

AVIS

**LES MALADIES MENTALES :
UN ÉCLAIRAGE CONTEMPORAIN**

SEPTEMBRE 2001

CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC

AVIS 2001-04

Le contenu de cette publication a été rédigé par le :

Conseil médical du Québec
880, chemin Sainte-Foy, R.-C.
Québec (Québec) G1S 2L2
Téléphone : (418) 646-4379
Télécopieur : (418) 646-9895
Internet : <http://www.msss.gouv.qc.ca/cmq>
Courrier électronique : cmq@msss.gouv.qc.ca

Dépôt légal - 2001
Bibliothèque nationale du Québec, 2001
ISBN : 2-550-38066-5

Gouvernement du Québec

Toute reproduction totale ou partielle de ce document est autorisée, à condition d'en mentionner la source.

Le Conseil médical du Québec a été officiellement constitué par la Loi sur le Conseil médical du Québec (L.R.Q., c. C-59), adoptée par l'Assemblée nationale le 10 décembre 1991. Au moment de l'adoption de cet avis, les membres du Conseil étaient :

Dr Juan Roberto Iglesias, président

Vice-doyen
Faculté de médecine de l'Université de Sherbrooke

Dr Jean-Marie Albert

Psychiatre
Centre hospitalier régional de Lanaudière

Dr Brigitte Bernard

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Marc A. Bois

Cardiologue
Institut de cardiologie de Montréal

Dr André Bonin, vice-président

Pathologiste
Cité de la Santé de Laval

Monsieur Patrick Garceau

Étudiant en médecine
Université Laval

Dr Sophie Gosselin

Résidente en médecine d'urgence
Université McGill

Dr Yves Landry

Régie de l'assurance-maladie du Québec

Dr Louis Lapointe

Chirurgien général
Centre hospitalier régional du Grand-Portage

Madame Michèle Laverdure

Conseillère en gestion, services de santé
et services sociaux

Madame Estelle Lépine

Ministère de l'Éducation

Dr Joëlle Lescop

Secrétaire générale
Collège des médecins du Québec

Dr Laurent Marcoux

Omnipraticien
Centre médical St-Denis
St-Denis

Dr Jonathan L. Meakins

Chirurgien
Centre de santé de l'Université McGill

Dr Bernard Millette

Omnipraticien
Cité de la Santé de Laval

Madame Marie Pineau

Pharmacienne
Berlex Canada Inc.

Monsieur Robert Tremblay

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Madame Micheline Ulrich

Infirmière conseillère-cadre
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Dr Raymonde Vaillancourt

Omnipraticienne
Clinique médicale Vimy
Sherbrooke

Le présent avis découle d'un rapport du Comité de travail sur la santé mentale composé des personnes suivantes : Dr Jean-Marie Albert (président), Dr Joëlle Lescop, madame Micheline Ulrich ainsi que Dr Colette Roberge (coordonnatrice) de la permanence du Conseil.

REMERCIEMENTS

Le Conseil médical du Québec désire remercier toutes les personnes consultées en vue de cet avis pour leur collaboration et leur intérêt et souligne la participation des personnes suivantes :

Dr Jean-Jacques Breton,
Dr Fabien Gagnon,
Dr Alain Lesage,
Dr Graham Meadows.

Le Conseil désire également remercier monsieur Denis Santerre, documentaliste ainsi que mesdames Liette Saillant et Lynda Martel du secrétariat de la Permanence du Conseil pour leur soutien tout au long de la rédaction de cet avis.

RÉSUMÉ

Depuis plusieurs années, le discours et les actions du ministère de la Santé et des Services sociaux, en regard des soins et des services en santé mentale, se sont orientés, à l'instar de celui de plusieurs pays occidentaux, vers le maintien accru dans la communauté des patientes et patients atteints de troubles mentaux sévères et persistants.

Dans cet avis, les membres du Conseil médical du Québec veulent mettre en lumière la lourdeur du fardeau des autres troubles mentaux comme en témoignent les publications récentes de l'Organisation mondiale de la santé, de la Banque mondiale et du « Surgeon General » des États-Unis. En 1998, dans les pays développés, le fardeau des maladies mentales, évalué en « année perdue de vie en bonne santé » ou DALY (*disability-adjusted life year*), arrive tout juste après celui des maladies cardio-vasculaires et avant celui du cancer. Parmi les dix principales maladies qui touchent le plus lourdement les jeunes adultes, quatre sont des maladies mentales, la dépression majeure étant la première.

En dépit des découvertes récentes sur le fonctionnement du cerveau et ses interactions avec l'environnement, et malgré l'existence de traitements efficaces, les craintes, les tabous et les fausses croyances persistent face aux maladies mentales. Ces attitudes favorisent l'inaction, entretiennent la discrimination et la stigmatisation des personnes atteintes ainsi que de leurs proches, et empêchent l'organisation et l'accès aux soins et aux services appropriés.

C'est pourquoi le Conseil accorde une grande importance à la diffusion des connaissances résultant de la recherche afin de mieux informer la population, de faciliter, pour les professionnels, la mise en place d'approches pertinentes et efficaces, basées sur des données probantes, et d'améliorer la communication entre les chercheurs, les professionnels, ceux qui diffusent les connaissances, particulièrement les médias grand public et spécialisés, les gestionnaires et les responsables des politiques.

Enfin, le Conseil propose des modalités d'organisation des services médicaux s'appuyant sur une approche populationnelle, étant donné la forte prévalence, l'ampleur de l'invalidité et les coûts indirects associés aux troubles mentaux. Ce modèle d'organisation repose sur les principes d'accessibilité, de qualité des pratiques fondées sur des données probantes et de continuité des soins issus de l'intégration des services.

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE 1	
QUELQUES RÉALITÉS.....	5
1.1 La lourde charge des troubles mentaux.....	5
1.2 Des prévalences élevées.....	8
1.3 Des coûts parmi les plus élevés : invalidité, décès prématuré, comorbidité avec les maladies physiques.....	16
1.4 Des définitions essentielles.....	20
CHAPITRE 2	
DES TABOUS, DES PRÉJUGÉS ET DES STIGMATES : DES CROYANCES À MODIFIER.....	29
2.1 Croyances populaires : maladies ou états d'esprit.....	30
2.2 Croyances populaires : les traitements.....	33
2.3 Les remèdes.....	38
CHAPITRE 3	
LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES : UNE DONNÉE INCONTOURNABLE.....	43
3.1 Faciliter la diffusion des connaissances issues des meilleures données probantes pour mieux informer la population.....	43
3.2 Faciliter l'harmonisation des connaissances résultant de la recherche dans des approches et interventions pertinentes et efficaces, en ciblant l'information au sujet des données probantes pour les professionnels de la santé : les guides de pratique.....	50
3.2.1 L'élaboration et les conditions de qualité.....	51
3.2.2 La diffusion et les conditions d'implantation.....	52
3.2.3 L'évaluation des résultats.....	53
3.3 Faciliter l'intégration des connaissances issues de la recherche dans les politiques et la gestion des systèmes de santé en améliorant la communication entre les divers partenaires impliqués.....	54

CHAPITRE 4	
LES SERVICES MÉDICAUX ET LA PSYCHIATRIE	57
4.1 Première ligne : accessibilité, globalité et continuité des soins médicaux généraux.....	58
4.1.1 Rôle de la première ligne	58
4.1.2 Barrières au diagnostic et au traitement en première ligne	61
4.1.3 Besoins du médecin en première ligne	62
4.2 Modes de travail à l'interface de la première et de la deuxième ligne : consultation, liaison et soins partagés.....	63
4.2.1 Les modèles	64
4.2.2 Les impacts des modèles de consultation-liaison et de soins partagés.....	68
4.2.3 Quels en sont les coûts et le rapport coût/efficacité ?	70
4.2.4 Conditions de succès et stratégies d'implantation.....	71
4.3 La deuxième ligne : spécificité, complexité, accessibilité sur référence, diagnostic et traitement spécialisés, prise en charge multidisciplinaire spécialisée.....	73
CONCLUSION.....	77
RECOMMANDATIONS	79
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	87

LISTE DES TABLEAUX

TABLEAU 1	
Global Burden of Disease* - DALYs** worldwide - 1990	6
TABLEAU 2	
Disease Burden by Selected Illness Categories in Established Market Economies, 1990,.....	7
TABLEAU 3	
The Leading Sources of Disease Burden in Established Market Economies, 1990,.....	7
TABLEAU 4	
Mental Illness as a Source of Disease Burden in Established Market Economies, 1990,.....	7
TABLEAU 5	
Mental Health : A Report of the Surgeon General.....	8
TABLEAU 6	
Table 2-6. Best estimate 1-year prevalence rates based on ECA and NCS, ages 18-54	9
TABLEAU 7	
Table 2-8. Best estimate prevalence rates based.....	10
TABLEAU 8	
Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes, Québec, 1971-1995	14
TABLEAU 9	
Nombre de décès par suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Québec,1992-1995	14
TABLEAU 10	
Taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes chez les jeunes, Québec, 1993-1995	15

TABLEAU 11	
Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes selon les régions administratives du Québec *, Sexes réunis, 1992-1995	15
TABLEAU 12	
Résumé des coûts associés aux problèmes de santé mentale, Canada, 1998 (en millions de \$)	17
TABLEAU 13	
Prévalence des troubles mentaux	18
TABLEAU 14	
Prévalence des troubles mentaux chez les patients avec maladie physique chronique	19
TABLEAU 15	
Recoupement entre les différentes dimensions du concept de santé mentale	22
TABLEAU 16	
The mental health intervention spectrum for mental disorders	26
TABLEAU 17	
Views on the Appropriate Treatment of Various Diseases	35
TABLEAU 18	
Model of interaction between general practitioners (GPs) and local area mental health service (AMHS), based on varying levels of interest, resources and need on both sides	60

INTRODUCTION

À l'origine de ce travail se retrouve la volonté des membres du Conseil médical du Québec d'affirmer l'importance de reconnaître, diagnostiquer et traiter les troubles mentaux autres que les troubles sévères et persistants compte tenu de la lourdeur du fardeau qu'ils font porter aux personnes atteintes, à leurs proches et à la société en général.

Dans le premier chapitre, les membres du Conseil analysent les travaux de Murray et Lopez documentant en 1996, pour la première fois et à la surprise générale, l'importance du fardeau des troubles mentaux par rapport à celui d'une centaine de maladies. Ces auteurs, dans le cadre de leurs travaux visant à soutenir la priorisation des investissements en santé tant pour les services que pour la recherche, ont élaboré un indicateur de charge des diverses maladies, le DALY (*disability-adjusted life year*), qui tient compte de la mortalité, de l'invalidité et de la durée de l'invalidité causées par ces diverses maladies. C'est ainsi que les troubles mentaux arrivent en seconde place, tout juste après les maladies cardiovasculaires et avant les cancers compte tenu, entre autres, du poids de l'invalidité qu'ils causent, atteignant les personnes tôt dans la vie et souvent de façon récurrente ou chronique. En plus d'examiner les données épidémiologiques et particulièrement les prévalences des divers troubles mentaux, les concepts de santé mentale, problème de santé mentale et trouble mental sont explorés afin de bien cerner le propos de cet avis, soit l'importance des troubles mentaux autres que sévères et persistants, leur dépistage, leur diagnostic et leur traitement. Les membres se sont également penchés sur la nature des coûts indirects qui y sont rattachés, aspect dont l'importance est trop souvent négligée.

Dans le second chapitre, les membres du Conseil, préoccupés par la stigmatisation qui accompagnent les troubles mentaux, ont voulu en comprendre les multiples facettes pour contribuer à la diminuer. C'est pourquoi ils examinent les caractéristiques des éléments qui favorisent la stigmatisation et empêchent l'accès aux soins et aux traitements appropriés. Ils explorent les croyances et les attitudes qui contribuent au maintien des mythes et des préjugés vis-à-vis les causes des troubles mentaux, mais aussi celles qui concernent la nature, la nécessité et l'efficacité de leurs traitements. Cette exploration rejoint autant les croyances de la population en général que celles des professionnels de la santé. Inspirés par certains moyens mis de l'avant pour combattre cette stigmatisation, ils proposent quelques remèdes.

Conscients de l'importance de la diffusion d'une information de qualité auprès de la population, des professionnels de la santé, des gestionnaires et des politiciens, les membres du Conseil ont ciblé trois objectifs au chapitre suivant. Le premier porte sur la contribution du transfert des connaissances de la recherche à l'amélioration des connaissances de la population, le « mental health literacy », et son impact sur la capacité de prise en charge, par l'individu, de sa santé mentale comme il le fait, ou peut le faire, pour sa santé physique. Le second aborde les conditions de diffusion de données probantes qui soient favorables à l'élaboration d'un consensus auprès des divers professionnels et conduisent à leur mise en application pour le bénéfice des patients. Enfin, le troisième explore les mécanismes qui contribuent à l'intégration des connaissances de la recherche dans les politiques et la gestion des systèmes de santé en facilitant la communication entre les chercheurs, les professionnels, ceux qui diffusent les connaissances, particulièrement les médias grand public et spécialisés, les responsables des politiques et les gestionnaires.

Au quatrième chapitre, les membres du Conseil s'intéressent aux modalités d'organisation des services médicaux sous l'angle d'une approche populationnelle, considérant l'ampleur des prévalences, de l'invalidité et des coûts indirects associés aux troubles mentaux. Ils examinent l'actualisation des principes de la hiérarchisation des services médicaux, adoptée au Québec, en accordant une attention particulière aux modèles de « soins partagés ». Leur vision est essentiellement fondée sur les principes d'accessibilité, de qualité des pratiques basées sur les données probantes et de continuité des soins issue de l'intégration des services.

Dans cet avis, les membres du Conseil proposent une réflexion et des recommandations qui rejoignent plusieurs thèmes retenus par l'Organisation mondiale de la santé pour son rapport sur « La santé dans le monde » qui paraîtra en octobre 2001 :

- la santé mentale est une partie fondamentale de la santé ;
- les troubles mentaux sont courants et universels ;
- les troubles mentaux sont une source importante d'invalidité pour les individus et un fardeau pour les familles et les communautés ;
- les troubles mentaux sont réels, peuvent être diagnostiqués et traités ;
- la prévention des troubles mentaux est possible et réalisable ;
- il existe un urgent besoin, pour tous les pays, de développer des politiques et des programmes qui permettront de vaincre les barrières et faciliter l'accès aux soins et services en santé mentale.

CHAPITRE 1

QUELQUES RÉALITÉS

Au cours de la dernière décennie, la convergence de plusieurs développements scientifiques en médecine a mis en évidence l'importance que l'on doit accorder à la qualité de la santé mentale ainsi qu'au traitement des maladies mentales lorsqu'elles surviennent.

1.1 La lourde charge des troubles mentaux

C'est en 1993 qu'apparaît pour la première fois, tel que rapporté par l'Organisation mondiale de la santé¹, la notion de charge globale de la maladie prenant en compte le nombre «d'années perdues de vie en bonne santé»² (AVCI, *années de vie corrigées de l'incapacité* ou DALY, *disability-adjusted life years*). Produite par l'équipe de chercheurs du Harvard School of Public Health³, cette mesure est issue d'analyses complexes intégrant entre autres tant le fardeau d'un décès prématuré que celui du nombre d'années vécues avec une incapacité, corrigé de la gravité de l'incapacité. Elle permet donc l'attribution d'une charge globale de la maladie pour de multiples affections et leur comparaison entre elles.

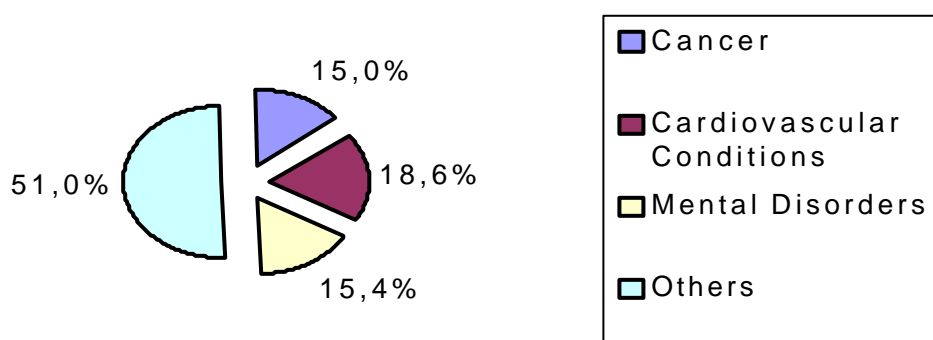
L'un des résultats les plus surprenants de cette étude est l'importance de la charge des maladies mentales jusqu'alors sous-estimées, compte tenu de leur faible incidence sur la mortalité.

Des analyses critiques de la méthodologie, par des chercheurs de divers pays comme l'Australie⁴ et la Hollande⁵, confirment qu'elle demeure une des meilleures pour évaluer et décrire l'importance considérable de la charge des maladies mentales. Adoptant ces données, l'Organisation mondiale de la santé estime, qu'en 2020 **dans le monde**, la charge globale des maladies mentales représentera **15%** de la charge de l'ensemble des maladies⁶ et que la dépression sera la cause première d'invalidité. Pour les **pays à haut revenu** comme le Canada, cette charge était évaluée en 1998 à **23%**.

Selon Murray et Lopez, auteurs de l'étude «Global Burden of Disease », la charge des maladies mentales incluant le suicide (voir le tableau suivant), les situe en second lieu après l'ensemble des maladies cardio-vasculaires et juste avant les cancers. Et parmi elles, la dépression se retrouve au second rang de toutes les maladies. Ces données ont été retenues par le « Surgeon General » des États-Unis dans son rapport⁷ de décembre 1999 sur la santé mentale, dont voici quelques extraits :

TABLEAU 1

Global Burden of Disease* - DALYs worldwide - 1990**



* Global Burden of Disease (Murray & Lopez, 1996)

** DALYs – Disability-Adjusted Life Years

TABLEAU 2
Disease Burden by Selected Illness Categories in Established Market Economies, 1990,
(measured in DALYs*)

	Percent of Total
All cardiovascular conditions	18.6
All mental illness including suicide	15.4
All malignant disease (cancer)	15.0
All respiratory conditions	4.8
All alcohol use	4.7
All infectious and parasitic disease	2.8
All drug use	1.5

TABLEAU 3
The Leading Sources of Disease Burden in Established Market Economies, 1990,
(measured in DALYs*)

	Total (millions)	Percent of Total
All Causes	98.7	
1. Ischemic heart disease	8.9	9.0
2. Unipolar major depression	6.7	6.8
3. Cardiovascular disease	5.0	5.0
4. Alcohol use	4.7	4.7
5. Road traffic accidents	4.3	4.4
6. Lung & UR cancers	3.0	3.0
7. Dementia & degenerative CNS	2.9	2.9
8. Osteoarthritis	2.7	2.7
9. Diabetes	2.4	2.4
10. COPD	2.3	2.3

TABLEAU 4
Mental Illness as a Source of Disease Burden in Established Market Economies, 1990,
(measured in DALYs*)

	Total (millions)	Percent of Total
All Causes	98.7	
Unipolar Major depression	6.7	6.8
Schizophrenia	2.3	2.3
Bipolar disorder	1.7	1.7
Obsessive-compulsive disorder	1.5	1.5
Panic disorder	0.7	0.7
Post-traumatic stress disorder	0.3	0.3
Self-inflicted injuries (suicide)	2.2	2.2
All mental disorders	15.3	15.4

* DALYs measure lost years of healthy life regardless of whether the years were lost to premature death or disability.

NIH Publication No. 99-4586

¹ The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. (Murray CL, Lopez AD, eds. World Health Organization, World Bank, Harvard University, 1996).

1.2 Des prévalences élevées

Les classifications diagnostiques, bien que contemporaines des connaissances scientifiques et évoluant avec elles, ont permis de procéder à d'importantes études épidémiologiques internationales et nord-américaines. Elles ont ainsi démontré qu'une personne sur cinq (**20 %**) souffrira de maladie mentale cliniquement diagnosticable au cours d'une période d'un an. Pour illustrer de façon détaillée les prévalences, au cours d'une année, des divers troubles mentaux selon les groupes d'âge, le Conseil a choisi les données suivantes, provenant du rapport sur la santé mentale du « Surgeon General » des États-Unis puisqu'il n'existe pas de données aussi exhaustives au Québec et au Canada.

TABLEAU 5

Mental Health : A Report of the Surgeon General

Table 2-7. Children and adolescents ages 9 to 17 with mental or addictive disorders, * combined MECA sample

	Prevalence (%)
Anxiety disorders	13.0
Mood disorders	6.2
Disruptive disorders	10.3
Substance use disorders	2.0
Any disorder	20.9

* Disorders include diagnosis-specific impairment and Child Global Assessment Scale s70 (mild global impairment).

Source : Shaffer et al., 1996

TABLEAU 6**Table 2-6. Best estimate 1-year prevalence rates based on ECA and NCS, ages 18-54**

	ECA Prevalence (%)	NCS Prevalence (%)	Best Estimate** (%)
Any Anxiety Disorder	13.1	18.7	16.4
Simple Phobia	8.3	8.6	8.3
Social Phobia	2.0	7.4	2.0
Agoraphobia	4.9	3.7	4.9
GAD	(1.5)*	3.4	3.4
Panic Disorder	1.6	2.2	1.6
OCD	2.4	(0.9)*	2.4
PTSD	(1.9)*	3.6	3.6
Any Mood Disorder	7.1	11.1	7.1
MD Episode	6.5	10.1	6.5
Unipolar MD	5.3	8.9	5.3
Dysthymia	1.6	2.5	1.6
Bipolar I	1.1	1.3	1.1
Bipolar II	0.6	0.2	0.6
Schizophrenia	1.3	-	1.3
Nonaffective Psychosis	—	0.2	0.2
Somatization	0.2	—	0.2
ASP	2.1	—	2.1
Anorexia Nervosa	0.1	—	0.1
Severe Cognitive Impairment	1.2	—	1.2
Any Disorder	19.5	23.4	21.0

* Numbers in parentheses indicate the prevalence of the disorder without any comorbidity. These rates were calculated using the NCS data for GAD and PTSD, and the ECA data for OCD. The rates were not used in calculating the any anxiety disorder and any disorder totals for the ECA and NCS columns. The unduplicated GAD and PTSD rates were added to the best estimate total for any anxiety disorder (3.3%) and any disorder (1.5%).

** In developing best-estimate 1-year prevalence rates from the two studies, a conservative procedure was followed that had previously been used in an independent scientific analysis comparing these two data sets (Andrews, 1995). For any mood disorder and any anxiety disorder, the lower estimate of the two surveys was selected, which for these data was the ECA. The best estimate rates for the individual mood and anxiety disorders were then chosen from the ECA only, in order to maintain the relationships between the individual disorders. For other disorders that were not covered in both surveys, the available estimate was used.

Key to abbreviations : ECA, Epidemiologic Catchment Area; NCS, National Comorbidity Study; GAD, generalized anxiety disorder; OCD, obsessive-compulsive disorder; PTSD, post-traumatic stress disorder; MD, major depression; ASP, antisocial personality disorder.

Source : D. Regier, W. Narrow, & D. Rae, personal communication, 1999

TABLEAU 7

Table 2-8. Best estimate prevalence rates based on Epidemiologic Catchment Area, age 55+

	Prevalence (%)
Any Anxiety disorders	11.4
Simple Phobia	7.3
Social Phobia	1.0
Agoraphobia	4.1
Panic Disorder	0.5
Obsessive-Compulsive Disorder	1.5
Any Mood Disorder	4.4
Major Depressive Episode	3.8
Unipolar Major Depression	3.7
Dysthymia	1.6
Bipolar I	0.2
Bipolar II	0.1
Schizophrenia	0.6
Somatization	0.3
Antisocial Personality Disorder	0.0
Anorexia Nervosa	0.0
Severe Cognitive Impairment	6.6
Any Disorder	19.8

Source : D. Regier, W. Narrow, & D. Rae, personal communication, 1999

Parmi d'autres pays, l'Australie⁸ rapporte des taux similaires de prévalence pour les maladies mentales qui ont fait l'objet d'études épidémiologiques importantes et reconnaît un taux de schizophrénie et de psychoses non affectives semblable à celui des études américaines.

Au Canada, l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997⁹ rapporte, pour la dépression majeure, une prévalence de 4,2 % chez les Canadiens et Canadiennes de douze ans et plus (20 725 ménages, 58 439 personnes).

Au Québec, une enquête épidémiologique menée en 1993 par la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent (523 personnes de quinze ans et plus)¹⁰ reconnaît, pour sa part, une prévalence annuelle des troubles mentaux suivants de 15 %, dont :

- 6 % troubles affectifs ;
- 3 % troubles anxieux ;
- 5 % abus/dépendance à l'alcool ;
- 1 % abus/dépendance aux drogues.

Une autre enquête épidémiologique, conduite dans l'Est de Montréal (893 personnes de dix-huit ans et plus)¹¹, constate une prévalence totale de 14 % sur six mois pour ces mêmes troubles mentaux.

Enfin en 1987, l'Enquête Santé Québec¹² en arrivait à la conclusion que 19 % des Québécois et Québécoises de quinze ans et plus avaient un seuil de détresse psychologique élevé. L'échelle de détresse psychologique ne témoigne pas cependant d'un diagnostic précis¹³.

En 1998, l'Enquête sociale et de santé¹⁴ mentionne un taux similaire de détresse psychologique élevée, 20 % chez la même population, sauf pour le groupe des 15-24 ans où le taux se situe à 28 % par rapport à 23 % en 1987, après un sommet de 35 % en 1992-1993. Cette année-là, il faut dire que le taux global de détresse psychologique était aussi plus élevé (26 %).

Quant à l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS)¹⁵, il relève en 1996-1997 un taux de dépression de 4 % dans la population québécoise de douze ans et plus, taux similaire à l'Ontario et inférieur aux autres provinces où le taux est de 5 %.

De son côté, l'Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes¹⁶ (1993), réalisée auprès de 2400 jeunes (6 à 14 ans) et leurs parents, fait état d'une prévalence au cours des derniers six mois, de troubles mentaux de :

- 14,9 % chez les 6-11 ans ;
- 17,5 % chez les 12-14 ans dont 8 % ont un trouble d'adaptation ou plus ;
- 19,9 % selon les parents des 6-14 ans dont 9,6 % ont un trouble d'adaptation ou plus.

Force est de constater que toutes les études épidémiologiques en arrivent à des prévalences assez semblables et tout aussi importantes. Les membres du Conseil souhaitent attirer l'attention sur le nombre impressionnant de personnes qui en sont atteintes chaque année au Québec. Cela est d'autant plus sérieux que ces troubles sont associés à un taux élevé d'invalidité, de maladies physiques et de mortalité pour, par exemple, l'anorexie et le trouble de personnalité limite.

Et les données épidémiologiques concernant **le suicide**¹⁷ au Québec signalent un taux de mortalité parmi les plus élevés des pays industrialisés du monde :

- Québec : **3^e pour les hommes**, Canada 6^e, Finlande 1^{er} ;
- Québec : **5^e pour les femmes**, Canada 9^e, Finlande 1^{er}.

On note une particularité encore plus alarmante, si l'on considère le nombre d'années potentielles de vie perdues :

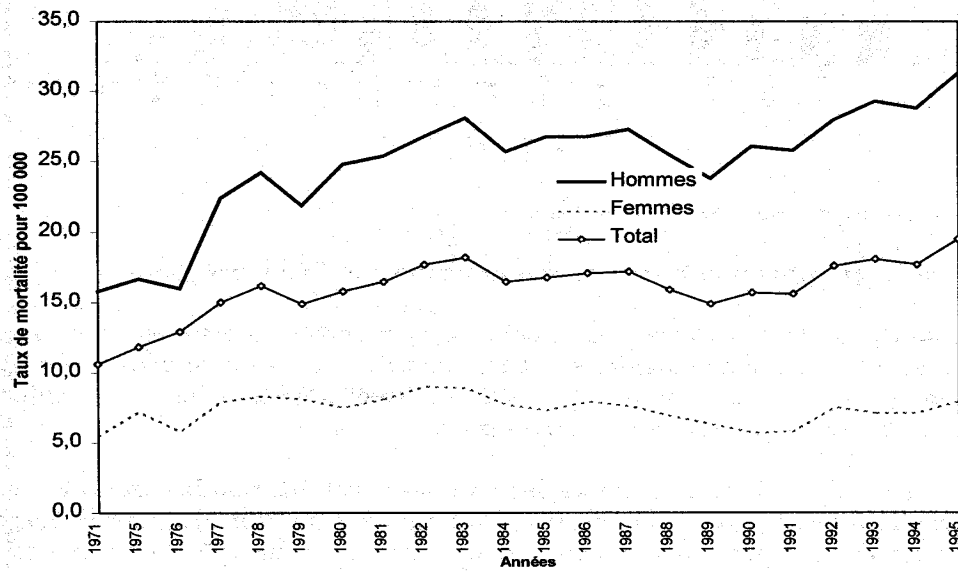
- Québec : **2^e pour les hommes**, Canada 7^e, Finlande 1^{er} ;
- Québec : **2^e pour les femmes**, Canada 10^e, Finlande 1^{er}.

L'importance du nombre d'années potentielles de vie perdues nous confirme qu'au Québec, le suicide touche une population plus jeune, contrairement à d'autres pays où la mortalité par suicide augmente avec l'âge. De plus, ce taux a continuellement progressé depuis les années 1970 jusqu'en 1996 pour diminuer légèrement en 1997 et 1998 (MSSS, Direction générale de la santé publique).

En 1999, selon les données préliminaires du Bureau du coroner, le taux de suicide au Québec serait reparti à la hausse, dépassant même celui de 1996. Les tableaux suivants, tirés du document «S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide », produit par le ministère de la Santé et des Services sociaux¹⁸, sont très éloquents à ce sujet. Ils mettent également en relief les facteurs de risque comme le sexe masculin et le groupe d'âge.

TABLEAU 8

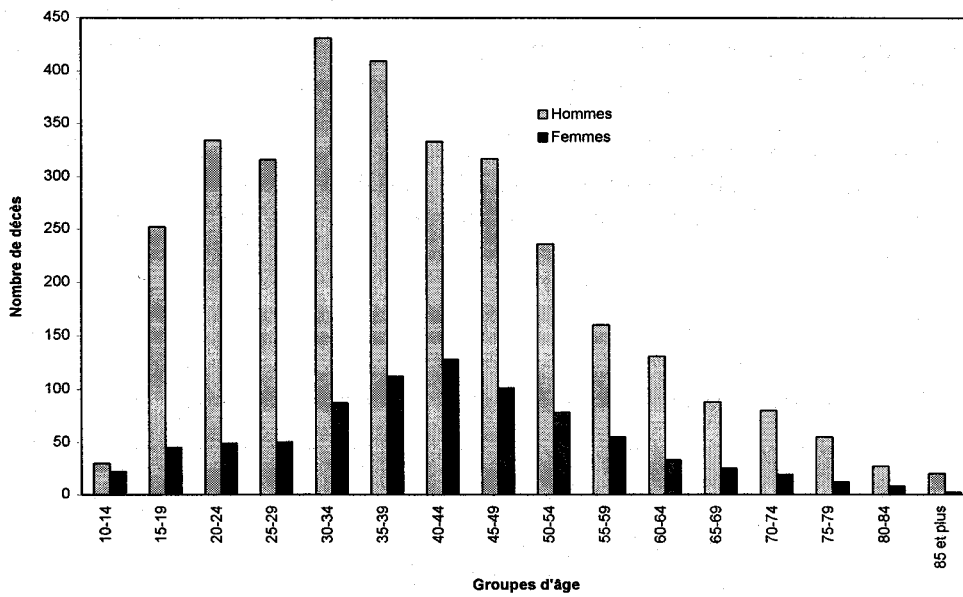
Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes, Québec, 1971-1995



Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

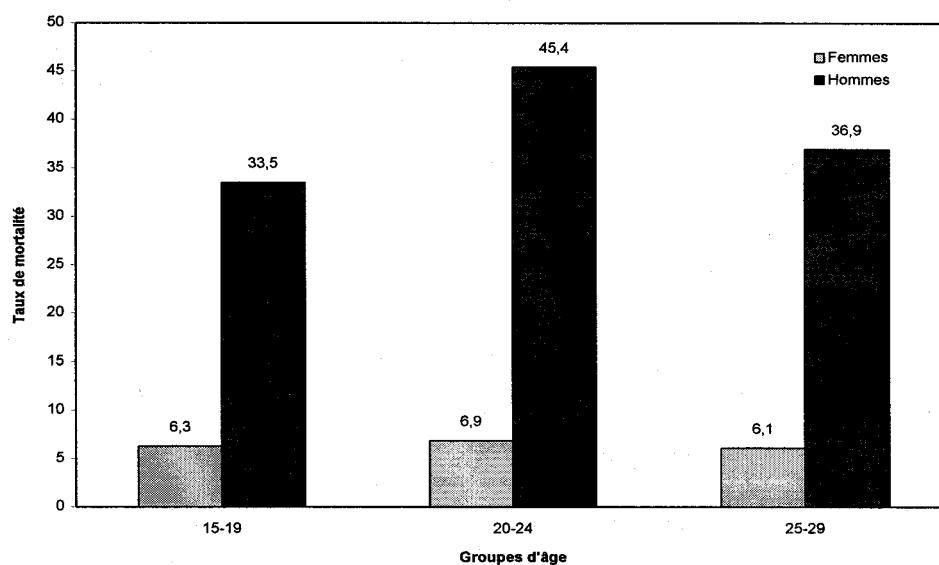
TABLEAU 9

Nombre de décès par suicide selon le sexe et le groupe d'âge, Québec, 1992-1995



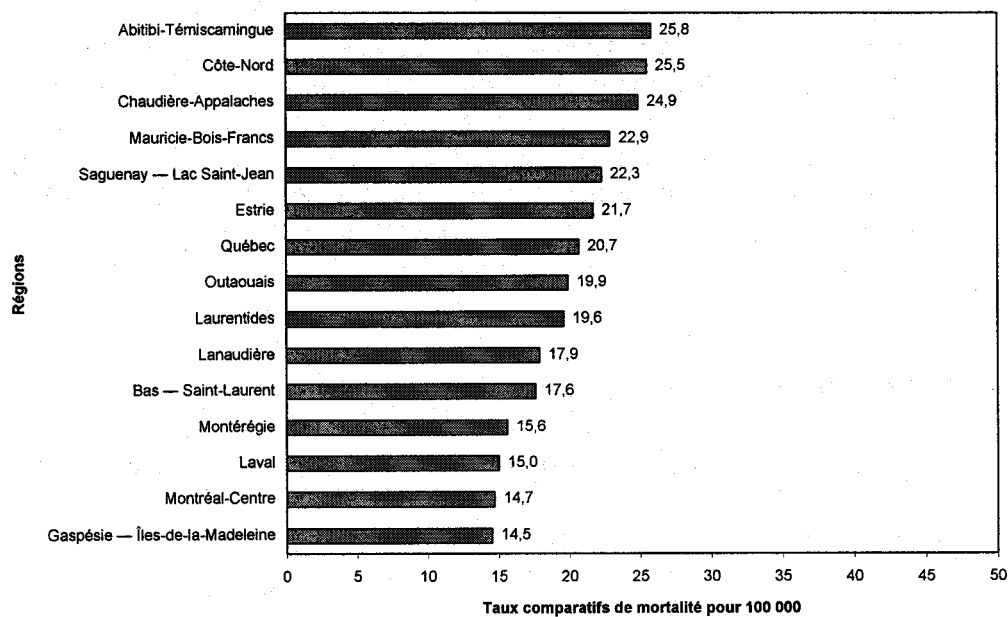
Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

TABLEAU 10
Taux de mortalité par suicide pour 100 000 personnes chez les jeunes, Québec, 1993-1995



Source : MSSS, Direction générale de la santé publique.

TABLEAU 11
Taux comparatifs de mortalité par suicide pour 100 000 personnes selon les régions administratives du Québec *, Sexes réunis, 1992-1995



La lecture de la littérature scientifique nationale et internationale laisse voir un consensus qui se dégage autour d'***une forte association entre la mortalité par suicide et les maladies mentales***, ainsi que certains indices liant une ***diminution du taux de suicide à l'amélioration du dépistage et du traitement de la dépression par les médecins de famille***¹⁹. C'est ainsi que certaines études en Suède (Isacsson) rapportent une diminution de 25 % du taux de suicide rattachée à une augmentation de l'utilisation des antidépresseurs.

Actuellement, il est reconnu qu'au moins 35 % des suicides sont associés à la dépression majeure, 20 à 25 % à la dépendance à l'alcool et aux drogues et qu'un autre 25 à 30 % sont liés au trouble de personnalité limite²⁰.

1.3 Des coûts parmi les plus élevés : invalidité, décès prématuré, comorbidité avec les maladies physiques

« Angoissant et dispendieux : les dépressions et l'anxiété ont coûté 14,4 milliards de dollars aux Canadiens en 1998²¹ ». Voilà les coûts globaux pour la dépression et la détresse estimés par les chercheurs Thomas Stephens et Natacha Joubert²², chiffre 71 % plus élevé que les données de la publication initiale : « Le fardeau économique de la maladie au Canada, 1993²³ ». Et encore, les auteurs nous signalent que « les données comportent des limites qui semblent indiquer qu'il s'agit de sous-estimations ». Cette étude, qui a le mérite de comptabiliser les coûts directs et indirects (voir tableau 12), souligne aussi combien il est difficile d'estimer l'ensemble des coûts indirects comme l'impact sur les autres membres de la famille, les proches, ainsi que le coût pour la société, les employeurs et les assureurs.

TABLEAU 12

Résumé des coûts associés aux problèmes de santé mentale,
Canada, 1998 (en millions de \$)

	Coût	Source ^a
Traitement		
– des troubles diagnostiqués		
– médicaments	642	LLCM
– médecins	854	LLCM
– hôpitaux	3 874	LLCM
– autres établissements	887	LLCM
– de la dépression et de la détresse		
– professionnels de la santé mentale – non affiliés au régime public	278	Cette étude
Total	6 257	
Baisse de productivité		
– invalidité de courte durée	6 024	Cette étude
– invalidité prolongée	1 708	LLCM
– décès prématuré	400	LLCM
Total	8 132	
Total	14 389	

^a Estimations du LLCM tirées de la référence 1, ajustées pour tenir compte d'une inflation de 6,68 % entre 1993 et 1996⁵.

LLCM réfère au « Laboratoire de lutte contre la maladie », Santé Canada, voir référence 23.

À cet égard, la firme d'experts-conseils en ressources humaines Watson Wyatt²⁴ affirme qu'en 2000 les coûts directs occasionnés par l'absentéisme au travail et les cas d'invalidité s'élèvent à 7,1 % de la masse salariale et à 17 % lorsqu'on inclut les coûts indirects, remplacement et perte de productivité. Et partout, les réclamations d'indemnisation pour cause de difficultés d'ordre psychologique sont à la hausse. Dans un échange informel, la directrice générale à l'information de l'Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP) nous mentionne que, des prestations versées par catégories diagnostiques²⁵ :

- 33 % le sont pour les maladies mentales ;
- 10 % pour la cardiologie ;
- 17 % pour l'orthopédie ;
- 40 % pour les autres diagnostics.

« The Business and Economic Roundtable on Mental Health » de Toronto²⁶ dévoile des données semblables, la dépression prélevant un lourd tribut. Les chercheurs de l'Université Harvard projettent qu'en 2020 la dépression deviendra la plus importante cause de journées de travail perdues par invalidité et décès prématuré dans les pays à haut revenu.

Les troubles mentaux, entre autres l'anxiété et la dépression, se retrouvent souvent en comorbidité avec les maladies physiques aiguës ou chroniques. S'ils ne sont pas diagnostiqués et traités, ils augmentent les coûts des soins de santé et viennent assombrir le pronostic de guérison et de survie pour les personnes atteintes. Voici quelques tableaux²⁷ mettant en perspective ces liens :

TABLEAU 13

Prévalence des troubles mentaux

	Commu- Nauté	Soin Primaire	Hôpital Général
Tout Trouble	<u>16%</u>	<u>21-26%</u>	<u>30-40%</u>
Dép. Majeure	2-6%	5-14%	8-18%
Panique	0.5%	1.1-7%	***
Somatisation	0.1-0.5%	2.8-5%	2-9%
Délirium	***	***	15-30%
Abus Subst.	2.8%	10-30%	20-50%

Source : Régier et al. 1993 ; Spitzer et al. 1994 ; Ormel et al. 1994 ; Cavanaugh et al. 1983 ; Cohen-Coke, et al. 1993 ; Moore et al. 1989.

TABLEAU 14

**Prévalence des troubles mentaux
chez les patients avec maladie
physique chronique**

<u>Condition</u>	<u>Prévalence (%)</u>
Bien	<u>17.5</u>
Toutes conditions	<u>24.7</u>
Trouble Neurologique	37.5
Maladie Cardiaque	34.6
Maladie Pulm. Chron.	30.9
Cancer	30.3
Arthrite	25.3
Diabète	22.7
Hypertension	22.4

Source : Wells et al. 1988 ; prévalence à 6 mois, n=2,554.

Des coûts d'une importance semblable sont avancés dans la littérature américaine. En 1996, on estimait²⁸ à :

- 99 milliards de dollars US, le coût de traitement des maladies mentales, des toxicomanies et des démences ;

alors qu'en 1990, les coûts indirects s'élevaient à 79 milliards de dollars US dont :

- 12 milliards de dollars, le coût de la mortalité prématurée ;
- 67 milliards de dollars, le coût de la perte de productivité.

D'autre part, si les troubles de l'humeur, anxiété et dépression, se révèlent les troubles mentaux les plus coûteux, l'efficacité des traitements à court terme est bonne. En effet, le National Institute of Mental Health des États-Unis²⁹ rapporte, en 1993, un taux de :

- 80 % de rémission à court terme pour les troubles bipolaires et de panique ;
- 65 % de rémission à court terme pour la dépression majeure ;
- 60% de rémission à court terme pour les troubles obsessionnels et compulsifs et la schizophrénie

Cependant, à long terme, plusieurs troubles mentaux présentent une évolution marquée par les rechutes ou la chronicité. Ce sont des maladies complexes qui montrent un faible taux de rémission spontanée et peu d'entre elles se révèlent des troubles transitoires.

1.4 Des définitions essentielles

Plusieurs définitions des concepts de santé mentale, problèmes de santé mentale et maladie mentale ou trouble mental se retrouvent dans la littérature scientifique. Le Conseil juge nécessaire d'exposer la démarche qui l'a conduit à adopter les définitions choisies puisqu'elles sont essentielles à la clarté de la discussion et souvent objets de controverse.

Considérant la santé mentale comme partie intégrante de la santé, le Conseil en retient la définition suivante, inspirée du rapport de l’Australian Institute of Health and Welfare intitulé « National Health Priority Areas : Mental Health 1998³⁰ », parce qu’elle explicite l’ensemble des facteurs qui contribuent à façonner la santé mentale.

La santé mentale correspond à la capacité d’un individu d’interagir avec ses pairs et avec l’environnement d’une façon qui lui procure un sentiment de bien-être subjectif, un développement et une utilisation optimale de ses habiletés cognitives, affectives et relationnelles. Définie ainsi, la santé mentale est bien plus que l’absence de maladie mentale. Il s’agit alors de la réalisation du potentiel d’un individu façonné par des facteurs tels le bagage génétique propre, le sexe, la vie familiale, les relations humaines, les réalisations académiques, les opportunités de travail et une variété de déterminants structurels et économiques.

Plusieurs autres définitions ont été analysées, celle de Rachel Jenkins dans « Nations for Mental Health: Supporting governments and policy-makers » publié en 1998 sous l’égide de l’Organisation mondiale de la santé, celle de Santé et Bien-être Canada (1988) dans « La santé mentale des Canadiens : Vers un juste équilibre » ainsi que celle du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec dans sa Politique de santé mentale (1989) et celle produite par le Comité de la santé mentale du Québec (1994).

Lorsqu'on veut mettre en application le concept de santé mentale sur un continuum santé/maladie, entre autres pour mesurer les prévalences des maladies lors d'enquêtes épidémiologiques et déterminer les besoins de services pour l'organisation des soins, on doit tenir compte de trois dimensions : la présence d'un diagnostic reconnu, la détresse psychologique et le fonctionnement social. Des équipes de recherche du Colorado (1992) ont mis en perspective ces aspects et leurs liens. Ainsi, le mois précédant leur enquête épidémiologique, 16,3 % de la population présentait les critères d'un diagnostic psychiatrique, 11 % ceux d'une détresse psychologique et 11,1 % manifestait un dysfonctionnement social. Le tableau suivant, tiré de leur publication³¹, démontre bien le chevauchement de ces dimensions pour un certain nombre de personnes et leur relative autonomie pour d'autres.

TABLEAU 15

Recoupement entre les différentes dimensions du concept de santé mentale

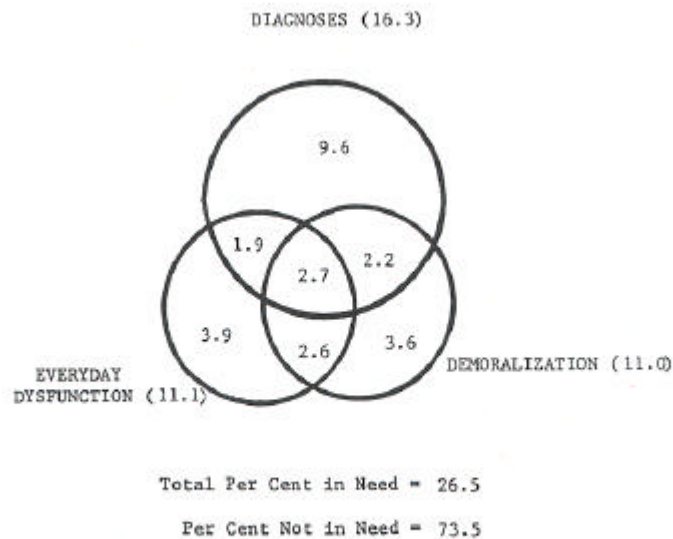


Figure 1. Prevalence rates (in percent) and areas of overlap for three measures of need for ADM services in the *Colorado Social Health Survey* ($N = 4,745$).

« Certaines personnes ont des diagnostics classifiables sans retentissement fonctionnel ou inversement, d'autres personnes présentent une détresse psychologique ou un dysfonctionnement d'origine psychologique, mais n'ont pas de diagnostic, du moins aucun de ceux mesurés dans cette enquête³² ».

Les aspects de détresse, dysfonctionnement social et diagnostic psychiatrique sont vus par ces auteurs comme trois facettes d'un concept multidimensionnel, et possiblement hiérarchique, des besoins en santé mentale et non pas trois types de besoins avec des étiologies et des évolutions différentes.

Pour sa part, l'utilisation du terme « diagnostic classifiable » conduit à définir celui de trouble mental. À ce sujet, le Conseil souscrit à la définition adoptée par l'Organisation mondiale de la santé (1992)³³ et qui sous-tend la classification internationale des maladies mentales. Un trouble mental se définit comme :

« un ensemble de symptômes ou de comportements caractérisés par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement, cliniquement reconnaissables, associés dans la plupart des cas à de la détresse et à une interférence avec le fonctionnement personnel ».

On parle alors de troubles dépressifs, de troubles anxieux, de schizophrénie, d'abus de substances, de troubles de personnalité et de troubles cognitifs entre autres. Deux classifications des troubles mentaux sont actuellement reconnues et utilisées par les milieux de la recherche et de la clinique. L'Organisation mondiale de la santé a colligé, dans sa classification internationale des maladies (CIM-10, chapitre V), la description des diverses maladies mentales et l'Association psychiatrique américaine a produit le « Diagnostic and Statistical

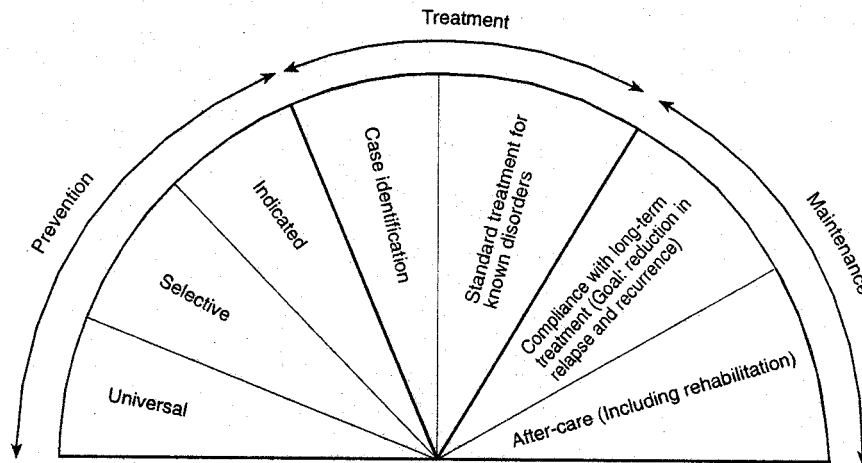
Manual of Mental Disorders » (DSM-IV). Ces classifications, qui font consensus au niveau international, permettent aux médecins et aux autres professionnels de parler des mêmes réalités, d'échanger et de faire de la recherche sur des entités bien définies, facilitant ainsi l'évolution des connaissances. Elles supportent l'établissement d'un diagnostic précis, guident le choix du traitement jugé le plus efficace, servent à en suivre le résultat, à établir un pronostic et à orienter les efforts pour prévenir l'incapacité associée et contribuer à la prévention.

Quant au terme « problème de santé mentale », tel que défini par l' « Australian Institute of Health and Welfare³⁴ », il réfère spécifiquement aux signes et symptômes communs d'ordre mental. Le terme inclut les perturbations vécues par des gens en santé face aux stress normaux de la vie. Il peut aussi faire référence aux signes et symptômes des troubles mentaux. La distinction entre un problème de santé mentale et un trouble mental n'est pas bien définie et est souvent faite sur la base de la sévérité et de la durée de la maladie. Il existe un certain chevauchement entre ces deux catégories. Un problème de santé mentale peut référer aux signes et symptômes d'un trouble mental, que les critères pour un diagnostic clinique soient atteints ou non. Il s'agit alors d'états sub-cliniques qui nécessitent dépistage et intervention précoce pour éviter leur détérioration. Le terme « problème de santé mentale » devient ambigu lorsqu'on l'utilise pour décrire un état comprenant des signes et symptômes se classifiant comme maladie mentale. Il en va ainsi de l'appellation de « trouble transitoire » qui peut cacher un trouble mental dont on ne reconnaît que les exacerbations lors de période de crise.

Le Conseil est d'avis que cette confusion contribue à perpétuer les tabous face à la maladie mentale, en minimisant l'importance des troubles mentaux avec des conséquences prévisibles sur l'accès aux soins et aux services ainsi que sur leur organisation. Il considère important qu'un effort généralisé soit fait pour parler de chacun de ces troubles selon leur appellation propre comme on le fait pour les autres maladies. En général, on ne dit pas souffrir d'un trouble de santé physique mais de diabète, d'hypertension. En nommant, par exemple, une dépression une dépression, il sera plus facile de la prévenir, la dépister et lui appliquer un traitement reconnu efficace et éviter sa chronicité ainsi que de mettre en place une organisation de soins répondant autant aux besoins de prévention que de dépistage, de traitement et de réadaptation.

Comme la reconnaissance des besoins appelle une organisation de services, le Conseil s'est intéressé à la façon dont le gouvernement australien, en particulier, aborde les divers enjeux reliés au fardeau des troubles mentaux. Il met en place, au début des années 90, une initiative nommée « National Health Priority Areas », dont l'objectif est d'améliorer la santé des citoyens en ciblant les maladies qui imposent un coût social et économique élevé et les interventions qui offrent des possibilités significatives de gains en santé. Cette démarche a pour but d'identifier les stratégies les plus appropriées pour la prévention et le traitement dans les secteurs choisis. Cinq domaines prioritaires sont sélectionnés, dont la santé mentale. À ce sujet, un plan d'action quinquennal est élaboré et coordonne les actions à mettre en place, découlant des énoncés de leur politique de santé mentale. Établi sur une solide base de données, ce plan propose des stratégies qui rejoignent tous les acteurs impliqués et permettent de rallier les ressources autour d'objectifs communs, chacune dans son champ d'expertise. C'est ainsi que le second plan³⁵ cible la dépression et le tableau suivant, tiré de cette publication, illustre bien l'ensemble des efforts à faire pour s'attaquer efficacement à ce problème.

TABLEAU 16
The mental health intervention spectrum for mental disorders



Source: Mrazek & Haggerty (1994).

Source : AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. *National Health Priority Areas Report. Mental Health: A Report Focusing on Depression*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1998, p. 61.

Au Québec, l'actualisation du plan stratégique de 2001-2004 du ministère de la Santé et des Services sociaux³⁶ prévoit l'exercice de renouvellement, pour les dix prochaines années, des objectifs et stratégies de la Politique de la santé et du bien-être (1992). Or, à ce jour, aucune stratégie globale face à la prévention, au traitement et à la réadaptation pour l'ensemble des troubles mentaux n'a été développée. Suite aux orientations de la Politique de santé mentale de 1989, on a procédé à la nécessaire transformation des services en santé mentale pour les personnes aux prises avec des troubles sévères et persistants, soit 2,3 % du 20 % de personnes ayant besoin de services.

Il devient donc important, aujourd'hui, d'actualiser la Politique de santé mentale à la lumière des connaissances scientifiques acquises au cours des dix dernières années.

Ainsi cette politique pourra soutenir une stratégie globale en santé mentale qui permettra une transformation des services, basée sur les meilleures connaissances scientifiques actuelles, ainsi que la promotion de la santé mentale.

Le Conseil considère que le moment est approprié pour recommander:

- ***d'actualiser la Politique de la santé mentale (1989) à la lumière des connaissances scientifiques acquises au cours de la dernière décennie, « définissant une vision pour le futur qui aide à établir des repères pour la prévention des troubles mentaux, leur traitement et la réadaptation, ainsi que pour la promotion de la santé mentale³⁷ »;***
- ***d'élaborer un plan d'action quinquennal et d'identifier, entre autres, des objectifs mesurables de qualité et d'efficacité pour les activités cliniques de prévention, de traitement et de réadaptation, et pour l'organisation des services mis en place ;***
- ***de cibler la dépression et le suicide, compte tenu de la lourdeur de leur charge ;***
- ***de mettre à contribution, pour cette réalisation, un groupe d'experts issus de la recherche épidémiologique en santé mentale, de la clinique de première, deuxième et troisième ligne, de représentants des utilisateurs de services et de la population.***

CHAPITRE 2

DES TABOUS, DES PRÉJUGÉS ET DES STIGMATES : DES CROYANCES À MODIFIER

Malgré la prévalence élevée des troubles mentaux, les tabous et les préjugés négatifs à leur sujet persistent. À la charge déjà lourde de ces maladies viennent s'ajouter la discrimination et la stigmatisation.

L'OMS¹ définit la stigmatisation comme toute marque de honte, de disgrâce, de désapprobation qui contribue au rejet et à l'isolement d'un individu. La stigmatisation associée à la maladie mentale est toujours présente et elle augmente, d'autant plus que le comportement de l'individu dévie de la norme. La stigmatisation implique des attitudes, des sentiments et des comportements. Elle se traduit par un manque de respect² et engendre des barrières qui découragent la recherche de l'aide nécessaire et appropriée. À cet égard, il y a beaucoup à faire.

Bien que la maladie en soi ne soit pas généralement stigmatisante, certains l'interprètent comme une déviance, une imperfection, un problème qui nécessite un traitement et, plus souvent qu'autrement, oblige la personne à s'en remettre aux opinions et conseils d'un expert³. Mais bien avant l'intervention des professionnels de la santé, les proches comme la famille, les collègues de travail et la personne elle-même ont évalué les signes précoces de la maladie et ont pris une décision au sujet de ce qui doit être fait ou non. Or, l'histoire de la psychiatrie sociale nous enseigne⁴ que les conceptions culturelles de la maladie mentale ont des conséquences importantes sur la présence de clichés et de

stéréotypes, sur les démarches de recherche d'aide et même sur la nature des structures de traitement mises en place. Les préjugés négatifs engendrent des conséquences personnelles et sociales néfastes et de la détresse pour les personnes aux prises avec ces maladies. Elles doivent faire face à des obstacles supplémentaires qui rendent leur guérison plus difficile, allant de la crainte de demander l'aide nécessaire, de peur d'être stigmatisées, aux difficultés d'accéder aux services et à la possibilité de recevoir le type de traitement le plus approprié à leur condition. Ces personnes perçoivent également moins d'appui et d'acceptation dans leur entourage et le rejet qu'elles subissent affecte leurs familles, leurs proches et même l'organisation des services requis.

Mais d'où viennent ces préjugés ? Pourquoi les personnes aux prises avec un trouble mental doivent-elles affronter des difficultés supplémentaires inexistantes pour d'autres maladies ?

Nous verrons que ces préjugés nous habitent tous, population, professionnels de la santé, médecins compris. À notre époque, où l'on s'emploie à vaincre les préjugés et tabous concernant, par exemple, les maladies transmises sexuellement et l'homosexualité, le Conseil croit que l'on peut en faire autant pour les maladies mentales.

2.1 Croyances populaires : maladies ou états d'esprit

La publication récente, par le Collège royal des psychiatres⁵ d'Angleterre, d'une enquête sur les perceptions de la population face aux maladies mentales, s'avère riche d'enseignement. Cette étude visait à supporter la campagne « Changing Minds : Every Family in the Land⁶ », d'une durée de cinq ans, ayant entre autres objectifs celui de réduire la stigmatisation et la discrimination des

personnes atteintes de maladies mentales. Les psychiatres souhaitent évaluer l'évolution des perceptions populaires depuis les travaux de Hayward et Bright (1997)⁷ qui concluaient, à partir d'une revue de la littérature antérieure, que les personnes aux prises avec une maladie mentale étaient perçues dangereuses et imprévisibles, de contact difficile, responsables de leurs problèmes, ayant peu de chance de s'en sortir et répondant pauvrement au traitement. Leurs conclusions démontrent qu'en l'an 2000, les troubles mentaux fréquents, tels la dépression sévère, les attaques de panique, la schizophrénie, la démence, les troubles alimentaires, l'alcoolisme et les toxicomanies sont encore stigmatisés par le public. Les perceptions les plus négatives concernent la schizophrénie, l'alcoolisme et la toxicomanie avec plus de 70 % des répondants qui considèrent ces personnes comme dangereuses pour les autres et imprévisibles. Ces opinions correspondent aussi aux vues souvent exposées par les médias.

En outre, on estime que les alcooliques, les toxicomanes et les personnes aux prises avec des troubles alimentaires sont responsables de leurs problèmes. Alors même qu'on retrouve un taux de mortalité de 15 % chez les personnes présentant un trouble alimentaire, cette maladie est minimisée. Quant aux personnes souffrant de dépression, 62 % des répondants jugent qu'il est ardu d'entrer en rapport avec elles, et à un degré moindre, qu'elles sont dangereuses pour les autres et n'en guériront pas. Enfin, plus récemment, la « National Mental Health Association⁸ » publiait qu'encore près d'un Américain sur trois croit que la dépression résulte d'un état d'esprit et n'est pas une maladie. « On n'entendrait jamais 31 % de la population nier que le diabète et la maladie cardiaque soient des maladies réelles. Les croyances erronées au sujet de la dépression alimentent la stigmatisation, de mauvaises politiques publiques et de pauvres choix personnels de la part de ceux qui vivent avec la maladie et peuvent empêcher leur guérison », dit son président.

Au Québec, nous avons retrouvé trois études^{9,10,11}, plus anciennes mais fort intéressantes, qui abordent la représentation sociale du normal et du pathologique par rapport aux troubles mentaux. Elles permettent de voir que le terme de maladie mentale est réservé aux pathologies sévères, alors que l'on utilise des expressions différentes comme « nerveux, instabilité, phobie, surmenage, pense trop » pour exprimer des états jugés intermédiaires entre le normal et le pathologique, impliquant qu'on peut s'en rétablir. Et la deuxième enquête annuelle « America's Mental Health Survey¹² » signale les croyances suivantes comme les plus fréquentes barrières au diagnostic et au traitement :

- **les symptômes ne sont pas associés à un trouble mental** : 93 % des personnes non diagnostiquées n'associent pas leurs symptômes à un trouble mental même si près de la moitié admettent que leurs symptômes leur causent de la détresse et restreignent leur fonctionnement social ;
- **les symptômes peuvent s'auto-traiter** : près de la moitié des personnes non diagnostiquées ne consulteront pas un professionnel de la santé parce qu'elles pensent être capables de s'en sortir seules. Elles préfèrent utiliser les techniques d'auto-traitement tels la prière, le repos, l'exercice, le sommeil, le support émotionnel de leurs familles et amis ;
- **le diagnostic en soi est stigmatisant** : près de la moitié des personnes ayant reçu un diagnostic sont embarrassées, alors que seulement 17 % de celles qui ne sont pas diagnostiquées éprouvent ce sentiment. Deux fois plus de ces personnes craignent de parler de leur maladie à leurs amis, et seulement 40 % d'entre elles croient que leurs symptômes signifient qu'elles ont un trouble mental.

2.2 Croyances populaires : les traitements

En 1997, des chercheurs australiens ont interrogé 2 031 ménages pour évaluer la capacité de la population à reconnaître divers troubles mentaux de façon précise ainsi que les croyances relativement à l'efficacité des traitements¹³. Ils en concluent que les connaissances générales de la population au sujet des maladies mentales sont assez grandes, mais que la compréhension de leurs caractéristiques spécifiques est plus limitée. Quant aux croyances concernant les traitements, les résultats de l'enquête sont surprenants : les traitements non spécifiques tels l'augmentation de l'activité physique ou sociale, la relaxation, le management du stress, la lecture de récits de personnes qui ont vécu le même problème sont très valorisés, alors que les traitements psychiatriques comme une médication ou une hospitalisation sont considérés nuisibles. Dans la même veine, les vitamines et les diètes spéciales l'emportent sur les antidépresseurs et les antipsychotiques.

L'enquête « National Mental Health Association Survey », déjà citée, rapporte aussi des divergences d'opinions significatives entre les perceptions du public et celles des personnes en traitement. Alors qu'aux yeux du public l'exercice régulier, une bonne alimentation et la psychothérapie sont supérieures à la médication pour prévenir les futurs épisodes de dépression, les personnes en traitement à long terme et les médecins considèrent la médication comme le moyen le plus efficace de prévenir les rechutes, même lorsqu'on y ajoute la psychothérapie et des choix de modes de vie saine.

D'autres études¹⁴ se sont aussi attardées à comprendre l'impact du contexte socio-culturel, particulièrement l'influence de l'opinion publique sur le choix du bon traitement, sur l'acceptation de divers traitements psychiatriques et, par le fait même, sur la fidélité au traitement par un individu. Ces études, faites en

Allemagne, établissent que la psychothérapie est tenue en haute estime par la population, tandis que la psychopharmacologie est rejetée par la grande majorité des répondants, et ce, pour tous les types de maladies mentales évaluées dans leur enquête. La psychothérapie est vue comme un traitement complexe qui permet de trouver l'origine d'un problème et de le guérir à sa source; la psychopharmacologie est perçue comme typiquement sédative, ne faisant qu'atténuer les symptômes sans traiter les problèmes sous-jacents, provoquant l'accoutumance et des effets secondaires sérieux et indésirables. Ces mêmes études démontrent, nous y reviendrons plus loin, des écarts considérables entre les conceptions populaires et celles des psychiatres par rapport au type de traitement jugé adéquat pour divers troubles mentaux.

Sur quels facteurs est fondée la perception négative des médicaments utilisés en psychiatrie ou *psychotropes* (c'est-à-dire autres que les médicaments utilisés pour traiter une maladie physique et ayant un effet sur le cerveau ou des substances non prescrites comme l'alcool) ? Cette compréhension nous semble importante puisque les développements de la psychopharmacologie moderne ont facilité des avancées majeures pour le traitement des troubles mentaux et la réduction de l'invalidité associée. Les découvertes récentes sur le fonctionnement du cerveau nous incitent à être optimiste : le prix Nobel de la médecine en 2000 a été décerné à trois pionniers de la recherche sur le cerveau et la technologie actuelle permet d'étudier le métabolisme du cerveau réagissant tant à une stimulation de l'environnement qu'à une substance chimique. Les psychotropes sont souvent mal acceptés par les patients, leurs familles, la population et même par certains professionnels de la santé. Pour mieux comprendre ce phénomène, d'autres chercheurs¹⁵ ont analysé les perceptions de 2 176 personnes face à la médication psychotrope en comparaison avec une médication cardiotrope, pour en conclure que pour toutes les maladies mentales, sauf la schizophrénie, les répondants désapprouvent le traitement

psychopharmacologique. Leurs conclusions témoignent que la sévérité des diverses maladies mentales est sous-estimée, qu'elles sont assimilées à des problèmes de santé mentale plutôt qu'à des maladies sérieuses et ne nécessitent pas de traitement (voir tableau 17). Le rapport coût / efficacité des psychotropes pour un individu est également interprété négativement : on y associe des effets secondaires sévères et de grandes craintes de perte de contrôle sur soi.

TABLEAU 17

Views on the Appropriate Treatment of Various Diseases

	Drugs %	Psychoanalysis Psychotherapy %	"Best possible treatment"			
			Treatment pointless %	Nature cure %	No Treatment required %	No statement %
Sudden heart attack	92	1	3	2	X	3
Diabetes	88	1	2	4	1	4
Hypertension/high blood pressure	73	1	x	21	x	4
Arthrosis/joint disease/ "Rheumatism"	67	2	2	25	x	4
Insomnia/sleep disturbances	20	15	2	49	12	3
Drug addiction	26	47	17	3	1	5
Alcoholism	14	61	14	4	3	5
Addiction to prescribed drugs	9	65	9	9	3	5
Paranoia	8	76	6	2	4	4
Depression	4	64	5	8	15	4
Mania	4	61	10	5	16	4
Social phobia	4	68	7	6	10	5
Alzheimer's disease	36	6	48	5	1	5
AIDS	30	2	63	1	x	4

x = less than .5%

Source : BENKERT, O., *et al.* « Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of factors influencing acceptance or rejection », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 185, n° 3, 1997, p. 154.

Et les médias¹⁶, dans la présentation de ces sujets, jouent un rôle crucial puisqu'ils se révèlent la source principale d'information pour une grande partie de la population. Les gens ont tendance à confiner à la famille et au cercle d'amis très proches, les discussions autour de la maladie mentale et de son traitement. L'ascendant des médias sur l'acceptation ou le rejet de la médication psychotrope l'emporte même, pour l'individu, sur l'influence de ses propres valeurs.

Dans le but de mieux saisir les facteurs agissant sur la trajectoire de recherche d'aide par un individu qui ressent de la détresse psychologique, d'autres auteurs¹⁷ ont analysé le rôle des systèmes de croyances et des attitudes à cet égard. En premier lieu, c'est la nature de la définition du problème par l'individu qui oriente sa démarche, mais rapidement entre en jeu la perception de la cause du problème. Si cette dernière est vue échappant à son contrôle, *v.g.* facteurs biologiques ou surnaturels, la personne a tendance à se diriger vers une aide professionnelle. Si les causes sont perçues comme sociales (pauvreté, chômage, détresse familiale, isolement, alcoolisme et toxicomanie), la démarche d'aide s'oriente plutôt vers un confident ou un groupe d'entraide. Par ailleurs, pour un problème relié à un stress psychosocial, le confident et le médecin de famille sont les interlocuteurs privilégiés. Puis survient la perception du pronostic : plus elle est pessimiste, plus on hésite à choisir un confident. Enfin la perception que l'on a de la source d'aide intervient dans l'orientation de la démarche. Les auteurs constatent qu'en général, pour une dépression, on consulte d'abord un confident, ce que confirment les études épidémiologiques, révélant qu'entre 25 % et 33 % seulement des individus déprimés vont chercher une aide professionnelle. Cela nous permet aussi de comprendre l'ampleur de la détresse supportée par le système de confident, principalement les proches et les familles, et d'orienter les efforts d'éducation et de prévention.

Comme on l'a souligné précédemment, les croyances du public face à la causalité et au traitement des maladies mentales diffèrent beaucoup de celles des professionnels de la santé mentale et particulièrement de celles des psychiatres¹⁸. Ces croyances et les attitudes qu'elles engendrent viennent limiter l'utilisation optimale des services et doivent être prises en compte dans l'organisation des services¹⁹. Même dans le réseau de la santé, ces divergences se retrouvent. C'est ainsi que le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, au chapitre sur l'organisation des services, formule des recommandations différentes pour les personnes avec des problèmes majeurs de santé mentale et pour les personnes avec des maladies complexes, souvent de nature chronique comme le cancer, l'insuffisance cardiaque, l'asthme et le diabète. Pourtant, les troubles mentaux sont aussi des maladies complexes, souvent de nature chronique. Même à l'intérieur du réseau de la santé mentale, les croyances face aux indications, aux choix et à l'efficacité des traitements sont loin d'être homogènes²⁰ entre les divers groupes de professionnels. ***La reconnaissance de cette réalité s'avère d'une importance capitale pour la mise en place de réseaux intégrés de soins de qualité.***

Le Conseil est convaincu qu'il est d'autant plus important d'agir à l'encontre de ces préjugés, qu'un nombre croissant de personnes sont exposées à leurs conséquences. L'expérience de cette stigmatisation les blesse, leur cause découragement, colère, et atteint sérieusement leur estime de soi. Elle les amène à cacher leur histoire psychiatrique, à dissimuler des informations lors de leur demande d'emploi ajoutant, à la douleur et au stress de la maladie, la peur chronique d'être découvertes. Ces personnes craignent, avec raison, d'être discriminées au travail et du point de vue des programmes d'assurances. Elles sont souvent objets de remarques désobligeantes et en souffrent. Cette stigmatisation, lorsqu'elle résulte des comportements de rejet et des commentaires dévalorisants de la part de professionnels de la santé, se révèle

d'autant plus inacceptable qu'ils sont ceux vers lesquels, compte tenu de leur formation, ces personnes se sont tournées pour obtenir compréhension et support.

Enfin, il ne faut pas oublier que les effets de la stigmatisation atteignent aussi les familles et les proches des personnes aux prises avec une maladie mentale. Sentiments de rejet, de mise à l'écart, besoin de cacher la maladie du proche hantent aussi les familles et contribuent à diminuer le soutien social dont elles ont un si grand besoin. Cela s'avère encore plus vrai lorsque la personne atteinte est le conjoint, puisqu'elle est habituellement une personne clé du soutien social du couple et de la famille.

2.3 Les remèdes

Les préjugés au sujet des diverses maladies mentales sont omniprésents et, comme le souligne si bien Byrne²¹, il n'existe pas de mot pour décrire le préjudice envers la maladie mentale alors que l'on retrouve des termes comme racisme, sexisme, agisme, homophobie pour décrire d'autres préjugés. Devrait-on parler de psychophobie ?

Malgré une nette amélioration des connaissances de la population au sujet des diverses maladies mentales et leurs traitements entre 1950 et 1996, certaines études²² rapportent une augmentation des préjugés concernant la perception de violence associée à chacune des maladies mentales et à la distance sociale souhaitée par rapport aux personnes atteintes, entre autres, à cause de cette perception. Souvent, les médias contribuent à perpétuer ces opinions par leur façon d'exposer ces sujets. Aussi, la place déterminante qu'ils occupent est à

prendre sérieusement en considération et les moyens à mettre en place pour contrecarrer ces préjugés devront en tenir compte.

Parmi les initiatives mises de l'avant par divers organismes, on retrouve la Campagne Anti-stigma de l'Association psychiatrique mondiale²³ dont l'un des premiers sites d'expérimentation a été la ville de Calgary en Alberta. Supporté par un réseau international d'experts et de centres unis dans leur détermination à donner aux personnes atteintes de schizophrénie une vie d'une qualité acceptable, ce programme s'est donné une triple mission :

- augmenter la reconnaissance et la connaissance de la nature de la schizophrénie et des options de traitement ;
- améliorer les attitudes de la population à l'égard des personnes atteintes et de leurs familles ;
- générer des actions visant à éliminer la stigmatisation et la discrimination.

Cette campagne basée sur l'existence de programmes locaux, coordonnés par un comité formé de gens du milieu, cible les groupes auprès desquels on souhaite intervenir : le personnel des salles d'urgence, les étudiants en médecine, les politiciens, les adolescents, le clergé, les leaders du monde des affaires, les journalistes, le grand public. Le comité met en place un projet en plusieurs étapes, allant de l'analyse des besoins des divers groupes jusqu'à l'analyse des résultats et au suivi pour maintenir les acquis.

En Angleterre, le Collège royal des psychiatres a élaboré une campagne d'information, d'une durée de cinq ans, appelée « Changing Minds : Every Family in the Land ». Cette campagne vise à :

- augmenter les connaissances et la compréhension du public et des professionnels face aux divers troubles mentaux ;
- diminuer la stigmatisation et la discrimination à l'encontre des personnes qui en sont atteintes ;
- diminuer le fossé entre les croyances des professionnels de la santé et celles du public au sujet des traitements et des interventions efficaces.

D'autres programmes choisissent d'intervenir auprès des journalistes en les critiquant publiquement lorsqu'ils représentent mal la maladie mentale, ou mieux, en supportant une formation journalistique de qualité et un prix d'excellence en journalisme (The Rosalynn Carter Fellowships for Mental Health Journalism). D'autres encore prennent le parti d'agir en présentant des projets de loi, comme le « Mental Health Early Intervention, Treatment and Violence Prevention Act of 2000 » aux États-Unis, qui prévoit, entre autres, une campagne anti-stigmatisation visant l'éducation de la population concernant les causes de la maladie mentale, les traitements efficaces et les ressources disponibles pour les malades et leurs familles.

Enfin, au Canada²⁴ et au Québec, plusieurs groupes d'intérêt nationaux ou locaux, tels l'Alliance canadienne pour la maladie mentale et la santé mentale (ACMMSM) et l'Association des dépressifs et des maniaco-dépressifs (ADMD) sont très actifs et bien organisés dans leurs actions publiques, politiques et de soutien individuel auprès des personnes aux prises avec un trouble mental et leurs familles.

Pour maximiser la portée de toutes les actions déjà entreprises et compte tenu de l'ampleur de problèmes de santé publique que représentent les troubles mentaux, **le Conseil recommande :**

- ***de mettre en place une campagne d'information ayant comme objectif d'améliorer les connaissances de la population au sujet des troubles mentaux les plus fréquents, leur prévention et les traitements efficaces ;***
- ***d'étaler cette campagne sur plusieurs années et s'assurer de l'existence de programmes locaux la supportant ;***
- ***de véhiculer des messages ciblés pour le public et pour divers groupes de professionnels, particulièrement ceux issus des milieux journalistique, scolaire, de la justice et du travail ;***
- ***d'élaborer les messages après une analyse des perceptions de la population québécoise ;***
- ***de miser sur l'implication importante de la communauté et des médias, incluant l'Internet.***

CHAPITRE 3

LA DIFFUSION DES CONNAISSANCES : UNE DONNÉE INCONTOURNABLE

Souhaitant analyser les bases sur lesquelles reposerait la diffusion de l'information dans le cadre des recommandations du chapitre précédent, le Conseil s'est penché sur les conditions nécessaires à la circulation des connaissances scientifiques issues des meilleures données probantes. Il a étudié les divers enjeux de la diffusion de ces connaissances destinées à la population en général, aux professionnels de la santé ainsi qu'aux gestionnaires et aux décideurs.

3.1 Faciliter la diffusion des connaissances issues des meilleures données probantes pour mieux informer la population

Les buts premiers du transfert des connaissances de la recherche à la population sont de permettre l'acquisition de connaissances basées sur les meilleures données probantes en santé mentale et de diminuer les fausses croyances et les attitudes qu'elles engendrent. La diffusion de ces connaissances contribue aussi à l'amélioration de la capacité des personnes à prendre en charge leur propre santé mentale et, indirectement, à la réduction de la stigmatisation.

Il est souhaitable que l'on puisse mettre en place des moyens simples facilitant l'assimilation de connaissances permettant aux personnes de :

- reconnaître les troubles mentaux les plus fréquents ;
 - distinguer entre les croyances et les connaissances scientifiques actuelles quant à leurs causes, les divers traitements disponibles, leurs avantages et leurs limites ;
 - distinguer entre les croyances et les connaissances scientifiques actuelles quant à la nature des efforts personnels (self-help) et des attitudes contribuant à l'amélioration de la santé mentale.

L'acquisition de connaissances en santé mentale peut permettre de mieux faire face à un problème potentiel chez soi, dans sa famille ou son environnement et de se sentir plus à l'aise d'en discuter. Puisque seulement une minorité de personnes, répondant aux critères diagnostiques d'un trouble mental, ont recours à une aide professionnelle, il est nécessaire que soient disponibles les connaissances concernant les efforts personnels (self-help) qui seront appropriés et bénéfiques. Pour ceux qui choisissent de consulter et d'être traités, ces connaissances faciliteront le dépistage et le diagnostic et agiront en synergie avec les traitements proposés par les professionnels de la santé. Elles contribueront également à établir un partenariat avec le médecin, supporteront le consentement éclairé aux soins proposés et permettront l'atteinte de meilleurs résultats pour le diagnostic, les soins et une meilleure adhésion au plan de traitement choisi.

L'éducation en santé mentale peut se faire par divers moyens. Le Conseil a retenu les exemples suivants qui sont originaux et faciles d'application. Un groupe de chercheurs de l'Australian National University¹ a mis au point un cours de premiers soins en santé mentale intégré au cours de premiers soins en santé

physique. Cette formation, d'environ six heures, vise à donner aux participants les connaissances et les habiletés pour intervenir en situation d'urgence et aider une personne en crise ou aux prises avec un trouble mental comme la dépression, l'anxiété, un début de psychose ou une toxicomanie. En plus d'être originale, facile à appliquer, cette approche permet d'intégrer santé mentale et santé physique et contribue, par sa pénétration dans divers milieux, à réduire la stigmatisation associée à la maladie mentale. Au Québec, le rapport du Comité national sur la révision des services préhospitaliers d'urgence intitulé « Urgences préhospitalières, un système à mettre en place », recommande, parmi ses huit orientations majeures, *l'encadrement de toutes les interventions par un programme de formation et d'amélioration continue de la qualité sur les aspects clinique et administratif.*

Le Conseil médical recommande :

- ***de s'assurer qu'une formation en premiers soins en santé mentale soit intégrée à toute formation de base en premiers soins.***

Pour sa part, la Fondation de l'American Medical Association coordonne une campagne nationale appelée : « Partnership in Health : Improving the Patient – Physician Relationship Through Health Literacy », dont le but est d'aider la population à posséder les connaissances nécessaires afin de mieux utiliser l'information pour accéder aux services de santé pertinents, obtenir un diagnostic et un traitement adéquats et bien comprendre les recommandations médicales proposées². Bien qu'à visée générale, cette orientation tient compte des difficultés réelles et souvent ignorées qu'éprouvent les personnes, au-delà de l'analphabétisme, à bien se faire comprendre lors d'une consultation, à discuter avec le médecin et saisir les modalités du traitement proposé. Cette approche

contribue également à l'amélioration de la qualité des soins, de la satisfaction des patients et à réduire la stigmatisation.

À l'instar des programmes populaires aux États-Unis, l'Université McGill lance une série de cours calqués sur la formation donnée aux étudiants en médecine et destinés à la population en général. Cette approche rejoint l'intérêt que les gens portent à leur santé et leur permet d'avoir accès à une éducation médicale de base et à une connaissance des travaux de la recherche. Le potentiel de cette démarche est d'autant plus grand, qu'elle est facile à intégrer dans le cadre de la téléuniversité. Souhaitons que l'acquisition de connaissances en santé mentale sera au programme.

Le gouvernement de la Colombie Britannique³ a choisi une approche multimodale pour son projet pilote d'éducation de la population faisant la promotion de la prise en charge personnelle de problèmes communs de santé physique, excluant cependant la santé mentale. « Partnerships for Better Health, a Self-Care Pilot Project » mise sur une ligne téléphonique « BC HealthGuide NurseLine », un guide « BC HealthGuide Handbook » et un site Internet « BC HealthGuide Online ». En plus de promouvoir la résolution de problèmes, ce programme tente d'apporter des suggestions concernant le moment où il devient nécessaire de recourir aux services d'urgence ou aux professionnels de la santé. L'évaluation finale du projet pilote⁴, en mai 2000, signale une réduction de l'utilisation des services d'urgence et un usage plus approprié des services médicaux. Et le rapport de conclure que :

- le guide fournit des informations faciles à lire et des recommandations claires que les participants utilisent pour traiter des problèmes de santé mineurs et mettre en place des activités de prévention ;

- le nombre de personnes intéressées à participer au « self-care » augmente de mois en mois au cours du projet ;
- les participants rapportent que cela leur permet de mieux discuter avec leur médecin et de préparer une liste de questions pour leur prochaine visite ;
- le guide est bien reçu, les personnes le partagent avec leurs voisins, leurs amis, les professeurs l'utilisent en classe et il fait partie de la trousse d'urgence des familles.

Il serait facile d'y intégrer des notions en santé mentale, aidant ainsi à diminuer la stigmatisation et à reconnaître la santé mentale comme une dimension fondamentale de la santé d'un individu.

On ne saurait parler de diffusion d'information sans parler d'Internet. Cette ressource comporte de multiples avantages malgré son lot d'inconvénients et de dangers potentiels⁵. Il s'agit d'un moyen particulièrement utile pour soutenir l'acquisition de connaissances (*mental health literacy*)⁶, compte tenu de sa facilité d'accès en tout temps et de sa capacité de diffuser rapidement de l'information. Elle permet de rejoindre les personnes qui ne vont pas chercher l'aide professionnelle ou qui n'y ont pas accès à cause de l'éloignement, de l'isolement ou d'un manque de mobilité. Elle facilite, pour la population en général, l'accès aux connaissances nécessaires à l'identification des troubles mentaux les plus fréquents et des traitements reconnus efficaces. Elle se révèle aussi utile pour éduquer les patients et leurs familles et leur permet de faire connaître leurs besoins et leurs points de vue.

Toutefois, la surcharge et la qualité de l'information circulant sur le Web posent des problèmes importants. Plus de quatre millions d'articles scientifiques s'ajoutent chaque année à la littérature médicale, alors comment s'y retrouver ?

Convaincu qu'il est impossible pour la population d'évaluer la qualité de l'information disponible en fonction de sa fidélité aux évidences scientifiques ou aux guides de pratique reconnus, **le Conseil recommande :**

- **de confier, à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) avec la collaboration de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et du Conseil consultatif de pharmacologie, la mise en place d'un site Internet d'information de qualité en santé mentale, auquel le public pourrait accéder avec confiance ;**
- **de s'assurer qu'ils reçoivent la collaboration nécessaire de la part des milieux de la recherche en santé mentale, de l'enseignement et des associations professionnelles.**

Un rôle moins exploité de l'Internet est celui du soutien au traitement et au « self-help ». À cet égard, on y trouve de tout : certains sites permettent l'auto-diagnostic et sont excellents, d'autres non ; ailleurs on a accès à du counselling et de la thérapie moyennant rémunération ; il est aussi possible d'acheter un programme de thérapie assistée par ordinateur ; on peut également participer à une thérapie de groupe avec ou sans soutien d'un professionnel et on peut y acheter des médicaments de toutes sortes. Peu d'évaluations des possibilités thérapeutiques de l'Internet existent en santé mentale : une étude mentionne certains avantages pour l'auto-diagnostic⁷, une autre pour les programmes de thérapie assistée⁸. Soucieux de mettre à contribution tous les moyens modernes d'aide, **le Conseil recommande :**

- ***de confier, à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS), l'évaluation de la capacité de l'Internet de contribuer au dépistage et au traitement des troubles mentaux les plus fréquents, particulièrement en association avec la télépsychiatrie.***

L'Internet se révèle aussi très utile pour la promotion de divers partenariats⁹. Il fournit l'opportunité d'établir de fortes collaborations entre les patients et les cliniciens et peut stimuler la coopération entre les groupes de consommateurs et les organisations professionnelles. Cependant, pour être efficaces, les systèmes d'information doivent être faciles d'accès, simples à utiliser et conduire rapidement à l'information appropriée.

Enfin, le groupe Cochrane¹⁰, dans l'élaboration de guides de pratique basés sur des données probantes, a constitué une association avec les consommateurs ayant comme objectif d'aider les personnes à prendre des décisions bien informées au sujet des soins de santé. Pour réaliser cela, il prépare, maintient à jour et fait la promotion de l'accessibilité à des revues systématiques sur les effets des interventions de santé, entre autres.

Bien que l'utilisation de l'Internet, particulièrement à des fins thérapeutiques, doivent se faire dans le contexte d'une évaluation professionnelle sérieuse et d'un plan de soins établis lors d'une consultation en personne et en complément au traitement, il demeure un moyen prometteur qui demande à être bien évalué, balisé et exploité pour :

- la promotion de la santé mentale ;
- la prévention des troubles mentaux ;
- aider au dépistage et permettre d'appivoiser un diagnostic ;
- connaître et évaluer les traitements possibles, les choisir ;
- mieux participer à la prise en charge de sa maladie et en suivre l'évolution, la guérison.

3.2 Faciliter l'harmonisation des connaissances résultant de la recherche dans des approches et interventions pertinentes et efficaces, en ciblant l'information au sujet des données probantes pour les professionnels de la santé : les guides de pratique

Popularisés par l'Internet et vus par les gestionnaires de la santé comme un moyen d'améliorer la qualité des soins et de contenir les coûts de santé, les guides de pratique se révèlent, à l'analyse, un sujet fort complexe. Ils sont ici définis comme « des énoncés développés de façon systématique pour supporter les décisions des cliniciens et des patients au sujet des soins de santé appropriés pour des conditions cliniques spécifiques¹¹ ». Le Conseil leur reconnaît une capacité de rapprocher les professionnels de la santé mentale et la population, de faciliter l'adhésion à des connaissances scientifiques communes et actuelles, issues de la recherche, et d'optimiser les pratiques cliniques dans le meilleur intérêt des patients et leurs familles. Ils peuvent également servir à évaluer la qualité et l'efficacité des pratiques cliniques ainsi que l'organisation des services. Dans sa réflexion, le Conseil a considéré les éléments suivants au sujet des guides de pratique : leur élaboration et les conditions de qualité, leur diffusion et les conditions d'implantation ainsi que leur rôle dans l'évaluation de la qualité des soins.

3.2.1 L'élaboration et les conditions de qualité

La qualité d'un guide de pratique est d'une importance capitale car, nous l'avons dit précédemment, plus de quatre millions d'articles médicaux sont publiés chaque année et les connaissances en médecine évoluent rapidement.

Est considéré comme un guide de pratique de qualité celui qui apporte une réponse à une situation clinique précise, est basé sur la meilleure information disponible, évaluée pour sa validité et sa pertinence et applicable en clinique¹². Étant donné la masse d'information existante et devant être évaluée, il est impossible d'attendre d'un clinicien l'évaluation et le choix d'un de ces guides même avec la disponibilité d'un excellent instrument de sélection¹³. C'est pourquoi, le Conseil supporte et fait siennes les recommandations du rapport intitulé : « *Élaboration et application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales : Résultats d'une expérience québécoise*¹⁴ » **et recommande :**

- ***de supporter le leadership du Collège des médecins, en collaboration avec les associations professionnelles concernées et avec le soutien des ressources de la recherche et de l'évaluation, dans l'élaboration, l'implantation et la mise à jour des lignes directrices de pratique médicale pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux ;***
- ***de s'assurer que les ressources humaines et techniques, nécessaires à l'élaboration de ces guides, soient financées adéquatement ;***

- ***de s'assurer de la participation de représentants des patients et/ou de la population.***

3.2.2 La diffusion et les conditions d'implantation

Le mode de diffusion des guides de pratique est un enjeu crucial pour leur adoption et mise en pratique par les professionnels. Les conditions d'une diffusion réussie ont été beaucoup étudiées et les stratégies classées en deux catégories : « les stratégies primaires comportant l'envoi ou la publication de guides et les stratégies d'intervention secondaires visant à renforcer les guides¹⁵ ». Ces interventions ont de plus été examinées sous l'angle de leur efficacité à conduire à des changements de pratique et les meilleures se caractérisent par un système de rappel, de la formation théorique et des interventions multiples. En analysant la littérature sur la diffusion et les conditions d'appropriation, le Conseil a pu constater le rôle très mitigé des lignes directrices sur les changements de mode de pratique et leur maintien. Afin de mettre en place des conditions favorables à l'actualisation des lignes de pratiques produites au niveau provincial, ***il recommande*** :

- ***de supporter, au niveau régional, la mise en place d'une structure formelle d'organisation concernant l'implantation des guides de pratique médicale en santé mentale ;***
- ***de s'assurer d'un partenariat entre les représentants du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec, du Collège des médecins et les représentants régionaux, afin de maintenir une continuité entre la production des lignes directrices, leur implantation relativement uniforme et leur évaluation ;***

- ***de s'assurer que les ressources humaines et techniques nécessaires à l'implantation de ces guides soient financées adéquatement.***

3.2.3 L'évaluation des résultats

L'objectif ultime des guides de pratique étant de contribuer à l'amélioration des soins par l'optimisation des pratiques, il va de soi qu'ils doivent coller à la réalité des besoins cliniques variables selon les milieux. Les objectifs visés par l'implication des responsables régionaux doivent être de moduler la priorisation des sujets des guides, de supporter une application favorisant l'amélioration des résultats en fonction des gains de santé pour les patients et leurs familles et de procéder à l'évaluation de leurs résultats sur l'amélioration des pratiques et l'organisation des services. Il va sans dire qu'il sera nécessaire de développer une tradition de collecte de données pertinentes avec lesquelles on pourra mesurer l'atteinte des objectifs visés et mettre à contribution l'ensemble des ressources de recherche disponibles au niveau régional.

Pour réaliser ces objectifs, ***le Conseil recommande :***

- ***de s'assurer, au niveau régional, de la mise en place d'activités d'évaluation permanente visant :***
 - ***les processus : adaptation des pratiques aux guides, maintien des changements de pratique ;***
 - ***les résultats : gains de santé pour les patients et amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ;***

- ***de s'assurer que les ressources humaines et techniques pour réaliser ces activités sont disponibles.***

3.3 Faciliter l'intégration des connaissances issues de la recherche dans les politiques et la gestion des systèmes de santé en améliorant la communication entre les divers partenaires impliqués

« La prise de décision fondée sur des données probantes est entrée dans le vocabulaire du secteur de la santé dans les années 1990. S'inscrivant dans le droit fil de l'intérêt pour la médecine fondée sur des données probantes et des ressources qui y sont consacrées, elle consiste à s'attendre des gestionnaires et des responsables de politiques dans le secteur de la santé qu'ils opèrent selon les mêmes règles que les prestataires de services¹⁶ ». Un des quatre thèmes du Forum national sur la santé, la prise de décision fondée sur des preuves y est ainsi définie :

« l'application systématique des meilleures données disponibles à l'évaluation des solutions envisagées et à la prise des décisions en contexte clinique, administratif et stratégique ».

La réflexion de la Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé met bien en perspective les divers éléments qui interagissent à l'intérieur du processus décisionnel selon qu'on se situe au niveau clinique, administratif ou public. Elle démontre bien comment le gestionnaire et le décideur, dans leur travail, doivent composer avec divers systèmes de valeurs et non seulement avec des faits scientifiques, les meilleurs soient-ils. D'où la nécessité qu'ils valorisent et aient accès aux meilleurs connaissances scientifiques issues des

données probantes comme point de départ de leur processus décisionnel. C'est dans ce contexte que se profile l'importance de la communication entre ces partenaires pour le mieux-être du patient.

Au delà de l'analyse de la relation entre le chercheur et le décideur, cette étude souligne, de façon fort pertinente, l'influence des « pourvoyeurs de connaissances » représentés par un ensemble très hétérogène où figurent, côte à côte, les organismes de relations publiques, les médias, les fondations, les groupes de réflexion, les représentants du secteur commercial et ceux du secteur des publications scientifiques variées.

Toutes ces instances proposent aux décideurs des informations qui s'échelonnent sur un long continuum, allant de la « preuve scientifique » au témoignage basé sur l'expérience personnelle, l'anecdote, les besoins, les intérêts, les valeurs, les mythes et les hypothèses. « Privilégier la prise de décision fondée sur des données probantes exigera que les anecdotes et les récits véhiculés par divers intérêts soient tempérés par des faits et des données provenant de la recherche¹⁶ ». Le Conseil est d'avis que la mise en place des mesures proposées dans ce chapitre contribuera à l'amélioration de la prise de décision fondée sur des données probantes.

CHAPITRE 4

LES SERVICES MÉDICAUX ET LA PSYCHIATRIE

Conscients que plusieurs modèles d'organisation des soins et services en santé mentale ont été proposés, les membres du Conseil privilégient, dans ce chapitre, un regard sur les besoins en services médicaux sous l'angle d'une approche populationnelle, compte tenu de la forte prévalence des troubles mentaux, de l'ampleur de l'invalidité et des coûts associés.

Prenant en considération les positions exprimées par le ministère de la Santé et des Services sociaux^{1,2,3,4} et les organismes professionnels comme l'Association des médecins psychiatres du Québec^{5,8}, le Collège des médecins du Québec⁶, la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec⁵, le Collège des médecins de famille du Canada⁷, l'Association des psychiatres du Canada⁷, l'Association des hôpitaux du Québec⁹, ils tiennent également compte des recommandations antérieures du Conseil médical du Québec concernant la hiérarchisation des services^{10,11}, recommandations reprises dans le rapport de la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair)¹².

C'est ainsi que les membres analysent la contribution des services médicaux de première et de deuxième ligne à la réduction du fardeau des troubles mentaux, respectant les principes d'accessibilité, de qualité des pratiques basées sur les données probantes et de continuité des soins issue de l'intégration des services.

4.1 Première ligne : accessibilité, globalité et continuité des soins médicaux généraux

4.1.1 Rôle de la première ligne

Nous l'avons vu antérieurement, les attitudes, les croyances et les préférences des personnes les amènent à consulter en premier lieu leur médecin de famille lorsqu'ils éprouvent divers problèmes de santé mentale. Quelles sont les attentes des patients et comment expriment-ils leurs besoins ? Quels sont ces besoins et quels sont les objectifs des services médicaux de première ligne en psychiatrie ?

Les patients souhaitent d'abord communication et partenariat avec leur médecin de famille. Ils s'attendent à recevoir de l'information sur la promotion de la santé et une évaluation de leur problème et, enfin, ils attendent la prescription¹³ d'un médicament. Quant aux modalités d'expression de leurs besoins, plusieurs études^{14,15} apportent un éclairage fort intéressant à cette question, entre autres celle de Ian B. Hickie dans «Primary care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice¹⁶ ». Ainsi, lorsqu'ils consultent leur médecin de famille, la grande majorité des personnes souffrant de troubles mentaux présentent des plaintes physiques (fatigue, insomnie, douleur) plutôt que des symptômes psychologiques (5,3 %). Cette présentation s'accompagne souvent de maladies physiques (47 %), alors que pour d'autres patients les symptômes physiques demeurent inexpliqués et exigent un suivi à long terme comme dans le cas du syndrome de fatigue chronique, par exemple. C'est pourquoi la dichotomie « ou c'est physique ou c'est mental » se révèle inappropriée¹⁵.

Compte tenu de ce contexte, le médecin de famille doit accorder une attention particulière au dépistage des troubles mentaux, en plus de contribuer à la

promotion de la santé et à la prévention de la maladie. En effet, les études s'entendent pour dire qu'au moins 25 % à 30 % des patients qu'il rencontre répondent aux critères diagnostiques reconnus (CIM-10, DSM IV) et qu'un autre 10 % présentent des troubles à la limite du diagnostic clinique (subclinique). L'accent sur le dépistage sera d'autant plus important que l'incapacité augmente de façon proportionnelle aux symptômes pour culminer à 6,2 jours le mois précédent le diagnostic d'un trouble mental^{14,15}. L'incapacité occupationnelle se révèle plus sensible à la présence de problèmes de santé mentale qu'aux problèmes de santé physique.

Or, toutes les études internationales¹⁴, australiennes¹⁶ et américaines¹⁷ reconnaissent un problème important de sous-diagnostic en première ligne, tant pour la population adulte que pour celle des enfants et des adolescents¹⁸. En outre, selon ces études, lorsque ces problèmes sont diagnostiqués correctement, une proportion importante des patients ne reçoit pas de traitement ou n'obtient pas le traitement approprié. Il est admis aujourd'hui qu'une détection précoce et un traitement intensif, basé sur les données des meilleures pratiques, sont essentiels pour la guérison, pour éviter la chronicité et la perte d'autonomie, tant pour les maladies mentales que physiques^{19, 20, 21, 22, 23}.

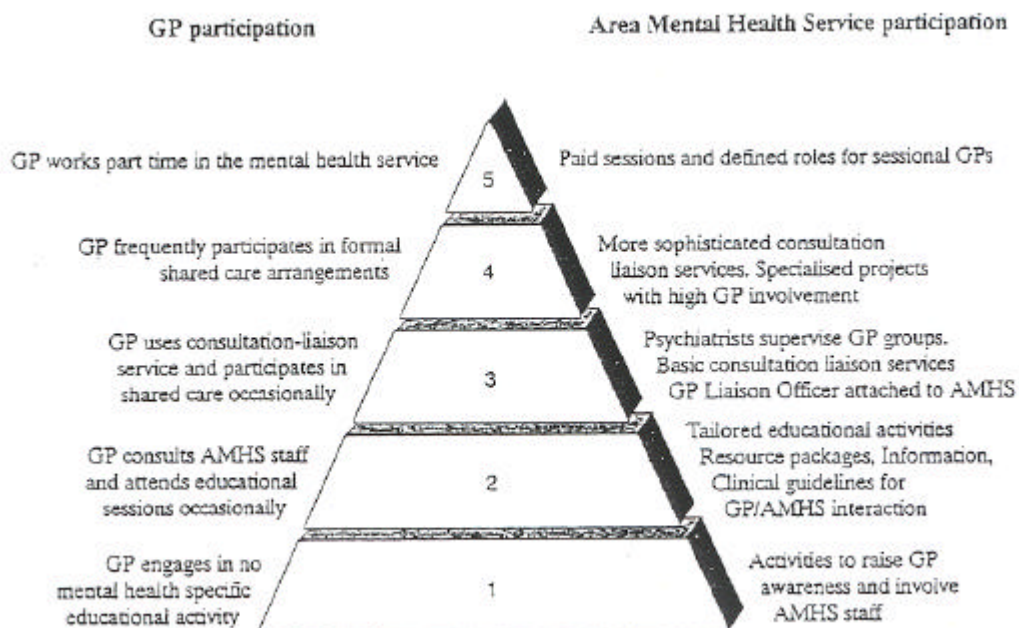
Le médecin de famille doit donc poser un diagnostic précis pour déterminer le traitement requis et offrir au patient un traitement spécifique et efficace²³. Comme la plupart des cas continueront d'être pris en charge dans le réseau des soins primaires, il lui faut maîtriser la connaissance des spécificités des traitements efficaces (pharmacothérapies, psychothérapies et autres) pour assurer le suivi seul ou en collaboration avec des professionnels compétents. Enfin, l'établissement de liens fonctionnels avec les médecins psychiatres lui sont nécessaires pour assurer la continuité des soins selon la complexité des cas, les fluctuations du niveau de besoins en diagnostic, traitement et prise en

charge des patients. Cette collaboration est aussi essentielle pour répondre à ses besoins d'avis dans le cadre de la pratique clinique en soins partagés.

Le tableau suivant, tiré de la publication des travaux présentés par le Dr Graham Meadows (1997), illustre bien les différents niveaux possibles d'interaction entre les médecins de famille et les psychiatres.

TABLEAU 18

Model of interaction between general practitioners (GPs) and local area mental health service (AMHS), based on varying levels of interest, resources and need on both sides



4.1.2 Barrières au diagnostic et au traitement en première ligne

Il existe plusieurs barrières au diagnostic et au traitement des troubles mentaux en première ligne. Leur analyse nous permet de dégager les conditions nécessaires à l'amélioration du dépistage, ainsi qu'à la réduction du fardeau de ces maladies et à une meilleure réponse aux besoins des personnes qui consultent. Trois ordres de facteurs concourent aux difficultés de diagnostic :

- **les facteurs reliés aux patients**

Le mode de présentation somatique plutôt que psychologique des symptômes et les différents modèles d'attribution de causalité aux symptômes²⁴ jouent un rôle important. Alors que certains patients associent la cause de leurs problèmes à des maladies physiques, d'autres auront tendance à les minimiser en les attribuant à des événements de la vie quotidienne comme, par exemple, un épuisement dû à un excès de travail, brouillant, par exemple, la piste vers le diagnostic d'une dépression. La présence simultanée de problèmes physiques et psychologiques, la stigmatisation associée au diagnostic et au traitement psychiatriques et les croyances et préférences des patients face aux traitements contribuent également à ces difficultés.

- **les facteurs reliés au médecin de famille**

Le médecin de famille peut ne pas avoir toutes les connaissances et les habiletés nécessaires pour dépister, diagnostiquer et traiter les divers troubles mentaux. Cela peut être dû à une insuffisance de formation de base reliée au contenu des programmes d'études pré-doctorales ou à un manque de participation aux activités de formation continue. Il peut ne pas

disposer du temps nécessaire à consacrer à ces procédures diagnostiques et thérapeutiques longues, compte tenu de sa charge de travail et/ou du nombre d'effectifs médicaux disponibles. Il peut également ne pas avoir d'intérêt pour ces problèmes ou avoir des préjugés négatifs face aux troubles mentaux.

- **les facteurs reliés au système**

L'organisation des services n'apporte pas toujours au médecin de famille le support dont il a besoin de la part des intervenants de première ligne ainsi que des spécialistes et des équipes multidisciplinaires de la deuxième ligne. De plus, il n'y a présentement pas de rémunération appropriée prévue pour ce type de pratique en bureau privé où consultent 80 % des patients. Or, la pratique de la psychiatrie en première ligne exige que le temps réservé à ces rendez-vous soit d'une durée bien supérieure à celle d'un rendez-vous moyen.

4.1.3 Besoins du médecin en première ligne

Comme il est admis maintenant que les soins en santé mentale et en santé physique doivent être intégrés dans les mêmes structures de services (concept de mainstreaming), le médecin de famille a besoin de plus de temps et d'une rémunération adéquate pour ces activités cliniques. Le développement de cette approche d'intégration des services a, forcément, un impact sur le calcul des effectifs requis. De plus, le médecin a besoin d'une grille diagnostique adaptée aux particularités des besoins de sa clientèle (CIM-10 PHC, DSM-IV PC). De même, il appréciera l'existence d'instruments de dépistage pertinents et faciles d'usage par le patient afin de maximiser le temps disponible pour le diagnostic et

le traitement. Il profitera des retombées d'un programme de lutte contre la stigmatisation et des efforts d'information et d'éducation de la population, tels que proposés précédemment.

Le psychiatre qui ira collaborer avec son collègue à l'interface de la première et de la deuxième ligne²⁵ devra accorder de l'importance à toutes les particularités du travail psychiatrique en première ligne. Cette connaissance lui évitera de perpétuer les diagnostics de troubles mentaux atypiques ou indifférenciés, car ces diagnostics imprécis renforcent l'impression que les troubles mentaux ne sont pas sérieux, ne méritent pas de traitements ou d'études systématiques et de recherche, et laissent le médecin de famille avec le sentiment de ne pas être pris au sérieux.

4.2 Modes de travail à l'interface de la première et de la deuxième ligne : consultation, liaison et soins partagés

Les documents conjoints de l'Association des médecins psychiatres du Québec et de la Fédération des médecins omnipraticiens du Québec (1990), ainsi que ceux de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada (1997), déjà mentionnés, décrivent bien la nature, les objectifs et les stratégies pour l'instauration d'une collaboration entre les médecins de la première et de la deuxième ligne en santé mentale.

Le concept de « soins partagés » y est défini comme un processus de collaboration entre le médecin de famille et le psychiatre, au cours duquel les responsabilités cliniques sont réparties en fonction des besoins en diagnostic et en traitement du patient aux différentes étapes d'évolution de sa maladie ainsi que selon les compétences respectives de chacun des professionnels. Dans le

contexte de la hiérarchisation des soins, cette modalité clinique devient la plaque tournante où se concrétisent les liens entre la première et la deuxième ligne de services.

4.2.1 Les modèles

Afin de dégager une vision fonctionnelle de cette collaboration entre la première et la deuxième ligne, les membres du Conseil ont analysé les avantages et inconvénients des modèles les plus connus.

- **Un premier modèle : l'équipe multidisciplinaire de santé mentale communautaire**

Ces équipes, qui fonctionnent dans le cadre de la psychiatrie de secteur, c'est-à-dire en deuxième ligne, procurent plusieurs avantages pour la première ligne :

- un seul point de référence pour les soins spécialisés multidisciplinaires ;
- un seul point de discussion des références de la première ligne ;
- la possibilité de divers modèles d'intégration et de réponses aux besoins de la première ligne ;
- une base possible pour une approche de consultation-liaison.

- **Un second modèle : la clinique externe déplacée dans la communauté**

Dans ce modèle, le psychiatre seul voit des nouveaux patients et fait les suivis nécessaires dans les locaux d'une clinique de première ligne. Ce modèle ne

présuppose pas de rencontres régulières entre le médecin de famille et le psychiatre. Les contacts sont informels, aléatoires mais peuvent permettre une approche de consultation-liaison occasionnelle.

- **Un troisième modèle : des professionnels de l'équipe spécialisée en psychiatrie sont rattachés à la clinique de première ligne**

Suite à la réforme des services psychiatriques, des infirmiers, des psychologues et des travailleurs sociaux des centres hospitaliers psychiatriques ont été assignés à des cliniques de première ligne. La proximité de ces professionnels de deuxième ligne facilite l'apparition de la tendance à les considérer comme des ressources de la première ligne élargie et rapidement ils en arrivent à prendre en charge des cas de première ligne. Cela entre directement en conflit avec les besoins de la deuxième ligne. Cependant, lorsque ces professionnels rendent des services de consultation plutôt que des services directs à la première ligne, leur présence favorise grandement la continuité des soins. Il semble cependant que ce rôle de consultant soit difficile à préserver.

- **Un quatrième modèle : la consultation-liaison**

Ce modèle, basé sur le développement de liens étroits entre la première ligne, le psychiatre et l'équipe multidisciplinaire spécialisée, a pour but de :

- réduire les références en deuxième ligne de cas à faible complexité ;
- encourager les références de cas complexes ;
- supporter le dépistage et le suivi des cas de première ligne.

Dans son application intégrale, ce modèle possède les caractéristiques suivantes :

- le contact régulier en face à face entre le psychiatre, le médecin de famille et les professionnels impliqués, au minimum une fois par mois ;
- les références de patients se font après discussion lors de ces rencontres ;
- il y a place pour des avis au sujet de patients qui ne sont pas référés mais suivis en première ligne ;
- après l'évaluation du patient, il y a discussion et maintien du suivi par la première ligne.

▪ **Un cinquième modèle : consultation-liaison et soins partagés**

Le modèle de consultation-liaison peut aussi s'accompagner d'une approche de soins partagés dans le cadre de laquelle un certain nombre de patients, suivis en deuxième ligne, sont référés en première pour prise en charge. Le psychiatre et l'équipe multidisciplinaire spécialisée demeurent responsables de s'assurer que le suivi du patient est approprié et que le retour de la prise en charge en deuxième ligne est facile, si cela devient nécessaire.

Deux modèles de « soins partagés » ont retenu l'attention du Conseil : celui proposé par l'équipe du Dr N. Kates de l'Université McMaster (Ontario)³¹ et celui du Dr G. Meadows de l'Université de Melbourne (Australie)^{32,33}. Ces deux modèles privilégient l'approche consultation-liaison et ses objectifs comme base de collaboration entre le médecin de famille et le psychiatre. Ce mode de pratique rejoint, dans un premier temps, les besoins de la clientèle qui se présente d'elle-même chez le médecin de famille et dont les diagnostics les plus fréquents sont la dépression, les troubles anxieux et les troubles somatoformes.

L'approche ontarienne ne distingue pas entre cette clientèle de première ligne et une clientèle transférée de la deuxième à la première ligne puisque, dans les cliniques concernées, les deux clientèles sont inscrites et les médecins sont rémunérés selon le mode de la capitation.

L'approche australienne, pour sa part, fait une distinction entre les activités de consultation-liaison du psychiatre concernant toutes demandes venant du médecin de famille et la partie « soins partagés ». Ce dernier volet est issu du transfert d'un certain nombre de patients suivis par l'équipe psychiatrique et référés pour prise en charge globale, physique et psychologique, au médecin de famille qui a accepté le transfert dans le cadre de cette entente. Une équipe de la deuxième ligne composée d'une infirmière psychiatrique, agissant à titre de gestionnaire de cas, et d'un psychologue, coordonnateur du projet, collabore en s'assurant que les patients transférés sont d'accord avec le transfert, présentent les caractéristiques permettant leur suivi en première ligne. L'équipe demeure disponible pour assurer, au besoin, le retour harmonieux du patient à la deuxième ligne. Dans le cadre de ce projet, un ratio d'environ deux patients sont référés par les omnipraticiens pour consultation au psychiatre pour un patient référé des services de psychiatrie au médecin de famille. Enfin, les deux groupes, ontarien et australien, rapportent qu'environ 5 à 6 % des patients issus de la clientèle de consultation-liaison ont besoin des services de la deuxième ligne.

- **D'autres modèles**

D'autres modèles plus techniques d'échange d'information ont retenu l'attention plutôt comme support au travail clinique à l'interface des deux lignes de services. On y retrouve l'échange du rapport manuscrit de consultation, la mise en place d'un carnet de santé sous la gérance du patient, l'échange d'information dans un

dossier informatisé et enfin le dossier électronique unique accessible à tous les professionnels. Le Conseil n'a pas approfondi ces aspects dans le cadre du présent avis.

4.2.2 Les impacts des modèles de consultation-liaison et de soins partagés

Les études examinant les impacts des modèles de consultation-liaison et de soins partagés produites par le groupe de l'Université McMaster et celui de Melbourne^{34,35} ainsi que par d'autres chercheurs^{36,37,38}, apportent un éclairage intéressant sur les avantages et les exigences résultant de ces modèles de collaboration.

- Pour les patients, les impacts positifs sont nombreux :
 - haut niveau d'acceptabilité puisque l'approche respecte les préférences des personnes de consulter d'abord leur médecin de famille ;
 - bon niveau de satisfaction exprimé ;
 - globalité des soins, physiques et psychologiques ;
 - amélioration de l'accessibilité aux soins psychiatriques ;
 - desserte locale des soins de santé mentale et une plus grande flexibilité ;
 - réponse aux divers niveaux de besoins en santé mentale et passage harmonieux d'une ligne à l'autre ;
 - meilleure prise en charge des patients ayant une comorbidité physique et psychiatrique ;
 - amélioration de la qualité des soins.

- Pour le médecin de famille, ces modèles de collaboration :
 - facilitent l'obtention d'une consultation psychiatrique et/ou de supervision et la possibilité de discussion des cas ;
 - permettent des activités de formation continue qui peuvent conduire à des changements de pratique ;
 - apportent le soutien de l'équipe spécialisée en santé mentale et l'accès à la connaissance des ressources communautaires ;
 - facilitent la communication et les liens avec la psychiatrie et augmentent la satisfaction des médecins ;
 - permettent une modification des modes de référence à la deuxième ligne.

- Pour le psychiatre, ces modèles de pratique :
 - exigent d'être un généraliste de la psychiatrie capable d'évaluer des patients de divers groupes d'âge ;
 - exigent la prise en considération des besoins particuliers de la première ligne : le mode de présentation des problèmes, le contexte de haut débit et du peu de temps disponible. Le psychiatre doit être efficace, concret, pratique, livrer un plan d'intervention immédiat et traduire ses recommandations dans un langage compréhensible pour le patient et utile pour le médecin de famille ;
 - exigent la connaissance des pathologies physiques les plus fréquentes, leurs médications, les interactions médicamenteuses et les impacts sur la présentation et/ou l'apparition des troubles mentaux ;
 - exigent la connaissance des ressources communautaires ;
 - exigent la capacité d'intégrer un modèle biopsychosocial ;
 - exigent souplesse et flexibilité ;

- exigent le soutien de l'équipe de l'urgence, des cliniques externes générales ou spécialisées et de l'intra-hospitalier.

Ces modèles de collaboration à l'interface de la première ligne et de la deuxième répondent bien, à certaines conditions, aux objectifs d'accessibilité, de qualité et de continuité des soins.

4.2.3 Quels en sont les coûts et le rapport coût/efficacité ?

L'étude australienne³⁹ a évalué les aspects financiers de son projet. Elle en conclut qu'il a un coût neutre sur le budget des services de deuxième ligne, c'est-à-dire que l'ensemble des coûts du volet consultation-liaison et du volet soins partagés a été égal, pour la psychiatrie, au coût nécessaire pour le traitement en deuxième ligne des patients référés à la première ligne. Cela dans la mesure où ce groupe est constitué de 80 % de patients qui nécessitaient, avant leur transfert, une faible intensité de contacts avec la deuxième ligne et 20 % de patients une intensité moyenne. Elle n'a pas cependant étudié le coût du traitement de ces patients pour la première ligne.

Les modèles de collaboration ont aussi été beaucoup étudiés, particulièrement aux États-Unis, en fonction du diagnostic de dépression^{40,41}. Les conclusions de ces évaluations sont assez semblables, à savoir que ces modes de pratique accroissent les résultats sur le plan des bénéfices pour les patients et le rapport coût/efficacité des soins, mais en augmentant les coûts globaux de traitement, étant donné l'amélioration du dépistage et l'intensification des interventions.

4.2.4 Conditions de succès et stratégies d'implantation

Comme tout changement dans l'organisation des services, l'instauration d'un modèle de soins en collaboration doit tenir d'abord compte des conditions nécessaires à une réalisation harmonieuse et efficace ainsi qu'aux stratégies d'implantation. En voici quelques-unes :

- participation volontaire des médecins de famille et des psychiatres ;
- prise en compte des exigences en temps et en effectif, en locaux et en personnel professionnel et de soutien ;
- implantation du support technique nécessaire pour les dossiers et leur conservation au bureau du médecin de famille ;
- mise en place de guides de pratique ;
- coexistence d'éducation continue structurée, ciblée et efficace ;
- présence simultanée de recherche clinique évaluative permettant de recueillir les données nécessaires à l'évaluation des retombées de tels projets sur l'accessibilité, la qualité et la continuité des soins, et sur les besoins en ressources humaines et financières ;
- collecte des données nécessaires à l'analyse des besoins et des niveaux de besoin des clientèles en fonction des prévalences des divers troubles mentaux.

Concernant les stratégies d'implantation de ces services, nous souhaitons référer le lecteur intéressé aux documents de l'Association des psychiatres du Canada et du Collège des médecins de famille du Canada déjà cités, ainsi qu'au manuel d'application du projet australien (projet CLIPP) disponible sur le site Internet suivant : <http://www.dhs.vic.gov.au/acmh/mh/clipp>.

De nombreux modèles de soins en collaboration sont déjà en place au Québec, plusieurs avec des équipes de santé mentale des CLSC, d'autres avec des médecins de famille en clinique privée. Pour sa part, le Conseil privilégie les modèles intégrant consultation-liaison et soins partagés, conscient que leur intensité sera variable selon les milieux et qu'il ne s'agit pas d'une solution à tous les problèmes d'organisation de services. *C'est pourquoi, il recommande :*

- *d'analyser, dans le cadre de la mise en place des groupes de médecine de famille et de la pratique de groupe en première ligne, les conditions nécessaires à l'amélioration du dépistage, du diagnostic et du traitement des troubles mentaux ;*
- *d'analyser les conditions nécessaires à la mise en place de modèles de consultation-liaison et de soins partagés entre les médecins de famille et les psychiatres ;*
- *de s'assurer que les analyses comprennent l'inventaire des besoins en ressources humaines, notamment le nombre d'effectifs médicaux requis compte tenu des exigences en temps qui caractérisent ces approches ;*
- *de s'assurer que les analyses considèrent la parité de la rémunération des soins en santé mentale avec celle des soins en santé physique, particulièrement pour les maladies chroniques comme l'asthme et l'hypertension, afin de réduire les barrières à l'accessibilité aux services pour les personnes aux prises avec un trouble mental ;*

- *de confier au directeur du département régional de médecine générale (DRMG) et au(x) chef(s) de département de psychiatrie le leadership de ces analyses en collaboration avec les ressources de la santé publique et d'assurer le soutien en ressources humaines, techniques et financières nécessaires.*

4.3 La deuxième ligne : spécificité, complexité, accessibilité sur référence, diagnostic et traitement spécialisés, prise en charge multidisciplinaire spécialisée

Au delà de la collaboration avec la première ligne, le Conseil a poursuivi sa réflexion sur le champ de la deuxième ligne en psychiatrie et particulièrement sur l'organisation des activités de clinique externe en fonction des besoins des patients qui y sont référés. Dans son avis sur la hiérarchisation des services médicaux, le Conseil en définit les caractéristiques et le rapport de la Commission d'études sur les services de santé et les services sociaux (Commission Clair) reprend le principe de hiérarchisation des services en y ajoutant :

- la désignation de territoire pour les hôpitaux ;
- des contrats formels de corridor de services comportant entre autres la mise sur pied de programmes spécifiques et la formation médicale continue.

Le Conseil a choisi d'approfondir l'examen de certaines caractéristiques des programmes spécifiques en psychiatrie. Dans ce contexte, il faut d'emblée prendre en compte la nature complexe des troubles mentaux ainsi que la fréquence des rechutes et la chronicité qui en accompagnent souvent plusieurs

comme la dépression, les troubles anxieux entre autres. Comme toujours en médecine, une approche clinique intégrée pour le diagnostic et le traitement des troubles mentaux produit de meilleurs résultats pour la santé des patients et se révèle d'un meilleur rapport coût/efficacité⁴². C'est également ce que propose la Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux pour les personnes ayant des maladies complexes, souvent de nature chronique. La deuxième ligne participe donc à l'objectif général de réduire le fardeau de la maladie mentale, en mettant en place une organisation clinique proactive qui est en mesure d'effectuer l'évaluation rapide et le traitement des troubles mentaux complexes, et d'offrir la possibilité d'intervenir de façon spécifique afin de réduire les rechutes et la chronicité. Elle doit également maintenir un registre efficace permettant de s'assurer que les patients qu'elle a référés dans leurs milieux pour être pris en charge par la première ligne reçoivent le traitement et le suivi appropriés à leur condition clinique⁴³.

Les études^{44,45} qui ont tenté d'identifier les composantes efficaces de ces organisations cliniques en sont arrivées à la conclusion que les services médicaux usuels ne répondent pas aux besoins du patient présentant des rechutes ou un problème chronique, même si ces services font partie d'un réseau intégré. Pour être efficaces, les caractéristiques de ces organisations sont de cinq ordres :

- elles utilisent des soins planifiés basés sur des données probantes ;
- elles procèdent à la réorganisation des systèmes de pratique et des rôles des professionnels et mettent en place un suivi enrichi (relance) ;
- elles améliorent le support à la prise en charge des soins par le patient lui-même ;
- elles augmentent l'accès à l'expertise ;
- elles facilitent la disponibilité de l'information clinique.

À l'image des cliniques spécialisées pour l'hypertension, l'asthme, le diabète et les maladies pulmonaires obstructives chroniques, la deuxième ligne en psychiatrie sera responsable d'établir des cliniques spécialisées pour les troubles affectifs, les troubles psychotiques et pour les autres troubles mentaux en plus des activités de psychiatrie de niveau spécialisé mais d'orientation plus globale dont font partie, entre autres, la consultation-liaison et les soins partagés avec la première ligne. L'ensemble de ces cliniques aura la responsabilité de répondre aux besoins de diagnostic, de traitement et de prise en charge spécialisés, de contribuer à l'implantation des guides de pratique basés sur les données probantes et ce, tant pour les épisodes aigus que pour les traitements de maintenance et la prise en charge des rechutes. Elles participeront à la diffusion et à la mise à jour du matériel d'éducation pour les patients et leurs familles, matériel portant sur les signes et symptômes des maladies, sur les signes précurseurs des rechutes, sur les traitements pharmacologiques et les approches psychosociales contribuant à la guérison.

Si la **première ligne** est la **porte d'entrée** du système de soins, lieu des soins médicaux généraux, la **deuxième ligne** est le **lieu privilégié des soins spécialisés**, travaillant à l'interface avec la première ligne tant pour le dépistage des troubles mentaux complexes qui la concernent et pour l'accessibilité à ses services, que pour le maintien, le soutien et le retour à la première ligne. Elle offre l'ensemble des services multidisciplinaires spécialisés, globaux et spécifiques, ambulatoires et intra-hospitaliers, nécessaires au diagnostic et au traitement, au suivi direct ou indirect des patients. Elle réfère à la troisième ligne au besoin. Le Conseil croit que la deuxième ligne doit assumer une responsabilité constante mais d'intensité variable pour les patients qu'elle traite, a traité et doit recevoir à nouveau, rapidement et facilement lorsque nécessaire. C'est ainsi que la deuxième ligne assume la responsabilité de mettre en place

les programmes spécifiques, participe à la formation continue et à l'amélioration de la qualité des services dans sa spécialité.

On devra donc s'assurer, à ce niveau, de la présence des ressources humaines, techniques et financières nécessaires à l'actualisation de ces responsabilités. ***Un examen approfondi de la situation des cliniques externes et des services ambulatoires de psychiatrie des hôpitaux de soins généraux et spécialisés s'impose, car ces structures sont l'objet de pressions de toutes parts sans qu'une vue d'ensemble ne soit vraiment élaborée pour leur complexe mission de soins spécialisés à la fois globaux et spécifiques.*** C'est pourquoi le ***Conseil recommande :***

- ***de développer la deuxième ligne conformément au modèle reconnu d'intégration des services de santé physique et de santé mentale (mainstreaming) ;***
- ***d'élaborer la mission des services ambulatoires spécialisés en fonction des besoins des clientèles qu'ils doivent desservir ;***
- ***d'apporter, à l'organisation des services ambulatoires spécialisés, une attention particulière à l'équilibre à maintenir entre les activités décentralisées et centralisées au centre hospitalier, afin d'assurer l'uniformité nécessaire à la qualité des pratiques et à la cohésion des services ;***
- ***d'assurer, en deuxième ligne, la présence de ressources humaines multidisciplinaires spécialisées ainsi que le support logistique et administratif nécessaires pour assumer les services tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du centre hospitalier.***

CONCLUSION

Les troubles mentaux sont des maladies réelles, ont une prévalence élevée, une faible rémission spontanée et s'accompagnent d'un haut taux d'incapacité. Comme des traitements efficaces sont disponibles, il est important de s'en occuper et de ne négliger aucun effort pour les dépister précocement, les diagnostiquer et les traiter adéquatement.

C'est le message que le Conseil a choisi de véhiculer dans cet avis, soulignant les multiples facettes du fardeau des troubles mentaux ainsi que les facteurs qui engendrent fausses croyances, préjugés négatifs et stigmatisation. Le Conseil a analysé les moyens d'améliorer la diffusion des connaissances issues de la recherche afin que chacun, selon ses compétences, puisse contribuer à prévenir les troubles mentaux, les dépister et intervenir de façon précoce afin d'éviter qu'ils deviennent chroniques avec toutes les conséquences néfastes pour les personnes atteintes, leurs proches et la société. Il a également examiné la contribution des médecins de famille et des psychiatres aux objectifs de ***prévenir, dépister précocement, diagnostiquer et traiter efficacement***, ciblant l'organisation des services médicaux uniquement. C'est pourquoi il a exploré les caractéristiques propres des activités cliniques de psychiatrie en première ligne, en deuxième ligne et à leur interface. Il a particulièrement étudié les conditions de mise en place et de réussite des modèles de travail en consultation-liaison et en soins partagés.

Enfin, le Conseil souhaite que sa réflexion contribue au cheminement vers un consensus pour une politique de santé mentale renouvelée et un plan d'action national. Cette politique et sa stratégie miseraient sur les connaissances récentes de la recherche sur les troubles mentaux et leurs déterminants. Elles permettraient d'orienter l'organisation des services et cibler les mesures à mettre en place, à tous les niveaux, pour prévenir, dépister, diagnostiquer et traiter efficacement les troubles mentaux et faire la promotion de la santé mentale.

RECOMMANDATIONS

Chapitre 1

Le Conseil recommande :

- ***d'actualiser la Politique de la santé mentale (1989) à la lumière des connaissances scientifiques acquises au cours de la dernière décennie « définissant une vision pour le futur qui aide à établir des repères pour la prévention des troubles mentaux, leur traitement et la réadaptation ainsi que pour la promotion de la santé mentale » ;***
- ***d'élaborer un plan d'action quinquennal et d'identifier, entre autres, des objectifs mesurables de qualité et d'efficacité pour les activités cliniques de prévention, de traitement et de réadaptation, et pour l'organisation des services mis en place ;***
- ***de cibler la dépression et le suicide, compte tenu de la lourdeur de leur charge ;***
- ***de mettre à contribution, pour cette réalisation, un groupe d'experts issus de la recherche épidémiologique en santé mentale, de la clinique de première, deuxième et troisième ligne, de représentants des utilisateurs de services et de la population.***

Chapitre 2

Le Conseil recommande :

- ***de mettre en place une campagne d'information ayant comme objectif d'améliorer les connaissances de la population au sujet des troubles mentaux les plus fréquents, leur prévention et les traitements efficaces ;***
- ***d'étaler cette campagne sur plusieurs années et s'assurer de l'existence de programmes locaux la supportant ;***
- ***de véhiculer des messages ciblés pour le public et pour divers groupes de professionnels, particulièrement ceux issus des milieux journalistique, scolaire, de la justice et du travail ;***
- ***d'élaborer les messages après une analyse des perceptions de la population québécoise ;***
- ***de miser sur l'implication importante de la communauté et des médias, incluant l'Internet.***

Chapitre 3

Le Conseil recommande :

- *de s'assurer qu'une formation en premiers soins en santé mentale soit intégrée à toute formation de base en premiers soins ;*
- *de confier, à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) avec la collaboration de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) et du Conseil consultatif de pharmacologie, la mise en place d'un site Internet d'information de qualité en santé mentale, auquel le public pourrait accéder avec confiance ;*
- *de s'assurer qu'ils reçoivent la collaboration nécessaire de la part des milieux de la recherche en santé mentale, de l'enseignement et des associations professionnelles ;*
- *de confier à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS) l'évaluation de la capacité de l'Internet de contribuer au dépistage et au traitement des troubles mentaux les plus fréquents, particulièrement en association avec la télépsychiatrie ;*

- *de supporter le leadership du Collège des médecins, en collaboration avec les associations professionnelles concernées et avec le soutien des ressources de la recherche et de l'évaluation, dans l'élaboration, l'implantation et la mise à jour des lignes directrices de pratique médicale pour le dépistage, le diagnostic et le traitement des troubles mentaux ;*
- *de s'assurer que les ressources humaines et techniques, nécessaires à l'élaboration de ces guides, soient financées adéquatement ;*
- *de s'assurer de la participation de représentants des patients et/ou de la population ;*
- *de supporter, au niveau régional, la mise en place d'une structure formelle d'organisation concernant l'adoption et l'implantation des guides de pratique médicale en santé mentale ;*
- *de s'assurer d'un partenariat entre les représentants du Conseil de l'éducation médicale continue du Québec, du Collège des médecins et les représentants régionaux, afin de maintenir une continuité entre la production de lignes directrices, leur implantation relativement uniforme et leur évaluation ;*
- *de s'assurer que les ressources humaines et techniques nécessaires à l'implantation de ces guides soient financées adéquatement ;*

- *de s'assurer, au niveau régional, de la mise en place d'activités d'évaluation permanente visant :*
 - *les processus : adaptation des pratiques aux guides, maintien des changements de pratique ;*
 - *les résultats : gains de santé pour les patients et amélioration de la qualité et de l'organisation des soins ;*

- *de s'assurer que les ressources humaines et techniques pour réaliser ces activités sont disponibles.*

Chapitre 4

Le Conseil recommande :

- ***d'analyser, dans le cadre de la mise en place des groupes de médecine de famille et de la pratique de groupe en première ligne, les conditions nécessaires à l'amélioration du dépistage, du diagnostic et du traitement des troubles mentaux ;***
- ***d'analyser les conditions nécessaires à la mise en place de modèles de consultation-liaison et de soins partagés entre les médecins de famille et les psychiatres ;***
- ***de s'assurer que les analyses comprennent l'inventaire des besoins en ressources humaines, notamment le nombre d'effectifs médicaux requis compte tenu des exigences en temps qui caractérisent ces approches ;***
- ***de s'assurer que les analyses considèrent la parité de la rémunération des soins en santé mentale avec celle des soins en santé physique, particulièrement pour les maladies chroniques comme l'asthme et l'hypertension, afin de réduire les barrières à l'accessibilité aux services pour les personnes aux prises avec un trouble mental ;***

- *de confier, au directeur du département régional de médecine générale (DRMG) et au(x) chef(s) de département de psychiatrie, le leadership de ces analyses en collaboration avec les ressources de santé publique et d'assurer le soutien en ressources humaines, techniques et financières nécessaires ;*
- *de développer la deuxième ligne conformément au modèle reconnu d'intégration des services de santé physique et de santé mentale (mainstreaming) ;*
- *d'élaborer la mission des services ambulatoires spécialisés en fonction des besoins des clientèles qu'ils doivent desservir ;*
- *d'apporter, à l'organisation des services ambulatoires spécialisés, une attention particulière à l'équilibre à maintenir entre les activités cliniques décentralisées et centralisées au centre hospitalier, afin d'assurer l'uniformité nécessaire à la qualité des pratiques et à la cohésion des services ;*
- *d'assurer, en deuxième ligne, la présence de ressources humaines multidisciplinaires spécialisées ainsi que le support logistique et administratif nécessaires pour assumer les services tant à l'extérieur qu'à l'intérieur du centre hospitalier.*

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Chapitre 1

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. *Rapport sur la santé dans le monde 1999 : Pour un réel changement*, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1999.
2. BANQUE MONDIALE. *Rapport sur le développement dans le monde 1993 : Investir dans la santé*, Washington, Banque mondiale, 1993.
3. MURRAY, C.J.L., et A.D. LOPEZ (sous la dir. de). *The Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality From Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020*, Cambridge, Harvard School of Public Health, 1996.
4. VOS, T., et C.D. MATHERS. « The burden of mental disorders: a comparison of the method of Australian burden of disease studies and the Global Burden of Disease study », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 4, 2000, p. 427-438.
5. STOUTHARD, M.E.A., *et al.* « Disability weights for diseases: a modified protocol and results for a Western European region », *European Journal of Public Health*, vol. 10, n° 1, 2000, p. 24-30.
6. WORLD HEALTH ORGANIZATION. « Setting the WHO agenda for mental health », *Bulletin of the World Health Organization*, vol. 78, n° 4, 2000, p. 500.

7. UNITED STATES PUBLIC HEALTH SERVICE. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*, [Rockville, MD], Department of Health and Human Services, 1999.
8. AUSTRALIAN INSTITUTE OF HEALTH AND WELFARE. *National Health Priority Areas Report. Mental Health: A Report Focusing on Depression*, Canberra, Australian Institute of Health and Welfare, 1998.
<http://www.aihw.gov.au/publications/health/nhpamh98/>
9. STATISTIQUE CANADA. *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*, Ottawa, Statistique Canada, 1998.
10. LÉGARÉ, Gilles. *La prévalence des troubles mentaux dans le Bas-Saint-Laurent : Enquête santé mentale : rapport final*, [Rimouski], Direction de la santé publique du Bas-Saint-Laurent, 1995.
11. FOURNIER, Louise, *et al.* « Telephone surveys as an alternative for estimating prevalence of mental disorders and service utilization: a Montreal catchment area study », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, n° 7, 1997, p. 737-743.
12. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Enquête santé Québec 1987*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1990.
13. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *La politique de la santé et du bien-être*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1992.

-
14. INSTITUT DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC. *Enquête sociale et de santé 1998*, 2^e édition, Québec, Institut de la statistique du Québec, 2001.
 15. INSTITUT CANADIEN D'INFORMATION SUR LA SANTÉ (ICIS). Rapports sur la santé et études spéciales - Québec, *Indicateurs provinciaux et régionaux*.
http://www.cihi.ca/french/froadmap/fHealth_Ind/quef/queindf.shtml
 16. BRETON, Jean-Jacques. *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes : prévalence des troubles mentaux et utilisation des services*, [Québec], Hôpital Rivière-des-Prairies, Santé Québec, 1993.
 17. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Santé au Québec : quelques indicateurs*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2000 [p. 66-67].
 18. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *S'entraider pour la vie : stratégie québécoise d'action face au suicide*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998 [p. 13-19].
 19. RUTZ, W., L. VON KNORRING et J. WALINDER. « Long-term effects of an educational program for general practitioners given by the Swedish Committee for the Prevention and Treatment of Depression », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 85, janvier 1992, p. 83-88.
 20. LESAGE, A.D. « Les maladies affectives et le suicide » in Jean Leblanc et collaborateurs, *Démystifier les maladies mentales : Les dépressions et les troubles affectifs cycliques*, Montréal, Gaëtan Morin, 1996, p. 233-252.

21. « Angoissant et dispendieux : les dépressions et l'angoisse ont coûté 14.4 milliards \$ aux Canadiens », *Le Devoir*, 5 juin 2001, p. A3.
22. STEPHENS, Thomas, et Natacha JOUBERT. « Le fardeau économique des problèmes de santé mentale au Canada », *Maladies chroniques au Canada* [édition électronique], vol. 22, n° 1, 2001.
http://www.hc-sc.gc.ca/hpb/lcdc/publicat/cdic/index_f.html
23. MOORE, Rachel, *et al.* *Le fardeau économique de la maladie au Canada*, 1993, Ottawa, Santé Canada, 1997.
24. BENOÎT, Jacques. « Absentéisme et cas d'invalidité, c'est 7.1% de la masse salariale », *La Presse*, 23 novembre 2000, p. D16.
25. Données gracieusement fournies en février 2001 par Mme Claude DISTASIO, Association canadienne des compagnies d'assurances de personnes (ACCAP).
26. « Depression costs firms billions », *The Gazette*, 7 août 2000, p. F2.
27. GAGNON, Fabien. « Coûts des troubles mentaux chez les patients médico-chirurgicaux ». Présentation aux membres du comité de santé mentale du Conseil médical du Québec, 26 octobre 2000.
28. Voir réf. N° 7.
29. « Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council », *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, n° 10, 1993, p. 1447-1465.

30. Voir réf. N° 8.
31. CIARLO, J.A., *et al.* «Validation of indirect methods to estimate need for mental health services: concepts, strategy and general conclusions », *Evaluation and Program Planning*, vol. 15, 1992, p. 115-131.
32. KOVLESS, Viviane, Alain LESAGE, *et al.* *Planification et évaluation des besoins en santé mentale*, Paris, Flammarion Médecine-Sciences, 2001.
33. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The ICD-10 Classification and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. Geneva, World Health Organization, 1992.
34. Voir réf. N° 8, p. 7.
35. AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS. *Second National Mental Health Plan*, Mental Health Branch, Commonwealth Department of Health and Family Services, 1998.
<http://www.mentalhealth.gov.au/mhinfo/nmhs/plan2.htm>
36. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan stratégique 2001-2004*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 2001.
37. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Mental Health and Brain Disorders* [rubrique « Policy and Services »].
http://www.who.int/mental_health/topics.html

Autres références d'intérêt

« Health care reform for Americans with severe mental illnesses: report of the National Advisory Mental Health Council », *American Journal of Psychiatry*, vol. 150, n° 10, 1993, p. 1447-1465.

COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Recommandations pour développer et enrichir la politique de santé mentale*, Sainte-Foy, Publications du Québec, 1994.

HALL, R.C.W., et M.G. WISE. « The clinical and financial burden of mood disorders: cost and outcome », *Psychosomatics*, vol. 36, n° 2, 1995, p. S11-S18.

ISACSSON, G., U. BERGMAN et C.L. RICH. «Epidemiological data suggest anti-depressants reduce suicide risk among depressives », *Journal of Affective Disorders*, vol. 41, 1996, p. 1-8.

ISACSSON, G., *et al.* « The utilization of antidepressants - a key issue in the prevention of suicide: an analysis of 5281 suicides in Sweden during the period 1992-1994 », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 96, 1997, p. 94-100.

ISACSSON, G. « Suicide prevention - a medical breakthrough? », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 102, 2000, p. 113-117.

JENKINS, R., A. McCULLOCH et C. PARKER. *Supporting Governments and Policy-Makers*, Geneva, World Health Organization, 1998.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Bilan d'implantation de la politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être : exercice de suivi 1995*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1995.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Les indicateurs de la politique québécoise de la santé et du bien-être : exercice de suivi 1998*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.

PARIKH, Sagar V., Raymond W. LAM et CANMAT Depression Work Group. *Clinical Guidelines for the Treatment of Depressive Disorders*, *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, juin 2001 [document disponible sur Internet].

http://www.cpa-apc.org/Publications/Clinical_Guidelines/Clin_Guide2001.asp

Chapitre 2

1. ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. « La charge "cachée et indéterminée" des problèmes de santé mondiale », *Aide-mémoire 218*, avril 1999.
<http://www.who.int/inf-fs/fr/am218.html>
2. KEN (Knowledge Exchange Network). « Discrimination and Stigma » [Anti-Stigma Information]. *A Service of The Center for Mental Health Services*.
<http://www.mentalhealth.org/stigma/index.htm>
3. « Stigma and disease: changing paradigms », *Lancet*, vol. 352, 26 septembre 1998, p. 1054-1055.
4. LINK, B.G., *et al.* « Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 9, p. 1328-1333.
5. CRISP, A.H., *et al.* « Stigmatisation of people with mental illnesses », *British Journal of Psychiatry*, vol. 177, juillet 2000, p. 4-7.
6. *Changing Minds: Every Family in the Land*. « A national Campaign organised by the Royal College of Psychiatrists » [Royaume-Uni].
<http://www.rcpsych.ac.uk/campaigns/cminds/index.htm>
7. HAYWARD, P., *et* J.A. BRIGHT. « Stigma and mental illness: a review and critique », *Journal of Mental Health*, vol. 6, août 1997, p. 345-354.

8. « Depression survey reveals dramatic change in public opinion: disease or state of mind? », National Mental Health Association (NMHA) News Release, 11 juillet 2001.
<http://www.nmha.org>
9. TOUSIGNANT, Michel, et Guy DENIS. « Folie, maladie mentale et dépression nerveuse : analyse de la représentation sociale du normal et du pathologique », *Canadian Journal of Behavioural Science*, vol. 9, n° 4, p. 348-360.
10. MELANSON-OUELLET, Andrée. « Connaissance et perception des services psychiatriques au Québec », *Santé mentale au Québec*, vol. 6, n° 2, 1981, p. 79-88.
11. MURPHY, H.B.M. « Differences between the mental disorders of French Canadians and British Canadians », *Canadian Psychiatric Association Journal*, vol. 19, 1974, p. 247-257.
12. ROPER STARCH WORLDWIDE INC. *America's Mental Health Survey 2001. Prepared for the National Mental Health Association, May 2001.*
<http://www.nmha.org>
13. JORM, A.F., *et al.* « "Mental health literacy": a survey of the public's ability to recognize mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment », *Medical Journal of Australia*, vol. 166, 1997, p. 182-186.

14. ANGERMAYER, M.C., et H. MATSCHINGER. « Public attitude towards psychiatric treatment », *Acta Psychiatrica Scandinavica*, vol. 94, novembre 1996, p. 326-336.
15. BENKERT, O., *et al.* « Public opinion on psychotropic drugs: an analysis of factors influencing acceptance or rejection », *Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 185, n° 3, 1997, p. 151-158.
16. GRILLI, R., *et al.* « Mass media interventions : effects on health services utilisation », *The Cochrane Library* [revue électronique], Issue 2, 2001.
<http://www.cochrane.org>
17. ANGERMAYER, M.C., H. MATSCHINGER et S.G. RIEDEL-HELLER. « Whom to ask for help in case of a mental disorder? Preferences of the lay public », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 34, n° 4, 1999, p. 202-210.
18. JORM, A.F., *et al.* « Helpfulness of interventions for mental disorders: beliefs of health professionals compared with the general public », *British Journal of Psychiatry*, vol. 171, septembre 1997, p. 233-237.
19. JORM, A.F., Mattias ANGERMAYER et Heinz KATSCHNIG. « Public knowledge of and attitudes to mental disorders: a limiting factor in the optimal use of treatment services » in Gavin Andrews et Scott Henderson, éd., *Unmet Need in Psychiatry: Problems, Resources, Responses*, Cambridge University Press, 2000, p. 399-413.

20. CALDWELL, T.M., et A.F. JORM. «Mental health nurses' beliefs about interventions for schizophrenia and depression: a comparison with psychiatrists and the public », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, n° 4, 2000, p. 602-611.
21. BYRNE, P. « Stigma of mental illness and ways of diminishing it », *Advances in Psychiatric Treatment*, vol. 6, n° 1, 2000, p. 65-72.
22. LINK, B.G., *et al.* « Public conceptions of mental illness: labels, causes, dangerousness, and social distance », *American Journal of Public Health*, vol. 89, n° 9, 1999, p. 1328-1333.
23. WORLD PSYCHIATRIC ASSOCIATION (WPA). « Program against stigma and discrimination because of schizophrenia » [Directeur scientifique : Pr. Norman Sartorius].
Site Internet officiel du programme : <http://www.openthedoors.com>
24. ALLIANCE CANADIENNE POUR LA MALADIE MENTALE ET LA SANTÉ MENTALE (ACMMSM). Appel à l'action : dégager un consensus à l'égard d'un plan d'action national sur la maladie mentale et la santé mentale, 2000.

Autres références d'intérêt

HAGHIGHAT, Rahman. « A unitary theory of stigmatisation: pursuit of self-interest and routes to destigmatisation », *British Journal of Psychiatry*, vol. 178, n° 3, 2001, p. 207-215.

JORM, A.F., *et al.* « Attitudes towards people with a mental disorder: a survey of the Australian public and health professionals », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 33, n° 1, 1999, p. 77-83.

WELLS, J.E. « Perceived barriers to care in St-Louis (USA) and Christchurch (NZ): reasons for not seeking professional help for psychological distress », *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, vol. 29, 1994, p. 155-164.

Chapitre 3

1. Centre for Mental Health Research, Australian National University. *Mental Health First Aid*.
<http://www.anu.edu.au/cmhr/2001firstaid.htm>
2. AMA Foundation's, *Health Literacy*. « Partnership in Health - Improving the Patient-Physician Relationship Through Health Literacy ».
<http://www.ama-assn.org/ama/pub/category/3125.html>
3. British Columbia Ministry of Health. *BC HealthGuide*.
<http://www.bchealthguide.org>
4. MULLET, J., *et al.* *Partnerships for Better Health: A Self-Care Pilot Project. Final Evaluation Report, May 2000*, Victoria, British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, 2000.
5. KENNEDY, Robert S., *et al.* « Psychiatry via the Internet : benefits, risks and perspectives », *The First International Symposium on the Internet and Psychiatry*, avril 2001 [document disponible sur Internet].
<http://psychiatry.medscape.com/Home/Topics/psychiatry/psychiatry.html>
6. CHRISTENSEN, H., *et* K. GRIFFITHS. « The Internet and mental health literacy », *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 34, n° 6, 2000, p. 975-979.

7. BUCHANAN, T., et J.L. SMITH. « Using the Internet for psychological research: personality testing on the World Wide Web », *British Journal of Psychology*, vol. 90, 1999, p. 125-144.
8. SELMI, P., *et al.* « Computer-administered cognitive-behavioural therapy for depression », *American Journal of Psychiatry*, vol. 147, 1990, p. 51-56.
9. JADAD, A.R. « Promoting partnerships: challenges for the Internet age », *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, p. 761-764.
10. RIO, P. « Cochrane Collaboration welcomes patient participation », *British Medical Journal*, vol. 319, 1999, p. 788.
11. PENROSE-WALL, Jonine, et Mark HARRIS. *"From Woe to Go" - Mental Health Clinical Practice Guidelines and General Practice: Positioning Dissemination Programs*, Centre for General Practice Integration Studies, University of New South Wales, Sydney [Australie], 2000.
12. CRAIG, J.C., L.M. IRWIG et M.R. STOCKLER. « Evidence-based medicine: useful tools for decision making », *Medical Journal of Australia*, vol. 174, 2001, p. 248-253.
13. CLUZEAU, Françoise, *et al.* *Appraisal Instrument for Clinical Guidelines*, St. George's Hospital Medical School, Londres, 1997.
<http://www.sghms.ac.uk/depts/phs/hceu/form.htm>

14. BEAULIEU, Marie-Dominique, *et al.* *Élaboration et application de lignes directrices pour l'optimisation des pratiques médicales : résultats d'une expérience québécoise*, Collège des médecins du Québec; Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé (AETMIS); Unité de recherche évaluative, Centre de recherche du CHUM, 2000.

15. DAVIS, David A., et Anne TAYLOR-VAISEY. «Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 157, n° 4, 1997, p. 408-416.

16. FONDATION CANADIENNE DE LA RECHERCHE SUR LES SERVICES DE SANTÉ. *La recherche sur les services de santé et la prise de décision fondée sur les données probantes* [rubrique « Centre de référence », sous "1998 Rapport annuel"].
<http://www.chsrf.ca/francais/index.html>

Autres références d'intérêt

Centre for Evidence Based Mental Health. « Promoting and supporting the teaching and practice of evidence based mental healthcare ».

<http://cebmh.warne.ox.ac.uk/cebmh/index.html>

Guideline Advisory Committee (GAC). *Recommended Clinical Practice Guidelines* [voir « Depression » dans la liste des sujets (*Topic List*)].

<http://gacguidelines.ca/index.html>

BATTISTA, R.N., et M.J. HODGE. « Setting priorities and selecting topics for clinical practice guidelines », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 9, 1995, p. 1233-1236.

CARTER, A.O., *et al.* « Proceedings of the 1994 Canadian clinical practice guidelines network workshop », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 153, n° 12, 1995, p. 1715-1719.

GOLDNER, E.M., *et al.* « Les répercussions de la pratique de la médecine fondée sur des données probantes sur l'éducation et le développement professionnel continu en psychiatrie » (Énoncé de principe de l'APC), *Canadian Journal of Psychiatry / Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 46, n° 5, 2001.

WORRALL, G., P. CHAULK et D. FREAKER. « The effects of clinical practice guidelines on patient outcomes in primary care: a systematic review », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 156, n° 12, 1997, p. 1705-1712.

Chapitre 4

1. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Politique de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1989.
2. BRETON, Madeleine. *Orientations pour la transformation des services de santé mentale : document de consultation*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.
3. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX. *Plan d'action pour la transformation des services de santé mentale*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1998.
4. COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC. *Défis de la reconfiguration des services de santé mentale : Pour une réponse efficace et efficiente aux besoins des personnes atteintes de troubles mentaux graves*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 1997.
5. *Rapport du comité conjoint A.M.P.Q. / F.M.O.Q.*, [Montréal], février 1990.
6. COLLÈGE DES MÉDECINS DU QUÉBEC. *Rapport du Groupe de travail sur l'accessibilité aux soins psychiatriques et aux services de santé mentale*, Montréal, Collège des médecins du Québec, 1997.

7. GROUPE DE TRAVAIL CONJOINT SUR LES SOINS DE SANTÉ MENTALE. « Les soins de santé mentale partagés au Canada - un exposé de principe », [Ottawa], Association canadienne de psychiatrie et Collège des médecins de famille du Canada, 1997.
<http://www.cfpc.ca/Committees/Mental%20Health/mhhomefr.htm>
8. ASSOCIATION DES MÉDECINS-PSYCHIATRES DU QUÉBEC. *Pour une meilleure accessibilité aux soins psychiatriques pour la population du Québec*, [Montréal], Association des médecins-psychiatres du Québec, 1997.
9. ASSOCIATION DES HÔPITAUX DU QUÉBEC. *Pour une transformation réussie des services de santé mentale*, Montréal, Association des hôpitaux du Québec, 2000.
10. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter : la hiérarchisation des services médicaux*, Québec, Conseil médical du Québec, 1995.
11. CONSEIL MÉDICAL DU QUÉBEC. *Pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités*, Québec, Conseil médical du Québec, 1997.
12. COMMISSION D'ÉTUDE SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET LES SERVICES SOCIAUX. *Les solutions émergentes : Rapport et recommandations*, Québec, Commission d'étude sur les services de santé et les services sociaux, 2000.

13. LITTLE, P., *et al.* « Preferences of patients for patient centred approach for consultation in primary care: observational study », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 468.
14. ÜSTÜN, T.B., et N. SARTORIUS (sous la dir. de). *Mental Illness in General Health Care : An International Study*, New York, Wiley & Sons, 1995.
15. GOLDBERG, D., et R. GATER. « Implications of the World Health Organization study of mental illness in general health care for training primary care staff », *British Journal of General Practice*, vol. 46, août 1996, p. 483-485.
16. HICKIE, Ian B. « Primary care psychiatry is not specialist psychiatry in general practice », *Medical Journal of Australia*, vol. 170, 1999, p. 171-173.
17. YOUNG, Alexander S., *et al.* « The quality of care for depressive and anxiety disorders in the United States », *Archives of General Psychiatry*, vol. 58, n° 1, 2001, p. 55-61.
18. RICHARDSON, L.A., *et al.* « Identification and treatment of children's mental health problems by primary care providers: a critical review of research », *Archives of Psychiatric Nursing*, vol. 10, n° 5, 1996, p. 293-303.
19. ANDREWS, Gavin. « Should depression be managed as a chronic disease? », *British Medical Journal*, vol. 322, 2001, p. 419-421.
20. BALDESSARINI, R.J. « Current status of antidepressants: clinical pharmacology and therapy », *Journal of Clinical Psychiatry*, vol. 50, n° 4, 1989, p. 117-126.

21. KUPFER, D.J., *et al.* « Five-year outcome for maintenance therapies in recurrent depression », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, n° 10, 1992, p. 769-773.
22. KUPFER, D.J., E. FRANK et J.M. PEREL. « The advantage of early treatment intervention in recurrent depression », *Archives of General Psychiatry*, vol. 46, n° 9, 1989, p. 771-775.
23. KELLER, M.B., *et al.* « Time to recovery, chronicity and levels of psychopathology in major depression: a 5-year prospective follow-up of 431 subjects », *Archives of General Psychiatry*, vol. 49, n° 10, 1992, p. 809-816.
24. KESSLER, D., *et al.* « Cross sectional study of symptom attribution and recognition of depression and anxiety in primary care », *British Medical Journal*, vol. 318, 1999, p. 436-440.
25. GASK, L., B. SIBBALD et F. CREED. « Evaluating models of working at the interface between mental health services and primary care », *British Journal of Psychiatry*, vol. 170, janvier 1997, p. 6-11.
26. LABERGE, Andrée, *et al.* *Étude sur les pratiques relatives au diagnostic, au traitement et au suivi des personnes atteintes des troubles de l'humeur*, Québec, Direction de la santé publique de Québec, 1999.
27. FERGUSON, B.G., et M.A. VARNAM. « The relationship between primary care and psychiatry: an opportunity for change », *British Journal of General Practice*, vol. 44, novembre 1994, p. 527-530.

28. MITCHELL, A. « Psychiatrists in primary health care settings », *British Journal of Psychiatry*, vol. 147, octobre 1985, p. 371-379.
29. HICKMAN, M., N. DRUMMOND et J. GRIMSHAW. « A taxonomy of shared care for chronic disease », *Journal of Public Health Medicine*, vol. 16, n° 4, p. 447-454.
30. WULSIN, L.R. « An agenda for primary care psychiatry », *Psychosomatics*, vol. 37, n° 2, 1996, p. 93-99.
31. KATES, Nick, *et al.* « Sharing care: the psychiatrist in the family physician's office », *Canadian Journal of Psychiatry*, vol. 42, novembre 1997, p. 960-965.
32. MEADOWS, G.N. « Establishing a collaborative service model for primary mental health care », *Medical Journal of Australia*, vol. 168, 1998, p. 162-165.
33. CLIPP (Consultation and Liaison in Primary Care Psychiatry) Manual. Department of Human Services, Victoria, Australia.
<http://www.dhs.vic.gov.au/acmh/mh/clipp>
34. KATES, Nick. « Psychiatric consultation in the family physician's office. Advantages and hidden benefits », *General Hospital Psychiatry*, vol. 10, n° 6, 1988, p. 431-437.
35. MEADOWS, G.N., *et al.* « The pattern-of-care model: a tool for planning community mental health services », *Psychiatric Services*, vol. 48, n° 2, 1997, p. 218-223.

36. CARR, V.J., *et al.* « Determining the effect that consultation-liaison psychiatry in primary care has on family physicians' psychiatric knowledge and practice », *Psychosomatics*, vol. 38, n° 3, 1997, p. 217-219.
37. SARAVAY, S.M., *et* J.J. STRAIN. « APM task force on funding implications of consultation-liaison outcome studies. Special series introduction: a review of outcome studies », *Psychosomatics*, vol. 35, n° 3, 1994, p. 227-232.
38. Voir réf. N° 30.
39. MEADOWS, G., *et al.* « Consultation, collaboration, and cost effectiveness: reflections on four years of shared care in Melbourne », *in "Shared Care" - Proceedings of the 1997 Geigy Psychiatric Symposium*, P. Ellis (editor), Sydney (Australia), Novartis, 1999, p. 41-56.
40. VON KORFF, M., *et al.* « Treatment costs, cost offset, and cost-effectiveness of collaborative management of depression », *Psychosomatics Medicine*, vol. 60, n° 2, 1998, p. 143-149.
41. STURM, R., *et* K.B. WELLS. « How can care for depression become more cost-effective? », *JAMA*, vol. 273, n° 1, 1995, p. 51-58.
42. POMERANTZ, JAY M. « Managed care's treatment of chronic and relapsing patients », *Drug Benefit Trends* [édition électronique], vol. 12, n° 11, 2000.
<http://www.medscape.com/SCP/DBT/public/journal.DBT.html>
43. WORLD HEALTH ORGANIZATION. *The Introduction of a Mental Health Component into Primary Health Care*, Geneva, World Health Organization, 1990.

44. WAGNER, E., B.T. AUSTIN et M. VON KORFF. « Organizing care for patients with chronic illness », *Milbank Quaterly*, vol. 74, n° 4, 1996, p. 511-544.

45. KATON, W., *et al.* « Population-based care of depression: effective disease management strategies to decrease prevalence », *General Hospital Psychiatry*, vol. 19, n° 3, p. 169-178.

Autres références d'intérêt

ROBITAILLE, David. « Organisation des soins par cliniques psychiatriques spécialisées ou par cliniques de psychiatrie générale? Un débat entre Louis Guérette et Jean-Pierre Rodriguez », *Santé mentale au Québec*, vol. 24, n° 2, automne 1999, p. 159-181 (tout le numéro est consacré aux enjeux des cliniques externes de psychiatrie).

KATON, W., et J. GONZALES. « A review of randomized trials of psychiatric consultation-liaison studies in primary care », *Psychosomatics*, vol. 35, n° 3, 1997, p. 268-278.

LES PUBLICATIONS DU CONSEIL

93-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1994-1995 à 1996-1997, septembre 1993.

94-01

Avis sur le modèle de projection : Offre et demande de services médicaux, juin 1994.

94-02

Avis sur la place des diplômés hors Canada et États-Unis dans le contexte de l'accès aux services médicaux, décembre 1994.

94-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1995-1996 à 1997-1998, décembre 1994.

94-04

Avis sur les études de pertinence dans la dispensation des procédures diagnostiques et thérapeutiques,

Revue de littérature sur les études de pertinence des procédures diagnostiques et thérapeutiques, décembre 1994.

95-01

Avis sur l'intégration professionnelle des diplômés d'écoles de médecine situées hors du Canada et des États-Unis, mars 1995.

95-02

Avis sur la répartition géographique des effectifs médicaux - Tome 1 - Les plans d'effectifs médicaux, juin 1995.

95-03

Avis sur une nouvelle dynamique organisationnelle à implanter - La hiérarchisation des services médicaux, juin 1995.

95-04

Avis sur la notion de requis au point de vue médical et sur les services médicaux assurés, décembre 1995.

96-01

Avis sur la politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1996-1997 à 1998-1999, janvier 1996.

96-02

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 1^{re} ligne lié à l'inscription de la population, septembre 1996.

96-03

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1997-1998 à 1999-2000, décembre 1996.

97-01

Avis sur le projet de Plan de répartition de l'effectif médical 1997-2000, juin 1997.

97-02

Avis sur la pertinence des services médicaux au Québec, septembre 1997.

97-03

Avis pour un mode mixte de rémunération des médecins de 2^e et 3^e lignes lié à leurs responsabilités, novembre 1997.

98-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1998-1999 à 2000-2001, janvier 1998.

98-02

Avis sur une nouvelle manière de planifier les effectifs médicaux au Québec, mars 1998.

98-03

Avis « Les instituts et les centres hospitaliers universitaires : des établissements en devenir », octobre 1998.

98-04

Avis sur l'assurance-responsabilité professionnelle, décembre 1998.

98-05

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, octobre 1998.

99-01

Avis sur les cibles en spécialité : Mythes et réalités, juin 1999.

99-02

Avis sur les propositions de la table de concertation permanente sur la planification de l'effectif médical au Québec concernant la nécessité de réviser certaines dispositions de la Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 1999-2000 à 2001-2002, juin 1999.

99-03

Avis sur l'apport complémentaire du secteur privé dans les services médicalement requis d'un système de santé modernisé, octobre 1999.

99-04

Avis sur le chef de département clinique : rôle et responsabilités, octobre 1999.

2000-01

Avis sur le projet de politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale et postdoctorale en médecine de 2000-2001 à 2002-2003, mars 2000.

2001-01

Avis sur le projet de politique des inscriptions dans les programmes de formation postdoctorale en médecine pour 2001-2002, février 2001.

2001-02

Avis sur le plan de l'effectif médical 2001-2003, mai 2001.

2001-03

Avis «L'accessibilité aux services de santé : attente et attentes », juin 2001.

Rapports d'activités :

1993-1994 ;
1994-1995 ;
1995-1996 ;
1996-1997 ;
1997-1998 ;
1998-1999 ;
1999-2000 ;
2000-2001.

Autres :

- Vue d'ensemble des propositions du Conseil médical du Québec pour l'édification d'un système de soins de santé et de services médicaux efficient, juin 1996.
- Réactions commentaires du Conseil médical du Québec sur le document de travail : la gestion des effectifs médicaux au Québec, septembre 1995.

- Rapport du Président du Comité de réflexion sur les coûts socio-économiques des deuils non résolus et de l'acharnement thérapeutique, janvier 1995.
- Avis sur les conséquences prévisibles de la grève illégale des infirmières et des infirmiers du Québec, juillet 1999.
- Propositions novatrices pour assurer l'accessibilité aux soins et la pertinence des services médicaux – Synthèse des avis du Conseil médical du Québec, septembre 2000.
- Avis sur le projet de la nouvelle Politique triennale des inscriptions dans les programmes de formation doctorale en médecine pour 2001-2002 à 2003-2004, mai 2001.