

*Rapport annuel 2001
sur la santé de la population*

**Garder notre monde en santé,
un nouvel éclairage sur la santé mentale
des adultes montréalais**



Une publication de la
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre
1301, rue Sherbrooke Est, Montréal (Québec) H2L 1M3
Téléphone : (514) 528-2400
<http://www.santepub-mtl.qc.ca>

English version
available upon request

Comité d'orientation

Louise Fournier, responsable scientifique
Denis Roy, responsable éditorial
Robert Perreault
Jean-Luc Moisan

Équipe projet

Louise Fournier
Michel Kane
Sylvie Lavoie
Odette Lemoine
Jean-Luc Moisan
Robert Perreault
Léo-Rock Poirier
Carole Poulin
Denis Roy

Collaboration spéciale

Michel Vézina à qui nous devons l'essentiel
de la section « Milieu de travail et santé mentale »

Conseillère à la rédaction

Solange Lapierre

Graphisme

Paul Cloutier

Infographie

Manon Girard

Photographie

Jean Bruneau

Traduction anglaise

Traduction Terrance Hughes inc.

Collaboration

Suzanne Décarie pour la mise en forme
des échanges de la table ronde des
intervenants en santé mentale

Production et diffusion

Deborah Bonney
Jean-Luc Moisan

© **Direction de la santé publique**
Régie régionale de la santé et des services sociaux
de Montréal-Centre (1999)

Dépôt légal : 4^e trimestre 2001
Bibliothèque nationale du Québec
Bibliothèque nationale du Canada
ISBN : 2-89494-325-3

1

Portrait de la santé mentale des adultes montréalais

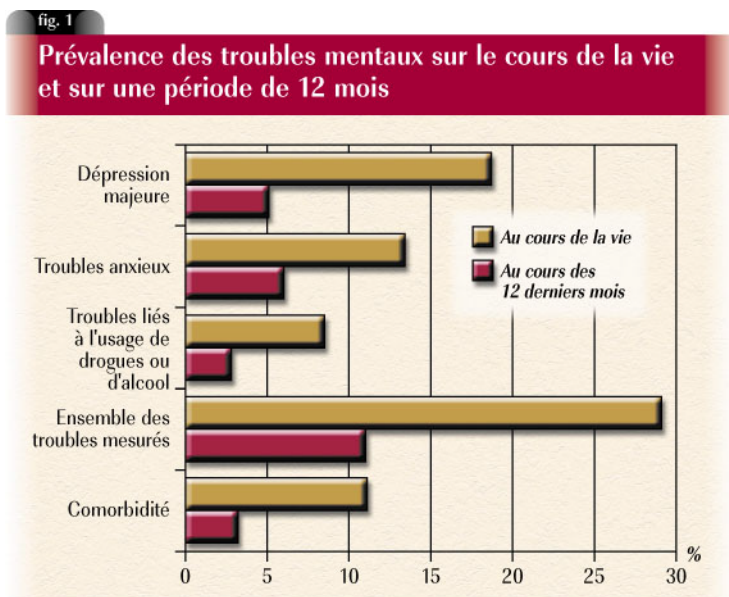
***G** RÂCE À L'ENQUÊTE de santé mentale auprès de la population, nous allons pouvoir regarder de plus près les questions de besoins de soins, de recours aux services et d'adéquation entre les besoins et les services reçus. Dans ce chapitre, nous aborderons également la question du jeu pathologique, problème en émergence, ainsi que deux thèmes importants, la santé mentale des itinérants et l'une des conséquences les plus dramatiques d'un mauvais état de santé mentale, le suicide.*

État de santé mentale

Les résultats révèlent que 11 % des Montréalais présentaient l'un ou l'autre des troubles mesurés sur la dernière période d'un an. Les troubles anxieux sont les plus fréquents (6 %), suivis de près par les troubles affectifs (5 %), puis par les troubles liés à l'usage de drogues ou d'alcool (3 %). Sur le cours de la vie, 29 % des gens seront atteints de l'un ou l'autre de ces troubles et, dans ce cas, ce sont les troubles affectifs qui sont les plus fréquents.

Notons à nouveau que l'enquête ne portait pas sur les troubles graves et souvent de longue durée, mais que ceux-ci touchent environ 2 % de la population.

Il arrive aussi qu'une personne cumule plus d'un des types de troubles (dépression majeure, troubles anxieux et troubles liés à l'usage de drogues ou de médicaments). On parle alors de comorbidité. Sur le cours de la vie comme sur une période d'un an, la comorbidité touche environ un tiers des personnes atteintes de troubles mentaux.



La souffrance psychique touche 1 adulte sur 5

Sur la base de notre enquête, près de 19 % des Montréalais présentent des manifestations de souffrance psychique. Peu cumulent les quatre types de manifestations correspondant à la définition⁽¹⁾ (0,6 %), beaucoup n'en présentent qu'un (13 %) et 5 % en cumulent deux ou trois.

Chez les Montréalais présentant un trouble mental dans les 12 derniers mois, 28 % déclarent des incapacités dans le dernier mois, 16 % des idées suicidaires dans la dernière année et 21 % jugent leur état de santé mentale plutôt mauvais. Chez ceux ayant souffert d'un trouble mental par le passé, la présence de ces autres signes est moindre, mais tout de même relativement élevée. Ce serait donc qu'un grand

(1) Voir définition, p. 17.

nombre conservent une certaine fragilité. Fait encourageant, 75 % des personnes qui ont eu un trouble avéré par le passé ne présentent

plus aucun signe de souffrance. Enfin, une petite proportion des Montréalais perçoivent leur santé mentale comme mauvaise, déclarent avoir eu des idées suicidaires ou des incapacités, sans que nous n'ayons pu déceler la présence d'un trouble mental, récent ou passé. De cela, il ne faudrait pas conclure que ces formes de souffrance sont négligeables.

18 % des Montréalais ont besoin de soins

Selon l'évaluation de nos cliniciens, 18 % des adultes ont besoin de soins. Au passage,

soulignons que la présence d'un trouble mental ou d'une souffrance ne signifie pas un recours obligé aux services. Cependant, les besoins décelés par les cliniciens sont clairement associés aux diverses manifestations de souffrance psychique.

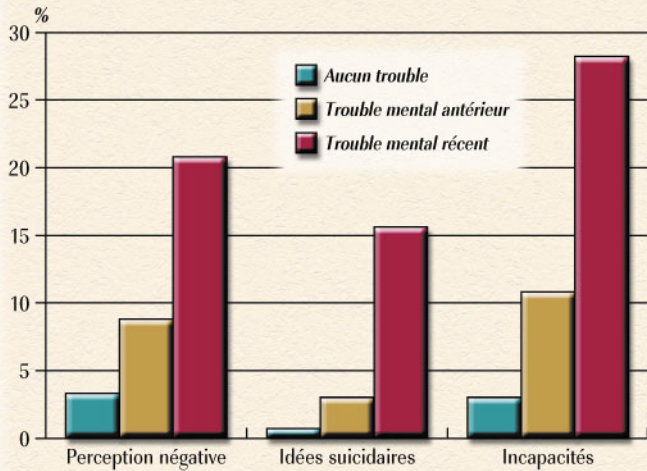
Les problématiques de santé mentale, qu'il s'agisse de troubles mentaux, de souffrance psychique, ou encore de besoins de soins, ne se distribuent pas au hasard au sein de la population montréalaise.

Les femmes sont-elles plus à risque ?

Davantage de femmes que d'hommes souffrent de dépression majeure et de troubles anxieux tandis que les hommes présentent plus de troubles liés à l'alcool et aux drogues. Tous troubles confondus, si la prévalence tend à être plus élevée chez les femmes pour les 12 derniers mois, elle est assez similaire entre hommes et femmes sur le cours de la vie. Les femmes sont aussi plus souvent touchées par la souffrance psychique. Les cliniciens estiment également que les femmes sont plus nombreuses à avoir besoin de soins. De là, il ne faudrait pas conclure que les femmes sont, en général, plus malades que les hommes, comme nous allons le voir.

fig. 2

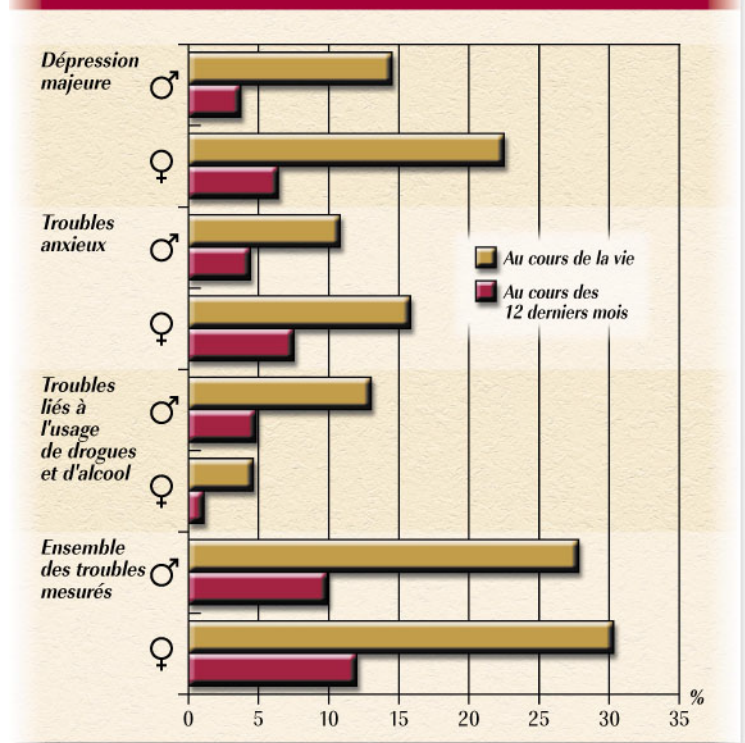
Prévalence des signes de souffrance psychique selon l'absence d'un trouble mental, sa présence au cours de la dernière année ou par le passé



Pour bien comprendre, il nous faut sortir du cadre de l'enquête. Notons, par exemple, que les taux de mortalité par suicide sont plus élevés chez les hommes même si les tentatives de suicide sur le cours de la vie sont plus nombreuses chez les femmes. Chez la clientèle de longue durée dans les grands centres hospitaliers psychiatriques, on compte environ six hommes pour quatre femmes alors que, dans les hospitalisations de courte durée, la répartition est à peu près équivalente. Chez les itinérants et dans les milieux carcéraux, deux mondes très majoritairement masculins, on observe de fortes proportions de personnes souffrant de troubles mentaux graves. D'ailleurs, les études internationales confirment que la schizophrénie et d'autres psychoses sont plus fréquentes chez les hommes. Ainsi, les hommes sont peut-être tout autant atteints de troubles mentaux que les femmes, mais ceux-là se retrouvent moins au sein des ménages privés où s'est menée notre enquête.

fig. 3

Prévalence des troubles mentaux selon le sexe



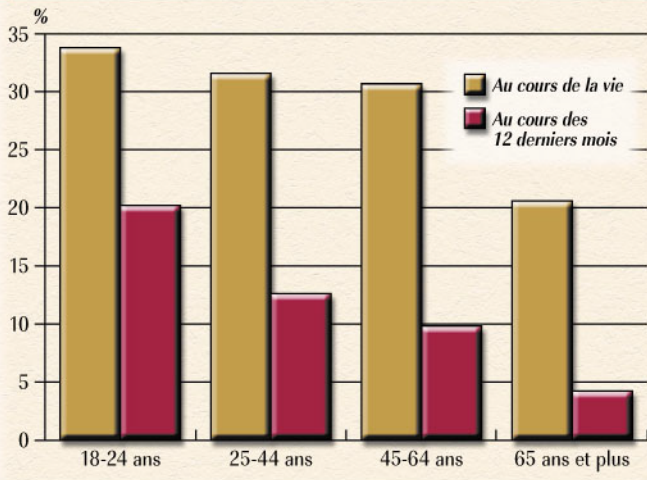
La mortalité par suicide

La problématique du suicide constitue une préoccupation importante pour la santé publique et la réduction du taux de mortalité par suicide est l'une de nos priorités nationales⁵. Par rapport aux autres grandes villes canadiennes, Montréal se comparait en 1996 à Edmonton et à Calgary, mais se situait nettement au-dessus de Toronto⁶. En 1996 également, par rapport aux autres régions du Québec, Montréal-Centre avait le plus bas taux de suicide, mais se situait au premier rang vu la taille de notre population. La mortalité par suicide était environ trois fois plus élevée chez les hommes que chez les femmes en 1994-1998, surtout dans la tranche des 20-24 ans et dans celle des 35-54 ans.

Plus de fragilité chez les jeunes adultes

fig. 4

Prévalence des troubles mentaux selon l'âge (ensemble des troubles mesurés)



On observe une relation inverse entre l'âge et la prévalence des troubles mentaux. Plus l'âge augmente, plus le nombre de personnes souffrant de troubles mentaux diminue, et cela, peu importe le type de troubles ou la période de référence. Il en va de même pour la souffrance psychique. Ceci s'observe aussi ailleurs dans le monde. On peut se surprendre que les prévalences sur le cours de la vie ne soient pas plus fortes chez les personnes âgées, vu la grande période de temps pour développer ces troubles. On a avancé diverses hypothèses explicatives⁷ et, en particulier :

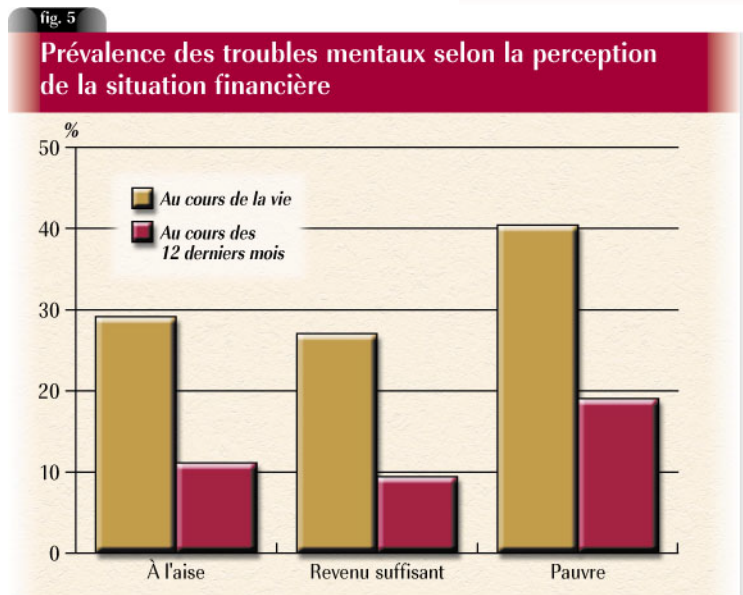
- la mémoire sélectionne : plus on vieillit, plus on oublie le passé ancien, ce qui influe sur la capacité de rapporter les faits ;
- la dépression majeure et les troubles liés aux drogues et à l'alcool sont associés de près au suicide, les personnes touchées ne sont donc plus là ;
- certains types de troubles mentaux seraient à la hausse chez les nouvelles générations.

La deuxième hypothèse rappelle l'importance d'intervenir rapidement quand une personne présente des troubles mentaux alors que la troisième nous invite à revoir l'impact de nos modes de vie actuels sur la santé mentale.

Pauvreté : cause et conséquence

L'association pauvreté et troubles mentaux est claire. Peu importe le type de troubles et la période de référence, les personnes se percevant pauvres souffrent nettement plus de troubles mentaux que celles se percevant comme ayant un revenu suffisant ou étant à l'aise. Pour la souffrance psychique et les besoins de soins, il en va de même.

On remarque aussi qu'une scolarité plus faible est liée à une prévalence élevée de troubles liés à l'alcool et aux drogues, de comorbidité, de souffrance psychique et de besoins de soins. Ici comme ailleurs, la plupart des études épidémiologiques arrivent à ce genre de conclusion. Il faut cependant remarquer que ces facteurs peuvent tout aussi bien être la cause que la conséquence de problèmes de santé mentale.



Les personnes itinérantes

Depuis le début des années 1980, on entend de plus en plus parler de troubles mentaux chez les sans-abri. On a mis en cause la réforme dans le domaine des soins psychiatriques, surtout la désinstitutionnalisation jumelée à l'insuffisance de programmes communautaires s'adressant aux malades chroniques pour combler la perte de lits. On a aussi invoqué l'économie défavorable — non-emploi, réduction des programmes d'assistance sociale et diminution de logements à prix modiques.

Selon une étude menée en 1998⁸, le réseau de services aux itinérants de Montréal reçoit un peu plus de 28 000 clients par an, dont 13 000 sans domicile fixe. Une enquête subséquente⁹ a révélé la fréquence très élevée de troubles mentaux, soit 43 % de troubles comme la schizophrénie, la dépression majeure, le trouble bipolaire et le jeu pathologique. Au chapitre des troubles liés aux drogues et à l'alcool, les chiffres sont là aussi très élevés : 46 % présentent l'un ou l'autre de ces troubles et 17 % cumulent les deux. Les troubles de personnalité sont également très fréquents. Dans l'ensemble, 7 personnes sur 10 sont atteintes d'au moins un des trois types de troubles mesurés et, comme on peut s'y attendre, la comorbidité est très élevée.

Les itinérants sont beaucoup plus difficiles à traiter en raison notamment d'une enfance beaucoup plus dure, du cumul des troubles et de leur désaffiliation sociale. Sachant que les troubles ont très souvent débuté bien avant la première itinérance — c'est le cas de 75 % de ceux déjà hospitalisés en psychiatrie¹⁰ —, un suivi post-hospitalier adéquat éviterait peut-être que des malades mentaux tombent dans l'itinérance.

Vivre en couple : un facteur de protection

La meilleure situation de vie semble être celle des personnes vivant en couple avec enfants. Les personnes vivant en situation de monoparentalité et les personnes séparées ou divorcées sont plus susceptibles d'avoir une prévalence élevée de troubles mentaux, de présenter une souffrance psychique et d'avoir besoin de soins. Ces situations de vie peuvent tout aussi bien être une cause qu'une conséquence des troubles mentaux. En effet, il est connu que ces troubles peuvent perturber le couple, tout autant que les difficultés d'un couple représentent des événements stressants pouvant entraîner l'apparition ou l'aggravation de ce type de troubles. Quoi qu'il en soit, les personnes dans ces situations devraient retenir notre attention en matière de planification des services.

La diversité culturelle

Les personnes nées au Canada ont un risque plus élevé de souffrir, ou d'avoir souffert, d'un trouble mental quelconque que celles nées à l'extérieur du pays. Les Canadiens d'origine sont également plus nombreux à avoir besoin de soins. Quatre hypothèses expliqueraient ces écarts. L'enquête ne permet pas d'évaluer les troubles liés à des traumatismes vécus par les immigrants exposés aux actes de guerre et aux actes de violence organisée (torture, disparitions). Elle ne permet pas non plus de saisir les différences culturelles dans l'expression de la souffrance psychique. Les personnes qui immigreront sont souvent en meilleure condition de santé physique et psychologique, c'est un effet de sélection au départ du pays d'origine. Les critères de sélection des immigrants font aussi en sorte que les personnes ayant le plus de ressources sont admises, il y aurait alors un effet de sélection à l'entrée au Canada. Tout cela nous invite donc à la prudence quant à l'interprétation de ces résultats. Par ailleurs, les soins aux immigrants posent des problèmes particuliers, entre autres pour établir le diagnostic en raison des barrières culturelles et linguistiques. Vu la grande diversité culturelle de notre région, l'accès et la disponibilité à des services adaptés doivent demeurer un objectif à atteindre.

Utilisation des services

Qu'en est-il de l'utilisation des services pour des raisons de santé mentale ? Un peu plus de trois Montréalais sur dix ont utilisé des services pour ces raisons à un moment ou l'autre de leur vie, dont environ la moitié au cours des 12 derniers mois. Ces services sont ici définis très largement dans le sens où il peut aussi bien s'agir d'une hospitalisation en psychiatrie que d'une visite à un membre du clergé.

Le médecin généraliste, le plus consulté

Le médecin généraliste est le professionnel le plus consulté à ce sujet (7 % au cours des 12 derniers mois). Viennent ensuite les psychologues (5 %), les psychiatres (2,7 %), les autres médecins spécialistes, les travailleurs sociaux et les spécialistes des médecines douces.

D'autres types de professionnels ont aussi été consultés, mais dans des proportions moindres. Selon une étude menée dans l'Est de Montréal¹¹, le médecin généraliste est également consulté par un plus grand nombre de personnes, mais le psychologue est celui qui comptera le plus grand nombre de visites par personne sur un an : 4,5 pour le médecin généraliste, 21,1 pour le psychologue et 4,5 pour le psychiatre.

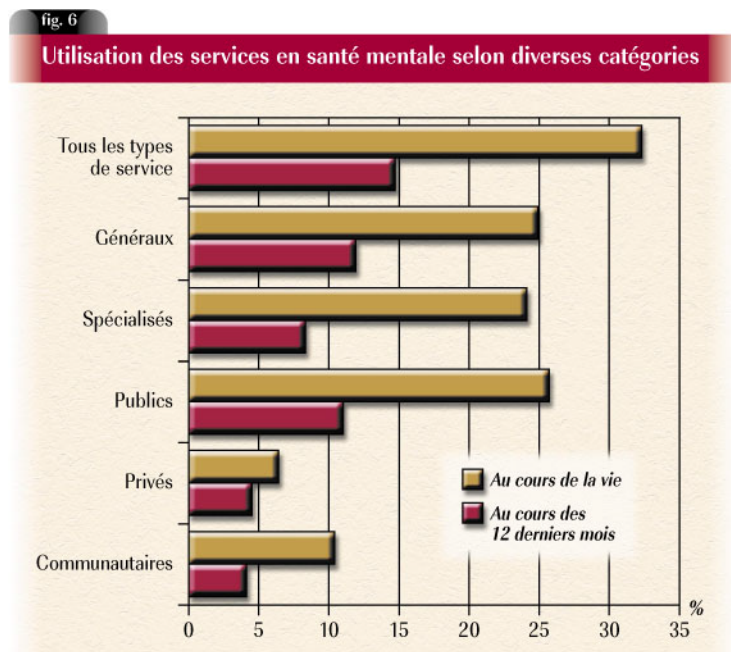
Très peu de Montréalais (0,6 %) déclarent avoir été hospitalisés dans les 12 derniers mois et 1,1 % disent s'être présentés à

l'urgence d'un hôpital. L'hospitalisation en psychiatrie chez la majorité des personnes vivant dans les ménages privés est donc assez rare.

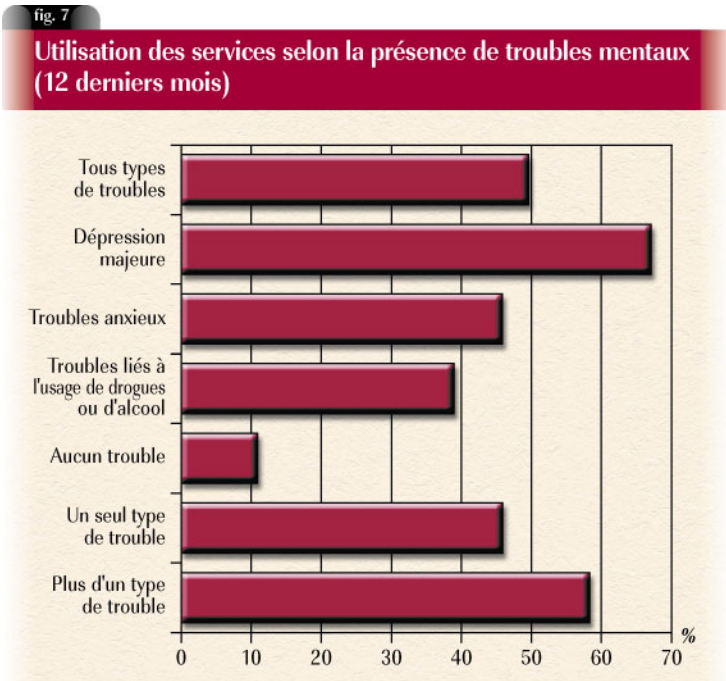
Quand les Montréalais consultent, ce sont davantage les services généraux^(m) que les services spécialisés⁽ⁿ⁾ qu'ils choisissent. De même,

(m) Médecins (sauf psychiatres), travailleurs sociaux, infirmières et ergothérapeutes, CLSC, médecines douces et le clergé.

(n) Psychiatres, psychologues, hospitalisations, visites à l'urgence et dans les cliniques externes de psychiatrie, organismes communautaires, groupes d'entraide, centres de crise, centres de traitement en toxicomanie, etc.



ils vont davantage vers les services publics^(o) que vers les services privés^(p) ou communautaires^(q). Il est tout de même étonnant que, dans un système de soins gratuit comme le nôtre, environ le tiers de ceux qui utilisent des services le font auprès de professionnels qu'ils doivent payer, surtout des psychologues en pratique privée.



Mais que font les personnes souffrant d'un trouble mental ? Environ 50 % des Montréalais aux prises avec ce type de trouble dans la dernière année ainsi que 56 % de ceux présentant une souffrance psychique n'utilisent aucun service. Si ces conditions ne l'exigent pas toujours, il demeure que plus de la moitié des personnes ayant besoin de soins, d'après l'évaluation des cliniciens, n'ont recours à aucun type de services. Les personnes souffrant d'une dépression majeure utilisent davantage les services ainsi que celles souffrant de plus d'un type de trouble. Enfin, les personnes évaluées par nos cliniciens

comme ayant besoin de soins, si elles utilisent les services, ont davantage recours à des soins spécialisés.

Qui consulte ?

On pouvait bien s'en douter, les personnes les plus susceptibles de consulter sont celles qui présentent le plus de manifestations d'une souffrance psychique. Mais, à souffrance psychique similaire, les plus jeunes (18-24 ans) et les plus âgés (65 ans et plus), de même que les personnes vivant avec un conjoint, ainsi que les hommes, sont

(o) Médecins de tous types, psychologues ou psychothérapeutes en établissement public, travailleurs sociaux, infirmières, ergothérapeutes, services en CLSC, en milieu hospitalier interne ou externe.

(p) Psychologues et psychothérapeutes en pratique privée, médecines douces.

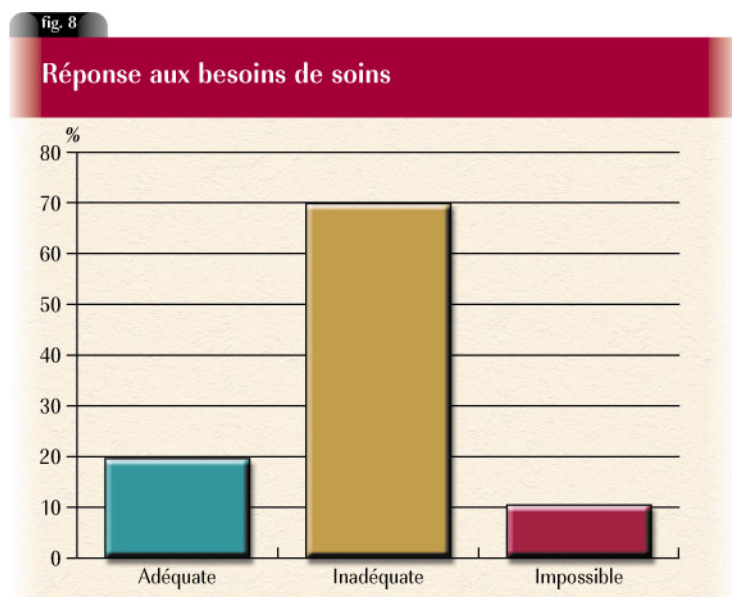
(q) Groupes d'entraides, organismes communautaires, lignes téléphoniques, clergé, centres de crise et centres de traitement en toxicomanie.

relativement moins nombreux à avoir recours aux services. Certains facteurs faciliteront l'utilisation de types particuliers des services. Ainsi, les personnes ayant un niveau plus élevé de scolarité ont davantage recours à des services spécialisés, et cela d'autant plus qu'il s'agira de services privés. Enfin, notons que les individus ayant plus de croyances négatives à l'égard des personnes souffrant de maladie mentale ont moins recours aux services.

Le lieu habituel de consultation pour des problèmes de santé peut aussi être plus ou moins propice pour faire part de ses besoins. Par exemple, la personne qui a l'habitude de consulter au cabinet de son médecin ou au CLSC parlera probablement plus facilement de ses symptômes que celle qui se présente à l'urgence ou dans les cliniques sans rendez-vous. Selon nos analyses, ce mode de consultation se voit plus fréquemment chez les hommes, les jeunes et les personnes moins scolarisées. Ce sont justement ces personnes qui tendent à ne pas utiliser les services en cas de souffrance psychique. On peut rappeler à ce sujet l'importance d'avoir un médecin de famille, avec qui la relation semble plus facilitante.

Adéquation des services

Chez les 18 % de Montréalais qui ont besoin de soins — selon l'évaluation de nos cliniciens — 20 % seulement reçoivent une réponse adéquate, 70 % ne recevraient pas, d'une façon ou d'une autre, les services requis tandis que 10 % semblent avoir des besoins impossibles à satisfaire. Parmi ceux ne recevant pas les services requis, la détresse est grande et appelle une intervention adaptée. Les personnes souffrant de troubles anxieux sont particulièrement susceptibles de ne pas



recevoir les services dont elles ont besoin. Quant aux besoins de soins impossibles à satisfaire, ils sont souvent le fait de personnes qui refusent tout traitement (psychothérapie, médicaments, etc.) ou avec qui on a tenté sans succès toutes les interventions souhaitables. Cette catégorie comprend davantage d'hommes que de femmes et de personnes plus faiblement scolarisées.

Notre enquête nous amène à distinguer quatre groupes dans la population en fait de planification des services. Dans le premier, soit la vaste majorité des Montréalais, il n'y a nul besoin de soins ni de recours aux services. C'est un groupe pour lequel on pourrait souhaiter des interventions de promotion de manière à maintenir cet état d'équilibre.

Schéma 2

		Besoins de soins	
		Oui	Non
Utilisation des services	O u i	Groupe 4 9 %	Groupe 2 7 %
	N o n	Groupe 3 9 %	Groupe 1 75 %

Dans le groupe 2, selon les tandems de cliniciens, les personnes n'ont aucun besoin de soins et, pourtant, elles utilisent les services. S'agirait-il d'une prestation excessive ?

Les données ne vont pas dans ce sens. Ce groupe n'est probablement pas homogène : il semble comprendre des personnes ayant eu des troubles mentaux, maintenant à peu près résolus (six mois ou un an auparavant, on aurait pu juger qu'elles avaient besoin de soins) et des personnes dont la souffrance psychique plus légère les a amenés à une démarche de croissance personnelle, qui peut

avoir son intérêt sur le plan préventif. Bref, dans la mesure où il n'y a pas prestation excessive, ce groupe pourrait se confondre avec le premier pour les fins d'un exercice de planification.

On distingue un troisième groupe, soit des personnes jugées cliniquement comme ayant besoin de soins, mais n'ayant pas utilisé les services dans la dernière année. Il s'agit d'environ 9 % de la population, soit pratiquement la moitié des personnes ayant besoin de soins. Il faut tout de même signaler que ces personnes présentent moins de manifestations de souffrance psychique que celles ayant recours aux services (groupe 4). Pourtant, il est inquiétant qu'autant de personnes jugées par des cliniciens comme

nécessitant des soins ne soient même pas en contact avec le système de soins, au sens large. Ce sont les plus jeunes (18-24 ans), les personnes monoparentales, celles qui ne déclarent pas d'incapacités ou qui perçoivent leur état de santé mentale comme adéquat, qui ont le moins tendance à consulter. Sur le plan des caractéristiques cliniques, on observe que ce groupe de non-utilisateurs est surtout formé de personnes présentant un seul trouble mental, par rapport à celles en ayant plus d'un, de celles présentant un trouble mental antérieur, plutôt qu'actuel, de même que de celles ayant un trouble lié à l'alcool ou aux drogues. Sur le plan de la planification des services, pour ce groupe, les objectifs consistent surtout à favoriser la demande d'aide.

Enfin, le dernier groupe, soit 9 % de la population, est formé de personnes cliniquement évaluées comme ayant besoin de soins et utilisant les services. Leur situation est-elle meilleure ? Pas autant qu'on peut le souhaiter. Nos cliniciens considèrent qu'environ le tiers de ce groupe reçoit des soins adéquats, que 61 % ne reçoit pas les services requis et qu'une petite proportion (6 %) semble avoir des besoins impossibles à satisfaire. Qui sont donc ces personnes qui, bien qu'utilisant les services, ne reçoivent pas les soins requis ? Comme on pouvait s'y attendre, leur état de santé mentale paraît plus détérioré que celui des personnes recevant les services requis ; elles affichent un niveau élevé de détresse psychologique et ont une perception plutôt négative de leur état de santé mentale. Sur le plan clinique, le trouble est plus souvent avéré et la comorbidité fréquente ; de plus, en présence d'un trouble anxieux ou d'un trouble lié aux drogues ou à l'alcool, le risque est plus fort que la personne ne reçoive pas des services adéquats. Les mieux soignées semblent être les personnes présentant un trouble isolé de dépression. Le niveau d'éducation joue aussi un rôle, puisque les personnes ne recevant pas les soins requis sont souvent les moins scolarisées.

Enfin, l'inadéquation des soins reçus semble tenir au fait que les services sont moins réguliers ou que le contact avec les services est rompu : 80 % de ceux recevant les services requis déclaraient avoir consulté dans le dernier mois, contre seulement 46 % de ceux ne les recevant pas. Pour ce groupe, les objectifs de planification consistent donc à améliorer la détection, la référence et le traitement.

*« Les gens cherchent de l'aide et tout ce qu'ils trouvent généralement ce sont des médicaments. »
Ghislain Goulet*

*« La clé du problème sur le plan de la prévention secondaire, c'est d'offrir un support bien structuré aux omnipraticiens »
Paul Lefort*

Le jeu pathologique

Les jeux de hasard et d'argent s'avèrent très populaires auprès des Montréalais. Qu'il s'agisse des jeux offerts par l'État, des paris entre amis ou des jeux illicites, tous les connaissent, la plupart s'y adonnent. En effet, plus des trois quarts de la population y jouent ou y ont déjà participé. La plupart des gens y trouvent une activité ludique, qui offre le divertissement ou le rêve, sans plus. S'il s'agit là de la réalité la plus fréquente, toutefois, pour une fraction de la population, le jeu représente une pathologie qui les affecte eux-mêmes et leurs proches. À Montréal, on dénombre environ 1 % de joueurs pathologiques, mais 2 % de personnes à risque – c'est-à-dire environ 28 000 adultes. La situation est encore plus préoccupante chez les mineurs. Des études récentes montrent en effet qu'une majorité de jeunes commence, dès la quatrième année, à miser sur des événements sportifs ou participent à des parties de cartes, des jeux accessibles légalement, puisque la loi interdit aux mineurs les jeux étatisés. Les adultes, quant à eux, ont plutôt tendance à jouer aux loteries d'État ainsi qu'aux machines à sous et appareils de loterie vidéo. À ce chapitre, une étude récente montre que tous les jeux ne sont pas associés pareillement à la pathologie : le risque de jeu pathologique est beaucoup plus élevé avec les machines à sous et les appareils de loterie vidéo.

Des enjeux pour notre communauté

À la lumière de notre enquête, on constate donc que, sur une période de 12 mois, 19 % des Montréalais montrent un signe de souffrance psychique, dont 11 % qui souffrent d'une dépression majeure, d'un trouble anxieux ou d'un trouble lié aux drogues ou à l'alcool. D'après l'évaluation de nos cliniciens, une proportion similaire de personnes (18 %) ont besoin de soins. Bref, les problèmes de santé mentale ne sont pas rares dans la population, et d'autres études au Canada, aux États-Unis, en Australie ou en Angleterre, donnent des résultats comparables.

Notre enquête étant la première réalisée à Montréal, pour avoir une idée de l'évolution de la santé mentale dans le temps, nous devons nous référer à Santé Québec qui, à plusieurs reprises, a mesuré le taux de détresse psychologique. Il semble qu'après une hausse significative en 1992,

ce taux soit retombé en 1998 à un niveau équivalent à celui de 1987. Si, globalement, il ne semble pas y avoir de recrudescence des problèmes de santé mentale, on note tout de même des problèmes en émergence comme le jeu pathologique. Par contre, certains problèmes comme le trouble dépressif ou les troubles liés à l'alcool ou aux drogues sont à la hausse, depuis déjà 40 ou 50 ans. Mis à part l'impact sur la planification de services adaptés, cela nous rappelle aussi l'intérêt de mettre en place des mesures préventives.

Qu'ils présentent un trouble mental, une souffrance psychique ou même qu'ils aient besoin de soins, ce n'est guère plus de la moitié de ces personnes qui consultent. Cela est préoccupant dans la mesure où, souvent, ces personnes tardent trop à consulter. Ainsi, l'état de santé mentale peut aller se dégradant et rendre plus complexe et plus long le traitement. Pour que le système de soins puisse aider la personne souffrante, il faut qu'elle exprime une demande d'aide d'une manière ou d'une autre. Mais il arrive qu'elle soit réticente, par peur de passer pour folle, d'être étiquetée comme souffrant de maladie mentale et d'être rejetée par son entourage. Il arrive aussi qu'elle ne sache pas que ses symptômes relèvent d'un problème de santé mentale ou qu'elle pense que la situation va se régler d'elle-même. L'entourage peut, dans ces circonstances, encourager la personne à consulter, à la condition de reconnaître les signes de la maladie. C'est pourquoi s'imposent des interventions à visée éducative pour sensibiliser la population.

Les jeunes adultes devraient retenir notre attention dans ces interventions visant à favoriser la demande d'aide. C'est le sous-groupe où l'on note la plus grande morbidité en fait de santé mentale et qui, par ailleurs, a le moins recours aux services. Les troubles anxieux sont les plus fréquents chez eux. Dommage qu'ils ne consultent pas davantage car il existe des traitements efficaces et relativement courts. Par ailleurs, l'on sait que des troubles anxieux non traités risquent de dégénérer en troubles qui se surajoutent, comme la dépression majeure ou les troubles liés à l'alcool ou aux drogues, ou même en comportements suicidaires. Dès lors, l'intervention devient beaucoup plus complexe d'où l'importance d'agir tôt.

Il n'y a pas d'espace d'appropriation des pouvoirs. Il y a quelque chose d'important à considérer dans les pratiques, dans les façons de faire pour finir, entre autres, la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire pour intégrer ces personnes dans les communautés et en faire des citoyens à part entière. »

Rose-Marie Charest

*« La santé mentale
est le parent pauvre
de la médecine
familiale. »
Paul Lefort*

Pour améliorer le recours aux services, le système de soins a, lui aussi, un rôle à jouer. La plupart des gens consultent le médecin généraliste, ce qui lui confère un rôle clé de détection et d'accès à un traitement approprié. Bien des gens demandent à consulter le généraliste pour une raison ou une autre, sans toujours exprimer clairement leur problème de santé mentale. Dès lors, il appartient au médecin d'être vigilant et de savoir reconnaître les signes de troubles mentaux. Certains généralistes éprouvent de la difficulté à reconnaître ces troubles ou peuvent être réticents à le faire. C'est pourquoi des activités de formation et une meilleure organisation des services pourraient pallier ces lacunes.

Autre constatation, l'analyse de l'adéquation des services révèle que 60 % des personnes qui consultent pour un problème de santé mentale ne reçoivent pas les services requis. Alors que leur état semble bien détérioré, elles ont moins recours à des services spécialisés. Dans leur cas, la demande d'aide a été exprimée, plus probablement auprès d'un généraliste ou peut-être auprès d'autres intervenants de première ligne. Le problème réside donc davantage dans la volonté et la capacité à reconnaître le trouble et à donner accès à un traitement adéquat. L'accessibilité, dans ce cas, pourrait bien être d'ordre économique — rappelons le lien entre pauvreté et souffrance psychique —, surtout que la psychothérapie est très souvent l'approche privilégiée et que ce traitement nécessite plus souvent qu'autrement des déboursés.

Comme on l'a vu, certaines personnes sont plus touchées que d'autres par les problèmes de santé mentale et cela devrait nous interpeller lorsqu'il s'agit de mieux cibler nos interventions. Par exemple, il est clair que nous devons consacrer davantage de ressources à la fois préventives et curatives en milieu défavorisé. Dans le même sens, il faudrait pouvoir offrir des interventions de soutien pour aider à traverser des événements difficiles, comme la séparation ou le divorce.

Table ronde des acteurs en santé mentale

Le 17 septembre 2001

Un système à deux vitesses ?

- Une personne sur trois consulte en privé, c'est beaucoup moins que ce à quoi je m'attendais. Ce qui me frappe, c'est combien on est dans un système à deux vitesses en santé mentale. Les gens qui ont de l'argent ont accès à de très nombreux services. Ceux qui n'en ont pas, à beaucoup moins. On ne peut que déplorer cette situation, surtout qu'on sait qu'il existe un lien clair entre la santé mentale et les conditions socio-économiques. Il faut être en forme et informé pour trouver les soins appropriés. **Rose-Marie Charest**
- Les résultats quant au degré de satisfaction à la réponse aux besoins et à la difficulté d'accès ne me surprennent pas. Près de 99 % de nos membres vivent de la sécurité du revenu. Ils ont de sérieux problèmes d'accès à des services différents et à une diversité des services. **Ghislain Goulet**
- Il y a 25 ans, on référerait des gens aux CLSC. Maintenant, les CLSC réfèrent des gens au privé! Qu'est-ce qui arrive aux deux tiers qui ne peuvent pas payer? **Rose-Marie Charest**
- On a un problème d'accessibilité aux services. Au CLSC, nous avons une équipe de santé mentale, mais nous n'avons pas de psychologue pour faire du suivi à long terme auprès des gens qui ont des problèmes transitoires importants. On essaie de les référer à des thérapeutes qui ont des tarifs moins élevés que d'autres... Avec le temps, certains CLSC ont réussi à développer de tels services. Mais une bonne partie n'en ont pas. S'ils en ont, c'est à l'intérieur de l'équipe santé mentale et l'accessibilité reste réduite. **Daniel Fecteau**

L'exclusion

- La question d'itinérance est un problème extrêmement complexe qu'il faudrait s'empêcher d'aborder de manière simpliste. Il y a les droits des personnes qu'il faut respecter. Il faut respecter la personne itinérante malade qui oppose un refus catégorique à la recherche de services. Souvent l'entourage s'inquiète et amène l'individu consulter, alors que lui ne voit aucune raison de le faire.

Dans le cas des itinérants, l'arrimage entre la personne en besoin et les dispensateurs de services est encore plus complexe. **André Luyet**

- On s'attarde aux itinérants et à d'autres clientèles, mais on ne parle pas des gens qui ne sont jamais entrés dans le réseau et qui ne veulent pas y mettre les pieds. Ils refusent de voir des médecins et de se faire soigner, mais ils sont prêts à parler à des amis ou à d'autres personnes. Il y a aussi des gens qui sont passés par le réseau, qui en ont été écœurés, qui ont réussi à s'en sortir et qui ne veulent plus s'en approcher. Enfin, il y en a d'autres qui sont dans le réseau tout en essayant d'y être le moins possible. Ils prennent des médicaments pour se sentir bien et se dirigent vers les organismes communautaires pour le reste. Il faut s'adresser à ces gens-là aussi. **Denis Aumais**

Une voix au chapitre

- Les gens cherchent de l'aide et tout ce qu'ils trouvent généralement, ce sont des médicaments. Ils doivent sortir du circuit pour trouver ce qu'ils cherchent. Ils disent souvent qu'ils ne sont pas juste un problème de santé mentale. Ils voudraient bien vivre leur vie. Toute leur vie tourne autour d'un suivi en santé mentale. On ne les suit pas comme des personnes, mais comme des problèmes. Ils sont dans un ghetto. Ils ont du mal à se sortir de ça et à trouver des espaces de liberté, comme ceux qu'on trouve, entre autres, dans le communautaire.

- *Nous collaborons avec les personnes usagères pour tenter de les faire entendre aux décideurs et aux gens du réseau qui offrent des services. Ces personnes sont prêtes à parler, prêtes à se dire collectivement, il faut les écouter. Individuellement, c'est la même la même chose. Il n'y a pas d'espace d'appropriation des pouvoirs. Il y a quelque chose d'important à considérer en ce sens-là dans les pratiques, dans les façons de faire pour finir, entre autres, la désinstitutionnalisation, c'est-à-dire pour intégrer ces personnes dans les communautés et en faire des citoyens à part entière.*
Ghislain Goulet

- *La loi dit qu'on peut refuser des traitements. On a donc le droit de cesser de prendre des médicaments, de se lancer dans un sevrage sauvage, mais dans ce cas on ne reçoit aucun appui. Lorsque quelqu'un souhaite prendre sa vie en main, on n'est pas prêt à le supporter. On lui dit qu'il ne peut pas, qu'il n'est pas informé, qu'il est malade mental.*
Denis Aumais

Les aidants naturels

- *La souffrance des personnes aidantes est tout à fait réelle, et il faut la dire.*

Ce n'est pas étonnant que les aidants naturels soient souffrants. C'est souffrant d'aider quelqu'un sans en avoir les moyens. C'est la formation qui permet aux psychiatres, aux psychologues et aux médecins d'être capables de voir tant de monde dans une journée sans craquer. Je suis un peu inquiète qu'on donne autant de responsabilités aux gens sans leur donner tout l'appui nécessaire.
Rose-Marie Charest

- *Nous sous-estimons les besoins importants de soutien des aidants naturels (détresse psychologique) dans le cadre de la pratique en services à domicile. D'ailleurs, nos systèmes d'information clientèle n'encourage pas une telle pratique.*
Daniel Fecteau

La diversité culturelle

- *Si on ne tient pas compte de la diversité culturelle, si nos intervenants ne sont pas préparés à faire la différence entre une entrevue avec quelqu'un d'origine chinoise et quelqu'un d'origine québécoise, ça va nous sauter au visage. Le Surgeon General des États-Unis soulignait récemment que le problème crucial en santé mentale actuellement, c'est que les communautés culturelles ne consultent pas. Ne ressortent de ces communautés que les problèmes extrêmement graves de décompensation, de psychose. Il faut y voir.*
Rose-Marie Charest

- *Il y a des préjugés dans les communautés culturelles envers les maladies psychiatriques.*
Jacques Hendlisz

- *L'intervention auprès des nouveaux arrivants, et particulièrement auprès des réfugiés, est trop "ghettoisée" dans notre réseau, c'est-à-dire que l'on laisse ce type d'intervention et cette clientèle à quelques établissements qui font face à ce problème. Pourtant, d'ici quelques années, l'ensemble de Montréal devra y faire face. Nous devrions mettre à profit les établissements et les professionnels qui ont développé une expertise dans le domaine afin de préparer la relève.*

La question des chocs post-traumatiques est une autre problématique particulière à laquelle nous sommes confrontés. Notre secteur compte de nombreux réfugiés. Les gens ne consultent pas nécessairement pour ça, mais on finit par se rendre compte que leurs malaises sont reliés à un choc post-traumatique. Notre médecin en santé mentale en voit beaucoup, en traite beaucoup. Les réfugiés et les immigrants récents sont en augmentation sur l'île de Montréal. Comment intervenir? Comment dépister. Il y a à faire de ce côté-là.
Daniel Fecteau

Omnipraticiens, porte d'entrée du système

- *La clé du problème sur le plan de la prévention secondaire, c'est d'offrir un support bien structuré aux omnipraticiens qui vont aborder la santé mentale. Et ils seraient plus intéressés à le faire s'ils avaient ce support. Par support, on entend l'accès à un psychiatre qu'on peut consulter au cours de la journée quand on a un problème.*

La santé mentale est le parent pauvre de la médecine familiale. C'est sûr que la population affectée a un problème d'accessibilité aux soins. On ne mentionne toutefois pas que les cabinets privés constituent la porte d'entrée de 85 % des problématiques en santé mentale. Or, en cabinet privé, on considère que la santé mentale est très difficile à gérer. On n'a pas d'analyse, pas de radiographies. On n'a que notre sens clinique pour nous guider, bien encadré par le DSM IV, mais le DSM IV a quelque 900 pages, ce n'est pas tout le monde qui a envie de passer à travers.

Paul Lefort

Le financement

- *Les ressources d'hébergement constituent un problème majeur en santé mentale. On veut moins de ressources d'hébergement institutionnel, plus dans le soutien dans la communauté. Mais il n'y a pas d'hébergement disponible. Ça fait des années qu'on sait que c'est notre problème numéro un dans le Centre-Ouest de Montréal, et c'est comme ça presque partout à Montréal.*

On ne peut parler des organismes communautaires sans soulever le problème de leur financement. À cause du virage, les activités augmentent. Les organismes communautaires ne sont pas capables d'assumer pleinement leur rôle. Plusieurs ont dû réduire leur accès et leurs services à cause de problèmes de financement et ce, même quand l'arrimage est réussi. Et puis ils ont du mal à conserver leur personnel que le réseau public vient chercher. On demande aux organismes communautaires de faire ce qu'on ne peut pas faire sans leur donner le financement adéquat. Il faudrait que le financement des organismes communautaires soit plus stable, et qu'il soit rehaussé. Ils n'ont pas eu de développement depuis des années. Et c'est particulièrement vrai pour les centres de crise. Certains ont même dû fermer des lits. **Daniel Fecteau**

- *La majorité de nos patients sont maintenant traités dans la communauté alors que les unités de mesure n'ont pas été ajustées pour refléter cette réalité et nous nous en trouvons pénalisés. Il apparaît donc que nos unités de mesure baissent et nos coûts augmentent. Le financement des familles d'accueil et les coûts de location représentent presque 10 % de notre budget. Ainsi, la croyance à l'effet que la majorité du budget est demeurée dans les hôpitaux psychiatriques malgré la désinstitutionnalisation est erronée.* **Jacques Hendlisz**