'exception des troubles de l'humeur, dont la durée est restée sensiblement la même (22,87 jours en 2005 contre 22,85 en 2008). La durée moyenne des séjours à l'hôpital général en raison de troubles mentaux au Québec est en outre supérieure à la moyenne canadienne (23,04 jours contre 18,10 pour le Canada). Les écarts entre les moyennes québécoises et

151. Pour cet indicateur, les services des deuxième et troisième lignes réfèrent aux activités d'évaluation, de traitement ambulatoire ainsi que de soutien spécialisé (deuxième ligne) et surspécialisé (troisième ligne) pour les usagers dont les symptômes – suffisamment graves en intensité, complexes ou très rares – peuvent entraîner un dysfonctionnement sévère et un risque de rupture avec la société. Pour leur part, les services de première ligne englobent les activités d'évaluation, de traitement, de suivi ou de référence offertes par un professionnel généralement intégré dans une équipe multidisciplinaire de santé mentale. Cet indicateur exclut néanmoins de la première ligne certains acteurs importants, dont les omnipraticiens et les psychologues en privé.

152. Voir aussi le chapitre 5, section 5.2.

canadiennes sont principalement importants pour les cas de troubles schizophréniques et psychotiques (32,12 jours au Québec contre 22,92 pour le Canada) et de troubles de l'humeur (22,85 jours contre 15,71).

6.1.3. La disponibilité des professionnels de la santé et les autres enjeux liés à la main-d'œuvre

La disponibilité des professionnels varie selon les territoires, et plusieurs régions doivent composer avec une pénurie de professionnels avec, en toile de fond, le vieillissement de la main-d'œuvre; les nombreux départs à la retraite; la mobilité des jeunes employés; l'évolution des savoirs; les défis posés par l'adaptation aux changements et aux nouvelles technologies; l'acquisition de nouvelles compétences et habiletés requises par le travail interdisciplinaire et en réseau (dont les pratiques basées sur les données probantes). Pour l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ, 2010), l'un des enjeux centraux demeure la méconnaissance du rôle des infirmières et leur intégration optimale dans les services de santé mentale de première ligne (les infirmières représentent 50 % de l'équipe de soins du réseau de la santé) (OIIQ, 2009a), et ce, malgré la modernisation de la pratique professionnelle et la refonte du Code des professions (et l'étendue des activités réservées aux infirmières[153]). Les infirmières pourraient ainsi assurer davantage le suivi des personnes présentant des troubles courants, selon un modèle de gestion des maladies chroniques. Différentes études récentes, réalisées particulièrement sur l'implantation des premiers GMF (Fleury et Grenier, 2012e; MSSS, 2009a et 2009b), indiquent que la santé mentale n'a pas été priorisée dans les activités réservées aux infirmières dans ces structures de première ligne. « Les équipes de santé mentale jeunesse en première ligne compteraient aussi peu d'infirmières. Les infirmières y occupent surtout des fonctions d'évaluation et de liaison; peu d'entre elles y exerceraient des fonctions de surveillance clinique et de suivi auprès de jeunes présentant des problèmes de santé mentale. » (OIIQ, 2010, p. 6). Bien que la formation et la fonction d'infirmière clinicienne (ou praticienne spécialisée[154]) aient été reconnues dans plusieurs domaines (néphrologie, cardiologie, néonatalogie, première ligne et bientôt oncologie), les négociations pour la reconnaissance des cliniciennes spécialisées en santé mentale sont toujours en cours. Ces dernières « détiendraient des connaissances approfondies en santé mentale, et seraient en mesure d'évaluer les troubles mentaux et d'intervenir selon les données probantes auprès des clientèles. En plus d'être un modèle de rôle par leur pratique clinique, elles contribueraient à la formation et à la supervision des infirmières. Elles favoriseraient la collaboration interdisciplinaire et seraient en mesure de répondre aux demandes de consultation » (OIIQ, 2010, p. 3). Enfin, des enjeux sont aussi notables en ce qui concerne l'importance accordée à la formation en santé mentale dans les facultés de sciences infirmières, pour laquelle les heures ont eu tendance à diminuer dans les dernières années (OIIQ, 2009b).

153. Au Québec, « l'infirmière est la seule, avec le médecin, à être habilitée à évaluer la condition physique et mentale d'une personne symptomatique » (OIIQ, 2009, p. 5). De plus, en vertu du projet de loi nº 21, adopté en 2009, l'infirmière est désormais autorisée « à évaluer les troubles mentaux et à décider de l'utilisation des mesures d'isolement » (OIIQ, 2009, p. 1).

154. Voir la note de bas de page 82, dans le chapitre 4, section 4.1.f, pour une définition de l'infirmière praticienne spécialisée.

D'après le MSSS (2012), le recrutement de professionnels tels que les psychologues et les travailleurs sociaux dans les établissements publics et le manque de médecins de famille dans les services de première ligne sont des difficultés centrales[155]. Certaines professions ont connu un léger accroissement de leur effectif (par exemple, les psychoéducateurs et les psychiatres), d'autres, plutôt une stagnation ou une légère diminution (comme les psychologues et les infirmières en santé mentale). Le nombre de « psychoéducateurs en santé mentale en 1re ligne en CSSS aurait notamment doublé, passant de 10 % de membres à 20 % en CLSC seulement, sur 3 500 psychoéducateurs (2e secteur en importance après celui de l'Éducation – 34 % des membres) » (OCCOPPQ, 2010, p. 2). Quant aux ressources psychiatriques, on comptait 994,4 psychiatres ETC en 2005, comparativement à 990,2 en 2009. L'ensemble des régions du Québec a connu une croissance en effectif psychiatrique de 2005 à 2009, à l'exception de Montréal et de Laval. La disparité est néanmoins marquante entre les régions[156]. En 2009, le nombre de psychiatres ETC était inférieur à 1 pour 10 000 habitants dans les régions de la Mauricie et Centre-du-Québec, des Laurentides et de l'Outaouais, alors qu'il se situait à 1,81 pour 10 000 habitants dans la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, à 1,68 dans la Capitale-Nationale et à 1,40 dans la région de Montréal. La quasi-totalité des psychiatres ETC en 2009 exerçaient dans les centres hospitaliers plutôt qu'en cabinet ou en CSSS[157] (mission CLSC). Notons par ailleurs que, sur le site Internet de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, le nombre de psychiatres est de 1 094 en 2012 alors que, sur celui du Collège des médecins du Québec, il est plutôt de 1 292 (non nécessairement ETC, pratiquant ou non au Québec). Par ailleurs, le nombre d'omnipraticiens, dont les effectifs sont légèrement en croissance, est évalué, en 2012, à 9 977 (Collège des médecins du Québec, 2012). Le plus grand nombre d'effectifs se trouve dans les régions de Montréal (26,1 %), de la Montérégie (14,6 %) et de Québec (11,8 %)[158].

Bien que le Québec possède le ratio le plus élevé de psychologues au Canada (le double de la moyenne canadienne[159]), le taux de psychologues pour 10 000 habitants a connu peu de changements de 2005-2006 à 2010-2011 (10,41 contre 10,78). Environ la moitié des 8 469 psychologues inscrits à la fin de l'année 2009-2010 au Québec exercent dans les régions de Montréal ou de la Capitale-Nationale[160]. Le pourcentage de psychologues pratiquant dans le réseau public est également resté stable, variant à peine de 56,8 % en 2005-2006 à 56,7 % en 2009-2010. Sur les 4 799 psychologues pratiquant dans le réseau public en 2009-2010, 51,7 % sont dans le secteur de la santé (soit environ 2 500 : 21,2 % dans les centres hospitaliers; 15,1 % dans les CLSC; 12,0 % dans les centres de crise ou de réadaptation; 3,4 % dans les centres jeunesse), 39,6 % dans le secteur de l'éducation et 8,7 % dans la fonction

155. La disponibilité des professionnels de la santé est un concept complexe, résultant de l'interaction de différents facteurs (genre et âge, organisation du travail, spécialisation, mode de paiement, culture, type de clientèle, etc.). Rappelons qu'environ 25 % de la population au Québec est sans médecin de famille, que le Québec a environ 10 % plus de médecins que le reste du Canada, mais que le Canada a en moyenne environ 30 % de moins de médecins que les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE).

156. Ces chiffres diffèrent quelque peu de ceux présentés au chapitre 5, section 5.2.

157. La proportion de psychiatres œuvrant en cabinet variait de 0 à 10,2 % selon les régions en 2009. Seulement trois régions ont indiqué des psychiatres œuvrant en CLSC, dans une proportion allant de 0,1 % à 0,6 %.

158. Il s'agit de l'ensemble des omnipraticiens, nonobstant leur pratique en santé mentale. Le rôle clé joué par les omnipraticiens en santé mentale a été largement présenté au chapitre 3, qui aborde la pratique des omnipraticiens en santé mentale.

159. En 2004, 52,3 % des membres de cette profession au Canada pratiquaient au Québec (ICIS, 2006b). Rappelons que l'ESCC 1.2 de 2002 (Lesage et autres, 2006) évalue à près de 3 % la population ayant vu un psychologue pour des raisons de santé mentale (l'offre privée de psychologues n'est donc pas modeste).

160. Montréal-Centre représente 24,4 % de la population québécoise, la Capitale-Nationale (ou Québec), 8,7 % et les deux territoires ensemble, 33,2 % de la population du Québec (ISQ, 2011).

publique[161]. Enfin, le taux d'infirmières pratiquant dans le secteur de la santé mentale a légèrement diminué de 2000 à 2011 : il est passé de 56,8 à 52,5 pour 100 000 habitants. En 2009, 3 939 infirmières, soit 6 % de l'ensemble des infirmières au Québec, travaillaient en santé mentale[162] (OIIQ, 2009b).

6.1.4. La disponibilité des services de santé mentale

Plusieurs cibles de consolidation des services établies dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005a) visaient à rehausser l'accessibilité des services et l'intégration des usagers dans la communauté. Cette section examine la disponibilité de l'offre de « cinq services clés », en tenant compte des objectifs du *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005a) – en lien avec l'information disponible.

a) Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable

Pour les personnes ayant des troubles graves de santé mentale, des cibles de déploiement pour les équipes de suivi intensif (besoins élevés) et de soutien d'intensité variable (besoins modérés) avaient été planifiées dans le cadre du *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005a). Rappelons qu'en 2010, les objectifs pour les équipes de suivi intensif devaient être atteints à 75 % et à 100 %, pour les équipes de soutien d'intensité variable. En 2005, 27 % seulement des 5 250 places en suivi intensif visées étaient disponibles et 24 % des 18 750 places en soutien d'intensité variable[163] (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a). Sans tenir compte d'une légère augmentation de la population, le pourcentage de places en suivi intensif n'a augmenté que de peu pour atteindre 35,3 % de la cible de 75 % en 2009-2010. L'objectif de 75 % n'a été atteint que dans les seules régions du Bas-Saint-Laurent, de la Mauricie et Centre-du-Québec et du Saguenay–Lac-Saint-Jean. Dans six régions (Estrie, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Nord-du-Québec, Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine et Laurentides), le suivi intensif est pour ainsi dire encore inexistant. Quant aux équipes de soutien d'intensité variable, d'importants retards dans leur développement s'observent également. En 2009-2010, l'objectif n'est atteint qu'à 29,5 %. Les régions où ces équipes sont les plus développées sont l'Abitibi-Témiscamingue, Chaudière-Appalaches et la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine, alors que les retards sont les plus marqués à Laval et au Bas-Saint-Laurent. Les organismes communautaires dispensent aussi du soutien d'intensité variable. L'importance de leurs services se fait notamment sentir dans quatre régions sociosanitaires[164] : Abitibi-Témiscamingue, Montréal, Montérégie et Nord-du-Québec. Selon le CNESM (2011), il existerait présentement 52 équipes de suivi

161. En résumé, sur un total de 8 400 psychologues, environ 2 500 travaillent dans le réseau public de la santé, contre environ 3 200 en cabinet privé et 1 300 dans le réseau de l'éducation (OPQ, 2010).

162. En 2010-2011, le nombre d'infirmières œuvrant en santé mentale était de 4 135.

163. Voir à ce sujet le chapitre 5, sections 5.1.2 et 5.2. Ces termes sont aussi définis au chapitre 4, sections 4.3.e et f. Par ailleurs, notons que ces statistiques doivent être considérées avec prudence : pour les équipes de suivi intensif, le nombre de données manquantes est estimé à 12,5 pour l'année financière 2006-2007 (les données du *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005a) sont présentées dans le texte) ; il n'y a pas de données manquantes pour 2009-2010. Quant aux équipes de soutien d'intensité variable, les données manquantes sont de 17,4 % en 2006-2007 et de 7 % en 2009-2010.

164. Il est néanmoins difficile d'avoir une vision claire de l'offre du soutien d'intensité variable par les organismes communautaires à partir des données administratives du MSSS vu le nombre de données manquantes, établi à 21 % en 2009-2010.

intensif[165] au Québec. Le nombre d'équipes offrant du soutien d'intensité variable serait autour de 120, les deux tiers étant attachées à des établissements du réseau public (surtout des CSSS) et les autres, à des organismes communautaires[166]. Le développement incomplet des équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable trouve plusieurs explications : insuffisance des ressources ou de la restructuration des services, mobilisation inadéquate d'acteurs clés dont des « champions psychiatres », orientations en faveur du suivi intensif et du soutien d'intensité variable qui ne sont pas toujours reconduites aux divers paliers de gouvernance du système, etc. (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a).

b) L'hébergement

Comme il a déjà été indiqué au chapitre 5, le *Plan d'action 2005-2010* visait à rehausser l'offre de services résidentiels, particulièrement les places en soutien continu et en appartement supervisé. Selon les trois catégories d'hébergement du MSSS, les taux d'occupation pour l'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif (1) ainsi que pour le soutien continu et les appartements supervisés (2) ont quelque peu augmenté, tandis que le taux d'occupation pour l'hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré (3) a plutôt connu une légère diminution[167]. Ainsi, le taux d'occupation pour l'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif est passé de 2,16 places pour 10 000 habitants en 2006-2007 à 2,47 en 2009-2010. Pour cette dernière année, le taux d'occupation variait de 0,0 place pour 10 000 habitants à 6,28 selon les territoires. Dans ce type d'hébergement, le taux d'occupation dans le réseau public a considérablement diminué au profit de l'hébergement disponible dans les organismes communautaires. Alors qu'il procurait 87,9 % de ces lits en 2006-2007, le réseau public n'en fournissait plus que 72,7 % en 2009-2010. Quant au taux d'occupation pour l'hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré, il est passé de 7,40 pour 10 000 habitants en 2006-2007 à 6,86 en 2009-2010. Le taux d'occupation en 2009-2010 variait de 3,73 places pour 10 000 habitants à 17,58. Finalement, le taux d'occupation des logements avec soutien continu et des appartements supervisés a augmenté de 2,99 places pour 10 000 habitants en 2006-2007 à 3,42 en 2009-2010. Le taux d'occupation en 2009-2010 variait de 0,0 place pour 10 000 habitants à 10,47 et 74,5 % de l'ensemble des places étaient localisées dans la région montréalaise. Par ailleurs, en 2006-2007, 64,3 % des places, dans ce type d'hébergement, étaient offertes par des organismes communautaires, contre 44,6 % en 2009-2010[168].

Le MSSS (2012) recense différentes initiatives, effectuées depuis le *Plan d'action 2005-2010* (MSSS, 2005a), en vue d'améliorer les services de soutien aux personnes vivant dans un logement autonome. En collaboration avec la Société d'habitation du Québec (SHQ), il a

165. Précisons que les équipes de suivi intensif ne reproduisent pas toutes avec fidélité le modèle PACT (*Program of assertive community treatment*), décrit dans le chapitre 4, section 4.3.f.

166. Voir le chapitre 6, section 6.1.3, pour l'évaluation de la transformation à ce sujet.

167. L'hébergement de transition à durée limitée avec encadrement intensif peut être offert par une ressource résidentielle à assistance continue, une ressource intermédiaire ou un organisme communautaire d'hébergement. L'hébergement à durée illimitée avec soutien léger ou modéré peut l'être par une ressource intermédiaire ou une ressource de type familial. Le service de soutien offert dans le cadre des logements avec soutien continu et des appartements supervisés peut être offert par des intervenants du réseau public ou d'un organisme communautaire (ASSS de Montréal, 2009).

168. Il est à noter que les données recensées ne représentent qu'un aperçu de la situation. Les données administratives du MSSS (à interpréter avec prudence) rapportent des taux de données manquantes de 10 % à 21 % (particulièrement pour les logements avec soutien continu et les appartements supervisés).

notamment publié en 2007 le *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social. Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation*. « En 2010, une aide financière a été octroyée à la Coalition pour le logement social en santé mentale de Québec afin de promouvoir et de développer le logement social de toutes formes pour les personnes ayant un trouble grave de santé mentale. » (MSSS et SHQ, 2007, p. 53). Au palier régional, une majorité d'ASSS ont réorganisé leurs ressources d'hébergement afin de se rapprocher des cibles du *Plan d'action 2005-2010*. Les régions les plus avancées sont l'Estrie, la Capitale-Nationale et le Bas-Saint-Laurent (MSSS, 2012). Plusieurs défis de taille sont déterminés afin de consolider le bassin de logements autonomes, notamment la disponibilité des logements abordables, la stigmatisation de la clientèle et le financement (nouveaux fonds ou restructuration des services) (MSSS, 2012). Des alliances doivent également être établies avec d'autres secteurs et la SHQ est mentionnée comme un acteur clé.

Selon une consultation effectuée par le Commissaire à la santé et au bien-être en 2010 pour l'évaluation du *Plan d'action 2005-2010*, la gamme des ressources résidentielles nécessite d'être mieux développée. Le MSSS (2012, p. 54) indique en outre « qu'il devient de plus en plus difficile de trouver des ressources adaptées pour certaines clientèles, particulièrement celles présentant des problèmes de comorbidité, pour les personnes âgées éprouvant des problèmes de santé mentale et pour les jeunes aux prises avec des problèmes de dépendance ». L'absence d'unités de court séjour pour les personnes difficilement réhabilitables qui demeurent hébergées dans les centres hospitaliers a particulièrement été soulignée lors de cette consultation[169] (MSSS, 2010b). On y relève aussi le fait que les personnes ayant des troubles mentaux sont souvent oubliées dans l'offre de services de soutien à domicile des CSSS (MSSS, 2010b). De plus, la spécialisation progressive de certaines ressources intermédiaires auprès de clientèles spécifiques a été parfois qualifiée de problématique (AGIR, 2010). Globalement, les statistiques indiquées précédemment dénotent une diversification marginale de l'offre des services résidentiels.

c) L'équipe de santé mentale

Les directions de CSSS auraient été dans l'ensemble très aidantes dans le processus d'implantation ou de consolidation des équipes de santé mentale (Aubé et Poirier, 2010). Toutefois, les transformations parallèles, reliées à la création des CSSS, ont retardé la constitution des équipes de santé mentale dans certains territoires (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a). Pour l'ensemble des CSSS du Québec, les équipes pour la population adulte ne seraient consolidées qu'à environ 50 %[170] des effectifs prévus et celles de la clientèle jeunesse, à 60 % (Delorme, 2010) (52,8 % selon les banques de données administratives du MSSS, 2009-2010). Les équipes sont consolidées à moins de 40 % dans quatre régions pour la clientèle adulte et dans une seule pour la clientèle jeunesse. Ainsi, des équipes de santé mentale sont complètes à 97,7 %, soit à 99,5 % pour les adultes et à 91,8 % pour les jeunes, mais d'autres sont à peine consolidées à 32,3 %, soit à 47,7 % pour les jeunes et à 27,7 % pour les adultes.

169. Par contre, certains mettent ce constat en question en raison du fait que les équipes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable sont grandement sous-déployées et qu'ainsi ces solutions n'ont pas été suffisamment testées pour ces clientèles dites « difficilement réhabilitables ».

170. Il s'agit plutôt de 40 % d'après le document *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2012).

Le fait que les équipes de santé mentale en CSSS ne soient pas complétées nuit à l'accessibilité et à la continuité des services offerts à la population ainsi qu'à la fluidité entre les lignes et les dispensateurs de soins. On note aussi le fait qu'il n'y aurait pas toujours une optimisation des compétences des différentes professions au sein des équipes, puisque la répartition du travail se réalise non pas en fonction des compétences des professionnels, mais selon leur disponibilité et leur charge de travail (Ordre des psychologues, 2010). Ainsi, l'intégration des psychologues dans ces équipes (dont les effectifs sont minces en CSSS) et l'association avec des psychiatres (spécifiquement les psychiatres répondants) demeurent lacunaires (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a) (voir le chapitre 3). Dans certains territoires, les équipes seraient aussi dépourvues d'omnipraticiens – ce qui contraint leur fonctionnement optimal (MSSS, 2012; Aubé et Poirier, 2010). Étant donné que plusieurs équipes de santé mentale fonctionnent avec un personnel réduit, les interventions de type prévention et promotion de la santé mentale y auraient également été négligées.

d) Les services de crise, de prévention du suicide et d'intégration au travail

Le *Plan d'action 2005-2010* avait comme objectif d'améliorer le déploiement des services de crise et de prévention du suicide ainsi que le rehaussement de l'intégration au travail et aux études. D'après le MSSS (2012), les services de crise (intervention téléphonique 24 heures/7 jours, services mobiles en face à face, hébergement de crise, suivi à court terme et urgence hospitalière) demeurent toujours précaires dans la plupart des régions pour leurs volets d'hébergement de crise et de services mobiles. Les demandes effectuées aux services de crise sont aussi estimées de plus en plus complexes. Les clientèles aux prises avec des troubles concomitants de dépendance et de problèmes de santé mentale sont particulièrement évaluées comme requérant plus d'expertise des organismes communautaires, qui, pour la plupart, offrent ces services au Québec (MSSS, 2012). Des recommandations sont effectuées à l'effet d'ajouter des lits de dégrisement et de revoir l'organisation des services téléphoniques de crise sur le plan régional, comme Info-Social, car certains chevauchements existent (MSSS, 2012). Quant à la prévention du suicide, ce service a connu des avancées intéressantes : 1) publication de guides de bonnes pratiques à l'intention des intervenants ou des gestionnaires pour le suivi étroit des personnes suicidaires ou ayant fait des tentatives de suicide; 2) mise en place de comités de coordination dans la majorité des régions; 3) développement de trajectoires de services pour les personnes suicidaires selon le niveau d'urgence par certains CSSS; 4) déploiement d'équipes spécialement consacrées au suicide dans la plupart des centres jeunesse (voir ci-après). Finalement, l'intégration au travail et aux études n'a été priorisée par aucun des différents paliers gouvernementaux; on note même un décroissement des investissements dans ces domaines. Par exemple, les investissements alloués aux services de réinsertion et d'intégration socioprofessionnelles, estimés à 84 M$ en 2005-2006 (10,0 % du total des dépenses en santé mentale), étaient de 65 M$ (6,1 %) en 2009-2010. Au nombre des initiatives dans ce domaine, le MSSS (2012, p. 56) note néanmoins que « la moitié des régions ont mis en place des comités de travail afin de produire des trajectoires de services ou des mécanismes d'accès en matière d'intégration socioprofessionnelle pour les personnes ayant un trouble mental grave ». Quelques régions ont aussi développé des ententes de collaboration intersectorielle.

e) Les services offerts aux jeunes (nonobstant les équipes de santé mentale en CSSS)

Pour ce qui est des services offerts aux jeunes, le manque de ressources en deuxième ligne entraîne de très longs délais d'attente. Les problèmes d'arrimage persistent aussi entre la première et la deuxième ligne, puisque les soins primaires sont aussi sous-consolidés (MSSS, 2010b). En outre, le passage de la pédopsychiatrie à la psychiatrie adulte chez les jeunes atteignant la majorité demeure un défi de taille (MSSS, 2010b). Des partenariats sont aussi à parfaire avec les autres secteurs, collaborateurs clés des services offerts aux jeunes (éducation, centres jeunesse, DPJ, centres de la petite enfance, centres de réadaptation, etc.). Différentes mesures ont été prises afin d'améliorer l'accès aux services (protocoles d'entente, formalisation des trajectoires de services, protocoles cliniques, demandes de services inter-établissements[171], etc.), mais des efforts supplémentaires sont nécessaires en ce qui concerne certaines clientèles particulières, comme les enfants atteints d'autisme ou de retard mental (MSSS, 2010b). Certaines régions, notamment la Montérégie, ont déployé des programmes exemplaires, par exemple *Grandir en santé mentale* (Hôpital Charles-Lemoyne, 2001), qui incluent différents mécanismes de coordination des services (comités santé mentale jeunes, guichets d'accès, agents de liaison, etc.).

Une amélioration des services offerts aux jeunes est notable en regard des centres jeunesse, comme il a déjà été mentionné. En effet, les 16 établissements du Québec ont mis en place une équipe multidisciplinaire de deuxième ligne, chargée de soutenir les intervenants de première ligne « lorsque ceux-ci ont des inquiétudes quant au risque suicidaire que peut présenter un jeune ou quant à son état de santé mentale » (ACJQ, 2010, p. 4). Si toutes ces équipes ont été constituées, huit d'entre elles n'ont pas de médecins dans leur effectif[172]. Les infirmières spécialisées sont également peu nombreuses dans ces équipes, comparativement aux éducateurs spécialisés et aux psychologues (2010a). Des pénuries de pédopsychiatres et d'omnipraticiens ainsi que des difficultés de recrutement de psychologues dans les centres jeunesse sont aussi présentes dans plusieurs régions. « Les professionnels qui composent ces équipes peuvent, en certains endroits, compter sur l'appui externe d'un pédopsychiatre répondant, d'un conseiller clinique et d'un professionnel jouant le rôle d'un agent de liaison. » (MSSS, 2012, p. 40). Là où les équipes sont complètes, le nombre d'enfants référés aux services d'urgence des centres hospitaliers aurait diminué : « En effet, les statistiques tenues par quelques centres jeunesse démontrent qu'environ 5 % à 8 % des situations de jeunes référés aux équipes de 2e niveau pour des problématiques de santé mentale ou suicidaires sont, par la suite, référés à la pédopsychiatrie (3e niveau). » (ACJQ, 2010, p. 5). Par ailleurs, selon le MSSS (2012, p. 40), « près de la moitié des régions sont en train de consolider leur offre de services en santé mentale pour les jeunes hébergés comme pour les jeunes suivis en famille d'accueil ou suivis en externe ». De plus, comme c'est le cas pour d'autres établissements ou organismes possédant des mandats régionaux (ou suprarégionaux), les centres jeunesse doivent établir des partenariats avec plusieurs CSSS (jusqu'à huit dans une région) offrant

171. La demande de services interétablissements est en fait une procédure généralisée à l'ensemble des références du CSSS à l'endroit de ses partenaires publics.

172. D'après le MSSS, un centre jeunesse n'aurait pas d'équipe. Par ailleurs, trois régions (Montréal-Centre, Montérégie, Capitale-Nationale) compteraient plus d'une équipe multidisciplinaire de deuxième niveau dans un même centre jeunesse (MSSS, 2012).

chacun des trajectoires distinctes de services. Certains de ces CSSS auraient de la difficulté à reconnaître l'expertise des équipes de deuxième ligne, récemment constituées dans les centres jeunesse. Par ailleurs, la majorité des centres jeunesse ont élaboré des ententes formelles afin d'améliorer l'accès aux services spécialisés (MSSS, 2012).

Les jeunes et la santé mentale au Québec : organisation des services

Johanne Renaud, M.D., M. Sc., FRCPC
Institut universitaire en santé mentale Douglas, Centre Standard Life pour les avancées en prévention de la dépression et du suicide chez les jeunes
Luiza Dumitrescu, M.D., CSPQ
CSSS des Sommets

Introduction

Les troubles mentaux chez les enfants et les adolescents augmentent depuis les années 1990 (OMS, 2001b). Or, les données précises sur l'évolution des besoins en santé mentale chez les jeunes Québécois ne sont pas disponibles actuellement à l'ensemble des cliniciens. Cette situation pose des défis à l'organisation des services de santé mentale. Cet article brosse un tableau de l'ampleur des besoins en santé mentale chez les enfants et les adolescents, de l'utilisation actuelle des services et du recours aux professionnels de la santé mentale.

Prévalence des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents au Québec et au Canada

Deux enquêtes populationnelles auprès des jeunes des provinces canadiennes situent la prévalence des troubles mentaux à 18,1 % en Ontario (Offord et autres, 1987) et à 19,9 % au Québec (Breton et autres, 1993). Une autre étude québécoise portant spécifiquement sur les troubles mentaux chez les adolescents (Romano et autres, 2001) rapporte des données similaires avec 15,5 % pour les adolescentes et 8,5 % pour les adolescents. Enfin, une étude de l'Alberta (Spady et autres, 2001), s'appuyant sur des données administratives médicales, a démontré chez les jeunes recevant des traitements une prévalence maximale de 9,5 % chez les garçons âgés de 10 ans et de 12,0 % chez les filles âgées de 17 ans.

L'*Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes* (Breton et autres, 1993) distingue les troubles intériorisés (incluant les phobies, l'angoisse de séparation, l'hyperanxiété, la dépression majeure/dysthymie) des troubles extériorisés (tels que le trouble d'hyperactivité et les troubles oppositionnels et des conduites). Les enfants ont plus tendance à rapporter les troubles intériorisés que leurs parents. Les troubles extériorisés sont plus fréquents chez les garçons que chez les filles. Ainsi, le trouble d'hyperactivité est présent chez 8,4 % des garçons âgés de 6 à 11 ans et chez 3,1 % des filles du même âge. De plus, l'enquête révélait que, pour les adolescents âgés de 12 à 14 ans, 4,4 % des garçons et 10,1 % des filles avaient pensé au suicide au cours des 6 mois précédant l'enquête. Il existe

aussi d'autres troubles mentaux graves, mais plus rares, tels que l'autisme et le trouble envahissant du développement, dont l'étude de Spady de 2001 situait la prévalence autour de 0,3 % chez les garçons âgés de moins de 11 ans et qui serait, en fait, plus près de 1,0 % selon Fombonne et collaborateurs (2006).

Ainsi, parmi les résultats obtenus au Québec, on trouve 15 % des enfants et adolescents (ou près de 125 000) avec des troubles intériorisés ou extériorisés (Lesage et autres, 2011), alors que les troubles envahissants du développement touchent 1 individu sur 100, soit environ 12 500 enfants et adolescents (Fombonne et autres, 2006). Des résultats comparables se trouvent dans des études nord-américaines plus récentes (Boyle et Georgiades, 2010). Environ 50 % des troubles mentaux courants chez les adolescents ont débuté à l'âge de 6 à 11 ans et 70 % des troubles d'anxiété, de dépression, d'abus d'alcool et de drogues ont débuté avant l'âge de 18 ans (Merikangas et autres, 2010).

Utilisation des services et recours aux professionnels

En ce qui concerne le recours aux professionnels de la santé et des services sociaux, l'Enquête québécoise (1993) indique les éléments suivants :

- en milieu scolaire, 18,0 % des 6-11 ans et 21,4 % des 12-14 ans ont rencontré un orthopédagogue au cours de leur cheminement scolaire; 6,5 % des 6-11 ans et 12,5 % des 12-14 ans ont rencontré un psychologue ou un travailleur social; près de 6,0 % des 6-11 ans et des 12-14 ans ont rencontré un orthophoniste.
- à l'extérieur de l'école, 4,6 % des 6-11 ans et 5,7 % des 12-14 ans ont rencontré un psychologue en bureau privé au cours de leur vie; 5,3 % des 6-11 ans et 4,0 % des 12-14 ans ont rencontré un pédiatre, un médecin de famille ou un omnipraticien en cabinet privé pour des soins liés à la santé mentale. Dans le cas de ces types de professionnels, cela s'est passé principalement en cabinet privé, suivi par les CLSC et les urgences. Les autres professionnels consultés étaient les orthopédagogues, les ergothérapeutes, les travailleurs sociaux, les psychiatres et les intervenants en médecine douce.

Cette enquête rapportait qu'au cours des six derniers mois, parmi les enfants qui présentaient au moins un trouble mental, le tiers recevait une forme ou une autre des services mentionnés ci-avant, alors qu'environ 1 adolescent sur 5 recevait une forme de ces services, ce qui laissait supposer que les besoins étaient importants et en majorité non comblés.

Interventions proposées et traitements utilisés

Le fait qu'un jeune reçoive des services n'implique pas nécessairement que ses besoins d'intervention sont comblés. Pourtant, il existe des approches reconnues dans le traitement de la majorité des troubles mentaux courants chez les enfants et les adolescents (telles que la psychothérapie cognitive-comportementale, les médicaments antidépresseurs utilisés seuls ou en combinaison) (Walkup et autres, 2008; Cartwright-Hatton et autres, 2004). Cependant, selon Waddell et ses collaborateurs (2002), la majorité des enfants et des adolescents qui bénéficieraient

de ces traitements ne sont pas détectés ou ne peuvent accéder à ces traitements dans leur communauté, par manque de ressources. Par exemple, les besoins en intervention des enfants ayant un trouble d'hyperactivité sont généralement mieux comblés que les besoins liés à d'autres troubles mentaux, avec un nombre supérieur de jeunes traités avec des médicaments, comparativement au nombre de jeunes présentant ce trouble selon les enquêtes populationnelles. Toutefois, le traitement est souvent abandonné à l'adolescence, alors que le trouble se poursuit chez près de 75 % des jeunes. Sans suivi, les adolescents non traités sont alors à risque de s'engager dans des conduites dangereuses, d'être impliqués dans des accidents, de contracter des infections transmises sexuellement et par le sang, de développer un abus de substance et de présenter des conduites suicidaires (Tannock, 2000).

En ce qui concerne les troubles envahissants du développement et de l'autisme, le fonctionnement des enfants atteints s'est amélioré dans les dernières années grâce au développement de thérapies intensives comportementales. L'acquisition du langage et les déficits cognitifs se sont particulièrement améliorés avec de telles thérapies. Toutefois, le diagnostic est souvent tardif, comme en témoignent les données administratives médicales des prévalences maximales de ce trouble à l'âge de 5-6 ans, alors qu'il est manifeste dès la troisième année de vie. L'accès à ces interventions intensives est très limité et c'est une source de grande insatisfaction de la part des familles (Bryson, Rogers et Fombonne, 2003).

Conséquences des troubles mentaux et prévention

Les maladies mentales non détectées et non traitées sont associées à un grand nombre de conséquences pour les jeunes, leur famille et leur communauté : environ 50 % des jeunes de 14 ans et plus ayant une maladie mentale vont abandonner l'école secondaire (Planty et autres, 2008); 90 % des jeunes qui décèdent par suicide avaient une maladie mentale (Renaud et autres, 2008) – le suicide était la deuxième cause de décès chez les adolescents et la troisième chez les 10-14 ans au Québec en 2007. Une étude rapporte également que ces décès surviennent chez plus de 50 % des adolescents pour lesquels les troubles mentaux n'avaient pas été diagnostiqués et pour lesquels aucune intervention n'avait été tentée (Renaud et autres, 2009).

Les facteurs psychodéveloppementaux indiqués dans la genèse des troubles mentaux, des dépendances et du suicide incluent les événements et les situations traumatisantes, comme les sévices physiques ou sexuels et les difficultés dans l'attachement parent-enfant. Ces traumas sont associés tant à des changements sur le plan épigénétique[173] qu'à des conséquences dans les capacités relationnelles, voire à l'émergence de troubles de la personnalité à l'âge adulte. En amont du traitement, il est déjà possible de prévenir l'éclosion des troubles mentaux par des programmes de prévention efficaces auprès des enfants, des adolescents et de leur famille (Offord et autres, 1998).

173. Modification biochimique se produisant sur les gènes d'un individu en réponse aux effets de l'environnement.

Les programmes de prévention sont décrits comme non spécifiques, ne ciblant pas directement et uniquement les troubles mentaux ou le suicide, mais plutôt l'état de santé et le bien-être social général. Ainsi, le programme des garderies à 5 dollars, maintenant 7 dollars, adopté au Québec (qui s'inspire des programmes destinés aux enfants des milieux défavorisés) est offert à la naissance et à l'âge préscolaire au moyen des visites à domicile prénatales et postnatales ciblant l'adaptation psychosociale et le soutien des familles). Il en est de même pour les programmes préscolaires qui visent à améliorer la socialisation (programmes ABC) (Waddell et autres, 2007).

Organisation des services pour les enfants et les adolescents

En 2005, le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* élaboré par le MSSS soulignait que les services auprès des jeunes sont peu développés dans la plupart des régions du Québec. Les services sont souvent morcelés, peu intégrés et répartis inégalement sur le territoire, ce qui entraîne des problèmes d'accessibilité et de continuité. Comme les services de première ligne en santé mentale sont peu développés, on constate que les ressources spécialisées, très mobilisées pour l'évaluation et l'orientation, sont moins disponibles pour offrir des traitements spécialisés aux jeunes qui en ont besoin.

Selon un modèle d'organisation des services de santé hiérarchisés (MSSS, 2005a), le jeune en difficulté consulte le médecin généraliste, le pédiatre, le psychologue en milieu scolaire ou en cabinet privé, alors que certains se rendent dans un organisme communautaire ou un centre de crise. Ils peuvent aussi être dirigés vers les services généraux d'un CSSS, où on leur offre un soutien psychosocial, ou encore on les oriente vers l'équipe de santé mentale de première ligne (par l'intermédiaire d'un guichet d'accès aux services spécialisés en santé mentale – prévu dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*). Les jeunes nécessitant des soins spécialisés sont dirigés vers la deuxième ligne. Il importe de former des intervenants pour reconnaître les premiers signes de troubles mentaux chez les jeunes, alors que les médecins de famille et les pédiatres évaluent et traitent la psychopathologie en première ligne. Dans les situations urgentes (risque suicidaire, intégrité physique ou psychologique menacée), les jeunes sont orientés directement vers l'urgence du centre hospitalier du territoire donné.

Enfin, les équipes de santé mentale des CSSS collaborent avec les partenaires du réseau local : autres médecins, hôpitaux, centres de la petite enfance, écoles, centres de réadaptation en déficience intellectuelle, centres jeunesse, centres de crise, organismes communautaires et centres de réadaptation en dépendance. Cette organisation de services vise à améliorer l'accès aux traitements. L'appui de la deuxième ligne envers la première ligne est important pour répondre aux besoins non résolus à l'intérieur de ces services. La présence d'agents de liaison dans les équipes des première et deuxième lignes vise à faciliter la collaboration et la transmission des connaissances. Les soins partagés entre les deux lignes de services permettent une meilleure collaboration dans la poursuite du traitement en première ligne à la suite d'un épisode de traitement en deuxième ligne.

Les pédopsychiatres jouent un rôle clé dans les services de deuxième et de troisième ligne, dits surspécialisés. Toutefois, leur nombre est insuffisant pour couvrir l'ensemble des besoins. Comme cette expertise est rare, la mise en place d'une organisation de services efficiente en deuxième et en troisième ligne implique la participation des RUIS sous la gouverne du MSSS. Heureusement, le Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada vient de reconnaître la pédopsychiatrie à titre de surspécialité. Cela va certainement contribuer à l'arrivée de plus de pédopsychiatres pour enrayer la pénurie dans ce domaine et pour combler certaines lacunes dans l'organisation des services de santé mentale pour les enfants et les adolescents.

Conclusion

Cet article porte sur l'importance des troubles mentaux chez les enfants et les adolescents. Environ 15 % des jeunes présentent des troubles mentaux, mais tous ne reçoivent pas les services requis. Des stratégies efficaces de prévention et de traitement sont énoncées. L'optimisation de l'organisation des services de santé mentale au Québec comporte de nombreux défis à relever afin de combler le fossé entre les besoins réels des enfants et des adolescents et l'offre actuelle, grâce à des services optimaux et en temps voulu.

6.1.5. L'accessibilité des services depuis l'implantation des guichets d'accès[174]

Les guichets d'accès sont une mesure visant à rationaliser les trajectoires de soins et de références dans les réseaux locaux de services, qui optimisent le temps d'accès aux services en fonction des urgences. Ils s'inscrivent dans les mécanismes ou stratégies d'intégration d'un réseau intégré de soins (Fleury, 2006). En 2010, le nombre de guichets d'accès en CSSS recensés par le MSSS (2012, p. 44) s'établit ainsi pour les adultes : dans neuf régions, ces dispositifs sont déployés dans leur ensemble; dans trois régions, « des développements sont à faire pour parvenir à leur consolidation » et dans trois autres, « ils sont en voie de parachèvement ». Pour la clientèle jeunesse, 13 régions disposeraient de guichets d'accès. Certains guichets ont par ailleurs été mis en place sans égard au nombre d'habitants sur leur territoire – soit pour les réseaux locaux de services de moins de 50 000 habitants[175] (MSSS, 2012).

Dans certains territoires, de la confusion et un certain chevauchement se manifesteraient néanmoins entre le guichet d'accès et d'autres « portes d'entrée », comme les services d'accueil-évaluation-orientation et le module d'évaluation-liaison, institué dans certains hôpitaux universitaires (Ordre des psychologues, 2010). Le guichet d'accès semble, dans certains CSSS, intégrer notamment la programmation du soutien d'intensité variable, mais non dans certains autres, selon que celui-ci est donné aussi par le public (CSSS) ou le secteur communautaire. L'arrimage, par le guichet d'accès, entre la première ligne et les services

174. Voir le chapitre 5, section 5.1.2, pour une introduction de la mise sur pied de cette stratégie d'intégration.

175. Rappelons que l'obligation de déployer un guichet d'accès est établie à au moins 50 000 habitants pour un réseau local de services (celui-ci correspond à un CSSS incluant ses partenaires). Dans ces petits territoires, l'accès s'effectue notamment par l'intermédiaire des services du secteur famille-enfance-jeunesse des CSSS (voir le chapitre 5).

spécialisés diffère également d'un territoire à l'autre et semble souvent non optimal. Certains omnipraticiens auraient toujours tendance à contourner les guichets d'accès et passeraient ainsi directement par les psychiatres ou les pédopsychiatres (MSSS, 2012). Dans une recherche récente (Fleury et autres, 2012b), les omnipraticiens interrogés ont signalé, pour environ le tiers d'entre eux, leur insatisfaction vis-à-vis des guichets d'accès, et ce, principalement en raison de l'importance du temps d'attente avant d'accéder aux services et des lacunes de rétroaction effectuée par l'équipe de santé mentale quant à leurs patients. D'une façon globale, les trajectoires de services et les mécanismes d'accès demandent à être mieux balisés et connus des partenaires (MSSS, 2012). De plus, la mise en place des guichets d'accès aurait parfois fragilisé et compromis le réseautage qui existait auparavant entre les CSSS et leurs partenaires ou les omnipraticiens et les psychiatres (Aubé et Poirier, 2010; Fleury, Latimer et Vallée, 2010a). Par ailleurs, la formation clinique du personnel des guichets varierait de très bonne à non satisfaisante (MSSS, 2010b). Néanmoins, les restructurations importantes requises par l'introduction des services de première ligne en santé mentale (définition des trajectoires de soins, des procédures de réception des demandes de services, des critères de sélection des clientèles selon les services, etc.) expliquent les difficultés d'opérationnalisation de ces services et de leur orchestration effective avec les services spécialisés. Plusieurs territoires de CSSS sont aussi à implanter des pratiques innovatrices afin de donner accès à un minimum de services aux patients en attente aux guichets d'accès (services de soutien par les pairs, autogestion des soins, suivi téléphonique effectué par des infirmières, etc.), et des mesures de suivi de l'attente sont en cours d'implantation.

L'accès géographique ou temporel aux services n'est également pas toujours optimal, variant selon les régions et les territoires de CSSS. L'accès tend cependant à s'améliorer en 2009-2010, comparativement aux années précédentes, dans une majorité de services étudiés. Entre autres, dans les territoires éloignés, la clientèle doit souvent se déplacer sur de longues distances afin d'avoir accès à des services spécialisés en santé mentale[176] (MSSS, 2010b). Par ailleurs, dans certaines régions, le taux de rétention[177] de la clientèle pour les hospitalisations en santé mentale en 2009-2010 demeurait très faible (de 50 % à 60 %), et une grande proportion de leurs usagers étaient hospitalisés à l'extérieur de leur région de résidence. En effet, en 2009-2010, 17,2 % de la clientèle hospitalisée à Montréal pour des raisons de santé mentale venait d'autres régions du Québec.

Les délais moyens d'accès aux services sont compilés pour le guichet d'accès au CSSS, les équipes de soutien d'intensité variable, les services ambulatoires pour la population âgée de moins de 18 ans et adulte ainsi que pour l'obtention de services spécialisés. Ils s'expliquent par plusieurs phénomènes, notamment la disponibilité des ressources; l'organisation des services, dont le niveau d'intégration du dispositif de soins; les pratiques des professionnels de la santé et la répartition des tâches entre ceux-ci; le niveau de spécialisation; les critères d'admissibilité, dont le fait d'avoir un dossier actif ou non actif; l'urgence des cas; les profils

176. En 2009-2010, pour avoir accès à des services d'hospitalisation de courte durée, la distance médiane était supérieure à 30 kilomètres dans les régions de la Mauricie (37,5 kilomètres) et du Bas-Saint-Laurent (30,3 kilomètres), comparativement à 4,9 kilomètres dans la région de Montréal.

177. Il s'agit du « rapport, pour une année financière donnée, du nombre d'hospitalisations observées pour les résidents d'une région donnée ayant été traités dans leur région de résidence, au nombre total d'hospitalisations des résidents de cette région, quel que soit le lieu du traitement, durant la même année financière. […] Pour une région donnée, plus l'indice est élevé, plus celle-ci est capable de répondre aux demandes de services de sa population résidente. L'indice de dépendance de la population est aussi appelé taux de rétention » (Éco-Santé Québec, 2011; Mireault et autres, 1999).

cliniques des usagers. Ainsi, en 2009-2010, le délai moyen d'attente d'un usager en CSSS était de 41,0 jours au Québec. Dans six régions, les usagers doivent néanmoins attendre en moyenne 50 jours et plus. Inversement, une région se démarque nettement avec un délai d'attente moyen de seulement 16,7 jours. Les délais moyens d'accès varient énormément d'un territoire de CSSS à l'autre, passant de 1,5 à 116,8 jours. Si l'on examine maintenant le délai moyen d'accès entre la première assignation[178] et la première intervention, il était de 26 jours en 2009-2010. Dans certains CSSS, la première intervention aurait lieu le même jour que l'assignation, alors que dans d'autres, les délais moyens d'attente sont de 93 jours. Quant aux délais moyens d'accès pour un traitement en santé mentale à la suite d'une inscription au guichet d'accès, ils ont quelque peu diminué, passant de 36,9 jours en 2009-2010 à 30,8 jours en 2010-2011. Ces délais varient néanmoins significativement d'un territoire de CSSS à l'autre : les écarts se situent de 4,4 à 76,8 jours. Selon les normes prévues par le *Plan d'action 2005-2010*, le temps dont dispose le guichet d'accès pour évaluer une demande devait être de 7 jours et celui pour accéder au traitement, de 30 jours (MSSS, 2011).

En ce qui concerne le délai moyen d'accès à l'équipe de soutien d'intensité variable après l'inscription au guichet, il était de 24,8 jours en 2010-2011, variant néanmoins de 11,8 jours à 44,7 dans certaines régions. Ce délai varie également beaucoup entre les territoires de CSSS, soit de 0,7 à 96,4 jours. Pour leur part, les délais moyens d'accès aux services ambulatoires pour la population âgée de moins de 18 ans étaient évalués à 35,6 jours en 2010-2011. De nouveau, des écarts importants se rencontrent à l'intérieur de chaque région : entre les CSSS, le délai moyen est de 0,5 à 123,7 jours selon les territoires. Quant à la population adulte, ce délai moyen pour l'ensemble du Québec était de 29,9 jours en 2010-2011. Les délais moyens d'accès varient de 4,4 jours à 87,9 selon les territoires de CSSS. En ce qui concerne les délais d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne, le pourcentage de la clientèle devant attendre plus de 60 jours était estimé à 0,04 % des personnes utilisatrices en 2009-2010. Quant au temps médian d'accès à un psychiatre en cas d'urgence après référence par un omnipraticien, il était, en 2008-2009, de deux semaines au Québec, ce qui équivaut à la médiane pancanadienne. Pour les cas électifs, la médiane du temps d'attente était cependant de huit semaines contre sept pour l'ensemble des provinces[179] (Esmail, 2009).

6.1.6. Les fonctions de psychiatre répondant, d'agent de liaison et d'intervenant pivot

La fonction de psychiatre répondant a fait l'objet de longues négociations entre le MSSS et l'Association des médecins psychiatres du Québec (AMPQ) pour n'être finalement entérinée qu'à l'automne 2009, comme il a déjà été signalé. Le nombre de demi-journées payables par année pour les psychiatres répondants au Québec en 2010-2011 se situait à 3 940 pour la psychiatrie adulte, dont 1 770 (44,9 %) pour la région de Montréal. Il y aurait présentement 277 postes de psychiatres répondants[180] en fonction en psychiatrie adulte dans la province.

178. L'assignation correspond à la date de décision de la demande, date à laquelle l'individu est assigné à un intervenant.

179. Ces statistiques de l'Institut Fraser sont à considérer avec prudence, car le taux de réponse est très bas (taux de réponse de moins de 10% pour le Québec). Cependant, ces résultats sont similaires à ceux d'une étude récente qui estimait aussi à 60 jours le temps d'attente moyen d'accès d'une référence d'un omnipraticien à un psychiatre (Fleury et autres, 2008).

180. Il s'agit ici du nombre de « postes » : un même individu peut occuper plusieurs fois la fonction de psychiatre répondant ou l'exercer sur plusieurs territoires et ainsi être comptabilisé plus d'une fois.

Toutes les régions en seraient pourvues d'au moins un, sauf deux qui n'en n'ont aucun. Dans huit régions sociosanitaires, la fonction de psychiatre répondant pour la clientèle adulte reste encore à implanter en bonne partie. Pour ce qui est du nombre de demi-journées payables par année pour les psychiatres répondants en pédopsychiatrie, il se chiffrait à 1 602 en 2010-2011. Il y aurait 107 postes de psychiatres répondants en pédopsychiatrie, mais il n'y aurait aucun poste pourvu dans six régions du Québec (AMPQ, 2011).

Dans les lieux où la fonction de psychiatre répondant est implantée, on assisterait à une meilleure continuité et à une communication plus efficace entre les services de première et de deuxième ligne ainsi qu'à une plus grande participation des omnipraticiens (MSSS, 2012 et 2010b). Certaines initiatives, reliées à l'action de « psychiatres réformistes » ou à l'instauration du module d'évaluation-liaison (services rapides d'évaluation, de consultation et de référence spécialisée) dans quelques hôpitaux – universitaires, notamment –, ont également permis une certaine amélioration du soutien clinique donné aux omnipraticiens pour le traitement des troubles de santé mentale (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a). Par ailleurs, l'élargissement du concept de répondant à d'autres professionnels spécialisés en santé mentale aurait facilité le soutien des intervenants de la première ligne, incitant au développement « du mentorat via des formations, des discussions de cas ou des suivis conjoints » (Vallée et autres, 2009, p. 44). Tout comme c'est le cas pour la fonction de psychiatre répondant, le mentorat augmenterait la participation des omnipraticiens ainsi que la prise en charge des clientèles orphelines et vulnérables (Vallée et autres, 2009).

L'implantation de soins partagés (ou de collaboration) est problématique dans certaines régions, étant donné que les psychiatres, comme il a été indiqué précédemment, sont surtout concentrés dans la grande région de Montréal (Lafleur, 2003). Des divergences ont en outre été observées dans l'interprétation des objectifs du *Plan d'action 2005-2010* au sujet de la hiérarchisation des soins : alors que certains psychiatres y voient une opportunité de transférer en première ligne leurs patients stabilisés, les intervenants en soins primaires y voient un moyen facilitant l'accès à l'expertise de la deuxième ligne. Selon certains psychiatres, l'importance accrue accordée aux soins primaires le serait au détriment de la deuxième ligne, qui serait maintenant sous-financée – ce constat ne s'applique néanmoins qu'à un certain nombre de territoires du Québec (Aubé et Poirier, 2010). Dans certains milieux, les transformations se seraient aussi heurtées à la résistance des psychiatres, laquelle est parfois alimentée « par un manque d'expérience en première ligne par rapport à des clientèles particulières » (MSSS, 2012, p. 45). De plus, dans certains territoires, la pratique psychiatrique répondrait davantage aux besoins individuels plutôt qu'à une vision collective des problèmes à résoudre, avec des préoccupations de surspécialisations, et ce, dans un contexte où la valorisation de la psychiatrie générale n'est pas la norme. Dans ces milieux, la collaboration avec les CSSS serait ainsi problématique; la participation des psychiatres aux instances de concertation serait minimale (Aubé et Poirier, 2010).

Quant aux fonctions d'intervenant pivot et d'agent de liaison, recommandées dans le *Plan d'action 2005-2010* afin de « créer des ponts entres les ressources du milieu » (MSSS, 2005a, p. 71), elles sont peu implantées ou peu effectives jusqu'à maintenant, et ce, autant pour le secteur de la santé mentale jeunesse que pour le secteur des adultes (MSSS, 2012; Ordre des psychologues, 2010). Là où elle est mise en place, la fonction de liaison aurait cependant permis une meilleure continuité des soins ainsi qu'une approche plus cohérente pour les

personnes suivies par plusieurs professionnels et utilisant plusieurs services différents (Aubé et Poirier, 2010). De telles stratégies d'intégration sont centrales à l'arrimage des services dans les réseaux de soins (Fleury, 2006). Ainsi, dans la région de Québec, une fonction de liaison avec le réseau communautaire a été mise en place lors de l'implantation des guichets d'accès des CSSS Québec-Nord et de la Vieille-Capitale (AGIR, 2010). Le bilan de cette initiative est très positif : l'agent de liaison a été appelé à 829 occasions en vue de conseiller les intervenants des guichets d'accès au cours de l'année 2009 (AGIR, 2010). Enfin, comme autres facteurs clés ayant permis un « passage fluide entre les services médicaux, psychosociaux et les services de santé mentale » sont notamment déterminés « une compréhension commune de la hiérarchisation des services; des trajectoires de services bien structurées; une liaison fonctionnelle effectuée par des infirmiers et des travailleurs sociaux; un service de triage adéquat de la clientèle; et une bonne connaissance de l'offre des services par la population et les médecins » (MSSS, 2012, p. 25).

6.1.7. La coordination entre les partenaires du réseau

Dans plusieurs territoires, la coordination du réseau local a été laissée en suspens, l'organisation des services s'étant concentrée surtout sur la réorganisation des établissements (Fleury, Latimer et Vallée, 2010a). Selon Vallée et ses collaborateurs (2009, p. 44), les réseaux locaux où les mesures du *Plan d'action 2005-2010* ont été davantage implantées « se démarquent par une forte reconnaissance de la légitimité, de l'expertise et de l'interdépendance des différents acteurs » et par une forte connectivité entre les niveaux clinique et organisationnel. Ceux qui ont connu le plus de difficultés d'implantation sont au contraire caractérisés par des conflits entre la première et la deuxième ligne, une opposition des psychiatres aux réformes en cours ainsi qu'une absence de participation des omnipraticiens (Vallée et autres, 2009).

L'intégration des missions hospitalières au sein des CSSS aurait favorisé un rapprochement entre les départements de psychiatrie et les services de première ligne. Cependant, les départements de psychiatrie n'ayant pas été intégrés à un CSSS seraient devenus encore plus indépendants vis-à-vis des partenaires de la communauté (Aubé et Poirier, 2010; Fournier et autres, 2010). Leur participation aux instances locales de concertation serait aussi très faible, sinon inexistante. De plus, le territoire desservi par un département de psychiatrie n'équivaut pas toujours à celui desservi par son CSSS. Dans certains territoires locaux de CSSS, les services de santé mentale peuvent être offerts par deux départements de psychiatrie ayant des pratiques cliniques et de concertation divergentes. Inversement, un même département de psychiatrie peut desservir plusieurs territoires de CSSS ayant eux aussi des approches très distinctes (Aubé et Poirier, 2010).

En ce qui concerne la collaboration entre le CSSS et les partenaires de la communauté, ces derniers auraient cessé de participer aux tables de concertation après l'élaboration des projets cliniques, et ce, dans beaucoup de territoires (AGIR, 2010). D'après l'Alliance des groupes d'intervention pour le rétablissement en santé mentale (AGIR, 2010), les partenaires de la communauté se seraient rapidement aperçus que ces tables n'avaient pas de véritables pouvoirs. Par ailleurs, bien que le *Plan d'action 2005-2010* souligne l'importance de contracter des ententes formelles de services avec des organismes communautaires, ces derniers voient souvent leur expertise demeurer méconnue des intervenants du CSSS. Selon

certains organismes, on assisterait même à un effritement des liens de collaboration qui existaient depuis plusieurs années (RRASMQ, 2010; Théoret, 2009). Ainsi, d'après Théoret (2010), « on est loin de l'époque où le milieu communautaire était considéré comme un partenaire à part égale, qu'il avait son mot à dire et qu'il avait une certaine emprise sur le cours des choses » (AGIR, p. 12). Près de 40 % des organismes communautaires auraient très peu de liens avec leur CSSS (Théoret, 2010). D'autres parmi eux, possédant un mandat régional ou semi-régional, doivent transiger avec plusieurs CSSS ayant chacun des approches différentes (Théoret, 2010). Par ailleurs, comme il a été mentionné précédemment, le financement des organismes communautaires n'a pas augmenté depuis une dizaine d'années et certains d'entre eux, les centres de crise (Ordre des psychologues, 2010) et les groupes d'entraide (RRASMQ, 2010) particulièrement, ont de plus en plus de difficultés à répondre aux demandes accrues de services de la part de personnes qui y sont référées par le réseau public (Théoret, 2009). Comme il a été signalé dans le chapitre précédent, un enjeu important demeure la rétention du personnel par rapport au réseau public, où les conditions quant à la rémunération et aux avantages sociaux sont plus alléchantes. Le financement de programmes spécifiques serait aussi privilégié plutôt que celui de la consolidation de la mission globale des organismes, ce qui n'est pas considéré comme favorable à la consolidation des organismes communautaires. Finalement, aux dires de Théoret (2010, p. 13), « la hiérarchisation des services a atrophié les rapports partenariaux existants et a plutôt favorisé l'émergence de rapports de subsidiarité entre les acteurs impliqués dans la dispensation des services ». Cependant, les associations membres de la FFAPAMM ont globalement connu « une amélioration dans leur collaboration avec les CSSS » (FFAPAMM, communication personnelle, 2012).

Par ailleurs, les personnes ayant des problèmes à la fois de troubles mentaux et de toxicomanie ont fait l'objet de préoccupations de la part des organismes concernés par chacun de ces programmes-services. Il ressort des consultations qu'environ le tiers des régions possèdent une offre de services en voie de structuration en ce qui concerne les services à offrir aux personnes présentant des problèmes de comorbidité (MSSS, 2012). L'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec (ACRDQ) estime à 50 % la clientèle fréquentant les centres de réadaptation en dépendance qui ont parallèlement des troubles mentaux, ce qui démontre l'importance d'une coordination étroite entre les deux programmes-services (ACRDQ, 2010). Les problèmes de comorbidité seraient aussi devenus de plus en plus complexes (MSSS, 2012). Plusieurs activités ont ainsi été menées, particulièrement dans le réseau de la dépendance, pour mieux arrimer les services entre ces programmes-services : 1) la production d'un guide de pratique *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux* (Beaumont et autres, 2005); 2) une offre de formation pour les intervenants de première ligne (CSSS) afin de développer des habiletés de repérage, de détection et d'intervention précoce auprès des usagers qui présentent des troubles concomitants (MSSS, 2009c); 3) la production d'outils de détection, dont le Global Appraisal of Individual Needs, qui établit un diagnostic sur le niveau de gravité des problèmes d'abus ou de dépendance et donne des impressions cliniques sur les problèmes de santé mentale, en fonction du DSM-IV; 4) la conception d'une formation spécifique sur les troubles concomitants pour les intervenants de deuxième ligne (intervenants des centres de réadaptation en dépendance et des équipes de santé mentale); 5) le développement d'équipes de liaison spécialisées en dépendance

dans 25 urgences hospitalières (détection, évaluation, référence et continuité des services avec les centres de réadaptation en dépendance) (MSSS, 2008d); 6) le développement en cours d'un programme régional d'évaluation spécialisée (MSSS, 2008d); etc.

D'après l'ACRDQ (2010), les guichets d'accès, tels qu'ils sont établis en santé mentale, freinent l'accès aux services de deuxième ligne en santé mentale pour les personnes ayant des troubles concomitants. En effet, les services de deuxième ligne en alcoolisme-toxicomanie ne peuvent transférer directement cette clientèle vers les services spécialisés de santé mentale, puisqu'ils doivent d'abord s'adresser aux services de première ligne. Par ailleurs, les personnes présentant des troubles concomitants voient souvent leur accès aux services de deuxième ligne en santé mentale contraint par le fait qu'elles doivent préalablement résoudre leurs problèmes de dépendance, ce qui nuit à leur rétablissement. Diverses mesures (formation croisée, détection précoce des troubles concomitants dans les deux réseaux, protocoles d'ententes interétablissements, outils courants de dépistage et d'évaluation, intervenants de liaison, etc.) seraient susceptibles de favoriser l'intégration des services de santé mentale et de dépendance (ACRDQ, 2010). Plusieurs de ces mesures ont déjà cours dans certaines régions du Québec. Des fonctions de liaison mettant en lien des spécialistes en dépendance pourraient aussi être testées avec les omnipraticiens (Levin, 2011). Rappelons l'expertise unique acquise par la Clinique Cormier-Lafontaine du Centre Dollard-Cormier dans le domaine du traitement intégré des troubles concomitants de dépendance et de santé mentale, expertise qui pourrait être généralisée à d'autres territoires selon le volume de la clientèle et le niveau de surspécialisation requis.

Les liens interorganisationnels et interprofessionnels sont aussi grandement à améliorer entre les services de santé mentale et d'autres programmes-services (santé physique, personnes en perte d'autonomie, déficience intellectuelle, jeunes en difficulté, etc.) ou secteurs hors santé. En déficience intellectuelle, La Myriade en Montérégie est notamment citée comme un modèle exemplaire offrant des services de réadaptation en santé mentale à la clientèle déficiente. Par ailleurs, le MSSS (2012) souligne les lacunes de services en santé mentale dans les centres de détention, qui font en sorte que les personnes atteintes de troubles mentaux peuvent être laissées sans traitement médical adéquat. Enfin, le découpage des services selon les « secteurs jeunes, adultes et aînés » en matière de transition entre les réseaux de services est grandement problématique, ainsi que l'arrimage entre les ressources de la santé et du secteur intersectoriel (éducation, municipalité, justice, etc.), incluant les dispensateurs de services et les instances de gouvernance des réseaux publics (par exemple, entre les ministères). Les personnes avec de multiples troubles sociaux et de santé – clientèle en croissance – se voient ainsi « ballottées » entre les secteurs et les programmes.

6.1.8. La participation des personnes utilisatrices et des familles

L'un des grands progrès du *Plan d'action 2005-2010* a été d'accorder un statut d'acteur incontournable à la personne utilisatrice, et ce, particulièrement dans la planification et l'organisation des services de santé mentale (MSSS, 2012). La participation des usagers aurait pour effet de contribuer à leur déstigmatisation et de leur permettre une meilleure intégration dans la communauté. En 2006, l'Association des groupes d'intégration en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ) a présenté un cadre régional de

participation des personnes utilisatrices, qui a été soutenu par le MSSS. Certaines régions ont reçu du financement pour la formation des personnes utilisatrices qui participent aux tables de concertation ou à d'autres comités consultatifs. Dix régions ont mis en place des regroupements afin de soutenir et de former les usagers dans leur participation à la prise de décision publique (MSSS, 2012). Sur le plan national, le MSSS a contribué au financement de l'association Les Porte-Voix du Rétablissement, créé en 2009 (MSSS, 2012). Par ailleurs, la formation de pairs aidants a été encouragée – autre mécanisme de réinsertion clé de l'usager dans sa communauté[181] (comme dans les équipes de soutien d'intensité variable ou de suivi intensif). Cependant, « l'absence d'un titre d'emploi officiel pour cette catégorie de travailleurs constituait un frein à l'intégration des pairs aidants dans les équipes de SI [suivi intensif] et de SIV [soutien d'intensité variable] » (MSSS, 2012, p. 52). La participation des usagers n'est pas optimale (couverture dans l'ensemble des régions, sous-financement, etc.) (MSSS, 2012) et le nombre de pairs aidants dans le réseau reste fort restreint. De plus, l'organisation de la parole de l'usager est parfois mise en question. Selon les chercheurs et les organismes qui ont participé aux consultations du Commissaire à la santé et au bien-être en 2010-2011, il s'avère essentiel que les personnes utilisatrices participant aux structures de concertation du réseau aient le soutien d'un groupe et qu'elles puissent parler au nom de la collectivité plutôt qu'en leur seul point de vue personnel. Enfin, la participation des personnes utilisatrices ne devrait pas se limiter aux tables de concertation, mais s'étendre à la prise de décision sur le plan de la clinique et de l'organisation des services.

La participation des personnes utilisatrices à la planification et à l'organisation des services de santé mentale : où en sommes-nous rendus ?

Michèle Clément, Ph. D.
CSSS de la Vieille-Capitale, Centre hospitalier affilié universitaire de Québec (Université Laval)

Au Québec, la participation publique et citoyenne a connu un essor remarquable dans les trente dernières années, notamment dans le secteur de la santé et des services sociaux. Nous disposons en effet, aujourd'hui, d'un important corpus de textes protégeant les droits des usagers, incluant le droit de participer aux décisions qui les concernent ainsi qu'à la gouvernance du système de santé et de services sociaux. Grâce à de multiples tribunes, ils ont voix au chapitre : comités de travail dans les ASSS et les CSSS, tables de concertation régionales et provinciales, groupes communautaires partenaires du réseau, conseils d'administration, comités d'usagers, régime d'examen des plaintes, etc.

Il faut cependant souligner que, si la participation des citoyens et des usagers au système de santé et de services sociaux existe depuis la création même de ce système (Forest et autres, 2000), des efforts importants ont été consentis dans la dernière décennie pour la rendre plus opérante et, à ce titre, le secteur de la santé mentale a été particulièrement investi. En 2005, le MSSS s'est doté du *Plan*

181. Voir aussi le chapitre 5, section 5.2.

d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens, qui est venu consacrer, entre autres choses, la reconnaissance des usagers en tant que « partenaires » de la planification et de l'organisation des services, ce qui signifie que, concrètement, plutôt d'encourager la participation comme on l'avait fait jusque-là, on l'a rendue nécessaire et incontournable. Le *Plan d'action 2005-2010* stipule en effet que les ASSS et les CSSS sont désormais tenus « d'obtenir la participation des usagers des services en santé mentale, de représentants des familles ou de proches, dans les exercices de planification et d'organisation des services qui les concernent » (MSSS, 2005a, p. 16). À la suite de cette directive, les usagers se sont faits de plus en plus présents aux tables de concertation et de partenaires en santé mentale, dans les comités chargés d'élaborer les projets cliniques des CSSS, dans les groupes régionaux de travail, etc.

Quel bilan peut-on établir de cette directive ? Des données récentes indiquent que dix régions posséderaient actuellement une structure active particulière pour soutenir la participation des personnes présentant un problème de santé mentale aux différentes instances du réseau de la santé et des services sociaux (Clément et autres, 2011). Sept d'entre elles (Bas-Saint-Laurent, Chaudière-Appalaches, Saguenay-Lac-Saint-Jean, Estrie, Lanaudière, Laval et Montérégie) sont pour le moment fédérées par le projet Rencontres régionales, lequel est issu d'un cadre de partenariat entre l'AGIDD-SMQ et le MSSS. Outre les objectifs d'appropriation du pouvoir et de la citoyenneté, ces rencontres ont pour but de faire participer le plus de personnes utilisatrices possible, de leur permettre d'échanger entre elles sur les problématiques de services et de s'élire des représentants (délégués) qui portent, dans les différents lieux de participation, la parole de leurs pairs (Pro-Def Estrie, 2007). Notons que, jusqu'en 2009, la région de la Mauricie et Centre-du-Québec participait également au projet Rencontres régionales, mais elle a dû cesser par la suite ses activités, faute d'un appui financier à l'échelle régionale.

Dans les régions non fédérées par le projet Rencontres régionales, on trouve, dans la région de Québec, l'APUR. Créée en 1998, cette association est en fait le premier regroupement de personnes utilisatrices de services de santé mentale au Québec. Son mandat est d'informer et de former ses membres, de favoriser leur participation ainsi que de déléguer des représentants à tout débat public, commission, comité de travail, groupe d'étude, table de concertation ou tout autre forum traitant des questions concernant les usagers des services de santé mentale sur le plan local, régional ou national (APUR, 2009).

À l'initiative d'Action Autonomie, le Projet montréalais de représentation des personnes utilisatrices de services de santé mentale poursuit également, depuis 2006, l'objectif de faire participer les usagers. Ses activités ont d'abord été centrées sur les comités du CSSS Jeanne-Mance. Puis, en 2008, il a investi le Groupe d'action et de réflexion sur la participation citoyenne en santé mentale dans les territoires locaux montréalais de Jeanne-Mance et, en 2009, du CSSS Cœur-de-l'Île.

Pour sa part, le Collectif des Laurentides en santé mentale, regroupant exclusivement des personnes utilisatrices, assure et organise leur participation. Il est reconnu en tant que groupe communautaire et reçoit un financement du Programme de soutien aux organismes communautaires pour ses activités. Il est important de souligner que, si le Collectif s'implique grandement en regard de la participation des usagers, ses activités ne s'y réduisent pas.

À plus d'un égard, l'adoption du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* aura donc eu des effets structurants sur la participation des usagers, quoique ceux-ci, selon les régions, soient inégaux. On notera également que ce ne sont pas toutes les ASSS et tous les CSSS du Québec qui, à ce jour, mettent les usagers à contribution dans les activités de planification et d'organisation de leurs services. Comme c'est à eux que revient la responsabilité de créer les conditions de cette participation, de deux choses l'une : soit la question de la participation n'est pas encore passée au rang de leurs priorités, soit elle l'est, mais les personnes utilisatrices, pour une raison ou une autre, ne répondent pas à l'appel. Enfin, si la participation des personnes utilisatrices a connu un essor important depuis l'adoption du *Plan d'action 2005-2010*, elle demeure l'objet d'importants enjeux de représentativité et de légitimité, du moins selon le regard que portent sur elle plusieurs associations et organisations de personnes utilisatrices (Clément et autres, 2011).

Les enjeux de représentativité et de légitimité

L'une des difficultés soulevées par le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* en regard de la participation des usagers est l'absence de précision quant au rôle attendu d'eux. L'étude que nous réalisons actuellement dans différentes régions du Québec nous apprend que, le plus souvent, conformément aux pratiques déjà en place, cette participation s'est historiquement organisée de manière très ciblée. Un membre d'un comité, d'un conseil d'administration ou d'une table de concertation connaît une personne qui a un problème de santé mentale et l'invite à venir siéger à cette instance. Ce que l'on attend d'elle est alors ni plus ni moins qu'elle raconte son histoire et son parcours dans les services de santé mentale.

Cette manière de faire, encore courante aujourd'hui, soulève un questionnement, tant pour les personnes utilisatrices de services de santé mentale que pour les autres acteurs, sur leur représentativité et leur légitimité en raison, notamment, de la multiplicité des formes que les troubles mentaux peuvent prendre. Les personnes utilisatrices sont tantôt sans affiliation, tantôt membres d'un groupe ou d'un organisme communautaire, tantôt membres d'un groupe de défense des droits en santé mentale, beaucoup plus rarement – du moins jusqu'à ce que soit mises en place les différentes structures régionales en vue de soutenir la participation des usagers – membres d'une association d'utilisateurs de services.

À cette première difficulté s'en ajoute une deuxième : le seul fait qu'une personne détienne le titre d'« usager » l'autorise-t-elle à représenter tous les autres usagers et à parler en leur nom ? Lorsqu'elle est membre d'un groupe ou d'une association, on peut aussi se demander au nom de qui elle parle : en son nom personnel ou au nom de son groupe de référence ? Enfin, on ne saurait ignorer que le

recrutement ciblé des usagers a également pour effet de créer entre eux des rapports inégalitaires. Certains, articulés et possédant une expérience approfondie du réseau de la santé et des services sociaux, deviennent en quelque sorte des références obligées : c'est toujours vers eux que l'on se tourne, car ils sont des « professionnels » de la participation. L'enjeu de la représentativité soulève donc une condition qui apparaît ici incontournable : pour démocratiser la participation des usagers, l'existence d'une vie associative est nécessaire parce qu'elle rend possible le choix des représentants qui porteront leur parole. Les rassemblements d'usagers qui commencent à se créer dans les différentes régions du Québec donnent à croire que c'est là un objectif qui sera possiblement atteint dans les prochaines années.

Au problème de la représentativité, il faut ajouter celui de la légitimité. Quel peut être en effet l'apport des usagers dans les discussions sur la planification et l'organisation des services ? Dans les modalités actuelles de fonctionnement, faute de précision sur ce que l'on attend d'eux, on leur attribue souvent – et ils le revendiquent également – un rôle d'« expert d'expérience » (Clément et autres, 2011). Leur participation trouve sa pertinence du fait qu'ils ont une connaissance basée sur une expérience vécue dans le système de soins. Ce « savoir expérientiel » est considéré comme utile, parce qu'il informe concrètement des problèmes rencontrés en lien avec l'utilisation des services et la qualité de vie (Canadian Mental Health Association, 2011).

Nos travaux, mais également ceux de l'AGIDD-SMQ, permettent de dégager une tendance émergente assez forte de la part des usagers à remettre ce rôle en question : plusieurs disent en effet ne plus vouloir s'accommoder d'une participation qui se construirait uniquement sur le témoignage de leur « expérience vécue » (Clément et autres, 2011; Dallaire, 2010; AGIDD-SMQ, 2009). Parce que témoigner, ce n'est pas discuter, ils considèrent avoir beaucoup plus à dire. En fait, ils jugent nécessaire d'investir aussi la conversation sur des questions et des enjeux qui ne les concernent pas uniquement, ou pas exclusivement (Ghadi et Naiditch, 2006). Ils valorisent la nécessité d'avoir une bonne connaissance des dossiers, des enjeux portés par les acteurs concernés, des logiques qui y sont à l'œuvre ainsi que des moyens et des ressources qui sont en jeu. Pour que la participation des usagers soit légitime et ait une portée sur les discussions, il est préférable d'apparier leur expérience à un point de vue fondé et argumenté sur la planification et l'organisation des services. Encore une fois, la vie associative se présente ici comme une condition favorable à cette prise de position dans les débats parce qu'elle donne des outils pour autre chose que pour le témoignage.

Pour exister, cette vie associative doit toutefois en posséder les moyens : l'accès à une salle, à une infrastructure soutenant l'organisation logistique et matérielle des rencontres, un budget pour payer les déplacements des usagers, pour compenser leur temps de travail, etc. Il faut aussi reconnaître l'importance du temps. Apprendre à participer, s'intéresser à la chose publique, s'approprier les dossiers et avoir des propos qui ont de l'influence sont autant de dimensions qui nécessitent que les usagers s'impliquent à long terme.

Dans les suites du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, l'organisation des usagers en collectif est bien engagée, d'autant plus que les modalités de leur représentativité se sont passablement améliorées par les mécanismes de démocratisation que leur confère un début de vie associative (élection des représentants, prise de position collective, etc.). Cet élan demeure malgré tout fragile à l'échelle du Québec en raison, notamment, d'un soutien financier incertain. Seulement six régions bénéficient actuellement d'un appui financier de leur ASSS, tandis qu'une autre parvient à se maintenir grâce à un montage financier particulier. Encore là, pour la plupart de ces régions, les appuis ne sont pas récurrents (Clément et autres, 2011), ce qui menace la continuité de la vie associative des usagers.

Ainsi, en dépit de l'importante mobilisation visant à rendre plus effectif le droit à la participation, force est de reconnaître que les conditions pour actualiser ce droit ne sont pas entièrement au rendez-vous. Avoir le droit de participer sans avoir les moyens de le faire demeure sans effet, sans espoir et sans promesse. Espérons que, là où il y a des engagements financiers assurant la participation des usagers, ils se poursuivront, que là où ces engagements sont instables, ils se stabiliseront et que là où il y a encore absence d'engagement, la situation sera rapidement rectifiée. Il faut aussi espérer que les CSSS et les ASSS qui tardent à faire participer les personnes utilisatrices aux exercices de planification et d'organisation de leurs services se conformeront à la directive du *Plan d'action 2005-2010*. La volonté politique de notre société vis-à-vis du droit à la participation est incontestable, mais encore faut-il que cette volonté soit honorée en l'assortissant de moyens concrets. C'est la seule façon d'assurer que la participation des personnes utilisatrices soit reconnue comme « représentative » et « légitime ».

En ce qui concerne les familles, la FFAPAMM (2010, p. 3) souligne que, « sauf exception, tout nous indique que les CSSS n'ont pas mis en place de mesures particulières pour améliorer l'accueil, l'information et le soutien des membres de l'entourage, qui accompagnent leur proche atteint de maladie mentale dans le réseau de la santé ». Les besoins des familles et des proches seraient relégués au second rang, les priorités étant accordées aux besoins des personnes utilisatrices. L'implication des familles dans le traitement ou le suivi demeurerait problématique. La question de la confidentialité est rapportée comme l'un des obstacles principaux à l'intégration des familles dans le processus de soins. Les organisations membres de la FFAPAMM ont ainsi mis sur pied des formulaires de référence systématique, qui doivent être donnés par les CSSS lorsqu'une famille s'y présente avec un proche ayant des troubles mentaux. Grâce à ce formulaire, les parents en question autorisent les intervenants des CSSS à transmettre leurs coordonnées à l'organisme venant en aide aux familles dans leur territoire respectif. Un signet rappelant aux professionnels de prendre en compte les familles sera également disponible prochainement. En outre, « des initiatives intéressantes sont en cours, soit l'implantation de protocoles d'accueil et de sortie, qui balisent l'intervention devant être faite auprès des membres de l'entourage » (FFAPAMM, 2010, p. 6) afin d'aider les familles après l'hospitalisation. La surcharge de travail ainsi que l'absence de relève entraînent par ailleurs la faible participation des familles aux tables de concertation, d'où l'importance pour les groupes de soutien aux familles d'assurer une formation interne afin de s'assurer du maintien de l'expertise.

La place des familles au sein des transformations du système de santé mentale : état des lieux

Jean-Pierre Bonin, Ph. D.
Mélanie Lavoie-Tremblay, Ph. D.
Nicole Ricard, Ph. D.
Guylaine Cyr, Ph. D.
Dominique Laroche, M. Sc.
Centre de recherche Fernand-Seguin, Hôpital Louis-H. Lafontaine

Selon Santé Canada (2002b), 60 % des familles de personnes atteintes de maladie mentale grave ont la responsabilité d'assurer les soins généraux à leur proche et plusieurs sont amenées à jouer un rôle d'aidant naturel, sans toutefois bénéficier des conseils, du soutien ou du répit dont elles auraient besoin (OMS, 2005b; OMS, 2001b). De nombreuses études, qui ont décrit l'expérience de ces familles, mettent en évidence le fait que les aidants présentent significativement plus de détresse émotionnelle que les personnes du même groupe d'âge de la population générale et qu'ils sont insatisfaits des services à leur égard. Les familles rapportent un manque d'information sur les ressources et un manque d'implication dans les décisions concernant les traitements de leur proche (Biegel, Song et Milligan, 1995; Ricard, Fortin et Bonin, 1995; St-Onge, Lavoie et Cormier, 1995; Ricard et Fortin, 1993; Ricard, 1991; Tessler, Gamache et Fisher, 1991; Grella et Grusky, 1989; Holden et Lewine, 1982). Il est de plus en plus reconnu que le manque de collaboration du système de santé mentale avec les aidants contribue à alourdir le fardeau déjà présent et inhérent à la responsabilité des soins ou du soutien donnés à la personne atteinte et conduit ainsi à une détérioration de son état de santé mentale (Caron et autres, 2005; Provencher et autres, 2003; Francell, Conn et Gray, 1988).

Les conditions de vie difficiles des familles de personnes présentant des troubles mentaux ont maintes fois été soulignées et reconnues, entre autres par les organismes communautaires et d'entraide et les décideurs politiques. Dans la foulée de la Politique de santé mentale du Québec (MSSS, 1989), le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* (MSSS, 2005a) reconnaît la famille comme principale source de soutien pour son proche atteint de maladie mentale et réaffirme son rôle comme partenaire dans l'élaboration des services. Depuis la publication de ce plan d'action, des changements majeurs dans l'organisation des services de santé mentale sont en cours. On peut alors se questionner sur la participation des familles à l'implantation de tels changements. À cet effet,

un projet de recherche[182] a été élaboré afin de mieux comprendre l'expérience et les perceptions des familles de personnes atteintes de troubles mentaux dans une période de transformation des services.

Le présent encadré vise à décrire les éléments suivants : 1) l'expérience d'aidant dans le contexte de transformation des services de santé mentale; 2) les perceptions des familles quant à l'accessibilité, à la qualité et à la continuité des soins et services offerts aux personnes atteintes de troubles mentaux; 3) les perceptions des familles et d'autres acteurs clés (gestionnaires, décideurs et organismes communautaires) relatives aux mécanismes facilitant ou limitant le partenariat dans la mise en œuvre des transformations; 4) les résultats obtenus lors d'un forum tenu le 17 novembre 2011 afin de déterminer des moyens d'améliorer la collaboration avec les familles des personnes atteintes de troubles mentaux.

Les résultats de l'étude sur les familles

Les participants à la recherche sur les familles ont en moyenne 62 ans, 82,3 % sont des femmes, 94 % parlent français, 71,9 % sont mariés et 64,0 % n'ont pas de travail à l'extérieur du domicile. Ils apportent de l'aide à leur proche atteint de troubles mentaux depuis 14 ans en moyenne, cette durée variant de 8 mois à 53 ans. Plus de 95 % des familles affirment fournir un soutien affectif à leur proche, alors que le soutien financier est apporté par près de 80 % des familles. Quant aux proches atteints de maladies mentales dont ils prennent soin, ils ont en moyenne 38 ans, sont le plus souvent fils ou fille du répondant (71 %) et habitent la même maison (28,5 %) ou la même ville (39,9 %). Ils sont le plus souvent atteints de schizophrénie (49,9 %), de troubles bipolaires (18,4 %) ou de troubles schizo-affectifs (11,1 %). À cet effet, ils ont utilisé surtout les services suivants au cours des 12 mois précédant l'étude : clinique externe de psychiatrie (46,8 %), clinique médicale (41,0 %), CLSC (24,8 %), urgence d'un hôpital général (19,0 %) et organisme communautaire (16,3 %).

Les perceptions des familles quant aux besoins et à la qualité des services offerts

En ce qui concerne les besoins relatifs aux soins offerts par les familles, 41,4 % de celles-ci estimaient que les besoins de leur proche atteint de trouble mental étaient stables depuis les 12 derniers mois, alors que 31,0 % considéraient que ces besoins fluctuaient au cours de cette période. Pour 70 % des familles, l'accès aux services dont leur proche a besoin est demeuré le même. Lorsqu'on a demandé aux familles ce qu'elles ont le plus apprécié des services reçus par leur proche, elles ont nommé la continuité des services et le suivi (27,4 %) ainsi que la relation

182. Le devis de cette recherche est une étude longitudinale avec deux temps de mesure à 18 mois d'intervalle, de mai 2009 à novembre 2010, qui incluait un échantillon aléatoire de familles membres d'un organisme communautaire proportionnel à la population de chaque région du Québec. Seul le temps 2 a été décrit dans ce rapport, lequel a joint 383 familles (taux de réponse : 67,8 %). Les familles ont rempli les instruments suivants : *Données sociodémographiques et perception des services* (questionnaire ad hoc), *Expérience d'aidant naturel ECI* (Szmukler et autres, 1996), *Indice de détresse psychologique de Santé Québec* (Préville et autres, 1992) et *Questionnaire Vanderbilt sur l'auto-efficacité en santé mentale* (Bickman, Earl et Klindworth, 1991). À la suite de ces différentes étapes, un forum, réunissant près de 60 membres de familles, intervenants et décideurs, a eu lieu le 17 novembre 2011. Les personnes présentes à ce forum ont pu déterminer des pistes d'action à soumettre aux instances gouvernementales en santé en se basant sur les résultats de l'étude. Ces pistes d'action se trouvent à la fin de l'encadré.

thérapeutique (16,5 %). Ce qu'elles ont le moins apprécié était le manque d'accessibilité des services (21,8 %) et elles souhaitaient qu'on améliore principalement, outre l'accessibilité, la collaboration et les relations avec la famille (25,0 %).

Les effets du rôle d'aidant sur les familles et l'information reçue

Les deux tiers (66,8 %) des familles consultées affirment jouer le rôle d'aidant avec une certaine difficulté et 17 % disent se sentir dépassées ou stressées la plupart du temps devant les exigences de ce rôle. En moyenne, 53 % des familles ayant participé à la recherche présentent une détresse psychologique élevée, alors que celle-ci est présente à 20 % en moyenne dans la population générale (Préville et autres, 1992).

Pour mieux s'outiller dans leur rôle d'aidant, la majorité des familles rencontrées (65,5 %) avaient contacté des associations de familles et d'amis. Les familles y ont bénéficié de mesures de soutien, tels des groupes d'entraide et des activités d'information sur les troubles mentaux, les traitements et les ressources. Un peu plus de 30 % mentionnent avoir pris part à des interventions individuelles de counselling. Les familles soulignent aussi qu'elles ont besoin d'information. Ainsi, 61,4 % des familles, en 2010, n'étaient pas au courant des orientations politiques énoncées dans le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* et des changements dans les services de santé mentale. De plus, respectivement 48,4 % et 61,8 % des familles estiment que les intervenants, au cours des 12 mois précédents, ne les ont aucunement orientées vers les bonnes ressources ou informées sur les services de santé mentale disponibles dans leur région afin de les soutenir dans leur rôle d'aidant.

La collaboration

Le rôle de partenaire suppose l'implication des familles dans l'organisation et la prestation des soins. Or, 69,0 % des familles estiment que les intervenants ne les ont aucunement consultées au sujet du traitement de leur proche et 78,2 % disent ne pas avoir eu l'opportunité de participer aux décisions qui concernent l'organisation des services offerts dans leur région. Ce dernier rôle se réalise plutôt par l'intermédiaire des organismes tels que la FFAPAMM[183] et la Société québécoise de la schizophrénie[184], qui font des représentations auprès des autorités politiques.

Les résultats du forum réunissant des membres de familles, des intervenants et des décideurs

Lors du forum réalisé au cours de la recherche, des familles, des représentants d'organismes communautaires et des décideurs ont indiqué des problèmes rencontrés par les familles de personnes atteintes de troubles mentaux et des pistes d'action pour y remédier. Il en est ainsi ressorti que la loi qui empêche la collaboration de l'aidant si le patient majeur ne donne pas son consentement constitue une entrave importante. Selon plusieurs personnes rencontrées, cette

183. La FFAPAMM est une fédération qui regroupe 39 associations de familles et amis à travers le Québec.

184. La Société québécoise de la schizophrénie, qui regroupe 800 membres, aide les personnes atteintes de cette maladie et leurs proches à y faire face.

loi donne tous les droits aux patients majeurs et aucun droit aux aidants. Or, la loi sur la confidentialité (Loi sur la protection des renseignements personnels), contrairement à ce que laissent entendre certains intervenants, n'empêche pas les intervenants d'écouter les familles et de leur parler de certains éléments généraux concernant la situation de leur proche. Les participants au forum ont également rapporté que la stigmatisation envers les personnes atteintes de maladie mentale et leur famille limite l'accès aux services et isole les familles. En effet, les familles ont tendance à retarder leur recours aux services par crainte de voir leur proche étiqueté comme ayant des troubles mentaux.

Par ailleurs, les participants ont mis en relief qu'il serait opportun que les intervenants soient mieux formés ou sensibilisés afin de cerner les nuances de la loi sur la confidentialité et soient ainsi plus à même de collaborer avec les familles. L'importance du développement et de l'implantation de protocoles de collaboration, tels que pour le suivi posthospitalier, a aussi été soulignée, car ces protocoles sont considérés comme des outils facilitant l'implication des familles dans le traitement des proches. Enfin, une meilleure connaissance du rôle des associations de familles pourrait contribuer à accroître la collaboration entre les familles et les intervenants pour un meilleur traitement des proches.

Conclusion

Le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010* visait, entre autres, à mettre les familles à contribution dans le processus de soins de leur proche ainsi que dans les transformations qui ont eu lieu dans le réseau de la santé mentale au Québec. Or, selon les résultats de la recherche, le fardeau des familles n'a pas beaucoup changé depuis la publication du *Plan d'action 2005-2010*. Ainsi, on constate que la détresse psychologique des familles est aussi élevée que celle constatée au cours des recherches québécoises des années 1990 (Provencher et autres, 2003; Ricard, Fortin et Bonin, 1995; Ricard et Fortin, 1993). Par ailleurs, les familles continuent de souligner, tout comme ces études, le manque d'information relativement aux services reçus par leur proche et aux ressources disponibles. De plus, il appert que l'on n'a pas pris le temps d'instaurer une véritable collaboration avec les familles de personnes atteintes de troubles mentaux. Les acteurs clés rencontrés au cours de cette recherche ont indiqué que la priorité du *Plan d'action 2005-2010* visait plutôt les intervenants qui avaient à implanter les changements. Peut-être le prochain plan d'action en santé mentale permettra-t-il d'aller plus loin et de mettre en place un véritable partenariat avec les familles des personnes atteintes de troubles mentaux?

6.1.9. Le bilan de la réforme en santé mentale

Depuis 2005, les réformes ont modifié progressivement l'organisation des soins de santé mentale au Québec, favorisant la consolidation des soins primaires et les services dans la communauté. Le Québec fait figure de pionnier au Canada dans ce secteur, puisqu'il est la deuxième province canadienne à investir le plus en pourcentage du total de son budget de santé mentale aux services dans la communauté. Dans la province, la santé mentale a été

priorisée dans le programme politique des transformations en santé, autant au MSSS que dans les CSSS. Le MSSS a notamment créé le CNESM, d'abord pour le déploiement du suivi intensif et du soutien d'intensité variable (en 2008), ensuite pour les soins primaires de santé mentale (printemps 2011), comme nous l'avons vu au chapitre précédent[185]. L'ensemble de cette restructuration s'effectue dans un contexte international et canadien de consolidation des soins primaires et de refonte des systèmes de soins, qui vise à améliorer leur performance et le rétablissement des personnes. Notons, parallèlement au *Plan d'action 2005-2010*, la création de la CSMC, en 2007, laquelle a instauré des lignes directrices pour un système performant en santé mentale – le Canada n'a pas de politique de santé mentale pour l'ensemble des provinces[186].

Le *Plan d'action 2005-2010* visait une modification importante de l'organisation des soins de santé mentale au Québec. Pour la première fois, l'accent est mis sur les soins primaires et les médecins (omnipraticiens et psychiatres) sont au cœur des enjeux de restructuration. La réforme innove en insistant sur l'importance du travail interdisciplinaire, de la coordination et de la hiérarchisation des soins, du soutien accru de la clientèle dans la communauté (programmes de suivi intensif et de soutien d'intensité variable, tout particulièrement[187]) et, dans une moindre mesure, du déploiement des bonnes pratiques cliniques. La reconnaissance de l'usager, maître d'œuvre de son rétablissement, est aussi renforcée, comparativement aux réformes antérieures, ainsi que le soutien des familles. La lutte contre la stigmatisation, au cœur des enjeux, implique l'accroissement de l'intégration des personnes dans leur communauté (logement, travail, participation aux processus décisionnels, pairs aidants, etc.). Les objectifs poursuivis par le *Plan d'action 2005-2010*, lesquels devaient s'implanter sur une période de cinq ans, étaient donc fort ambitieux et demandaient des changements substantiels de l'organisation des soins et une coordination importante des leviers gouvernementaux de pouvoir – plusieurs leviers sont hors du contrôle de la Direction de la santé mentale, dont la régulation des médecins, la coordination avec d'autres programmes-services ou secteurs, l'enveloppe budgétaire globale allouée à la santé mentale, etc.[188].

Pour implanter le *Plan d'action 2005-2010*, peu de nouveaux fonds ont été rendus disponibles, et les transferts de ressources entre établissements ou services ne se sont pas faits à la hauteur des objectifs ciblés. La priorisation du programme de santé mentale au sein du MSSS est restée somme toute grandement théorique, étant donné que le financement alloué à la santé mentale n'a pas été favorisé dans la structuration par programmes-services. Les restructurations effectuées particulièrement dans les hôpitaux psychiatriques, bien qu'en deçà des cibles initialement visées, ont permis une certaine consolidation des services

185. Voir les informations complémentaires sur le CNESM au chapitre 5, section 5.2.

186. Voir l'introduction du chapitre 5, particulièrement la note de bas de page 95, pour plus d'information sur la CSMC.

187. Notons néanmoins que certaines provinces sont beaucoup plus avancées que le Québec dans le déploiement d'équipes en suivi intensif ou en soutien d'intensité variable. Selon un expert, l'Ontario a notamment déployé près de 80 équipes en suivi intensif dans les dernières années.

188. Les médecins, sauf ceux exerçant en CLSC (qui sont salariés), sont travailleurs autonomes dans le système de santé et de services sociaux. Au fil des années, différents mécanismes ont été mis en place pour mieux réguler l'offre des médecins (et l'accès aux services dans la province). Les médecins de famille relèvent d'une autre direction que la Direction de la santé mentale, soit la Direction de l'organisation des services de première ligne intégrés, et l'ensemble est chapeauté par la Direction des services de santé et médecine universitaire (MSSS, site Internet, *Organigramme du Ministère)*. En outre, certains partenaires clés des services de santé mentale sont sous la Direction des services sociaux, telles la Direction des dépendances et de l'itinérance ou la Direction des jeunes et des familles. Par rapport aux omnipraticiens, notons aussi que peu d'incitatifs ont été instaurés pour les inscrire dans la réforme en santé mentale. Ils sont donc au cœur de la réforme, mais étonnamment peu ciblés directement – mis à part les processus de coordination mis en place en santé mentale (guichet d'accès et psychiatre répondant).

offerts en CSSS, des services ambulatoires et, particulièrement, de la première ligne. Le financement global des organismes communautaires, qui sont pourtant des acteurs centraux des soins primaires de santé mentale[189], demeure toujours sous le seuil des objectifs du *Plan d'action 2005-2010*, quoiqu'il varie selon les régions. Il existe également des disparités significatives entre les régions sociosanitaires en matière de ressources allouées par personne. De plus, dans la majorité des régions, les services les plus financés sont encore ceux liés à l'hospitalisation. Les appartements supervisés mériteraient d'être davantage consolidés, ou toute autre forme d'hébergement visant une plus grande autonomie des personnes, mais intégrant du soutien, notamment le soutien au paiement de loyer jumelé à un suivi d'intensité variable ou intensif.

Outre l'accès, qui demeure problématique d'une façon globale dans beaucoup de services, malgré une certaine amélioration dans la dernière année, particulièrement probante dans certains secteurs (notamment le soutien d'intensité variable et les services ambulatoires pour les moins de 18 ans), l'arrimage entre les domaines médical et psychosocial mériterait d'être grandement consolidé. Dans le secteur de la santé mentale, le modèle biomédical serait toujours prédominant[190], et une méconnaissance persisterait concernant l'utilité et la compétence de certains professionnels. À titre d'exemple, l'accès à une psychothérapie est encore difficile, que ce soit en raison d'un manque de personnel compétent, de longs délais pour l'obtention des services d'un psychologue (Ordre des psychologues, 2010), du nombre limité d'entre eux qui exercent dans le réseau public ou encore de l'insuffisance de ressources investies dans ce domaine (comparées, par exemple, aux ressources investies pour la médication). Étant donné le manque de liens entre omnipraticiens, psychologues et équipe psychosociale de soins, les personnes aux prises avec des troubles courants ou modérés se limitent ainsi trop souvent à consulter exclusivement leur omnipraticien, lequel offre généralement une médication (et une thérapie de soutien), mais pas de psychothérapie (Ordre des psychologues, 2010; Fleury et autres, 2010a et 2010e). Finalement, les personnes présentant un diagnostic de troubles concomitants – principalement des troubles mentaux et de toxicomanie, mais incluant également la déficience intellectuelle, les troubles envahissants du développement et les troubles physiques chroniques – représentent toujours un défi pour les services, en raison de la complexité de leur problématique et du fonctionnement en silo du système de soins (Fleury et Grenier, 2012e; Ordre des psychologues, 2010).

Le *Plan d'action 2005-2010* a mis plus de temps que prévu à s'actualiser et, dans plusieurs territoires, est demeuré grandement inachevé, principalement en raison du manque de ressources requises en CSSS et des lacunes de collaboration entre les CSSS, les omnipraticiens et les psychiatres – ces derniers sont toujours des professionnels de la santé hautement autonomes dans le système de soins et ainsi difficiles à gagner aux réformes. Celles-ci, tant du secteur sociosanitaire (création des CSSS et des réseaux locaux de services) que de la santé mentale, ont créé une mobilisation élevée du personnel, ce qui a déstabilisé les équipes de soins. Quant aux mécanismes de coordination (agents de liaison, intervenants pivots, ententes de services, projets cliniques en santé mentale et psychiatres répondants),

189. Précisons cependant que certains organismes communautaires offrent des services spécialisés pour la clientèle ayant des troubles mentaux graves. C'est le cas, par exemple, de certains organismes offrant du suivi intensif ou du soutien d'intensité variable pour des personnes itinérantes présentant des troubles mentaux ou de certaines ressources d'hébergement.

190. Il est à noter que, nulle part dans le *Plan d'action 2005-2010*, on ne fait référence à la médication, malgré l'importance de celle-ci en santé mentale. Quant à l'approche « bio », elle est fort moins présente dans les centres à vocation plus sociale, notamment dans les centres jeunesse, parce que les protocoles de prévention du suicide impliquent la présence de médecins et d'infirmières peinant à voir le jour.

ils ne sont dans l'ensemble que très peu déployés. Le développement de « vrais » réseaux locaux de services et l'intégration du dispositif de santé mentale, incluant un mode de travail majoritairement interdisciplinaire, notamment entre les médecins et les équipes psychosociales, restent grandement à consolider. Les restructurations se sont également concentrées surtout sur les CSSS, étant donné l'importance de l'intégration des effectifs et des programmes, laissant en suspens les modifications reliées à la création de réseaux locaux de services. En outre, certains intervenants ont de la difficulté à passer d'une pratique en établissement à une pratique en réseau (MSSS, 2012). Sur une majorité de territoires, les modalités d'opération de la transformation restent encore à déterminer et leur organisation, à parfaire. L'arrimage entre les établissements et les réseaux public, privé et communautaire, ainsi qu'entre les programmes-services et le secteur intersectoriel, est aussi complexifié par d'importants enjeux de pouvoir et de disponibilité des ressources. Selon certains décideurs consultés, le *Plan d'action 2005-2010* n'était pas non plus toujours adapté à la réalité des CSSS dans les régions éloignées, qui disposent de peu de ressources et doivent composer avec des distances importantes.

À quelques exceptions près, l'offre de services pour les troubles modérés (particulièrement les troubles de la personnalité) demeure très insuffisante (Ordre des psychologues, 2010). L'accès aux services courants demeure ardu, notamment en raison d'une méconnaissance des voies d'accès aux services (FFAPAMM, 2010). Selon certaines personnes utilisatrices, il demeure toujours difficile d'être soigné, d'être pris en charge et d'avoir un suivi. L'Association des groupes d'intervention en défense des droits en santé mentale du Québec (AGIDD-SMQ, 2010, p. 3) souligne aussi l'absence « de référence à la question du respect et de la promotion des droits dans les principes directeurs » du *Plan d'action 2005-2010*, y compris « les mesures de contrôle que sont l'isolement, la contention et les substances chimiques » (AGIDD-SMQ, 2010, p. 6). Ces sujets d'intérêt devraient, selon cet organisme, toujours être au cœur des réformes du système de santé mentale. Quelques avancées sont toutefois notables dans les activités de prévention et de promotion. Mentionnons entre autres les campagnes médiatiques nationales sur la prévention de la dépression, qui ont connu un vif succès et ont contribué à améliorer les perceptions sur la maladie mentale[191] (MSSS, 2012), de même que la publication de deux guides de bonnes pratiques en intervention du suicide destinés aux gestionnaires et aux intervenants en CSSS (disponibles sur le site Internet du MSSS). Des efforts restent aussi à poursuivre pour accroître les acquis des usagers et des familles en matière de reconnaissance de leur pouvoir de décision, de savoir expérientiel et de soutien.

Bref, les objectifs du *Plan d'action 2005-2010* n'ont pu être atteints en raison de l'ampleur des restructurations et de l'insuffisance des ressources. Un travail colossal a toutefois été accompli : il consistait à distinguer les clientèles desservies dans les services courants ou spécialisés, à établir le profil des clientèles visées par les différentes sous-équipes et à clarifier les trajectoires de soins et les modalités de coordination aux guichets d'accès et entre les services, sans oublier les négociations avec différents groupes d'acteurs à l'intérieur des CSSS, et entre ces derniers et les services spécialisés et les organismes communautaires. Les mécanismes donnant accès aux guichets d'accès ont aussi dû être formalisés, des structures de concertation, fortement animées, etc. Des tensions politiques ou historiques entre les

191. Quatre campagnes se sont déroulées autour de la déstigmatisation, spécifiquement de la dépression (2007 à 2010). La dernière, essentiellement radiophonique, a connu moins de succès (voir à ce sujet l'*Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale* 2005-2010, MSSS, 2012).

acteurs et des difficultés à établir des consensus sur la hiérarchisation des services et la coordination des soins ont aussi dû être contournées. Enfin, bien que des avancées importantes aient été réalisées, l'implantation inégale de la réforme en cours –, dont les efforts de déploiement devraient se poursuivre dans les prochaines années – s'explique en partie par un accompagnement insuffisant sur le plan de l'implantation du changement et du transfert des connaissances, qui sont des facteurs clés de l'opérationnalisation des réformes et sujets des deux prochaines sections.

6.2 LES DÉFIS DE L'IMPLANTATION : ENJEUX THÉORIQUES

L'implantation de changements dans les systèmes de soins pose des défis majeurs et ces derniers sont bien souvent proportionnels à l'ampleur des transformations proposées. En santé mentale, la réforme visait une transformation substantielle de l'organisation du dispositif de soins. Les défis étaient donc nombreux. L'implantation se définit comme un ensemble d'activités spécifiques destinées à mettre en place une intervention, un programme ou une réforme dont les dimensions sont connues (Fixsen et autres, 2005). Par sa nature, l'implantation est un processus social en interrelation avec le contexte où elle prend place (Damschroder et autres, 2009). Le degré d'implantation d'une innovation (ou d'un changement) se mesure par l'écart entre ce qui était planifié et ce qui a été réellement implanté, ce qui implique une appréciation de la fidélité au modèle initial proposé. L'implantation vise à minimiser ces écarts ou à optimiser la fidélité du modèle final au modèle planifié. Les écarts sont explicités en tant que facteurs facilitant ou entravant l'implantation des innovations (soit les déterminants du changement).

Le processus d'implantation comprend plusieurs phases distinctes. Il y a d'abord la phase d'exploration, au cours de laquelle sont évaluées les harmonisations potentielles entre les besoins de la communauté, les ressources disponibles et l'innovation, pour finalement décider de procéder à l'implantation. Au moment de cette phase, les activités de communication et de relations publiques sont primordiales (Magnabosco, 2006). Il importe en effet de mobiliser l'intérêt des intervenants, des décideurs et des acteurs de la communauté – en leur signalant les bénéfices qu'ils pourraient retirer en implantant l'innovation – et d'obtenir ainsi leur soutien (Fixsen et autres, 2005). Vient ensuite le programme d'installation, au cours duquel sont mis en place les appuis structuraux nécessaires à l'implantation (financement, ressources humaines, formation, ressources informationnelles, etc.). Les questions de financement sont primordiales au cours de cette période (Magnabosco, 2006). Au moment de l'implantation initiale, la réforme doit faire face à l'inertie et à la crainte du changement. Au moment de sa pleine opération, elle est finalement intégrée dans la pratique, les politiques et les procédures des intervenants et des organisations. Au stade de la pleine opération, certains changements seront reproduits avec fidélité, tandis que ceux qui sont considérés comme indésirables seront éliminés ou modifiés. Finalement, le dernier stade est celui de la durabilité, au cours duquel des mesures sont prises afin de s'assurer que l'implantation se maintienne et demeure efficace malgré les pressions extérieures (Fixsen et autres, 2005). Selon la littérature scientifique, les deux tiers des tentatives d'implantation échouent (Damschroder et autres, 2009).

D'une façon globale, les déterminants (ou facteurs facilitant ou entravant l'implantation) font référence à plusieurs dimensions internes ou externes à l'organisation : 1) l'importance du besoin perçu, qui justifie une innovation; 2) la capacité de l'organisation à changer et son historique en faveur de l'introduction d'innovations; 3) un climat organisationnel non conflictuel, axé sur la qualité; 4) l'expertise de ses membres, incluant une structure décisionnelle décentralisée[192]; 5) la congruence entre la culture organisationnelle et l'innovation; 6) l'ampleur et la qualité des stratégies d'implantation utilisées (formations, ressources financières, outillages, monitorage, etc.) (Weiner, Lewis et Linnan, 2009; Griffiths, Jones et Jimmieson, 2005). Une innovation qui a fait l'objet d'une démonstration scientifique attestant son efficience, qui est considérée comme faisable, qui est perçue comme juste et équitable et qui entraîne des gains pour ses membres sera plus facile à adopter (Durlak et DuPre, 2008; Weiner, Alexander et Shortell, 2002). Des éléments critiques du succès d'un changement sont l'adhésion des intervenants et la pression des réseaux professionnels et sociaux en faveur du changement (les groupes similaires ont tendance à adopter les mêmes comportements) (Carroll et autres, 2007; Greenhalgh et autres, 2004). Le roulement élevé du personnel serait un obstacle à l'implantation, à moins que les embauches permettent le renouvellement des effectifs formés selon l'innovation (Brunette et autres, 2008). Par ailleurs, le leadership est un élément central à l'implantation du changement. Il se traduit notamment par la présence de « champions » (dans le domaine de la santé, l'implication des médecins est primordiale) et d'experts favorables au changement, de même que par le soutien aux transformations de la part d'instances externes clés (agences régionales, MSSS, etc.) (Greenhalgh et autres, 2004). L'inscription du changement dans les politiques publiques et les tendances internationales facilite aussi son adoption (Durlak et DuPre, 2008). Les changements incrémentiels (*bottom up*) sont généralement plus faciles à implanter que les innovations imposées (*top down*), particulièrement s'ils sont associés à d'importants processus de consultation et s'ils découlent de décisions partagées (Brooks, Pilgrim et Rodgers, 2011; Durlak et DuPre, 2008).

Les recherches démontrent que les programmes présentant le plus grand degré de fidélité aux modèles originaux sont ceux qui apportent de meilleures retombées pour les personnes utilisatrices (Lundgren et autres, 2011; Fixsen et autres, 2005). Néanmoins, ces études impliquent généralement des interventions simples et très structurées (comme le suivi intensif et le soutien d'intensité variable), dont la reproduction est facilitée (Carroll et autres, 2007; Dusenbury et autres, 2003). Les interventions complexes, telles que les réformes du système de soins, demandent un haut degré d'adaptation à l'environnement. L'adaptation réfère aux changements apportés au modèle original durant l'implantation. Diverses études montrent que les adaptations apportées à une innovation peuvent contribuer à améliorer ses retombées (Durlak et DuPre, 2008). La mesure du degré global d'implantation d'une innovation dépend toutefois du déploiement même de ses composantes (Carroll et autres, 2007). Plusieurs études indiquent que plus les composantes qui sont au cœur de l'innovation (*core components*) sont clairement connues et définies, plus l'innovation sera implantée rapidement avec succès (Fixsen et autres, 2005). Par ailleurs, l'importance du moment (*timing*) des évaluations d'implantation pour juger de l'efficacité des innovations a été

192. Une prise de décision autoritaire en faveur d'une innovation peut en faciliter l'implantation initiale, mais elle réduirait les chances que cette innovation soit implantée avec succès et de façon durable (Greenhalgh et autres, 2004).

démontrée. Plusieurs recherches d'efficacité s'effectueraient dans les périodes initiales de l'implantation d'innovations, sans que ces dernières soient réellement opérationnelles, ce qui conduit parfois à de mauvaises interprétations (ou « syndrome de la boîte noire ») (Fixsen et autres, 2005).

Quant aux retombées de l'implantation, elles comprennent notamment divers changements observés : 1) dans le comportement et les habiletés des professionnels (connaissances, aptitudes, compétences, etc.); 2) dans la culture et la structure organisationnelles (innovations, concertations, bonnes pratiques déployées, services basés sur les meilleurs modèles, etc.); 3) dans les relations avec le personnel, les personnes utilisatrices et les partenaires du système (satisfaction de la clientèle, nombre minimal de plaintes, rétention du personnel, niveau d'intégration du système, etc.); 4) dans l'amélioration de la santé et du bien-être de la population (Fixsen et autres, 2005).

Cette sous-section visait à démontrer la complexité de l'implantation d'innovations et à signaler les différents phénomènes en interaction venant déterminer le succès du déploiement du changement. L'implantation de réformes dans le système de santé mentale implique donc des changements majeurs d'une grande complexité, qui demandent de mobiliser étroitement l'ensemble des conditions facilitant le changement, énoncées ci-avant, et exige un important degré d'adaptation et de soutien aux transformations.

6.3 LE TRANSFERT DES CONNAISSANCES (OU ÉCHANGE DES CONNAISSANCES)

L'introduction de réformes en vue d'améliorer la performance du système de santé et de services sociaux nécessite d'inscrire le transfert des connaissances au cœur des enjeux du fonctionnement du dispositif de soins. Le transfert des connaissances se définit comme « l'ensemble des activités et des mécanismes d'interaction favorisant la diffusion, l'adoption et l'appropriation des connaissances les plus à jour possible en vue de leur utilisation dans la pratique professionnelle et dans l'exercice de la gestion en matière de santé » (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009, p. 7). Les connaissances émergent de recherches, de savoirs tacites (savoir-faire provenant d'un bagage de connaissances et d'expériences pratiques ou savoirs expérientiels) ou de données analysées (indicateurs de performance). Au Québec, la volonté de rapprocher les chercheurs, les praticiens et les décideurs en santé s'est manifestée dès les années 1980, lorsque des organismes subventionnaires québécois et canadiens ont commencé à favoriser la recherche appliquée (Lamothe, Fortin et Trottier, 2007). À partir

de la fin des années 1990, des mécanismes officiels[193] ont été introduits afin de créer des alliances entre ces milieux, et des programmes de financement[194] ont davantage été ciblés pour favoriser de telles initiatives (Faye, Lortie et Desmarais, 2007).

Le transfert des connaissances vise à apporter un éclairage nouveau ou plus approfondi sur certains problèmes; à faciliter la prise de décision, le processus de résolution de problèmes ou encore l'élaboration de nouvelles pratiques ou politiques; à légitimer ou à soutenir des positions déjà prises; à permettre la construction d'un argumentaire pour l'action. Dans un contexte où les décideurs sont de plus en plus imputables, la connaissance peut favoriser une prise de décision éclairée (mouvement du *evidence-based decision* ou du *evidence-informed decision* – voir le chapitre 4) et ainsi « augmenter l'objectivité et l'efficience des décisions » (Labrecque et autres, 2008, p. 11). Trois modalités de transfert des connaissances sont établies : 1) l'approche linéaire ou unidirectionnelle, dans laquelle le chercheur expert insuffle les connaissances à l'utilisateur (praticien ou gestionnaire), qui demeure passif; 2) l'approche par résolution de problèmes, où la commande provient du décideur ou du clinicien et où il est présumé que l'application sera optimale du fait qu'elle répond aux besoins des utilisateurs; 3) l'approche interactive, qui consiste en une série d'allers-retours entre chercheurs et utilisateurs, et dont les questions à l'étude et le processus de recherche découlent d'un travail collectif (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009).

Il a été démontré que plusieurs conditions facilitent le transfert des connaissances, notamment les suivantes : 1) la qualité, la pertinence et l'applicabilité des connaissances visées par le transfert ainsi que leur adéquation à répondre aux besoins perçus des utilisateurs; 2) la crédibilité des porteurs de connaissances, leur implication soutenue dans les réseaux d'utilisateurs et leur capacité à interagir et à convaincre différents publics; 3) la culture organisationnelle, laquelle devrait encourager la recherche et l'innovation et consacrer des ressources à ces activités (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). Les connaissances qui ont fait l'objet d'une démonstration scientifique et pratique (expérimentées notamment lors d'un projet pilote) et qui ont prouvé leur efficacité ont plus de chance d'être adoptées (Court et Young, 2006). Les principaux obstacles à la transmission des connaissances seraient le manque de temps et d'expertise (Labrecque et autres, 2008).

Différentes stratégies sont proposées pour optimiser le transfert des connaissances : 1) diversifier les sources de diffusion et faciliter leur accès (médias, mémoires, groupes d'experts, communautés de pratique, etc.); 2) cibler les publics et adapter le langage et les messages en fonction de ceux-ci en dégageant d'une façon synthétique les points clés des études; 3) adapter la diffusion selon l'emploi du temps et les préférences des utilisateurs; 4) prioriser une approche interactive (face à face), où les finalités sont partagées et les attentes et les rôles de chacun, bien définis dès le départ; 5) introduire des mécanismes ou des outils (courtiers en connaissance, formations pratiques, guides de bonnes pratiques,

193. Plusieurs exemples peuvent être mentionnés. Les centres affiliés universitaires ont ainsi instauré des modèles d'alliance au sein des établissements de première ligne : courtage de connaissance, réseautage entre chercheurs et gestionnaires, soutien à l'innovation, etc. (Lamothe, Fortin et Trottier, 2007). Au MSSS, l'adoption de la Politique québécoise de la science et de l'innovation et la création d'un poste de responsable du transfert de connaissances, en 2001, la création de l'Unité de l'innovation et du transfert des connaissances, en 2004, puis la fusion de cette dernière avec la Direction de la recherche du MSSS, en 2006, pour ainsi former la Direction de la recherche et de l'innovation sont des étapes clés marquant la reconnaissance de l'importance du transfert des connaissances (Labrecque et autres, 2008).

194. Notons spécialement les initiatives promues par la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS), dont le programme Forces – formation en utilisation de la recherche pour les cadres qui exercent en santé – et les programmes du Fonds pour l'adaptation des services de santé, au tournant des années 2000, ainsi que, plus récemment, les programmes en partenariat des IRSC.

revues synthétiques des bonnes pratiques, serveurs informatiques facilitant la recherche, etc.) (Archambault, 2007; Trottier et Champagne, 2006; Barwick, 2006). Le développement de réseaux de relations, propices à l'intégration des cultures de recherche, de gestion et de pratique, est aussi une composante clé du transfert des connaissances (Labrecque et autres, 2008). Ces réseaux favorisent l'adaptation de la recherche aux besoins de la prise de décision et, inversement, peuvent atténuer les réticences envers la recherche (Beyer, 2006; Hemsley-Brown, 2006). Les chercheurs et les utilisateurs (qu'ils soient décideurs ou praticiens) poursuivent généralement des objectifs différents, ce qui est source de tensions (Hemsley-Brown, 2006). Les stratégies de transfert des connaissances doivent, par ailleurs, s'ajuster en fonction du type de connaissances à transférer (Lemire, Souffez et Laurendeau, 2009). Globalement, le transfert des connaissances est mieux réussi lorsque sont privilégiées plusieurs stratégies différentes, de type multidimensionnel, qui ne se limitent pas à des interventions ponctuelles (Archambault, 2007; Walter, Nutley et Davies, 2006). Précisons toutefois qu'il existe toujours des décalages importants entre la recherche et la pratique. Selon Lapaige et Lavoie-Tremblay (2009), il faut généralement attendre de 8 à 15 ans avant que les résultats de la recherche soient utilisés dans la pratique. En outre, seul un faible pourcentage des résultats de la recherche est utilisé dans le processus d'élaboration des politiques de santé (Beyer, 2006).

CONCLUSION

Pour le quatrième rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux du Commissaire à la santé et au bien-être, le choix du secteur de la santé mentale se justifie en raison de l'importance de la prévalence des troubles mentaux, des coûts qui y sont associés sur le plan individuel, familial et social (impacts financiers, sur la santé, la qualité de vie, le travail, etc.) ainsi que des efforts de transformation accomplis au Québec dans les dernières années, efforts qui suivent les tendances internationales. Comme les orientations politiques, soit le *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens* (MSSS, 2005a), sont venues à échéance et comme de nouvelles orientations sont annoncées pour 2012-2013, ce rapport permet d'effectuer un certain bilan de la littérature afin d'orienter les actions pour améliorer la performance de ce secteur clé de la santé et des services sociaux.

Après avoir défini la santé mentale, le **premier chapitre** de ce document s'est consacré à la morbidité des troubles mentaux. Nous avons vu que les troubles mentaux (spécialement la dépression) sont en progression, tant au Québec qu'à l'échelle internationale : ils représenteront d'ici 2030 la principale cause de morbidité dans le monde. Les troubles mentaux les plus fréquents sont les troubles de l'humeur (particulièrement la dépression) et les troubles anxieux. Bien qu'ils soient moins handicapants que les troubles graves, ces troubles, considérés comme « courants » ou « modérés », sont susceptibles d'entraver sensiblement le fonctionnement de la personne touchée. Ils sont entre autres la première cause des arrêts de travail pour des raisons de santé, tant au Canada qu'aux États-Unis. Quant aux troubles mentaux graves, si leur prévalence est peu élevée dans la population générale, ils occasionnent des impacts substantiels sur le plan humain, familial et financier. Ces troubles, qui débutent surtout à la fin de l'adolescence, affectent la fonctionnalité des personnes atteintes, en limitant principalement leur accès aux études et au marché du travail ainsi que leurs possibilités d'établir des relations sociales et intimes enrichissantes. Une proportion importante des dépenses de santé mentale est aussi engagée en frais d'hospitalisation, de médication et de services spécialisés consacrés aux traitements des troubles mentaux graves.

Globalement, la prévalence des troubles mentaux est élevée dans tous les groupes d'âge, mais ils débutent particulièrement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Ils sont sous-diagnostiqués en particulier chez les aînés, lesquels doivent aussi faire face à des troubles cognitifs liés au vieillissement, comme la maladie d'Alzheimer. L'importance des troubles mentaux met en lumière la pertinence d'une intervention précoce (particulièrement chez les jeunes) et des activités de dépistage (notamment chez les aînés) afin de minimiser leurs impacts. Souvent, les troubles mentaux sont récurrents et s'accompagnent de troubles concomitants (santé physique, dépendance, etc.), ce qui complexifie leur prise en charge adéquate. En outre, ce chapitre a souligné l'importance des déterminants de la santé à l'égard de l'apparition des troubles mentaux, ce qui implique le repérage et des interventions ciblées spécialement chez les groupes plus à risque (personnes démunies ou en situation

d'itinérance, individus judiciarisés, autochtones, etc.); la pertinence d'interventions précoces; la reconnaissance du fait qu'il est possible de prévenir les troubles mentaux courants; la promotion du fait que les troubles mentaux courants, comme la dépression, sont des maladies et qu'elles peuvent être traitées efficacement. Dans la promotion des stratégies de prévention des troubles mentaux, le concept de santé mentale positive est aussi un point central.

Le **deuxième chapitre** a mis l'accent sur les enjeux liés aux effets des troubles mentaux sur l'individu qui en est atteint ou sur sa famille. Il a permis d'établir que les troubles mentaux, qu'ils soient graves, courants ou modérés, sont reliés à un ensemble de situations ou de conséquences dramatiques tant pour l'individu qui en est affecté que pour son entourage. Les troubles mentaux – dans une plus grande mesure, les troubles mentaux graves – sont souvent accompagnés de la pauvreté; de difficultés accrues au travail ou de réinsertion à l'emploi; d'un accroissement de l'abus ou de la dépendance à l'alcool et aux drogues; de problèmes plus importants de santé physique; d'une mortalité accrue; de risques plus élevés de victimisation et de judiciarisation; d'une prévalence plus importante du suicide ou de l'itinérance; de « va-et-vient continus » entre l'hôpital et la communauté (syndrome de la porte tournante); d'une stigmatisation accrue. La présence d'un trouble mental chez un proche impose un fardeau considérable tout particulièrement à la famille et entraîne des répercussions sur la santé et le développement harmonieux de celle-ci.

Le **troisième chapitre** s'est intéressé principalement à l'utilisation des services de santé mentale, incluant la médication. Il a démontré que l'utilisation des services, leur adéquation aux besoins de la clientèle ainsi que la satisfaction de cette dernière sont associées à un ensemble de déterminants individuels (caractéristiques cliniques, sociodémographiques, etc.) et sociétaux (localisation géographique, réseau social, etc.). L'identification des déterminants individuels permet notamment de cibler certains groupes à risque (jeunes, personnes âgées, hommes, etc.) qui utilisent moins les services de santé mentale, et pour lesquels des stratégies de dépistage et d'interventions proactives pourraient être développées pour optimiser leur prise en charge. Ce chapitre a par ailleurs souligné le rôle clé des omnipraticiens dans la prise en charge des troubles mentaux – les omnipraticiens sont la porte d'entrée des services de santé, permettant la coordination des soins à d'autres professionnels de la santé mentale (services psychosociaux et spécialisés). Néanmoins, le traitement des troubles mentaux en première ligne est loin d'être jugé optimal : les omnipraticiens interviennent trop souvent en silo, et la clientèle présentant des troubles mentaux graves est peu prise en charge par eux. Les services psychosociaux (particulièrement la psychothérapie) sont aussi dans leur ensemble peu développés, tandis que la médication se présente souvent malheureusement comme la seule option pour soigner les troubles mentaux en raison de l'offre déficiente et du travail en silo des professionnels de la santé. En outre, beaucoup d'enjeux touchent à la médication, dont son adéquation, qui est loin d'être optimale, les coûts importants qui y sont liés et les effets secondaires qui accompagnent fréquemment les traitements, particulièrement pour les troubles mentaux graves.

Le **quatrième chapitre** a examiné les « pratiques » en santé mentale basées sur les données probantes, qui représentent le courant dominant dans le secteur de la santé en général et de la santé mentale en particulier depuis le début des années 1990. Une recension de

35 approches cliniques, thérapies, stratégies cliniques et organisationnelles ou modèles d'intervention a ainsi été présentée. Bien que la plupart soient encore peu implantés au Québec, ils suscitent de l'intérêt en vue d'améliorer les services de santé mentale.

Le **cinquième chapitre** a traité des tendances internationales clés des réformes en cours en santé mentale ainsi que de l'évolution historique de l'organisation du système de santé mentale au Québec jusqu'à aujourd'hui. Ce système est ainsi passé d'une structuration hautement hospitalocentrique à une organisation plus diversifiée et intégrée de services dans la communauté, reconnaissant le pouvoir d'agir des personnes et l'importance de leur rétablissement. Des efforts continus de restructuration ont été effectués, particulièrement depuis le déploiement de la Politique de santé mentale (1989), suivie de deux plans d'action en santé mentale (1998-2002 et 2005-2010). Ce deuxième plan d'action, *La force des liens*, a fait des troubles mentaux courants ou modérés une priorité d'action et vise notamment à consolider le rôle des médecins de famille, des soins partagés (ou de collaboration) et des interventions psychosociales, particulièrement déployées dans la communauté (équipe de santé mentale, de suivi intensif, de soutien d'intensité variable, logements autonomes avec soutien, etc.). Les tendances récentes de refonte des services favorisent la consolidation des soins primaires, l'interdisciplinarité, le déploiement des bonnes pratiques, le travail en réseau des professionnels de la santé ainsi que l'intégration et le rétablissement des personnes dans leur communauté.

Le **sixième et dernier chapitre** a abordé les transformations du secteur de la santé mentale au Québec dans les dernières années (spécialement depuis 2005) ainsi que les défis théoriques de l'implantation et du transfert des connaissances. Il a démontré que, même si des progrès significatifs ont été réalisés, bien du chemin reste à faire pour consolider les soins primaires et les services dans la communauté, intégrer les services de santé mentale ainsi que favoriser le maintien des personnes dans leur communauté et leur rétablissement, et ce, dans le contexte actuel de pénurie des ressources et d'accroissement des besoins, comme en témoignent les multiples enjeux dégagés ci-après. L'ampleur des changements soutenus par la réforme en cours et l'insuffisance des ressources mobilisées expliquent en grande partie ce constat. Des « tendances lourdes » se sont cependant confirmées dans la réforme en cours, qui vise à renverser la « pyramide des soins ».

Notons que plusieurs **enjeux associés à la transformation des services** de santé mentale ont été soulevés, particulièrement dans le *Plan d'action 2005-2010*, mais d'autres émanaient d'interlocuteurs ou d'instances clés et mettaient en relief des défis historiques majeurs. Le chapitre 6 a mis en lumière les difficultés d'implantation de la présente réforme, bien que des tendances lourdes de restructuration progressive soient en émergence. Plusieurs de ces enjeux sont encore d'actualité et méritent ainsi d'être soulignés. Dans ce qui suit, une vingtaine d'enjeux sont mentionnés :

- **l'insuffisance de la participation des personnes utilisatrices et de leurs proches à la planification et à l'organisation des services ainsi qu'aux processus de décision quant à leurs traitements** – notons néanmoins des avancées significatives émergentes dans les dernières années, particulièrement sur le plan de la participation des personnes utilisatrices et des familles (représentées par un représentant d'association) dans la prise de décision publique;

- **le manque d'actions structurées et efficaces de promotion et de prévention dans le secteur de la santé mentale** – malgré les efforts des dernières années, dont les campagnes visant à réduire la stigmatisation et la discrimination entourant la maladie mentale (comme la dépression) par le MSSS, soulignées comme fort progressives et ayant conduit à améliorer les perceptions sur la maladie mentale, surtout en ce qui a trait aux trois premières campagnes (2007, 2008, 2009 et 2010) (MSSS, 2012);

- **des lacunes importantes dans les services donnés aux jeunes, qui nuisent particulièrement à la fluidité du passage vers les services dispensés aux adultes** – notons néanmoins la mise sur pied d'équipes de santé mentale pour les jeunes (CSSS et centres jeunesse) ainsi que le guichet d'accès en CSSS. D'après les annonces récemment effectuées, les services dispensés aux jeunes seront une orientation centrale du nouveau plan d'action du MSSS;

- **l'accès problématique aux services médicaux généraux et psychiatriques (importantes listes d'attente et problèmes de coordination entre ces services)** – soulignons cependant différentes initiatives clés dans les dernières années, dont la mise sur pied de guichets pour les clientèles vulnérables, le déploiement des GMF et des cliniques réseau, la désignation de clientèles vulnérables pour la prise en charge par les omnipraticiens et l'inscription des patients chez ces derniers (dans les différents programmes-services), ainsi que la mise en place de cibles à atteindre, notamment en ce qui concerne l'accès aux services psychiatriques et la désignation de répondants en psychiatrie;

- **le manque de soutien des services de deuxième ligne aux soins de première ligne, en particulier le sous-développement de la fonction de psychiatre répondant** – ce processus a récemment été implanté dans les territoires de CSSS et il devrait avoir plus d'impact dans les prochaines années;

- **la surspécialisation des services psychiatriques** – mis à part la fonction de psychiatre répondant et les programmes de suivi intensif, déployés ces dernières années, qui favorisent une vision globale et intégrée de la prise en charge des troubles mentaux;

- **l'inadéquation des services développés dans la communauté, dont le soutien d'intensité variable, la gestion de cas, le suivi intensif et les programmes d'intégration au travail et aux études** – bien qu'il y ait eu quelques avancées, ces programmes demeurent dans leur ensemble encore grandement sous-financés, et les cibles de consolidation sont loin d'avoir été atteintes;

- **la réduction insuffisante des taux de suicide** – le Québec, malgré les améliorations des dernières années, demeure la province ayant le taux le plus élevé au Canada;

- **le manque de données dont dispose le MSSS, lesquelles sont inappropriées pour permettre un suivi de l'ensemble des dimensions du secteur de la santé mentale** – quelques améliorations ont néanmoins été apportées dans les dernières années, dont la mise sur pied de l'Outil d'alimentation des systèmes d'information sociosanitaires (OASIS) et le lancement du système de surveillance canadien des troubles mentaux, auquel participe l'INSPQ[195];

- **l'adéquation non optimale de la réponse aux besoins diversifiés et continus des clientèles** – différentes initiatives ont été priorisées dans les dernières années, dont le suivi intensif, le soutien d'intensité variable, les guichets d'accès et le déploiement des équipes de santé mentale, particulièrement en CSSS;

- **la stigmatisation encore importante dont sont victimes les personnes affectées par les troubles mentaux et leur rétablissement non optimal, qui demandent des actions concertées** – les activités de formation pour la participation publique des usagers et l'embauche de pairs aidants sont à souligner, ainsi que les campagnes de promotion de la santé mentale (comme celle sur la dépression), bien que beaucoup de chemin reste à faire, tout comme dans le domaine de la coordination entre la santé mentale et les autres secteurs ou programmes-services;

- **la disparité importante de la richesse relative entre les régions sociosanitaires en santé mentale** – malgré quelques avancées, les services sont grandement concentrés à Québec et à Montréal, mais les besoins sont plus grands dans ces régions et les services spécialisés y sont concentrés;

- **les délais d'attente pour les services des CSSS et la référence en psychiatrie** – dans le cas des services psychosociaux courants, des équipes de santé mentale ainsi que des services psychiatriques, la période d'attente de prise en charge peut s'étaler sur plusieurs semaines, lorsque les cas ne méritent pas la prise en charge à partir de l'urgence;

- **la concentration excessive des ressources résidentielles à haut niveau d'encadrement, la diversification insuffisante de ces ressources et, surtout, le manque d'accès aux logements autonomes avec soutien** – malgré quelques avancées, bien du chemin reste à faire dans ce domaine;

- **l'autonomie excessive du corps médical (omnipraticiens et psychiatres), souvent décriée par l'ensemble des programmes-services, laquelle ne favorise pas une prise en charge des troubles graves en première ligne, le soutien de cette dernière par les services de deuxième ligne ainsi que le développement des pratiques de suivi intensif dans la communauté, mais entraîne une surspécialisation de la pratique psychiatrique** – notons certaines avancées, dont la désignation de GMF, de cliniques réseau et de psychiatres répondants ainsi que l'inscription de clientèles vulnérables, mais ces avancées doivent être consolidées;

195. En fait, l'INSPQ a mis récemment en place une unité de surveillance des maladies chroniques et de leurs déterminants, sous la Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et services. La suveillance des maladies chroniques est basée sur le jumelage de données issues de fichiers administratifs (FIPA-Assurabilité, RAMQ; Med-Écho, MSSS; services médicaux, RAMQ – cas sélectionnés seulement; services pharmaceutiques, RAMQ – cas sélectionnés seulement; décès, MSSS). La première transmission de données couvre la période allant du 1er janvier 1996 au 31 mars 2009 (INSPQ, 2012b).

- **les lacunes importantes en matière d'intégration des services au niveau local et la hiérarchisation inadéquate des soins et services de santé mentale** – comme les efforts se sont surtout concentrés sur la consolidation des soins en CSSS et le déploiement des soins partagés ou de collaboration, beaucoup reste à développer;
- **l'insuffisance de la continuité des soins et des stratégies d'intégration ou des outils cliniques permettant le suivi continu des clientèles ainsi que de l'implantation d'interventions qualifiées de bonnes pratiques ayant fait l'objet de données probantes** – certaines tendances émergent, mais l'écart entre le savoir et l'opérationnalisation des « pratiques » reste globalement élevé;
- **l'inadéquation de la collaboration ou du transfert des connaissances entre chercheurs, décideurs et intervenants** – malgré de récentes améliorations, l'ensemble mérite d'être mieux mis en opération;
- **la nécessité de mieux soutenir les objectifs des réformes quant à leur implantation** – malgré certains progrès, une résistance persiste dans les enjeux de transformation du système, et les efforts investis dans ce domaine (soutien à l'implantation) ont été insuffisants.

En conclusion, la recension des écrits de cet état de situation met en relief un certain nombre de constats centraux, que nous abordons en guise de conclusion. Rappelons d'abord le décalage entre le financement alloué aux troubles mentaux et l'importance des taux de morbidité de ces troubles. Les pays perçus comme les plus performants dans le secteur de la santé mentale investiraient un minimum de 10 % de leur budget aux traitements de ces troubles, ce qui est supérieur aux fonds alloués à ce programme tant au Québec qu'au Canada. Ces pays investissent aussi davantage dans les interventions psychosociales, comme options ou compléments à la médication (particulièrement la psychothérapie brève de type cognitive-comportementale). D'une façon globale, une efficience plus élevée du système de santé mentale serait associée à une consolidation des soins primaires, des services intégrés et dispensés dans la communauté, au dépistage et à l'intervention précoces des troubles mentaux et à l'accroissement des bonnes pratiques, l'ensemble effectué dans une logique d'amélioration continue de la qualité des services, du monitorage des interventions et du transfert des connaissances.

De plus, la littérature a confirmé l'importance d'intervenir auprès des jeunes, étant donné que les troubles mentaux se déclenchent en grande majorité durant l'enfance et l'adolescence, afin d'éviter que ces troubles ne deviennent chroniques à l'âge adulte. Elle souligne aussi la pertinence de s'adapter aux besoins déterminés par les personnes elles-mêmes ainsi qu'aux besoins de leur famille, afin de maximiser l'intégration sociale et le rétablissement des usagers aux prises avec des troubles mentaux. Les interventions visant l'autonomisation des personnes et leur intégration dans la communauté sont ainsi grandement favorisées. L'intégration des familles dans le traitement des proches et la prise en compte de leur bien-être sont aussi considérées comme des facteurs de succès dans les interventions efficaces. La lutte contre la stigmatisation et la discrimination a par ailleurs été soulignée comme une mesure centrale en vue de l'intégration optimale des personnes dans les communautés, qui encourage leur autonomisation et leur rétablissement. En outre, la littérature met en exergue l'importance des autres programmes-services et secteurs pour une intervention globale et

intégrée en santé mentale, étant donné que les troubles mentaux sont trop souvent associés à des troubles concomitants, notamment des problèmes chroniques de toxicomanie et de santé physique. Sont ainsi favorisées des actions concertées sur le plan local, régional, provincial et national : entre programmes-services et entre la pédopsychiatrie, la psychiatrie adule et la gérontopsychiatrie. Enfin, bien que ces enjeux, pour la plupart, soient au cœur des orientations politiques des dernières années en santé mentale, des investissements plus appréciables en matière de ressources, de mobilisation, d'outillage et de transfert des connaissances doivent épauler l'implantation des réformes pour une amélioration accrue de la performance du système de santé mentale.

ANNEXE I
PRINCIPAUX TROUBLES MENTAUX SELON LE DSM-IV

Troubles graves	Troubles psychotiques	Schizophrénie
		Trouble schizopréniforme
		Trouble schizo-affectif
		Trouble délirant
	Troubles de l'humeur	Troubles bipolaires
		Trouble dépressif majeur
Troubles courants ou modérés	Troubles de l'humeur	Trouble dépressif
	Troubles anxieux	Trouble panique sans agoraphobie
		Trouble panique avec agoraphobie
		Agoraphobie sans antécédent de trouble panique
		Phobie spécifique
		Phobie sociale
		Trouble obsessionnel-compulsif
Troubles de substance	Troubles liés à l'alcool	Abus d'alcool
		Dépendance d'alcool
	Troubles liés à d'autres substances	Abus
		Dépendance
Troubles de l'enfance	Troubles habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence*	Troubles envahissants du développement
	Troubles habituellement diagnostiqués pendant la petite enfance, la deuxième enfance ou l'adolescence*	Déficit de l'attention et comportement perturbateur
	Délirium, démence, trouble amnésique et autres troubles cognitifs	Démence de type alzheimer
		Démence vasculaire
		Démence due à d'autres affections médicales générales
		Démence persistante induite par une substance
Troubles de la personnalité et retard mental (axe 2)	Troubles de la personnalité	Paranoïaque
		Schizhoïde
		Schizotypique
		Borderline
		Antisociale
		Narcissique
		Histrionique
		Évitante
		Dépendante
		Obsessionnelle-compulsive
	Retard mental	

Source : APA, 1996.

* Petite enfance : 0 à 6 ans; deuxième enfance : 7 à 11 ans; adolescence : 12 à 17 ans.

ANNEXE II
ÉVOLUTION DE L'ORGANISATION DES SERVICES DE SANTÉ MENTALE AU QUÉBEC

Années 60	Transformation des services psychiatriques (1962). Réforme **Castonguay-Nepveu** (1966-1971).
1962	La **commission Bédard** souligne l'inadéquation du système de santé mentale à répondre aux besoins intensifs et continus des personnes aux prises avec des troubles mentaux, particulièrement l'insuffisance des services dans la communauté et l'institutionnalisation massive des patients. Cette commission fait suite à la publication du livre *Les fous crient au secours* (Pagé, 1961).
1987	**Rapport Harnois** (*Pour un partenariat élargi*).
1989	Adoption de la **Politique de santé mentale**. À la suite du processus de régionalisation du secteur de la santé mentale, il s'agit du premier programme à être encadré par une politique.
1998	Adoption du premier **plan d'action en santé mentale** par le MSSS. Les plans régionaux d'organisation des services et les réseaux intégrés de services (mis de l'avant comme principales stratégies de réforme dans ce premier plan d'action en santé mentale) sont notamment expérimentés dans le secteur de la santé mentale.
2000	Groupe de soutien pour la transformation des services de santé mentale. Organisation du **Forum national sur la santé mentale** dans le but de dégager les priorités de réorganisation du système de santé mentale.
2003	Le **Rapport du Vérificateur général du Québec** (VGQ) réitère que les services de santé mentale ne répondent toujours pas aux besoins de la population et signale que plusieurs volets de la Politique de santé mentale de 1989 ne sont toujours pas appliqués.
2005	Réforme des services de santé et des services sociaux (projet de loi nº 83, MSSS, 2005b). La santé mentale est une priorité d'action du MSSS.
2005-2010	Deuxième plan d'action spécifique parallèlement introduit au projet de loi nº 83 (***Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens***) (MSSS, 2005a).

MÉDIAGRAPHIE

ADAIR, C. E., et autres (2006). *Performance measurement systems in health and mental health services: Models, practices and effectiveness,* Présentation PowerPoint, 19 diapositives.

ADAIR, C. E., et autres (2003) *Performance measurement systems in health and mental health services: Models, practices and effectiveness. A state of the Science Review,* Alberta Heritage Foundation for Medical Research, 114 p.

ADDINGTON, J., et D. ADDINGTON (2002). « Cognitive functioning in first-episode schizophrenia », *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, vol. 27, nº 3, p. 188-192.

ADDINGTON, J., et J. GLEESON (2005). « Implementing cognitive-behavioural therapy for first-episode psychosis », *British Journal of Psychiatry*, vol. 187, nº 48, p. s72-s76.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MAURICIE ET DU CENTRE-DU-QUÉBEC (ASSS de la Mauricie et du Centre-du-Québec) (2008). *Unis dans tous les sens. Le guichet d'accès en santé mentale – clientèle adulte, cadre de référence*, [En ligne], [www agencesss04.qc.ca] (Consulté le 17 février 2012).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE (ASSS de la Montérégie). *Le projet de santé et de bien-être de la Montérégie*, [En ligne], [http://www.santemonteregie.qc.ca/agence/apropos/agence/gouvernance/projetdesante.fr.html#hi_archisation_des_services] (Consulté le 17 février 2012).

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE L'ESTRIE (ASSS de l'Estrie) (2009). « Au cœur du PSI : la personne et ses proches », *Cadre de référence régional sur le plan de services individualisé – Estrie,* ASSS de l'Estrie, 30 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (ASSS de Montréal) (2010). *Rapport annuel de gestion 2009-2010,* Montréal, ASSS de Montréal, 148 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (ASSS de Montréal) (2009). *La transformation des services en santé mentale. Les services résidentiels, Phase 2*, Montréal, ASSS de Montréal, 16 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (ASSS de Montréal) (2007). *L'utilisation des services de santé mentale par les Montréalais en 2004-2005*, Montréal, ASSS de Montréal, 44 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE MONTRÉAL (ASSS de Montréal) (2006). *Cadre de référence. Mise en place des équipes de santé mentale de 1re ligne dans les CSSS. Plan de mise en œuvre à Montréal. Phase 1,* Montréal, ASSS de Montréal, Service de la planification et du développement stratégique, 72 p.

AGENCE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU SAGUENAY–LAC-SAINT-JEAN (ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean) (2006). *Évaluation du travail de proximité au Saguenay–Lac-Saint-Jean. Faits saillants de l'évaluation,* Étude réalisée pour le compte de l'ASSS du Saguenay–Lac-Saint-Jean, 6 p.

AGENCE DE RÉINSERTION COMMUNAUTAIRE (PROJET ARC INC.), AMI-QUÉBEC – ALLIANCE POUR LES MALADES MENTAUX (2003). *La maladie mentale : un guide régional destiné aux familles*, 3e édition, Ami-Québec, 92 p.

AGENCE D'ÉVALUATION DES TECHNOLOGIES ET DES MODES D'INTERVENTION EN SANTÉ (AÉTMIS) (2006). *Télésanté : lignes directrices cliniques et normes technologiques en télépsychiatrie,* Québec, Gouvernement du Québec, 100 p.

AGIR EN SANTÉ MENTALE (2006). *Le rétablissement tel que défini par le mouvement des utilisateurs de services américains,* Traduction de l'introduction du document *Voices of Transformation: Developing Recovery-Based Statewide Consumer/Survivor Organisations*, Québec, Agir en santé mentale, 10 p.

ALBERT, M., et autres (1998). « Social networks and mental health service utilisation: A literature review », *International Journal of Social Psychiatry*, vol. 44, nº 4, p. 248-266.

ALBERTA HEALTH SERVICES (2009). *System level performance for mental health and addiction in Alberta 2008/09*, [En ligne], [www.albertahealthservices.ca] (Consulté le 12 mars 2012).

ALBERTA MENTAL HEALTH BOARD (AMHB) et INSTITUTE OF HEALTH ECONOMICS (IHE) (2007). *Les statistiques économiques de la santé mentale*, AMHB et IHE, 72 p.

ALCOOLIQUES ANONYMES (1989). *Les douze étapes et les douze traditions*, New York, Services mondiaux des alcooliques anonymes, 217 p.

ALLIANCE DES GROUPES D'INTERVENTION POUR LE RÉTABLISSEMENT EN SANTÉ MENTALE (AGIR) (2010). *Bilan : L'élève de Québec redouble encore une fois l'examen du Ministère. Néanmoins, les efforts démontrés au cours du dernier trimestre laissent entrevoir des possibilités intéressantes pour l'année 2010-2011, qu'il faudra cependant concrétiser…*, Mémoire présenté par l'AGIR en santé mentale au MSSS dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, AGIR, 16 p.

AMEMORI, M., et autres (2011). « Assessing implementation difficulties in tobacco use prevention and cessation counselling among dental providers », *Implementation Science*, vol. 6, p. 50.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (2010). *Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder,* 3e édition, [En ligne], [http://psychiatryonline.org/content.aspx?bookid=28&sectionid=1667485] (Consulté le 28 juin 2012).

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA) (1996). *Mini DSM-IV. Critères diagnostiques,* Traduction française par J.-D. GUELFI, Paris, Masson, 365 p.

AMUNDSEN, E. J. (2006). « Measuring effectiveness of needle and syringe exchange programmes for prevention of HIV among injecting drug users », *Addiction*, vol. 101, nº 7, p. 911-912.

ANDERSEN, R. M. (1995). « Revisiting the behavioural model and access to medical care: Does it matter? », *Journal of Health and Social Behavior,* vol. 36, nº 1, p. 1-10.

ANDERSON, C. M. (1983). « A psychoeducational program for families of patients with schizophrenia », dans MCFARLANE, W. R. (éd.), *Family therapy in schizophrenia,* New York, Guilford Press, p. 99-116.

ANDREASEN, N. C. (1985). « Positive vs. negative schizophrenia: A critical evaluation », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 11, nº 3, p. 380-389.

ANDREWS, G., C. ISSAKIDIS et G. CARTER (2001). « Shortfall in mental health service utilisation », *British Journal of Psychiatry,* vol. 179, p. 417-425.

ANGERMEYER, M. C., et H. MATSCHINGER (2005). « Causal beliefs and attitudes to people with schizophrenia. Trend analysis based on data from two population surveys in Germany », *British Journal of Psychiatry*, vol. 186, p. 331-334.

ANTHONY, W. (2002). « Pour un système de santé axé sur le rétablissement. Douze points de repère pour l'organisation d'ensemble des services », *Santé mentale au Québec, Dossier – Rétablissement,* vol. 27, nº 1, p. 102-113.

ARCHAMBAULT, J. (2007). « Les alliances recherche/action/gestion : pourquoi et comment vivre ensemble? », *Infolettre, Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé,* vol. 4, nº 2, p. 6-8.

AREAN, P., et autres (2008). « Effectiveness of problem-solving therapy for older, primary care patients with depression: Results from the IMPACT project », *Gerontologist*, vol. 48, nº 3, p. 311-323.

ARNSBERGER, P. (2005). « Best practices in care management for Asian American elders: The case of Alzheimer's disease », *Care Management,* vol. 6, nº 4, p. 171-177.

ARVIDSSON, H. (2003). « Met and unmet needs of severely mentally ill persons. The Psychiatric Care Reforms in Sweden », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 38, nº 7, p. 373-379.

ASARNOW, J. R., et autres (2005). « Effectiveness of a quality improvement intervention for adolescent depression in primary care clinics: A randomized controlled trial », *Journal of the American Medical Association*, vol. 293, nº 3, p. 311-319.

ASSEMBLÉE DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (APNQL). *Carte des communautés*, [En ligne], [http://www.apnql-afnql.com/fr/portrait-communautes/carte.php] (Consulté le 15 novembre 2011).

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (ACSM) (2004). *La santé mentale, ça nous concerne!*, Feuillet d'information, [En ligne], [http://www.acsm.ca/data/1/rec_docs/196_caregiverFRE.pdf] (Consulté le 15 novembre 2011).

ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ MENTALE (ACSM). *Schizophrénie*, [En ligne], [http://www.acsmmontreal.qc.ca/themes/maladies_mentales/schizophrenie.html] (Consulté le 15 novembre 2011).

ASSOCIATION DES CENTRES DE RÉADAPTATION EN DÉPENDANCE DU QUÉBEC (ACRDQ) (2010). *Avis de l'Association des centres de réadaptation en dépendance du Québec dans le cadre de l'évaluation de l'implantation du plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Montréal, ACRDQ, 8 p.

ASSOCIATION DES CENTRES JEUNESSE DU QUÉBEC (ACJQ) (2010). *Consultation sur le Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens. Avis de l'Association des centres jeunesse du Québec,* ACJQ, 10 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTÉGRATION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2010). *Participation à la consultation nationale du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens,* Montréal, AGIDD-SMQ, 9 p.

ASSOCIATION DES GROUPES D'INTÉGRATION EN DÉFENSE DES DROITS EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (AGIDD-SMQ) (2009). *Actes du colloque. L'état des droits en santé mentale,* Montréal, AGIDD-SMQ, 55 p.

ASSOCIATION DES MÉDECINS PSYCHIATRES DU QUÉBEC (AMPQ) (2011). *Nombre de postes de psychiatres répondants désignés*, Document interne fourni par l'AMPQ.

ASSOCIATION DES PERSONNES UTILISATRICES DE SERVICES DE SANTÉ MENTALE (APUR) (2009). *Qui sommes-nous?,* [En ligne], [http://www.apurquebec.org] (Consulté le 4 décembre 2011).

ASSOCIATION MÉDICALE CANADIENNE (AMC) (2008). « La stigmatisation rattachée aux maladies mentales : un "embarras national" affirme l'AMC », *Canadian Medical Association Journal,* vol. 179, nº 6, p. 610.

AUBÉ, D., et L.-R. POIRIER (2010). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010,* Mémoire présenté lors des consultations nationales, INSPQ, 6 p.

AYALON, L., et autres (2010). « Challenges associated with the recognition and treatment of depression in older recipients of home care services », *International Psychogeriatric,* vol. 22, nº 4, p. 514-522.

BACHRACH, L. L. (1996). « Psychosocial rehabilitation and psychiatry: What are the boundaries? », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 41, nº 1, p. 28-35.

BALDWIN, M. L., et S. C. MARCUS (2006). « Perceived and measured stigma among workers with serious mental illness », *Psychiatric Services,* vol. 57, nº 3, p. 388-392.

BAMBAUER, K. Z., et autres (2007). « Provider and patient characteristics associated with antidepressant nonadherence: The impact of provider specialty », *Journal of Clinical Psychiatry,* vol. 68, nº 6, p. 867-873.

BANERJEE, S., et A. MACDONALD (1996). « Mental disorder in an elderly home care population: Associations with health and social service use », *British Journal of Psychiatry,* vol. 168, nº 6, p. 750-756.

BARABÉ, P., A. JAURON et P. MAISI (2008). « Les enjeux cliniques d'un programme intégré pour le traitement des troubles psychotiques et de toxicomanie », *Le partenaire,* vol. 15, nº 3, p. 14-17.

BARTELS, S., et autres (2004). « Improving access to geriatric mental health services: A randomized trial comparing treatment engagement with integrated versus enhanced referral care for depression, anxiety, and at-risk alcohol use », *American Journal of Psychiatry,* vol. 161, nº 8, p. 1455-1462.

BARWICK, M. (2006). *Changements de pratiques et mise en œuvre de pratiques fondées sur des données probantes dans le domaine de la santé mentale chez les enfants*, GRÉAS 1, Santé Mentale pour Enfants Ontario, 50 p.

BAUMGARTEN, M., et autres (1992). « The psychological and physical health of family members caring for an elderly person with dementia », *Journal of Clinical Epidemiology,* vol. 45, nº 1, p. 61-70.

BAZZOLI, G. J., et autres (2003). « Collaborative initiatives: Where the rubber meets the road in community partnerships », *Medical Care Research and Review*, vol. 60, nº 4, p. 63s-94s.

BEAUCAGE, C., et autres (2009). « La dépression majeure en première ligne et les impacts cliniques des stratégies d'intervention : une revue de littérature », *Santé mentale au Québec, Dossier – Santé mentale en première ligne*, vol. 34, nº 1, p. 77-100.

BEAUMONT, C., et autres (2005). *Toxicomanie, jeu pathologique et troubles mentaux. Pour une intervention efficace des centres de réadaptation et de leurs partenaires,* Montréal, Fédération québécoise des centres de réadaptation pour personnes alcooliques et autres toxicomanes, 50 p.

BEBBINGTON, P., et autres (2000). « Unequal access and unmet need: Neurotic disorders and the use of primary care services », *Psychological Medicine,* vol. 30, nº 6, p. 1359-1367.

BEDELL, J. R., N. L. COHEN et A. SULLIVAN (2000). « Case management: The current best practices and the next generation of innovation », *Community Mental Health Journal*, vol. 36, nº 2, p. 179-194.

BÉGIN, C., et D. LEFEBVRE (1997). « La psychothérapie dialectique comportementale des personnalités limites », *Santé mentale au Québec,* vol. 22, nº 1, p. 43-68.

BÉLAND, F., et autres (2006). « A system of integrated care for older persons with disabilities in Canada: Results from a randomized controlled trial », *Journal of Gerontology, Series A, Biological Sciences and Medical Sciences,* vol. 61, nº 4, p. 367-373.

BELLEMARE, L. (2000). « L'approche systémique : une histoire de familles », *Revue québécoise de psychologie,* vol. 21, nº 1, p. 75-91.

BENGTSSON-TOPS, A., et L. HANSSON (1999). « Clinical and social needs of schizophrenic outpatients living in the community: The relationship between needs and subjective quality of life », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, nº 10, p. 513-518.

BENNETT-LEVY, J., et autres (éd.) (2010). *Oxford guide to low intensity CBT interventions*, Oxford, Oxford University Press, 560 p.

BERG-WEGER, M., D. M. RUBIO et S. S. TEBB (2000). « Depression as a mediator: Viewing caregiver well-being and strain in a different light », *Families in Society*, vol. 18, nº 2, p. 162-173.

BERQUIN, A. (2010). « Le modèle biopsychosocial : beaucoup plus qu'un supplément d'empathie », *Revue médicale suisse,* vol. 6, nº 258, p. 1511-1513.

BERTRAND, K., et autres (2008). *Toxicomanie et troubles mentaux sévères : projet de formation croisée par rotation positionnelle. Vers une amélioration du dépistage, de l'évaluation et du traitement intégré des troubles concomitants*, Ottawa, Santé Canada, 128 p.

BEYER, J. M. (2006). « Utilisation de la recherche : combler le fossé culturel entre les communautés », *Chronique du courtage,* nº 19, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1 p.

BHUGRA, D. (2003). « Migration and depression », *Acta Psychiatrica Scandinavica,* vol. 108, nº 418, p. 67-72.

BICKMAN, L., E. EARL et L. KLINDWORTH (1991). *Vanderbilt Mental Health Self Efficacy Questionnaire (VMHSEQ)*, Nashville, Vanderbilt University, 13 p.

BIEGEL, D. E., L.-Y. SONG et S. E. MILLIGAN (1995). « A comparative analysis of family caregivers perceived relationships with mental health professionals », *Psychiatric Services*, vol. 46, p. 477-482.

BILSKER, D. (2010). « Le soutien à l'autogestion : maximiser les effets des soins de première ligne en santé mentale », *Quintessence,* vol. 2, nº 1, p. 1-2.

BLANCHETTE, L. (dir.) (1999). *L'approche systémique en santé mentale*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 208 p.

BLEVINS, D., et autres (2010). « Collaborative research between clinicians and researchers: A multiple case study of implementation », *Implementation Science*, vol. 5, p. 76.

BODENHEIMER, T., E. H. WAGNER et K. GRUMBACH (2002). « Improving primary care for patients with chronic illness », *Journal of American Medical Association*, vol. 288, nº 14, p. 1775-1779.

BOILY, M., M. ST-ONGE et M.-T. TOUTANT (2006). *Au-delà des troubles mentaux, la vie familiale. Regard sur la parentalité,* Montréal, Éditons du CHU Sainte-Justine, 251 p.

BOILY, M., V. LEW et P. MORISSETTE (1998) « Les difficultés psychosociales vécues par les enfants mineurs de personnes atteintes de maladie mentale », *Service social*, vol. 47, nº 3-4, p. 247-287.

BOISVERT, D., et autres (2005). « Hôpital de jour : une nouvelle chance », *Santé mentale au Québec,* 93 p. (Collection hors série de *Santé mentale au Québec*).

BOND, G. R., R. E. DRAKE et D. R. BECKER (2008). « An update on randomized controlled trials of evidence-based supported employment », *Psychiatric Rehabilitation Journal,* vol. 31, nº 4, p. 280-290.

BOND, G. R., et autres (2004). « How evidence-based practices contribute to community integration », *Community Mental Health Journal*, vol. 40, nº 6, p. 569-588.

BOND, G. R., et autres (2001). « Assertive community treatment for people with severe mental illness: Critical ingredients and impact on patients », *Disease Management & Health Outcomes*, vol. 9, nº 3, p. 141-159.

BONIN, J.-P., L. FOURNIER et R. BLAIS (2009). « A typology of mentally disordered users of resources for homeless people: Towards better planning of mental health services », *Administration and Policy in Mental Health*, vol. 36, nº 4, p. 223-235.

BONIN, J.-P., L. FOURNIER et R. BLAIS (2007). « Predictors of mental health service utilization by people using resources for homeless people in Canada », *Psychiatric Services*, vol. 58, nº 3, p. 936-941.

BONTA, J., M. LAW ET K. HANSON (1998). « The prediction of criminal and violent recidivism among mentally disordered offenders: A meta-analysis », *Psychological Bulletin*, vol. 123, nº 2, p. 123-142.

BORGEAT, F., et D. ZULLINO (2004). « Quelques questions fréquentes ou non résolues concernant l'anxiété et les troubles anxieux », *Santé mentale au Québec, Dossier – Les troubles anxieux*, vol. 29, nº 1, p. 9-22.

BOSCO, C. (2005). *Health Human Resources in Collaborative Mental Health Care*, Mississauga, Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 68 p.

BOSTWICK, J. M., et V. S. PANKARTZ (2000). « Affective disorders and suicide risk: A reexamination », *American Journal of Psychiatry*, vol. 157, nº 12, p. 1925-1932.

BOUDREAU, F. (1984). *De l'asile à la santé mentale. Les soins psychiatriques : histoire et institution,* Montréal, Éditions Saint-Martin, 274 p.

BOULIANNE, H. (2005) *Les prédicteurs de l'état de stress et du temps de travail chez les proches aidants d'une personne atteinte d'un trouble de l'humeur : étude exploratoire*, Québec, Faculté des études supérieures de l'Université Laval, Thèse, 182 p.

BOURGUEIL, Y., A. MAREK et J. MOUSQUÈS (2007). « Médecine de groupe en soins primaires dans six pays européens, en Ontario et au Québec : quels enseignements pour la France ? », *Questions d'économie de la santé,* nº 127, p. 1-8.

BOURQUE, F. (2009a). « L'influence des médias sur les représentations sociales de la maladie mentale », *Le partenaire,* vol. 18, nº 1, p. 11-12.

BOURQUE, F. (2009b). *The Risk for Schizophrenia and Related Disorders in First – and Second – Generation Migrants: A Systematic Review and Meta-Analysis*, Montréal, Université McGill, Thèse de maîtrise.

BOWER, P., et S. GILBODY (2005a). « Managing common mental health disorders in primary care: Conceptual models and evidence base », *BMJ*, vol. 330, nº 7495, p. 839-842.

BOWER, P., et S. GILBODY (2005b). « Stepped care in psychological therapies: Access, effectiveness and efficiency. Narrative literature review », *British Journal of Psychiatry*, vol. 186, p. 11-17.

BOYLE, M. H., et K. GEORGIADES (2010). « Perspectives on child psychiatric disorder in Canada », dans CAIRNEY, J., et D. L. STREINER (éd.). *Mental Disorder in Canada: An Epidemiological Perspective*, Toronto, University of Toronto Press, p. 205-226.

BRACKE, P., W. CHRISTIAENS et M. VERHAEGHE (2008). « Self-esteem, self-efficacy, and the balance of peer support among persons with chronic mental health problems », *Journal of Applied Social Psychology*, vol. 38, nº 2, p. 436-459.

BREIER, A., et autres (1991). « National Institute of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia: Prognosis and predictors of outcome », *Archives of General Psychiatry,* vol. 48, nº 3, p. 239-246.

BRENNER, H. D., et autres (1992). « Treatment of cognitive dysfunctions and behavioural deficits in schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 18, nº 1, p. 21-26.

BRETON, J. J., et autres, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux (1993). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes. Prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, Bibliothèque nationale du Québec, 25 p.

BRIAND, C., et autres (2010). « L'implantation au Québec de l'*Integrated Psychological Treatment* (IPT) auprès des personnes atteintes de schizophrénie : cinq ans après », *Santé mentale au Québec*, vol. 35, nº 2, p. 145-162.

BRIAND, C. et autres (2007). « Structures et ressources pour soutenir la réadaptation de personnes atteintes de schizophrénie », *Annales médico-psychologiques*, vol. 165, nº 1, p. 67-73.

BRIAND, C., et autres (2005). « Implantation multisite du programme *Integrated Psychological Treatment* (IPT) pour les personnes souffrant de schizophrénie. Élaboration d'une version renouvelée », *Santé mentale au Québec*, vol. 30, nº 1, p. 73-95.

BROOKS, H., D. PILGRIM et A. RODGERS (2011). « Innovation in mental health services: What are the key components of success? », *Implementation Science,* vol. 6, p. 120.

BROUILLET, H., et autres (2009). « Les soins en étapes, une approche prometteuse pour le traitement des troubles anxieux et dépressifs », *Quintessence*, vol. 1, nº 1, p. 1-2.

BROUSSELLE, A., et autres (2010). « Integrating services for patients with mental and substance use disorders: What matters? », *Health Care Management Review,* vol. 35, nº 3, p. 212-223.

BROWN, L., et autres (2004). « Evidence of suboptimal management of cardiovascular risk in patients with type 2 diabetes mellitus and symptomatic atherosclerosis », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 171, nº 10, p. 1189-1192.

BROWN, S. (1997). « Excess mortality of schizophrenia: A meta-analysis », *British Journal of Psychiatry,* vol. 171, p. 502-508.

BROWN, S., H. INSKIP et B. BARRACLOUGH (2000). « Causes of the excess mortality of schizophrenia », *British Journal of Psychiatry*, vol. 177, p. 212-217.

BROWN, T., M. DONGIER et G. GRAVES (2005). « Availability and use of evidence-based treatment », dans *Substance Abuse in Canada: Current Challenges and Choices*, Ottawa, Canadian Centre on Substance Abuse, p. 23-29.

BRUCE, M. L., et autres (2002). « Major depression in elderly home health care patients », *American Journal of Psychiatry,* vol. 159, nº 8, p. 1367-1374.

BRUN, J.-P., C. BIRON et F. ST-HILAIRE (2009). *Guide pour une démarche stratégique de prévention des problèmes de santé psychologique au travail*, Québec, Université Laval, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail, 76 p.

BRUN, J.-P., et C. LAMARCHE (2006). *Évaluation des coûts du stress au travail. Rapport de recherche,* Québec, Université Laval, Chaire en gestion de la santé et de la sécurité du travail dans les organisations, 117 p.

BRUNETTE, M. F., et autres (2008). « Implementation of integrated dual disorders treatment: A qualitative analysis of facilitators and barriers », *Psychiatric Services,* vol. 59, nº 9, p. 989-995.

BRYSON, S. E., S. J. ROGERS et E. FOMBONNE (2003). « Autism spectrum disorders: Early detection, intervention, education, and psychopharmacological management », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 48, nº 8, p. 506-516.

BUKSTEIN, O. G., et M. S. HORNER (2010). « Management of the adolescent with substance use disorders and comorbid psychopathology », *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* vol. 19, nº 3, p. 609-623.

BULL, S. A., et autres (2002). « Discontinuation of use and switching of antidepressants: Influence of patient-physician communication », *Journal of the American Medical Association,* vol. 288, nº 11, p. 1403-1409.

BURGESS, P. M., et autres (1992). « Social indicators and the prediction of psychiatric inpatient service utilization », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 27, nº 2, p. 83-94.

BURNS, D. D. (1994). *Être bien dans sa peau,* Les éditions Héritage inc., 465 p.

BURNS, J., et autres (2007). « Reach Out! Innovation in service delivery », *Medical Journal of Australia*, vol. 187, nº 7, p. s31-s34.

BURTI, L., et autres (2005). « Does additional care provided by a consumer self-help group improve psychiatric outcome? A study in an Italian community-based psychiatric service », *Community Mental Health Journal,* vol. 41, nº 6, p. 705-720.

BUSH, P. W., et autres (2009). « The long-term impact of employment on mental health service use and costs for persons with severe mental illness », *Psychiatric Services,* vol. 60, nº 8, p. 1024-1031.

BUSHE, C. J., M. TAYLOR et J. HAUKKA (2010). « Review: Mortality in schizophrenia: A measurable clinical endpoint », *Journal of Psychopharmacology,* vol. 24, nº 4, p. 17-25.

CAMIRAND, H., et V. NANHOU (2008). « La détresse psychologique chez les Québécois en 2005. Série Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes », *Zoom santé*, septembre, p. 1-4.

CAMPBELL, S. M., M. O. ROLAND et S. A. BUETOW (2000). « Defining quality of care », *Social Science & Medicine*, vol. 51, nº 11, p. 1611-1625.

CANADIAN ASSOCIATION FOR SUICIDE PREVENTION (CASP) (2009). *The CASP Blueprint for a Canadian National Suicide Prevention Strategy*, 2e édition, Winnipeg, CASP, 43 p.

CANADIAN MENTAL HEALTH ASSOCIATION (2011). *Knowledge Exchange: A Framework for Action by the Canadian Mental Health Association,* [En ligne], [http://translate.google.ca/translate?hl=fr&sl=en&tl=fr&u=http%3A%2F%2Fwww.cmha.ca%2Fdata%2F1%2Frec_docs%2F1960_Knowledge%2520Exchange.pdf&anno=2] (Consulté le 21 juin 2012).

CANTOR-GRAAE, E. (2007). « The Contribution of Social Factors to the Development of Schizophrenia: A Review of Recent Findings », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 52, nº 5, p. 277-286.

CANTOR-GRAAE, E., et autres (2005). « Increased risk of psychotic disorder among immigrants in Malmo: A 3-year first-contact study », *Psychological Medicine,* vol. 35, nº 8, p. 1155-1163.

CAPASSO, R. M., et autres (2008). « Mortality in schizophrenia and schizoaffective disorder: An Olmsted County, Minnesota cohort: 1950-2005 », *Schizophrenia Research,* vol. 98, nºs 1-3, p. 287-294.

CAPOCCIA, K. L., et autres (2004). « Randomized trial of pharmacist interventions to improve depression care and outcomes in primary care », *American Journal of Health-System Pharmacy,* vol. 61, nº 4, p. 364-372.

CARDIN, J. F., et G. DUBÉ (2008). « Consommation de cannabis, d'hallucinogènes et d'amphétamines chez les élèves québécois de 3e, 4e et 5e secondaire : portrait et tendances », *Zoom santé*, novembre, p. 1-4.

CARE SERVICES IMPROVEMENT PARTNERSHIP, ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS et SOCIAL CARE INSTITUTE FOR EXCELLENCE (2007). *A common purpose: Recovery in future mental health services,* Joint Position Paper 08, Grande-Bretagne, Care Services Improvement Partnership, Royal College of Psychiatrists et Social Care Institute for Excellence, 47 p.

CARON, J., E. LATIMER et M. TOUSIGNANT (2011). « Predictors of psychological distress in low-income populations of Montreal », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 98, nº 1, p. s35-s44.

CARON, J., et A. LIU (2011). « Factors associated with psychological distress in the Canadian population: A comparison of low-income and non low-income sub-groups », *Community Mental Health Journal,* vol. 47, nº 3, p. 318-330.

CARON, J., et A. LIU (2010). « A descriptive study of the prevalence of psychological distress and mental disorders in the Canadian population: Comparison between low-income and non-low-income populations », *Chronic Diseases in Canada,* vol. 30, nº 3, p. 84-94.

CARON, J., et autres (2007). « La création d'une nouvelle génération d'études épidémiologiques en santé mentale », *Santé mentale au Québec,* vol. 32, nº 2, p. 225-238.

CARON, J., et autres (2005a). « Le rôle du soutien social, du fardeau familial et de la satisfaction des services dans la détresse psychologique et la qualité de vie des familles de personnes souffrant de schizophrénie », *Santé mentale au Québec,* vol. 30, nº 2, p. 165-191.

CARON, J., et autres (2005b). « Predictors of quality of life in schizophrenia », *Community Mental Health Journal,* vol. 41, nº 4, p. 399-417.

CARON, J., et autres (1998). « Components of social support and quality of life in severely mentally ill, low income individuals and a general population group », *Community Mental Health Journal,* vol. 34, nº 5, p. 459-475.

CARR, V. J., et autres (2003). « Patterns of service use among persons with schizophrenia and other psychotic disorders », *Psychiatric Services,* vol. 54, nº 2, p. 226-235.

CARRIÈRE, M., et autres (2010). « Réflexion sur les services aux familles dont la mère souffre d'un trouble de santé mentale (TSM) », *Santé mentale au Québec,* vol. 35, nº 2, p. 185-208.

CARRIÈRE, S. (2007). « L'itinérance à Montréal : évolution de la problématique et modèles d'action pour contrer l'impact de certaines politiques sociales », [dans le cadre d'un colloque international, *La fabrique de populations problématiques par les politiques publiques*, les 13, 14 et 15 juin 2007].

CARROLL, C., et autres (2007). « A conceptual framework for implementation fidelity », *Implementation Science*, vol. 2, p. 40.

CARTWRIGHT-HATTON, S., et autres (2004). « Systematic review of the efficacy of cognitive behavior therapies for childhood and adolescent anxiety disorders », *British Journal of Clinical Psychology*, vol. 43, nº 4, p. 421-436.

CASPER, E. S., et G. PASTVA (1990). « Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital », *Psychiatric Quarterly,* vol. 61, nº 2, p. 121-134.

CASTEL, R. (1976). *L'ordre psychiatrique : l'âge d'or de l'aliénisme,* Paris, Les éditions de Minuit, 340 p.

CASTRO, B., et autres (2007). « Syndrome de la porte tournante en psychiatrie en 2006 », *Annales médico-psychologiques,* vol. 165, nº 4, p. 276-281.

CAVANAGH, J. T., et autres (2003). « Psychological autopsy studies of suicide: A systematic review », *Psychological Medicine*, vol. 33, nº 3, p. 395-405.

CENTRE CANADIEN DE LUTTE CONTRE L'ALCOOLISME ET LES TOXICOMANIES. *Enquête sur les toxicomanies au Canada (ETC)*, [En ligne], [http://www.ccsa.ca/Fra/Priorities/Research/CanadianAddiction/Pages/default.aspx] (Consulté le 21 janvier 2011).

CENTRE DE RECHERCHE ET D'INTERVENTION SUR LE SUICIDE ASSISTÉ (CRISE) (2008). *Application des connaissances scientifiques en prévention du suicide*, [En ligne], [http://www.criseapplication.uqam.ca] (Consulté en janvier 2011).

CENTRE NATIONAL D'EXCELLENCE EN SANTÉ MENTALE (CNESM) (2011). *Registre des équipes de suivi intensif, de soutien d'intensité variable et de suivi communautaire,* CNESM, MSSS, [document de travail interne en construction en date du 24 août 2011].

CEPOIU, M., et autres (2008). « Recognition of depression by non-psychiatric physicians: A systematic literature review and meta-analysis », *Journal of General Internal Medicine,* vol. 23, nº 1, p. 25-36.

CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS (2003a). « L'ampleur du problème – L'expression du stress au travail », *Série La santé psychologique au travail …de la définition du problème aux solutions,* Fascicule 1, Québec, Université Laval, 23 p.

CHAIRE EN GESTION DE LA SANTÉ ET DE LA SÉCURITÉ DU TRAVAIL DANS LES ORGANISATIONS (2003b). « Les causes du problème. Les sources de stress au travail », *Série La santé psychologique au travail …de la définition du problème aux solutions,* Fascicule 2, Québec, Université Laval, 23 p.

CHAMPAGNE, F., et autres (2009). « L'analyse de l'implantation », dans BROUSSELLE, A., et autres, *L'évaluation : concepts et méthodes*, Montréal, Université de Montréal, p. 225-248.

CHANDLER, M. J., et C. E. LALONDE (2008). « Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations », dans KIRMAYER, L. J., et G. VALASKAKIS (éd.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*, Vancouver, University of British Columbia Press, p. 221-248, [En ligne], [http://web.uvic.ca/~lalonde/manuscripts/2008HealingTraditions.pdf] (Consulté le 30 mars 2012).

CHANSONNEUVE, D. (2007). *Comportements de dépendance chez les autochtones au Canada*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 145 p.

CHANUT, F., et autres (2008a). « Étude pilote de l'entretien motivationnel chez les personnes condamnées pour conduite avec facultés affaiblies », *Drogues, santé et société,* vol. 6, nº 2, p. 83-115.

CHANUT, F., T. G. BROWN et M. DONGIER (2008b). « Je veux changer, oui, mais… Applications de l'entretien motivationnel en psychiatrie », *Le partenaire,* vol. 15, nº 4, p. 12-18.

CHAPUT, Y. J., et M.-J. LEBEL (2007). « Demographic and clinical profiles of patients who make multiple visits to psychiatric emergency services », *Psychiatric Services*, vol. 58, nº 3, p. 335-341.

CHAUME, C. (1988). *Les pratiques alternatives en santé mentale : un portrait de notre différence*, rapport de recherche, [s. l.], Regroupement des ressources alternatives en santé mentale du Québec, 142 p.

CHERPITEL, C. J., G. L. BORGES et H. C. WILCOX (2004). « Acute alcohol use and suicidal behaviour: A review of the literature », *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, vol. 28, nº 5, p. 18s-28s.

CHOE, J. Y., L. A. TEPLIN et K. M. ABRAM (2008). « Perpetration of violence, violent victimization, and severe mental illness: Balancing public health concerns », *Psychiatric Services*, vol. 59, nº 2, p. 153-164.

CHOMIENNE, M. H., et autres (2010). « Family doctors and psychologists working together: Doctors' and patients' perspectives », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 17, nº 2, p. 282-287.

CHONG, S. A., et autres (2009). « Mortality rates among patients with schizophrenia and tardive dyskinesia », *Journal of Clinical Psychopharmacology*, vol. 29, n° 1, p. 5-8.

CHRISTIAN, W. M., et P. M. SPITTAL (2008). « The Cedar Project: Acknowledging the pain of our children », *The Lancet*, vol. 372, nº 9644, p. 1132-1133.

CINTAS, C. (2009). « Pénibilité du travail en hôpital psychiatrique », *Pistes*, vol. 11, n° 1, p. 1-17.

CLARK, D. M., et autres (2009). « Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstrations sites », *Behaviour and Research Therapy*, vol. 47, n° 11, p. 910-920.

CLARKE, G. N., et autres (2000). « Psychiatric hospitalizations, arrests, emergency room visits, and homelessness of clients with serious and persistent mental illness: Findings from a randomized trial of Two ACT Programs vs. usual care », *Mental Health Services Research*, vol. 2, nº 3, p. 155-164.

CLÉMENT, M., et autres (2011-2012). *État de situation sur la participation des usagers suite à l'implantation de Plan action en santé mentale 2005-2010 : La force des liens,* Fonds de fonctionnement de la recherche, CRSH, ARUCI SMC Canada-Brésil, Université de Montréal, 53 p.

CLOUTIER, R. (2008). « La dépendance, un phénomène en voie d'expansion », *Le partenaire*, vol. 15, n° 3, p. 5-6.

CLSC DES FAUBOURGS (2004). *Comprendre l'itinérance. Recension des écrits scientifiques sur le portrait de la situation, les explications de la problématique et les interventions,* recension présentée au CLSC des Faubourgs, [document non publié].

COCHRANE, J. J., P. N. GOERING et J. M. ROGERS (1997). « The mental health of informal caregivers in Ontario: An epidemiological survey », *American Journal of Public Health*, vol. 87, nº 12, p. 2202-2207.

COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC (2012). *Répartition des médecins selon les certificats de spécialité,* [En ligne], [http://www.cmq.org/fr/Medias/CopyTravailObligations/Statistiques.aspx] (Consulté le 23 février 2012).

COLLEGE OF FAMILY PHYSICIANS OF CANADA (2009). *Patient-Centered Primary Care in Canada: Bring it on Home*, Mississauga, College of Family Physicians of Canada, 35 p.

COLLIN, J., et autres (2005). *Le médicament comme objet social et culturel : recension des écrits et propositions sur les perspectives de travail à prioriser*, rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Équipe de recherche sur le médicament comme objet social et Groupe de recherche sur les aspect sociaux de la santé et de la prévention, Montréal, Université de Montréal, 85 p.

COLPRON, L., et L. GOURIOU (1993). « La réadaptation psychiatrique », *Le partenaire*, vol. 2, n° 1, p. 1-8.

COMEAU, L., J. DENONCOURT et N. DESJARDINS (2011). « Pourquoi et comment investir en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux? », *Le partenaire*, vol. 19, n° 4, p. 4-8.

COMITÉ PERMANENT DE LUTTE À LA TOXICOMANIE (CPLT) (1999). *Toxicomanie et réduction des méfaits,* Québec, CPLT, MSSS, 19 p.

COMITÉ SÉNATORIAL PERMANENT DES AFFAIRES SOCIALES, DES SCIENCES ET DE LA TECHNOLOGIE (2006). *Out of the Shadows at Last: Transforming Mental Health, Mental Illness, and Addiction Services in Canada*, Ottawa, Parlement du Canada.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011a). *Guide de consultation sur l'appréciation des services du secteur de la santé mentale pour les délibérations du Forum de consultation lors de la séance des 10 et 11 mars 2011,* Québec, gouvernement du Québec, 59 p. [non publié].

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2011b). « Favoriser la pratique médicale de groupe et accroître l'interdisciplinarité en première ligne », *Info-Performance,* nº 1, novembre, 2 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2010). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux 2010 – Adopter une approche intégrée de prévention et de gestion des maladies chroniques : recommandations, enjeux et implications,* Québec, Gouvernement du Québec, 168 p.

COMMISSAIRE À LA SANTÉ ET AU BIEN-ÊTRE (CSBE) (2009). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé : le Québec comparé – Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 150 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (CSSSPNQL) (2010). *Répertoire des services en santé mentale*, Wendake, CSSSPNQL, 260 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC ET DU LABRADOR (CSSSPNQL). *Santé mentale et mieux-être des Premières Nations et Inuits*, [En ligne], [http://www.cssspnql.com/fr/s-sociaux/s-mentale.htm] (Consulté le 29 octobre 2011).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2012). *Changer les orientations, changer des vies. Stratégie en matière de santé mentale pour le Canada,* Ottawa, CSMC, 123 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2011). *Projets du programme Changer les mentalités : répartition par province,* Ottawa, CSMC, 39 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC) (2009). *Vers le rétablissement et le bien-être. Cadre pour une stratégie en matière de santé mentale au Canada,* Ottawa, CSMC, 129 p.

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC). *Premiers Soins en Santé Mentale*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/Premierssoinsensantementale.aspx] (Consulté le 29 octobre 2011).

COMMISSION DE LA SANTÉ MENTALE DU CANADA (CSMC). *Vision et mission de la Commission*, [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/Francais/Pages/LeMHCC.aspx] (Consulté le 29 octobre 2011).

COMMISSION DE L'ÉTHIQUE, DE LA SCIENCE ET DE LA TECHNOLOGIE (CEST) (2009). *Médicaments psychotropes et usages élargis : un regard éthique,* Québec, CEST, 220 p.

CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011a). *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques – Volet II : Pédiatrie – Jeunes adultes*, Québec, Gouvernement du Québec, 41 p.

CONSEIL DU MÉDICAMENT (2011b). *Portrait de l'usage des antidépresseurs chez les adultes assurés par le régime public d'assurance médicaments du Québec,* Québec, Gouvernement du Québec, 53 p.

CONSEIL DU MÉDICAMENT (2009). *Étude sur l'usage concomitant des antipsychotiques – Volet I,* Québec, Gouvernement du Québec, 58 p.

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC (2001). *Les maladies mentales : un éclairage contemporain,* Québec, Gouvernement du Québec, 110 p.

CONTANDRIOPOULOS, A. P., L. H. TROTTIER et F. CHAMPAGNE (2008). « L'amélioration de la performance. Un enjeu central pour les CSSS », *Infolettre. Évaluation des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé*, vol. 5, n° 2, p. 2-7.

COOK, J. A. (2006). « Employment barriers for people with psychiatric disabilities: Update of a report for the President's commission », *Psychiatric Services,* vol. 57, n° 10, p. 1391-1405.

COOK, S., et A. HOWE (2003). « Engaging people with enduring psychotic conditions in primary mental health care and occupational therapy », *British Journal of Occupational Therapy,* vol. 66, nº 6, p. 236-246.

CORBIÈRE, M., et autres (2009). « A systematic review of preventive interventions regarding mental health issues in organizations », *Work,* vol. 33, nº 1, p. 81-116.

CORIN, E., et autres (1992). « Articulation et variation des systèmes de signes, de sens et d'actions », *Psychopathologie africaine,* vol. 24, nº 2, p. 183-204.

CORRELL, C. U., et autres (2007). « Does antipsychotic polypharmacy increase the risk for metabolic syndrome? », *Schizophrenia Research,* vol. 89, nº 1-3, p. 91-100.

CORRIGAN, P. W. (2004). « How stigma interferes with mental health care », *American Psychologist*, vol. 59, nº 7, p. 614-625.

CORRIGAN, P. W., et autres (2008). *Principles and Practice of Psychiatric Rehabilitation*, New York, Guilford Press, 562 p.

CORRIGAN, P. W., et autres (2006). « Solutions in discrimination in work and housing identified by people with mental illness », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 194, nº 9, p. 716-718.

CORRIGAN, P. W., et autres (2005). « Newspaper stories as measures of structural stigma », *Psychiatric Services*, vol. 56, nº 5, p. 551-556.

CORRIGAN, P. W., F. E. MARKOWITZ et A. WATSON (2004). « Structural levels of mental illness stigma and discrimination », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, nº 3, p. 481-492.

CÔTÉ, M.-È. (2004). *Les impacts psychosociaux positifs et négatifs chez de jeunes adultes ayant vécu auprès d'une mère atteinte d'un trouble mental majeur*, mémoire, Québec, Faculté des études supérieures de l'Université Laval.

COUGNARD, A., et autres (2004). « Pathways to care of first-admitted subjects with psychosis in south-western France », *Psychological Medicine,* vol. 34, nº 2, p. 267-276.

COULOMBE, R., D. BOISVERT et G. PARENT (1996). « Les besoins de formation des éducateurs et infirmières utilisant le plan de services individualisé », *Santé mentale au Québec*, vol. 21, n° 2, p. 181-199.

COURT, J., et J. YOUNG (2006). « Combler l'écart entre la recherche et les politiques : une analyse de 50 études de cas », *Chronique du courtage,* nº 23, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1 p.

COURTEAU, B. (1989). *De Saint-Jean-de-Dieu à Louis-H. Lafontaine : évolution historique de l'Hôpital psychiatrique de Montréal,* Montréal, Éditions du Méridien, 210 p.

COURVILLE, A. (2008). *Guichet d'accès en santé mentale adulte de la région de la Capitale-Nationale : structures des guichets d'accès; perceptions des omnipraticiens à leur égard,* Québec, Direction de santé publique de la Capitale-Nationale, 76 p.

COVERDALE, J., R. NAIRN et D. CLAASEN (2002). « Depictions of mental illness in print media: A prospective national sample », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 36, nº 5, p. 697-700.

CRABB, R., et J. HUNSLEY (2006). « Utilization of mental health care services among older adults with depression », *Journal of Clinical Psychology,* vol. 62, nº 3, p. 299-312.

CRAVEN, M. A., et R. BLAND (2006). « Better practices in collaborative mental health care: An analysis of the evidence base », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 51, nº 6, p. 1s-72s.

CRAVEN, M. A., et R. BLAND (2002). « Shared mental health care: A bibliography and overview », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 47, nº 2, suppl. 1, p. 1s-103s.

CRETTENAND, M.-L., et A.-T. CUCCHIA (2006). « Indications et contre-indications à la thérapie d'orientation systémique », *Perspectives Psy,* vol. 45, nº 3, p. 267-273.

CROCKER, A. G., et G. CÔTÉ (2010). « Violence et maladie mentale : vaincre la stigmatisation sans souffrir du syndrome de l'autruche », *Le partenaire,* vol. 19, nº 1, p. 4-11.

CROCKER, A. G., K. HARTFORD et L. HESLOP (2009). « Gender differences in police encounters among persons with and without serious mental illness », *Psychiatric Services,* vol. 60, nº 1, p. 86-93.

CRUICKSHANK, J. (2010). « The patient-centered medical home approach to improve dyslipidemia outcomes », *Journal of the American Osteopathic Association*, vol. 110, nº 4, suppl. 5, p. eS3-eS5.

CSSS JEANNE-MANCE (2008). *Le phénomène de l'itinérance au Québec,* Québec, mémoire présenté à la Commission des affaires sociales, 36 p.

CYR, M., P. MCDUFF et J. WRIGHT (1999). « Le profil des mères d'enfants agressés sexuellement : santé mentale, stress et adaptation », *Santé mentale au Québec,* vol. 24, nº 2, p. 191-216.

CYRULNIK, B. (2002). *Un merveilleux malheur,* Paris, Odile Jacob, 218 p.

DALLAIRE, B., et autres (2003). *Les interventions communautaires auprès des personnes âgées aux prises avec des troubles mentaux graves : revue critique de la littérature empirique et théorique,* Québec, Fonds québécois de la recherche sur la société et la culture, 126 p.

DALLAIRE, L. (2010). « L'appropriation du pouvoir et la participation citoyenne, des valeurs dépassées? ou Mettre l'épaule à la roue pour la participation citoyenne des personnes utilisatrices », *L'autre espace : la revue du RRASMQ,* vol. 2, nº 1, p. 10-12.

DAMSCHRODER, L. J., et autres (2009). « Fostering implementation of health service research findings into practice: A consolidated framework for advancing implementation science », *Implementation Science,* vol. 7, nº 4, p. 50.

DEAN, C. E, et P. D. THURAS (2009). « Mortality and tardive dyskinesia: Long term study using the US National Death Index », *British Journal of Psychiatry,* vol. 194, nº 4, p. 360-364.

DEEGAN, P. E. (2007). « The lived experience of using psychiatric medication in the recovery process and a shared decision-making program to support it », *Psychiatric Rehabilitation Journal*, vol. 31, nº 1, p. 62-69.

DÉFI SCHIZOPHRÉNIE (2006). « Assurer une prise en charge complète. Le point de vue des aidants », *Défi Schizophrénie,* bulletin officiel de la Société québécoise de la schizophrénie, vol. 11, nº 5, p. 15.

DELORME, A. (2010). *Le Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Déjà 2010,* [Présentation dans le cadre des 8es journées bi-annuelles de santé mentale, à Montréal, le 11 mai 2010].

DEMYTTENAERE, K., et autres (2004). « Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys », *Journal of the American Medical Association,* vol. 291, nº 21, p. 2581-2590.

DEPP, C. A., et B. D. LEBOWITZ (2007). « Enhancing medication adherence in older adults with bipolar disorder », *Psychiatry,* vol. 4, nº 6, p. 22-32.

DESCOMBES, C. (2010). « L'équipe ACT de l'Institut universitaire en santé mentale Douglas : douze années de suivi intensif dans la communauté », *Le partenaire,* vol. 18, nº 4, p. 4-6.

DESJARDINS, Y. (2011). « Strengthening primary care: A priority », *Qmentum Quarterly: Quality in Health Care*, vol. 3, nº 1, p. 10-12.

DESMARAIS, D., et autres (2000). *Détresse psychologique et insertion sociale des jeunes adultes. Un portrait complexe, une responsabilité collective,* Québec, Les Publications du Québec, 192 p.

DEWA, C. S., et autres (2010). « Examine the mental health of the working population: Organizations, individuals and haystacks », dans CAIRNEY, J., et D. L. STREINER (éd.), *Mental Disorder in Canada: An Epidemiological Perspective,* Toronto, University of Toronto Press, p. 414-430.

DHINGRA, S. S., et autres (2010). « Determining prevalence and correlates of psychiatric treatment with Andersen's Behavioral Model of Health Services use », *Psychiatric Services,* vol. 61, nº 5, p. 524-528.

DIXON, L. (1997). « The next generation of research: Views of a sibling-psychiatrist-researcher », *American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 67, nº 2, p. 242-248.

DIXON, L., C. ADAMS et A. LUCKSTED (2000). « Update on family psychoeducation for schizophrenia », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 26, nº 1, p. 5-20.

DODGE, K. A. (2009). « Community intervention and public policy in the prevention of antisocial behavior », *Journal of Child Psychology and Psychiatry,* vol. 50, nos 1-2, p 194-200.

DONABEDIAN, A. (1973). *Aspects of Medical Care Administration. Specifying Requirements for Health Care*, Ann Arbor, Health Administration Press, 800 p.

DONALD, M., J. DOWER et D. KAVANAGH (2005). « Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occuring mental health and substance use disorders: A qualitative systematic review of randomised controlled trials », *Social Science and Medicine*, vol. 60, nº 6, p. 1371-1383.

DORR, D., et autres (2007). « Informatics systems to promote improved care for chronic illness: A literature review », *Journal of the American Medical Informatics Association*, vol. 14, nº 2, p. 156-163.

DORSEY, S., E. C. BRIGGS et B. A. WOODS (2011). « Cognitive-behavioral treatment for posttraumatic stress disorder in children and adolescents », *Child & Adolescent Psychiatric Clinics of North America,* vol. 20, nº 2, p. 255-269.

DORVIL, H., et autres (1997). *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale*, Québec, Comité de la santé mentale du Québec, 255 p.

DORVIL, H., P. MORIN et D. ROBERT (2001). « Le logement comme facteur d'intégration sociale pour les personnes classées malades mentales et les personnes classées déficientes intellectuelles », *Érudit*, vol. 14, nº 2, p. 88-105.

DRAKE, R. E., et autres (2000). « Evidence-based treatment of schizophrenia », *Current Psychiatry Reports,* vol. 2, nº 5, p. 393-397.

DRAKE, R. E., et autres (1998). « Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 24, nº 4, p. 589-608.

DRAKE, R. E., et D. L. NOORDSY (1994). « Case management for people with coexisting severe mental disorder and substance use disorder », *Psychiatric Annals,* vol. 24, nº 8, p. 427-431.

DRAPEAU, A., R. BOYER et A. LESAGE (2009). « The influence of social anchorage on the gender difference in the use of mental health services », *Journal of Behavioral Health Services & Research,* vol. 36, nº 3, p. 372-384.

DRUKKER, M., et autres (2008). « The use of the Camberwell Assessment of Need in treatment: What unmet needs can be met? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 43, nº 5, p. 410-417.

DRUSS, B. G., et autres (2001). « Integrated medical care for patients with serious psychiatric illness: A randomized trial », *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, nº 9, p. 861-868.

DUMAIS, L. (2002). « Trois expériences québécoises de cliniques pour jeunes : leurs fondements, leurs objectifs et les moyens qu'elles suggèrent », *Le partenaire,* vol. 10, nº 1, p. 13-17.

DURLAK, J. A., et E. P. DUPRE (2008). « Implementation matters: A review of research on the influence of implementation on program outcomes and the factors affecting implementation », *American Journal of Community Psychology*, vol. 41, nos 3-4, p. 327-350.

DUSENBURY, L., et autres (2003) « A review of research on fidelity of implementation: Implications for drug abuse prevention in school settings », *Health Education Research*, vol. 18, nº 2, p. 237-256.

ECKERT, K. A., et autres (2006). « A population view of mental illness in South Australia: Broader issues than location », *Rural and Remote Health,* vol. 6, nº 2, p. 541.

ÉCO-SANTÉ QUÉBEC (2011). *7.4.3 Indice de dépendance de la population et indice de dépendance de la ressource, pour les hospitalisations*, [En ligne], [http://www.ecosante.fr/QUEBFRA/704030.html] (Consulté le 18 novembre 2011).

EDLUND, M. J., et autres (2002). « Dropping out of mental health treatment: Patterns and predictors among epidemiological survey respondents in the United States and Ontario », *American Journal of Psychiatry*, vol. 159, nº 5, p. 845-851.

ÉDUC'ALCOOL (2007). *Les Québécois et l'alcool,* Montréal, Éduc'alcool, 58 p.

EGEDE, L. E., et autres (2009). « Rational and design: Telepsychology service delivery for depressed elderly veterans », *Trials,* vol. 10, p. 22.

EKBLAD, S., et autres (1998). « Psychological and clinical aspects of immigration and mental health. Clinical methods in transcultural psychiatry », *American Psychiatric Press Inc.,* S.O. Okpaku, Washington, DC, p. 42-66.

ELKIN, I., et autres (1989). « National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments », *Archives of General Psychiatry,* vol. 46, nº 11, p. 971-982.

ERB, M., et autres (2001). « Homicide and schizophrenia: Maybe treatment does have a preventive effect », *Criminal Behaviour and Mental Health,* vol. 11, nº 1, p. 6-26.

ESMAIL, N. (2009). *Waiting your Turns: Hospital Waiting List in Canada,* 19e édition, Fraser Institute, 147 p.

EUROPEAN AGENCY FOR SAFETY AND HEALTH AT WORK (2009). *OSH in figures: Stress at work – facts and figures,* 139 p.,[En ligne], [http://osha.europa.eu/] (Consulté le 18 novembre 2011).

EVERETT, B. (2009). « Itinérance et maladie mentale », *SSMM (Semaine de sensibilisation aux maladies mentales),* [En ligne], [http://www.miaw.ca/fr/default.aspx] (Consulté le 29 octobre 2011).

EXETER, D., E. ROBINSON et A. WHEELER (2009). « Antidepressant dispensing trends in New Zealand between 2004 and 2007 », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 43, nº 12, p. 1131-1140.

FAVRE, S., et autres (1997). « Neuroleptic compliance in a cohort of first episode schizophrenics: A naturalistic study », *European Journal of Psychiatry,* vol. 11, nº 1, p. 35-42.

FAYE, C., M. LORTIE et L. DESMARAIS (2007). *Guide sur le transfert des connaissances. À l'intention des chercheurs en Santé et Sécurité du Travail,* Réseau de recherche en santé et en sécurité du travail du Québec, 51 p.

FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (FFAPAMM) (2010). *Consultation nationale sur le plan d'action en santé mentale 2005-2010, Volet soutien aux membres de l'entourage,* Québec, FFAPAMM, 14 p.

FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (FFAPAMM) (2001-2002). *Histoire de familles 2001-2002,* [En ligne], [http://www.ffapamm.com/nouvelle/histoires-de-familles-2001-2002_5189] (Consulté le 28 janvier 2012).

FÉDÉRATION DES FAMILLES ET AMIS DE LA PERSONNE ATTEINTE DE MALADIE MENTALE (FFAPAMM). [communication personnelle de 2012]

FÉDÉRATION DES MÉDECINS SPÉCIALISTES DU QUÉBEC (2012). *Répartition des effectifs médicaux,* [En ligne], [http://www.fmsq.org/fr/profession/repartition-des-effectifs-medicaux] (Consulté le 19 février 2012).

FELTON, B. (2003). « Innovation and implementation in mental health services for homeless adults: A case study », *Community Mental Health Journal*, vol. 39, nº 4, p. 309-322.

FERNANDEZ, G. A., et S. NYGARD (1990). « Impact of involuntary outpatient commitment on the revolving-door syndrome in North Carolina », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 41, nº 9, p. 1001-1004.

FERVERS, B., et autres (2006). « Adaptation of clinical guidelines: Literature review and proposition for a framework and procedure », *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 18, nº 3, p. 167-176.

FINKELMAN, A. (2000). « Psychopharmacology: An update to psychiatric home care », *Home Care Provider,* vol. 5, nº 5, p. 170-179.

FINLEY, P. R., et autres (2003). « Impact of a collaborative care model on depression in a primary care setting: A randomized controlled trial », *Pharmacotherapy,* vol. 23, nº 9, p. 1175-1185.

FINLEY, P. R., et autres (2002). « Impact of a collaborative pharmacy practice model on the treatment of depression in primary care », *American Journal of Health-System Pharmacy,* vol. 59, nº 16, p. 1518-1526.

FISHER, J., et autres (2011). « Adolescence: Developmental stage and mental health morbidity », *International Journal of Social Psychiatry,* vol. 57, p. 13-19.

FISHER, S., et R. F. STEVENS (1999). « Subgroups of frequent users of an inpatient mental health program at a community hospital in Canada », *Psychiatric Services*, vol. 50, nº 2, p. 244-247.

FITZGERALD, J. M., et autres (2006). « Asthma control in Canada remains suboptimal: The Reality of Asthma Control (TRAC) Study », C*anadian Respiratory Journal*, vol. 13, nº 5, p. 253-259.

FITZPATRICK, N. K., et autres (2004). « The determinants and effect of shared care on patient outcomes and psychiatric admissions: An inner city primary care cohort study », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 39, nº 2, p. 154-163.

FIXSEN, D. L., et autres (2005). *Implementation Research: A Synthesis of the Literature,* Tampa, University of South Florida, Louis de la Parte Florida Mental Health Institute (FMHI Publication nº 231), 119 p.

FLEURY, M.-J., et autres (2012a). « Determinants of the utilization of diversified types of professionals for mental health reasons in a Montreal catchment area », *Global Journal of Health Science*, vol. 4, nº 3, p. 13-29.

FLEURY, M.-J., et autres (2012b). « General practitioners' management of mental disorder: A rewarding practice with considerable obstacles », *BMC Family Medicine,* vol. 13, nº 1, p. 19.

FLEURY, M.-J., et autres (2012c). « Determinants associated with the utilization of primary and specialized mental health services », *Psychiatric Quarterly*, vol. 83, nº 1, p. 41-51.

FLEURY, M.-J., M. PERREAULT et G. GRENIER (2012d). « L'intégration des services pour les troubles concomitants de santé mentale et de toxicomanie », dans BROCHU, S., M. LANDRY et C. PATENAUDE (éd.). *L'intégration des services en toxicomanie,* Québec, Les Presses de l'Université Laval, p. 9-33.

FLEURY, M.-J., et G. GRENIER (2012e). « Primary Mental Healthcare and Integrated Services », dans InTech, *Mental Illnesses – Evaluation, Treatments and Implications,* Luciano L'Abate (éd.), Rijeka, Croatia, [En ligne], [http://www.intechopen.com/articles/show/title/primary-mental-healthcare-and-integrated-services] (Consulté le 17 février 2012).

FLEURY, M.-J., et autres (2011a). « Typology of adults diagnosed with mental disorders based on socio-demographics and clinical and service use characteristics », *BMC Psychiatry*, vol. 11, p. 67.

FLEURY, M.-J., et autres (2011b). « Determinants of referral to the public healthcare and social sector by nonprofit organizations: Clinical profile and interorganizational characteristics », *Nonprofit and Voluntary Sector Quarterly,* vol. 20, nº 10, p. 1-23.

FLEURY, M.-J., E. LATIMER et C. VALLÉE (2010a). « La réforme en santé mentale. Des services plus accessibles et continus pour une clientèle vulnérable ? », *Le point en administration de la santé et des services sociaux,* numéro spécial sur le 5e anniversaire de la réforme du système québécois de santé, vol. 6, nº 1, p. 34-39.

FLEURY, M.-J., et autres (2010b). « Professional service utilisation among patients with severe mental disorders », *BMC Health Services Research*, vol. 10, nº 1, p. 141.

FLEURY, M.-J., et autres (2010c). *Projet Chez soi – Montréal. Projet de recherche et de démonstration sur la santé mentale et l'itinérance. Rapport d'évaluation et de développement du projet (été 2008-juillet 2010). Rapport final,* Commission de la santé mentale du Canada, 28 p.

FLEURY, M.-J., et autres (2010d). « Clinical practice settings associated with GPs who take on patients with mental disorders », *Healthcare Policy,* vol. 5, nº 4, p. 90-104.

FLEURY, M.-J., et autres (2010e). « Extent and determinants of general practitioner referrals and contacts with mental health providers », *Canadian Journal of Community Mental Health*, vol. 29, nº 2, p. 113-129.

FLEURY, M.-J., et autres (2010f). « GP group profiles and involvement in mental health care », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, vol. 18, nº 2, p. 396-403.

FLEURY, M.-J., et autres (2010g). « Mental health service utilization among patients with severe mental disorders », *Community Mental Health Journal*, vol. 47, nº 4, p. 365-377.

FLEURY, M.-J., et autres (2010h). « Components associated with adequacy of help for consumers with severe mental disorders », *Administration and Policy in Mental Health,* vol. 37, nº 6, p. 497-508.

FLEURY, M.-J. (dir.) (2009). « Santé mentale et première ligne », *Santé mentale au Québec,* vol. 34, nº 1, p. 7-286.

FLEURY, M.-J., J. M. BAMVITA et J. TREMBLAY (2009). « Variables associated with general practitioners taking on serious mental disorder patients », *BMC Family Practice*, vol. 10, p. 41.

FLEURY, M.-J., et autres (2008). « Variables associated with general practitioners taking on patients with common mental disorders », *Mental Health in Family Medicine,* vol. 5, nº 3, p. 149-160.

FLEURY, M.-J., et autres (dir.). (2007a). *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation*, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 552 p.

FLEURY, M.-J., G. GRENIER et Y. OUADAHI (2007b). « Les réseaux intégrés de services : notion, modélisations et mise en œuvre », dans FLEURY, M.-J., et autres (dir.), *Le système sociosanitaire au Québec. Régulation, gouvernance et participation,* Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 159-178.

FLEURY, M.-J. (2006). « Integrated service networks: The Quebec case », *Health Services Management Research*, vol. 19, nº 3, p. 153-165.

FLEURY, M.-J., G. GRENIER et A. LESAGE (2006). « Agreement between staff and service users concerning the clientele's mental health needs: A Quebec study », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 51, nº 5, p. 281-286.

FLEURY, M.-J. (2005). « Models of integrated service networks and key conditions for their operationalization », *International Journal of Integrated Care,* vol. 5, avril-juin, p. 1-14.

FLEURY, M.-J., et G. GRENIER (2004). « Historique et enjeux du système de santé mentale québécois », *Ruptures, revue transdisciplinaire en santé,* vol. 10, nº 1, p. 21-38.

FLEURY, M.-J., et C. MERCIER (2002). « Integrated local networks as a model for organizing mental health services », *Administration and Policy in Mental Health,* vol. 30, nº 1, p. 55-73.

FLYNN, P. M., et B. S. BROWN (2008). « Co-occuring disorders in substance abuse treatment: Issues and prospects », *Journal of Substance Abuse Treatment,* vol. 34, nº 1, p. 36-47.

FOMBONNE, E. (1998). « Increased rates of psychosocial disorders in youth », *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences,* vol. 248, nº 1, p. 14-21.

FOMBONNE, E., et autres (2006). « Pervasive developmental disorders in Montreal, Québec: Prevalence and links with immunizations », *Pediatrics*, vol. 118, nº 1, p. 139-150.

FONTAINE, P., et autres (2010). « Systematic review of health information exchange in primary care practices », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 23, nº 5, p. 665-670.

FOREST, L. (2008). « Ah! Le rétablissement… », *Le partenaire,* vol. 16, nº 1, p. 3.

FOREST, P.-G., et autres (2000). *Participation de la population et décision dans le système de santé et de services sociaux du Québec,* rapport de recherche présenté au Conseil de la santé et du bien-être, Département de science politique et Groupe de recherche sur les interventions gouvernementales (GRIG), Québec, Université Laval, 61 p.

FORS, B. M., et autres (2007). « Mortality among persons with schizophrenia in Sweden: An epidemiological study », *Nordic Journal of Psychiatry,* vol. 61, nº 4, p. 252-259.

FOURNIER, L., et autres (2010). *Transformation de la première ligne en santé mentale au Québec : accompagnement et suivi (Projet Dialogue),* rapport de recherche, INSPQ, 52 p.

FOURNIER, L., et autres (2007). *Vers une première ligne forte en santé mentale : messages clés de la littérature scientifique*, INSPQ, 41 p.

FRADET, H. (2009). « Entre la judiciarisation et l'intervention médico-psychosociale : la réalité des membres de l'entourage des personnes atteintes de maladie mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, n° 2, p. 31-38.

FRANCELL, C., V. CONN et D. GRAY (1988). « Families' perceptions of burden of care for chronically mentally ill relatives », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 39, n° 12, p. 1296-1300.

FRANCKE, A. L., et autres (2008). « Factors influencing the implementation of clinical guidelines for health care professionals: A systematic meta-review », *BMC Medical Informatics and Decision Making,* vol. 8, p. 38.

GAGLIARDI, A. R., et autres (2011). « How can we improve guideline use? A conceptual framework of implementability », *Implementation Science*, vol. 6, p. 26.

GAGLIARDI, A. R., et autres (2009). « An exploration of how guideline developer capacity and guideline implementability influence implementation and adoption: Study protocol », *Implementation Science,* vol. 4, p. 36.

GAGNON, F. (2008). « Recherche et pratique en prévention du suicide », *Frontières*, vol. 21, n° 1, p. 8-9.

GAGNON, M.-P., et autres (2011). « Measuring organizational readiness for knowledge translation in chronic care », *Implementation Science,* vol. 6, p. 72.

GALLOP, R., et autres (2006). « "De la recherche à la pratique" : un modèle de recherche sur la gestion des services de santé ? », *Chronique du courtage,* nº 18, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1 p.

GAMBOTTI, L. (2006). *Instruments de mesure en santé publique. Bases statistiques et épidémiologiques,* Présentation PowerPoint, 14 diapositives.

GASK, L., et autres (2008). « Beyond the limits of clinical governance? The case of mental health in English primary care », *BMC Health Services Research*, vol. 8, p. 63.

GASK, L., B. SIBBALD et F. CREED (1997). « Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care », *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, p. 6-11.

GATER, R., et autres (1997). « The care of patients with chronic schizophrenia: A comparison between two services », *Psychological Medicine*, vol. 27, nº 6, p. 1325-1336.

GÉLINAS, D. (2009). « Mise à jour des points de repère pour différencier le soutien d'intensité variable du suivi intensif au Québec », *Le partenaire,* vol. 18, nº 3, p. 4-43.

GÉLINAS, D. (2006). « L'embauche d'usagers à titre de pourvoyeurs de services de santé mentale », *Le partenaire,* vol. 14, nº 1, p. 9-41.

GÉLINAS, D. (1998). « Points de repère pour différencier la gestion de cas du suivi intensif dans le milieu auprès des personnes souffrant de troubles mentaux graves », *Santé mentale au Québec,* vol. 23, nº 2, p. 17-48.

GELLATLY, J., et autres (2007). « What makes self-help interventions effective in the management of depressive symptoms? Meta-analysis and meta-regression », *Psychological Medicine,* vol. 37, nº 9, p. 1217-1228.

GHADI, V., et M. NAIDITCH (2006). « Comment construire la légitimité de la participation des usagers à des problématiques de santé ? », *Santé publique,* vol. 18, p. 171-186.

GILLIES, R. R., et autres (1993). « Conceptualizing and measuring integration: Findings from the Health Systems Integration Study », *Hospital & Health Services Administration*, vol. 38, nº 4, p. 467-489.

GLADU, F.-P. (2007). « La pénurie réelle ou ressentie de médecins de famille au Québec. Peut-on y remédier ? », *Canadian Family Physician,* vol. 53, nº 11, p. 1871-1873.

GLOUBERMAN, S., et H. MINTZBERG (2001). « Managing the care of health and the cure of disease – Part I: Differentiation », *Health Care Management Review,* vol. 26, nº 1, p. 56-69.

GOEREE, R., et autres (2005). « The economic burden of schizophrenia in Canada in 2004 », *Current Medical Research and Opinion,* vol. 21, nº 12, p. 2017-2028.

GOERING, P., et autres (2006). « Who uses consumer-run self-help organizations? », *American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 76, nº 3, p. 367-373.

GOERING, P., et autres (1984). « From hospital to community. Six-month and two-year outcomes for 505 patients », *Journal of Nervous and Mental Disease,* vol. 172, nº 11, p. 667-673.

GOERING, P. N., et autres (1988). « What difference does case management make? », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 39, nº 3, p. 272-276.

GOLDMAN, H. H., J. P. MORRISSEY et M. R. RIDGELY (1990). « Form and function of mental health authorities at Robert Wood Johnson Foundation Program Sites: Preliminary observations », *Hospital and Community Psychiatry,* vol. 41, nº 11, p. 1222-1230.

GOLDSTEIN, J. M., et autres (2010). « Specificity of familial transmission of schizophrenia psychosis spectrum and affective psychoses in the New England family study's high-risk design », *Archives of General Psychiatry,* vol. 67, nº 5, p. 458-467.

GOULD, M. S., et R. A. KRAMER (2001). « Youth suicide prevention », *Suicide & Life Threatening Behaviour,* vol. 31, nº 1, p. 6-31.

GOUVERNEMENT DU CANADA (2006). *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada,* Ottawa, Ministère des Travaux publics et Services gouvernementaux, 188 p.

GOUVERNEMENT DU CANADA (1996). *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*, [En ligne], [http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115211319/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_f.html] (Consulté le 30 mars 2012).

GRANT, B. J., et autres (2004). « Prevalence and co-occurrence of substance use disorders and independent mood and anxiety disorders. Results from the National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions », *Archives of General Psychiatry,* vol. 61, nº 8, p. 807-816.

GREENHALGH, T., et autres (2004). « Diffusion of innovations in service organisations: Systematic review and recommendations », *Milbank Quarterly*, vol. 82, nº 4, p. 581-629.

GRELLA, C., et O. GRUSKY (1989). « Families of the seriously mentally ill and their satisfaction with services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 40, nº 4, p. 831-835.

GREMBOWSKI, D., D. MARTIN et D. PATRICK (2002). « Managed care, access to mental health specialists, and outcomes among primary care patients with depressive symptoms », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 17, nº 4, p. 258-269.

GRENIER, C., et M.-L. NADEAU (2008). « Approche de réadaptation appliquée à une clientèle présentant une comorbidité trouble psychotique et toxicomanie », *Le partenaire,* vol. 15, nº 3, p. 9-13.

GRENIER, G. (1999). *Les monstres, les fous et les autres : la folie criminelle au Québec,* Montréal, Trait d'union, 353 p.

GRENIER, G., et M.-J. FLEURY (2009). « Rôle des organismes communautaires en santé mentale au Québec et dynamique partenariale », *Santé mentale au Québec,* vol. 34, nº 1, p. 101-126.

GRENIER, J., et autres (2008). « Collaboration between family physicians and psychologists: What do family physicians know about psychologists' work? », *Canadian Family Physician*, vol. 54, nº 2, p. 232-233.

GRIFFIN, K. W., et G. J. BOTVIN (2010). « Evidence-based interventions for preventing substance use disorders in adolescents », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America,* vol. 19, nº 3, p. 505-526.

GRIFFITHS, A., R. A. JONES et N. L. JIMMIESON (2005). « The impact of organizational culture and reshaping capabilities on change implementation success: The mediating role of readiness for change », *Journal of Management Studies*, vol. 4, nº 2, p. 361-386.

GRIMSHAW, J., et autres (2006). « Toward evidence-based quality improvement. Evidence (and its limitations) of the effectiveness of guideline dissemination and implementation strategies 1966-1998 », *Journal of General Internal Medicine,* vol. 21, suppl. 2, p. s14-s20.

GRIMSHAW, J. M., et I. T. RUSSELL (1993). « Effect of clinical guidelines on medical practice: A systematic review of rigorous evaluations », *Lancet,* vol. 342, nº 8883, p. 1317-1322.

GULCUR, L., et autres (2003). « Housing, hospitalization and cost outcomes for homeless individuals with psychiatric disabilities participating in Continuum of Care and Housing First Programmes », *Journal of Community & Applied Social Psychology,* numéro spécial – *Homelessness: Integrating International Perspectives,* vol. 13, nº 2, p. 171-186.

GUZZETTA, F., et autres (2010). « First-ever admitted psychiatric inpatients in Italy: Clinical characteristics and reasons contributing to admission: Findings from a national survey », *Psychiatry Research,* vol. 176, nº 1, p. 62-68.

GWYNN, C., et autres (2008). « Prevalence, diagnosis, and treatment of depression and generalized anxiety disorder in a diverse urban community », *Psychiatric Services,* vol. 59, nº 6, p. 641-647.

HABRA, M., M. LALONDE et S. LLOYD (2012). *Étude sur les services d'urgence et les hôpitaux universitaires psychiatriques,* rapport final, Montréal, Direction des activités cliniques, de transfert de connaissances et d'enseignement, Institut universitaire en santé mentale Douglas, 58 p.

HAMANN, J., et autres (2003). « Antipsychotic prescribing patterns in Germany: A retrospective analysis using a large outpatient prescription database », *International Clinical Psychopharmacology,* vol. 18, nº 4, p. 237-242.

HANSEN, D. G., et autres (2004). « Early discontinuation of antidepressants in general practice: Association with patient and prescriber characteristics », *Family Practice,* vol. 21, nº 6, p. 623-629.

HANSSON, L., et autres (2003). « The relationship of needs and quality of life in persons with schizophrenia living in the community: A Nordic multi-center study », *Nordic Journal of Psychiatry,* vol. 57, nº 1, p. 5-11.

HANSSON, L., et autres (2001). « Comparison of key worker and patient assessment of needs in schizophrenic patients living in the community: A Nordic multicentre study », *Acta Psychiatrica Scandinavica,* vol. 103, nº 1, p. 45-51.

HANSSON, L., T. BJÖRKMAN et B. SVENSSON (1995). « The assessment of needs in psychiatric patients. Interrater reliability of the Swedish version of the Camberwell Assessment of Needs instrument and results from a cross-sectional study », *Acta Psychiatrica Scandinavica,* vol. 92, nº 4, p. 285-293.

HARNOIS, G., et autres (2011). *Santé mentale au travail. Étude comparative Québec-Catalogne,* Montréal, Centre collaborateur OMS/OPS de Montréal pour la recherche et la formation en santé mentale, Institut universitaire en santé mentale Douglas, 128 p.

HARNOIS, G., et P. GABRIEL (2000). *Mental Health and Work: Impact, Issues and Good Practices,* Genève, Organisation mondiale de la Santé, 77 p.

HARNOIS, G. P., et autres (1987). *Pour un partenariat élargi : projet de politique de santé mentale pour le Québec,* rapport Harnois, Québec, Comité de la politique de santé mentale, 185 p.

HARRIS, E. C., et B. BARRACLOUGH (1997). « Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis », *British Journal of Psychiatry,* vol. 170, p. 205-228.

HARRISON, V., et autres (2011). « Mobile mental health: Review of the emerging field and proof of concept study », *Journal of Mental Health*, vol. 20, nº 6, p. 509-524.

HARVEY, G., et autres (2006). « Intégrer les données probantes dans la pratique : rôle et fonction de la facilitation », *Chronique du courtage,* nº 20, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1 p.

HASSON, H. (2010). « Systematic evaluation of implementation fidelity of complex interventions in health and social care », *Implementation Science*, vol. 5, p. 67.

HATFIELD, A. B. (1997). « Families of adults with severe mental illness: New directions in research », *American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 67, nº 2, p. 254-260.

HAVASSY, B. E., A. J. ALVIREZ et A. J. MERICLE (2009). « Disparities in use of mental health and substance abuse services by persons with co-occurring disorders », *Psychiatric Services,* vol. 60, nº 2, p. 217-223.

HAW, C., et autres (2005). « Schizophrenia and deliberate self-harm: A systematic review of risk factor », *Suicide and Life Threatening Behavior,* vol. 35, nº 1, p. 50-62.

HAYES, R. A. (2005). « Introduction to evidence-based practices », dans STROUT, C. E., et R. A. HAYES (éd.), *The evidence-based practice. Methods, models and tools for mental health professionals,* Hoboken, New Jersey, John Wiley & Sons Inc., p. 1-9.

HAYWARD, M., M. SLADE et P. A. MORAN (2006). « Personality disorders and unmet needs among psychiatric inpatients », *Psychiatric Services,* vol. 57, nº 4, p. 538-543.

HEATHERTON, T. F., et autres (1997). « A 10-year longitudinal study of body weight, dieting, and eating disorder symptoms », *Journal of Abnormal Psychology,* vol. 106, nº 1, p. 117-125.

HEBERT, R., et J. P. DURANT (2003). « PRISMA: A new model of integrated service delivery for the frail older people in Canada », *International Journal of Integrated Care,* vol. 3, p. 8.

HEDRICK, S. C., et autres (2003). « Effectiveness of collaborative care depression treatment in Veterans' Affairs primary care », *Journal of General Internal Medicine*, vol. 18, nº 1, p. 9-16.

HEMMING, M., S. MORGAN et P. O'HALLORAN (1999). « Assertive outreach: Implications for the development of the model in the United Kingdom », *Journal of Mental Health,* vol. 8, nº 2, p. 141-147.

HEMP, P. (2004). « Presenteism: At work but out of it », *Harvard Business Review,* vol. 82, nº 10, p. 49-58.

HEMSLEY-BROWN, J. (2006). « Encourager l'utilisation de la recherche : un examen intersectoriel de la recherche sur les données probantes », *Chronique du courtage,* nº 13, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1 p.

HETTEMA, J., J. STEELE et W. R. Miller (2005). « Motivational interviewing », *Annual Review of Clinical Psychology,* nº 1, p. 91-111.

HIDAY, V. A. (2006). « Putting community risk in perspective: A look at correlations, causes and controls », *International Journal of Law and Psychiatry,* vol. 29, nº 4, p. 316-331.

HIDAY, V. A., et autres (2001). « Victimization: A link between mental illness and violence? », *International Journal of Law and Psychiatry,* vol. 24, nº 6, p. 559-572.

HO, J., et autres (2011). « Management recommendations for metabolic complications associated with second-generation antipsychotic use in children and youth », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 20, nº 3, p. 234-241.

HODGES, J. Q., et autres (2003). « Use of self-help services and consumer satisfaction with professional mental health services », *Psychiatric Services*, vol. 54, nº 8, p. 1161-1163.

HODGKIN, D., J. VOLPE-VARTANIAN et M. ALEGRIA (2007). « Discontinuation of antidepressant medication among Latinos in the USA », *Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 34, nº 3, p. 329-342.

HOFSTRA, M. B., J. VAN DER ENDE et F. C. VERHULST (2000). « Continuity and change of psychopathology from childhood into adulthood: A 14-year follow-up study », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 39, nº 7, p. 850-858.

HOLDEN, D. F., et R. R. J. LEWINE (1982). « How families evaluate mental health professionals, resources and effects of illness », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 8, nº 4, p. 626-633.

HOLT, D. T., et autres (2007). « Readiness for organizational change: The systematic development of a scale », *Journal of Applied Behavioral Science*, vol. 43, nº 2, p. 232-255.

HÔPITAL CHARLES-LEMOYNE (2001). *Grandir en santé mentale en Montérégie. Projet d'implantation d'un réseau intégré de services pour les jeunes aux prises avec un problème de santé mentale,* Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 6 p.

HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE (2006). *Contours des soins et services cliniques par programmes spécifiques. Modèle et structure de gestion*, Montréal, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 46 p.

HORVITZ-LENNON, M., et autres (2001). « Partial versus full hospitalization for adults in psychiatric distress: A systematic review of the published literature (1957-1997) », *American Journal of Psychiatry*, vol. 158, nº 5, p. 676-685.

HOULE, J., et C. POULIN (2009). *Le suivi des personnes admises à l'urgence suite à une tentative de suicide,* Direction de santé publique, Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, 112 p.

HOWARD, K. I., et autres (1996). « Patterns of mental health service utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, nº 8, p. 696-703.

HOWELL, C., et autres (2008). « Management of recurrent depression », *Australian Family Physician*, vol. 37, nº 9, p. 704-708.

HOWELLS, J. B., J. MCGUIRE et J. NAKASHIMA (2008). « Co-location of health care services for homeless veterans: A case study of innovation in program implementation », *Social Work in Health Care*, vol. 47, nº 3, p. 219-231.

HUGUES, C. P. (2008). « The development of a nurse-led liaison mental health service for older people in Chesterfied, Derbyshire, UK », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 15, nº 7, p. 595-604.

HUNKELER, E. M., et autres (2000). « Efficacy of nurse telehealth care and peer support in augmenting treatment of depression in primary care », *Archives of Family Medicine*, vol. 9, nº 8, p. 700-708.

IMBOUA, A., et M.-J. FLEURY (2009). « Médecins omnipraticiens : pratiques et intégration des soins en santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, nº 1, p. 55-76.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2011). *Indicateurs de santé 2011,* Ottawa, ICIS, 157 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2009). *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive,* Ottawa, ICIS, 94 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2008a). *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada : 2005-2006,* Ottawa, ICIS, 45 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2008b). *Améliorer la santé des Canadiens : 2007-2008 – Santé mentale, délinquance et activité criminelle,* Ottawa, ICIS, 70 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2008c). *Les soins de santé au Canada,* Ottawa, ICIS, 94 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2007). *Améliorer la santé des Canadiens : 2007-2008 – Santé mentale et itinérance,* Ottawa, ICIS, 58 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2006a). *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada : 2003-2004 – Base de données sur la santé mentale en milieu hospitalier,* Ottawa, ICIS, 75 p.

INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS) (2006b). *Tendances relatives au personnel de la santé au Canada de 1995 à 2004. Base de données sur le personnel de la santé,* Ottawa, ICIS, 329 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2011). *Le Québec, chiffres en main, édition 2011*, Québec, Gouvernement du Québec, 72 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Gouvernement du Québec, 53 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2008a). *Troubles mentaux, toxicomanie et autres problèmes liés à la santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2),* Québec, Gouvernement du Québec, 67 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ) (2008b). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, Gouvernement du Québec, 51 p.

INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), *Migrations internationales et interprovinciales, Québec, 1961-2010*, [En ligne], [http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/migrt_poplt_imigr/601.htm] (Consulté le 13 septembre 2011).

INSTITUT NATIONAL DE LA SANTÉ ET DE LA RECHERCHE MÉDICALE (INSERM) (2002). *Troubles mentaux : dépistage et prévention chez l'enfant et l'adolescent,* Paris, Les éditions INSERM, 66 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2008). *Avis scientifiques sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux*, Gouvernement du Québec, 150 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses. Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population,* Gouvernement du Québec, 152 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes,* Gouvernement du Québec, 49 p.

INSTITUT NATIONAL DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC (INSPQ) et BUREAU DU CORONER (2011). *La mortalité par suicide au Québec : données récentes de 2005 à 2009*, document rédigé par D. St-Laurent et M. Gagné, Québec, Gouvernement du Québec, 5 p. [données provisoires].

INSTITUT UNIVERSITAIRE EN SANTÉ MENTALE DOUGLAS. *Module évaluation-liaison,* [En ligne], [http://www.douglas.qc.ca/page/evaluation-liaison-module?locale=fr] (Consulté le 28 novembre 2011).

IYER, S. (2010). *Psychosis – Treatment Delay & Specialized Early Intervention Prevention and Early Intervention Program for Psychosis (PEPP-Montreal),* [présentation donnée dans le cadre d'un cours sur la santé mentale à l'Université McGill, à l'hiver 2010].

JABLENSKY, A., et autres (1992). « Schizophrenia: Manifestations, incidences and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study », *Psychological Medicine Monograph Supplement,* vol. 20, p. 1-97.

JACOBS, E. A., et autres (2004). « Overcoming language barriers in health care: Costs and benefits of interpreter services », *American Journal of Public Health*, vol. 94, nº 5, p. 866-869.

JACOBS, P., et autres (2010). *The Cost of Mental Health and Substance Abuse in Canada. A report to the Mental Health Commission of Canada*, Alberta, Institute of Health Economics, 41 p.

JACOBS, P., et autres (2009). *The Cost of Mental Health Services in Canada. A Report to the Mental Health Commission of Canada*, Alberta, Institute of Health Economics, 50 p.

JAIMES, A., et A. CROCKER (2010). « Réussites et défis du Programme d'accompagnement justice-santé mentale : un regard sur la première année de fonctionnement », *Le partenaire,* vol. 19, nº 1, p. 14-17.

JAYCOX, L. H., et autres (2002). « Violence exposure, posttraumatic stress disorder, and depressive symptoms among recent immigrant schoolchildren », *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry,* vol. 41, nº 9, p. 1104-1110.

JEFFERY, D. P., et autres (2007). « Psychological treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse », *The Cochrane Library Issue 4,* Chicester, Whiley, 35 p.

JEKOVSKA, M. (2008). *Pauvreté, santé mentale, détresse psychologique : situations connexes ou pure coïncidence ? Repères théoriques et état de la situation régionale,* Comité régional en développement social Centre-du-Québec, 50 p.

JEWELL, T. C., et autres (2005). « Evidence-based family services for adults with severe mental illness », dans STROUT, C. E., et R. A. HAYES (éd.), *The Evidence-Based Practice. Methods, Models and Tools for Mental Health Professionals,* Hoboken, New Jersey, John Wiley & Sons Inc., p. 56-84.

JOHANSEN, H., C. SANMARTIN et ÉQUIPE DE RECHERCHE DE L'INITIATIVE SUR LES DONNÉES LONGITUDINALES ADMINISTRATIVES ET SUR LA SANTÉ (2011). *La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée,* Ottawa, Statistique Canada, 32 p.

JOHNSTON, D., et autres (2010). « A new home-based mental health program for older adults: Description of the first 100 cases », *American Journal of Geriatric Psychiatry,* vol. 18, nº 12, p. 1141-1145.

JONES, A. (2001). « Hospital care pathways for patients with schizophrenia », *Journal of Clinical Nursing*, vol. 10, nº 1, p. 58-69.

JONES, L. E., W. CLARKE et C. P. CARNEY (2004). « Receipt of diabetes services by insured adults with and without claims for mental disorders », *Medical Care,* vol. 42, nº 12, p. 1167-1175.

JOUBERT, N. (2009). « Promotion de la santé mentale des populations : Qu'est-ce que c'est ? Qu'est-ce que ça peut devenir ? », article complémentaire sur le rapport de l'Institut canadien d'information sur la santé *Améliorer la santé des Canadiens : explorer la santé mentale positive,* Ottawa, ICIS, 34 p.

JOUBERT, P. (dir.), F. DESBIENS et C. DAGENAIS (2001). *De l'innovation au changement. Les leçons tirées des projets québécois financés par le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS),* Gouvernement du Québec, 319 p.

JUDAS, J. (2004). « Women with mental illness are still losing their children », *Visions: BC's Mental Health and Addictions Journal,* vol. 2, nº 2, p. 12.

KAAS, M. J., S. LEE et C. PEITZMAN (2003). « Barriers to collaboration between mental health professionals and families in the care of persons with serious mental illness », *Issues in Mental Health Nursing,* vol. 24, nº 8, p. 741-756.

KAISER, H. A. (2009). « Lois en matière de santé mentale au Canada : accélérer la réorientation du navire de l'État », *Santé mentale au Québec,* vol. 34, nº 2, p. 93-121.

KASTNER, M., et autres (2011). « Understanding the relationship between the perceived characteristics of clinical practice guidelines and their uptake: Protocol for a realist review », *Implementation Science*, vol. 6, p. 69.

KATES, N., et autres (2011). « L'évolution des soins de santé mentale en collaboration au Canada : Une vision d'avenir partagée », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 56, nº 5, p. 1-10.

KATES, N., et autres (1997). « Shared mental health care in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 42, suppl. 8, p. 877-888.

KATON, W., E. H. LIN et K. KROENKE (2007). « The association of depression and anxiety with medical symptom burden in patients with chronic medical illness », *General Hospital Psychiatry,* vol. 29, nº 2, p. 147-155.

KATON, W., et autres (1999). « Stepped collaborative care for primary care patients with persistent symptoms of depression: A randomized trial », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, nº 12, p. 1109-1115.

KATON, W., et autres (1996). « A multifaceted intervention to improve treatment of depression in primary care », *Archives of General Psychiatry*, vol. 53, nº 10, p. 924-932.

KATON, W., et autres (1995). « Collaborative management to achieve treatment guidelines: Impact on depression in primary care », *Journal of the American Medical Association*, vol. 273, nº 13, p. 1026-1031.

KATZELNICK, D. J., et autres (2000). « Randomized trial of a depression management program in high utilizers of medical care », *Archives of Family Medicine*, vol. 9, nº 4, p. 345-351.

KEITH, R. E., et autres (2010). « Fidelity of implementation: Development and testing of a measure », *Implementation Science,* vol. 5, p. 99.

KENNEDY, A., et autres (2009). « Establishing best practice in pediatric emergency mental health: A prospective study examining clinical characteristics », *Pediatric Emergency Care,* vol. 25, nº 6, p. 380-386.

KENT, S., M. FOGARTY et P. YELLOWLEES (1995a). « A review of studies of heavy users of psychiatric services », *Psychiatric Services,* vol. 46, nº 12, p. 1247-1253.

KENT, S., et P. YELLOWLEES (1995b). « The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 29, nº 3, p. 403-408.

KERTESZ, S. G., et autres (2009). « Housing first for homeless persons with active addiction: Are we overreaching? », *The Milbank Quarterly,* vol. 87, nº 2, p. 495-534.

KESSLER, D., et autres (2002). « Detection of depression and anxiety in primary care: Follow up study », *British Medical Journal,* vol. 325, nº 7371, p. 1016-1017.

KESSLER, R. C., et autres (2011). « Development of lifetime comorbidity in the World Health Mental Health Surveys », *Archives of General Psychiatry,* vol. 68, nº 1, p. 90-100.

KESSLER, R. C., et autres (2005a). « Prevalence, severity and comorbidity of 12-month disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry,* vol. 62, nº 6, p. 617-627.

KESSLER, R. C., et autres (2005b). « Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry,* vol. 62, nº 6, p. 593-602.

KESSLER, R. C. (2004). « The epidemiology of dual diagnosis », *Biological Psychiatry,* vol. 56, nº 10, p. 730-737.

KESSLER, R. C., et autres (2003). « The epidemiology of major depressive disorder: Results from the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *Journal of the American Medical Association,* vol. 289, nº 23, p. 3095-3115.

KESSLER, R. C., et autres (2001). « The prevalence and correlates of untreated serious mental illness », *Health Services Research,* vol. 36, nº 6, p. 987-1007.

KESSLER, R. C., et autres (1999). « Past-year use of outpatient services for psychiatric problems in the National Comorbidity Survey », *Health Services Research,* vol. 36, nº 6, p. 987-1007.

KESSLER, R. C., G. BORGES et E. E. WALTERS (1999). « Prevalence of and risk factor for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, vol. 56, nº 7, p. 617-626.

KEYES, K. M., et autres (2008). « Service utilization differences for Axis I psychiatric and substance use disorders between white and black adults », *Psychiatric Services*, vol. 59, nº 8, p. 893-901.

KILBOURNE, A. M., D. KEYSER et H. A. PINCUS (2010). « Challenges and opportunities in measuring the quality of mental health care », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 55, nº 9, p. 549-557.

KILBOURNE, A. M., et autres (2007). « Implementing evidence-based interventions in health care: Application of the replicating effective programs framework », *Implementation Science*, vol. 2, p. 42.

KIRBY, M. (2008a). *Crise en matière de santé mentale au Canada. Une étiquette dévalorisante,* [En ligne], [http://www.mentalhealthcommission.ca/SiteCollectionDocuments/Key_Documents/fr/FR_Kirby_GlbandMl_Jn28_08.pdf] (Consulté le 16 mai 2012).

KIRBY, M. (2008b). « Mental health in Canada: Out of the shadows forever », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 178, p. 1320-1322.

KIRBY, M. J., et W. J. KEON (2006). *De l'ombre à la lumière. La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada,* rapport Kirby, Ottawa, Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 312 p.

KIRMAYER, L. J., et autres (2011). « Rethinking resilience from indigenous perspectives », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 56, nº 2, p. 84-91.

KIRMAYER, L. J., et autres (2007a). « Use of health care services for psychological distress by immigrants in an urban multicultural milieu », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 52, nº 5, p. 295-304.

KIRMAYER, L. J., et autres (2007b). *Suicide chez les Autochtones au Canada*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 189 p.

KIRSCH, I., et autres (2008). « Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration », *PLoS Medicine,* vol. 5, nº 2, p. e45.

KISELY, S., et autres (2009). « Use of administrative data for the surveillance of mental disorders in 5 provinces », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 54, nº 8, p. 571-575.

KISELY, S., et L. A. CAMPBELL (2007). « Does compulsory or supervised community treatment reduce "revolving door" care? Legislation is inconsistent with recent evidence », *British Journal of Psychiatry,* vol. 191, p. 373-374.

KIZER, K. W., M. L. FONSECA et L. M. LONG (1997). « The Veterans Healthcare System: Preparing for the twenty-first century », *Hospital & Health Services Administration,* vol. 43, nº 3, p. 283-298.

KLEINMAN, A. M. (1977). « Depression, somatization and the "New Cross-Cultural Psychiatry" », *Social Science & Medecine*, vol. 11, nº 1, p. 3-10.

KLERMAN, G. L., et autres (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depression,* New York, Basic Books, 255 p.

KODNER, D. L., et C. K. KYRIACOU (2000). « Fully integrated care for frail elderly: Two American models », *International Journal of Integrated Care,* vol. 1, p. e08.

KOGUT, S. J., F. YAM et R. DUFRESNE (2005). « Prescribing of antipsychotic medication in a medicaid population: Use of polytherapy and off-label dosages », *Journal of Managed Care Pharmacy,* vol. 11, nº 1, p. 17-24.

KORKEILA, J. A., et autres (1998). « Frequently hospitalised psychiatric patients: A study of predictive factors », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 33, nº 11, p. 528-534.

KOVESS, V., et autres (2001). « Planification et évaluation des besoins en santé mentale », Paris, Médecine-Sciences Flammarion, dans MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens,* Québec, Gouvernement du Québec, p. 51.

KRETZMANN, J., et J. MCKNIGHT (1993). *Building Communities From the Inside Out: A Path Toward Finding and Mobilizing a Community's Assets,* Chicago, ACTA Pub, 16 p.

KUNTZ, C. (1995). *Persons with Severe Mental Illness: How Do They Fit Into Long-Term Care,* U.S. Department of Health and Human Services, 38 p.

LABRECQUE, N., et autres (2008). *Cadre pour un transfert des connaissances au sein du ministère de la Santé et des Services sociaux,* Québec, Gouvernement du Québec, 53 p.

LACASSE, Y., L. ROUSSEAU et F. MALTAIS (2001). « Prevalence of depressive symptoms and depression with severe oxygen-dependent chronic obstructive pulmonary disease », *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation,* vol. 21, nº 2, p. 80-86.

LAFLEUR, P. A. (2003). « Le métier de psychiatre au Québec », *L'information psychiatrique,* vol. 79, nº 6, p. 503-510.

LAGUEUX, N., et N. CHARLES (2009). « Le rôle du pair aidant », dans *Formation québécoise spécialisée en intervention par les pairs,* manuel du participant, module 2, Québec, Programme québécois Pairs Aidants Réseau.

LALIME, G. (2011). *La standardisation des plans d'intervention : un processus clinique revu et amélioré,* travail dirigé présenté à M.-J. Fleury, 50 p.

LALONDE, P., J. AUBUT et F. GRUNBERG (2001). *Psychiatrie clinique, une approche bio-psycho-sociale*, 3e édition, Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 2 091 p.

LAMOTHE, L., J.-P. FORTIN et L.-H. TROTTIER (2007). « Les alliances recherche/action/gestion : peut-on vivre ensemble ? », *Infolettre, Évolution des pratiques de gestion et d'évaluation dans le domaine de la santé,* vol. 4, nº 2, p. 2-5.

LANDON, B. E., et autres (2004). « Effects of a quality improvement collaborative on the outcome of care of patients with HIV infection: The EQHIV study », *Annals of Internal Medicine*, vol. 140, nº 11, p. 887-896.

LANE, J., et autres (2010). *Prévention du suicide : guide de bonnes pratiques en prévention du suicide à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux*, Québec, Gouvernement du Québec, 93 p.

LANGLOIS, J., et D. FORTIN (1994). « Monoparentalité à chef féminin, pauvreté et santé mentale : état de la recherche », *Santé mentale au Québec,* vol. 19, nº 1, p. 157-173.

LAPAIGE, V., et M. LAVOIE-TREMBLAY (2009). *Gouvernance clinique et transfert de connaissances dans les milieux spécialisés en santé mentale*, [Événement en application des connaissances organisé à Montréal par l'Axe de développement technologique et transfert de connaissances du Centre de recherche Fernand-Séguin de l'Hôpital Louis-H. Lafontaine, en collaboration avec l'Institut Philippe-Pinel et l'Hôpital Rivière-des-Prairies, le 6 novembre 2009].

LAPIERRE, J. (2009). « Stigmatisation et autostigmatisation », *Le partenaire,* vol. 18, nº 1, p. 3.

LARIMER, M. E., et autres (2009). « Health care and public service use and costs before and after provision of housing for chronically homeless persons with severe alcohol problems », *Journal of the American Medical Association,* vol. 301, nº 13, p. 1349-1357.

LARIVIÈRE, C., et autres (2009). « A qualitative analysis of clients' evaluation of a psychiatric day hospital », *Canadian Journal of Community Mental Health,* vol. 28, nº 1, p. 165-179.

LARIVIÈRE, C., et autres (2005). *Rapport sur le soutien à l'implantation et au fonctionnement des EIJ en 2004-2005*, Montréal, Centre de liaison sur l'intervention et la prévention psychosociale, Université de Montréal.

LATIMER, E., G. R. BOND et R. E. DRAKE (2011). « Economic approaches to improving access to evidence-based and recovery-oriented services for people with severe mental illness », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 56, nº 9, p. 523-529.

LATIMER, E. A., et autres (2006). « Generalisability of the individual placement and support model of supported employment: Results of a Canadian randomised controlled trial », *British Journal of Psychiatry*, vol. 189, p. 65-73.

LATIMER, E. (2005). « Community-based care for people with severe mental illness in Canada », *International Journal of Law and Psychiatry,* vol. 28, nº 5, p. 561-573.

LATIMER, E., et T. LECOMTE (2002). « Le soutien à l'emploi de type "IPS" pour les personnes souffrant de troubles mentaux graves : une voie d'avenir pour le Québec ? », *Santé mentale au Québec,* vol. 27, nº 1, p. 241-267.

LATOSINSKY, S., et autres (2007). « Canadian breast cancer guidelines: Have they made a difference? », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 176, nº 6, p. 771-776.

LAUZIER, S., et autres (2011). *Projet Phare 1. Développement d'une formation destinée aux pharmaciens communautaires pour améliorer les soins pharmaceutiques et l'adhésion au traitement chez les personnes atteintes de dépression majeure,* demande de financement au programme Prends soin de toi, 36 p.

LAVOIE-TREMBLAY, M., et autres (2010). « Contribution of the psychosocial work environment to psychological distress among health care professionals before and during a major change », *The Health Care Manager*, vol. 29, nº 4, p. 293-304.

LAVOIE-TREMBLAY, M., et autres (2008). « The psychosocial work environment and evidence utilization by health professionals », *Canadian Journal of Nursing Research*, vol. 40, nº 4, p. 112-128.

LEAF, P. J., et autres (1985). « Contact with health professionals for the treatment of psychiatric and emotional problems », *Medical Care,* vol. 23, nº 12, p. 1322-1337.

LEATT, P., G. H. PINK et M. GUERRIERE (2000). « Towards a Canadian model of integrated healthcare », *Healthcare Papers,* vol. 1, nº 2, p. 13-35.

LEAVEY, G., et autres (1997). « First-onset psychotic illness: Patients' and relatives' satisfaction with services », *British Journal of Psychiatry,* vol. 170, p. 53-57.

LECLERC, C., et L. BOUCHARD (2002). « Jeunes adultes et premier épisode de psychose. Revue des recherches portant sur les jeunes adultes aux prises avec ces troubles mentaux graves », *Le partenaire,* vol. 10, nº 1, p. 1-8.

LECOMTE, Y. (2008). « Évolution de la pensée critique en santé mentale au Québec », *Santé mentale au Québec*, numéro spécial – *La pensée critique en santé mentale*, p. 21-58.

LECOMTE, Y. (2003). « Développer des meilleures pratiques », *Santé mentale au Québec,* vol. 28, nº 1, p. 9-36.

LECOMTE, Y. (1997). « De la dynamique des politiques de désinstitutionnalisation au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 22, nº 2, p. 7-24.

LECRUBIER, Y., et autres (2002). « Efficacy of St. John's wort extract WS 5570 in major depression: A double blind, placebo-controlled trial », *American Journal of Psychiatry,* vol. 159, nº 8, p. 1361-1366.

LEESE, M., et autres (1998). « User perspective on needs and satisfaction with mental health services », *British Journal of Psychiatry,* vol. 173, p. 409-415.

LEFEBVRE, J., et autres (1998). « Factors related to utilization of services for mental health reasons in Montreal, Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 33, nº 6, p. 291-298.

LEFLEY, H. P. (1997). « Synthetizing the family caregiving studies: Implications for service planning, social policy and future research », *Family Relations,* vol. 46, nº 4, p. 443-450.

LEHMANN, C. (2001). « Psychiatrists not immune to effects of stigma », *Psychiatric News,* vol. 36, nº 14, p. 11.

LEITCH, K .K. (2007). *Vers de nouveaux sommets – Rapport de la conseillère en santé des enfants et des jeunes,* Ottawa, Santé Canada, 243 p.

LEMAIRE, I. (2010). *Suivi d'élèves ayant des difficultés d'adaptation scolaire à l'école secondaire Honoré-Mercier*, mémoire de maîtrise, École de criminologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, 117 p.

LEMAY, A. (1999). « L'élaboration d'une démarche d'analyse de la performance valide pour la prise de décision : un enjeu complexe », *Ruptures,* vol. 6, nº 1, p. 67-82.

LEMIEUX, C. L., et autres (2000). « Use of mid-level indicators in determining organizational performance », *Hospital Quarterly*, vol. 3, nº 4, p. 48-52.

LEMIEUX, J. (2009). « Prendre conscience de la stigmatisation en intervention : un pas important vers l'égalité sociale », *Le partenaire,* vol. 18, nº 1, p. 31-33.

LEMIRE, N., K. SOUFFEZ et M.-C. LAURENDEAU (2009). *Animer un processus de transfert des connaissances. Bilan des connaissances et outil d'animation,* Montréal, INSPQ, 59 p.

LEMMING, M. R., et R. J. CALSYN (2004). « Utility of the behavioral model in predicting service utilization by individuals suffering from severe mental illness and homelessness », *Community Mental Health Journal,* vol. 40, nº 4, p. 347-364.

LE MOIGNE, P. (2008). « La dépendance aux médicaments psychotropes. De la psychopharmacologie aux usages », *Drogues, santé et société*, vol. 7, nº 1, p. 57-88.

LESAGE, A. (2007). « Les programmes de premier épisode de schizophrénie et une médecine fondée sur les données factuelles : un cas de syndrome des habits de l'empereur ? », *Santé mentale au Québec*, vol. 32, nº 1, p. 333-349.

LESAGE, A., et autres (2006). *Prévalence de la maladie mentale et utilisation des services connexes au Canada : une analyse des données de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes,* Mississauga, Initiative canadienne de collaboration en santé mentale, 22 p.

LESAGE, A., J. RHÉAUME et H.-M. VASILIADIS (2009). *Utilisation de services et consommation de médicaments liés aux problèmes de santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2),* Québec, ISQ, 53 p.

LESAGE, A. D. (2010). « Contribution of psychiatric epidemiology to the study of the adult severely mentally ill », dans CAIRNEY, J., et D. L. STREINER (éd.), *Mental Disorder in Canada: An Epidemiological Perspective,* Toronto, University of Toronto Press, p. 144-169.

LESAGE, A. D. (1999). « Canada », dans THORNICROFT, G., et M. TANSELLA (éd.), *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services,* Cambridge, Cambridge University Press, p. 201-215.

LESAGE, A. D., et autres (2011). *Canada crazy for our children and youth mental health*, Canadian Institutes Health Research, Montréal, Centre de recherche Fernand-Seguin de l'Hôpital Louis H.-Lafontaine, 16 p.

LESSARD, L., et autres (2008). *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*, INSPQ, [En ligne], [http://www.inspq.qc.ca/publications/notice.asp?E=p&NumPublication=868] (Consulté le 2 avril 2012).

LETHINEN, V., et autres (2007). « Developments in the treatment of mental disorders », dans KNAPP, M., et autres (éd.), *Mental Health Policy and Practice Across Europe: The Future Direction of Mental Health Care*, European Observatory on Health Systems and Policies Series, Maidenhead, U.K., Open University Press, p. 126-145.

LEVAVASSEUR, E. (2005). *L'entretien motivationnel pour préparer le changement*, mémoire pour diplôme universitaire en alcoologie, Université de Caen Basse-Normandie, 40 p.

LEVIN, A. (2011). « NIDA "Warmline" connects M.D.s with addiction experts », *Psychiatric News,* vol. 46, nº 10, p. 10.

LEYKUM, L., et autres (2007). « Organizational interventions employing principles of complexity science have improved outcomes for patients with Type II diabetes », *Implementation Science*, vol. 2, p. 28.

LEYMANN, H. (1990). « Mobbing and psychological terror at workplaces », *Violence Victims,* vol. 5, nº 2, p. 119-126.

L'HEUREUX, S., et autres (2007). « Améliorer la détection et le traitement des psychoses débutantes au Québec : l'Association québécoise des programmes pour premiers épisodes psychotiques (AQPPEP) y voit », *Santé mentale au Québec,* vol. 32, nº 1, p. 299-315.

LIEBERMAN, J. A. (2007). « Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with chronic schizophrenia: Efficacy, safety and cost outcomes of CATIE and others trials », *Journal of Clinical Psychiatry,* vol. 68, nº 2, p. e04.

LIM, K. L., et autres (2008). « Une nouvelle mesure, fondée sur la population, du fardeau économique de la maladie mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada,* vol. 28, nº 3, p. 103-110.

LIN, E., et autres (1996). « The use of mental health services in Ontario: Epidemiologic findings », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 41, nº 9, p. 572-577.

LINCOLN, C., S. HARRIGAN et P. D. MCGORRY (1998). « Understanding the topography of the early psychosis pathways: An opportunity to reduce delays in treatment », *British Journal of Psychiatry,* vol. 172, nº 23, p. 21-25.

LINEHAN, M. M., et autres (1999). « Dialectical behavior therapy for patients with borderline personality disorder and drug-dependance », *The American Journal of Addictions,* vol. 8, nº 4, p. 279-292.

LINK, B., et autres (1999). « Public conceptions of mental illness: Labels, causes, dangerousness, and social distance », *American Journal of Public Health*, vol. 89, nº 9, p. 1328-1333.

LIPSKY, S., R. CAETANO et P. ROY-BYRNE (2010). « Triple jeopardy: Impact of partner violence perpetration, mental health and substance use on perceived unmet need for mental health care among men», *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 46, nº 9, p. 843-852.

LLYOD, K. R., R. JENKINS et A. MANN (1996). « Long-term outcome of patients with neurotic illness in general practice », *British Medical Journal,* vol. 313, nº 7048, p. 26-28.

LUDERMIR, A. B., et autres (2008). « Violence against women by their intimate partner and common mental disorders », *Social Science & Medicine,* vol. 66, nº 4, p. 1008-1018.

LUNDGREN, L., et autres (2011). « Modifications of evidence-based practices in community-based addiction treatment organizations: A qualitative research study », *Addictive Behaviors,* vol. 36, nº 6, p. 630-635.

LYONS, J. S., et P. H. RAWAL (2004). « Evidence-based treatments for children and adolescents », dans STOUT, C. E., et R. A. HAYES (éd.), *The Evidence-Based Practice. Methods, Models and Tools for Mental Health Professionals,* Hoboken, New Jersey, John Wiley & Sons Inc., p. 177-197.

MACDONALD, M. E. (2009). « A jurisdictional tapestry and a patchwork quilt of care: Aboriginal health and social services in Montreal », dans KIRMAYER L. J., et G. VALASKAKIS (éd.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada,* Vancouver, University of British Columbia Press, p. 281-400.

MAGNABOSCO, J. L. (2006). « Innovations in mental health services implementation: A report on state-level data from the U.S. Evidence-Based Practices Project », *Implementation Science*, vol. 1, p. 13.

MALLA, A., et autres (2003). « A Canadian programme for early intervention in non-affective psychotic disorders », *Australia and New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 37, nº 4, p. 407-413.

MAMDANI, M., N. HERRMANN et P. AUSTIN (1999). « Prevalence of antidepressants use among older population: Population-based observation », *Journal of the American Geriatric Society,* vol. 47, nº 11, p. 1350-1353.

MARSHALL, M., et A. LOCKWOOD (2004). « Early intervention for psychosis », *Cochrane Database System Review,* vol. 2, CD004718.

MARSHALL, M., et autres (2001). « Acute day hospital versus admission for acute psychiatric disorders », *Health Technology Assessment,* vol. 5, nº 21, p. 1-26.

MARSHALL, T., et autres (2008). « Key factors for implementing supported employment », *Psychiatric Services,* vol. 59, nº 8, p. 886-892.

MASLOW, A. (1954). *Motivation and Personality,* New York, Harper and Row, 19 p.

MATHERS, C., et D. LONCAR (2006). « Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030 », *PLoS Medicine,* vol. 3, nº 11, p. e442.

MCAVOY, R. R., et G. D. COSTER (2005). « General practice and the New Zealand reforms- lessons for Australia? », *Australia and New Zealand Health Policy*, vol. 2, p. 26.

MCCUSKER, J., et autres (2009). *La prise en charge en première ligne de la dépression chez les adultes atteints de maladies physiques chroniques,* résumé d'un projet de recherche en cours, Fonds de recherche en santé du Québec, 7 p.

MCCUSKER, J., et autres (2007). « Major depression in older medical inpatients predicts poor physical and mental health status over 12 months », *General Hospital Psychiatry,* vol. 29, nº 4, p. 340-348.

MCGLYNN, E. A., et autres (2003). « The quality of health care delivered to adults in the United States », *New England Journal of Medicine,* vol. 348, nº 26, p. 2635-2645.

MEADOWS, G., et autres (2002a). « Perceived need for mental health care: Influence of diagnosis, demographic and disability », *Psychological Medicine,* vol. 32, nº 2, p. 299-309.

MEADOWS, G., et autres (2002b). « Psychiatry and the need for mental health care in Australia findings from the National Health and Wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 36, nº 2, p. 210-216.

MELONI, D., et autres (2006). « Mortality among discharged psychiatric patients in Florence, Italy », *Psychiatric Services,* vol. 57, nº 10, p. 1474-1481.

MÉNARD, J.-M., et autres (2008). « L'apport des stratégies de formation croisée par rotation positionnelle à l'implantation de services intégrés pour les troubles concomitants en Mauricie/Centre-du-Québec », *Le partenaire,* vol. 15, nº 3, p. 18-25.

MERCIER, G., et D. SAINT-LAURENT (1998). *Stratégie d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, MSSS, 86 p.

MERINKANGAS, K. R., et autres (2010). « Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: Results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A) », *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry,* vol. 49, nº 10, p. 980-989.

MICHEL, L. (2008). *L'arrêt du tabac chez les patients atteints d'affections psychiatriques,* Fédération française de psychiatrie, Office français de prévention du tabagisme, Fédération française d'addictologie et Direction générale de la santé, 34 diapositives. [Dans le cadre d'une conférence d'experts].

MIDDELBOE, T., et autres (2001). « The Nordic Study on schizophrenic patients living in the community. Subjective needs and perceived help », *European Psychiatry,* vol. 16, nº 4, p. 207-214.

MIKKONEN, J., et D. RAPHAEL (2010). *Social Determinants of Health: The Canadian Facts,* Toronto, York University School of Health Policy and Management, 63 p.

MILLER, S. D., M. A. HUBBLE et B. L. DUNCAN (1996). *Handbook of Solution-Focused Brief Therapy,* Jossey-Bass Publishers, 429 p.

MILLER, W. R., et S. ROLLNICK (2006). *L'entretien motivationnel. Aider la personne à engager le changement,* Paris, InterEditions, 256 p.

MINISTÈRE DE L'EMPLOI ET DE LA SÉCURITÉ SOCIALE (MESS) (2002). *La volonté d'agir, la force de réussir. Stratégie nationale de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale,* Québec, Gouvernement du Québec, 54 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2012). *Évaluation de l'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Québec, Gouvernement du Québec, 66 p. [Version préliminaire – pour discussion].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2011). *Orientations relatives à l'organisation des soins et des services offerts à la clientèle adulte par les équipes en santé mentale de première ligne en CSSS – La force des liens,* Québec, Gouvernement du Québec, 54 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010a). *Prévention du suicide. Guide de bonnes pratiques à l'intention des intervenants des centres de santé et de services sociaux,* Québec, Gouvernement du Québec, 93 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2010b). *Consultation nationale pour l'évaluation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010*, Québec, Gouvernement du Québec, 13 p. [Compte-rendu de la rencontre avec les ordres et les associations professionnelles, le 17 novembre 2010, à Montréal].

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2009a). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*, Québec, Gouvernement du Québec, 142 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2009b). *Sondage auprès des infirmières des Groupes de médecine de famille du Québec – 2007-2008*, Québec, Gouvernement du Québec, 54 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008a). *L'itinérance au Québec. Cadre de référence*, Québec, Gouvernement du Québec, 142 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008b). *Programme national de santé publique 2003-2012*, Québec, Gouvernement du Québec, 126 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008c). *Guichet d'accès en santé mentale pour la clientèle adulte des CSSS – La force des liens,* Québec, Gouvernement du Québec, 17 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2008d). *Unis dans l'action : guide d'implantation. Équipe de liaison spécialisée en dépendances à l'urgence,* Québec, Gouvernement du Québec, 32 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007a). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans,* Québec, Gouvernement du Québec, 156 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2007b). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*, Québec, Gouvernement du Québec, 28 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) et SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (SHQ) (2007). *Cadre de référence sur le soutien communautaire en logement social. Une intervention intersectorielle des réseaux de la santé et des services sociaux et de l'habitation,* Québec, Gouvernement du Québec, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005a). *Plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens,* Québec, Gouvernement du Québec, 96 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2005b). *Projet de loi nº 83 – Loi modifiant la Loi sur les services de santé et les services sociaux et d'autres dispositions législatives,* Québec, Gouvernement du Québec, 134 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2003). *La pratique professionnelle et la ressource de type familial : guide d'orientation*, Québec, Gouvernement du Québec, 69 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001a). *Accentuer la transformation des services de santé mentale. Cibles prioritaires adoptées au Forum sur la santé mentale de septembre 2000*, Québec, Gouvernement du Québec, 53 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001b). *Transformation des services de santé mentale. État d'avancement du plan d'action de décembre 1998*, Québec, Gouvernement du Québec, 50 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (2001c). *Cadre de référence sur les ressources intermédiaires*, Québec, Gouvernement du Québec, 80 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1998a). *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, Gouvernement du Québec, 41 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1998b). *Stratégie québécoise d'action face au suicide : s'entraider pour la vie*, Québec, Gouvernement du Québec, 86 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1997). *Bilan de l'implantation de la Politique de santé mentale,* Québec, Gouvernement du Québec, 157 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) (1989). *Politique de santé mentale,* Québec, Gouvernement du Québec, 62 p.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) – 1. *La dépression – C'est plus fort que soi. C'est une maladie.*, [En ligne], [www.masantementale.gouv.qc.ca] (Consulté le 17 février 2012).

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (MSSS) – 2. *Organigramme du Ministère*, [En ligne], [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/organigramme/Visio-MSSS.pdf] (Consulté le 17 février 2012).

MINISTÈRE DES AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA (1996). « La guérison traditionnelle remise à l'honneur », dans *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, [En ligne], [http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071212062458/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sia3a_f.html#Annexe 3A: La guérison traditionnelle remise à l'honneur] (Consulté le 19 janvier 2012).

MIREAULT, J., et autres (1999). *Analyses cliniques des hospitalisations de la population de Ville de Laval et des patients de la Cité de la santé de Laval : évolution des profils cliniques et projections pour l'an 2006,* Association des hôpitaux du Québec, 113 p.

MOJTABAI, R. (2008). « Increase in antidepressant medication in the US adult population between 1990 and 2003 », *Psychotherapy and Psychosomatics,* vol. 77, nº 2, p. 83-92.

MOJTABAI, R., M. OLFSON et D. MECHANIC (2002). « Perceived need and help-seeking in adults with mood, anxiety, or substance use disorders », *Archives of General Psychiatry,* vol. 59, nº 1, p. 77-84.

MORDEN, N. E., et autres (2009). « Health care for patients with serious mental illness: Family medicine's role », *Journal of the American Board of Family Medicine*, vol. 22, nº 2, p. 187-195.

MORGAN, S., et autres (2008). *The Canadian Rx Atlas,* 2e édition, Vancouver, University of British Columbia, dans LATIMER, E., G. R. BOND et R. E. DRAKE (2011). « Economic approaches to improving access to evidence-based and recovery-oriented services for people with severe mental illness », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 56, nº 9, p. 523-529.

MORTENSEN, P. B., et K. JUEL (1993). « Mortality and causes of death in first admitted schizophrenic patients », *British Journal of Psychiatry*, vol. 163, p. 183-189.

MOULDING, R., et autres (2009). « Integrating psychologists into the Canadian Health Care System: The example of Australia », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 100, nº 2, p. 145-147.

MOWBRAY, C., et autres (2000). « Mothers with a mental illness: Stressors and resources for parenting and living », *Family in Society: Journal of Contemporary Human Services,* vol. 81, nº 2, p. 118-129.

MUESER, K. T., et autres (2003a). « Implementing evidence-based practices for people with severe mental illness », *Behavior Modification,* vol. 27, nº 3, p. 387-411.

MUESER, K. T., et autres (2003b). *Integrated Treatment for Dual Disorders: A Guide to Effective Practice,* New York, Guilford Press, 470 p.

MUESER, K. T., et autres (1998). « Trauma and posttraumatic stress disorder in severe mental illness », *Journal of Consulting and Clinical Psychology,* vol. 66, nº 3, p. 493-499.

MUFSON, L., et G. ANDERSON (2008). « Psychothérapie interpersonnelle à l'intention des adolescents souffrant de dépression : théories, techniques et recherche », *Santé mentale au Québec,* vol. 33, nº 2, p. 49-65.

MUIR-COCHRANE, E., et autres (2006). « Self-management of medication for mental health problems by homeless young people », *International Journal of Mental Health Nursing,* vol. 15, nº 3, p. 163-170.

MULLINS, C. D., et autres (2005). « Persistence, switching, and discontinuation rates among patients receiving sertraline, paroxetine, and citalopram », *Pharmacotherapy,* vol. 25, nº 5, p. 660-667.

MURRAY, A. (2011). « The implementation of a self-administration of medication programmes within older persons mental health », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* vol. 18, nº 2, p. 113-121.

MYHR, G., et K. PAYNE (2006). « Cost-effectiveness of cognitive-behavioural therapy for mental disorders: Implication for public health care funding policy in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 51, nº 10, p. 662-670.

MYKLETUN, A., et autres (2010). « General practitioners' opinions on how to improve treatment of mental disorders in primary health care. Interviews with one hundred Norwegian general practitioners », *BMC Health Services Research*, vol. 10, p. 35.

MYNORS-WALLIS, L. (2001). « Problem-solving treatment in general psychiatric practice », *Advances in Psychiatric Treatment,* vol. 7, nº 6, p. 417-425.

NADEEM, E., et autres (2007). « Does stigma keep poor young immigrant and US-born Black and Latina women from seeking mental health care? », *Psychiatric Services*, vol. 58, nº 12, p. 1547-1554.

NARROW, W. E., et autres (2000). « Mental health service use by Americans with severe mental illness », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 35, nº 4, p. 147-155.

NATHAN, R., et autres (2003). « The Liverpool violence assessment: An investigator-based measure of serious violence », *Criminal Behaviour and Mental Health,* vol. 13, nº 2, p. 106-120.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE (NICE) (2009). *Depression. The Treatment and Management of Depression in Adults,* Londres, NICE, 64 p.

NELSON, G., T. AUBRY et A. LAFRANCE (2007). « A review of the literature on the effectiveness of housing and support, assertive community treatment, and intensive case management interventions for persons with mental illness who have been homeless », *American Journal of Orthopsychiatry,* vol. 77, nº 3, p. 350-361.

NEVEU, F. (2010) « Le suivi communautaire à Montréal », *Le partenaire,* vol. 18, nº 4, p. 26-28.

NICHOLSON, J., et K. BIEBEL (2002). « Commentary on "Community mental health care for women with severe mental illness who are parents" – The tragedy of missed opportunities: Of missed opportunities: What providers can do », *Community Mental Health Journal,* vol. 38, nº 2, p. 167-172.

NIEDHAMMER, I., S. DAVID et S. DEGIOANNI (2009). « Violence psychologique au travail et santé mentale : résultats d'une enquête transversale en population salariée en région Paca, France, 2004 », *Bulletin épidémiologique hebdomadaire,* nº 25-26, p. 271-275.

NOUR, K., et autres (2009). « Le projet PIE : une stratégie prometteuse de dépistage des aînés qui présentent des problèmes de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, nº 2, p. 217-235.

OFFORD, D. R., et autres (1998). « Lowering the burden of suffering from child psychiatric disorder: Trade-offs among clinical, targeted, and universal interventions », *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 37, nº 7, p. 686-694.

OFFORD, D. R., et autres (1987). « Ontario Child Health Study II. Six-month prevalence of disorder and rates of service utilization », *Archives of General Psychiatry*, vol. 44, nº 9, p. 832-836.

O'GRADY, C. P., et W. J. SKINNER (2008). *Guide à l'intention des familles sur les troubles concomitants,* Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 230 p.

O'HAGAN, M., et autres (2010). *Faire avancer la cause du soutien par les pairs,* rapport présenté au Comité du projet de soutien par les pairs en matière de santé mentale de la Commission de la santé mentale du Canada, Ottawa, Commission de la santé mentale du Canada, 154 p.

OLATUNJI, B. O., J. M. CISLER et B. J. DEACON (2010). « Efficacy of cognitive behavioral therapy for anxiety disorders: A review of meta-analytic findings », *Psychiatric Clinics of North America,* vol. 33, nº 3, p. 557-577.

OLFSON, M., et autres (2002). « National trends in the use of outpatient psychotherapy », *American Journal of Psychiatry,* vol. 159, nº 6, p. 1914-1920.

ORDRE DES CONSEILLERS ET CONSEILLÈRES D'ORIENTATION ET DES PSYCHOÉDUCATEURS ET PSYCHOÉDUCATRICES DU QUÉBEC (OCCOPPQ) (2010). *Consultation sur le plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens du MSSS du Québec,* Montréal, OCCOPPQ, 4 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) (2010). *Perspectives de bonification et d'enrichissement des mesures contenues dans le Plan d'action en santé mentale – La force des liens (MSSS, 2005)*, Westmount, OIIQ, 13 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) (2009a). *Les départs à la retraite : un enjeu majeur pour la planification de la main-d'œuvre infirmière,* Infostats, [En ligne], [http://www.oiiq.org/uploads/periodiques/infostats/vol02n03/index.html] (Consulté le 19 janvier 2012).

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) (2009b). *La pratique infirmière en santé mentale : une contribution essentielle à consolider,* rapport du Comité d'experts sur la pratique infirmière en santé mentale et en soins psychiatriques, Westmount, OIIQ, 73 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ) (2007). *Prévenir le suicide pour préserver la vie : guide de pratique clinique,* Westmount, Direction des services aux clientèles et des communications, OIIQ, 48 p.

ORDRE DES INFIRMIÈRES ET INFIRMIERS DU QUÉBEC (OIIQ). *Infirmière praticienne spécialisée – Fonctions*, [En ligne], [http://www.oiiq.org/admission-a-la-profession/la-profession/infirmiere-praticienne-specialisee] (Consulté le 19 mars 2012).

ORDRE DES PHARMACIENS DU QUÉBEC (OPQ) (2001). *L'exercice de la pharmacie au Québec. La nécessaire adaptation aux nouvelles réalités du XX^e siècle,* mémoire présenté aux membres du Groupe de travail ministériel sur les professions de la santé et des relations humaines, OPQ, 40 p.

ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2010). *Appréciation du degré d'implantation du Plan d'action en santé mentale 2005-2010,* Ordre des psychologues, 18 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2011). *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays. Rapport du secrétariat,* 129^e session, 1^er décembre 2011, [En ligne], [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB130/B130_9-fr.pdf] (Consulté le 19 mars 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) et WORLD ORGANIZATION OF FAMILY DOCTORS (WONCA) (2008). *Integrating Mental Health into Primary Care. A Global Perspective,* Genève, OMS et WONCA, 224 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2006). *Santé mentale : relever les défis, trouver des solutions,* Rapport de la Conférence ministérielle européenne de l'OMS, Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, 189 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2005a). *Atlas de la santé mentale 2005,* [En ligne], [http://www.who.int/mental_health/evidence/atlas/] (Consulté le 26 juin 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2005b). *Mental Health Information Systems. Mental Health Policy and Service Guidance Package*, Genève, OMS, 100 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004a). *Investir dans la santé mentale,* Genève, OMS, 27 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2004b). *Prevention of Mental Disorders. Effective Interventions and Policy Options. Summary Report,* Genève, OMS, 68 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2003). *Dépression*, [En ligne], [http://www.who.int/topics/depression/fr/index.html] (Consulté le 18 mars 2012).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2002). *Innovative Care for Chronic Conditions: Building Blocks for Action*, Genève, OMS, 103 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001a). *Santé mentale : renforcement de la promotion de la santé mentale,* [En ligne], [http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/fr] (Consulté le 19 novembre 2011).

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (2001b). *Rapport sur la santé dans le monde, 2001 – La santé mentale : nouvelle conception, nouveaux espoirs,* Genève, OMS, 172 p.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (OMS) (1996). *Nations for Mental Health: Schizophrenia and Public Health,* Genève, OMS, 40 p.

OUADAHI, Y., et autres (2009). « Les problèmes de santé mentale sont-ils détectés par les omnipraticiens ? Regard sur la perspective des omnipraticiens selon les banques de données administratives », *Santé mentale au Québec*, numéro spécial sur les soins primaires et la santé mentale, vol. 34, nº 1, p. 161-172.

OYSERMAN, D., C. T. MOWBRAY et J. K. ZEMENCUK (2004). « Resources and supports for mothers with severe mental illness », *Health and Social Work,* vol. 19, nº 2, p. 132-142.

OZSIVADJIAN, A., et F. KNOTT (2011). « Anxiety problems in young people with autism spectrum disorder: A case series », *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, vol. 16, nº 2, p. 203-214.

PAGÉ, J. C. (1961). *Les fous crient au secours : témoignage d'un ex-patient de Saint-Jean-de-Dieu,* Montréal, Éditions du jour, 156 p.

PALAZZOLO, J., N. MIDOL et J. CANCAU (2008). « Vers une gestion autonome de la médication en psychiatrie ? Approche anthropologique », *Annales médico-psychologiques*, vol. 166, nº 9, p. 717-726.

PAMPALLONA, S., et autres (2002). « Patient adherence in the treatment of depression », *British Journal of Psychiatry,* vol. 180, p. 104-109.

PAQUET, S., et autres (2011). *Les aînés présentant un trouble de santé mentale transitoire et vivant en résidence : quels défis pour les intervenants du soutien à domicile ?*, projet présenté au programme Prends soin de toi, Centre d'excellence sur le vieillissement de Québec, 21 p.

PARK, S. H. (1996). « Managing an interorganizational network: A framework of the institutional mechanism for network control », *Organization Studies*, vol. 17, nº 5, p. 795-824.

PARKER, G., et autres (2006). « Interpersonal psychotherapy for depression? The need to define its ecological niche », *Journal of Affective Disorders,* vol. 95, nº 1-3, p. 1-11.

PARSLOW, R. A., et A. F. JORM (2000). « Who uses mental health services in Australia? An analysis of data from the National Survey of Mental Health and Wellbeing », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry,* vol. 34, nº 6, p. 997-1008.

PATEL, V., et autres (2007). « Mental health of young people: A global public-health challenge », *The Lancet,* vol. 369, nº 9569, p. 1302-1313.

PATTEN, S. B., et autres (2006). « Descriptive epidemiology of major depression in Canada », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 51, nº 2, p. 84-90.

PAWLENKO, N. (2005). *Collaborative Mental Health Care in Primary Health Care Settings Across Canada. A Policy Review*, Mississauga, Canadian Collaborative Mental Health Initiative, 76 p.

PERLICK, D. A., et autres (2001). « Stigma as a barrier to recovery: Adverse effects of perceived stigma on social adaptation of person diagnosed with bipolar affective disorder », *Psychiatric Services*, vol. 52, nº 12, p. 1627-1632.

PERRAULT, C. (1987). *Les mesures de santé mentale. Possibilités et limites de la méthodologie utilisée*, Cahier technique 87-06, Montréal, Santé Québec, 33 p.

PERREAULT, M., et autres (2009). « Meilleures pratiques et formation dans le contexte du continuum des services en santé mentale et en toxicomanie : le programme de formation croisée du sud-ouest de Montréal », *Santé mentale au Québec,* vol. 34, nº 1, p. 143-160.

PERREAULT, M., et autres (2002). « Le point de vue des aidants familiaux sur les services en santé mentale offerts à leurs proches », *Santé mentale au Québec,* vol. 27, nº 2, p. 198-214.

PERREAULT, M., et autres (1996). « Patients' requests and satisfaction with services in an outpatient psychiatric setting », *Psychiatric Services,* vol. 47, nº 3, p. 287-292.

PESCOSOLIDO, B. A., et autres (2010). « A disease like any other? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression and alcohol dependence », *American Journal of Psychiatry,* vol. 167, nº 11, p. 1321-1330.

PEVELER, R. (1999). « Befriending can lead to remission in women with chronic depression », *Western Journal of Medicine*, vol. 171, nº 4, p. 241.

PHELAN, J. C. (2005). « Geneticization of deviant behavior and consequences for stigma: The case of mental illness », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 46, nº 4, p. 307-322.

PHELAN, J. C., et autres (2000). « Public conceptions of mental illness in 1950 and 1996: What is mental illness and is it to be feared? », *Journal of Health and Social Behavior*, vol. 41, nº 2, p. 188-207.

PHELAN, J. C., et B. G. LINK (1998). « The growing belief that people with mental illnesses are violent: The role of the dangerousness criterion for civil commitment », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 33, nº 13, p. s7-s12.

PHELAN, M., et autres (1995). « The Camberwell Assessment of Need: The validity and reliability of an instrument to assess the needs of the seriously mentally ill », *British Journal of Psychiatry,* vol. 167, nº 5, p. 589-595.

PIAT, M. (2004). « Les foyers de groupe et le phénomène "pas dans ma cour", c'est arrivé près de chez nous. Étude pilote », *Santé mentale au Québec,* vol. 29, nº 1, p. 151-172.

PIAT, M., et autres (2009). *The Role of Peer Support in Mental Health Services in Canada*, protocole de recherche, Montréal, Institut universitaire en santé mentale Douglas, 13 p.

PIAT, M., et autres (2008a). « Qu'est-ce que le rétablissement signifie pour moi? La perspective des usagers en santé mentale », *Le partenaire,* vol. 16, nº 1, p. 28-36.

PIAT, M., et autres (2008b). « Housing for persons with serious mental illness: Consumer and service provider preferences », *Psychiatric Services,* vol. 59, nº 9, p. 1011-1017.

PIAT, M., et autres (2006). *Housing and Recovery for Serious Mental Illness: Consumer and Service Provider Perspectives,* protocole de recherche, Canadian Institutes of Health Research, 13 p.

PINFOLD, V., et autres (2005). « Working with young people: The impact of mental health awareness programs in schools in the UK and Canada », *World Psychiatry*, vol. 4, nº S1, p. 48-52.

PLANTY, M., et autres (2008). *The Condition of Education 2008,* Washington, National Center for Education Statistics, Institute of Education Sciences et U.S. Department of Education, 304 p.

POINSOT, R., et P. ANTOINE (2007). « Une approche psychothérapique méconnue : la résolution des problèmes sociaux », *Annales médico-psychologiques,* vol. 165, nº 9, p. 638-644.

POIRIER, M., R. HACHEY et Y. LECOMTE (2000). « L'inquiétante étrangeté de l'itinérance », *Santé mentale au Québec,* vol. 25, nº 2, p. 9-20.

POLITI, P., et autres (2002). « Mortality in psychiatric patients 5 to 21 years after hospital admission in Italy », *Psychological Medicine,* vol. 32, nº 2, p. 227-237.

PRÉVILLE, M., et autres (2009). « Use of health services for psychological distress symptoms among community-dwelling older adults », *Revue canadienne du vieillissement,* vol. 28, nº 1, p. 51-61.

PRÉVILLE, M., et autres (2008). « The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 53, nº 12, p. 822-832.

PRÉVILLE, M., et autres (2007). *Consultation publique sur les conditions de vie des aînés : la santé mentale,* mémoire déposé au ministère de la Famille et des Aînés par l'Axe santé mentale du Réseau québécois de recherche sur le vieillissement, 23 p.

PRÉVILLE, M., et autres (1992). *La détresse psychologique : détermination de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Montréal, Santé Québec, 24 p.

PRIGERSON, H. G., P. K. MACIEJEWSKI et R. A. ROSENHECK (1999). « The effects of marital dissolution and marital quality on health and health service use among women », *Medical Care*, vol. 37, nº 9, p. 858-873.

PRINGSHEIM, T., et autres (2011a). « Treatment recommendations for extrapyramidal side effects associated with second-generation antipsychotic use in children and youth », *Paediatrics & Child Health*, vol. 16, nº 9, p. 590-598.

PRINGSHEIM, T., et autres (2011b). « Evidence-based recommendations for monitoring safety of second-generation antipsychotics in children and youth », *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, vol. 20, nº 3, p. 218-233.

PRO-DEF ESTRIE (2007). *Documentation*, [En ligne], [http://www.prodefestrie.qc.ca/documentation.html] (Consulté le 4 décembre 2011).

PROGRAMME D'ENCADREMENT CLINIQUE ET D'HÉBERGEMENT (PECH) (2006). *Passeur de liens. Rapport annuel 2005-2006*, Québec, PECH, 41 p.

PROVAN, K. G. (1997). « Services integration for vulnerable populations: Lessons from community mental health », *Family & Community Health,* vol. 19, nº 4, p. 19-30.

PROVAN, K. G., et B. H. MILWARD (1995). « A preliminary theory of interorganizational network effectiveness: A comparative study of four community mental health systems », *Administrative Science Quarterly*, vol. 40, nº 1, p. 1-33.

PROVENCHER, H. L. (2008). « Le modèle préliminaire d'organisation des services orientés vers le rétablissement (MOPROSOR) : introduction et présentation détaillée du cadre d'orientation », *Le partenaire*, vol. 16, nº 1, p. 4-27.

PROVENCHER, H. L. (2007). « Le paradigme du rétablissement : 1. Une expérience globale de santé », *Le partenaire*, vol. 15, nº 1, p. 4-212.

PROVENCHER, H. L., et autres (2003). « Predictors of psychological distress in family caregivers of persons with psychiatric disabilities », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,* vol. 10, nº 5, p. 592-607.

PROVENCHER, H. L., et autres (2001). *Le point de vue des familles face à la reconfiguration des services de santé mentale dans le contexte du soutien familial,* rapport de recherche présenté au CQRS, Faculté des sciences infirmières, Université Laval, 100 p.

PROVENCHER, M. D., et S. GUAY (2007). « Les données probantes sur l'efficacité des traitements psychothérapeutiques : peut-on vraiment s'y fier ? », *Psychologie Québec,* janvier, p. 22-24.

PROVOST, J. (2010). « Le Programme d'accompagnement justice-santé mentale (PAJ-SM) à la cour municipale de Montréal : une approche différente pour une clientèle vulnérable », *Le partenaire,* vol. 19, nº 1, p. 12-13.

PSYCHOMÉDIA (2001). *Qu'est-ce qu'un trouble de la personnalité ?*, [En ligne], [http://www.psychomedia.qc.ca/personnalite/dossier/les-troubles-de-la-personnalite#2] (Consulté le 3 février 2012).

PSYCOM (2008). *Les médicaments psychotropes. Psychiatrie et santé mentale. Guide d'information,* Paris, Réseau PIC (Pharmaciens Information Communication), 29 p.

PSYCHO-RESSOURCES. [En ligne], [http://www.psycho-ressources.com] (Consulté le 3 février 2012).

RADOMSKY, E. D., et autres (1999). « Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders », *American Journal of Psychiatry*, vol. 156, nº 10, p. 1590-1595.

RAGHAVAN, R., C. L. BRIGHT et A. L SHADOIN (2008). « Toward a policy ecology of implementation of evidence-based practices in public mental health settings », *Implementation Science*, vol. 3, p. 26.

RANDOLPH, F., et autres (1997). « Creating integrated service systems for homeless persons with mental illness: The ACCESS Program. Access to Community Care and Effective Services and Support », *Psychiatric Services*, vol. 48, nº 3, p. 369-373.

RANNO, J. P. (2000). « Santé mentale et stress au travail », dans ORDRE DES PSYCHOLOGUES DU QUÉBEC (2002). *La vie au travail : un monde en transformation,* Symposium Santé mentale au travail, Montréal, p. 12.

RAPP, C. A., D. SALEEBEY et W. P. SULLIVAN (2005). « The future of strengths-based social work », *Advances in Social Work*, vol. 6, nº 1, p. 79-90.

RAPP, C. A., et R. J. GOSHA (2004). « The principles of effective case management of mental health services », *Psychiatric Rehabilitation Journal,* vol. 27, nº 4, p. 319-333.

READ, J., et autres (2006). « Prejudice and schizophrenia: A review of the "mental illness is an illness like any other" approach », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 114, nº 5, p. 303-318.

READING, J. (2009). *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : approche fondée sur le parcours de vie*, rapport présenté au Sous-comité sénatorial sur la santé de la population, 168 p.

REAVLEY, N., et A. F. JORM (2010). « Prevention and early intervention to improve mental health in higher education students: A review », *Early Intervention in Psychiatry,* vol. 4, nº 2, p. 132-142.

REED, G. (2006). « What qualifies as evidence of effective practice », dans NORCROSS, J. C., L. E. BEUTLER et R. F. LEVANT (éd.), *Evidence-Based Practices in Mental Health. Debate and Dialogue on the Fundamental Questions,* Washington, American Psychological Association, p. 13-23.

REGIER, D. A., et autres (1990). « Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiological Catchment Area (ECA) Study », *Journal of the American Medical Association,* vol. 264, nº 19, p. 2511-2518.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2010). *Éléments de réflexion pour un bilan du plan d'action en santé mentale 2005-2010 – La force des liens*, Montréal, RRASMQ, 15 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2006). *Balises pour une approche alternative des pratiques de soutien communautaire en santé mentale,* Montréal, RRASMQ, 12 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2004). *Mémoire à la Commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale du Québec sur le projet de loi 57. Loi sur l'aide aux personnes et aux familles,* Montréal, RRASMQ, 14 p.

REGROUPEMENT DES RESSOURCES ALTERNATIVES EN SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC (RRASMQ) (2002). *Mémoire sur le projet de loi 112 visant à éliminer la pauvreté et l'exclusion sociale,* Montréal, RRASMQ, 12 p.

REID, G. J., et J. B. BROWN (2008). « Money, case complexity and wait lists: Perspectives on problems and solutions at children's mental health centers in Ontario », *Journal of Behavioral Health Services & Research*, vol. 35, nº 3, p. 334-346.

RENAUD, J., et autres (2009). « Recent and lifetime utilization of health care services in children and adolescent suicide: A case-control study », *Journal of Affective Disorders*, vol. 117, nº 3, p. 168-173.

RENAUD, J., et autres (2008). « Current psychiatric morbidity, aggression/impulsivity, and personality dimensions in child and adolescent suicide: A case-control study », *Journal of Affective Disorders*, vol. 105, nº 1-3, p. 221-228.

RÉSEAU D'AIDE AUX PERSONNES SEULES ET ITINÉRANTES DE MONTRÉAL (RAPSIM) (2008). *Une politique en itinérance : Une nécessité pour Montréal*, mémoire déposé à la Commission parlementaire sur l'itinérance, Montréal, RAPSIM, 27 p.

RICARD, N. (1991). « État de santé et réseau de soutien social de soignantes naturelles d'une personne atteinte de trouble mental », *Revue canadienne de santé mentale communautaire*, édition spéciale, vol. 10, nº 2, p. 111-132.

RICARD, N., et autres (2008). *Évaluation multicentrique d'un modèle de coordination de soins et services en milieu institutionnel basé sur le suivi systématique des clientèles présentant des troubles graves de santé mentale*, rapport de recherche déposé au FRSQ, 8 p.

RICARD, N., et autres (2005). *Évaluation multicentrique d'un modèle de coordination de soins et services en milieu institutionnel basé sur le suivi systématique des clientèles présentant des troubles graves de santé mentale*, FRSQ, 13 p.

RICARD, N., F. FORTIN et J. P. BONIN (1995). *Fardeau subjectif et état de santé d'aidants naturels de personnes atteintes de troubles mentaux en situation de crise et de rémission*, rapport de recherche soumis au CQRS, 150 p.

RICARD, N., et F. FORTIN (1993). *Étude des déterminants du fardeau subjectif et de ses conséquences sur la santé de soignants naturels d'une personne atteinte d'un trouble mental*, rapport de recherche, subvention du Conseil québécois de la recherche sociale, 244 p.

ROBERGE, D., et autres (2004). *Évaluation du réseau intégré de soins et de services en oncologie : l'expérience de la Montérégie,* rapport final de recherche, Greenfield Park, Centre de recherche de l'Hôpital Charles-Lemoyne et GRIS, 36 p.

ROBERGE, P., et autres (2011). « Mental health service use and treatment adequacy of anxiety disorders in Canada », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 46, nº 4, p. 321-330.

ROBERTSON, M. (2008). « La psychothérapie interpersonnelle (PTI) pour le traitement du trouble de stress post-traumatique (TSPT) », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, nº 2, p. 133-150.

ROBICHAUD, J.-B., et autres (1994). *Les liens entre la pauvreté et la santé mentale. De l'exclusion à l'équité,* Montréal, Gaëtan Morin éditeur, 247 p.

RODER, V., et autres (2006). « Integrated psychological therapy (IPT) for schizophrenia: Is it effective? », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 32, nº S1, p. s81-s93.

RODRIGUEZ, C., A. CONTANDRIOPOULOS et D. LAROUCHE (2006). « Implementation evaluation of an integrated healthcare delivery initiative for diabetic patients », *Healthcare Policy,* vol. 1, nº 3, p. 99-120.

RODRIGUEZ, L., et P. RICHARD (2011). « La gestion autonome de la médication : une pratique au service du mieux-être », *Le partenaire,* vol. 19, nº 4, p. 21-24.

ROMANO, E., et autres (2001). « Prevalence of psychiatric diagnoses and the role of perceived impairment: Findings from an adolescent community sample », *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, vol. 42, nº 4, p. 451-461.

ROSEN, K., et P. GARETY (2005). « Predicting recovery from schizophrenia: A retrospective comparison of characteristics at onset of people with single and multiple episodes », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 31, nº 3, p. 735-750.

ROTHMAN, A. A., et E. H. WAGNER (2003). « Chronic illness management: What is the role of primary care? », *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, nº 3, p. 256-262.

ROUILLARD, P. (2008). « La toxicomanie, un beau défi en psychiatrie ? », *Le partenaire,* vol. 15, nº 3, p. 4.

ROUILLON, F. (2008). « Épidémiologie des troubles psychiatriques », *Annales médico-psychologiques,* vol. 166, nº 1, p. 63-70.

ROUSSEAU, C., et A. DRAPEAU (2002). « Santé et bien-être, immigrants récents au Québec : une adaptation réciproque ? Étude auprès des communautés culturelles 1998-1999 », *Santé mentale*, ISQ, Montréal, Les Publications du Québec, p. 211-245.

ROUSSEAU, C., et autres (2011). « Perceived discrimination and its association with psychological distress in newly arrived immigrants before and after September 11, 2001 », *American Journal of Public Health*, vol. 101, nº 5, p. 909-915.

ROUSSEAU, C., et autres (2008). « Health care access for refugee and immigrant with precarious status: Public health and human right challenges », *Canadian Journal of Public Health,* vol. 99, nº 4, p. 290-292.

ROUSSEAU, C., et autres (2007). *Repenser les services en santé mentale des jeunes : la créativité nécessaire,* Québec, Les publications du Québec, 126 p.

ROUTHIER, D., N. LEDUC et A. LESAGE (2011). *Tentatives de suicide et recours aux services de santé : avant et après une hospitalisation, chez les personnes ayant reçu un diagnostic de schizophrénie ou de dépression,* Berlin, Éditions universitaires européennes, 132 p.

ROY, S., et R. HURTUBISE (dir.) (2007). *L'itinérance en questions*, Québec, Presses de l'Université du Québec, 408 p.

ROYAL COLLEGE OF PSYCHIATRISTS (RCP) (2010). *No Health Without Public Mental Health: The Case for Action. Royal College of Psychiatrists Position Statement PS4/2010*, London, RCP, 47 p.

RUBAK, S., et autres (2005). « Motivational interviewing: A systematic review and meta-analysis », *British Journal of General Practice*, vol. 55, nº 513, p. 305-312.

RUBIO-VALERA, M., et autres (2011). « Effectiveness of pharmacist care in the improvement of adherence to antidepressants: A systematic review and meta-analysis », *Annals of Pharmacotherapy*, vol. 45, nº 1, p. 39-48.

RUGGERI, M., et autres (2006). « Satisfaction with community and hospital-based emergency services amongst severely mentally ill service users. A comparison study in South-Verona and South-London », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 41, n° 4, p. 302-309.

RUGGERI, M., et autres (2003). « Satisfaction with mental health services among people with schizophrenia in five Europeans sites: Results from the EPSILON study », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 29, n° 2, p. 229-245.

RUGGERI, M., R. DALL'AGNOLA et G. BISOFFI (1994). « Acceptability, sensitivity and content validity of the VECS and VSSS in measuring expectations and satisfaction in psychiatric patients and their relatives », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, n° 6, p. 265-276.

RUSH, B. R., et autres (2010). « The epidemiology of co-occurring substance use and other mental disorders in Canada: Prevalence, service use and unmet needs », dans CAIRNEY, J., et D. L. STREINER (éd.), *Mental Disorder in Canada: An Epidemiological Perspective*, Toronto, University of Toronto Press, p. 170-204.

RUSSELL, K., E. SCHUTT et S. ROGERS (2009). « Empowerment and peer-support: Structure and process of self-help in a consumer-run center for individuals with mental illness », *Journal of Community Psychology*, vol. 37, n° 6, p. 697-710.

SACKETT, D. L., et autres (2000). *Evidence-Based Medicine: How to Practice and Teach EBM,* Édimbourg, Churchill Livingstone, 261 p.

SAINT-ARNAUD, L., et autres (2007). « Determinants of return-to-work among employees absent due to mental health problems », *Relations industrielles/ Industrial Relations*, vol. 62, n° 4, p. 690-713.

SAINT-ARNAUD, L., M. SAINT-JEAN et J. DAMASSE (2004). « S'absenter du travail pour un problème de santé mentale : une épreuve qui exige du soutien », *Le Médecin du Québec*, vol. 39, n° 5, p. 89-93.

SAINT-ARNAUD, L., M. SAINT-JEAN et J. RHÉAUME (2003). « De la désinsertion à la réinsertion professionnelle à la suite d'un arrêt de travail pour un problème de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 28, n° 1, p. 193-211.

SALAS, E., D. R. NICHOLS et J. E. DRISKELL (2007). « Testing three team training strategies in intact teams: A meta-analysis », *Small Group Research,* vol. 38, n° 4, p. 471-488.

SAMSON, A. (2011). « La santé mentale, un enjeu de santé publique », *Le partenaire,* vol. 19, n° 4, p. 38-40.

SANCI, L., D. LEWIS et G. PATTON (2010). « Detecting emotional disorder in young people in primary care », *Current Opinion in Psychiatry,* vol. 23, n° 4, p. 318-323.

SANDERSON, K., et G. ANDREWS (2006). « Common mental disorders in the workforce: Recent findings from descriptive and social epidemiology », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 51, n° 2, p. 63-75.

SANTÉ CANADA (2008). *Profil des travailleurs autochtones de la santé au Québec. Enquête produite pour l'Initiative relative aux ressources humaines en santé autochtone*, Direction de la santé des Premières Nations et Inuits, Région du Québec, 65 p.

SANTÉ CANADA (2003). *SAVOIR et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations*, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca] (Consulté le 30 mars 2012).

SANTÉ CANADA (2002a). *Meilleures pratiques : troubles concomitants de santé mentale et d'alcoolisme et de toxicomanie,* Ottawa, Santé Canada, 155 p.

SANTÉ CANADA (2002b). *Profil national des personnes soignantes au Canada – 2002*, Ottawa, Santé Canada, 45 p.

SANTÉ CANADA. *Enquête de surveillance canadienne de la consommation d'alcool et de drogues*, [En ligne], [http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/drugs-drogues/cadums-esccad-fra.php] (Consulté le 30 mars 2012).

SAREEN, J., et autres (2005). « Perceived need for mental health treatment in a nationally representative Canadian sample », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 50, nº 10, p. 643-651.

SARTORIUS, N., et H. SCHULZE (2005). *Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from a Global Programme of the World Psychiatric Association*, Cambridge, Cambridge University Press, 238 p.

SARVET, B., J. GOLD et J. H. STRAUSS (2011). « Bridging the divide between child psychiatry and primary care; the use of telephone consultation within a population-based collaborative system », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America,* vol. 20, nº 1, p. 41-53.

SAWADA, N., et autres (2009). « Persistence and compliance to antidepressant treatment in patients with depression: A chart review », *BMC Psychiatry,* vol. 9, p. 38.

SCHMITZ, N., et autres (2007). « Joint effect of depression and chronic conditions on disability: Results form a population-based study », *Psychosomatic Medicine,* vol. 69, nº 4, p. 332-338.

SCHUERMAN, J. R., T. L. RZEPNICKI et J. H. LITTELL (1994). *Putting Families First: An Experiment in Family Preservation,* Hawthorne, New York, Aldine de Gruyter, 313 p.

SCHULZ, R., et autres (1993). « A longitudinal study of the psychosomatic impact of stroke on primary support persons », *Psychology and Aging*, vol. 3, nº 2, p. 131-141.

SCHULZE, B. (2007). « Stigma and mental health professionals: A review of the evidence of an intricate relationship », *International Review of Psychiatry,* vol. 19, nº 2, p. 137-155.

SCHULZE, B., et M. C. ANGERMEYER (2003). « Subjective experiences of stigma: A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals », *Social Sciences and Medicine,* vol. 56, nº 2, p. 299-312.

SCOTT, J., A. THORNE et P. HORN (2002). « Quality improvement report: Effect of a multifaceted approach to detecting and managing depression in primary care », *British Medical Journal*, vol. 325, nº 7370, p. 951-954.

SCOTT, R. L. (2000). « Evaluation of a mobile crisis program: Effectiveness, efficiency, and consumer satisfaction », *Psychiatric Services,* vol. 51, nº 9, p. 1153-1156.

SECRÉTARIAT AUX AFFAIRES AUTOCHTONES (SAA). *Les autochtones du Québec*, [En ligne], [http://www.autochtones.gouv.qc.ca/nations/cartes/carte-8x11.pdf] (Consulté le 30 mars 2012).

SEEKLES, W., et autres (2009). « Stepped care for depression and anxiety: From primary care to specialized mental health care: A randomised controlled trial testing the effectiveness of a stepped care program among primary care patients with mood or anxiety disorders », *BMC Health Services Research,* vol. 9, p. 90.

SELIGMAN, L. D., et T. H. OLLENDICK (2011). « Cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders in youth », *Child and Adolescent Psychiatric Clinics in North America,* vol. 20, nº 2, p. 217-238.

SHANLEY, D. C., G. J. REID et B. EVANS (2008). « How parents seek help for children with mental health problems », *Administration and Policy in Mental Health,* vol. 35, nº 3, p. 135-146.

SHARRY, J., M. DARMODY et B. MADDEN (2002). « A solution-focused approach to working with clients who are suicidal », *British Journal of Guidance and Counselling,* vol. 30, nº 4, p. 383-399.

SHIETMAN, B. B., et autres (1997). « The evaluation and treatment of first-episode psychosis », *Schizophrenia Bulletin,* vol. 23, nº 4, p. 653-661.

SHORTELL, S. M., R. GILLIES et K. DEVERS (1995). « Reinventing the American hospital », *Milbank Quarterly,* vol. 73, nº 2, p. 131-160.

SHRIQUI, C. L. (2005). « Polypharmacie en psychiatrie : nouvelles tendances, vieilles mœurs », *L'Information psychiatrique,* vol. 81, nº 2, p. 101-109.

SICOTTE, C. (2007). « Comment donner du sens à un système de santé complexe ? Reddition de comptes et systèmes d'information », dans FLEURY, M.-J., et autres (2007). *Le système sociosanitaire au Québec : régulation, gouvernance et participation,* Montréal, Gaëtan Morin éditeur, p. 301-316.

SIMARD, A. (2011). « Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale », *Le partenaire,* vol. 19, nº 4, p. 9-12.

SIMON, G., et autres (1993). « Patterns of antidepressant use in community practice », *General Hospital Psychiatry,* vol. 15, nº 6, p. 339-408.

SIMONET, D. (2009). « Changes in the delivery of primary care and in private insurers' role in United Kingdom, Italy, Germany, Switzerland and France », *Journal of Medical Marketing*, vol. 9, nº 2, p. 96-103.

SINGH, N. N., J. D. MCKAY et A. N. SINGH (1999). « The need for cultural brokers in mental health services », *Journal of Child and Family Studies*, vol. 8, nº 1, p. 1-10.

SKINNER, W., et autres (2004). *Les troubles concomitants de toxicomanie et de santé mentale,* Toronto, Centre de toxicomanie et de santé mentale, 53 p.

SLADE, M., et autres (2004). « Does meeting needs improve quality of life », *Psychotherapy and Psychosomatics*, vol. 73, nº 3, p. 183-189.

SLADE, M., M. PHELAN et G. THORNICROFT (1998). « A comparison of needs assessed by staff and by an epidemiologically representative sample of patients with psychosis », *Psychological Medicine*, vol. 28, nº 3, p. 543-550.

SMITH, G. C. (2009). « From consultation-liaison psychiatry to integrated care for multiple and complex needs », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 43, nº 1, p. 1-12.

SMITH, K. L., et autres (2007). « Gender, income and immigration differences in depression in Canadian urban centres », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, nº 2, p. 149-153.

SPADY, D. W., et autres (2001). « Prevalence of mental disorders in children living in Alberta, Canada, as determined from physician billing data », *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, vol. 155, nº 10, p. 1153-1159.

SPAETH-RUBLEE, B., et autres (2010). « Measuring quality of mental health care: A review of initiatives and programs in selected countries », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 55, nº 9, p. 539-548.

SPURGEON, D. (2008). « Stigma associated with mental illness in Canada is a national embarrassment », *British Medical Journal*, vol. 337, p. a1447.

SROUJIAN, C. (2003). « Mental health is the number one cause of disability », *Insurance Journal*, août, p. 8.

STAHL, S. M. (2004). « Focus on antipsychotic polypharmacology: Evidence-based prescribing or prescribing-based evidence? », *International Journal of Neuropsychopharmacology*, vol. 7, nº 2, p. 113-116.

STANT, A. D., et autres (2011). « Economic aspects of peer support groups for psychosis », *Community Mental Health Journal*, vol. 47, nº 1, p. 99-105.

STARFIELD, B., L. SHI et J. MACINKO (2005). « Contribution of primary care to health systems and health », *Milbank Quarterly,* vol. 83, nº 3, p. 457-502.

STATISTIQUE CANADA (2006). *Recensement de la population de 2006*, [En ligne], [www.statcan.gc.ca/census-recensement/2006] (Consulté le 29 mars 2012).

STATISTIQUE CANADA (2002). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2002 (ESCC-2002 – Santé mentale et bien-être*), [En ligne], [http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection/Statcan/82-617-X/82-617-XIF.html] (Consulté le 22 juin 2012).

STEWART, W. E., et autres (2003). « Cost of lost productive work time among US workers with depression », *Journal of the American Medical Association,* vol. 283, nº 23, p. 3135-3144.

STICKLEY, T., et N. WRIGHT (2011). « The British research evidence for recovery, papers published between 2006 and 2009 (inclusive). Part one: A review of the peer-reviewed literature using a systematic approach », *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, vol. 18, nº 3, p. 247-256.

STIP, E., J. CARON et C. J. LANE (2001). « Schizophrenia: People's perception in Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 164, nº 9, p. 1299-1300.

ST-ONGE, M., F. LAVOIE et H. CORMIER (1995). « Les difficultés perçues par des mères de personnes atteintes de troubles psychotiques face au système de soins professionnels », *Santé mentale au Québec*, vol. 20, nº 1, p. 89-118.

STOUT, P. A., J. VILLEGAS et N. A. JENNINGS (2004). « Images of mental illness in the media: Identifying gaps in the research », *Schizophrenia Bulletin*, vol. 30, nº 3, p. 543-561.

STRAZNICAS, K. A., D. E. MCNEIL et R. L. BINDER (1993). « Violence toward family caregivers by mentally ill relatives », *Hospital & Community Psychiatry,* vol. 44, nº 4, p. 385-387.

STREIT, U., et J. LEBLANC (2008). « La psychothérapie interpersonnelle : bien au-delà de ses premières impressions », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, nº 2, p. 7-29.

STROEBEL, R. J., et autres (2005). « Adapting the chronic care model to treat chronic illness at a free medical clinic », *Journal of Health Care for the Poor and Underserved,* vol. 16, nº 2, p. 286-296.

STUART, H. (2008). « Fighting the stigma caused by mental disorders: Past perspectives, present activities, and future directions », *World Psychiatry*, vol. 7, nº 3, p. 185-188.

STUART, H. (2006a). « Mental illness and employment discrimination », *Current Opinion in Psychiatry*, vol. 19, nº 5, p. 522-526.

STUART, H. (2006b). « Media portrayals of mental illness and its treatments: What effect does it have on people with mental illness », *CNS Drugs*, vol. 20, nº 2, p. 99-106.

STUART, H. (2006c). « Reaching out to high school youth: The effectiveness of a video-based antistigma program », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 51, nº 10, p. 647-653.

STUART, H. (2005). « Fighting stigma and discrimination is fighting for mental health », *Analyse de Politiques/Canadian Public Policy*, vol. 31, nº 4, p. s21-s28.

STUART, H. (2003). « Stigmatisation. Leçons tirées des programmes visant sa diminution », *Santé mentale au Québec,* vol. 28, nº 1, p. 54-72.

STUART, H., et J. ARBOLEDA-FLOREZ (2009). « Maladie mentale et discrimination en emploi : examen des enjeux », traduit par A. SAMSON, *Le partenaire,* vol. 18, nº 1, p. 23-27.

STUART, S., et E. CLARK (2008). « Psychothérapie interpersonnelle (PTI) et Counseling interpersonnel (CIP) pour le traitement de la dépression post-partum », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, nº 2, p. 87-104.

SULLIVAN, M. P., et autres (2007). « Shared geriatric mental health care in a rural community », *Canadian Journal of Rural Medicine,* vol. 12, nº 1, p. 22-29.

SUVISAARI, J. M. (2007). « Metabolic syndrome among persons with schizophrenia and others psychotic disorders in a general population survey », *Journal of Clinical Psychiatry,* vol. 68, nº 7, p. 1045-1055.

SWALES, M., H. L. HEARD et M. G. WILLIAMS (2000). « Linehan's dialectical behaviour therapy (DBT) for borderline personality disorder: Overview and adaptation », *Journal of Mental Health,* vol. 9, nº 1, p. 7-23.

SWANSON, J. W., et autres (2006). « A national study of violent behaviour in persons with schizophrenia », *Archives of General Psychiatry,* vol. 63, nº 5, p. 490-499.

SWARTZ, H. A., E. FRANK et D. FRANKEL (2008). « Psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTRS) dans le trouble bipolaire II : structure du traitement et exemples cliniques », *Santé mentale au Québec*, vol. 33, nº 2, p. 151-184.

SWINDLE, R. W., et autres (2003). « Integrating clinical nurse specialists into the treatment of primary care patients with depression », *International Journal of Psychiatry in Medicine*, vol. 33, nº 1, p. 17-37.

SYTEMA, S. (1991). « Social indicators and admissions rates: A case register study in the Netherlands », *Psychological Medicine*, vol. 21, nº 1, p. 177-184.

SZMUKLER, G. I., et autres (1996). « Caring for relatives with serious mental illness: The development of the experience of caregiving inventory », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 31, nº 3-4, p. 137-148.

TAIT, C. L. (2003). *Syndrome d'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones du Canada : examen et analyse des répercussions intergénérationnelles liées au régime des pensionnats*, Ottawa, Fondation autochtone de guérison, 430 p.

TALBOT, J. A. (1995). « La désinstitutionnalisation et la réforme de la santé mentale aux États-Unis », *Information psychiatrique*, vol. 71, nº 4, p. 358-369.

TALBOT, J. A. (1974). « Stopping the revolving door: A study of readmission to a state hospital », *Psychiatric Quarterly,* vol. 48, nº 2, p. 159-168.

TANNOCK, R. (2000). « Attention deficit disorders with anxiety disorders », dans BROWN, T. E. (éd.), *Attention Deficit Disorders and Comorbidities in Children, Adolescents and Adults*, New York, American Psychiatric Press, p. 125-175.

TANSELLA, M., et autres (1986). « High and long-terms users of the mental health services: A case-register study in Italy », *Social Psychiatry*, vol. 21, nº 2, p. 96-103.

TANZMAN, B. (1993). « An overview of surveys of mental health consumers' preferences for housing and support services », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 44, nº 5, p. 450-455.

TEMPIER, R., et autres (2010). « Comparing mental health of francophone populations in Canada, France, and Belgium: 12-month prevalence rates of common mental disorders », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 55, nº 5, p. 289-294.

TEMPIER, R., et autres (2002). « Satisfaction with clinical case management services of patients with long-term psychoses », *Community Mental Health Journal*, vol. 38, nº 1, p. 51-59.

TEPLIN, L. A, et autres (2005). « Crime victimization in adults with severe mental illness: Comparison with the National Crime Victimization Survey », *Archives of General Psychiatry,* vol. 62, nº 8, p. 911-921.

TEPLIN, L. A. (1990). « The prevalence of severe mental disorder among male urban jail detainees: Comparison with the Epidemiologic Catchment Area Program », *American Journal of Public Health*, vol. 80, nº 6, p. 663-669.

TER KUILE, S., et autres (2007). « The universality of the Canadian health care system in question: Barriers to services for immigrants and refugees », *International Journal of Migration, Health and Social Care,* vol. 3, nº 1, p. 15-26.

TESSLER, R. C., G. GAMACHE et G. A. FISHER (1991). « Patterns of contact of patients' families with mental health professionals and attitudes toward professionals », *Hospital and Community Psychiatry*, vol. 42, nº 9, p. 929-935.

THÉORET, R. (2010). « Réflexions sur le partenariat public-communautaire en santé mentale », *L'autre espace*, vol. 2, nº 1, p. 4-6, 26.

THÉORET, R. (2009). « Quelques enjeux et défis concernant la place du milieu communautaire et alternatif en santé mentale », *Le point en administration de la santé et des services sociaux*, vol. 5, nº 1, [En ligne], [http://www.rrasmq.com/publications/Article_LePoint.pdf] (Consulté le 9 février 2012).

THOMMASEN, H. V., et autres (2006). « Alcohol drinking habits and community perspectives on alcohol abuse in the Bella Coola Valley », *Canadian Journal of Rural Medicine*, vol. 11, nº 1, p. 15-22.

THORNICROFT, G. (2007a). *Shunned: Discrimination Against People with Mental Illness*, Oxford, Oxford University Press, 301 p.

THORNICROFT, G. (2007b). « Most people with mental illness are not treated », *Lancet*, vol. 370, nº 9590, p. 807-808.

THORNICROFT, G., et autres (2010). « Stigma and discrimination », dans MORGAN, C., et D. BHUGRA (éd.), *Principles of Social Psychiatry*, Chichester, Wiley-Blackwell, p. 331-340.

THORNICROFT, G., et M. TANSELLA (2003). « Quels sont les arguments en faveur des soins et des services de santé mentale de proximité ? », Copenhague, Bureau régional de l'OMS pour l'Europe, Réseau des bases factuelles en santé, [En ligne], [http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/74712/E85238.pdf] (Consulté le 17 janvier 2012).

THORNICROFT, G., et M. TANSELLA (éd.) (1999). *The Mental Health Matrix. A Manual to Improve Services,* Cambridge, Cambridge University Press, 316 p.

TODMAN, J. P., J. LAW et A. MACDOUGALL (2011). « Attitudes of GPs towards older adults psychology services in the Scottish Highlands », *Rural Remote Health Journal*, vol. 11, nº 1, p. 1496.

TOUSIGNANT, M. (1989). « La pauvreté : cause ou espace des problèmes de santé mentale », *Santé mentale au Québec*, vol. 14, nº 2, p. 91-103.

TOUSIGNANT, M., et N. SIOUI (2009). « Resilience and aboriginal communities in crisis: Theory and interventions », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, nº 1, p. 43-61.

TRAN, E., et autres (2009). « Cancer mortality in patients with schizophrenia: An 11-year prospective cohort study », *Cancer*, vol. 115, nº 15, p. 3555-3562.

TRAN, T. V., et autres (2007). « Nonlinear relationship between length of residence and depression in a community-based sample of Vietnamese Americans », *International Journal of Social Psychiatry,* vol. 53, nº 1, p. 85-94.

TREPPER, T. S., et autres (2006). « Steve de Shazer and the future of solution-focused therapy », *Journal of Marital and Family Therapy*, vol. 32, nº 2, p. 133-139.

TROTTIER, L-H., et F. CHAMPAGNE (2006). *L'utilisation des connaissances scientifiques : au cœur des relations de coopération entre les acteurs*, Montréal, Groupe de recherche interdisciplinaire en santé, Secteur santé publique, Faculté de médecine, Université de Montréal, 49 p.

TSEMBERIS, S. (2004). « "Housing First" approach », dans LEVINSON, D. (éd.), *Encyclopedia of Homelessness,* vol. 1, Thousand Oaks, London, Sage Reference Publication, p. 227-231.

TSEMBERIS, S., et R. F. EISENBERG (2000). « Pathways to housing: Supported housing for street-dwelling homeless individuals with psychiatric disabilities », *Psychiatric Services*, vol. 51, nº 4, p. 487-493.

UEBELACKER, L. A., et autres (2006). « Clinical differences among patients treated for mental health problems in general medical and specialty mental health settings in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) », *General Hospital Psychiatry,* vol. 28, nº 5, p. 387-395.

UNICEF (FONDS DES NATIONS UNIES POUR L'ENFANCE) (2011). *La situation des enfants dans le monde 2011. L'adolescence : l'âge de tous les possibles,* New York, Unicef, 138 p.

UNIVERSITY OF BIRMINGHAM (HSMC) et INSTITUTE FOR INNOVATION AND IMPROVEMENT (NHS) (2006). *Improving Care for People with Long-Term Conditions. A Review of UK and International Frameworks,* HSMC et NHS, 40 p.

UPSHUR, C., et L. WEINREB (2008). « A survey of primary care provider attitudes and behaviors regarding treatment of adult depression: What changes after a collaborative care intervention? », *Primary Care Companion of the Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 10, nº 3, p. 182-186.

VALENSTEIN, M., et autres (1999). « Concurrent treatment of patients with depression in the community: Provider practices, attitudes, and barriers to collaboration », *Journal of Family Practice*, vol. 48, nº 3, p. 180-187.

VALLÉE, C. (2004). « La parentalité au quotidien », *Le partenaire*, vol. 12, nº 1, p. 4-13.

VALLÉE, C., et autres (2009). « Plan d'action québécois en santé mentale : contextes de mise en œuvre et éléments d'impact sur l'organisation des services de première ligne et les modes de collaboration », *Santé mentale au Québec*, vol. 34, nº 1, p. 35-53.

VALLINA-FERNANDEZ, O., et autres (1999). « Integrated psychological treatment for schizophrenic patients », *Psychology in Spain,* vol. 3, nº 1, p. 25-35.

VANASSE, A., et autres (2011). « Treatment prevalence and incidence of schizophrenia in Quebec using a population health services perspective: Different algorithms, different estimates », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 47, nº 4, p. 533-543.

VASILIADIS, H.-M., et autres (2009), « General Practice and Mental Health Care: Determinants of Outpatient Service Use », *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 54, nº 7, p. 468-476.

VASILIADIS, H.-M., et autres (2007). « Do Canada and the United States differ in prevalence of depression and utilization of services? », *Psychiatric Services,* vol. 58, nº 1, p. 63-71.

VÉRIFICATEUR GÉNÉRAL DU QUÉBEC (VGQ) (2003). *Rapport à l'Assemblée nationale pour l'année 2002-2003*, Tome II, Québec, Gouvernement du Québec, 260 p.

VÉRIFICATRICE GÉNÉRALE DU CANADA (VGC) (2001). « Chapitre 9 – Santé Canada – Une stratégie proactive de promotion de la santé », dans *Rapport de la vérificatrice générale du Canada 2001*, Ottawa, Bureau de la vérificatrice générale du Canada, 35 p.

VÉZINA, M., et C. CHOUINARD (2010). *La grille d'identification des risques psychosociaux en milieu de travail : un premier pas vers l'action préventive*, [dans le cadre du colloque *Une réponse adaptée à la capacité d'agir de chaque milieu de travail*, donné par l'Université Laval, le 15 octobre 2010].

VÉZINA, M., et autres (2008). *Stress au travail et santé mentale chez les adultes québécois. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (cycle 1.2)*, Québec, ISQ, 51 p.

VÉZINA, M., et R. BOURBONNAIS (2001). « Incapacité de travail pour des raisons de santé mentale », dans INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (ISQ), *Portrait social du Québec : données et analyse,* Québec, Éditeur officiel du Québec, p. 279-287.

VON KORFF, M., et B. TIEMENS (2000). « Individualized stepped care of chronic illness », *Western Journal of Medicine,* vol. 172, nº 2, p. 133-137.

VON SYDOW, K., et autres (2010). « The efficacy of systematic therapy with adult patients: A meta-content analysis for 38 randomized controlled trials », *Family Process,* vol. 49, nº 4, p. 457-485.

WADDELL, C., et autres (2007). « Preventing mental disorders in children: A systematic review to inform policy-making », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 98, nº 3, p. 166-173.

WADDELL, C., et autres (2005). « A public health strategy to improve the mental health of Canadian children », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 50, nº 4, p. 226-233.

WADDELL, C., et autres (2002). « Child psychiatric epidemiology and Canadian Public Policy-Making: The state of the science and the art of the possible », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 47, nº 9, p. 825-832.

WAGNER, E. H., et autres (2001). « Improving chronic illness care: Translating evidence into action », *Health Affairs,* vol. 20, nº 6, p. 64-78.

WAGNER, E. H. (1998). « Chronic disease management: What will it take to improve care for chronic illness? », *Effective Clinical Practice*, vol. 1, nº 1, p. 2-4.

WAGNER, E. H., B. T. AUSTIN et M. VON KORFF (1996). « Organizing care for patients with chronic illness », *Milbank Quarterly,* vol. 74, nº 4, p. 511-544.

WAHL, O. F. (1995). *Media Madness: Public Images of Mental Illness*, New Brunswick, Rutgers University Press, 242 p.

WAHL, O. F. (1992). « Mass media images of mental illness: A review of the literature », *Journal of Community Psychology*, vol. 20, nº 4, p. 343-352.

WALKER, H. A., et autres (2000). « Network exchange theory: Recent developments and new directions », *Social Psychology Quarterly,* vol. 63, nº 4, p. 324-337.

WALKUP, J. T., et autres (2008). « Cognitive behavioural therapy, sertraline or a combination in childhood anxiety », *New England Journal of Medicine*, vol. 359, nº 26, p. 2753-2766.

WALLACE, C., et autres (1998). « Serious criminal offending and mental disorder: Case linkage study », *British Journal of Psychiatry,* vol. 172, p. 477-484.

WALLACE, C., P. E. MULLEN et P. BURGESS (2004). « Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders », *American Journal of Psychiatry,* vol. 161, nº 4, p. 716-727.

WALLOT, H. (1998). *La danse autour du fou. Survol de l'histoire organisationnelle de la prise en charge de la folie au Québec depuis les origines jusqu'à nos jours,* Québec, Publications MNH, 456 p.

WALTER, I., S. NUTLEY et H. DAVIES (2006). « Promotion des pratiques fondées sur les données probantes : un examen intersectoriel », *Chronique du courtage,* nº 12, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, 1 p.

WALTERS, P., A. TYLEE et D. GOLDBERG (2008). « Psychiatry in primary care », dans MURRAY, R. M, et autres (éd.), *Essential Psychiatry,* Cambridge, Cambridge University Press, p. 479-497.

WANBERG, C. R., et J. T. BANAS (2000). « Predictors and outcomes of openness to changes in a re-organizing workplace », *Journal of Applied Psychology,* vol. 85, nº 1, p. 132-142.

WANG, J., D. B. LANGILLE et S. B. PATTEN (2003). « Mental health services received by depressed persons who visited general practitioners and family doctors », *Psychiatric Services,* vol. 54, nº 6, p. 878-883.

WANG, P. S., et autres (2007). « Use of mental health services for anxiety, mood, and substance disorders in 17 countries in the WHO world mental health surveys », *Lancet*, vol. 370, nº 9590, p. 841-850.

WANG, P. S., et autres (2006). « Changing profiles of service sectors used for mental health care in the United States », *American Journal of Psychiatry,* vol. 163, nº 7, p. 1187-1198.

WANG, P. S., et autres (2005). « Failure and delay in initial treatment contact after first onset of mental disorders in the National Comorbidity Survey Replication », *Archives of General Psychiatry,* vol. 62, nº 6, p. 603-613.

WARRY, W. (1998). *Unfinished Dreams: Community Healing and the Reality of Aboriginal Self-Government*, Toronto, University of Toronto, 352 p.

WEINER, B. J. (2009). « A theory of organizational readiness for change », *Implementation Science*, vol. 4, p. 67.

WEINER, B. J., H. AMICK et S. Y. LEE (2008). « Review: Conceptualization and measurement of organizational readiness for change: A review of the literature in health services research and other fields », *Medical Care Research and Review,* vol. 65, nº 4, p. 379-436.

WEINER, B. J., J. A. ALEXANDER et S. M. SHORTELL (2002). « Management and governance in community health coalitions: A procedural justice perspective », *Health Education & Behavior,* vol. 29, nº 6, p. 737-754.

WEINER, B. J., M. A. LEWIS et L. A. LINNAN (2009). « Using organization theory to understand the determinants of effective implementation of worksite health promotion programs », *Health Education Research,* vol. 24, nº 2, p. 292-305.

WEINREB, L., et autres (2005). « Disorders and health problems: Overview », dans LEVISON, D. (éd.), *Encyclopedia of Homelessness*, Thousand Oaks, SAGE Publications, p. 115-123.

WEISSMAN, M. M., et autres (1999). « Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries », *Psychological Medicine,* vol. 29, nº 1, p. 9-17.

WELLS, K. B., et autres (1986). « Use of outpatient mental health services by a general population with health insurance coverage », *Hospital & Community Psychiatry,* vol. 37, nº 11, p. 1119-1125.

WHITLEY, R., et R. E. Drake (2010). « Recovery: A dimensional approach », *Psychiatric Services*, vol. 61, nº 12, p. 1248-1250.

WHITLEY, R., L. J. KIRMAYER et D. GROLEAU (2006). « Understanding immigrants' reluctance to use mental health services: A qualitative study from Montreal », *Revue canadienne de psychiatrie,* vol. 51, nº 4, p. 205-209.

WIERSMA, D. (2006). « Needs of people with severe mental illness », *Acta Psychiatrica Scandinavica,* vol. 113, nº S429, p. 115-119.

WIERSMA, D., et autres (2009). « Individual unmet needs for care: Are they sensitive as outcome criterion for the effectiveness of mental health services interventions? », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology,* vol. 44, nº 4, p. 317-324.

Commissaire
à la santé
et au bien-être
Québec